

Проф. Г. Г. ГЕНТЕР.

АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАРИЙ

Том II

С 140 рис. в тексте



ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

ЛЕНИНГРАД, 11. Улица Лассаля, № 2

1929

Ленинградская Коммунальная типо-литография. Ул. 3-го Июля, 55. Зак. № 2780.

Ленинградский Областлит № 38190. Тираж 8200 экз. 19¹/₂ л.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Благожелательный прием, оказанный участковыми врачами первому тому моего „Акушерского Семинария“, побудил меня составить настоящий второй том. В нем читатель найдет разбор 43-х случаев из разных отделов патологического акушерства. Для предположенного мною третьего тома остается „Эклампсия“ и „Узкий таз“.

Проф. *Гентер*.

Ленинград
22 марта 1929



Оглавление.

Многоплодные роды.

	Стр.
Случай 43-й. Двойни	311
" 44-й. Двойни	320
" 45-й. Сросшиеся двойни	330

Неправильности родовых болей.

Случай 46-й. Первичная слабость родовых болей.	338
" 47-й. Вторичная слабость родовых болей	340
" 48-й. Стремительные роды	346

Неправильности со стороны пуповины.

Случай 49-й. Выпадение пуповины	351
" 50-й. Выпадение пуповины	362
" 51-й. Выпадение пуповины	366

Неправильности со стороны околоплодных вод.

Случай 52-й. Многоводие	369
" 53-й. Многоводие, двойни	374
" 54-й. Преждеврем. отхождение околоплодных вод	380
" 55-й. Запоздалый разрыв плодного пузыря	384

Неправильности со стороны мягких частей матери.

Случай 56-й. Роды при двойной матке	388
" 57-й. Роды после вагинофиксации	391
" 58-й. Роды при отвислом животе	397
" 59-й. Ригидность внутреннего зева	402
" 60-й. Склеивание наружного зева	407
" 61-й. Роды при ангиоме вульвы	412

Разрыв матки.

Случай 62-й. Угрежающий разрыв матки	416
" 63-й. Полный разрыв матки	425
" 64-й. Разрыв матки после кесарского сечения	435
" 65-й. Двойной разрыв матки	443

Неправильности со стороны плода.

Случай 66-й. Гидроцефалия	450
" 67-й. Гигантский плод	458
" 68-й. Водянка живота. Задний вид	462

Неправильности вставления.

Случай 69-й. Низкое поперечное стояние	470
" 70-й. Передне-головное предлежание	476

	Стр.
Случай 71-й. Лицевое предлежание	486
” 72-й. Переднетеменное вставление	497
” 73-й. Заднетеменное вставление	506
” 74-й. Высокое прямое стояние (P.O.S.)	516
” 75-й. Высокое прямое стояние (P.O.P.)	523
” 76-й. Выпадение конечности рядом с головкой	527
Предлежания тазовым концом.	
Случай 77-й. Ягодичное положение	533
” 78-й. Двойни: ножное и ягодичное положение	545
” 79-й. Ягодичное положение	552
Неправильные положения.	
Случай 80-й. Косое положение	569
” 81-й. Косое положение	573
” 82-й. Поперечное положение	579
” 83-й. Поперечное положение	588
” 84-й. Поперечное положение	597
” 85-й. Запущенное поперечное положение	602
Предметный указатель	613

Многоплодные роды.

Случай 43-й.

А. С. Н., 23 лет (№ приемного журнала 122), поступила в больницу 3 октября 1925 года в 5 час. 15 мин. в родах.

Из анамнеза узнаем, что она всегда была здоровой, месячные носят с 15 лет, через 3 недели, по 3 дня, без болей. Замужем 3 года; рожала 1 раз, 2 года назад, благополучно в деревне: после родов не хворала. Последние регулы в декабре 1924 года. Беременность вначале протекала без особенностей. В конце апреля 1925 г. начала чувствовать движения плода. Лето провела в деревне. Приехав в Ленинград, стала жаловаться на тяжесть при ходьбе, временами на одышку, по вечерам после трудового дня стали опухать ноги. Последний coitus 2 недели т. н.

2 октября в 18 часов начались родовые схватки, очень редкие и слабые, продолжавшиеся всю ночь; ранним утром 3 октября роженица поступила в больницу.

При поступлении: роженица правильного телосложения, среднего роста, ослабленного питания. Блондинка. Т. 36,9. Пульс 72 удара в минуту. Сердце и легкие в норме. Живот большой, бочковидной формы, на коже живота обилие мелких старых рубцов беременности, пупок выпячен. Дно матки на 1 п. ниже мечевидного отростка, высота дна 44 см. Обкружность живота 110 см.

Над входом в таз ballotирует головка, сердечные тоны плода справа ниже пупка. Стопы и голени несколько отечны.

Каков диагноз?

1. Роды срочные; повидимому имеется многоводие; на это указывают объем и форма живота, а также первичная слабость родовых болей.
2. Исследование далеко неполное. Есть подозрение на двойни. Надо тщательно пальпировать и аускультировать живот, измерить таз и сделать анализ мочи.

Всех Вас поражает объем и форма живота, и Вы стараетесь найти объяснение этому бросающемуся в глаза обстоятельству. Многоводие или двойни? Как часто врач-акушер задает себе этот вопрос, стоя в раздумьи у постели роженицы! И в данном случае приходится согласиться с Вашим мнением: исследование далеко не полно. А посему займемся детальным обследованием роженицы.

Живот большой, формы не овоидной, а бочковидной. Наибольшая его окружность, в норме около 97, в данном случае достигает 110 см. Длинник матки, исчисляемый от верхнего края симфиза до дна, вместо 37, целых 44 см. Консистенция матки вне схватки не туго-эластичная, напряженная, а тестовато-мягкая. Яркой флюктуации не заметно. В дне матки определяется большая, плотная крупная часть, слева в дне мелкие части. При 2-м приеме Leopold'a справа определяется объемистый валик спинки плода, слева ощущается ясно выраженная плотная резистенция. Над входом в таз ballotирует головка, несколько выше ее и левее средней линии определяются бугристости мелких частей.

Вслушивая живот, мы справа ниже пупка слышим отчетливые сердечные тоны плода. Перемещая ухо к средней линии, мы слышим как тоны становятся все менее и менее отчетливыми. Аускультуруя левую половину живота, мы замечаем, что сердечные

тоны становятся опять вполне отчетливыми, причем яснее всего они на уровне пупка и несколько выше его.

Размеры таза: Dist. Spin. 25 см; Dist. Crist. 27 см; Dist. Trochit. 29 см; Conj. ext. 18 см.

Для полноты картины мы решаемся сделать внутреннее исследование: наружные части развиты правильно. Слизистая входа во влагалище резко цианотична. Имеется старый разрыв задней спайки. Влагалище широкое. Шейки нет. Открытие зева пальца 4½. Края тонкие, растяжимые. Пузырь цел, во время схватки сильно напрягается. Предлежит головка, слегка прижатая ко входу в таз. Справа и спереди, рядом с головкой, сквозь оболочку определяется петля пуповины, отчетливо пульсирующая (7 часов). Катетером взята моча для исследования.

Каков теперь Ваш диагноз?

1. Предположение о многоводии отпадает. Имеется почти полная уверенность в наличии двойней. Кроме того имеется предлежание пуповины.
2. Диагноз двойней ясен, причем один плод предлежит головкой (2-ое положение), другой повидимому тазовым концом (1-ое положение). Предлежание пуповины при почти полном открытии у повторнородящей показывает поворот на ножку и извлечение.

Сомнения нет, теперь диагноз ясен: двойни и предлежание пуповины (рис. 114).

Пока воды целы, пуповина не рискует быть прижатой, а посему займемся вопросом о распознавании двойней, как во время беремен-



Рис. 114.

ности, так и в родах. В первую половину беременности вряд ли можно говорить о многоплодной беременности. Если матка по величине своей больше предполагаемого срока беременности, то это еще вовсе не может служить поводом к диагнозу двойней. Ведь может быть ошибка в данных анамнеза, может быть умеренная степень многоводия; далее быстрый рост наблюдается и при пузырном заносе. Правда, в последнем случае беременная не будет чувствовать движений плода, каковые она при таком сроке беременности должна была бы ощущать. На мысль о многоплодной беременности могут навести указания пациентки, что у нее уже были роды двойнями или что в семье были рождаемы близнецы; не лишены значения и усиленные тошноты и рвота или

же ранние явления со стороны почек. В общем же несомненно, что диагноз двойней в первую половину беременности поставить невозможно. О современных попытках распознавания беременности вообще и много-

плодной в частности помощью рентгенографии я здесь, конечно, распространяться не буду.

Чем ближе к концу беременности, тем легче распознать двойни. Нередко сами беременные, обеспокоенные необычно большим объемом живота и „шевелением плода“ в разных, зачастую противоположных частях живота, ставят себе диагноз двойней и приходят к Вам со своим готовым диагнозом. Это свое предположение они подкрепляют наблюдением, что „тяжело на лестницу подыматься“, что „ноги опускают“, что „уж больно дыхание спирает, как походишь“. И вот Вы, пальпируя живот, действительно находите слишком много мелких частей, и справа и слева, или же отчетливо 2 головки, одну внизу, другую вверху, или две крупных части, лежащие рядом, или целых 3 крупные части. Выслушиванием Вы обнаруживаете, как в нашем случае, в разных местах сердечные тоны плода, иногда эти 2 „фокуса“ разделены полосой, где сердечные тоны не выслушиваются вовсе. Диагноз становится достоверным, если удастся определить неодинаковый ритм сердечных тонов, по меньшей мере разницу в 10 ударов в минуту. Причем желательно, чтобы выслушивание производилось одновременно двумя опытными врачами, иначе, при выслушивании одним лицом разновременно, легко возможно, что ритм сердечной деятельности в зависимости от временных колебаний (в силу движений) будет разным и у одного плода.

Все это может дать впечатление, что поставить диагноз двойней в конце беременности или в родах очень легко. В действительности же зачастую диагностика встречает величайшие затруднения и даже может оказаться невозможной. Неблагоприятное положение плодов по отношению друг к другу, напряжение и чувствительность брюшных стенок, отечность, ожирение живота, большое количество околоплодных вод—все это может в высокой степени затруднить распознавание.

Что касается отношения плодов друг к другу, то тут могут иметь место самые разнообразные комбинации. Иногда уже простой осмотр живота указывает на продольную борозду между плодами или на седлообразное углубление в дне матки. В таком случае условия для ощупывания обоих плодов наиболее благоприятны (рис. 115). В других случаях живот как бы раздался в бока, перегородка горизонтальная, оба плода лежат в поперечном положении, ярусом один над другим (рис. 116). Наиболее трудны для ощупывания случаи, где плоды лежат один позади другого, разделенные фронтальной перегородкой (рис. 117). Рисунки, иллюстрирующие эти взаимоотношения, я заимствую из учебника *Stöckel'*я.

Тут нелишним будет привести статистику *Werth'a*, согласно которой в 90% всех случаев оба близнеца находятся в продольном поло-

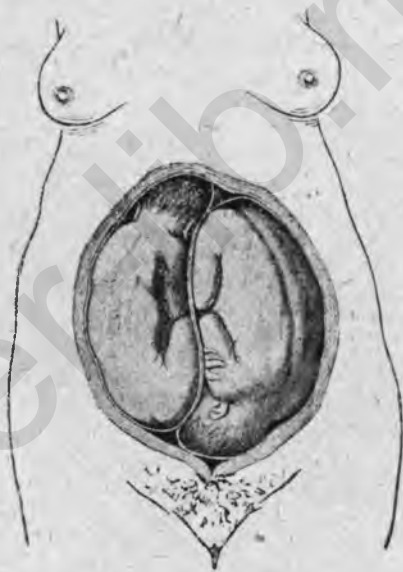


Рис. 115. Двойни. Перегородка продольная. Оба плода в продольном положении.

жении, причем в половине этих случаев оба плода предлежат головкой в одной трети случаев один плод предлежит головкой, другой—тазовым концом, реже всего оба близнеца находятся в ягодичном (или ножном) положении. В остальных 10% всех случаев имеются разные комбинации головного и поперечного положения плодов. Наиболее редкая комбинация (1:200)—поперечное положение обоих плодов.

Здесь я хочу обратить Ваше внимание на признак, который неоднократно помогал мне поставить диагноз двойней даже в случаях, где данные ощупывания были весьма сбивчивы.

Давно известно, что при нормальном членорасположении плода в конце беременности и в родах длинник его равен 25 см (Ahlfeld);

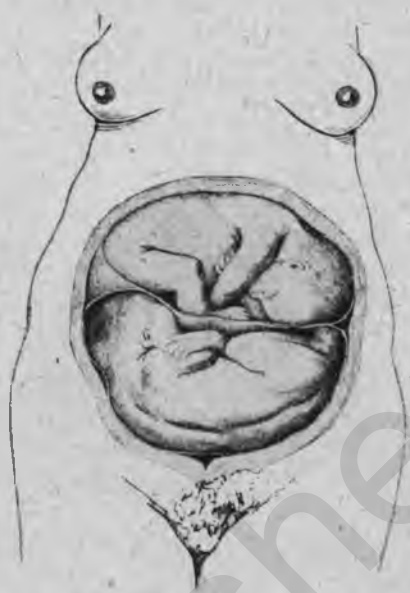


Рис. 116. Двойни. Перегородка горизонтальная. Оба плода в поперечном положении.



Рис. 117. Двойни. Перегородка косая; плоды один позади другого.

мы его измеряем тазомером, ставя одну браншу над лоном к нижнему полюсу стоящей в большом тазу головки, другую браншу к ягодичам его в дне матки. При двойнях, особенно при расположении плодов один позади другого (рис. 118), этот размер значительно длиннее нормы, что объясняется тем, что плоды не лежат на одном уровне, а задний расположен выше переднего. В результате получается весьма большое расстояние между двумя полюсами „плода“, так наз. *Steisskopflänge*, достигающее 30 и больше см. На этот практически важный симптом я хотел бы обратить Ваше особенное внимание.

В противоположность наружному, внутреннее исследование, как в конце беременности, так и в родах обычно дает весьма мало указаний на двойни. Все же интересно, что нередко в силу растяжения матки еще в конце беременности шейка уже сглажена и зев задолго до начала схваток уже открыт. Правда, то же наблюдается и при многоводии. Во время родов в редких случаях прощупываются два плодных пузыря одновременно или определяется непальсирующая пуповина

заведомо мертвого плода при отчетливо прослушиваемых сердечных тонах другого. Это, конечно, исключения. В массе же диагнозов двойней часто устанавливается на основании вышеизложенных признаков или же он является лишь предположительным. Тогда дело выясняется после рождения первого плода. Весьма тягостное впечатление получается, когда после рождения первого плода наличие в матке второго является полной неожиданностью для врача. Но я убежден, что не найдется ни одного врача-акушера, который бы никогда в жизни не сделал подобного неожиданного для себя открытия. Положение врача не из приятных, но еще более тягостны случаи, когда врач и после рождения первого плода не распознает находящегося в матке второго. Никогда не забуду случая, бывшего давно в одном из учреждений. Я вошел в родильную в тот момент, когда молодой врач после рождения плода весьма старательно выжимал послед по Credé. После многократных энергичных попыток это „выжимание послета по Credé“ ему повидимому удалось. Но каково было удивление врача и всех окружающих, когда вместо послета в половой щели показался плодный пузырь, тут же лопнувший, и вслед за ним начала прорезываться головка второго близнеца! Нечего сказать, положение!

Вот все, что я хотел сказать о распознавании двойней. В нашем случае диагноз был поставлен с несомненностью, и мы, конечно, вели бы роды строго консервативно, если бы внутреннее исследование не обнаружило предлежания пуповины. Пузырь цел, но мы знаем, что в момент отхождения вод предлежание пуповины должно превратиться в выпадение ее со всеми грозными для плода последствиями. А посему нужно вполне присоединиться к Вашему предложению, благо зев почти вполне открыт, приступить к повороту на ножку с последующим извлечением.

В 9 часов роженица взята на стол, дан наркоз (CHCl_3), обычным образом роженица приготовлена к операции. Оператор ввел правую, конусообразно сложенную кисть во влагалище. Дойдя до пузыря, оператор заметил, что он сильно напряжен (схватка?). Прорвав пальцем пузырь, оператор тут же вошел в полость матки (вернее плодного яйца). Левая рука в это время уже лежала на дне матки и ниспаивала его книзу. Оттолкнув головку вправо (т. е. в сторону спинки) внутренняя рука беспрепятственно поднялась кверху и через минуту уже нашла ножку плода, которую и схватила за голень. Самый поворот совершился очень легко. Ножка оказалась выведенной наружу до колена. Ввиду того, что поворот сделан не для исправления положения плода, а в силу предлежания пуповины, непосредственно за поворотом без труда плод типически извлечен за ножку. Во время извлечения отходили воды, густо окрашенные меконием.



Рис. 118. Близнецы, лежащие один позади другого.

плаценты, принадлежащая первому плоду, но и частично отделиться детское место второго, не родившегося.

Хорошо, если отделится небольшая часть плаценты второго близнеца, это, может быть, еще не отразится на его состоянии; при всякой же более или менее значительной отслойке неминуемо наступит недостаточность притока ему кислорода, наступит асфиксия и гибель его.

Плацента второго близнеца может отслоиться по всей поверхности, она может даже выйти из матки и „выпасть“ наружу (см. главу о выпадении последа, т. I, стр. 55). Возможность наступления подобных нежелательных осложнений накладывает на врача обязанность следить за роженицей и вмешаться при первых их проявлениях.

Каковы же симптомы отслойки плаценты? Конечно, — кровотечение, внезапное, алое, причем кровь или выделяется целиком наружу или же к наружному, видимому, кровотечению присоединяется внутреннее, невидимое. В последнем случае матка увеличивается в объеме, становится напряженной, твердой. Вторым грозным симптомом отделения плаценты является внезапное или постепенно нарастающее изменение сердечных тонов второго плода. Вот почему врач после рождения первого плода должен следить не только за кровотечением и состоянием матки, но и за сердечными тонами второго плода.

Понятно также, что врач должен точно знать положение второго плода. Мы уже видели, что наичаще второй плод находится в продольном положении, но повседневный опыт учит, что именно у второго плода при двойнях наблюдаются самые разнообразные отклонения предлежания и членорасположения, напр. предлежание мелких частей рядом с головкой, средлежание пуповины.

И если наружное исследование оставляет хотя бы малейшее подозрение в правильности положения и членорасположения плода, лучше сделать внутреннее исследование, чтобы потом не раскаяться.

Наконец известно, что в 10% случаев двойней второй плод лежит поперечно (или косо), причем это неправильное положение может образоваться лишь вторично, уже после рождения первого плода. Так и в нашем случае мы имеем полное основание предполагать, что первично второй плод находился в ягодичном положении и лишь после рождения первого, принял косое, близкое к поперечному, положение.

Ясно, что если при осложнении отслойкой плаценты единственным правильным образом действия является немедленный поворот с последующим извлечением, то и при поперечном или косом положении, при тех или иных неправильностях вставления, тоже показан поворот.

Только спрашивается, когда к нему приступить?

Обычно после рождения первого плода родовые схватки на время прекращаются. В это время происходит приспособление матки к уменьшению ее содержимого, благотворная ретракция полого мускула. Спустя полчаса — час, родовые боли возобновляются с должной силой, отходят воды второго плода и он быстро рождается, причем изгнание совершается весьма легко, вследствие максимальной подготовленности мягких родовых путей. Но из вышесказанного явствует, что роды второго близнеца весьма часто физиологически не протекают. В случае наступления кровотечения или ухудшения сердечных тонов плода, вы немедленно сделаете поворот на ножку, даже при правильном положении плода, и извлечете его. В случае неправильного положения (поперечное, косое) вы дождетесь наступления хороших родовых схва-

Плод доношенный, живой, мужского пола, через минуту закричал. Вес его 3300 г, длина 49 см.

Наркоз прекращен. Кровотечения нет.

Уже беглый осмотр живота убеждает нас, что диагноз двойней правилен. Живот значительно уменьшился в объеме, все же дно его стоит на 3 пальца выше пупка. Ощупывая живот, мы находим второй плод, лежащий косо, причем через дряблые теперь брюшные стенки ясно определяется головка, лежащая в правой половине живота ближе ко дну, спинка, идущая по диагонали влево к подвздошной кости, и ягодицы, подвижные над подвздошной впадиной (рис. 119). Сердечные тоны плода выслушиваются на уровне и несколько выше пупка.

Как вести роды дальше?

1. Надо дождаться наступления сильных схваток, после чего сделать наружный поворот с фиксацией головки или ягодиц во входе в таз. Дальнейшее предоставить силам природы.
2. Ввиду косо го положения плода показан немедленный поворот на ножку с извлечением.
3. Надо тщательно следить за состоянием матери и плода и, выждав 1—2 часа, приступить к повороту.

Опять мнения Ващи расходятся!—И не мудрено, потому что течение родов при двойнях отличается

большим разнообразием; после рождения первого плода бывают различные, иногда весьма серьезные и грозные для второго плода осложнения. Вот родился первый плод. Схватки прекратились. Не покидайте Вашу роженицу! Именно в это время у Вас много забот.

Хорошо ли перевязана пуповина? Если при одноплодной беременности надежная перевязка плацентарного конца пуповины не имеет особенного значения, то при двойнях она обязательна, потому что при недостаточной перевязке из пупочной вены выльется кровь не только из детского места первого плода, но при однояйцевых двойнях, т. е. при общности системы плацентарного кровообращения плодов, через пуповину родившегося плода может истечь кровью второй плод, не родившийся.

А посему убедитесь в надежности лигатуры на пуповине! Далее зорко следите за кровотечением. Вслед за рождением первого плода не-

редко отделяется детское место, что уже само по себе поведет к кровотечению. Но этого мало: вследствие уменьшения объема матки и внезапно наступившего понижения внутриматочного давления может отделиться, не только детское место первого плода или часть общей



Рис. 119.

ток и также приступите к повороту на ножку и, не спеша, извлеките плод.

Спрашивается, как поступить в случае правильного положения второго плода и отсутствия каких либо осложнений?

При хороших схватках подождите час, полтора и потом разорвите пузырь, головка тут же опустится в таз и изгнание завершится быстро. Сложнее стоит вопрос в тех случаях, когда в обычное время, спустя полчаса—час после рождения первого плода, схватки не наступают. У подобных больных могут пройти и полсуток и сутки и даже несколько дней бесплодного выжидания. В настоящее время принято долго не выжидать. Возможность восходящей инфекции (свисающая пуповина!), соображения гуманности заставляют вмешаться, и если повторные инъекции препаратов гипофиза не дадут физиологической родовой деятельности, лучше всего, выждав $1\frac{1}{2}$ —2 часа, приступить опять таки к повороту на ножку с последующим извлечением.

Но вот родился и второй плод. Может ли задача врача считаться выполненной? Ни в коей мере! Именно при многоплодной беременности последовый период и первые часы послеродового периода чреваты огромной опасностью, и эта опасность есть атоническое кровотечение!

Если даже между рождением первого и второго плода не было кровотечения, будьте готовы к атоническому кровотечению в последовом периоде. Чрезмерно растянутая, вялая матка не может быстро и надежно ретрагироваться. Начинается кровотечение; вы выжимаете послед (или последы) по *Crede*, убеждаетесь, что плацента и оболочки вышли без дефектов и начинаете борьбу с атонией (см. т. I, стр. 63). Полезно уже профилактически непосредственно после извлечения второго плода дать спорынью внутрь, особенно важно тщательно вести последовый период, вмешиваясь лишь при наступлении патологического кровотечения. Одновременно необходимо приготовить все, что требуется для борьбы с атонией и с острым малокровием (лед, эрготин, горячую стерильную воду, маточный катетер, инструменты для тампонации, камфарное масло, кофеин, шприц для подкожного впрыскивания, стерильный физиологический раствор, аппарат для вливания). Самый надежный прибор для борьбы с атоническим кровотечением всегда при вас, ваш собственный кулак (см. т. I, стр. 66). Но вот последовый период закончился, вы справились с атонией. Можете ли вы почить на лаврах? Нет еще, не радуйтесь раньше времени! Первые часы послеродового периода—часы тревожные. Всегда возможно наступление повторного атонического кровотечения, которое заставит вас возобновить борьбу.

Если обычно свежая родильница требует наблюдения в течение 2-х часов, то после родов двойнями это зоркое наблюдение надо продлить до 4-х часов.

Я вкратце изложил ведение родов при двойнях с момента рождения первого близнеца и теперь приглашаю вас вернуться к нашей роженице и обсудить наш образ действий в свете изложенного.

Первый плод извлечен в 9 часов 15 мин. Наркоз прекращен, кровотечения нет. Спустя полчаса начались слабые, редкие схватки, постепенно усилившиеся. Вторым плодом продолжает оставаться в косом положении. Сердечные тоны все время ясные и нормальной частоты. От внутреннего исследования мы воздерживаемся, оно нам ничего нового не даст.

Мы не можем ждать самопроизвольного рождения плода, он ведь в поперечном положении; мы можем сделать наружный поворот на головку; эта манипуляция удастся очень легко, благодаря вялости брюшных стенок. Но будет ли этот поворот надежен? Удержится ли головка над входом и во входе в таз? Кроме того, где гарантия, что рядом с головкой не окажется предлежащей пуповина или ручка? Гораздо надежнее будет внутренний поворот на ножку. Он будет технически прост и легок, легче первого поворота, потому что родовые пути расширены *ad maximum* первым плодом.

Когда приступить к повороту?

Показаний к немедленной операции нет. Подождем, чтобы дать возможность матке развить хорошую сократительную деятельность. Этим мы творим профилактику атонии, гарантируя себе должную ретракцию матки.

Проходит час (10 час. 15 мин.): схватки чаще, через 6–7 минут, сердечные тоны хороши, кровотечения нет. Выждав еще полчаса, в 10 час. 45 мин., приступаем к операции.

Опять роженица на столе, дан легкий наркоз, введение руки не представило никаких трудностей, разорван пузырь, рука проникла в полость плодного яйца. Найден весьма подвижнолежащий плод. В левой половине живота сразу же найдена ножка, захвачена за голень и выведена наружу.

Необычайно легкий поворот! Поворот второго близнеца самый легкий поворот в акушерстве.

Маска снята; тут же начались потужные боли. Быстро прорезались ягодичные и туловище плода, ручки выпали сами собою, легко выведена головка по *Mauriceau-Smellie-Veit*'у.

Младенец сразу же закричал, пуповина перевязана, перерезана. Ребенок доношенный, мужского пола, вес его 3200 г, длина 47 см.

Начался последовый период. Матка объемистая, мягкая, дно ее на 2 п. выше пупка. Кровотечение в пределах нормы. (11 час).

Вскоре начались последовые схватки. Спустя 25 минут признаки *Schröder*'а, *Ahlfeld*'а, *Küstner*'а и *Strassmann*'а убедили нас, что послед отделился и покинул полый мускул, лежа в выходной трубке (см. т. I, стр. 249). При легком выжимании послед выпел (11 час. 30 мин.). Матка на уровне пупка, дряблая, кровотечение умеренное. В целях сокращения матки применен массаж ее, положен мешок со льдом на живот, внутрь дан *Extr. fl. Secalis cognati* 30 капель, под кожу впрыснут *Sol. Ergotini* 2,0. Родильница осталась в родильной 4 часа под наблюдением. Кровотечение физиологическое. Матка сократилась.

Послеродовой период прошел гладко. Максимальная t° 37,2. Все время пребывания в отделении родильница получала внутрь спорынью. 13-го октября она выписалась с 2-мя мальчиками.

Послед один, губчатого строения, размеры его 20 × 22. Вес 800. Ясно видно 2 плодных мешка, в каждый идет пуповина, прикрепляясь центрально. Оболочечная перегородка между обоими плодместилищами состоит из 2-х водных оболочек. Это доказывает, что наши двойни однойяцевые. Впрочем о последе при многоплодной беременности будет речь в следующей беседе.

Интерес случая: 23-летняя повторнородящая поступает в периоде раскрытия с первичной слабостью родовых болей. Ставится диагноз двойней. Внутреннее исследование обнаруживает предлежание пуповины. При почти полном открытии делается поворот на ножку с последующим извлечением. Второй плод находится в косом положении. Спустя 1½ часа делается поворот на ножку. Изгнание представляется силам природы. Младенцы доношенные, мужского пола. Послелодовый период протекает гладко. Послед один. Осмотр его убеждает что двойни однойяцевые.

Случай 44-й.

А. С. Ф., 35 лет (№ приемного журнала 3473) поступила в клинику 1 апреля 1927 г. в 10 час. 40 мин. в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что месячные приходят с 14 лет, через 4 недели, по 7 дней. Замужем 15 лет. Рожала 9 раз, все роды и послеродовые периоды без осложнений. Вторые роды были двойными. Последние роды 2 года тому назад. Из десяти детей живы 8. Выкидышей не было. Срока последних регул, также как и первого движения плода, указать не может.

Родовые боли начались в 3 часа ночи 1-го апреля, редкие и слабые. Роженица подождала до утра и, зная, что роды у нее обычно протекают быстро, поспешила отправиться в клинику.

При поступлении (10 ч. 50 мин.): роженица правильного телосложения, упитанная шатенка. Т° 36,5. П. 76. При осмотре живота поражает его объем. Покровы живота испещрены множеством старых рубцов беременности, пупок пузыреобразно выпячен, пупочное кольцо расширено. Резкая пигментация белой линии (*linea nigra*). Живот шаровидный. Наибольшая его окружность 115 см. Дно матки достигает реберных дуг. Высота дна матки 42 см. Ощупывание живота дало мало. Жирные брюшные стенки затрудняли пальпацию. В дне матки можно было прощупать крупную часть, справа от нее угадывались мелкие части; слева на одно мгновение под пальпирующей рукой также как-будто промелькнула мелкая часть. Ощупывание боковых поверхностей матки не дало ничего. Над входом в таз определялась объемистая, с неровными контурами, подвижная крупная часть, повидимому ягодицы. Сердечные тоны плода выслушивались слева ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin. 27; Dist. Crist. 29; Dist. Troch. 32; Conj. ext. 21. Окружность таза 90.

Каков предварительный диагноз?

1. Повидимому имеются двойни; на это указывают объем живота, сбивчивость пальпаторных данных, выслушивание сердечных тонов ниже пупка при предлежании тазовым концом.
2. Можно оспаривать диагноз двойней: прощупываются только 2 крупных части, сердечные тоны выслушиваются в одном месте. Большая величина живота и трудность определения частей плода могут быть объясняемы многоводием.

Опять перед нами вопрос: двойни или многоводие? Надо сознаться, в нашем случае распознавание не легко. И все-таки мы более склонны поставить предположительный диагноз: многоплодная беременность. Против многоводия говорят отсутствие напряжения живота, безупречный акушерский анамнез. Первичная слабость родовых болей—обычное явление при всяком перерастяжении матки, мы ее видим в начале родов как при многоводии, так и при двойнях. В пользу двойней говорит анамнез (вторая беременность кончилась рождением близнецов), мелкие части определяются повидимому с обеих сторон; выслушивание сердечных тонов на одной стороне отнюдь не исключает двойней, плоды могут быть расположены один позади другого, зато выслушивание их определенно ниже пупка при ягодицах, стоящих над входом, заставляет нас думать, что они исходят от другого плода, находящегося в головном положении. Итак мы склоняемся к диагнозу двойней. Впрочем, разве не может быть комбинации многоплодной беременности и многоводия? Известно, что далеко нередки случаи, где при многоплодной беременности яйцо одного из них содержит патологически большое количество околоплодных вод.

Для примера приведу случай, бывший при мне в Родовспомогательном Заведении в 1920 г.

Роженица поступила с огромным животом, резко напряженным и дававшим ясную флюктуацию. Части плода не прощупывались вовсе.

Был поставлен диагноз многоводия. Каково же было наше удивление, когда прошли воды в очень умеренном количестве, и тут же родился 4-х-месячный плод. Нам стало ясно, что имеются двойни и многоводие второго. Но вот опять лопнул пузырь, опять вытекло мало вод и родился второй плодик, длиной в 16 см. А живот все еще огромный. Мы решили, что имеются тройни с многоводием третьего. Действительно через полчаса хлынула невероятное количество вод и вместе с ними вышел третий плод. Но и на этот раз природа посмеялась над нами. Опять прошли воды и вышел 4-ый плод, к счастью, последний. Последов было 2, один с тремя пуповинами, второй с одной.

Итак мы предполагали банальный случай многоводия, а оказалась 4-х-месячная четверня с многоводием третьего плода. На этом примере вы видите, какие в акушерстве бывают курьезы. Но, конечно, это, редкости. В нашем случае мы склонны видеть обычный случай двойней.

Как же быть?

1. Надо сделать внутреннее исследование и принять меры к ускорению родов.
2. Внутреннее исследование обязательно, раз диагноз не ясен. Все же роды надо вести строго выжидательно.

Вы уже знаете, что мы стараемся в родах избегать внутреннего исследования через влагалище, заменяя его ректальным. Но есть целый ряд обстоятельств, при которых вагинальное исследование обязательно. Даже *R. Schröder*, убежденный противник вагинального исследования в родах, допускает его при неясности в диагнозе (см. т. I, стр. 20).

Воды целы, экстренности нет. Пока роженице ставят клизму, бреют лобок и половые части и т. д., спросим себя, какое предсказание можно поставить и как протекут роды, если наше предположение о двойнях правильно?

Можно с определенностью сказать, что многоплодность родов оягчает предсказание как для матери, так и для плодов. Клинический опыт учит, что при многоплодной беременности нередко наблюдаются аномалии родовых болей в виде первичной их слабости, зачастую наблюдаются неправильные положения и нарушения членорасположения плодов, чаще встречается эклампсия, нередко кровотечения после рождения первого плода. Учтите частую необходимость производства тех или иных акушерских операций (щипцы, поворот на ножку и др.) и хотя эти операции, благодаря относительно небольшой величине плодов, обычно не представляют затруднений, все же они омрачают прогноз для матерей. Предсказание для плодов также хуже, чем при одноплодных родах; омрачают прогноз не только всевозможные осложнения, столь частые при двойнях, как напр. поперечное положение, выпадение пуповины, отслойка плаценты после рождения первого плода и проч., но и тот факт, что именно при многоплодной беременности роды часто наступают раньше срока, что плоды рождаются легковесными, плохо упитанными и нередко погибают вскоре после рождения от врожденной слабости. Здесь уместно будет указать, что в редких случаях механизм изгнания плодов нарушается сцеплением их, так наз. коллизией. Позволяю себе заимствовать два классических рисунка у *Бумма*, ярко иллюстрирующих подобные коллизии (рис. рис. 120 и 121).

Из всего этого следует, что многоплодные роды тают в себе не мало опасностей для матери и для плодов, в силу чего ведение родов требует со стороны врача вдумчивости и осторожности.

Как же вести роды при двойнях?

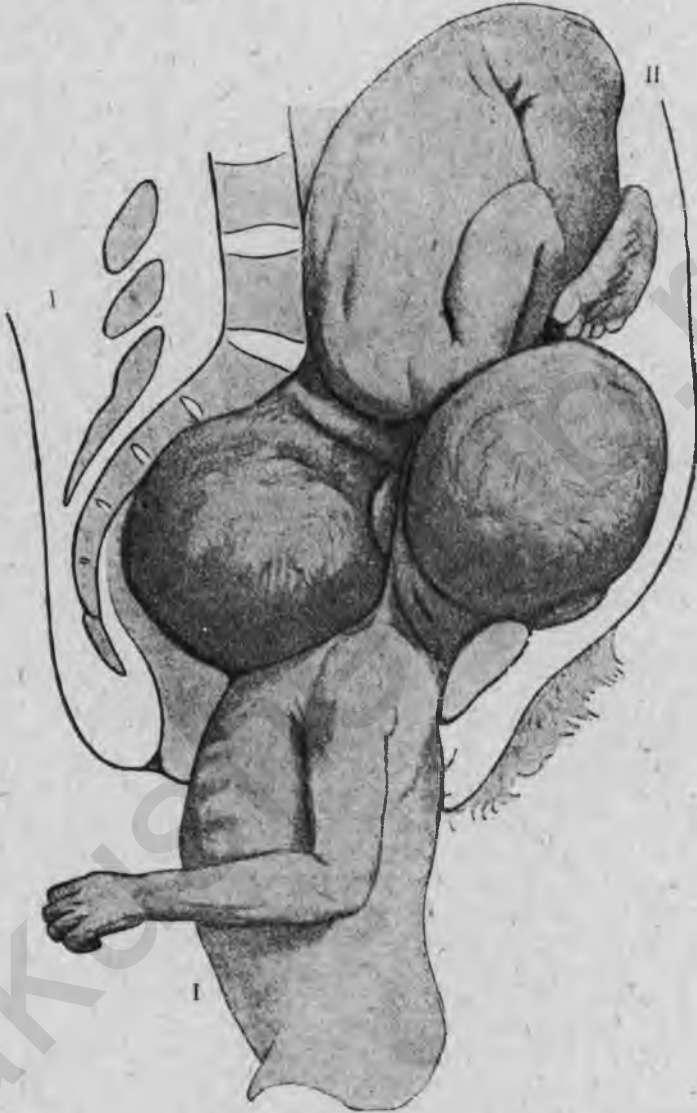


Рис. 120. Близнец I—в ножном, II—в головном положении. Головки „сцепились“ и не дают друг другу выйти.

Вы часто встретитесь с первичной слабостью родовых болей. Схватки в течение многих часов, иногда и целых суток и более, остаются редкими и слабыми. Понятно нетерпение роженицы и окружающих, надоедающих Вам своими вопросами, понятно также нетерпение акушерки (если роды происходят на дому). Тут от врача-акушера требуется стойкость и умение настоять на своем. По выражению *Vimm'a*, „ничего неделание и выжидание тут главное искусство“. Частое вну-

треннее исследование, преждевременный разрыв плодного пузыря, всякие другие вмешательства, не имеющие строгих показаний, могут вести к тяжким последствиям. Именно при двойнях одна акушерская ошибка роковым образом влечет за собою другие, и патология нарастает, как снежная лавина. По рождении первого плода от врача-акушера тре-



Рис. 121. Близнец I—в ножном, II—в поперечном положении. Предлежащее плечо второго близнеца мешает головке первого вступить в таз.

буется зоркое наблюдение за матерью и сердечными тонами плода. Тут у него много забот, о чем я уже говорил в предыдущей беседе. Наконец в последовом периоде и в первые часы после родов велика опасность атонического кровотечения.

Итак, вооружимся терпением при ведении родов и приступим к внутреннему исследованию.

Родовая деятельность, к счастью, усилилась, схватки теперь уже следуют друг за другом через 6—7 минут.

Во время мытья рук в половой щели оказался плодный пузырь, сильно напряженный (14 час.).

Наружные части несколько отечны, на губах несколько варикозно-расширенных вен. В момент введения пальцев во влагалище пузырь прорвался, вытекло умеренное количество чистых вод. Открытие зева полное, лишь спереди нависает толстоватый край зева. Предлежащая часть—ягодицы стоят в верхней части полости. *Linea intertrochanterica* в левом косом размере таза, крестец плода обращен кзади и вправо, половые части плода (мощонка, penis) обращены влево и кпереди. Ножки плода нигде не определяются.

Есть ли показания к вмешательству? Конечно, нет. Роженица много-родящая, таз большой, изгнание плода не встретит затруднений, нет показаний ни к низведению ножки, ни тем более к извлечению. Предоставим изгнание силам природы. Вероятно, скоро начнутся потуги, ягодицы проделают внутренний поворот, плод перейдет из заднего вида в передний и начнется прорезывание. Мы не покинем роженицу, а будем готовы к ручному пособию.

Спустя четверть часа боли приняли потужный характер. В 14 час. 35 мин. половая щель начала раскрываться, роженица взята на край кровати. В 14 час. 45 мин. прорезалась передняя ягодица (правая), вслед за ней выкатилась над промежностью задняя ягодица, быстро стало рождаться туловище плода, поддерживаемое врачом, выпали ножки (чистое или неполное ягодичное положение). По рождении передней лопатки типично выведена задняя ручка (левая), плод повернут на 180° вокруг его продольной оси. Выведена задняя ручка и, наконец, освобождена головка по *Mouriceau-Smellie-Veit'y* (14 час. 50 мин.).

Плод, поднятый за ножки, немедленно закричал, не обнаруживая признаков асфиксии. По прекращении пульсации пуповины она перевязана, перерезана. Ребенок передан акушерке. Вес его 4150 г, длина 50 см.

А мать? Она отдыхает после тяжелой работы, она уже знает, что ей предстоит родить еще младенца. Действительно, живот уменьшился в объеме очень мало, дно матки на ладонь выше пупка. Теперь можно легко определить, что второй плод лежит продольно. Ясно прощупываются в дне матки ягодицы, мелкие части справа сверху, спинка, обращенная, влево, и над входом в таз подвижная, баллотирующая головка. Сердечные тоны выслушиваются слева ниже пупка. Кровотечения нет.

Теперь нам ясно, что второй плод находится в первом черепном, вернее всего затылочном положении.

Спрашивается, как вести роды дальше? Вспомните предыдущую беседу. Вы уже знаете, что этот момент при многоплодных родах очень ответствен, что именно тут требуется как тщательное наблюдение за состоянием матери (кровоотечение!), так и за сердечными тонами плода. Если нет серьезных показаний, не торопитесь что-либо предпринимать. Подождите, вот схватки возобновятся, пройдет полчаса, час, вставится плодный пузырь, отойдут воды, и быстро и легко совершится изгнание плода по максимально подготовленным родовым путям. Всякая поспешность врача, всякая разрешающая операция, произведенная без достаточных показаний, может принести вред, и этот вред есть атония матки вследствие недостаточной ретракции ее.

Итак будем терпеливы, будем ждать и час и полтора.

Схватки начались спустя минут 20 после рождения первого плода (14 час. 50 мин.). В 16 час. 10 мин. прошли воды, в 16 час. 20 мин. при сильных потугах в половой щели появился затылок плода и быстро родился плод мужского пола, тут же закричавший.

Ребенок— доношенный мальчик, весом в 3600 г, длиной 50 см.

Второй период родов кончился, начался послеродовый период, столь чреватый опасностью атонии.

Пока кровотечения нет; из половой щели свисают 2 перевязанных пуповины. Матка мягкая, шарообразная, дно ее на уровне пупка.

В 16 час. 35 мин. внезапно началось сильное кровотечение, кровь идет алой, мощной струей. Помощь нужна немедленно!

Первая мысль: отделился ли послед? Да, он не только отделился, он лежит в выходной трубке; матка стала уже, дно поднялось значительно выше пупка и отклонилось вправо, над лоном прощупывается мягкая подушка, при пробе *Küstner*'а пуповины не втягиваются.

Матка поставлена в среднюю линию, массажем дна доведена до сокращения, *lege artis* захвачена и послед легко выжат по *Credé* вместе с обилием больших кровяных сгустков. К этому моменту больная резко побледнела, спокойными глазами она безучастно смотрит на окружающих. Пульс чрезвычайно учащен, нитевидный.

Применен массаж матки, на живот положен мешок со льдом, под кожу впрыснут 10% раствор эрготина (2 см³) и 4 см³ камфарного масла. 16 час. 40 мин. Кровотечение стихло, удалены подушки из-под головы роженицы, ножной конец кровати поднят и ногам положены грелки.

16 час. 45 мин. Кровоотделение ничтожно, матка сократилась. Пульс нитевидный, но реже. Приступлено к вливанию физиологического раствора: под кожу наружных поверхностей бедер влито по 300 см³ раствора.

16 час. 50 мин. Общее состояние больной лучше. Пульс полнее, 120 в минуту. Кровотечения нет.

Родильница осталась в родильной целых 4 часа под наблюдением врача, после чего она переведена в палату.

Прежде чем обратиться к описанию последа, скажу, что наша родильница быстро оправилась от кровоотери. Уже на другой день (2 апреля) бледность начала проходить. Пульс 88, ровный, удовлетворительного наполнения.

На 4-й день после родов был ничем не объяснимый подъем температуры до 39,5. В остальном течение послеродового периода было гладкое, и 12 апреля родильница выписалась с двумя мальчиками.

Теперь обратимся к последу. Вес его 900 г. Детское место одно, очень большое, размеры его 21 × 20. Страние его дольчатое, видимых дефектов нет! Оболочка дряблая, местами рваная; все же удается восстановить два плодных мешка, в центре каждого из них прикреплено к детскому месту по пуповине. Удаётся определить один общий хорион, исходящий по всей окружности от краев плаценты. Амниальных мешков два, причем оболочечная перегородка между обеими яйцевыми полостями состоит из 2-х пластинок водной оболочки.

Чему нас учит осмотр последа?

При многоплодной беременности мы изучаем послед не только в целях определения возможных дефектов (задержка частей), но и для того, чтобы установить, с какого рода двойнями мы имеем дело.

Теоретическое акушерство учит, что двойни бывают двух родов, смотря по способу их происхождения: 1) оплодотворяются две яйцевых клетки и обе одновременно имплантируются в матке, причем они могут происходить из двух яичников или из одного, давшего сразу два зрелых фолликула, или даже из одного фолликула, содержавшего две яйцевых клетки—двуяйцевые двойни, 2) оплодотворяется одна яйцевая клетка, но эта клетка содержит два зародышевых пузырька, или же первоначально одиночный зародышевый пузырек в дальнейшем развитии расщепляется, будучи оплодотворен двумя сперматозоидами—однойяйцевые двойни.

При двуяйцевых двойнях оплодотворенные яйца могут поселиться в матке разном. Представьте себе, они имплантируются на противоположных стенках маточной полости. Понятно, что каждое яйцо имеет свою собственную плаценту, свой хорион, свой амнион и свою завороченную оболочку (*decidua capsularis s. reflexa*) (рис. 122). Возьмем другой случай: оплодотворенные яйца поселяются где-либо в матке рядом; тогда обе плаценты как бы сливаются в одно общее детское место, две ворсистых и две водных оболочки будут существовать отдельно,

завороченная же оболочка будет общая (рис. 123). Вы видите, что как в первом, так и во втором случае двойни двуяйцевые и все-таки в одном случае имеется два детских места, в других—плацента одна. Тут разница только кажущаяся, потому что по существу и во втором случае плацент две, они только внешне слились воедино, в действи-

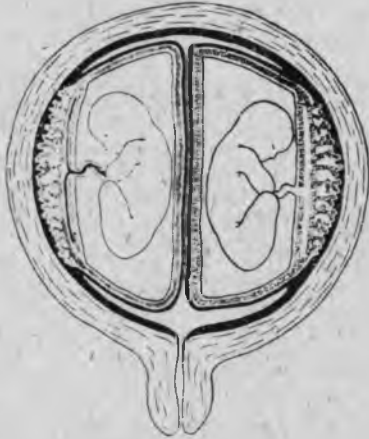


Рис. 122. Двуяйцевые двойни. Две плаценты, два хориона, два амниона, две завороченных оболочки.

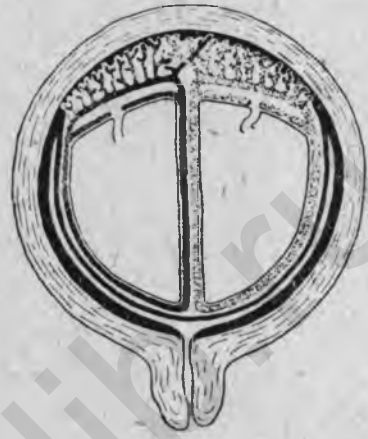


Рис. 123. Двуяйцевые двойни. Плаценты слились. Два хориона, два амниона, общая завороченная.

тельности же их можно легко разъединить, между ними существует перегородка и сосуды обоих плацент отнюдь не сообщаются между собою.

При однойяйцевых двойнях мы видим другую картину. Тут оба эмбриональных зачатка возникают на одном зародышевом пузыре, ворсистая оболочка общая, водных оболочек в подавляющем большинстве случаев две, завороченная, конечно, общая (рис. 124). У этого рода двойней плацента общая не только по внешнему своему виду, но и по своему внутреннему строению. В ней нет разделяющей перегородки, сосуды плодов, как артериальные, так и венозные, сообщаются, образуя многочисленные анастомозы, причем на границе двух сосудистых областей существует зона общих для обоих плодов сосудов, так наз. „третий круг плацентарного кровообращения“.



Рис. 124. Однояйцевые двойни. Общая плацента, соединения сосудов.

После этих общих замечаний вы поймете, что на родившемся последе должны быть находимы указания, позволяющие решить вопрос о характере двойней. Если имеются две отдельных плаценты, то вы не задумываясь ставите диагноз двуяйцевых двойней. Тут вы легко можете реконструировать оба плодных мешка с их оболочками, плацентами и пуповиной. Плоды могут быть любого пола, однополые и разнополые. Если имеется одна плацента, то дело уже несколько

сложнее. Тут надо реконструировать (воссоздать) оба плодных мешка и обратить внимание на оболочечную перепонку, разделяющую собою обе полости. При однойяцевых двойнях она будет состоять из двух листков, т. е. двух водных оболочек, при двуяйцевых двойнях перегородка представляется более массивной и состоит из 4-х листков, 2-х водных и 2-х ворсистых оболочек. Они не срастаются между собою, а лишь слипаются и их можно всегда разъединить, причем, расщепляя перегородку, вы получите следующую очередь: amnion—chorion—chorion—amnion. В таких случаях вы без труда разъедините и плаценту на 2 части, соответственно перегородке. Твердо установлено, что однойяцевые двойни всегда одного пола, рождаются или 2 мальчика или 2 девочки.

В нашем случае плацента одна, оболочечная перегородка состоит лишь из 2-х листков водной оболочки. Мы заключаем, что двойни однойяцевые, а посему одинакового пола (2 мальчика).

Кстати отмечу, что частота двуяйцевых двойней возрастает с числом родов у матери и с ее возрастом. Наиболее часто встречаются у матерей в возрасте от 26—30 лет. Однояйцевые двойни бывают в любом возрасте. Они рождаются и молодыми первородящими и пожилыми многорождающими (нашей родильнице 35 лет).

Вам вероятно случалось видеть близнецов, поразительно похожих друг на друга. В первом детстве иногда лишь мать может их отличить. В дальнейшем, хотя и выявляются индивидуальные особенности каждого, все же внешний вид, телесная их конституция и душевный склад замечательно схожи. Интересно, что в таких случаях серологические особенности крови (принадлежность к одной кровяной группе), рисунки кожных складок на пальцах рук, ладонях и подошвах также одинаковы. Напротив, двуяйцевые близнецы, как я уже говорил, могут быть одинакового и разного пола, а также могут и не обнаруживать никакого внешнего сходства.

В заключение остановимся на некоторых аномалиях в процессе внутриутробного развития двойней. Именно при однойяцевых двойнях легко можно себе представить, что в силу асимметрии „третьего“ круга плацентарного кровообращения снабжение двойней кровью будет не одинаково. Вследствие этого плохо снабжаемый питательным материалом плод будет отставать в развитии. Он может даже погибнуть, в то время как его собрат будет вполне успешно развиваться дальше. Погибший близнец (чаще всего смерть наблюдается между 2-м и 6-м месяцами) не извергается, он остается в матке, околоплодные воды всасываются, плод мумифицируется; давлением плодного мешка своего живого брата (или сестры) он в буквальном смысле слова прижимается к стенке, сдавливается, уплощается и обычно рождается в виде придатка к последу при срочных родах. Такой плод носит название бумажного плода (*foetus papyraceus s. compressus*).

Впрочем бывают случаи, где бумажный плод встречается при двуяйцевых двойнях.

В доказательство приведу случай из моей клиники, интересный еще тем, что тут бумажный плод родился не после рождения живого, а вышел первым, причем головка его зацепилась за головку доношенного плода и была ею ампутирована. В этом отношении наш случай представляет собою уникум.

Роженица 23-х лет, первородящая, с отрицательной реакцией Вассермана, поступила в клинику 27 марта 1926 г. Положение плода

первое затылочное. При исследовании через влагалище найдено, что шейка матки сглажена, края зева тонкие, плодный пузырь напряжен. Сбоку от пузыря к правой тазовой стенке прилегает уплощенный, вытянутый плодик с выпавшей ручкой. Ввиду того, что плодик, благодаря своей мягкости и уплощенности, препятствий для второго плода не представляет, не сделано никаких попыток к его удалению. Пузырь вскрыт, головка второго плода выполняет вход в таз. Через полчаса родился маленький плодик желтого цвета без головки, последняя зацепилась за голову второго и ею ампутирована. Через 15 минут родился второй плод, развитый вполне нормально, весом 2900,0, длиной 52 см. Послед отошел целиком вместе с головкой первого плодика. Самым

последним родился послед бумажного плода в виде плоской лепешки, размером 10×9 см, без деления на дольки, серого цвета, плотноватой консистенции. Пуповина, длиной 20 см, тонка, плотна, прикрепление ее оболочечное. Каждый из плодов имеет свою водную и ворсистую оболочку.

Foetus papyraceus (рис. 125) по своему развитию и размерам соответствует 5-месячному возрасту, вес 120 г, длина 28 см. Кожные покровы желтого цвета, вялые, местами морщинистые, без слушивания эпидермиса. Туловище и конечности сильно уплощены и вытянуты. Правая ручка значительно длиннее левой. Правая нога согнута в коленном суставе и отведена кнаружи. Стопы в состоянии *pes valgus*. Левая нога согнута



Рис. 125. Бумажный плод (собств. наблюд.).

в тазобедренном и коленном суставах. Туловище дугообразно изогнуто влево. Голова почти квадратной формы, сплющена в поперечных размерах. Размеры прямой и косой по 8 см. Отчетливо выражен рот, намечаются в профиле нос и глаза. Рентгенограмма установила сохранность всех частей скелета, за исключением костей черепа, из которых можно различить только нижнюю челюсть. При микроскопическом исследовании в коже, мышцах и плодовой части последа обнаружен полный некроз, в материнской части последа имеется местами сохранившаяся децидуальная ткань. (Случай доложен д-ром А. А. Михайловой в Акушерско-Гинекологическом Обществе 13 мая 1926 г.).

Stöckel видел случай тройней, с двумя однойцевыми бумажными плодами (рис. 126) и одним почти доношенным живым плодом, имевшим свою собственную плаценту.

В редких случаях аномалия кровообращения однойцевых двойней ведет к выключению сердца одного из плодов, сердце атрофируется, пропадает и плод превращается в так наз. бессердечного урода (*acardiacus*). Он рождается иногда в виде бесформенного придатка своего счастливого соперника-брата (рис. 127).

Интерес случая: 35-летняя многорожавшая, с двойнями в анамнезе, поступает в роды. Ставится диагноз двойней. Первый плод рождается в ягодичном положении. Вторым плодом в затылочном положении. В последовом периоде атоническое кровотечение. Послед выжат по *Credé*. Принятыми мерами атония побеждена. Плоды—два мальчика, доношенные, живые. Осмотр последа убеждает, что двойни однойцевые.

На протяжении наших бесед мы неоднократно встречали многоплодную беременность.

Часто ли вообще бывают двойни, тройни и т. д.? Приведу известную формулу *Hellin'a*, согласно которой двойни приходятся 1 раз на 80 родов, тройни 1 на 6400 (80^2), четверни 1 на 512000 (80^3) и т. д. Эти теоретические цифры *Hellin'a* близко подходят к статистическим данным. Так по *Veit'u* двойни приходятся 1:89, тройни 1:7910 и четверни 1:371126.

Если роды двойнями были известны уже древним, то множественные роды высших степеней (тремя и более плодами) стали известны лишь в позднейшее время. Исключительными являются случаи родов 5—6 плодами. В Талмуде мы находим указание, что израильтянки рожали по 6 жизнеспособных детей. Некая *Anna Breyers* в одни роды разрешилась 7 плодами, как о том свидетельствует могильная плита в Гомельне (цит. по *Н. Н. Иванову*). В итальянской литературе отмечен случай, где итальянка Доротея будто бы разрешилась в первые роды 9-ю, а во вторые—11 плодами. Многоплодие в разных странах проявляется не в одинаковой степени: по вычислению



Рис. 126. Рентгеновский снимок двух однойцевых бумажных плодов (по *Nolte*).

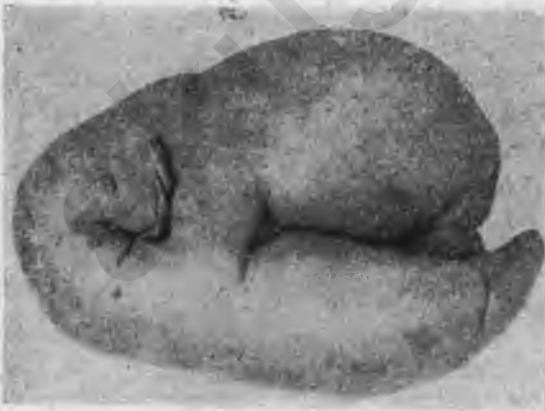


Рис. 127. Совершенно бесформенный *acardiacus* (по *Stöckelю*).

Веденяпинского на первом месте по количеству многоплодных родов стоит Финляндия—14,57%, затем идут Германия—12,43%, Франция—9,78% и Испания—8,72%. Повидимому, тут играют роль климатические факторы. Мы уже указали, что существенную роль в этиологии многоплодия играет наследственность. *Zondek* описывает случай, где женщина 9 раз подряд родила двойни от первого мужа, происходившего из двойней, и три раза разрешилась одиночными плодами от второго мужа, в семье которого двойней не наблюдалось.

Интересны случаи необычайной плодовитости женщин. Еще *Boer* в 1808 году опубликовал случай, где женщина имела 11 только многоплодных родов, а именно 3 раза двойни, 6 раз тройни и 2 раза четверни, в общей сложности произвела на свет 32! Муж ее был один из близнецов, а сама она одна из четверни (*Bumm*).

Мне известна женщина, уроженка Тверской губ., родившая 7 раз в общей сложности 20 детей: 5 раз по 1 младенцу, 4 раза по 2, 1 раз тройню и 1 раз четверню. В настоящее время из 20 в живых осталось лишь трое. *П. А. Стрелковский* указывает на одну семью, где женщина была беременна 21 раз и притом имела 10 раз двойни, 7 раз тройни и 4 раза четверни (*Н. Н. Иванов*).

Случай сказочной плодовитости сообщает *Ф. А. Боканов*: крестьянин Васильев от двух жен имел 86 детей, из коих 84 жизнеспособных.

Беременность тройнями в огромном большинстве случаев прекращается во вторую половину 8-го месяца (*Saniter*). Доношенность тройнями встречается значительно реже, чем при беременности двойнями.

Я вспоминаю 2 случая тройней, в обоих случаях плоды были недоношенные. Роженица *М. О. М.* (№ 3400, 30 марта 1927 г.) разрешилась 2 мальчиками и 1 девочкой, причем общий их вес был 4070 г (1420 + 1350 + 1300). Промежуток между рождением первого и второго плода был 1 час 24 мин., между вторым и третьим 1 час 17 минут. Плоды были, конечно, нежизнеспособны.

Средний вес доношенных плодов по данным литературы 1625—1956 г (*Mirabeau*). Беременность тройнями по своему происхождению в большинстве случаев двуйцевая, реже трехйцевая и очень редко однойцевая (*В. С. Груздев*).

Взаимоотношения плодов крайне разнообразны, чаще всего встречаются тазовые предлежаия. Первая из моих двух упомянутых рожениц разрешилась 3 мальчиками, причем все они родились в ягодичном положении, следуя один за другим через четверть часа. Все три мальчика остались живы, что немало огорчило мать, имевшую дома уже 5 человек детей.

Беременность четырьмя плодами и более—явление исключительно редкое. Плоды обычно недоношены. Я видел всего один раз роды четверней. Этот случай мною уже упомянут на стр. 321.

Случай 45-й.

1 октября 1908 года в 22 часа я был позван к роженице *Е. К.*, так как находившаяся при ней акушерка потребовала приглашения врача.

Я нашел 37-летнюю многорожавшую женщину, лежавшую на высокой кровати в полутемной комнате. Опросив роженицу, я узнал, что она рождает восьмой раз, что все роды у нее протекали нормально, что последние роды были 21 месяц тому назад, что она регул после последних родов не носила вовсе. забеременев во время кормления. Сегодня с утра начались родовые боли, принявшие к вечеру бурный характер. Воды

не проходили. Осмотр при свете керосиновой лампы: роженица правильного телосложения, ослабленного питания, темная шатенка. Температура, по словам акушерки, нормальная. Пульс 88. Живот большой, брюшные покровы испещрены множеством старых рубцов беременности. Положение плода не вполне ясное, продольное. В дне матки повидимому крупная часть. Мелкие части по средней линии и слева в дне. Над входом в таз баллотирующая головка. Сердечные тоны отчетливы справа ниже пупка. Размеры таза: Dist. Spin. 25; Dist. Crist. 27; Dist. Troch. 30; Conj. ext. 20. Схватки сильные и болезненные.

Я решил сделать исследование через влагалище: на наружных частях узлы варикозно-расширенных вен. Половая щель зияет. Влагалище широкое, стенки его дряблые. Открытие зева полное. Пузырь цел, во время схватки сильно напрягается, оболочки плотные. Мыс не достигается.

Считая, что роды затягиваются вследствие запоздалого разрыва плодного пузыря, я тут же его разорвал и, медленно выпуская воды, мог убедиться, что головка опустилась в малый таз.

Я уверенно объявил акушерке и мужу роженицы, что „теперь дело пойдет на лад“ и поспешил обратно на дежурство в родовспомогательное заведение. Перед уходом я еще раз убедился в хорошем состоянии сердечных тонов плода.

Прошло неполных 3 часа. Меня позвали вторично к роженице.

Я застал ее утомленной от бесплодных потуг. Она умоляла ей помочь. Сердечные тоны плода ясны, справа ниже пупка. При вагинальном исследовании: головка в выходе таза; стреловидный шов в прямом размере.

Что мне было делать?

1. Повидимому механизм родов правильный. Изгнание затянулось вследствие вторичной слабости родовых болей. Нужно применить выжимание плода по *Kristeller'y*.
2. Нужно впрыснуть Pituglandol и, если плод не родится в ближайший час, извлечь его щипцами.

Покидая роженицу после разрыва пузыря, я не сомневался в скором и благополучном окончании родов. Действительно у многорожавшей, с безупречным акушерским анамнезом, с нормальным тазом, с хорошей родовой деятельностью, с правильным механизмом родов и затылочным предлежанием плода—что может явиться препятствием к безукоризненному течению периода изгнания? Однако, мы видим, что предсказание оказалось неверным. Наступила вторичная слабость родовых болей. И нашей задачей является устранить эту слабость возбудить потуги, в случае же неуспеха так или иначе извлечь плод.

Теперь мы, конечно, начали бы с введения препаратов гипофиза. Но в то время еще и помину не было о питуитрине, и, видя перед собой многорожавшую с головкой в выходе, я полагал, что выжимание по *Kristeller'y* быстро приведет к цели. Я и приступил к нему: обхватив дно матки обеими ладонями, я начал выжимание, периодически нажимая по направлению к полости таза. Вскоре из-под лона появился затылок, но ожидаемое быстрое прорезывание головки не последовало; напротив, стоило большого труда и значительного времени для того, чтобы головка наконец родилась. Картина была необычайная: мягкие части выхода не представляют ни малейшего препятствия головка небольшая, выжимание весьма энергичное, а головка идет чрезвычайно медленно, как бы нехотя, как будто ее что-то старается удерживать в родовых путях, и, родившись, она не обнаружила стремления подвигаться дальше, а осталась как бы вколоченною в вульве, так что шея плода не показывалась вовсе.

Немедленно головка была захвачена обеими руками и произведены тракции книзу с целью выведения переднего плечика. Во время тракций головка повернулась лицом к правому бедру матери, с большим трудом переднее плечико (правое) выведено из-под лона, тут же выпала передняя ручка. Приподнятием головки вверх над промежностью

выведено заднее плечико, родилась задняя ручка. Дальнейшие тракции не привели ни к чему; роды остановились.

Что все это значит?

1. Есть какое-то препятствие, мешающее туловищу родиться. Так как со стороны родовых путей матери препятствия быть не может, надо полагать, что туловище плода непомерно велико.
2. Повидимому имеется водянка живота плода или опухоль, напр. сакральная тератома.
3. Вернее всего предположить уродство плода.

В тот момент, когда после мучительного рождения головки не хотели родиться плечики, можно было предположить препятствие со стороны плечевого пояса плода, слишком широкие плечики. Но когда было выведено переднее, а затем и заднее плечико, стало ясно, что ширина их обычная и пришлось препятствие отнести на глубже лежащие отделы туловища.

Представьте себе обстановку: в маленькой комнатке, скудно освещенной керосиновой лампой, на высокой кровати, с разведенными бедрами лежит роженица, с наполовину родившимся младенцем: из половых путей вышла головка, плечевой пояс с обоими свисающими ручками. И в этот драматический момент роды остановились. Спешно выслушав живот роженицы, я сердечных тонов уже не нашел. Ребенок погиб!

Что мне оставалось делать?

1. Так как плод погиб, надо было не спеша перевести роженицу в клинику или родильный дом, там приступить к оперативному родоразрешению.
2. Перевести в учреждение нужно. Лишь тщательное исследование всей рукой может выяснить характер препятствия. Тот или другой вид эмбриотомии неминуем.

Ясно, что с момента остановки изгнания туловища могла быть речь лишь об оперативном окончании родов. Вы справедливо требуете немедленного перевода роженицы в родовспомогательное учреждение. В тот момент я также убедился в этой необходимости, но я был так охвачен нетерпением узнать причину трагедии, что не удержался от внутреннего исследования. Не спеша (ведь плод уже мертв) я вымыл руки и вошел полурукой во влагалище, идя по туловищу плода. Каково же было мое удивление, когда я во влагалище нашел еще ручку, третью! Идя по ней вверх я добрался до ее основания, она отходила как бы от того же плодового массива. Тут же на высоте входа в таз я определил, что родившееся наполовину туловище широко переходит в другое туловище, сливаясь с ним.

Тут только мне все стало ясно—передо мной были сросшиеся двойни (1 час 50 мин. 2-го октября).

Роженица была немедленно на носилках доставлена в Родовспомогательное Заведение (5 мин. ходьбы), перенесена в операционную и на операционном столе занаркотизирована. После дезинфекции наружных частей и бедер роженицы и своих рук мы приступили к операции. Тщательное обследование дало следующее:

Между бедрами матери свисает головка плода, лицом обращенная к правому бедру матери, плечевой пояс с обеими ручками. Во влагалище туловище плода, третья ручка (левая) и принадлежащее ей плечико, обращенные вправо. От наполовину родившегося туловища идет, широким телом соединение со вторым туловищем. Дальнейшее исследование было бесполезно. Присутствовавший на операции покойный Виталий Яковлевич Миллер в это время определил снаружи находившуюся в правой подвздошной области головку второго плода и констатировал отсутствие сердечных тонов плода.

Мы приступили к эмбриотомии:

Туловище с родившимися ручками захвачены помощником и оттянуты книзу и влево, третья ручка вверх и вправо. Между ними в глубине влагалища широкой полосой тянулось место соединения двух туловищ. Крепкими ножницами рассечена кожа, широко вскрыта грудная клетка. Проникая ножницами глубже под контролем пальцев при одновременном сильном оттягивании родившегося туловища, мы заметили, что туловище первого плода стало подаваться. Рассечение прекращено. При поднятии туловища мы убедились, что тазовый конец может быть выведен. Действительно, с помощью энергичного поднятия туловища вверх выведены ягодицы, за ними выпали ножки. Вслед за ними, тут же, родились ножки второго плода, за ними ягодицы, туловище и, наконец, головка второго плода. Пуповина перевязана и рассечена. Наркоз прекращен. Кровотечения нет. Спустила четверть часа родился послед, большой, дольчатый, с одной пуповиной, с одним хорионом и одним амнионом. Прикрепление пуповины плевистое. Матка хорошо сократилась. Повреждений нет.

Послеродовой период прошел без осложнений. Наивысшая температура 37,0.

Обратимся теперь к плоду (рис. 128).

Перед вами сросшиеся двойни. Плоды со всеми признаками зрелости, женского пола, с общим весом в 4250 г, обращены друг к другу лицом, но так, что передние их поверхности не вполне параллельны, т. е. расстояние между одной парой плечиков меньше, чем между другой парой. Отдельно взятые плоды при наружном осмотре никаких резких отклонений от нормы не представляют. Соединены они следующим образом (после зашивания операционной травмы): начиная ниже яремной ямки, т. е. в области предполагаемой грудины, туловище одного плода переходит в таковое другого. Обе грудные клетки тесно сжаты, соприкасаясь друг с другом на широком пространстве. Такое соединение продолжается и на область живота до общего обоим плодам пупка, занимающего центральное положение на нижней периферии сращения. Округлость этого сращения, точнее, того места, которое пришлось бы перерезать, чтобы разъединить плоды, равна 31 см. Округлость сращенных грудных клеток—40 см. Размеры ранее родившегося плода несколько больше размеров другого. Так, длина первого—49 см, второго—44 см. Округлость головки первого—33 см, второго—31 см. Размер плечиков первого—12 см, второго—11 см. Обе головки, 4 пары конечностей и наружные половые органы развиты вполне правильно.



Рис. 128. Thoracopagus (собств. наблюд.).

Кстати упомяну, что патолого-анатомическое вскрытие урода, произведенное покойным С. П. Шуениновым, дало интересные сведения о строении и расположении внутренних органов (см. мою статью во Врачебной Газете 1909 г. № 27). Там же описан костяк урода по рентгенографическому снимку.

Сегодня урод нас интересует лишь с акушерской стороны. Перед нами так наз. „сросшиеся двойни“. Название это в корне невер-

ное. Правильнее было бы их назвать не вполне разъединившиеся двойни. Подобные уроды никогда не развиваются из двух, одновременно оплодотворенных яиц, а образуются вследствие ненормального расщепления одиночного плодового зачатка. Если последний расщепляется на две полноценных, самостоятельно и правильно развивающихся половины, то получаются обычные и уже известные Вам однояйцевые двойни. Если же это расщепление несовершенно и те или другие части близнецов остаются друг с другом в соединении путем различного рода тканевых мостиков, то развиваются „сросшиеся двойни“. Близнецы могут быть соединены разными частями своих тел. Здесь я не буду распространяться об уродствах, где один из близнецов представляется рудиментарным или только паразитирует в виде придатка на теле другого, как сакральный паразит, *epignathus*, *loetus in foetu* и т. п. Здесь я буду говорить только о настоящих двойных уродствах (по *Marchand'y*, *Duplicitas completa sive Gemini conjuncti*).

По роду соединения мы различаем *conjunctio superior*, *media* et *inferior*. К первой из этих групп принадлежат уродства, происшедшие через соединение плодов головным концом: *craniopagus*, *laniceps*. При *conjunctio inferior* сращение ограничивается нижним концом туловища. Сюда принадлежат: *pygopagus*, *ischiopagus*. В группе *conjunctio media* различают: *riphopagus*, *thoracopagus* в тесном смысле или *sternopagus* и *cephalothoracopagus*. У нашего урода сращение имеется именно в области туловища, а посему мы его причисляем к группе *conjunctio media*. Он не *xiphopagus*, самое известное из этих уродств. У *xiphopagus* соединение ограничивается мечевидным отростком и верхней частью живота; *xiphopagus* жизнеспособен, самый известный пример *xiphopagus*—сиамские близнецы, дожившие до 62-хлетнего возраста. В нашем случае сращение более обширное; оно захватывает грудную клетку сверху донизу. Наш урод—*sternopagus s. thoracopagus dicephalus tetrabrachius tetrapus*.

Мог ли наш урод жить? Безусловно нет. Данные протокола вскрытия убеждают нас в этом. По мнению большинства авторов, такие уроды нежизнеспособны, лишь *Ahlfeld* допускает жизнеспособность их. *Thoracopagus*, в акушерском отношении, интереснее многих других уродств. Если рождение *craniopagus'a*, *ischiopagus'a* может не представить даже ни малейших затруднений, так как сросшиеся по длине близнецы тут рождаются один за другим, роды *xiphopagus'ом* или *thoracopagus'ом* всегда глубоко патологичны, потому что при этих уродствах поперечные размеры урода значительно увеличены. Именно эти последние формы двойных уродств являются практически наиболее важными и самыми опасными. Чем массивнее сращения, тем неподвижнее плоды по отношению друг к другу, тем менее возможно взаимное смещение плодов, тем больше объем вступающего в таз плодового массива. Из этого следует, что *xiphopagus* скорее может родиться самопроизвольно или с помощью искусства, чем *sternopagus*. Тут обширное сращение представляет величайшее препятствие родоразрешению. Родовой акт может протекать различно, смотря по положению урода и его величине. Недоношенный *thoracopagus* может еще родиться самопроизвольно. В случае *Stöckel'я* (рис. 129) 8-мимесячный *thoracopagus* родился без помощи искусства: при сильном отклонении второго туловища родилась головка первого, его туловище и ножки, им следовали ножки второго, а затем уже туловище и головка его. Механизм родов очень похож на таковой в нашем случае оператив-

ного родоразрешения. Рассчитывать на подобный самоизворот thoracopagus'a не следует: слишком велика опасность разрыва матки.

И все же по *Playfaer*'у, восемь рожениц разрешились самопроизвольно, в пяти случаях произведен поворот и извлечение, в четырех родоразрешение было инструментальным, одна роженица умерла не разрешившись.



Рис. 129. 8-месячный thoracopagus.

Наиболее благоприятны ножные положения. А посему при предлежаниях тазовым концом показано низведение всех 4-х ножек (рис. 130) и осторожное извлечение по возможности в косых размерах таза. В дальнейшем течении извлечения, если не удастся извлечь сперва одну, а потом другую головку, могут явиться показания к эксцентрации урода или к перфорации головки или головок. Сложнее механизм при головных предлежаниях. Если предлежат 2 головки и диагноз сросшихся двойней поставлен (что возможно, конечно, лишь в исключительных случаях), то показан поворот на все 4 ножки. Если обе головки вступили в таз, то можно попробовать наложить щипцы на вторую головку. При неудаче остается, конечно, перфорация. Иначе дело обстоит, если головка первого плода родится и, как в нашем случае, туловище его не может быть изгнано, будучи фиксировано массивным мостом к туловищу второго плода. Тут первый

плод родится наполовину и родовой акт останавливается. Второй плод принимает косое положение, головка его располагается в большом тазу, упираясь в подвздошную впадину. Тут нужна немедленная и притом осторожная помощь, потому что всякое промедление или насильственное вмешательство грозит разрывом матки. Спасти положение может только рассечение соединяющего моста. Вполне ошибочно предпринимать отсечение родившегося наполовину плода. Этим ничего не выигрывается и теряется столь ценная „рукоятка“. Правда, если



Рис. 130. Thoracopagus. Ножки одного плода уже низведены, ножки второго низводятся.

нет угрозы разрыва матки и сращение не обширное (xiphopagus!), можно повернуть второй плод, причем получается как бы перекручивание мостика. Если же поворот второго плода невозможен (а невозможен он при всяком мало-мальски солидном мосте)—единственным правильным вмешательством будет кровавая операция на уроде, рассечение соединяющего моста. В нашем случае мы так и поступили: рассекши ножницами верхнюю периферию сращения (моста), вскрыв

грудную клетку, мы уменьшили степень фиксации родившегося наполовину плода, он подался книзу, тогда мы приподняли его за плечевой пояс вверх, к животу матери, после чего со стороны промежности выкатились его ягодицы и ножки. За ними последовали самопроизвольно ножки второго плода, его ягодицы, туловище его и наконец головка. Другими словами: родившийся наполовину плод, отчасти освобожденный от сращения, родился в головном положении и путем влечения за остатки сращения произвел сам поворот второго плода, который родился в ножном положении. Если обычно изгнание *thoracosoragus*'а представляет большие трудности и требует вмешательства, то все же описаны случаи самопроизвольного рождения даже крупных двойных уродов. Так *Sitka* (1927) описал в своей диссертации случай родов почти 12-фунтового *thoracosoragus*'а. Мост, соединяющий плоды, имел длину в 17 см. Первая головка родилась в переднем виде лицевого предлежания, вторая в переднеголовном предлежании. Подобный „самоизворот“ представляет собой почти уникам. Урод родился, конечно, мертвым.

В заключение несколько слов о придатках плода.

Мы уже видели, что сросшиеся двойни образуются вследствие ненормального расщепления одиночного плодового зачатка. По существу это есть однайцевые двойни. Последние обычно лежат, заключенные каждый в своем амниальном мешке при общем хорионе (монохориаты). Тут же, в виде редкого исключения, оба плода лежат в одном амниальном мешке, оболочечной перегородки между плодами нет, они представляют собою одно тело урода, лежащего в одном плодном мешке (моноамниоты). Моноамниотические двойни могут и не быть сращены между собой, тогда они имеют каждый свою пуповину при одной плаценте. В виде исключения описаны моноамниотические двойни с одной пуповиной, вилообразно разделяющейся (монофуникулярные двойни). Сросшиеся двойни типа *thoracosoragus*. *Xiphoragus* обычно имеют один общий пупок. В знаменитом атласе *Ahlfeld*'а изображен исключительной редкости *xiphoragus* с двумя пупками и вилообразно-разделенной пуповиной, сливающейся недалеко от пупков воедино.

Интересен вопрос о пупочных сосудах. *Ahlfeld* говорит, что в крайне редких случаях имеется в пуповине 4 артерии и 2 вены, обычно несколько артерий сливаются воедино и на срезах пуповины видны то 3, то 2 артерии с 2-мя венами. Пуповина нашего *thoracosoragus*'а содержала всего 3 сосуда: 1 вену и 2 артерии.

Сравнительно часто у *thoracosoragus*'а наблюдается пупочная грыжа, в которой располагаются внутренности обоих плодов. Что касается пола, то частота женских *thoracosoragus*'ов относится к числу мужских, как 4 : 1.

В заключение укажем, что по *Ahlfeld*'у у правого плода часто встречается *situs viscerum inversus*.

Интерес случая: У многородящей роды затягиваются. После искусственного разрыва плодного пузыря головка опускается в полость таза. Изгнание затягивается. Вторичная слабость родовых болей заставляет прибегнуть к выжиманию плода по *Kristeller*'у. С большим трудом рождается головка. Рождение туловища встречает непреодолимое препятствие. Плод погибает. Детальное обследование полурукой выясняет причину дистокии. Ставится диагноз сросшихся двойней. Лишь после эмбриотомии (частичное рассечение соединяющего моста) извлекается урод. Двойной урод женского пола, весом 4250 г из группы *conjunctio media—thoracosoragus*.

Неправильности родовых болей.

Случай 46-й.

А. Д. К., 25 лет (№ приемного журнала 11373) поступила в клинику 28 сентября 1927 года в 23 часа 50 минут с родовыми болями.

Краткий анамнез: месячные пришли на 14^й году жизни, идут через три недели по 6 дней, необильные. Замужем 6 лет. В первый год замужества в 1922 г., родила благополучно мальчика весом 8 $\frac{3}{4}$ фунтов. В 1924 году опять разрешилась 8-фунтовым мальчиком. После родов не болела. Оба мальчика живы. В 1925 году перенесла искусственный аборт, после чего долго болела. В течение полугода лечилась „от воспаления яичников“. В конце января 1926 года опять забеременела; по совету врачей решила беременность доносить, но 6-го мая наступил самопроизвольный выкидыш, после которого опять долго страдала болями в животе. Последние месячные начались 15-го декабря 1926 года. В первые месяцы беременности часто „болел живот“. В конце апреля начала ощущать движение плода. Последний соити 1 месяц т. н. В день поступления 23 сентября в 16 часов начались родовые боли, очень редкие и слабые. Воды не проходили. Боясь остаться на ночь дома, роженица около полуночи поступила в клинику.

При поступлении: правильного телосложения, резко ослабленного питания, бледная женщина, блондинка. Т. 36,6. Пульс 80. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. На коже живота обилие мелких, старых рубцов беременности. Пигментация белой линии слабая. Пупок умеренно выпячен. Наибольшая окружность живота 98 см. Дно матки на 3 поп. пальца ниже мечевидного отростка, высота 34 см. Положение плода продольное. В дне матки определяются ягодицы, мелкие части справа на дне. Предлежит головка, над входом в таз, несколько подвижная. Сердечные тоны плода ясно выслушиваются слева ниже пупка. Размеры таза: Dist. Spil. 25; Dist. Crist. 27; Dist. Trœch. 31; Conj. ext. 19. Окружность таза 85. Родовые боли редкие и слабые, через полчаса.

Имеет ли мы дело с физиологическим или патологическим случаем?

1. Положение плода правильное, таз повидимому нормальный. Роды в начале. Нет оснований подозревать патологию.
2. Данные объективного исследования действительно вполне утешительны. Все же, принимая во внимание повторные воспаления полового аппарата (см. анамнез) можно опасаться аномалии родовых сил.

Действительно, данные объективного исследования с определенностью показывают норму. Перед нами повторнородящая, два раза уже родившая доношенных детей. Плод повидимому небольшой, таз, насколько позволяют судить наружные его размеры, удовлетворительный. И мы уже готовы поставить благоприятный прогноз, хотя мы не знаем, насколько функция матки будет на высоте. Двое родов прошли благополучно. Но в дальнейшем были „воспаления“, очевидно этиологически связанные с абортами. Как бы то ни было, мы должны ждать, и никто из Вас не видит показаний к какому бы то ни было вмешательству.

В течение 29 сентября—2-го октября положение дела оставалось без перемен. Больная находилась под нашим наблюдением: схваток почти не было, по крайней мере установить их не удалось. Движение плода пациентка чувствует хорошо, жалуется на постоянную тянущую боль в животе. Головка в том же положении: прижата ко входу в таз, сердечные тоны плода ясные. Вечером 2-го октября опять появились схватки очень редкие и слабые, продолжавшиеся всю ночь на 3-ье октября. Промежутки между схватками час—полчаса, продолжительность каждой схватки от полуминуты до минуты. 3-го октября—больная нетерпелива, нервничает. Схватки не учащаются, через час—

полчаса. Больная ходит по палате, гуляет по коридору. Жалуется на изжогу. Стул с клизмы; анализ мочи—N.

4-го октября—картина та же.

Что делать?

1. Роды принимают затяжное течение. Очевидно имеется первичная слабость родовых болей. Ввиду отсутствия показаний к вмешательству, роды надо вести консервативно.
2. Хотя в данный момент ничто и не угрожает ни матери ни плоду, все же надо стремиться к усилению родовой деятельности, напр., впрыснуть питуитрин.

Вы ставите диагноз первичной слабости родовых болей. Я с Вами согласен, но все же может возникнуть вопрос: в родах ли наша беременная? Может быть схватки, которые мы у нее видим, вовсе не родовые боли, а так наз. "боли предвещающие"? Ведь известно, что за несколько дней, за неделю, иногда даже полторы до родов, наблюдаются сокращения матки, весьма похожие на родовые схватки. Эти сокращения часто ощущаются женщиной как временное уплотнение матки, стягивание в животе, иногда они говорят "живот становится тугой". Нередко предвещающие боли незаметно переходят в родовые боли, так что невозможно определить с точностью начало собственно родового акта. Отличить схватку предвещающую от родовой боли нетрудно: 1) предвещающие боли наступают в разное время неперiodически, "вразброд", в то время как родовые боли чередуются через определенные промежутки времени. Возьмите часы и проследите по ним наступление схваток; если они наступают ровно через 20—15—10 минут, Вы смело можете сказать: роды наступили. 2) Поисследуйте Вашу пациентку вагинально или ректально. Если во время сокращения матки пузырь остается вялым, не напрягается—то это боль предвещающая; если же во время схватки пузырь "наливается"—женщина в родах. Мы произвели ректальное исследование (4-го октября в 12 часов). Шейка сглаживается, зев пропускает 2 пальца, предлежит головка, прижатая ко входу, пузырь во время схватки явно наливается. Сомнений нет: роды в ходу, идет период раскрытия. Первичная слабость родовых болей! Какова же этиология этой аномалии изгоняющих сил?

Если вторичная слабость родовых болей наступает в течение родового акта после долгой и сильной родовой деятельности, уже в периоде изгнания и может быть объяснена утомлением и истощением мускулатуры матки, то первичная слабость наблюдается с самого начала родов, уже в начале периода раскрытия. Причина ее должна лежать в свойствах самой маточной мускулатуры или же в иннервации ее. Такая вялость мышцы, *inertia uteri*, наблюдается при врожденной слабости развития мышцы, каковую мы имеем при недоразвитых, детских матках. Таковую же слабость мышц мы видим у старых первородящих. Функциональная недостаточность маточной мускулатуры может быть не только врожденной, но и приобретенной. Всякого рода воспалительные процессы матки, хронический метрит, перенесенные септические воспаления, частые, следовавшие одна за другой беременности, тяжелые роды—все эти моменты могут вести к уменьшению в матке мышечной ткани, к гиперплазии ткани соединительной—в результате чего орган в смысле функциональной способности оказывается далеко не на высоте. Наконец первичную слабость родовых

болей мы часто наблюдаем при чрезмерном растяжении матки (многоводие, многоплодные роды), когда истонченная в силу перерастяжения стенка матки не может развить в должной мере свою сократительную деятельность.

Какова же этиология в нашем случае?

Недоразвития матки нет; в анамнезе 2 нормальных срочных родов, никакого перерастяжения нет. Зато в анамнезе имеются определенные указания на тяжелое, долго длившееся воспалительное заболевание половой сферы после искусственного аборта, от которого больная упорно лечилась. При последующей беременности наступил выкидыш, сильно обостривший „воспаление“. Вот где следует искать причину функциональной недостаточности матки. И мы должны провести эти роды особенно тщательно в надежде на то, что роды оздоровят больной половой аппарат нашей пациентки. Как же быть? Конечно, нет никаких показаний к родоразрешению. Речь идет о том, вести ли роды строго выжидательно или же принять те или иные терапевтические меры борьбы со слабостью родовых болей.

Первичная слабость ведет к затяжному течению родов. Твердо установлено, что при целом плодном пузыре никакой опасности нет ни для матери, ни для плода. Правда, терпение матери ставится на пробу, она начинает нервничать, не спит, теряет аппетит и встречает Вас с неизменным вопросом: Когда все это кончится?

Дело врача внушить матери спокойствие, бодрость и уверенность в благополучном исходе. Никогда не назначайте срока окончания родов. Напр., Вы скажете ей: „роды закончатся сегодня ночью“. Пройдет ночь, ваша больная не разрешилась, но это полбеды, важнее то, что вера в ваш авторитет уже поколеблена.

Совсем другое дело, если слабость родовых болей продолжается и после отхождения околоплодных вод. Тут обстановка совсем другая. Тут возникают две опасности: для матери—опасность восходящей инфекции со всеми необозримыми последствиями, для плода—опасность асфиксии, потому что при затяжных родах полый мускул все более и более ретрагируется по плоду, уменьшается площадь прикрепления последа, суживается кровяное русло маточно-плацентарных сосудов, наступает все прогрессирующая недостача доставки кислорода плоду.

Что в таких случаях нередко приходится активно вмешаться во избежание печальных последствий для матери и плода—это ясно. А при целом пузыре,—есть ли необходимость во вмешательстве? Ответ определенный: пока нет показаний к вмешательству, оно противопоказано. Конечно, роженица должна быть под неусыпным наблюдением, она нуждается в уходе, в питании и в соответствующем режиме. Надо следить за периодическим и своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Роженице полезно ходить, конечно, пока воды целы; она и полежит, и посидит, и походит; это полезно не только по существу, но и благотворно действует на психику. Отвислый живот мы подвяжем, на ночь роженицу уложим на бок, притом на сторону затылка (напр. при первом положении на левый бок).

В обычных случаях можно этими мероприятиями ограничиться.

Конечно, каждый случай нужно индивидуализировать, и особенности случая могут заставить внести в наш образ действий тот или иной корректив. Так при высоких степенях многоводия может потребоваться искусственный разрыв плодных оболочек. В беседе о многоводии мы затронем этот вопрос и укажем на выгоды и опасности этого метода

При наступлении каких либо серьезных показаний к ускорению родоразрешения в наших руках есть могучий способ усиления родовой деятельности в виде метрейриза.

Исстари стремились найти лекарственное вещество, усиливающее родовые схватки. Большой славой пользовалась спорынья и ее многочисленные препараты. И если в старое время давали спорынью *larga mapi* роженицам для ускорения родов, для усиления родовых болей, то в настоящее время она почти всеми оставлена. Дело в том, что спорынья, действуя весьма сильно на лежащие в самой матке моторные аппараты, вызывает тонические, судорожные сокращения маточной мускулатуры, а отнюдь не правильно чередующиеся родовые схватки. В этом лежит опасность спорыньи для рожениц. Не даром применение ее было запрещено законом еще в 1774 году во Франции и в 1778 году в Ганновере. В спорынье и ее препаратах *secacornin, ergotin* и т. д.) мы имеем прекрасное сокращающее матку средство при атонии матки после родов и очень опасное средство для рожениц, могущее повести к столбняку матки и даже разрыву ее.

Широким распространением пользуется хинин. По совету *Schatz'a* дают через 2 часа *chinini sulfuricum* по 0,25 раза 3 подряд. Хинин можно также вводить внутримышечно и внутривенно. Растворы соляно-кислого хинина (*chinini muriaticum*) мало пригодны для инъекций как подкожных (болезненность, некрозы), так и внутривенных (головокружение, шум в ушах, горечь во рту). Хорошо переносятся инъекции растворов *chinini bhydrochlorici*. И если в терапии эти инъекции привились, то в акушерстве они распространения не получили. Эффект их бывает хороший, нередко же его не получается вовсе. Иначе дело обстоит с препаратами, добываемыми из задней доли гипофиза. В следующей беседе мы подробнее остановимся на применении питуитрина, питугландоля при слабости родовых болей; здесь скажу лишь, что действие этих препаратов весьма могучее в периоде изгнания, гораздо слабее в первом периоде родов, и к назначению их тут надо относиться с осторожностью.

Пользуюсь случаем указать, что в последнее время рекомендуют, как в целях вызывания родовых болей, так и для усиления уже существующих схваток применение хинина и питуитрина после однократного приема касторового масла. Для примера привожу схему, предложенную английским врачом *Vernon Bailey* (Манчестер): через 1 час после приема касторового масла дают 0,6 сернокислого хинина, опять через час следует клизма, затем повторяют ту же дозу хинина через 2, 3 и 4 часа. Спустя 5 часов после последнего приема хинина можно начать впрыскивания питуитрина по $\frac{1}{2}$ см³ каждые полчаса, всего 6 раз. Автор особенно хвалит комбинацию касторового масла с хинином. На 78 случаев в 73 одно применение этих средств дало полный эффект. К применению питуитрина он относится с осторожностью, особенно при доношенных родах (не исключена возможность разрыва нижнего сегмента).

Есть предложение вводить при первичной слабости родовых болей баллон *Braun'a* (кольпейринтер) в прямую кишку. Полагают, что этим достигается механическое раздражение моторных ганглиев матки. Лично я этого способа пока не применял.

Из изложенного следует, что в деле терапии первичной слабости родовых болей мы не особенно богаты орудиями борьбы. Лично я полагаю, что это даже хорошо, иначе был бы велик соблазн применять их, может быть, там, где нет надобности в их применении.

Возьмите наш случай. Первый период родов затянулся, родовые схватки очень редкие и слабые. Все же они делают свое дело, хотя и медленно. Ректальное исследование 4 октября убедило нас, что зев уже открыт на 2 пальца. Окружим нашу роженицу уходом, не забудем ее питать, успокоим ее, внушим ей бодрость и будем следить за течением родов.

В ночь на 5 октября схватки были через 20 минут, сильнее чем накануне; к утру они стали несколько слабее. Т. 36,9. Пульс 80. Головка несколько подвижна, во время схватки прижата ко входу. Сердечные тоны плода ясно выслушиваются слева ниже пупка, 140 ударов в минуту. Роженица несколько бодрее, спокойна.

Если мы накануне не нашли никаких показаний к вмешательству, то и сегодня мы их не усматриваем. Ведь ничто не изменилось.

До вечера 5 октября схватки были очень редкие и слабые. В ночь на 6 октября они опять усилились, повторяются через 15—20 минут. В промежутках между схватками роженица спала. Утром 6 октября схватки через 10 минут, умеренной силы. Объективно—перемем нет. Ректальное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 3½ пальцев, края зева толстоваты. Пузырь цел, во время схватки наливается. Головка над входом. После обеда схватки стали чаще, через 7—6 минут; роженица взята в родильню ей предложено больше не вставать.

В дальнейшем схватки уже не ослабевали. В 18 часов схватки сильные, через 5 минут.

В 18 час. 40 минут на высоте схватки отошли воды, чистые, в умеренном количестве. Головка сразу опустилась в полость таза. Сердечные тоны не изменились, 136 ударов в минуту.

В 18 час. 50 мин. начались потуги, половая щель начала зиять. промежность выпячивается.

В 18 час. 55 мин. родился плод женского пола, доношенный, сразу закричал. Вес плода 3160 г.

Послед вышел самопроизвольно (19 час. 5 мин.).

Матка хорошо сократилась. Кровотечение незначительное. Повреждений промежности нет. Общее состояние родильницы вполне хорошее.

Роды закончились. Они длились очень долго. Родовые боли начались еще 28 сентября, закончились 6 октября. Период раскрытия в силу первичной слабости родовых болей продолжался больше недели, период изгнания—всего четверть часа, последовый период—10 минут.

13 октября родильница выписалась домой с ребенком.

Интерес случая: 25-летняя повторнородящая, имеющая анамнез 2 аборта и тяжкие после них воспалительные заболевания тазовых органов, поступает в клинику с очень редкими и слабыми родовыми болями. Таз нормальный. Положение плода правильное. Воды целы. Ввиду отсутствия каких-либо показаний к вмешательству решено роды вести выжидательно. Период раскрытия продолжался больше недели. Роды закончились рождением живого доношенного плода, причем изгнание длилось четверть часа. Последовый период прошел без осложнений. Течение послеродового периода правильное.

Случай 47-й.

Мария Л., 22 лет (№ приемного журнала 5328) поступила в родильню больницы 17 февраля 1926 г. в 10 часов в родах.

Беременна 2-ой раз. Первые роды были в 1921 г., нормальные. После родов осложнений не было.

Menses с 13 лет, через 4 недели, по 3 дня, без боли. Последние регулы в мае 1925 г., движение плода начала ощущать в сентябре. В продолжение всей беременности пациентка отличалась хорошим здоровьем. Родовые боли начались 17 февраля в 3 часа, воды прошли в 4 часа.

При поступлении: роженица правильного телосложения, среднего роста, умеренного питания. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Высота дна матки 36 см, окружность живота—100 см. Размеры таза: Dist. Spin. 27; Dist. Crist. 29; Dist. Troch. 30; Conj. ext. 20.

Дно матки на 3 пальца ниже мечевидного отростка, в нем-повидному ягодицы, мелкие части слева, спинка плода справа. Предлежит головка, большей своей окружностью прошедшая вход в таз.

Сердечные тоны плода справа ниже пупка.

Родовая деятельность вполне удовлетворительна. Схватки сильные, каждые 6 минут, несколько потужного характера.

Итак перед нами молодая женщина, рожаящая второй раз, с безукоризненным акушерским анамнезом, правильным положением плода, нормальными размерами таза и вполне удовлетворительной родовой деятельностью.

Прогноз абсолютно хорош, и мы склонны думать, что роды в скором времени закончатся.

13 час. 50 мин. Потуги реже, каждые 10—12 минут и значительно слабее.

Произведем ректальное исследование: открытие зева полное, пузыря нет. Предлежит головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере таза. Родовая опухоль еле намечается.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

- 1) Течение родов правильное. Ввиду отсутствия каких-либо показаний к вмешательству, надо ждать.
- 2) Механизм родов правильный, но период изгнания осложнился слабостью родовых болей; показано наложение щипцов, к чему условия даны.
- 3) Наступила вторичная слабость родовых болей. К немедленному окончанию родов показаний нет. Надо попытаться усилить потуги имеющимися в нашем распоряжении средствами, напр. питуитрином.

Что роды у нашей больной начались и протекали при благоприятных условиях, не подлежит сомнению. Роженица—второродящая, принято считать вторые роды самыми легкими в жизни женщины положение плода правильное, таз нормальный. Воды отошли уже спустя час после начала болей; несомненно несколько рано, потому что вряд ли к этому времени открытие было полным или почти полным. Они отошли за 6 часов до поступления в больницу, и мы не знаем степени раскрытия зева в момент разрыва плодного пузыря. Механизм родов правильный, головка опустилась в полость таза в состоянии сгибания, внутренний поворот совершился, стреловидный шов в прямом размере таза. Все предвещало скорое окончание изгнания, как вдруг родовые боли стали слабеть и наступать реже. Мы видим действительно слабость родовых болей. Известно, что подобная аномалия родовых болей может наблюдаться в начале родов, с самого начала периода раскрытия—первичная слабость родовых болей. Этот вид слабости родовых болей встречается нередко, большого значения подобная слабость не имеет, потому что тут воды целы, и хотя роды и затягиваются и испытывается терпение роженицы и окружающих, мы не придаем ей никакого значения.

Другой вид слабости родовых болей, встречается во втором периоде родов, в периоде изгнания. Тут обстановка другая: воды давно прошли, микробы влагалища могут проникнуть в полость матки и вести к инфекции; с другой стороны мускулатура матки все более и более ретрагируется над плодом, уменьшается площадь прикрепления плаценты, страдает маточно-плацентарное кровообращение, в результате чего возникает опасность асфиксии плода. Вы видите, что в противо-

положность первичной слабости родовых болей, вторичная их слабость чревата опасностями как для матери, так и для плода.

Таким образом вторичная слабость далеко не безразличная аномалия родовых болей и достойна нашего внимания.

Почему же у нашей роженицы наступила слабость родовых болей? Причины вторичной слабости различны: тут и расстройство иннервации матки (при высокостоящей головке) и поперечное или ягодичное положение, отвислый живот, предлежание последа, переполненный мочевой пузырь, лежащие в малом тазу опухоли. Особенно важна усталость маточной мускулатуры при длительных родах (узкий таз, гидроцефалия, ригидность шейки, стенозы влагалища, опухоли влагалищной части).

Известно, что в периоде изгнания к работе матки присоединяются сокращения брюшного пресса. Если к вторичной слабости родовых болей присоединится и недостаточность брюшного пресса, то роды могут остановиться. Это особенно часто наблюдается при отвислом животе и расхождении прямых мышц живота, когда атрофированные и отошедшие в сторону мышцы не могут развить должным образом свою сократительную деятельность. Крайнее утомление роженицы, истощение ее неминуемо влечет за собою вторичную слабость потуг.

Если Вы разберетесь во всех перечисленных этиологических моментах, то увидите, что в нашем случае они отсутствуют. Роды по сие время протекали абсолютно физиологично, тут нет и не может быть препятствий к изгнанию плода, тут нет и намека на недостаточность брюшных стенок, ни на истощение роженицы. И тем не менее наступила вторичная слабость родовых болей. Мы должны здесь предположить причину чисто нервную. У молодых женщин с явлениями истерии или неврастении, находящихся в состоянии возбуждения и страха перед родами, нередко наблюдается слабость родовых болей; если к этому в периоде изгнания потуги подавляются страхом перед болезненностью их, то получится именно картина, какую мы видим у нашей больной.

Как же быть? Как и при всех болезненных явлениях терапия должна быть причинной и направленной на устранение этиологического момента. Практически важно помнить, что при истощении роженицы большую пользу приносит наркоз (морфий, хлороформ), при отвислом животе—бинтование его (или наложение бинта *Вербова*), при переполнении мочевого пузыря—катетеризация его.

Если уже имеются признаки инфекции матери или угрожающей асфиксии плода, то показано немедленное окончание родов тем или иным путем, смотря по условиям случая.

В нашем случае окончить роды нетрудно, все условия к наложению щипцов даны, но есть ли показания к этой операции? Никаких, ни со стороны матери, ни со стороны плода!

Мы не будем прибегать к какой бы то ни было родоразрешающей операции, мы уверены, что роды закончатся силами природы, лишь бы усилились потуги.

Есть ли у нас возможность побудить мускулатуру матки в родах к сокращению? Конечно, средств, сокращающих матку, не мало. Самое известное из них—спорынья и ее многочисленные препараты. Но Вы уже знаете, что спорынью нельзя назначать ни в периоде раскрытия, ни в периоде изгнания. Спорынья ведет к тоническому сокращению матки, а отнюдь не возбуждает правильной родовой деятельности.

Полый мускул судорожно сократится, сосуды маточной стенки будут сдавлены, плоду будет угрожать асфиксия, а роды не подвинутся ни на шаг: Спорынья противопоказана.

Излюбленным средством, усиливающим родовые боли, является хинин. Уже давно применяли с этой целью хинин, давая его в малых дозах per os (напр. по 0,25—0,5 раза 2—3 через 2 часа). Предложение вводить хинин внутривенно или межмышечно распространения не получило. Эффект хинина должен быть признан довольно сомнительным. В то время как иногда эффект налицо, в очень большом числе случаев никакого усиления родовой деятельности не получается.

Гораздо вернее действие препаратов из задней доли гипофиза.

В 1909 г. в Германии *Kehrer*, в Англии *Dale* установили могучее действие вытяжки из задней доли мозгового придатка на мускулатуру матки, беременной, послеродовой и менструирующей, что было подтверждено опытами *Frankl-Hochwart'a* и *Fröhlich'a* на кроликах. На больших впервые питуитрин был применен при атонических кровотечениях в последовом периоде. *Hofbauer* (1911) стал применять его как средство, усиливающее родовую деятельность. С тех пор питуитрин и другие препараты гипофиза получили широкое применение в акушерстве (см. мою статью во Врачебной Газете 1911 г., № 51). Препараты гипофиза (*pituitrin*, *coluitrin*, *hypophysol*, *hypophysenextrakt*, *hypophysin*, *pituglandol*, *physormon*) вводятся подкожно, межмышечно и внутривенно. В последнем случае впрыскивание должно быть сделано очень медленно во избежание головокружения, головной боли и тошноты. При подкожном и межмышечном введении сильные схватки появляются минут через 10—20, при внутривенном вливании почти моментально. Многочисленные наблюдения убедили нас в том, что питуитрин (*pituglandol*) есть могучее усиливающее родовую деятельность средство. Будет ли слабость родовых болей первичной или вторичной, за впрыскиванием неминуемо следует усиление схваток. Сокращения матки отличаются строгой ритмичностью и сменяются совершенным расслаблением матки. Судорожные сокращения, стриктура зева наблюдаются только при чрезмерно больших дозах (нормальная доза 1,0). Интересно, что чем ближе момент введения препарата к концу родов, тем он более действителен. Если этот метод малопригоден для возбуждения искусственных преждевременных родов, действие его уже ярче в начале родов, наиболее же действительным он оказывается в периоде изгнания и особенно в конце этого периода. Во многих случаях можно избежать наложения выходных щипцов, заменяя их бурной потужной деятельностью с помощью питуитрина (*Wehensturm*).

Противопоказан питуитрин при эклампсии (повышенное кровяное давление), при растяжении нижнего сегмента (узкий таз, водянка головки плода, поперечное положение).

Наблюдались после применения препаратов гипофиза атонические кровотечения в последовом периоде, но это обстоятельство не должно нас удерживать от этого метода, так как межмышечное введение напр. *secasopin'a* быстро устраняет атонию.

Итак в препаратах гипофиза мы имеем действительное средство для борьбы со слабостью родовых болей.

Но вернемся к нашему случаю.

Потуги стихают, к 14 час. 25 мин. они очень редкие и вялые, роженица жалуется на усталость. Но к активному вмешательству показаний нет. Имеем ли мы основание применить *pituglandol*? Конечно, да, тем более, что никаких противопоказаний нет.

В 14 час. 25 мин. под кожу наружной поверхности бедра впрыснут 1,0 pituglandol.
В 14 час. 45 мин.—сильная продолжительная потуга, через 5 минут вторая, столь же сильная.

В 14 час. 55 мин. во время 3-й весьма сильной потуги из половой щели появился затылок и быстро прорезалась головка. Родился плод, мужского пола весом 4300 г, длиной 52 см, без асфиксии.

Последовый период длился 20 минут, потеря крови весьма умеренная. Послед вышел без помощи искусства, весь, оболочки без дефектов. Матка сократилась хорошо. Кровотечения нет.

Послеродовой период прошел без осложнений. Родильница выписалась на 7-й день с ребенком.

Интерес случая: У второродящей к концу периода изгнания при затылочном предлежании наступила вторичная слабость родовых болей. Показаний к вмешательству нет. Однократное впрыскивание pituglandol дало блестящий эффект. Появились сильные потуги. Во время 3-й потуги начал прорезываться затылок. Атонии в последовом периоде не было.

Случай 48-й.

Больная В. Н. Б., 42 лет (№ приемного журнала 11195), принята в родильное отделение клиники для наблюдения 25 сентября 1927 года.

Из анамнеза мы узнаем, что беременность 3-я. Первая беременность окончилась выкидышем. Вторую пациентка доносила, роды в срок, были очень быстрые, длились всего 2—3 часа. Ребенок родился 15 фунтов. После родов не болела. Это было 22 года тому назад. С тех пор не беременела. Месячные всегда правильные, каждый месяц, идут по 5—6 дней. Последние регулы в декабре 1926 г. Времени появления движений плода указать не может. Беременность протекала без особенностей. Последний coitus за 2 дня до поступления.

По совету врача обратилась в клинику с просьбой быть принятой за некоторое время до родов.

При поступлении (25 сентября 1927 г.): правильного телосложения, крупная женщина, шатенка. Живот большой, сильно выпуклый, овоидной формы. На коже скудные старые рубцы беременности. Белая линия пигментирована. Пупок выпячен. Обхват живота 115 см; высота дна матки 38 см. Положение плода продольное. В дне матки ягодицы. Мелкие части прощупываются слева в дне. Спинка справа. Над входом в таз баллотирует объемистая головка. Сердечные тоны ясно выслушиваются справа ниже пупка. Размеры таза: Dist. Spin.—27; Dist. Crist.—30; Dist. Troch.—32; Conj. ext.—22. Выделений из влагалища нет. Схваток нет.

Каков диагноз? Каково предсказание?

1. Пациентка не в родах; отклонений от нормы нет. 2-е черепное предлежание. Предсказание вполне благоприятное. Можно пациентку выписать за отсутствием родовой деятельности.
2. Учитывая анамнез (быстрые роды, гигантский плод), а также обширный таз, лучше оставить ее в клинике.

Данные исследования, казалось бы, вполне утешительны. Повторно-беременная, имеющая в анамнезе физиологические роды крупным плодом, с правильным положением плода—разве мы имеем основание сомневаться в вполне благоприятном предсказании? И все-таки есть данные, заставляющие нас задуматься. Первые роды длились всего 2—3 часа. И это при гигантском плоде. 15 фунтов—6000 г! Какая же должна была быть родовая деятельность для изгнания такого плода у первородящей! Таз бесспорно обширный. Плод крупный, но вряд ли 15-тифунтовый. Мы не знаем, какова будет родовая деятельность при предстоящих родах, ведь прошло 22 года. Но пациентка за этот период времени женскими болезнями не страдала. Функционально матка вероятно будет на высоте. Мы имеем все основания ожидать и на этот раз быстрые роды, может быть роды стремительные. Из

этих соображений будет целесообразно не отпускать пациентку домой, а оставить ее в клинике, тем более, что роды могут наступить в ближайшее время.

Мы решили оставить пациентку для клинического наблюдения.

26-го сентября. За сутки схваток не было. Самочувствие хорошее. Стул с клизмы. Наружное исследование дало то же, что и накануне. Исследование рег гестум: шейка укорочена. Наружный зев приоткрыт. Предлежит головка, над входом. Мыс недостижим.

27-го и 28-го сентября без перемен. Жалоб нет. Движения плода энергичные. Пациентка с нетерпением ждет родов.

29-го сентября. Схваток нет. Из влагалища обильные слизистые выделения. Сердечные тоны справа ниже пупка. При 3-м приеме Leopold'a: головка над входом в таз, менее подвижна, чем при поступлении.

30-го сентября и 1-го октября. Перемен нет. Выделения слизистые продолжаются. Схваток нет. Объективно то же.

1-го октября, вечером пациентка легла спать в 22 часа.

15 минут первого она проснулась, разбуженная отхождением значительного количества вод. Схваток не было. Вызванный дежурный врач убедился в хорошем состоянии сердечных тонов плода, в отсутствии схваток и все же решил перевести больную в родильню и исследовать рег гестум.

35 минут первого ректальное исследование; Зев открыт на $2\frac{1}{2}$ поп. пальца, края толстые. Головка в широкой части малого таза, мыс недостижим.

Неправда ли, довольно неожиданный status! За все время пребывания пациентки в клинике не было ни одной схватки, а сравните данные исследования при поступлении с последними! Шейка открылась, зев пропускает $2\frac{1}{2}$ пальца. Значит все же сокращения матки были, хотя и незамеченные ни самой больной, ни нами.

Какое же теперь мы можем ставить предсказание?

Ответ один: Мы должны ждать схваток с минуты на минуту, открытие может завершиться очень быстро, изгнание может быть чрезвычайно быстрым, надо все приготовить для приемки и быть начеку!

В 1 час 15 минут—первая схватка, очень сильная. Головка спустилась в таз сердечные тоны отчетливые, справа ниже пупка.

Через 6 минут вторая схватка, третья; в 1 час 30 минут—первая потуга, через 4 минуты очень сильная вторая, промежуток начинает выпячиваться, половая щель зияет.

В 1 час 45 минут родился плод, без асфиксии, женского пола, сразу закричал.

Пуповина перевязана, плод отделен. Вес его 4450 г.

Первые два периода родов коротки, они длились всего 30 минут, из них на долю периода раскрытия можно отнести 15 минут и столько же на период изгнания.

Роды не совсем обычные. Если мы посмотрим большие статистики, то увидим, что средняя продолжительность родов у первородящих 15—24 часа, у повторнородящих 10—12 часов. Период раскрытия у первородящих 13—18 часов, у повторнородящих 6—9 часов, изгнание у первородящих длится в среднем 2—3 часа, у повторных $\frac{1}{2}$ —1 час. В нашем случае два первых периода вместе длились всего 30 минут. После этого можно ли в акушерстве быть пророком? Правда, мы на основании анамнеза (быстрые роды при крупном плоде) и исследования (обширный таз) были готовы к непродолжительным родам, потому и уговорили больную не выписываться.

Хорошо, что мы ее не отпустили, она могла бы разрешиться в далеко не подходящей обстановке: на улице, в вагоне трамвая, на рынке, в уборной! Такие роды называются стремительными!

Основное в них—сила родовых болей. При нормальном тазе, при правильном положении и членорасположении плода—решающим фактором является именно сила схваток. Они могут быть настолько сильные

и настолько часты, что родовой акт завершается в кратчайший срок, даже в несколько минут — *partus praecipitatus*, роды стремительные или уличные. Последнее название объясняется тем, что часто такие роды застигают беременную на улице. Роды могут быть настолько быстрыми, что больная не успевает лечь, одна—две—три схватки выбрасывают плод из родовых путей на пол, на землю, почему немцы называют подобные роды — *Sturzgeburt*.

Причины чрезмерно сильных родовых болей мы не знаем. В нашем случае мы убедились, что до наступления родовой деятельности шейка сгладилась и зев открылся на $2\frac{1}{2}$ пальца. Значит были же схватки оставшиеся незамеченными. Это у опытной рожавшей женщины. Немудрено, если неиспытавшая родовых болей первобеременная не оценит болевых ощущений, она их может принять за кишечные боли, она почувствует рези в животе и давление на прямую кишку, отправится в уборную и тут, в уборной, вместо акта дефекации произойдет родовой акт. Плод упадет в стульчак или в люк! Если стремительные роды застигнут женщину ночью, во время сна—это полбеды. Если же роды произойдут во время работы или на улице, младенец может в силу падения на пол получить повреждение головки, до перелома черепа включительно. Особенно если женщина носит открытые панталоны или их не носит вовсе. Я помню случай, где мне пришлось высвободить родившегося младенца из глухих панталон. Правда сила падения младенца ослабляется обычно тем, что женщина в момент изгнания плода инстинктивно присаживается („на корточках“). При родах в стоячем положении или при родах „в люк“ ребенок может еще пострадать в силу разрыва пуповины. Разрыв пуповины встречается в 13—29% стремительных родов (см. мою статью „о разрыве пуповины во время родов“. Журнал Акушерства и женских болезней 1914 г. Ноябрь).

Падающий ребенок встречает на своем пути то или другое препятствие, напр. белье и платье роженицы, или же роженица инстинктивно сжимает бедра, чем предохраняет плод от падения, или же присаживается или становится на колени. Описаны случаи, где извергнутый плод оставался даже висеть на пуповине, не разрывая ее и не вызывая отслойки детского места. *Bayer* даже считает, что при стремительных родах чаще разрыва пуповины случается выхождение плода вместе с последом. Интересно, что по сообщению *Krauss'a* в Дарессаламе у племени *Wasuaheli* самопроизвольный разрыв пуповины при родах в положении „на корточках“ считается явлением нормальным. Место разрыва пуповины чрезвычайно разнообразно. Она может разорваться в любом ее отделе. Наичаще она рвется в своей плодовой трети, несколько реже в плацентарной трети, реже всего в средней трети. Обычно сильного кровотечения из разорванной пуповины не бывает, потому что просвет сосудов закрывается или продольными складками или же благодаря заворачиванию внутрь интимы. Остановке кровотечения способствуют дыхательные движения плода (возникновение малого круга кровообращения). Асфиктический плод может погибнуть от кровотечения из разрыва пуповины. Особенно опасны разрывы пуповины у самого пупочного кольца. Из 134 случаев, собранных *Klein'ом*, в 25 пупочный канатик был вырван из пупка.

Для матери стремительные роды также неблагоприятны. В силу чрезмерно сильных родовых болей могут получиться разрывы шейки, особенно у первородящих, неподготовленные мягкие пути могут разорваться быстро изгоняемой головкой, глубокие разрывы промежности

и влагалища не редкость при стремительных родах. Внезапная тяга за пуповину может отслоить послед, что неминуемо повлечет за собой кровотечение из плацентарного места. Описаны даже случаи выворота матки при стремительных родах. Но самая крупная опасность грозит матери в последовом периоде и в первые часы после родов—эта опасность есть атония матки. Атония эта объясняется внезапным опорожнением матки, невозможностью для матки достаточно быстро приспособиться к изменившимся отношениям, в недостаточной ретракции полого мускула.

Эта опасность заставляет нас особенно насторожиться, а посему вернемся к нашей роженице.

В 1 час 45 минут родился плод.

В 1 час 50 минут при сильном натуживании больной вышел послед. Непосредственно за этим из родовых путей хлынула кровь широкой струей. Матка большая, дряблая. Осмотр последа убедил нас в его целостности, разрыв шейки мы склоны исключить (широкие родовые пути). Мы предполагаем атонию и начинаем планомерную с ней борьбу: массаж матки, впрыскивание под кожу 4,0 10% раствора эрготина, лед на живот. Кровотечение продолжается. Приступаем к прижатию аорты. Кулаком правой руки прижата брюшная аорта (см. т. 1, рис. 21). Кровотечение сразу прекратилось. 10 минут мы прижимали аорту. Роженица побледнела, пульс частит, 120 ударов в минуту. Но самочувствие хорошее.

Мы справились с атонией, кровотечение не возобновилось. Родильница дана спорынья внутрь, горячий чай, ножной конец кровати поднят. Лед на живот. *Ol. camphorae* (2,0) под кожу. Осмотрена промежность и наружные части, разрывов нет. Родильница оставалась в родильной под наблюдением в течение 3 часов. Послеродовой период прошел без осложнений. К концу 3 суток было однократное повышение температуры до 38,0. 10 октября родильница выписалась здоровой с ребенком.

Итак стремительные роды в клинике! Явление нечастое, потому что большая часть стремительных родов происходит вне стен учреждений и в больницу больная доставляется уже после родов. мудро поступил неизвестный нам врач, направивший беременную заблаговременно в клинику, хорошо поступили и мы, не отпустив ее домой. Ребенок не пострадал, мать дала жестокое атоническое кровотечение.

Существует ли профилактика стремительных родов? Нет, такой профилактики быть не может. Если в начале стремительных родов близ роженицы окажется врач, он может положить роженицу на бок и дать ей наркотические. Но это—соображения более теоретические. Громадное большинство стремительных родов протекает без участия врача. Когда же появляется врач, на его долю выпадает борьба с атоническим кровотечением и зашивание родовых травм.

В заключение останувлюсь на судебно-медицинской стороне этого вопроса. Велика ответственность судебного эксперта, когда он стоит перед вопросом: является ли повреждение черепа на трупе новорожденного результатом внешнего насилия? Если экспертиза признает повреждение насильственным, мать будет привлечена к уголовной ответственности и может предстать перед судом по обвинению ее по ст. 136-д У. К. Статья гласит: „Умышленное убийство, совершенное лицом, на обязанности которого лежала особая забота об убитом, влечет за собой лишение свободы со строгой изоляцией на срок до десяти лет“.

Советское законодательство детоубийц не знает, детоубийство есть убийство. И вот суд, прислушиваясь к заключению экспертизы, должен решить вопрос, имеет ли тут место убийство, а экспертиза, на основании материалов следствия и осмотра трупа новорожденного, должна дать заключение о происхождении повреждения. Представьте

себе, что обвиняемая расскажет, что она, неопытная женщина, почувствовав позыв на низ, отправилась в уборную и неожиданно для себя родила в люк, где ребенок и расшился. Наш известный судебный врач *В. Мержеевский* пишет: „Каждому понятна трудность распознавания повреждений, происшедших вследствие падения ребенка при быстрых родах, от следов наружного преступного насилия на голове младенца“ (1878 г.).

Не подлежит сомнению, что следствием стремительности родов может быть смертельный перелом черепа новорожденного; каждый эксперт, говорит *Fritsch*, должен признать возможность стремительных родов с последующими повреждениями, влекущими за собой смерть младенца. Огромное значение имеет осмотр квартиры, где произошли роды, в частности осмотр люка (высота, направление, дно и стены его), осмотр кровати (следы мекония, крови), осмотр трупа, в частности пуповины (напр. перерезанная или перевязанная пуповина с достоверностью уличит преступную мать), характер повреждения (трещины при падении, тяжелые, обширные повреждения при насилии). Разрыв пуповины обычно косой, с неровными рваными краями, часто с выступающими сосудами. По одному виду разрыва нельзя решить, был ли разрыв самопроизвольный или насильственный. Можно себе представить случай стремительных родов с отрывом пуповины у пупка, где плод погиб от кровотечения и где растерявшаяся мать не могла, да и не умела оказать помощь младенцу. Не исключена возможность обморока у матери, в силу чего ребенок был оставлен в беспомощном положении и погиб от кровотечения из пупка или от повреждений, полученных при падении. Экспертиза должна также учесть повреждения родовых путей у матери: обширные разрывы промежности, разрывы шейки, особенно у первородившей, говорят за стремительные роды, хотя таковые могут произойти и без всяких разрывов (у повторнородящих, как в нашем случае). Не забудьте, давая заключение, измерить у матери таз. Наличие узкотазия исключает стремительные роды. Если при плоском тазе заключительный акт периода изгнания и может совершиться очень быстро, то все же продолжительная родовая деятельность, необходимая на прохождение головки зрелого плода через суженое место входа, заставит роженицу искать помощи. В общем экспертиза может лишь тогда дать авторитетное заключение, если изучит весь следственный материал.

Интерес случая: 42-летняя рожавшая женщина заблаговременно поступает в клинику. В анамнезе одни роды, очень быстрые, вес плода 15 фунтов. Беременная берется под наблюдение. Положение плода правильное, таз обширный. Роды наступают ночью, воды отходят до болей. Роды стремительные. Периоды открытия и изгнания продолжаются в общем 30 минут. Последовый период 5 минут. Наступает тяжелая атония матки. Прижатие аорты останавливает кровотечение. Вес плода 4450 г.

Неправильности со стороны пуповины.

Случай 49-й.

Л. Н. Г. 28 лет, жена телеграфиста (№ приемного журнала 4386), поступила в клинику 24 апреля 1927 года в 12 час. 50 мин. в родах.

Краткий анамнез: месячные носят с 14 лет, через 3 недели, по 7 дней. Замужем 10 лет. Первые две беременности кончились самопроизвольным выкидышем. В 1924 г. перенесла операцию чревосечения по поводу кисты правого яичника. С 1925 г. хворает хроническим катарром легочных верхушек. В январе 1926 г. на 4 месяце своей 3 беременности была оперирована по поводу правосторонней бедренной грыжи. Беременность сохранилась, закончилась в мае 1926 г. преждевременными родами. Ребенок родился живым, вскормлен искусственно, жив по сие время.

Спустя 3 месяца после родов, 8 августа 1927 г., были последние menses. Беременность протекала без особенностей, была лишь обычная утренняя тошнота. Движения плода начала ощущать 26 декабря. Последний coitus 11 марта 1927 г. 20 апреля появились незначительные кровянистые выделения. В ночь на 24 начались родовые схватки, вначале редкие и слабые, к утру усилившиеся.

В 12 час. 50 минут роженица поступила в клинику.

При поступлении: роженица правильного телосложения, среднего роста, ослабленного питания; темная шатенка. Т. 37,0. Пульс 80. Живот увеличен, величиною не соответствует доношенной беременности, формы неправильной, шаровидной. На коже его, кроме скудных старых рубцов беременности, два рубца от бывших операций, один по средней линии между пупком и лобком, другой в правой паховой области от операции грыжесечения. Пупок сглажен, но не выпячен. Окружность живота 85 см, дно матки на 4 п. выше пупка, 28 см выше лона. Мелкие части плода неясно определяются слева на уровне пупка. Над лоном предлежащей части не определяется. Сердечные тоны плода отчетливо выслушиваются на уровне пупка, как справа, так и слева, яснее всего левее пупка.

Размеры таза: Dist. Spin. 25½; Dist. Crist. 28; Dist. Troch. 31; Conj. ext.—20. Наружные части без особенностей, выделения из влагалища слизистые, несколько окрашены кровью.

Исследование per rectum: шейка существует, цилиндрической формы, наружный зев приоткрыт. Предлежащая часть не определяется.

Каков диагноз? Каковым должен быть образ действий?

1. Роды преждевременные; повидимому имеется частичное предлежание детского места. Показан метрейриз.
2. Роды преждевременные; повидимому имеется поперечное положение плода. Для предлежания последа кровотечение слишком незначительное. Ввиду отсутствия открытия роды пока следует вести выжидательно.

Вы справедливо считаете роды преждевременными: и анамнез (срок родов нужно определить на 16 мая) и данные объективного исследования (величина живота, невыпяченный пупок) с определенностью говорят за то, что беременность недоношенная.

Кровянистые выделения заставили нас предположить предлежание последа. Но характерны ли они в данном случае для plac. praevia? За несколько дней до начала родовой деятельности появились незначительные кровянистые выделения, скоро прекратившиеся; в момент поступления уже при наличии родовых болей кровянистые выделения возобновились. Это не кровотечение, появляющееся как бы толчками, это лишь окрашенная кровью слизь. Мы не имеем оснований думать о предлежании последа, а можем лишь предположить низкое прикрепление его. В каком же положении плод?

Уже форма матки заставляет нас думать, что вряд ли положение плода правильное. Наружное исследование убеждает нас, что плод

лежит не продольно. 3-й прием *Leopold'a* не обнаруживает подлежащей части. Поперечное положение? Очевидно, да. Невысокое стояние дна матки, отсутствие подлежащей части над входом, форма матки не овоидная, а как бы раздавшаяся в стороны, сердечные тоны плода, выслушиваемые на уровне пупка—все это указывает на поперечное положение.

Итак роды глубоко патологичны:

1) они преждевременные, 2) имеется поперечное положение плода и, наконец, 3) есть предположение о низком прикреплении последа.

Что же делать? И, как всегда, перед нами кардинальный вопрос: есть ли показания к вмешательству?

Ничтожные кровянистые выделения не могут служить показанием. Мы, конечно, не забудем нашего подозрения и будем настороже. Начало кровотечения будет для нас означать показание к вмешательству.

А неправильное положение плода?

Поперечное положение плода всегда показывает его исправление. Мы должны неправильное положение плода перевести в продольное, мы стоим перед операцией акушерского поворота.

Налицо ли условия к этой операции?

Конечно, нет. Правда, если мы решим сделать наружный поворот, то нам не нужно никакого открытия маточного зева. Но ведь повседневный опыт учит, что наружный поворот—операция весьма ненадежная, и я Вам определенно не советую возлагать надежды на этот прием. А для внутреннего поворота условий нет: шейка еще закрыта. А посему, благо отсутствуют показания к спешному вмешательству, будем держаться выжидательного образа действий, впредь до появления условий к производству поворота, как операции исправляющей.

Значит ли это, что мы можем оставить нашу больную на произвол судьбы? Нет, мы ее уложим, не разрешим ей вовсе вставать, рекомендуем ей лежать на боку для того, чтобы елико возможно дольше сохранить целостность плодного пузыря и будем наблюдать. За чем? За родовой деятельностью, за выделениями, за положением плода и его сердечными тонами.

Мы поставили роженице очистительную клизму, подмыли ее (13 ч. 20 мин.).

Родовая деятельность до вечера была вполне удовлетворительна, схватки повторялись каждые 10—8 минут, продолжительностью в 1 минуту, кровянистые выделения не усиливались, сердечные тоны при повторном выслушивании определялись все также отчетливо на уровне пупка. Теперь уже стало ясно, что головка плода обращена влево, ягодицы вправо. Отчетливость сердечных тонов указывала на то, что спинка плода обращена впереди (передний вид первого поперечного положения).

Ровно в полночь на высоте схватки внезапно отошли воды, чистые, обильные. Роженица положена на спину и в этот момент из половой щели показалась петля пуповины и вместе с нею из родовых путей потекла алая кровь (рис. 131).

Что случилось?

1. Выпадение пуповины. Для спасения плода нужно немедленно сделать поворот на ножку и извлечь плод.
2. Выпадение пуповины и вероятно частичная отслойка последа. Требуется немедленное родоразрешение.

Диагноз выпадения пуповины ясен. Одно уже это, столь грозное для плода, событие требует немедленного родоразрешения. Мы в интересах плода должны сразу же приступить к повороту его на ножку и после этой исправляющей операции извлечь плод за ножку.

Каждое выпадение пуповины знаменует собою опасность ее прижатия со всеми гибельными для плода последствиями. Мы должны поспешить с родоразрешением в интересах плода. Но не только плода!

Началось обильное кровотечение, которое можно легче всего себе объяснить отделением какого либо участка последа, наступившим в силу внезапного в момент отхождения вод понижения внутриматочного давления. Кровь идет обильно, кровь матери, на остановку этого кровотечения можно рассчитывать только после опорожнения матки, а посему и в интересах матери мы должны поспешить с родоразрешением.

Будут ли налицо условия для родоразрешающей операции? Ведь мы с момента поступления не производили внутреннего исследования. Вероятно открытие уже полное или почти полное. Целых 11 часов родовые схватки были интенсивные и это у повторнородящей!

Роженица взята на стол, приступлено к наркозу. Пока оператор производил дезинфекцию рук, наружные части, лобок, живот, внутренние поверхности бедер и область ануса смазаны йодом. Оператор дотронулся до свисающей из половой щели пуповины: она пульсировала. Ввиду того, что предполагаемый поворот должен быть произведен на плоде, находящемся в первом поперечном положении, исследование перед операцией произведено левой рукой: открытие полное, подлежащая часть еле достижается, во влагалище оба колена выпавшей, пульсирующей пуповины. Не вынимая руки оператор приступил к повороту на ножку. Кисть руки с легкостью вошла в полость матки и направилась вправо, где предполагались ножки при одновременном надавливании дна матки правой рукой. Легко найдена нижележащая ножка (правая), захвачена за голень всей рукой. С помощью наружной руки совершен поворот: ножка извлечена до колена.



Рис. 131.

Мог ли оператор считать операцию законченной? Конечно, нет: вмешательство должно быть не только исправляющей, но и родоразрешающей операцией.

Непосредственно вслед за поворотом произведено извлечение плода за ножку с типическим освобождением ручек и головки по *Mouriceau-Smellie-Veit*'у. Младенец мужского пола извлечен в синей асфиксии, легко оживлен. Наркоз прекращен, кровотечение незначительное. Через 5 минут вышел послед. Матка сократилась, кровотечений нет.

Вес плода 2300 г, длина 46 см. Послед сильно дольчат, без дефектов, с одной добавочной долькой в оболочках. Пуповина маловитая, длиной в 60 см, прикрепление ее центральное. Разрыв оболочек боковой.

Послеродовой период прошел без осложнений, наивысшая температура 37,8. Ребенок погиб на 6 день от врожденной слабости. Родильница выписалась здоровой 3 мая на 9 день после родов.



Рис. 132. Нормальное положение пуповины.
Маточная стенка везде тесно прилегает к головке, опущение пуповины невозможно.

Итак, в момент отхождения вод произошло выпадение пуповины, событие, сразу заставившее нас проявить максимальную активность. И поневоле возникает ряд вопросов: отчего произошло выпадение пуповины? можно ли было его предвидеть и предотвратить? часто ли бывает это осложнение в родах? каково его акушерское значение и проч.?

Известно, что при нормальном членорасположении плода пуповина находится близ передней поверхности плода, располагаясь тут вместе с ручками и ножками его. Плод как бы „играет со своей пуповиной“. В нижний сегмент матки, где расположена предлежащая часть, она в норме не спускается (рис. 132). Но нередко случаи,



Рис. 133. Предлежание пуповины. Пузырь цел.
Пуповина не подвергается прижатию.

когда все же та или иная петля пупочного канатика опускается ниже обычного и располагается в нижнем сегменте рядом с предлежащей частью и даже ниже, впереди ее. Пока плодный пузырь цел, такое состояние называется *предлежанием пуповины* (рис. 133). Распознать подобную аномалию положения пуповины можно только путем внутреннего исследования. Оно не угрожает ничем, потому что, каково бы ни было предлежание плода, целостность пузыря почти всегда гарантирует пуповину от прижатия.

Дело сразу меняется в момент отхождения околоплодных вод. Пуповина лежит в зеве, непокрытая плодным пузырем, она опускается во влагалище, она выходит из половой щели наружу. Во всех этих случаях мы говорим о *выпадении пуповины* (рис. 134).

Нередко приходится слышать, что начинающие называют выпадением пуповины выходение канатика из половой щели. Это грубая ошибка. Предлежание пуповины превращается в выпадение ее в момент

разрыва плодного пузыря, безразлично, лежит ли петля канатика в зеве, во влагалище или свисает наружу из половой щели.

С момента отхождения околоплодных вод выпавшая пуповина в любой момент может быть прижата плодом к стенкам родового канала, что знаменует собою величайшую угрозу жизни плода.

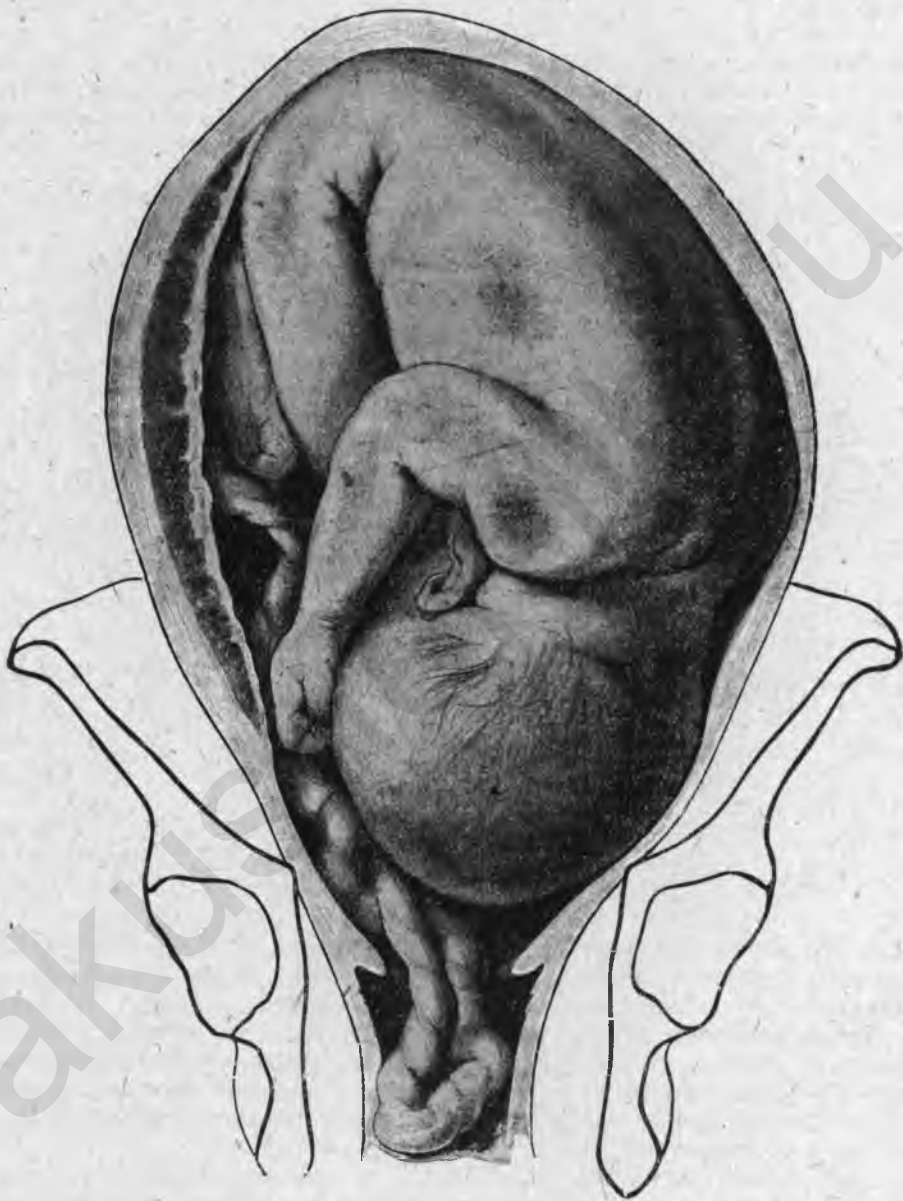


Рис. 134. Выпадение пуповины.

Головка отклонилась на левую подвздошную кость, в щель между головкой и маточной стенкой выскользнула пуповина.

Существует некоторая аналогия между выпадением пуповины и выпадением мелких частей. Существенная разница заключается в том,

что выпадение пуповины, ни в коей мере не нарушая механизма родов, опасно только для плода, в то время как выпавшая конечность влияет неблагоприятно на механизм родов и благодаря этому далеко не безразлична для матери.

Вспомните, что пуповина гораздо подвижнее любой конечности плода, и Вы поймете, почему выпадение пуповины встречается чаще выпадения конечностей.

Как часто встречается выпадение пуповины? Большая статистика, дает для этой аномалии родов 1%. Процент большой, но, как Вы сейчас увидите, значение этого события далеко не во всех случаях одинаково. Существенное значение имеет положение плода.

Halter дал статистику выпадений пуповины за 30 лет (материал первой Венской клиники): на 90468 родов было 894 случая выпадения пуповины. Эти случаи распределялись следующим образом:

При поперечных и косых положениях плода	21,0%
„ ножных положениях	14,9%
„ двойнях	3,7%
„ разгибательных положениях	2,6%
„ ягодичных положениях	1,8%
„ затылочных положениях	0,5%

Взгляните на эту таблицу. Она проливает яркий свет на этиологию выпадения пуповины. Наибольшее число случаев касается поперечных положений, наименьшее — встречается при затылочных. Чем больше нижний сегмент выполнен плодом (затылочное положение), тем реже случается выпадение пуповины; чем более свободен нижний сегмент (поперечное положение), тем легче выпадает пуповина. При поперечном положении, когда нижний отдел матки пустой и вовсе нет предлежащей части, мы видим наибольший процент выпадений пуповины, при затылочных, когда головка наиболее компактно выполняет нижний сегмент, процент ничтожен. Далее, при ягодичном положении плода в нижнем отделе матки меньше остается свободных от плода пространств, чем при ножном, и действительно при ножных положениях выпадение пуповины в 8 раз чаще, чем при ягодичных (14,9% и 1,8%). Чем позднее предлежащая часть вступает в таз, тем легче может выпасть пуповина. Если этим поздним вступлением предлежащей части в тазовую полость легко объяснить себе выпадение пуповины при двойнях и разгибательных положениях, то тем более следует ожидать частое выпадение пуповины при узкотазии. И, действительно, статистика вполне подтверждает это априорное предположение. Узкий таз, особенно плоский рахитический, встречается в 40% всех случаев выпадения пуповины (*Halter* 42,8%, *E. Zweifel* 37,4%, *Schweitzer* 52%, *Winckel* 40% и т. д.), причем по *Zweifel* узкий таз при выпадении пуповины отмечается при головных положениях в 45%, при тазовых предлежаниях в 31,7%, при поперечных положениях в 14,2% случаев. Этим же более поздним вступлением предлежащей части в полость таза объясняется и более частое выпадение пуповины у повторнородящих (4—6 раз чаще, чем у первородящих).

Неудивительно также, что внезапное отхождение больших количеств околоплодных вод при многоводии может вести к выпадению пуповины: хлынувшие под большим давлением воды увлекают с собою подвижную пуповину и вымывают ее мимо предлежащей части наружу. Вполне понятно также, что низкое расположение места прикрепления пуповины при нормальном прикреплении последа и тем паче

при низком его прикреплении и предвещаний его должно способствовать выпадению пуповины и что особенно предрасположены к выпадению ненормально длинные пуповины. Из 165 случаев выпадения пуповины *E. Zweifel*'я в 64 пуповина была длиннее 60 см. Средняя длина выпавших пуповин по *Winckel*'ю была 66 см., в то время как в норме она считается 50 см. Я сам пережил трагический случай выпадения пуповины у одной близкой родственницы, где при 2-х пальцах открытия во влагалище оказался целый клубок пуповины. Ребенка спасти не удалось. Пуповина имела в длину 120 см, наибольшая длина, мною виденная.

В нашем случае этиология выпадения пуповины легко понятна. Плод лежал в поперечном положении, нижний сегмент матки был свободен от плода и был занят только плодным пузырем. На высоте схватки случился разрыв плодных оболочек, хлынувшие воды увлекли с собою пуповину, несколько более длинную, чем в норме, она выпала не только во влагалище, но и наружу. Одновременно очевидно отделился и некоторый участок плаценты, началось кровотечение из маточно-плацентарных сосудов.

Диагноз было поставить легко: выпавшая петля лежала на виду у всех окружающих. К сожалению весьма часто распознать выпадение пуповины не так легко, потому что петля пуповины, выпадая во влагалище, не появляется в половой щели. Понятно, что в этих случаях диагноз может быть поставлен только путем внутреннего исследования. При исследовании через влагалище вряд ли можно не распознать выпадения пуповины, приняв петлю пупочного канатика за что-либо другое. Слишком характерен канатик, и исследующие пальцы определяют его как тонкий, гладкий, извитой шнурок, при внимательном ощупывании дающий ощущение пульсации. И тем не менее, я видел случай, где пользующийся врач привез беременную около 6 месяцев женщину в больницу, уверяя, что имеется прободение матки и что во влагалище лежит петля кишки. Страшно волнуясь, он умолял немедленно приступить к чревосечению. Поисследовав больную, я нашел во влагалище длинную пульсирующую петлю пуповины, свисающую из приоткрытой шейки (Обуховск. б-ца 1909 г.). Мы успокоили больную и врача; впрочем последнего успокоить было труднее. В этиологии как грубой диагностической ошибки, так и сильного волнения врача лежала безупречная совесть его.

Так как пуповина выпадает в момент отхождения вод, то понятно требование многих представителей акушерства производить внутреннее исследование в каждом случае родов непосредственно после разрыва плодного пузыря, особенно же в случаях, когда головка не вступила еще в полость таза. Рационально ли это требование? Думаю, что нет. Представьте себе принимающую роды акушерку. Во исполнение изложенного правила она вслед за отхождением вод собирается произвести внутреннее исследование, для чего начинает мыть руки по *Fürbringer*'у. Проходит 15 минут, во время которых она стоит вдали от роженицы, не имея даже возможности следить за сердечными тонами плода. Разве это рационально? Исходя из этих соображений *Robert* предлагает после отхождения вод тщательно следить за сердечными тонами плода и, если только произойдет в них перемена, немедленно придать роженице положение с возвышенным тазом (или даже поставить ее в коленно-локтевое положение) и затем позабиться о вызове врача.

Stöckel полагает, что для того, чтобы исключить после отхождения вод выпадение пуповины, вовсе не требуется внутреннее исследование, вполне достаточно тщательно следить за сердечными тонами плода. Тут нужно оговориться: в случаях с большим количеством околоплодных вод и сильными схватками сердечные тоны могут на короткое время замедлиться и без всякого выпадения пуповины, в силу одного лишь внезапного уменьшения в объеме матки и временного затруднения маточно-плацентарного кровообращения. Не бейте тревоги: через минуту—другую кровообращение выравняется и число сердечных тонов придет в норму. Если же это замедление не пройдет сразу же, а будет держаться в продолжение всей паузы между схватками или даже усиливаться, тогда более чем вероятно выпадение пуповины и требуется экстренное вмешательство.

Я уже говорил, что выпадение пуповины заменяет собою непосредственную угрозу жизни плода. Выпадающая пуповина почти во всех случаях подвергается прижатию. Лишь при очень небольших плодах, широких родовых путях и быстром изгнании плода она может оставаться неприжатой.

Если Вы при внутреннем исследовании найдете во влагалище петлю пуповины, Вам надлежит убедиться—пульсирует она или нет. Не прижимайте ее к стенкам таза, это нерационально. Возьмите ее между указательным и средним пальцами, и вопрос выяснится сразу же. Если же исследуете одним пальцем, то заверните его крючком за петлю.

Пульсирующая пуповина с несомненностью докажет, что плод жив, что он пока еще жив. Отсутствие пульсации еще не доказывает смерти плода. Пуповина может быть уже плотно прижата, а плод еще жив, вернее он доживает последние минуты. При неппульсирующей пуповине и при наличии сердечных тонов плод может быть еще спасен и нужно немедленно решиться на то или иное вмешательство. Неппульсирующая пуповина при отсутствии сердечных тонов доказывает смерть плода, и Вам нечего торопиться.

Интересно, что при очень слабых родовых болях между моментами отхождения вод и началом прижатия пуповины может пройти некоторое время. При полном отсутствии схваток выпадающая пуповина может даже часами не подвергаться прижатию. Как только начнутся схватки, подлежащая часть прижмет пуповину к стенке таза и к мягким частям родового канала. Пульсация начнет пропадать, вскоре прекратится вовсе. Полное прекращение пульсации означает перерыв кровообращения в пуповине. Остановка деятельности сердца плода, а за ней и смерть его наступает через 5, самое большее 10 минут после окончательного прекращения пульсации пуповины.

Опасность для жизни плода при выпадении пуповины велика. Смертность детей больше 50% (*Halter* 44%, *E. Zweifel* 62,5%, *Schweitzer* 56,5%, *Martius* 55,4%). Полагаю, что если и удастся со временем снизить этот ужасающий процент смертности, все же он останется большим. Матери от этого происшествия не страдают, если же и страдают, то только в силу предпринимаемых оперативных вмешательств.

Из изложенного явствует, что выпадение пуповины есть серьезная акушерская патология, требующая от врача наблюдательности, быстрого распознавания и решительных мер. Что эти меры в разных случаях могут быть весьма разнообразны, Вы увидите в следующей беседе.

Интерес случая. Повторнородящая поступает с преждевременными родами. Распознается передний вид первого поперечного положения. В момент отхождения околоплодных вод из половой щели выпадает петля пуповины. Одновременно начинается кровотечение. Немедленно делается внутренний поворот на ножку (при полном открытии зева), извлекается живой плод.

Случай 50-й.

М. В., 24-х лет (№ приемного журнала 4425), поступила в клинику 24 января 1927 года в 23 часа в родах.

Краткий анамнез: в детстве ничем не болела, регулы начала носить с 14 лет, ежемесячно, по 5—6 дней, всегда с болями. Замужем 3-й год. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 3-ем месяце. Последние регулы с 21 по 26 апреля 1926 г. Беременность протекала без особенностей. Движения плода начала ощущать 15 сентября. Родовые боли начались 24 января в 14 часов. Воды не проходили.

При поступлении: перед нами хорошо сложенная, среднего роста женщина, темная шатенка; температура 37,0, пульс 80 ударов в минуту. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы, на коже нижней его половины свежие рубцы беременности. Отеков нигде нет. Окружность живота 90 см. Высота дна матки 39 см. Размеры таза: Dist. Spin. — 25; Dist. Crist. — 27¹/₂; Dist. Troch. — 31;



Рис. 135.

Сonj. ext.—18¹/₂. Окружность таза 86 см. Плод в продольном положении, в дне матки определяются ягодицы, спинка справа, головка малым сегментом во входе в таз, небольшая. Сердечные тоны плода выслушиваются справа ниже пупка (23 часа).

Неправда ли, роды протекают физиологически? Вероятно период раскрытия близится к концу. Надо будет поисследовать роженицу per rectum. Но вот в 23 часа 55 минут на высоте схватки отошли воды и вместе с ними из половой щели выпадает длинная петля пуповины с истинным узлом на ней. В то же мгновение в половой щели показалась головка (рис. 135),

Что произошло? Что делать?

- 1) Выпала пуповина. В интересах плода нужно поспешить с родоразрешением.
- 2) Плод под непосредственной угрозой гибели. Нужно не медля извлечь его щипцами.
- 3) Головка в выходе таза. Вероятно удастся выжимание плода по *Kristeller'y*.

Диагноз выпадения пуповины ясен; Вы все без исключения знаете смертельную опасность, в которой в одно мгновение оказался плод, и требуете немедленного родоразрешения. Встретит ли извлечение

плода затруднение? Вряд ли: в начинающей зиять половой щели уже показывается волосистая часть головки, повидному затылок. Нам будет нетрудно завершить роды.

Но сейчас отрешитесь на время от стоящей перед Вашими глазами картины и спросите себя, неужели нельзя было предвидеть наступившее серьезное событие и заблаговременно принять профилактические меры? Роженица находилась в родильной всего 55 минут, мы не успели произвести вагинального или ректального исследования. Возможно, что при исследовании мы нашли бы зев открытым на 3—4 пальца, напряженный плодный пузырь, стоящую известным сегментом во входе в таз головку и сбоку от нее, справа или слева, мы бы сквозь оболочки прощупали петлю пуповины. И тогда перед нами стоял бы вопрос: что делать? С одной стороны Вам ясно, что пока пузырь цел, опасности прижатия пуповины не существует, с другой понятно, что плодный пузырь может в любой момент лопнуть и предлежание пуповины превратится в выпадение с последующим роковым для плода прижатием ее. А посему мы должны принять меры к сохранению целостности плодного пузыря. Сохранить пузырь до полного открытия зева, т. е. до того момента, когда мы можем без особого труда родоразрешить роженицу—вот наша задача.

Положите роженицу на бок, запретите ей тужиться, этим Вы как бы разгрузите плодный пузырь и сохраните его. Не все равно—на какой бок уложить роженицу. Уложите ее на бок, противоположный предлежащей пуповине; если напр. пуповина прощупывается справа от головки, уложите роженицу на левый бок. Может быть петля пуповины отойдет кверху и предлежащая часть после этого, опускаясь, займет весь вход в таз, создав поле соприкосновения на всей своей периферии. Ведь и при предлежании напр. ручки рядом с головкой надо положить роженицу на бок, противоположный предлежащей конечности. Но если при предлежании ручки можно с большей или меньшей степенью вероятности рассчитывать на успех, то тут, при предлежании пуповины, в силу большей подвижности и неопределенной длины ее, очень надеяться на успех мероприятия не приходится.

Положите роженицу не только на бок, но и создайте возможно высокое положение таза, подложив под него подушки, в расчет на то, что петля пуповины в силу тяжести отойдет вверх, т. е. при данном положении вглубь плодного яйца.

Некоторые авторы советуют для сохранения плодного пузыря ввести во влагалище кольпайринтер. Мне не приходилось этого делать и полагаю, что мера эта ненадежна и кроме того не безразлична в смысле инфекции.

Если бы при внутреннем исследовании мы нашли полное открытие зева и предлежание пуповины, мы бы не стали ожидать самопроизвольного разрыва пузыря; мы бы сами разорвали пузырь; осторожно, понемногу выпуская воды из родовых путей, следя за тем, чтобы пуповина не выпала, чтобы головка опустилась в таз, может быть способствуя этому, надавливая другой рукой снаружи на головку. И вот, если головка опустилась, пуповина не выпала, если она ушла за головку, предоставьте роды силам природы, при условии тщательного наблюдения за сердечными тонами плода. При значительном замедлении последних не теряйте времени, не рискуйте жизнью плода, приступайте смело к повороту на ножку с последующим извлечением плода.

Если при разрыве плодного дуэрия не удастся предотвратить выпадения пуповины, также показан немедленный поворот с извлечением.

У повторнородящих я лично предпочитаю сразу делать поворот, считая такой образ действий более надежным. Само собой разумеется, что при поперечном положении единственно правильным вмешательством будет поворот с последующим извлечением.

Я не сомневаюсь, что во всех подобных случаях предлежания пуповины Вы выйдете победителями; значительно труднее положение врача-акушера в случаях уже наступившего выпадения пуповины, особенно при малом открытии зева. Еще недавно в таких случаях считали показанным так наз. вправление пуповины. Если теоретически такое перемещение выпавшей петли кверху, выше предлежащей части, выше пояса соприкосновения и правильно, то практически вправление вряд ли заслуживает применения. Я в целом ряде случаев вправлял пуповину, но каждый раз петля после вправления опять выпадала, так что в настоящее время я могу решительно высказаться против всяких попыток к вправлению.



Рис. 136. Пальцевое вправление пуповины.

Вправление (*repositio funiculi umbilicalis*) в прежнее время производилось специальными инструментами, так наз. репозиториями, которые для нас имеют лишь исторический интерес. Для вправления пальцами роженица переводится в коленно-локтевое положение или, если она в наркозе, лежит в обычном положении, но с возвышенным тазом. Петля пуповины берется двумя пальцами (рис. 136) или всей рукой, вдвигается высоко за предлежащую часть и, как советуют, там зацепляется за ножку или ручку плода.

Обратное выведение руки оператора момент очень ответственный. Надо рукою обойти предлежащую часть и вывести ее по другой стороне. После этого роженица принимает положение на боку, противоположном выпадению.

Нечего и говорить, что такие манипуляции сами по себе небезразличны для пуповины и сосуды ее могут подвергнуться сжатию, если не плодом, то рукою акушера. Советую и не пытаться вправить пуповину, а всемерно стремиться к родоразрешению.

Есть предложение после вправления выпавшей петли ввести в нижний сегмент матки баллон *Braun'a*, после рождения его сделать поворот на ножку и извлечь плод. Но можно ли быть уверенным, что при метрейризе пуповина выше баллона не будет прижата?

Рациональнее всего сразу поступать более радикально. Наиболее признанной операцией является поворот на ножку; при открытии на 2 пальца по *Braxton-Hicks'у*. Нередко во время поворота выпавшая петля сама уходит вверх. Если же нет, этому можно способствовать, смещая ее в полость матки. После поворота в шейке или в зеве лежит ножка плода, не позволяющая петле вновь выпасть. Для усиления эффекта можно к ножке привесить груз. Конечно, после поворота тре-

буется неусыпное наблюдение за сердечными тонами плода. Если петли пуповины и нет ни во влагалище, ни в зеве, то мы не знаем, как она располагается выше после поворота и насколько она травмирована во время самого вмешательства. Неудивительно, что результаты для плодов после поворота неутешительны. На 99 случаев поворота—50 мертвых плодов (50,7%—*Halter*). По *Zweifel*'ю % мертвых плодов—52.

После поворота по *Braxton-Hicks*'у никогда не следует форсировать изгнание плода. Велико искушение сразу же начать извлечение. Тут от врача требуется значительное хладнокровие. Форсированное извлечение вряд ли спасет ребенка, матери же может причинить огромный вред, в виде глубоких разрывов шейки, идущих в параметрий.

Печальные результаты изложенной терапии выпадения пуповины при малом открытии зева заставляют искать других путей для спасения жизни детей, и если практический врач волей-неволей должен примириться с грустным положением вещей, то клиника может и должна найти другой выход.

Абуладзе, Döderlein рекомендуют влагалищное кесарское сечение. *E. Zweifel* сообщает о 4-х случаях с живыми детьми.

Более верным путем для спасения детей при выпадении пуповины является бесспорно брюшностеночное кесарское сечение. Но для производства кесарского сечения при данных показаниях требуются известные предпосылки: плод должен быть не только жив, но и жизнеспособен, родовые пути должны быть не инфицированы и, главное, должно быть со стороны роженицы выраженное желание иметь ребенка и согласие на кесарское сечение. При таких условиях в клинике можно спокойно решиться на брюшностеночное кесарское сечение, даже при самых благоприятных размерах таза. Так как именно при выпадении пуповины требуется быстрое родоразрешение, то лучше прибегать к классическому или низкому интраперитонеальному сечению. И все же даже при такой героической терапии—смертность детей достигает 9,9% (по *Halter*'у). Интересно, что *Martius* предлагает во время кесарского сечения во избежание инфекции не протаскивать выпавшую петлю через разрез матки. Он советует извлекать плод осторожно, чтобы не увлечь с собою выпавшую петлю; по удалении ребенка он советует в матке перерезать пуповину у места прикрепления ее к полюсу и удалить ее снизу через влагалище.

Я полагаю, что брюшностеночное кесарское сечение при выпадении пуповины будет производиться не часто. Оно будет вполне уместно у пожилых первородящих, у лиц, страстно желающих ребенка и готовых идти на известный риск во имя ребенка.

При полном открытии зева дело значительно упрощается. Тут выпадение пуповины есть показание к немедленному родоразрешению. При высокостоящей, подвижной головке методом выбора будет поворот на ножку с последующим извлечением, если только самый поворот не будет чем либо угрожать матери. И если у первородящих с ригидными частями может еще возникнуть мысль о вправлении пуповины, то у повторнородящих и особенно при малейшем несоответствии между тазом и головкой есть только один путь—поворот на ножку и извлечение.

При головке, стоящей в полости малого таза, показано немедленное наложение щипцов. К сожалению не всегда в родильной лежат наготове выкипяченные щипцы, не всегда наготове стерильные руки

врача. Я помню случай, бывший несколько лет назад в родовспомогательном заведении, когда при мне у второродящей в момент отхождения вод выпала пуповина. Снаружи я определил, что головка в полости. Сердечные тоны плода выслушивались отчетливо. Я немедленно велел обжечь щипцы, присутствовавший тут же товарищ надел стерильные перчатки и, быстро наложив щипцы, извлек живого младенца.

Теперь вернемся к тому моменту, когда у нашей роженицы на высоте схватки отошли воды и из половой щели выпала петля пуповины с истинным узлом. В тот же момент в половой щели начала показываться головка. Немедленно родоразрешить! Природа сама идет нам навстречу. Головка в выходе. Щипцы не приготовлены. Будем ли ждать пока приготовят инструменты? В нашем распоряжении есть метод для ускорения рождения головки, стоящей в выходе.

Выжимание по *Kristeller'y*!

Оператор расположил обе руки ладонями на дно матки и начал нажимать на него по направлению таза. Во время первого, произведенного во время схватки нажима затылок оказался вне половой щели. Принимающая акушерка сообщает, что пуповина уже не пульсирует. При втором нажиме прорезались теменные бугры. Акушерка вывела головку, извлекла младенца.

Младенец, доношенный, женского пола, родился в белой асфиксии. Пуповина перевязана, отрезана. Приняты меры борьбы с асфиксией: теплая ванна, качание по *Schultze*, искусственное дыхание по *Silvester'y*, впрыскивание камфоры под кожу (0,5 ol. camphorae). Спустя 45 минут младенец кричит, дышит, розовый, активный. Вес его 3200 г. Через 15 минут вышел послед, детское место круглой формы, губчатого строения, без дефектов. Пуповина прикреплена центрально, витая, длиной в 87 см, на середине ее протяжения незатянутый истинный узел.

Послеродовой период прошел без осложнений. Родильница выписалась 1 февраля с ребенком.

В заключение несколько слов об этиологии выпадения пуповины и об истинном узле на ней.

Несмотря на то, что роженица была первородящей (хотя и второбеременной) предлежавшая головка к началу родов не была в тазу, к концу периода открытия она стояла лишь небольшим сегментом во входе. Повидимому, рядом с головкой предлежала и петля пуповины, что нам не было известно. В момент отхождения вод пуповина была увлечена водами и выпала. Это было тем легче, что пуповина была ненормально длинная (87 см).



Рис. 137. Истинный узел пуповины.

Истинный узел—случайная находка. Он не был затянут и никакой роли в происхождении асфиксии плода не играл. Он образовался по всей вероятности в ранние месяцы беременности, когда объем околоплодных вод относительно велик и подвижный плод мог проскочить в петлю пупочного канатика. Образовался истинный узел (рис. 137). В редких случаях плод повторно проходит через ту же петлю. На прилагаемом рисунке, взятом у *Stöckel'я*, Вы видите двойной истинный узел (рис. 138). В подавляющем большинстве случаев в дальнейшем течении беременности узел остается вяло завязанным, незатянутым, и кровообращение в сосудах пуповины не нарушается. Часто узел затяги-

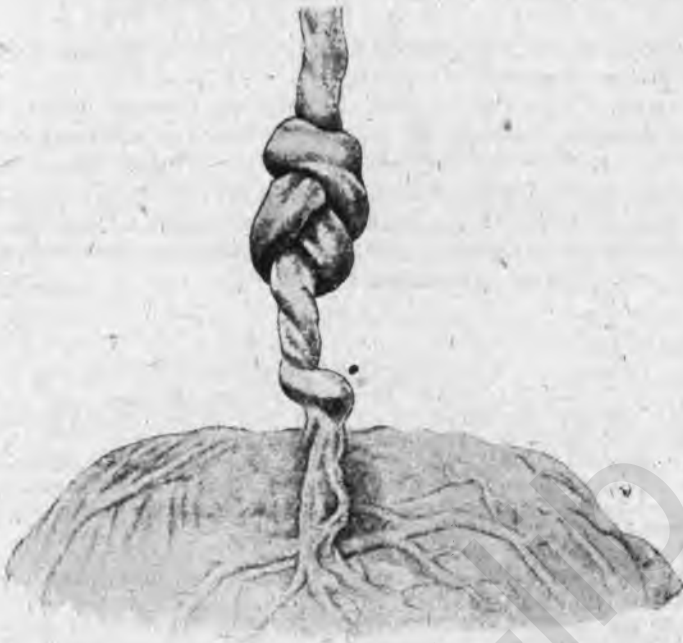


Рис. 138. Двойной истинный узел.

ваются лишь в момент рождения младенца, на виду у окружающих. В исключительных случаях он затягиваетсяна крепко задолгодо родов и остается фиксированным в затянутом виде. В таких случаях плод, конечно, погибает. Интересно, что во внутриутробной гибели плода при наличии затянутого узла пуповины не всегда можно обвинить узел в смерти плода. Твердо установлено, что плод может погибнуть от другой причины и истинный узел может образоваться посмертно.

Stöckel доказал, что в тех случаях, где причиной внутриутробной гибели был затянутый истинный узел, пупочная вена в направлении детского места значительно расширена (рис. 139).

В нашем случае узел пуповины не мог быть причиной асфиксии плода. Даже в момент изгнания туловища плода он остался вяло завязанным, что, конечно, объясняется большой длиной канатика.

В заключение спрошу, как бы нам следовало поступить, если бы прорезывание головки затянулось, несмотря на мощный *Kristeller*? Я думаю,



Рис. 139. Истинный узел пуповины. Плод погиб. Пупочная вена в направлении детского места расширена.

что мы бы ни минуты не задумались рассечь промежность по *garhe* ее.

Перинеотомия по *Michaelis-Ommy* быстро привела бы к рождению головки на свет.

Интерес случая: 24-летняя первородящая поступает в конце периода раскрытия. Спустя 55 минут на высоте схватки отходят околоплодные воды, вместе с ними из половой щели выпадает длинная петля пульсирующей пуповины с истинным узлом. К счастью, головка оказывается в выходе таза. Делается выжимание плода по *Kristeller'y*. Ребенок рождается в белой асфиксии. Благодаря принятым мерам ребенок оживлен. Длина пуповины 87 см.

Случай 51-й.

А. И. П., 22-х лет (№ приемного журнала 9491), поступила в клинику 8-го июля 1926 г., в 11 час. 45 минут без схваток с отошедшими водами.

Краткий анамнез: Беременность носит с 16 лет, через месяц по 3 дня. Замужем 2½ года. Беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Когда была последняя менструация—не помнит. Движения плода начала ощущать в феврале. Беременность протекала без особенностей.

Накануне поступления, 7-го июня, вечером без видимой причины отошли воды. Болей никаких не ощущала. Проведя ночь спокойно дома, пациентка встала и начала работать по хозяйству.

За час до поступления заметила, что из половых путей что-то вышло. Это обстоятельство и побудило больную поступить в клинику. При поступлении (11 час. 45 мин.): Пациентка правильного телосложения, ослабленного питания, роста среднего, блондинка. Т. 36,8. П. 80 ударов в минуту. Сердце, легкие в норме. Живот увеличен, овоидной формы. На коже нижней части живота скудные свежие рубцы беременности. Пупок сглажен. Пигментация белой линии. Дно матки на 4 п. ниже мечевидного отростка. Спинка плода справа, мелкие части слева близ дна. Над входом в таз определяется несколько подвижная головка.

При осмотре наружных частей оказалось, что из половой щели свисает длинная петля пуповины! Из влагалища истекают воды, чуть окрашенные меконием. Мы скорее переспросили больную, когда пуповина выпала? Оказалось—за час до поступления. При выслушивании живота нигде сердечных тонов плода определить не удалось.

Что делать?

1. Плод очевидно погиб. В интересах матери надо кончить роды. Показан метрейриз.
2. Надо сперва сделать внутреннее исследование и действовать сообразно с обстоятельствами. Может быть придется сделать поворот с последующим извлечением, может быть наложить щипцы.
3. Сейчас нет показаний к вмешательству. Надо действовать консервативно. Вероятно скоро начнется родовая деятельность, роды могут кончиться самопроизвольно.

Опять выпадение пуповины, но на этот раз выпадение случилось не на наших глазах, не в родильной, а дома, за час до поступления. Как только мы увидели свисающую из половой щели пуповину, мы тщательно выслушали живот: нигде нет сердечных тонов плода; пуповина не пульсирует, спавшаяся петля ее наощупь холодная. Большая определенно заявляет, что движения плода не слышит со вчерашнего вечера. Все это с несомненностью говорит за то, что плод погиб.

Когда? Мы этого не знаем, но все же полагаем, что еще вчера вечером в момент отхождения вод петля пуповины выпала во влагалище и в это же время плод погиб в силу прижатия пуповины. Утром

же после того, как больная начала ходить, лежавшая во влагалище петля пуповины выпала наружу. Раз плод погиб, то о показаниях к немедленному вмешательству нет и речи. В этом разногласий нет.

У нас достаточно времени обследовать больную и обдумать образ действий.

Схваток нет, возможно, что их и не было. Окружность живота 81 см, повидимому беременность недоношенная, что подтверждается и анамнезом, хотя и неполным.

Размеры таза: Dist. Spin. 24 $\frac{1}{2}$; Dist. Crist.—26 $\frac{1}{2}$; Dist. Troch.—30; Conj. ext.—19. Исследование per rectum: шейка значительно укорочена, наружный зев вмещает несколько больше фаланги. Через septum rectovaginale ясно прощупываются свисающие из зева и идущие по влагалищу 2 колена непальсирующей петли пуповины.

Вы предлагаете так или иначе родоразрешить больную. Теперь, после внутреннего исследования, полагаю, ясно, что не может быть и речи ни о повороте, ни о наложении щипцов. Ведь больная даже не в родах. По неизвестной нам причине случился преждевременный разрыв плодного пузыря. Воды увлекли с собою петлю пуповины, она выскользнула через цервикальный канал. Потребовалось повидимому небольшое давление предлежащей головки для прижатия канатика— плод погиб.

Мы можем, самое большое, расширить шейку крупными номерами расширителей *Hegar'a*, ввести в матку метрейринтер (баллон *Braun'a*). Тогда начнутся родовые схватки, раскроется шейка и начнется изгнание плода.

Метрейриз—это единственное, что мы можем предпринять.

Но спрашивается, нужно ли вообще что либо предпринимать? Какие же показания имеются к метрейризу? Не будет ли это вмешательство лишним и, как всякое лишнее вмешательство, вредным?

Действительно, показаний к вмешательству нет. Странники вмешательства из Вас возразят, что продолжительное пребывание беременной без вод опасно, тем более, что выпала пуповина, по которой восходящая инфекция легко может проникнуть в матку.

И все-таки лучше не вмешиваться. Сделаем, что в наших силах для предотвращения восходящей инфекции, воздержимся от вагинального исследования, тем более, что оно сейчас и ни к чему, свисающую из половой щели пуповину завернем в стерильную марлю, смоченную слабым раствором сулемы (1:1000—2000) и подождем. Ведь мы имеем все основания полагать, что в скором времени начнутся схватки и роды совершатся силами природы.

Так мы и поступили.

Весь день (8 июня) больная пролежала без схваток, смоченная сулемовым раствором марля сменялась несколько раз свежей.

Ранним утром 9-го июня начались родовые боли, продолжавшиеся весь день. К вечеру головка была в тазу.

В 23 часа начались потуги.

В 1 час 30 мин. (10-го июня) родился плод женского пола, мертвый. Вес его 2400 г, длина 47 см.

В 1 ч. 55 мин. вышел послед. Детское место без дефектов, дольчатого строения. Пуповина тонкая, спавшаяся, с боковым прикреплением, длиною в 52 см. Послеродовой период прошел без осложнений. 17-го июня родильница выписалась без ребенка.

Мы предоставили роды силам природы и, полагаю, поступили правильно. В заключение обращаю Ваше внимание на то, что при поступлении наружные части большой были запачканы меконием. Вполне понятно, что этот меконий отошел во время предсмертной асфиксии плода, непосредственно вслед за прижатием пуповины. Это понятно. Спросим себя, какое вообще имеет значение отхождение мекония в родах? Клиническое значение отхождение мекония и окрашенных первородным калом вод имеет лишь при головных предлежаниях

При предлежаниях тазовым концом отхождение мекония значения не имеет: первородный кал во время схваток чисто механически выдавливается из прямой кишки плода, как ланолин из трубочки. Наоборот при головных предлежаниях отхождению мекония присуще большое диагностическое и прогностическое значение, и оно истари пользуется дурной славой. Отхождение мекония является последствием преждевременной перистальтики кишек, а эта последняя—последствием отравления плода углекислотой. Аналогично задушенные, повешенные вследствие асфиксии испускают перед смертью кал и мочу.

В общем принято считать, что при головных предлежаниях отхождение мекония или содержание его в околоплодных водах доказывает затруднение в кровообращении плода, существующее в данный момент или уже прошедшее (*Stöckel*).

Клинически решающим является состояние сердечных тонов плода. При существующем в данный момент нарушении кровообращения плода вы всегда найдете замедление сердечных тонов или, что прогностически значительно хуже, значительное их ускорение. Если сердечные тоны не изменены и остаются длительно хорошими, то вы делаете заключение, что затруднение кровообращения было и прошло. А ведь нам известно, что в периоде изгнания могут быть моменты, временно нарушающие плодовое кровообращение: напр. временное, легкое прижатие обвитой вокруг той или иной части плода пуповины, или даже необвитого канатика, слишком сильные и продолжительные схватки, временно уменьшающие маточно-плацентарное русло. Нередко приходится видеть рождающихся детей, сплошь покрытых меконием и не обнаруживающих ни малейших признаков асфиксии. Наднях я присутствовал при родах, где у повторнородящей при очень бурных потугах и позднем разрыве плодного пузыря вслед за отхождением вод с огромным содержанием мекония родился плод, немедленно закричавший и проявивший весьма большую активность. Что же из этого следует? Ясно, что отхождение мекония есть очень ранний признак недостатка снабжения плода кислородом, предшествующий замедлению сердечных тонов плода и прочих признаков задушения. Вот почему врач-акушер при отхождении мекония в периоде изгнания должен особенно зорко следить за сердечными тонами плода. И если одно только отхождение мекония, так же как и так наз. шум пуповины еще не могут служить показанием к родоразрешению, то наступающее вслед за ним длительное замедление сердечных тонов плода, замедление, продолжающееся и во время паузы между схватками, вынудят его прибегнуть к тому или иному родоразрешающему вмешательству.

Тут нелишним будет вспомнить старые указания *Ahlfeld'a*:

1) воды, содержащие черно-зеленые куски первородного кала, указывают на то, что меконий отошел только-что;

2) воды, представляющие как бы эмульсию мекония, указывают на то, что прошло уже некоторое время с момента отхождения его, причем чем прозрачнее эмульсия, тем больше прошло этого времени;

3) если воды содержат кроме мекония и кровь, то нужно полагать, что плод погиб и уже мацерирован;

4) если при затяжных родах отходящий меконий становится жидким и принимает красновато-коричневую окраску (содержимое тонких кишек), то плод находится в крайней опасности, даже при хороших сердечных тонах.

К сожалению, мы, современные врачи, слишком часто гонимся за новыми открытиями, за тончайшими исследованиями и анализами и забываем чисто практические указания наших великих учителей, указаний, почерпнутых из их недостижимой для нас наблюдательности и огромного опыта.

Интересно упомянуть о новейших наблюдениях американца *M. Schulze* (San-Franzisko, Kaliforniahospital). 182 родов из 5534-х сопровождались отхождением мекония (3%). *Schulze* различает отхождение мекония: 1) при разрыве пузыря, 2) после разрыва пузыря, но до рождения ребенка, и 3) меконий в задних водах. Никаких мер оживления младенца не требовалось для первой группы в 83,7% случаев, для второй группы в 65,5% и для третьей группы—в 71,4%. Вы видите, что одному отхождению мекония, согласно данным *Schulze*, вряд ли можно придавать очень большое значение. Во всех случаях действительной асфиксии детей наблюдались до рождения изменения сердечных тонов. Из этого он заключает, что прогностическое значение отхождение мекония имеет лишь в комбинации с ухудшением сердечных тонов. При отсутствии же изменений последних оно необъяснимо и лишено значения. Интересно отметить, что при отхождении мекония в 13,7% вес плодов превышал 4000 г, в то время как по отношению ко всему материалу клиники число этих крупных детей составляет всего 4,3%. Это последнее наблюдение вполне совпадает с таковым *Rossa*, опубликованном еще в 1894 г.

Тут открывается широкое поле для клинических наблюдений, и я не сомневаюсь, что дальнейшие сообщения дадут нам много поучительного.

Интерес случая: 22-хлетняя, беременная около 9 лунных месяцев женщина поступает без схваток с отошедшими водами. За час до поступления заметила, что что-то вышло из половых путей. Из влагалища висит длинная, непальсирующая петля пуповины. Воды густо окрашены меконием. Сердечных тонов плода не слышно.

Диагноз: преждевременный разрыв плодного пузыря, выпадение пуповины, мертвый плод в головном предлежании; решено воздержаться от вмешательства. Менее чем через сутки начинаются родовые схватки. Роды завершаются силами природы. Рождается мертвый плод.

Неправильности со стороны околоплодных вод.

Случай 52-й.

Е. И. Б., 36 лет (№ приемного журнала 1057) поступила в родильное отделение 23-го января 1928 г. в 13 час. 25 мин. в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что роды 7-ые. Месячные пришли на 18-ом году, приходили через 4 недели, по 3—4 дня, без боли. Первая беременность была на 19-ом году жизни, кончилась нормальными родами. Все последующие 5 беременностей следовали быстро одна за другой и кончались преждевременными родами на 8-ом и 9-ом лунном месяце. Дети умирали от врожденной слабости. Последние роды были 13 лет назад. После этого длительного промежутка наступила последняя, настоящая беременность. Пациентка не может указать ни времени последней менструации, ни начала движений плода. Беременность протекала тяжело. Три раза она лежала по 1—2 недели в больнице по поводу одышки и отеков и каждый раз выписывалась с улучшением. Последний coitus был 6 месяцев т. н. Больная сообщает, что за последние 2 месяца живот быстро увеличился, третий день не чувствует движения плода, в течение последней недели большую беспокойство затруднение дыхания, больная не может находиться в горизонтальном положении, спит полусидя.

23-го января в 13 часов пациентка, почувствовав родовую схватку, немедленно отправилась в больницу, куда и прибыла в 13 часов 25 минут

При поступлении: Роженица резко ослабленного питания, бледная женщина среднего роста, темная шатенка. Темп. 36,8. Пульс 88. Дыхание затруднено и учащено (до 26 дыханий в минуту).

Живот резко увеличен, округлой формы. На коже верхнего отдела живота широкий рубец от ранения; бывшего несколько лет назад. Кожа живота напряжена, кое-где растянутые блестящие старые рубцы беременности. Дно матки умеренного отстоя; отвислые груди лежат на увеличенном животе. При ощупывании живота нигде части плода не определяются, в частности 3-ий прием Leopold'a ничего не дает, так как вследствие напряжения брюшных стенок проникнуть вглубь невозможно. Перкуссия живота дает повсеместно ясно выраженную флюктуацию. При выслушивании нигде сердечные тоны плода не определяются.

Окружность живота—110 см, высота дна матки 44 см.

Размеры таза: Dist. Spin.—25; Dist. Crist.—27; Dist. Troch.—32; Conj. ext.—19.

Нижние конечности отечны до колен, кое-где варикозные расширения вен.

Каков диагноз?

1. Такой большой живот может быть только при многоплодной беременности или при многоводии. В силу растяжения и напряжения брюшных стенок диагноз поставить невозможно.
2. Диагноз определенно склоняется в пользу многоводия: за это говорят и несоразмерно быстрый рост живота в конце беременности, форма его, напряженность, невозможность прощупать части плода и прослушать сердечные тоны его.

Действительно, какие же мы имеем данные предполагать у нашей роженицы двойни? Одних размеров живота ведь мало! Зато в пользу многоводия данных много.

Если мы предположим чрезмерно большое количество околоплодных вод, то нам станет понятен объем живота, и напряжение матки и брюшных стенок, и одышка, и яркая флюктуация, и невозможность прощупать и прослушать плод.

Остановимся же пока на этом диагнозе и разберемся в этой аномалии.

Околоплодных вод в норме в плодном яйце содержится к концу беременности около 1 л. Нормальное количество вод колеблется от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ л. Количество этой водянистой серовато-белой или желтоватой жидкости, нейтральной или слабощелочной реакции, в течение беременности постепенно абсолютно увеличивается, относительно же убывает, потому что плод быстрее растет, чем количество вод к концу беременности повышается. Если количество вод достигает 2-х, 3-х и более литров—мы говорим о многоводии (hydramnion или правильное polyamnion). Об этиологии многоводия мы знаем немного. Так как в создании околоплодной жидкости большую роль играет эпителиальный покров водной оболочки, то ему же вероятно присуще и известное значение в этиологии многоводия. Принято считать, что этиологическую роль играют некоторые болезненные состояния матери, как напр. нефрит, диабет, сифилис. Чаще причина кроется в самом плоде. Упомяну вкратце, что многоводие встречается при целом ряде уродств (анэнцефалия, spina bifida, выворот пузыря, волчья пасть), при разного рода расстройствах в системе плодового кровообращения (в детском месте, в пуповине, уродства сердца, сужения клапанных отверстий). Уродства плода встречаются по Floris'у в 8, по Poesck'у в 19, по Krauhllä даже в 37% всех случаев многоводия, особенно часто наблюдается анэнцефалия (лягушечья голова). Naujoks (1928) рентге-

нографически определил при многоводии анэнцефала, что до него удалось американцам *Case, Campbell, Willits* и *Rudolph, Naujoks* советует в каждом случае многоводия делать рентгенограмму и, в случае обнаружения уродства, прерывать беременность. В большом ряде случаев этиология остается совершенно темной. Практически важно, что нередко многоводие наблюдается у одного близнеца из однойцевых двоен.

Клинически наиболее важно чрезмерное увеличение живота. Обычно после 5—6 месяцев становится заметным непомерный рост живота. Объем матки не соответствует сроку беременности. Анамнез напр. определенно говорит за 6-месячную беременность, а величина матки соответствует 8-му месяцу. Вместе с тем матка теряет свою обычную тестоватую мягко-кисловатую консистенцию, она становится туго-эластической и напряженной. Меняется и форма матки: овоидная форма переходит в более или менее округлую, бочковидную. Тут допустимы досадные ошибки. Можно многоводие принять за кисту яичника и наоборот. Я помню случай, где у больной 48 лет, вышедшей замуж всего 1 год назад и потерявшей регулы 9 месяцев назад пришлось ставить дифференциальный диагноз между кистой и многоводием. Как ни странно, диагностика была не легка. Распознавание кисты подтверждено рентгенограммой (на снимке не оказалось костяка плода). Операция обнаружила огромную псевдомуцинозную кисту. Кстати упомяну, что в таких случаях распознаванию помогает нахождение круглых связок при беременности и ненахождение их при кисте. Перкуссия дает обычно очень ясную флюктуацию, иногда при поколачивании живота через напряженные и истонченные покровы видна бегущая волна. Особенно характерна трудность определения плода. При легких степенях многоводия вы еще можете определить головку плода, стоящую над входом, но вас поражает громадная ее подвижность, она слишком легко ускользает при ощупывании, отскакивает от вашей руки, давая чрезмерно ярко выраженное ощущение баллотирования. При сильных степенях многоводия вы никаких частей плода не можете определить, вы получаете впечатление, как будто плода вовсе нет, а есть только огромное тугоэластическое, наполненное жидким содержимымместилище.

Выслушивание сердечных тонов плода также встречает трудности. Это зависит от того, что при многоводии между сердцем плода и ухом врача находится большой слой воды, а из физики известно, что жидкость плохой проводник звуковых волн. При небольших степенях полиамниона сердечные тоны еще выслушиваются, хотя и отдаленно и глухо; в нашем случае, несмотря на все наши старания, мы сердечных тонов не нашли.

Понятно, что чрезмерное скопление околоплодных вод не может не отразиться на общем состоянии беременной. Взгляните на нашу роженицу. Ей трудно лежать, она старается принять сидячее или полужающееся положение. Дыхание поверхностное и учащенное. Очевидно патологически приподнятое состояние диафрагмы затрудняет дыхание, стесняя экскурсии легких. Один взгляд на живот убеждает вас, что иначе и быть не может: дно шаровидной матки упирается в грудную клетку, отвислые груди лежат непосредственно на матке (рис. 140). Неудивительно также, что в силу чрезмерного растяжения живота затрудняется отток венозной крови из нижних отделов тела, появляется отек ног, расширение вен нижних конечностей, боли в пояснице и в ногах.

Все эти явления бывают особенно ярко выражены в редких случаях „острого многоводия“, когда увеличение количества вод наступает остро и быстро прогрессирует. В таких случаях одышка может достигнуть высших степеней (ортопное) и может заставить из жизненных показаний приступить к искусственным преждевременным родам.

После всего сказанного ясно, что у нашей роженицы—типичное многоводие, положение плода неизвестно, отсутствие сердечных тонов вовсе не доказывает смерти плода.

Как же пойдут роды?



Рис. 140. Многоводие на 8-ом месяце. Окружность живота 112 см.
Груды лежат на животе.

Отличительной чертой родов при многоводии является первичная слабость родовых болей. Да это и понятно: перерастянутая матка не может развить мощной родовой деятельности. Схватки долгое время остаются редкими и слабыми, зев открывается очень медленно, в силу громадного количества вод плодный пузырь не может хорошо вклиниться в зев. Роды затягиваются. Наконец отходят воды; внезапно хлынувшие воды изливаются в огромном количестве, заливая постель, часто ручейками стекая на пол. Тут-то могут случиться весьма неже-

лательные явления: воды могут увлечь с собой пуповину, ручку, плод может вставиться неправильно. Чрезвычайно часто при многоводии наблюдаются неправильные положения плода. Поперечное, косое положение, ягодичные, ножные предлежания, всякого рода аномалии вставления головки, выпадения ручки, пуповины—все это не редкость, и надо быть готовым к своевременной подаче помощи. В редких случаях в момент отхождения вод происходит отслойка детского места. Наступает сильное кровотечение из планцентарного места, кровотечение ex vaso, ведущее тут же к гибели плода. Понятна, поэтому, высокая смертность плодов при многоводии. Она колеблется от 25 (*Floris*) до 96% (*Krahula*). Середину занимает статистика кенигсбергской клиники (*Poeck*)—59,6%. При остром многоводии плод погибает почти всегда. Но и после благополучного завершения периода изгнания—опасность для матери далеко еще не миновала. В последовом периоде часто наблюдаются атонические кровотечения: перерастянутая матка не может достаточно быстро перейти в состояние длительной ретракции, она остается гипотоничной. И эту возможность следует учесть и быть готовым к борьбе с атонией.

Вы видите, что многоводие не есть невинное осложнение, а по-сему ведение родов при этой аномалии требует большой осторожности и вдумчивости.

В 15 часов (23-го января) дежурным врачом произведено ректальное исследование наружные половые части несколько отечны, на больших губах варикозные расширения вен. Половая щель несколько зияет. Per rectum определяется сглаженная шейка, зев открыт пальца на 2, чувствуется напряженный пузырь. Предлежащая часть не определяется.

Есть ли показание к вмешательству?

1. Надо немедленно вмешаться. Полагал бы правильным разорвать пузырь и низвести ножку, если окажется предлежание тазовым концом, или сделать поворот по *Braxton-Hicks'y*, если предлежит головка.
2. Ввиду того, что в состоянии роженицы нет ничего угрожающего, надо пока воздержаться от вмешательства. Наблюдение покажет, как пойдет период раскрытия. Но, воздерживаясь от вмешательства, нужно быть наготове в любой момент выступить активно.

Роженица всего 1½ часа под нашим наблюдением. Мы не знаем, как разовьется родовая деятельность. Состояние матери вполне удовлетворительное. Подождем!

Вечер и ночь роженица провела спокойно, схватки очень редкие и слабые: типичная первичная слабость родовых болей. Роженица временами засыпала. Утром помочилась. Мочи 150 см³: срочно сделанный анализ отклонений от нормы не обнаружил.

Утром 24 го января (в 10 час. 45 мин.) произведено исследование через влагалище: выделения слизистые, стенки влагалища гладкие. Зев открыт на 2 пальца, края его толстоваты. Плодный пузырь сильно напряжен и вне схваток, во время же родовой боли еще более напрягается. Предлежащая часть не достигается. Мыс недостижим.

Итак прошло почти 20 часов, а роды не подвинулись ни на шаг, открытие зева не увеличилось.

Матка напряжена, тугоэластична. Части плода не прощупываются. Пульс матери 92. Дыхание все так же учащено и затруднено.

Что делать?

1. Надо немедленно разорвать пузырь и низвести ножку.
2. Надо осторожно разорвать пузырь и познакомиться с предлежащей частью. Если предлежит головка, надо, медленно выпуская воды, проследить ее вступление в таз.

Разрыв пузыря при многоводии! Если мы обычно избегаем разрывать пузырь при неполном открытии зева, то при многоводии дело обстоит иначе. Именно при этой аномалии приходится чаще всего разрывать пузырь при очень малом открытии, потому что тут надежда на раскрытие зева плоха, а помощь нужна. И опыт учит, что именно при многоводии после разрыва пузыря зев открывается очень быстро. Мы не знаем, что мы будем делать после разрыва пузыря, потому что мы до сих пор не знаем, что предлежит. Но одно мы знаем точно, что мы будем разрывать пузырь очень осторожно, в момент разрыва мы не отдернем руки, наоборот—мы рукою будем тампонировать вход во влагалище, чтобы медленно, так сказать, порционно выпустить воды. Тогда нам станет доступна предлежащая часть: если это головка, мы проследим, как она вставится во вход в таз, и посмотрим, не выпала ли пуповина или ручка; если это ягодицы, мы тут же низведем ножку, чем ускорим раскрытие и воспрепятствуем выпадению пуповины; если положение окажется неправильным, мы тут же приступим к повороту по *Braxton-Hicks'y*.

В 11 часов 30 мин. роженица взята на стол, после обычной дезинфекции наружных частей, без наркоза, оператор ввел 2 пальца во влагалище. Низко опустив локоть, оператор приставил концы пальцев к пузырю и, не ожидая схватки (пузырь и так напряжен!), произвел на него прямое давление. Разрыв удался очень легко, хлынули воды. Оператор плотно прижал руку к вульве и медленно стал выпускать воды. Сразу же он определил, что предлежит головка. Она тут же вступила во вход в таз. Несколько приподняв головку, оператор дал вытечь около $2\frac{1}{2}$ л воды и, убедившись, что головка стоит плотно, и что ничего рядом с ней не выпало, извлек руку.

Роженица перенесла вмешательство хорошо. Дыхание стало легче. Теперь можно было определить, что плод лежит во 2-м головном положении, мелкие части слева. Сердечные тоны стали слышны справа ниже пупка.

С 12 часов схватки чаще и сильнее, в 1 час начались потуги, спустя еще 10 минут родился плод, правильно развитый, без признаков асфиксии, мужского пола, сразу же закричал (1 час. 10 мин.). Вес ребенка 3100 г.

Последовый период прошел без особенностей. Атонического кровотечения не было. Спустя 24 минуты вышел послед, без дефектов, с оболочками, весом в 450 г. Послеродовой период—гладкий. Максимальная температура 37,2. Родильница выписалась 30-го января на 7-й день с ребенком.

Интересный случай: 36-тилетняя многогородящая поступает в клинику в начале родов. Во время беременности одышка и отеки. Ставится диагноз многоводия. Вначале роды ведутся консервативно. Первичная слабость родовых болей вынуждает к вмешательству. Разрыв плодного пузыря при 2-х пальцах открытия. Спустя 1 час 10 минут рождается живой плод. Ожидаемая атония не наступает.

Случай 53-й.

В. Ф. Ш. 26-ти лет (№ приемного журнала 14359), поступила в клинику 3-го декабря 1927 года в 1 час. 30 мин. с отходящими водами:

Из анамнеза мы узнаем, что настоящая беременность пятая. Первые роды было 6 лет тому назад, ребенок родился живым, умер спустя 8 месяцев. Вторая беременность кончилась самопроизвольным выкидышем в конце 2-го месяца. Третья беременность была внематочная. Больная поступила к нам в клинику, где и было произведено чревосечение, оказался трубный аборт. Больная быстро и без осложнений поправилась. Это было в 1925 году. В 1926 г. 6-ая беременность преждевременно прекратилась на 7-м месяце. В начале 1927 года пациентка опять забеременела, времени последних регул указать не может. Движение плода впервые почувствовала 6-го сентября. Беременность вначале протекала без особенностей. На 6-м месяце лечилась от „воспаления седалищного нерва“. В начале ноября беременная стала жаловаться на затруднение ходьбы, отеки ног, необычное увеличение живота и сильную жажду. С этими жалобами больная приходила к нам

в клинику, причем нами было распознано многоводие. В полночь на 3-е декабря отошли воды, причем больная на вопрос о количестве отошедших вод заявляет, что их было очень немного. 1 $\frac{1}{2}$ часа после отхождения вод пациентка поступила в клинику.

При поступлении: перед нами хорошо известная всем врачам клиники пациентка; женщина среднего роста, плохого питания, шатенка. Температура 36,9. Пульс 96. Живот большой, шарообразный, напряженный. Над симфизом поперечный операционный рубец (*Pfannenstiel's*), пигментированный. Рубцов беременности нет. Пупок сглажен, но не выпячен. Дно матки определяется у мечевидного отростка; высота дна матки от лона 46 см, окружность живота 100 см. Данные наружного исследования неопределенные. Нет никакой возможности определить части плода; что предлежит — решить невозможно. Сердечных тонов плода прослушать не удается.

Размеры таза: Dist. Spin.—24; Dist. Crist.—26; Dist. Troch.—29; Conj. ext.—19 см.

Ввиду напряжения брюшных стенок и матки, трудно сказать, есть ли родовая деятельность или нет. Пациентка жалуется на постоянную боль в животе, родовых схваток она не замечает. Движения плода ощущает.

Каков предположительный диагноз?

1. По анамнезу роды преждевременные. Судя по началу движений плода, срок родов в январе. Надо предположить многоводие. Вероятно воды не отходили совсем, пациентка ошиблась, приняв слизь или мочу за воду, или же отошли ложные воды.
2. Более вероятна многоплодная беременность — двойни или даже тройни и повидимому плоды мертвые. Заявлению больной о движениях плода доверять нельзя.
3. Объективные данные весьма неясны. Необходимо внутреннее исследование. Нельзя ли предположить комбинацию многоводия с многоплодной беременностью?

Нами за месяц до поступления больной был поставлен диагноз многоводия. Больная была предупреждена, что в случае неожиданного отхождения вод ей надлежит немедленно приехать в клинику. Она так и поступила. Вряд ли она могла принять мочу или влагалищную слизь за околоплодные воды; она вполне сознательный человек и к себе очень внимательна. Если при многоводии отходят воды, они всегда изливаются в большом количестве, явно пугающем больную. После этого живот заметно уменьшается, ясно можно определить части плода и выслушать сердечные тоны, которых может быть до разрыва пузыря нельзя было прослушать (если только плод жив!). Тут картина совсем другая. Живот большой, напряженный, прощупать плод нельзя, не определяются ни крупные, ни мелкие части. Если это только многоплодная беременность, то все же у такой плохо упитанной женщины можно было бы определить мелкие части, даже в изобилии и обязательно предлежащую часть. Не было бы такого напряжения брюшных стенок и матки. Поневоле мы склоняемся к нашему первоначальному диагнозу „многоводие“, но не отрицаем и двоен. Ведь именно при многоплодной беременности часто наблюдается многоводие одного из плодов.

Нужно ли исследовать через влагалище? Конечно, и притом немедленно, потому что нам неизвестно, что предлежит (а мы вправе ожидать неправильное положение или вставление, раз мы предполагаем многоводие или двойни). Кроме того: каков таз? Наружные размеры говорят за обще суженный таз. Но раз мы предполагаем преждевременные роды, то вопрос о тазе имеет второстепенное значение.

В 3 часа исследование per vaginam: Наружные части несколько отечны, резкий цианоз входа. Влагалище широкое. Шейка сглажена, зев открыт на 3 пальца, края зева толстоваты, растяжимые. Плодного пузыря нет. Предлежит бок плода, справа определяется подмышечная впадина, открытая влево. Плод несколько подвижен.

Мыс легко достижим. Наклонная конъюгата 10 см.

Итак внутреннее исследование рассеяло все сомнения. Стало ясно, что воды действительно отошли. Далее выяснилось, что плод лежит в поперечном положении, притом во втором. Кроме того стало очевидно, что плод небольшой, что, значит, имеются двойни, причем большой объем живота и напряжение его объясняются многоводием второго близнеца. Тут же выяснилось, что роды в ходу и, наконец, что таз значительно сужен.

Таким образом диагноз будет таким: Преждевременные роды на 9-м лунном месяце. Двойни: второе поперечное положение первого плода, многоводие второго. Общеравномерно суженный таз. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Я уже говорил, что многоводие при двойнях, именно при однойцевых, не редкость. Часто такой polyamniion развивается, как в нашем случае, остро, в течение нескольких недель, иногда в последние месяцы, реже уже на 4, 5, 6-м месяце. Почти всегда в таких случаях мы видим многоводие одного, маловодие другого близнеца. И у нашей больной количество вод, отошедших дома, было ничтожно. Причина подобного явления лежит в расстройствах кровообращения, в плаценте; тут, в так наз. „третьем круге“ кровообращения, сосудистые области плодов сливаются, и один из близнецов, который имеет больше артериального доступа к общей сосудистой области, будет больше давать крови своему брату, чем получать обратно, и в силу этого, беднее сам кровью и водой, будет способствовать большему развитию своего брата. Этот, физически более сильный близнец, будет отделять все больше и больше околоплодной жидкости, в силу своей плеторы. У такого „полиамниотика“ часто находят гипертрофию сердца, увеличение почек, расширение мочеточников, гипертрофию печени. Пуповина нередко толстая, пупочные сосуды сильнее извиты. Другой близнец „олигоамниотик“ нередко рождается слабее развитым и легковесным.

Острое многоводие при однойцевых двойнях иногда достигает угрожающих степеней. Развивается одышка, отеки, невралгические боли в нижних конечностях. В редких случаях приходится из жизненных показаний прерывать беременность.

В нашем случае сама природа пошла нам навстречу: преждевременное отхождение вод открыло родовую деятельность.

Что же делать? Если бы положение первого плода было правильное, мы предоставили бы изгнание силам природы, с тем чтобы изгнание второго плода, полиамниотика, вести, смотря по условиям случая. Здесь же первый плод, очевидно в силу многоводия второго, принял неправильное положение.

И мы должны вмешаться не из соображений многоводия, а в целях исправления поперечного положения.

Мы стоим перед акушерским поворотом. Когда оперировать? Можно ли повременить? Ни в коем случае; мы должны приступить к повороту тотчас же, пока плод еще не лишился подвижности, пока плечико еще не успело вколотиться в таз.

В 3½ часа роженица взята на операционный стол. Произведена обычная дезинфекция операционного поля. Выпущена моча, дан наркоз. Оператор ввел конусообразно сложенную правую руку во влагалище. Зев открыт на 3 пальца, края растяжимые;

пальцами зев легко расширен настолько, чтобы ввести руку в матку. Предлежит бок плода, ясно определяется, что спинка обращена кзади, что правая ручка лежит спереди на груди плода (рис. 141). Плод производит впечатление очень небольшого, достаточно подвижен. Рука оператора, обхватив бок плода, начала подвигаться по направлению к ножкам. Тут оператор заметил, что выше ножек имеется туго напряженный пузырь— плодное яйцо второго близнеца! Захватить ножку было нелегко, потому что ножки оказались загнутыми кверху. Захвачена всей рукой первая попавшаяся ножка, оказавшаяся впоследствии правой, легко сделан поворот. Затем маленький плод легко извлечен.



Рис. 141. Однойцевые двойни. Многоводие второго близнеца.

Плод женского пола, недоношенный, живой. По отделении плода от матери перед оператором встал вопрос: *что делать? Разрешить ли большую сейчас же, под этим же наркозом, или ждать?*

1. Надо ждать. Матка приспособится к уменьшению своего содержимого и тогда уже можно будет разорвать пузырь.
2. Зачем ждать? Надо тотчас же выпустить воды и извлечь плод.
3. Полагаю, что разорвать пузырь можно. Тогда станет ясно, каково предлежание плода. Торопиться же с извлечением не следует.

Принципиально мы после рождения первого близнеца не торопимся: пусть произойдет должная ретракция матки. Таким выжидательным образом действий мы наиболее успешно предупреждаем ато-

нию матки в последовом периоде. Думаю, что к нашему случаю этот принцип не приложим. Многоводие, как было, так и осталось. Растянутая до крайней степени матка вообще не может ретрагироваться. Далее мы не знаем положения второго плода. Представьте себе через полчаса—час разорвется пузырь, хлынут воды, выпадет пуповина или плод примет неправильное положение, и опять мы будем вынуждены оперативно вмешаться. Нет, лучше теперь же, пока большая на операционном столе, разорвать пузырь, медленно выпустить воды, посмотреть, как лежит плод, и по возможности предоставить изгнание его силам природы. Извлекать же сразу мы не будем, иначе, действительно, может наступить атоническое кровотечение.

Оператор вторично ввел руку во влагалище; во входе в таз туго напряженный плодный пузырь; предлагаемая часть не определяется. Рядом с пузырем тянется пуповина родившегося плода. Прямым давлением пальца пузырь проткнут: хлынули воды. Оператор не только не отдернул руки, он глубже ввел ее в родовую канал, тампонируя его. Медленно, в течение 6—8 минут, он понемногу стал выпускать воды, одновременно стараясь обследовать нижний сегмент маточной полости. Оказалось, что в огромном плодном мешке лежит небольшой плод, свободно плавающий в водах. По мере отхождения вод стало ясно, что плод становится косо, ягодицы обращены к левой подвздошной впадине, головка к правому подреберью. Это обстоятельство заставило оператора захватить ножку и извести ее во влагалище.

Операция окончена, наркоз прекращен (3 часа 50 минут). Взгляните на роженицу! Она приснула от наркоза, одышки нет, пульс 78. Живот стал значительно меньше, нет никакого напряжения. Ясно определяется в дне матки головка плода, спинка слева, сердечные тоны плода ясно выслушиваются слева на уровне пупка. Кровотечения нет. Из влагалища торчит ножка недоноски. Появились схватки, сравнительно сильные.

В 5 часов родился плод, без применения ручного пособия. Плод женского пола, живой. Вес его, также как и первого плода, 1600 г, длина обоих 44 см.

Последовый период без осложнений. В 5 час. 45 минут родился послед, весом 800 г. Плацента одна, к ней прикреплены 2 пуповины. Оболочечная перегородка состоит из 2 водных оболочек (двойни однойяйцевые). Послеродовой период без осложнений. Однократное повышение температуры до 38° на 4-ый день. Первый из близнецов умер в день родов при явлениях врожденной слабости.

14 декабря родильница выписалась домой с одним ребенком.

Интерес случая: 26-летняя повторнородящая поступает с диагнозом „многоводие“. Воды по словам роженицы отошли в очень небольшом количестве. Ставится диагноз „двойни и многоводие второго близнеца“. Первый плод оказывается в заднем виде 2-го поперечного положения. После пальцевого расширения зева делается поворот на ножку. Плод извлекается живым. Тотчас же делается разрыв пузыря, медленно и понемногу выпускаются воды. Второй плод в косом положении. Изводится ножка. Через час рождается плод. Последовый период без атонии. Двойни однойяйцевые, однояйцевые. Вес их одинаковый, по 1600 г.

В заключение упомяну об одном случае многоводия, где в момент рождения плода произошел разрыв пуповины.

26-летняя повторнородящая поступила в родовспомогательное заведение с преждевременными родами (7 марта 1912 г., журнал № 1093). Живот огромный. При поступлении период изгнания приближался к концу. Схватки сильные, частые. Открытие полное, пузырь напряжен (1 час 45 минут). В 2 часа 15 минут при очень сильных потугах прорвался пузырь; с шумом излилось очень большое количество чистых вод. Одновременно, т. е. в ту же потугу, прорезалась головка, и не успела акушерка ее удержать, как плод с силой был извергнут на расстояние 65 см от половых частей матери. Одновременно с плодом вышло обилие смешанных с кровью вод. Пуповина оказалась разорванной, причем в связи с плодом был кусок пуповины длиной в 12 см, кровотокающий не сильно, он был немедленно зажат пальцами. В половой щели другого отрезка пуповины не было видно. Ввиду начавшегося сильного кровотечения из родовых путей послед выжат по *Crede*. Матка дряблая, приняты обычные меры для сокращения ее.

Плод женского пола, недоношенный, очень бледный, с признаками жизни. Сердцебиение очень медленное; вес 1550; длина 44 см, оживить его не удалось.

Плацента дольчатая, бледнее обычного. Сосуды ее в спавшемся состоянии. Вес 520 г. Пуповина прикреплена к краю детского места, слабовитая, с очень умеренным содержанием студени, без ложных узлов. Отрезок пуповины, связанный с детским местом, длиною в 17 см, так что общая длина пуповины 29 см. Разрыв канатика идет косо. Края неровные, сильно зазубрены, с остроконечными лоскутами. Поверхность разрыва как бы изъедена, на ней выступают сосуды, особенно сильно обе артерии, в то время как вена на обоих концах еле выдается над уровнем разрыва.

О разрыве пуповины в родах (*ruptura funiculi umbilicalis sub parti spontanea*) существует огромная литература. Вы можете с этим вопросом ознакомиться в моей работе (Журнал акушерства и женских болезней 1914 г., ноябрь), где я даю и истории болезней моих четырех случаев. С тех пор я видел всего один случай. Нечего и говорить, что вопрос о разрыве пуповины в родах имеет огромное судебно-медицинское значение. Но он не лишен и клинического значения. Теперь мы знаем, что разрыв пуповины может произойти не только при родах в стоячем положении. При стремительных родах он встречается в 13—29% случаев (впрочем *Klein* дает 47%, а *Cohen van Baren* даже 50%). Разрыв пуповины нередко происходит при родах в горизонтальном положении: все мои 5 рожениц рожали лежа. Описаны случаи разрыва пуповины при тех или иных манипуляциях: при легких тракциях за родившуюся головку, при попытке освободить обвитую вокруг шеи пуповину, при приподнятии родившегося плода за ножки (3-ье и 4-ое из моих наблюдений), при низведении ножки, повороте, извлечении.

Понятно, что резистенция пуповин различна. Должны существовать известные предрасполагающие к разрыву моменты. Есть указания на отсутствие в области разрыва Вартоновой студени; в моих случаях отмечалась бедность канатиков студенью. Отмечалось также, что чем сильнее сосуды наполнены кровью, чем сильнее спиральное закручивание пуповины, тем легче происходит разрыв. Варикозные расширения пупочных сосудов, сосудистые петли повышают разрываемость пуповины; живая пуповина менее резистентна, чем мертвая. Вполне понятно, что имеет значение и короткость пуповины, абсолютная или относительная (см. том I, стр. 50), также как плевистое ее приращение. На плевистое приращение пуповины как этиологический момент разрыва ее в родах недавно еще указал *Русин* (1928). Оболочечно-прикрепленная пуповина характеризуется бедностью вартоновой студенью, слабым развитием волокнистой соединительной ткани как в строуме, так и в студени. Далее в ней отмечается недостаточное развитие так наз. хорд *Huyll*'я. Указанные особенности оболочечно-прикрепленной пуповины и предрасполагают ее к разрыву в родах.

Интересны гистологические исследования разорвавшихся пуповин: находили межклеточную инфильтрацию, отсутствие эластической ткани в артериальных стенках и проч. В одном из моих случаев, кроме несколько рыхлого строения студени, отмечалось значительное уменьшение эластической ткани в мускулатуре артерий, местами даже полное ее отсутствие. Место разрыва пуповины чрезвычайно разнообразно. Пуповина может разорваться в любом ее отделе. Наиболее часто разрыв находится в плодовой трети, реже в плацентарной, наиболее редко в средней трети. Наиболее серьезные случаи, где пуповина вырвана из пупка. Вид разрыва обыкновенно характерен. Он всегда идет косо, края неровны, резко зазубрены. На поверхности разрывов выстоят разорванные сосуды.

Интересно, что большинство авторов указывает, что кровотечение из пупочных сосудов бывает небольшое, или же его нет вовсе. Силь-

ное кровотоечение следует признать явлением исключительным. В нашем случае кровотоечение было несильное, хотя плод и не дышал. Объясняется отсутствие сильного кровотоечения тем, что просветы сосудов закрываются или продольными складками или же благодаря заворачиванию внутрь интимы. Кроме этого имеет значение и изменение в кровообращении ребенка в зависимости от возникновения малого круга кровообращения. При отсутствии правильных дыхательных движений плода возможно кровотоечение и в результате смерть плода от анемии.

Случай 54-й.

Н. О. Г., 28 лет (№ приемного журнала 14093), поступила в клинику 28 ноября 1927 года в 12 час. 10 мин. без схваток с отошедшими водами.

Беременность 5-ая. Первая беременность (в 1924 г.) закончилась срочными родами. Осложнений не было ни во время родов, ни в послеродовом периоде. На 6-ом месяце второй беременности произошел самопроизвольный выкидыш двойнями. Третья и четвертая беременность были искусственно прерваны на 3-ем месяце. Гинекологическими заболеваниями никогда не страдала. Последние месячные были 28 февраля; времени появления движений плода указать не может. Беременность протекала правильно. Последний coitus 1 месяц тому назад. Пациентка работала все время по домашнему хозяйству. 28 ноября в 8 час. утра, во время работы на кухне, без видимой причины отошли воды в умеренном количестве. Больная легла в постель и стала ждать схваток. В полдень она доставлена мужем в клинику.

Перед нами женщина среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания, темная шатенка. Темп. 37,2. Пульс 76. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, наибольшая его окружность 102 см, брюшные стенки дряблы, пупок выпячен, умеренные старые рубцы беременности. Ясно определяются в дне матки ягодичи, мелкие части справа, спинка слева, над входом баллотирующая головка. Высота дна матки от лона 34 см. Сердечные тоны плода отчетливы, слева ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—24; Dist. Crist.—25; Dist. Troch.—31; Conj. ext.—19.

Родовой деятельности нет.

Дежурный врач счел нужным сделать внутреннее исследование. Вход рожавший, истекают воды в небольшом количестве, шейка существует, очень мягкая; наружный зев пропускает 2 пальца, внутренний лишь один. Пузырь в нем не определяется. Ощущается подвижная головка, стреловидный шов в поперечном размере. Мыс достигается. В заключение определена диагональная конъюгата—11 см.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Имеется преждевременное отхождение вод у повторно-беременной с плоским тазом. Ведение родов должно быть строго консервативным.
2. Предстоят сухие роды при узкотазии. Показано введение метрейринтера в целях сохранения оставшихся вод и возбуждения схваток.
3. Ввиду опасности сухих родов при узкотазии как для матери, так и для плода, лучше сделать сейчас же брюшностеночное кесарское сечение.

Диагностика не вызывает разногласий: доношенная беременность у повторнорбеременной, преждевременное отхождение околоплодных вод, головное предлежание, 1-ая степень уплощения таза. На ведение же большой вы смотрите различно. На одном полюсе предложений стоит воздержание от какого-либо вмешательства, на другом—кесарское сечение! И такой разнобой в мнениях является следствием одного на вид незначительного, но все же очень существенного события—несвоевременного отхождения вод.

Когда же в норме должны отойти воды? И в чем патология?

В периоде раскрытия плодный пузырь, вклиниваясь во время схваток в шейку, ведет к раскрытию ее. С каждой схваткой пузырь все более и более стремится в направлении книзу, в нем вмещается все увеличивающееся количество околоплодных вод. К концу периода раскрытия плодный пузырь остается напряженным даже во время пауз между схватками, он „готов к разрыву“. К этому времени в норме подлежащая головка своей периферией приходит в тесное соприкосновение с окружностью тазового канала, создавая „пояс соприкосновения“. Этот контакт головки с тазом разделяет околоплодные воды на меньшую часть, нижнюю, находящуюся в плодном пузыре, и большую, расположенную выше пояса соприкосновения и омывающую всю остальную поверхность плода. К моменту полного или почти полного раскрытия, когда зев имеет диаметр в 7—10 см, миссия плодного пузыря исполнена, и он на высоте схватки разрывается, передние воды выходят. Остальные воды не изливаются, удерживаемые головкой, как тампоном. Так происходит дело в идеале. Бесчисленные наблюдения доказывают, что разрыв пузыря происходит нередко несколько раньше или несколько позже. В огромном большинстве случаев, однако, это клинического значения не имеет. Иное дело, если разрыв пузыря происходит в самом начале периода раскрытия или, как в нашем случае, до начала родовых болей. Тогда это есть патология, имеющая большое клиническое значение.

Издавна известно, что преждевременное отхождение околоплодных вод имеет для родового акта неблагоприятное значение. Раскрытие шейки совершает не вклинивающийся в нее пузырь, а наступающая головка. Шейка расширяется не изнутри кнаружи, а сверху вниз. Самый процесс раскрытия идет медленнее и значительно более болезнен. В случаях, когда в момент отхождения вод головка стоит высоко и подвижна над входом, когда значит еще нет пояса соприкосновения и в силу этого нет разобщения передних вод от задних, истекают не только передние, но и большая часть задних вод, и последние, истекая под большим давлением, могут увлечь с собой пуповину, мелкую часть, напр. ручку или даже ножку. Последствия понятны. Но даже, если этого не случится, если даже головка вставится физиологически в таз, то роды могут принять неблагоприятное течение в силу их большей продолжительности. Слишком долгое сообщение полости плодного мешка и матки с просветом влагалища может вести к восходящей инфекции с ее последствиями. Слишком долгое пребывание плода в матке без защиты со стороны неповрежденного плодного мешка может отразиться на маточно-плацентарном кровообращении, плоду может грозить асфиксия.

Наконец, излишнее будет вспомнить, что к числу неблагоприятных последствий рановременного разрыва пузыря *Н. Н. Феноменов* относит и „глубокие разрывы зева, которых без этого или вовсе не было бы, или они были бы поверхностными“.

Все это известно давно, и „сухие роды“ пользуются дурной славой даже в публике. Вполне понятно, что „сухие роды“ всегда пользовались особым вниманием авторов. И если родовые боли заставляли себя долго ждать, рекомендовалось принять меры к возбуждению их. Так *Krönig* советовал выжидать только 2 суток, после чего вводить метрейринтер.

Интересно, что вопрос о преждевременном отхождении околоплодных вод за последнее время вновь заинтересовал акушеров и под-

вергся пересмотру. Я позволю себе привести несколько справок из новейшей литературы.

Так *Vogel* (Göttingen 1925 г.) нашел на 5300 родов 10% случаев преждевременного отхождения вод, причем частота их быстро повышается (в 1913 г.—6,1%, в 1922 г.—уже 15,8%). Наиболее часто оно встречается при переднеголовных предлежаниях (26,4%), затем при лицевых и лобных (22,9%), при тазовых (16,1%), поперечных (16%), реже всего при затылочных (8,9%). У многоплодных оно встречается значительно чаще, чем у первородящих. В родах повышение температуры наблюдается в 9,6% случаев, в то время как при своевременном разрыве пузыря лишь в 2,6%. Оперативные вмешательства потребовались в 15,7% случаев (против 8,8% при своевременном разрыве). Заболеваемость матерей после родов выше (22,6% против 13,8%). Особенно поражает полученная автором смертность—2,3% (против 0,8%). Дети лишь в 79,9% случаев были доношенными (обычно 88%). Два раза чаще они рождались в асфиксии. Смертность детей также выше (7,8% против 4,8%), тут имеют значение выпадение пуповины и частота неправильных положений. Интересно, что автор при преждевременном отхождении околоплодных вод нашел вес оболочек меньшим, чем в норме (53,7 г против 64,8).

Интересующий нас вопрос обсуждался в обществе гинекологов немецкой Швейцарии в Базеле 24-го апреля 1927 г. Докладчик *Frey* представил данные, во многом идущие в разрез с общепринятыми воззрениями. Он установил, что преждевременное отхождение околоплодных вод не замедляет, а наоборот ускоряет роды. В то время как средняя продолжительность нормальных родов, по данным *Frey*'я, у первородящих 12 час. 58 минут (всего 110 схваток), у повторнородящих 7 час 15 мин. (всего 54 схватки), те же числа при преждевременном отхождении вод дают для первородящих 8 час. 18 мин. (77 схваток), для повторнородящих всего 5 час. 13 мин. (44 схватки). Неправда ли, неожиданные выводы! *Frey* смотрит на преждевременное отхождение вод не как на патологию, а как на особенную вариацию физиологического течения родов. Оно встречается 1 раз на 4 родов (26,74%), причем у повторнородящих чаще, чем у первородящих (32,4% и 23,6%). В противоположность установленному мнению, преждевременный разрыв плодного пузыря, по *Frey*ю, встречается при узком тазе не чаще, чем при нормальном тазе. *Frey* вычислил время, протекающее обычно между отхождением вод и началом родовых болей: этот безбольный промежуток у первобеременных длится в среднем 14 час. 19 мин., у повторных 19 час. 57 мин. В качестве этиологических моментов *Frey* отмечает психический аффект, испуг, физический труд, напряжение. Предрасполагающие моменты он видит в психической лабильности, психопатии, гипертонии, кроме того в глиадном перерождении оболочек и неправильных положениях плода. Этот же вопрос обсуждался и в верхнерейнском акушерско-гинекологическом обществе в марте 1927 г. Докладчик проф. *A. Mayer* (Tübingen) также отмечает учащение за последние годы раннего разрыва плодного пузыря. В противоположность многим прежним авторам *Mayer* рекомендует крайне консервативное ведение родов. Метрейриз и профилактический поворот на ножку он отвергает, как пособия вредные. Даже при повышенной температуре он не находит нужным спешить с родоразрешением. Каждая беременная с ранним разрывом плодного пузыря подлежит клиническому наблюдению. *Bruckner* (Буда-

пешт) также не склонен придавать большого значения раннему отхождению вод. Конечно, показан строгий постельный покой. Опасность возникает лишь при частых внутренних исследованиях.

Я несколько подробнее остановился на современных воззрениях на преждевременное отхождение околоплодных вод. Вы видите, что многое тут противоречит старым воззрениям, и необходимо будет для окончательного разрешения вопроса проработать материалы больших родильных домов и клиник.

Как же быть в нашем случае?

Вы предлагаете: 1) строгий консерватизм, 2) метрейриз, 3) кесарское сечение. Полагаю, что о кесарском сечении могла бы идти речь при значительном сужении таза, при тяжелом акушерском анамнезе. Последнего у нас нет: первые роды были нетрудные, ребенок был доношенный. Сразу приступать к метрейризу — показаний нет. Может быть сегодня же или завтра начнутся родовые боли и роды совершатся физиологически. В таком случае наше метрейриз был бы по меньшей мере лишним, а может быть и не безвредным, потому что мы не можем поручиться за то, что метрейриз сам по себе не будет способствовать восходящей инфекции. Остается ждать. Конечно, мы уложим больную в постель, запретим ей даже садиться, будем заботиться о функции мочевого пузыря и кишечника и будем зорко следить за состоянием матери и сердечными тонами плода.

17 час. (28 ноября). Воды понемногу отходят. Схваток нет. Головка подвижна. Сердечные тоны ясные, 140 ударов в минуту. 24 часа без перемен. Большая епит. К утру (6 час. 29 ноября) появились очень редкие и слабые схватки. Сердечные тоны ясные. Воды идут понемногу. Per rectum: перемен нет.

Весь день мы наблюдали за больной, схватки через полчаса очень слабые. Данные исследования не изменились. 30 ноября. К утру схватки прекратились.

Что делать?

1. Надо еще ждать, схватки возобновятся.
2. К преждевременному разрыву плодного пузыря присоединилась еще патология: слабость родовых болей. Показан метрейриз.

Признаюсь, тут нелегко принять то или иное решение. Если бы схваток не было вовсе, мы могли бы ждать. Я вполне согласен с *A. Mayer*'ом, что выжидание — лучшая терапия. Несмотря на совет *Krönig*'а выждать не более 2-х суток, я бы воздержался от вмешательства. Но у нас схватки уже были, ярко выявилась картина первичной слабости родовых болей. Правда, они могут опять начаться, но когда — неизвестно, будут ли они мощны — также неизвестно. А время идет, впереди восходящая инфекция, может быть асфиксия плода. Нет, мы решимся на метрейриз!

В 15 часов — больная взята в операционную. Без наркоза, после тщательной дезинфекции операционного поля и рук — вагинальное исследование; шейка существует, мягкая, растяжимая, шейечный канал пропускает 2 пальца. Над входом в таз подвижная головка.

Введены ложкообразные зеркала, шейка низведена пулевым; баллон *Waisl*'а, вместимостью в 300 см³, сложенный сигарообразно и захваченный специальным зажимом, введен в матку, наполнен теплым физиологическим раствором, кишка баллона зажата пепаном, сняты пулевые, удалены зеркала. Роженица перенесена на родильную кровать.

Посмотрим, не отклонилась ли головка под влиянием метрейриза? Нет, она по средней линии, над баллоном (15 час.).

Через час после введения метрейринтера начались родовые боли, сперва редкие и слабые. К вечеру схватки стали через 8—7—6 минут. Все время сердечные тоны

плода отчетливые, от 128—140 ударов в минуту. В 5 часов утра при сильных потужных болях родился метрейринтер. Головка тут же опустилась в таз. После затишья в несколько минут потуги возобновились, и в 5 час. 30 мин. родился плод, женского пола, живой. Вес плода 3450 г, длина 50 см.

Послед вышел в 6 час. 10 мин., без дефектов. Оболочки рваные, но все. Матка сократилась. Кровопотеря в пределах нормы.

Послеродовой период без осложнений.

Родильница выписалась 8 декабря с ребенком.

Итак мы вышли с честью из положения. Был ли правилен метрейриз? Полагаю, что да. Считаю, что само по себе преждевременное отхождение околоплодных вод при правильном положении плода не может и не должно служить показанием к вмешательству. Всякие манипуляции над родовым каналом не только лишни, но могут оказаться определенно вредными. Ведите пациентку консервативно и следите зорко за состоянием матери и плода. Но помните: могут наступить явления, которые заставят вас покинуть вашу выжидательную позицию и принять те или иные меры, как терапевтические, так и активные. К числу таких моментов принадлежит и слабость родовых болей. Чего бы мы достигли дальнейшим выжиданием? Восходящей инфекции, асфиксии плода! Метрейриз, исполненный технически правильно и идеально асептично, не такое уже зло. Мы победили слабость родовых болей и достигли благополучного для матери и плода завершения родов.

Интерес случая: 28-летняя повторнобеременная поступает с отошедшими водами без родовой деятельности. Затылочное положение. Уплощенный таз. Берется курс на консервативное ведение родов. Через сутки начинаются схватки. Первичная слабость родовых болей. Еще через сутки схватки прекращаются. Метрейриз. Через 14 часов рождается баллон, еще через полчаса плод. Последовый и послеродовой периоды без осложнений.

Случай 55-й.

А. Н. М., 28 лет (№ приемного журнала 13531), поступила в клинику 16-го ноября 1927 года в 11 час. 25 мин. по поводу кровянистых выделений.

Из анамнеза мы узнаем, что настоящая беременность 9-ая. Месячные пришли на 12-м году, приходят через 3 недели по 7 дней, всегда с болью. На 19-ом году пациентка вышла замуж. Первая и вторая беременности кончились срочными родами. После родов не болела. Оба ребенка живы. Далее следовало 6 искусственных абортов. Последний 2½ года назад. Времени последних регул и первого движения плода не помнит. Беременность протекала при хорошем самочувствии. Последний coitus 1 нед. т. н. Считает себя беременной на сносях. В день поступления появились очень незначительные бледно-розовые выделения, что и заставило больную обратиться в клинику.

Перед нами женщина высокого роста, крепкого телосложения, хорошего питания, блондинка. Темп. 36,6. Пульс 72. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Наибольшая окружность 105 см. На коже живота старые рубцы беременности. Пулок выпячен. Слабая пигментация белой линии. В дне матки определяются ягоды, мелкие части слева в дне, спинка справа, над входом баллотирующая головка, подбородок слева. Высота дна матки от лона 36 см. Размеры таза: Dist. Spin.—26; Dist. Crist.—28; Dist. Troch.—32; Conj. ext.—20.

На ногах умеренные расширения вен. Отеков нет. Ректальное исследование: тазовая полость пуста. Шейка существует. Наружный зев пропускает 1 палец. Высоко над входом подвижная головка. Наружные половые части развиты правильно. Выделения слизистые, еле заметно окрашенные кровью.

Родовой деятельности нет.

Пациентка положена в палату беременных. Взята моча на исследование: отклонений от нормы нет.

Пациентка пролежала под наблюдением 6 суток. Никаких изменений не было. 22-го ноября в 10 часов утра начались родовые боли. Per. rectum: таз пустой. Шейка существует, несколько укорочена, наружный зев открыт на 1 $\frac{1}{2}$ пальца. Головка баллотирует над входом.

В течение дня родовая деятельность была довольно энергичная. К вечеру схватки частые, сильные. Головка все также баллотирует. Сердечные тоны хорошие. Показались кровянистые выделения в небольшом количестве, а посему решено сделать вагинальное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 4 $\frac{1}{2}$ п., края его толстоваты. Пузырь цел, во время схватки сильно наливается. Вне схватки определяется стоящая малым сегментом во входе подвижная головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа и сзади, большой слева и спереди. Нигде край детского места не прощупывается (21 час).

Каково предсказание?

1. Мы имеем право думать, что очень скоро пройдут воды. Изгнание совершится быстро.
2. Период раскрытия близится к концу, разрыв пузыря совершится скоро. Имеется задний вид затылочного положения; если только внутренний поворот совершится физиологически, препятствий к изгнанию быть не может, тем более, что схватки сильные.

Сомнения нет: роды идут физиологически. С минуты на минуту должны отойти воды, головка опустится в полость таза в заднем виде, совершится сгибание, начнется внутренний поворот головки, вероятно, затылок повернется кпереди и начнется врезывание. Размеры таза хорошие, родовые боли энергичные. Все это совершится очень быстро. Надо приготовиться к приемке.

Мы стали ждать; однако, ожидаемого отхождения вод не произошло, прошел час другой; схватки стали слабее. Наступила ночь, утомленная роженица стала во время пауз засыпать, пробуждаясь при схватках. Под утро (7 час.): схватки реже. Сердечные тоны отчетливые, там же.

Ректальное исследование: Открытие полное, пузырь цел, головка во входе в таз. Стреловидный шов в правом косом размере входа. Появились значительные кровянистые выделения.

В чем же дело?

1. Очевидно имеется низкое прикрепление последа. Надо разорвать пузырь.
2. Имеется запоздалый разрыв пузыря и как следствие его — кровотечение. Надо было еще вчера вечером разорвать оболочки.

Отхождения околоплодных вод мы ожидали еще вечером. Уже давно открытие полное: разрыв плодного пузыря запоздал. Почему? Мы этого не знаем, мы предполагаем чрезмерную плотность оболочек. В результате наступила слабость болей, но не только: плотные оболочки, напрягаясь, произвели влечение за край плаценты, тут произошло нарушение целостности сосудов, началось кровотечение. „Если плодный пузырь в конце периода раскрытия не разрывается и предлежащая часть под влиянием сильных болей начинает совершать поступательное движение, то она будет гнать впереди себя плодный пузырь. Понятно, что натяжение оболочек передается детскому месту и оно может при этом частично отслоиться, если во-время не будет произведен разрыв оболочек“ (Гентер. Диссертация 1913). „Запоздалый разрыв пузыря“ затягивает родовой акт; иногда наблюдается повышенная болезненность схваток. Описаны случаи отслойки детского места. Чаще же мы видим выступающий при потужных болях из половой щели, напряженный плодный

пузырь, который приходится разрывать *ad osculos*, после чего головка сразу же начинает врезываться. Всем известны случаи, когда пузырь и в половой щели не разрывается, оболочки рвутся где-либо выше, и плод рождается частью покрытый оболочками—ребенок рождается „в сорочке“. Говорят, эти дети будут в жизни счастливы, немецкий народ называет их „Kinder in der Glückshaube“. Впрочем, в редких случаях, именно эта сорочка может погубить плод, преграждая доступ воздуха к дыхательным путям, почему *Ahlfeld* считает более правильным эту *Glückshaube* называть *Unglückshaube*.

Наконец, *A. Mayer* (1927 г.) обращает внимание на замедление сердечных тонов плода, наблюдаемое иногда при „запоздалом разрыве плодного пузыря“. При искусственном разрыве оболочек в таких случаях часто воды идут зеленые, окрашенные меконием. По отхождении вод сердечные тоны опять возвращаются к норме. Подобные наблюдения заставляют *Mayer*'а видеть в искусственном разрыве плодного пузыря подчас благодетельное вмешательство.

Из изложенного ясно, что единственным правильным пособием является разрыв плодного пузыря. Как у *Красовского*, так и у *Феноменова* среди показаний к *diruptio velamentorum ovi* на первом месте стоит: чрезмерная плотность оболочек. Наиболее ярко это сказано у *А. Я. Красовского*: „Когда маточные сокращения ослабевают и роды замедляются вследствие чрезмерной плотности оболочек. Если при этом зев достаточно раскрыт, то, очевидно, дальнейшее стояние пузыря делается излишним, так как полезное влияние его на родовой акт уже окончилось“.

Итак—разрыв пузыря! Ваше замечание правильно. Надо было его делать гораздо раньше, еще вечером. Мы бы сократили продолжительность родов и избавили бы нашу пациентку от целой ночи родовых болей. Это наша ошибка.

Поспешим ее исправить.

После обычной дезинфекции рук и наружных частей роженицы без наркоза введены 2 пальца во влагалище; массажем дна матки наружной рукой вызвана схватка. Напряженный пузырь пальцем проткнут. Рука оставлена *in situ*. Стали истекать воды. Головка сразу опустилась в таз. Малый родничок справа и сзади. Стреловидный шов в правом косом. Оператор убедился, что мимо головки пуповина не выпала и извлек руку (8 час. 30 мин.). Сразу же начались потуги, и через 10 минут родился плод в переднем виде затылочного предлежания, живой, тотчас же закричавший.

Плод женского пола, вес его 3750 г, длина 50 см.

Через 35 минут вышел послед. Кровотечения нет. Матка хорошо сократилась.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась 29-го ноября с ребенком.

Несколько слов о технике разрыва плодного пузыря. Обычно он производится так: при соблюдении всех правил асептики во влагалище вводится палец, который и приставляют к середине плодного пузыря. Если пузырь вял, выжидают схватку, последнюю можно вызвать и растиранием дна матки наружной рукой; напряжению пузыря можно способствовать и надавливанием на дно. На высоте схватки, надавливают на пузырь пальцем снизу вверх; в момент прорыва оболочек не отдергивайте руки, этим вы способствуете слишком внезапному истечению вод, может выпасть пуповина. Смотрите, как неопытные врачи и акушерки разрывают пузырь: они почти всегда инстинктивно отдергивают руку. В таких случаях я с педагогической целью удерживаю руку врача и или акушерки за локоть. Удержать руку во влагалище важно еще потому, что нужно убедиться, что головка опустилась, что не выпала пуповина или ручка.

Нередко разорвать пузырь не так то легко. Разрешается указательным пальцем делать скользящее движение по плодному пузырю. Ни в коем случае не следует вслед за неудачной попыткой разорвать пузырь указательным пальцем, вводить во влагалище большой палец. Это: 1) болезненно, 2) некрасиво и, наконец, 3) неасептично, так как к этому времени большой палец успел прикоснуться к коже наружных частей.

Гораздо лучше в таких случаях прибегнуть к стерильному инструменту и ввести по пальцу длинный пинцет, корнцанг или одну браншу пулевых щипцов. Понятно, что все движения инструментом в глубине родовых путей должны быть совершены под защитой пальцев.

В заключение о так наз. высоком разрыве пузыря. Приведу вкратце случай, бывший под моим наблюдением недавно (22/XII 1927). У молодой второродящей отошли воды до начала болей, вскоре начались схватки; в течение всего периода раскрытия понемногу отходили воды. Через полчаса после начала болей я при внутреннем исследовании убедился в целостности плодного пузыря. После исследования опять хлынули воды. Спустя еще 10 часов я при полном открытии нашел плодный пузырь целым и плотно прилегающим к головке. Я разорвал пузырь, ребенок родился через $1\frac{1}{2}$ часа. Ясно, что еще до родов плодный мешок разорвался, но не на нижнем своем полюсе, не в области плодного пузыря, а где то выше. Воды истекли. Плодный пузырь, невыполненный передними водами, тесно прилегал к головке. Я его разорвал, но он мог разорваться и без моей помощи. В результате двойной или двухмоментный разрыв пузыря (*Amyela*).

При плоском пузыре иногда бывает нелегко решить, покрыта ли головка оболочками или их уже нет. Если палец ясно ошупывает волосистость головки, конечно, пузыря нет. В случае сомнения, *Н. Н. Феноменов* советует прибегать к помощи зеркала. Обнажив подлежащую часть ложкообразными зеркалами, Вы легко разрешите ваши сомнения: в одном случае Вы увидите кожу головки, покрытую густыми волосами, в другом гладкую, с синеватым оттенком, поверхность пузыря. Кстати упомяну, что за последнее время в литературе указан новый способ распознавания разрыва пузыря. По *Viktor Gold'y* (1927) кислая реакция влагалища после отхождения вод скоро переходит в щелочную. Определяя лакмусовой бумажкой влагалищную реакцию, мы можем разрешить сомнения. Конечно, нужно исключить загрязнение влагалища кислой мочой после разрыва пузыря и напр., спринцевания щелочными растворами при целых водах. Полагаю, что этот способ нуждается еще в проверке.

Интерес случая: У 28-летней повторнوبرеменной период раскрытия приближался к концу. Ожидаемого разрыва плодного пузыря не наступило. Схватки стали слабеть, началось кровотечение. Распознан „запоздалый разрыв плодного пузыря“. Сделан искусственный разрыв плодного пузыря. Через 10 минут родился плод.

Неправильности со стороны мягких частей матери.

Случай 56-й.

Пр. К., крестьянка Новгородской губ., 25-ти лет, поступила в Родовспомогательное заведение 2-го октября 1905 г. в 13 час. в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что первые месячные пришли на 14-ом году, шли через 3—4 недели, по 7 дней, без боли. Вышла замуж на 21-м году; половая жизнь, повидимому, нормальна. Рожала в деревне 2 раза, принимала бабка-повитуха, по словам которой дети шли ножками. Последние роды были 2 года назад. Времени последних регул роженица указать не может. Уже в приемном покое акушерка, во время подмывания, заметила что-то необычное в строении половых органов, о чем немедленно, сообщила дежурным врачам.

Роженица была поднята в родильню. В 14 часов мы приступили к исследованию: перед нами женщина правильного телосложения, хорошего питания, цветущего здоровья, блондинка. Т°. и пульс нормальны. Живот увеличен соответственно доношенной беремен-

ности. Наибольшая окружность его 99 см. Дно матки на 2 п. ниже меча. Спинка плода справа, мелкие части слева, в дне. Предлежит крупная часть, повидимому головка, неподвижно во входе в таз. Сердечные тоны плода справа ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—25 см.; Dist. Crist.—27 см.; Dist. Troch.—30 см.; Conj. ext. 20—см.

Родовые схватки частые и сильные.

Ввиду сообщения акушерки, мы немедленно приступили к внутреннему исследованию: наружные половые части нормально и хорошо развиты. Раздвигая малые губы, мы видим вход во влагалище, резко цианотичный, разделенный бросающейся в глаза вертикальной перегородкой на две равных части. Она идет в виде плотного валика от наружного отверстия уретры к задней спайке. Захватив перегородку 2 пальцами, мы видим, что она представляет пластинку, мясистую, натянутую парусом вертикально между передней и задней стенкой влагалища, по средней линии. Свободный край перегородки, выступающий



Рис. 142. Двойная матка, двойное влагалище.
Левая матка рождает.

из входа во влагалище, несколько утолщен. Введя палец в левое влагалище, мы определяем напряженный плодный пузырь: открытие зева около 4-х пальцев; края зева тонкие; предлежит головка (в верхней части полости). Введя палец в правое влагалище, мы видим, что перегородка резко отгнута вправо спускающейся в таз головкой. Просвет этого влагалища сглажен, стиснут, отгнута в правой стенке таза; влагалище повидимому оканчивается слепо—до шейки дойти нельзя (рис. 142).

Итак мы обнаружили у нашей роженицы двойное влагалище. Впервые мы столкнулись с пороком развития. С большой долей вероятия мы предполагаем наличие двойной матки, но определить вторую, правую, матку мы теперь, в родах, не можем. Может быть нам удастся ее найти, исследуя нашу больную перед выпиской.

Известно, что удвоения полового тракта встречаются нередко. Stolper на 7400 случаев исследования отмечает 16 случаев пороков раз-

вития, т. е. 0,2%. В основе их лежит полное неслияние Müller'овых нитей или та или иная степень неполного их слияния. Сейчас нас интересует детородная функция при двойных пороках развития. Двойной рукав мало имеет влияния на отправления половых органов (*Dunning*). *В. А. Вастен* говорит: „обыкновенно coitus совершается относительно правильно в приспособившуюся одну из половин рукава, а часто и в обе половины попеременно“. В случае *Вастена* половые сношения сопровождалась сильной болью и лишь оперативное удаление перегородки привело к желанному результату, к восстановлению функции coitus'a. Если в большинстве случаев перегородка влагалища не имеет особенного значения, то все же я видел случай жизнеопасного кровотечения вследствие отрыва перегородки у ее основания *sub coitu* у женщины, уже 3 года жившей половой жизнью.

В родах перегородка влагалища может иногда представить препятствие изгнанию плода. Известно, что нередко в родах перегородка разрушается, иногда ее приходится рассекать, часто она остается невредимой.

Если при одиночной матке существует раздвоение влагалища, то одна его половина всегда находится в рудиментарном состоянии, в чем я мог убедиться на опыте. Если же влагалище раздвоено на всем своем протяжении и обе половины его хорошо развиты, то всегда существует и двойная матка, а в большей части случаев также двойная девственная плева ((*C. Schröder*), так что в нашем случае мы имеем основание предполагать существование и двойной матки.

При различных формах удвоения матки беременность может наступить в одной матке, описаны случаи беременности в обеих матках. Тут я не буду касаться беременности в рудиментарном роге матки, каковую форму по клиническому значению следует отнести к беременности эктопической.

При двойной матке беременность может прерваться преждевременно, может дойти до нормального срока, зачастую даже перенашивается. Если бывают те или иные отклонения в ходе родов, то они большей частью зависят от косою расположения беременной матки.

Родовая деятельность, как правило, не нарушается. Небеременная матка обычно во время беременности несколько увеличивается, описаны случаи, где в родах зев небеременной матки несколько открывался. В нашем случае предполагаемая нами правая, небеременная матка осталась неопределимой.

Курьезны случаи одновременной беременности в обеих матках. Есть наблюдения разновременных родов: получается впечатление, что обе матки могут рожать независимо друг от друга, причем наибольший промежуток между рождением обоих плодов, известный в литературе, равнялся 74 дням.

Интересна статистика, собранная американцем *Findley* (1926) и обнимающая 135 случаев *uterus didelphys*. Эти 135 женщин родили 216 доношенных детей, из них 6 мертвых, 13 раз были двойни, 15 раз преждевременные роды, 86 выкидышей, 13 раз ягодичные положения, 2 раза родились уроды. Кесарское сечение было произведено 23 раза, операция *Porro* 2 раза. Одна женщина умерла от разрыва матки.

Не следует думать, что диагностика двойных уродств полового тракта всегда легка. Я видел случай, где больная (М. Д., 37 лет, 21/X 1905 г.) поступила в Обуховскую больницу с септическим эндометритом после 5-х родов, проведенных дома. Все 4 предыдущих раза па-

циентка рожала в разных родильных приютах и никем уродство полового аппарата распознано не было. Нами диагностирован *uterus duplex separatus cum vagina septa completa*. (Случай опубликован мною, наряду с другими, во Врачебный Газете в 1906 году, № 22).

Если наша диагностическая ошибка для больной не имела никаких последствий, то известные случаи, в высшей степени досадные. Так, напр., *Mihalesco Trajan* описал случай родов, где следствием нераспознавания *uterus didelphys* было кесарское сечение, по существу совершенно лишнее.

В нашем случае выступающий наружу свободный край перегородки обратил на себя внимание акушерки в приемном покое. Нам было легко поставить диагноз двойного влагалища. Диагноз же удвоения матки остался пока предположительным.

Период раскрытия приближается к концу. Схватки частые и сильные.

Что делать?

1. Показаний к вмешательству нет. Надо вести роды консервативно.
2. Мягкая перегородка в периоде изгнания может создать механические затруднения. Желательно заблаговременно ее рассечь.

Мы не знаем, окажет ли перегородка препятствие в периоде изгнания. Я помню случай, где начавшая врезываться головка была сбоку частично покрыта неподатливой перегородкой влагалища. Тут я ее просто рассек ножницами. Головка прорезалась быстро. Кровоточившие края перерезанной перегородки я обшил кэтгутowymi швами. Я не мог поступить иначе, и в нашем случае мы, конечно, поступим так же, если перегородка будет мешать рождению головки. Это ясно. Но профилактически, рассекать перегородку вряд ли будет рационально. После рассечения она будет кровоточить. Врезывание головки может замедлиться. Не обкалывать же сосуды в глубине влагалища до рождения плода!



Рис. 143. Та же больная.
Status перед выпиской.

Мы решили вести роды выжидательно. В 2 часа 15 мин. прошли воды в умеренном количестве, после чего сразу начались потуги. При сильном напряжении промежности вход в левое влагалище стал расширяться, показалась головка. Перегородка головкой была отодвинута вправо и при дальнейшем течении врезывания исчезла за напряженной губой. Картина стала обычной: прорезывающаяся головка, окруженная напряженным вульварным кольцом. В 2 часа 30 мин. родился плод, живой, доношенный, мужского пола (вес 3600 г, длина 51 см.).

Через час вышел послед (вес его 500 г), Течение послеродового периода было вполне нормально.

Родильница выписалась 2-го ноября на 8-й день с ребенком.

Исследование перед выпиской убедило, что перегородка сплошная, нигде не повреждена, левое влагалище шире правого, в вершине его формирующаяся шейка, переходящая в большое тело пуэрперальной матки. Правое влагалище со своим собственным (разорванным)

гупен'ом уже левого. В вершине его очень маленькая, мягкая, закрытая, нерожавшая шейка. Выше шейки тело матки, небольшое, плотное, прилегающее к телу левой, большой послеродовой матки в виде придатка (рис. 143). Помощью зеркал можно видеть поочередно обе столь различные шейки.

Из этого мы можем заключить, что наша родильница—носительница *uterus didelphys sive duplex separatus cum vagina septa completa*. Функцию *coitus'a* несли оба влагалища; детородную же функцию взяла на себя лишь одна левая матка. Правая была нерожавшая, хотя и развита нормально.

В анамнезе двое родов: оба раза дети шли „ножками“. Напомним, что *Guérin-Valmale* (1904) собрал 46 случаев *uterus didelphys* с более чем 108 беременностями и определенно указывает на относительную частоту беременностей двойнями и тазовых предлежений.

Интерес случая: 26-летняя повторнородящая поступает в роды. 2-е затылочное положение. Определяется продольная, сплошная перегородка влагалища. Рожает левая матка. Правая матка не определяется. Решено вести роды консервативно. Период изгнания протекает нормально, перегородка рождению плода препятствия не оказывает. Перед выпиской ставится точное распознавание.

Случай 57-й.

А. Ш., 28 лет, доставлена врачом в Родовспомогательное Заведение (ныне Родильный Дом им. проф. *Снегирева*) 23-го февраля 1920 г. в 6 часов в родах.

Анамнез сложный: Первые *menses* пришли на 16 году, приходили через 4 недели, по 3—4 дня, умеренные, с болью внизу живота. Несколько лет назад перенесла искусственный выкидыш.

1½ года назад в Нью-Йорке перенесла какую-то операцию, по словам больной „по поводу искривления шейки“ (повидимому вагинофиксацию). После операции регулы стали приходиться без боли.

Последние регулы 4—7 апреля 1919 г. Время первого движения плода указать не может. С 17-го февраля до поступления в заведение была под наблюдением д-ра В., из записей коего заимствую следующее.

17-го февраля: Боли в животе слабые и редкие. На белье несколько пятен крови. Родовой деятельности нет.

19-го февраля: После обеда была несколько раз рвота.

20-го февраля: Утром показалась небольшое количество околоплодных вод. При внутреннем исследовании шейка оказалась сглаженной. Высоко сзади определяется шероховатое место наружного зева, вполне закрытое. Воды отходят понемногу. Предлежащая часть над входом подвижна.

21-го февраля: Появились небольшие схватки. Воды несколько окрашены кровью. Сердцебиение плода хорошее.

22-го февраля: Воды отходят в обильном количестве. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода хорошее.

23-го февраля: В 3 часа ночи. Схватки через 6 минут по 1 минуте. Сердцебиение плода глухое. Воды идут чистые. Пульс 78. Т°—37,8.

При внутреннем исследовании: по переднему своду ощущается рубцовая ткань, высоко сзади на месте предполагаемого зева—круглая шероховатость. Открытия нет. Небольшое кровоотделение.

При поступлении в Р. З. (23/II в 6 ч. 30 мин. утра). Общее состояние хорошее. Пульс 110. Т° 36. Схватки редкие и слабые. Небольшая отечность голеней. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Положение плода продольное. Предлежит над входом подвижная крупная часть. Сердцебиение прослушать не удается. Размеры таза нормальные.

В 9 часов утра произведено внутреннее исследование всей рукой, введенной во влагалище под хлороформным наркозом. Выделения кровянисты, влагалище узкое, длинное; влагалишной части нет. Далеко сзади, справа от мыса 2 пальца попадают в какое-то отверстие, ведущее в узкую полость, дающую впечатление полости матки. Кпереди от входа в эту полость через стенку влагалища прощупывается нависающее над входом

в таз плодовместилище, производящее на первый взгляд впечатление опухоли, заклады- вающей тазовой вход. Узкий вход в вышеописанную полость прикрывается передним краем этого входа, твердым валиком, наподобие передней губы зева. Задней губы нет вовсе. Через стенку влагалища и плодовместилища определяется крупная часть плода над входом. При наружном исследовании: явная родовая деятельность. Сокращения пло- довместилища носят тетанический характер. Плод в продольном положении, сердцебие- ние плода не выслушивается.

Каков диагноз?

1. Данные исследования настолько трудно понятны, что можно предположить какой то тяжкий порок развития.
2. Тяжелые изменения топографии половых органов следует поставить в связь с произведенной 1^{1/2} года назад анте- фиксирующей операцией.

Разберемся в объективных данных. Наружное исследование ука- зывает на продольное положение доношенного плода. Плодовмести- лище может быть только маткой, потому что оно явно сокращается под руками. Правда, матка несколько необычной формы: верхний купол матки мало похож на широкое дно матки, он уже обычного, нижний отдел матки, наоборот, шире обычного. Круглых связок на обычных местах не удается прощупать. Над входом в таз предлежит какая то крупная часть, сердечных тонов не слышно, плод, повиди- мому, неживой.

Данные внутреннего исследования еще более необыкновенны. Длинное узкое влагалище тянется кверху и кзади. Кпереди от него вход в таз запружен нижним полюсом плодовместилища, как опухолью, тесно спаянной с передней стенкой влагалища. Шейки нет, зев, как таковой, не существует. Длинное влагалище тянется справа от мыса вверх, и пальцы попадают как бы в полость узкую, продолжающуюся вверх. Вход в эту полость спереди окаймлен валиком, неподвижным и массивным, напоминающим сильно смещенную кверху и кзади перед- нюю губу зева.

Получается впечатление, что какая то сила вытянула влагалище до чрезмерности вверх, что нижний отдел тела матки с шейкой ушел в верхнюю часть брюшной полости, что, наоборот, дно матки опроки- нуто вниз и фиксировано в области входа в таз. Такое противоре- ственное положение матки, дном книзу, шейкой кверху, может быть только результатом фиксирующей операции.

Мы имеем дело с родами после антефиксирующей операции, по- видимому, после операции вагинофиксации.

Раньше, чем остановиться на вопросе о влиянии антефиксирую- щих операций на последующую беременность и роды, спросим себя:

Как родоразрешить нашу больную?

1. Надо в глубоком наркозе войти рукой в полость матки и вывести ножку мертвого плода, после чего извлечь его за ножку.
2. Родоразрешить роженицу через естественные родовые пути вряд ли окажется возможным. Единственно возможным пред- ставляется путь через живот.

Что есть показания к родоразрешению, ясно. Роды надо кончить в интересах матери. Плод мертв, он нас не интересует. Три дня роженица без вод. Температура повышена. Сокращения матки носят явно

тетанический характер. Конечно, желательнее извлечь плод через естественные родовые пути. Но возможно ли это? При исследовании через влагалище найдены такие существенные изменения родовых путей, что ответ напрашивается сам собою: вряд ли. Влагалище вытянуто в длину, стенки его натянуты до пределов возможного. Шейку найти невозможно, она где-то высоко впереди поясничной части позвоночника. Но этого мало: наиболее существенно то, что вход в таз закрыт дном матки, опрокинутым вниз и тут фиксированным. Рука вряд ли сможет пройти между мысом и крупной частью плода, лежащей в поставленном на голову дне матки. А если и пройдет, то какой ценой! Ценой отрыва матки от влагалища. На подобный эксперимент мы не должны идти. Единственным возможным способом родоразрешения является путь через живот, брюшностеночное кесарское сечение.

Кесарское сечение из абсолютных показаний при заведомо мертвом плоде!

Трудно себе представить, какие топографические отношения мы найдем по вскрытии брюшной полости. Надо быть готовым ко всяким неожиданностям!

В 10 час. 10 минут приступлено к операции (оператор *В. А. Столыпинский*, ассистент *Г. Г. Гентер*).

Разрез по средней линии, начиная несколько выше и левее пупка и не доходя на 2 пальца до лона; разрез послонный через кожу, клетчатку, апоневроз и брюшину. Из раны выкачена матка совершенно необычной формы. Вместо яйцевидной формы с тупым верхним концом она имела форму овоида широким концом у лона, конусообразно заостряющегося по направлению вверх. С обеих сторон широкого конца, несколько выше лона, отходят придатки, слева в обширных сращениях.

Произведен продольный разрез, по середине овоида, вскрыта полость матки. Извлечен мертвый плод с начальными признаками мацерации кожи, издающий зловонный запах. Пуловина зеленая. Плод удален. Извлечен послед с сильно измененными уже оболочками. Полость матки вытерта марлей. Матка временно закрыта двузубцами. Приступлено к изучению топографии. Оказалось, что позади плодместилища, т. е. тела матки, имеется полый орган, объемом в дистальный конец предплечья, идущий вертикально из полости таза вверх к верхнему заостренному концу плодместилища. Рука, введенная в полость матки, проникла в этот полый орган. Из этого можно было заключить, что орган этот представлял собою сильно вытянутую вверх к верхнему полюсу плодместилища выходную трубку, т. е. шейку и влагалище, а тело матки было опрокинуто дном к лону и тут крепко фиксировано в области пузырно-маточного пространства кпереди от влагалища. Таким образом разрез матки оказался идущим по всей задней стенке матки от дна ее до влагалищной части. Ввиду того, что содержимое матки было видимо инфицированным, ввиду повышенной температуры тела и мацерации плода, решено матку удалить.

С обеих сторон перевязаны круглые связки и верхние отделы широких связок медиально от яичников. Вскрыты параметрии, маточные артерии временно захвачены зажимами. После этого приступлено к выделению дна матки из крепких рубцовых сращений с клетчаткой и рукавом. Отдельные пучки перевязаны и перерезаны. Шаг за шагом дно сильно сократившейся уже матки выделено из сращений, наконец освобожденное дно матки поднято кверху, после чего топография стала обычной для пуэрперальной матки (разрез матки оказался, таким образом, не на передней, а на задней стенке матки). С обеих сторон маточные артерии перевязаны и изолированы. Поперечно надсечена брюшина задней поверхности шейки. Матка ампутирована суправагинально. К культе шейки пришиты с обеих сторон придатки и шейка закрыта 5-ю шелковыми швами. Листки широких связок обшиты непрерывно кетгутowymi швами. После тщательной перитонизации культы матки еще раз осмотрены придатки, сальник расправлен и временно прикрыт тампоном. Брюшные стенки зашиты послонно, брюшина зашита непрерывным кетгутowym швом, на апоневроз наложен 21 шелковый шов, на кожу—серфины и 4 шелковых шва. Давящая повязка.

Плод доношенный, мужского пола с начальными признаками мацерации. Вес его 3650 г, длина 52 см.

Послеоперационный период осложнился инфильтратом в параметриях.

29-го февраля сняты швы: первичное натяжение.

10-го марта родильница выписалась здоровой.

Мне случалось видеть пациентку на протяжении нескольких лет. Она пользуется цветущим здоровьем.

Остановимся на описании препарата матки: препарат представляет пуперпальную матку, ампутированную в уровне надвлагалищной части шейки. Длина фиксированной в формалине матки от дна до культи 21 см. Вся передняя поверхность тела лишена брюшинного покрова. Свободный край брюшины расположен поперечно на дне матки (между местами отхождения труб). Расстояние между маточными концами труб—14 см. По средней линии задней поверхности матки операционный разрез, проникающий в полость матки, длиной в 14 см. Полость матки пуста, плацентарное место на задне-левой стенке матки, отпадающая оболочка матки серовато-зеленоватого цвета; толщина стенок матки в области тела до 3-х см, в области нижнего сегмента $1\frac{1}{2}$ —2 см. Канал шейки на препарате пропускает один палец.

Теперь нам все стало ясно: мы ампутировали в родах матку, фиксированную дном своим к передней стенке влагалища. Вскрывая матку по передней стенке, т. е. по поверхности, обращенной к передней брюшной стенке, мы фактически вскрывали ее заднюю стенку; получилось кесарское сечение по *Polano*. Оставлять такую матку было невозможно, к тому же она была явно инфицирована. Таким образом диагноз и терапию можно охарактеризовать так:

Anteflexio uteri parturientis pathologica ex vaginofixatione. Dystocia absoluta propter dislocationem et hyperextensionem cervicis uteri fundo uteri in spatio vesico-vaginali fixato. Sectio caesarea abdominalis posterior modo Polano. Amputatio uteri supravaginalis adnexis relictis.

Я выбрал настоящий случай для беседы потому, что в современной гинекологии операции, исправляющие положение матки, принадлежат к наиболее частым оперативным вмешательствам. Каждый врач-гинеколог знает, что многочисленные женщины, перенесшие антефиксирующие операции, беременеют и прекрасно рожают. Статистика и повседневный клинический опыт учат, что беременность и роды протекают ничем ненарушенными после операций *Alexander Adams*, *Dartigue-Welster*, *Doleris-Schäufé*, *Olshausen*, *Menge*, *Latzko-Tenmer* и проч. Таких случаев описано множество. С другой стороны, с тех пор как в терапию ретродевиаций матки вошли влагалищные антефиксирующие операции, в литературе стали появляться сообщения о случаях с теми или иными осложнениями во время последующих беременностей и родов до полной невозможности родов через естественные родовые пути включительно.

В 1920 году я собрал всю трактующую об этих осложнениях литературу (Журнал акушерства и женских болезней) и тут не буду останавливаться на отдельных сообщениях. Во всех описанных случаях дно матки, благодаря фиксации его кпереди близ лона, не могло при наступившей беременности подняться кверху, получился неправильный рост матки, причем нижний сегмент смещался непомерно кверху и кзади, шейка, а вместе с нею и влагалище, оттягивались кверху, своды сглаживались от перерастяжения их. Были и неправильные положения плода, и в силу невозможности родов *per vias naturales* приходилось прибегать к кесарскому сечению с удалением матки или без него. Неудивительно поэтому, что многие авторы предлагают делать вагинофиксацию лишь в климактерии, или же, если эту операцию приходится делать в возрасте детородном, то лишь в соединении

со стерилизацией, а именно с резекцией труб или клиновидной эксцизией их. Наряду с этим ряд видных авторов сообщает о нормальных родах после вагинофиксирующих операций. Такое разногласие объясняется тем, что в разных случаях применялись разные методы операции. Вполне понятно, что чем ближе место фиксации к дну матки, тем более грозные осложнения встречаются в родах. Если к влагалищу фиксируется тело матки не выше 1—2 см над внутренним зевом, осложнений может и не быть. Тяжелые расстройства в родах встречаются лишь при высокой вагинофиксации, и самое отчаянное положение вещей получается при наивысшей степени вагинофиксации, при операции интерпозиции (*interpositio uteri vesico-vaginalis modo Александров—Schauta-Wertheim*), о чем я еще скажу в дальнейшем. Понятно, что при фиксации матки близ дна ее, она принимает положение неправильное с неподвижной, смотрящей прямо кзади шейкой. Вследствие этого, при наступившей беременности свободно развиваться может только задняя стенка матки в то время, как передняя относительно неподвижна, так как крепко фиксирована и сращена с влагалищем. Понятно, что вся передняя стенка матки будет функционально бездействительна, рост матки будет происходить на счет задней и боковых стенок ее. Матка будет расти как бы прочь от своей фиксации. Кверху будет подниматься не дно, а наоборот нижний сегмент, который по мере своего удаления от малого таза будет тянуть за собой кверху шейку, стоящую и без того высоко у мыса.

Если растущей матке не удастся растянуть сращения или, если не произойдет компенсаторного растяжения задней стенки матки, то может наступить выкидыш. Если же беременность сохраняется, то, как уже сказано, передняя стенка матки остается в тазу, плодоемстительше образуется преимущественно из задней и боковых стенок матки, шейка отводится далеко кзади и кверху. Острый угол, существовавший между тазом и шейкой, становится еще острее, образуется так называемая „щпора“, которая, выступая кверху и кзади, будет служить непреодолимым препятствием для родов.

Предлежащая часть, т. е. часть плода, стоящая над входом в малый таз, будет лежать в фиксированном дне матки. Противоположный полюс плодного яйца, расположенный над внутренним зевом, будет находиться высоко близ подреберья. Шейка с влагалищем вытянута ad maximum и представляют как бы обособленную полость, идущую позади матки вертикально кверху, направляясь к верхнему полюсу плодоемстительща.

Матка поставлена как бы на голову. Остроугольный перегиб ее ведет к исчезновению влагалищной части и наружного зева. Задняя губа зева совершенно исчезает, в то время как передняя неподвижна и толста.

Родовые силы, стараясь изгнать содержимое матки, не могут сгладить шейки, не могут повести к раскрытию зева. В элеквизитных случаях „щпора“, выдаваясь в просвет родового канала, делает родоразрешение совершенно невозможным. В запущенных случаях, если вовремя не было оказано рационального пособия, должны наступить симптомы угрожающего разрыва матки, так как нижний сегмент матки, вернее те его отделы, которые могут участвовать в родовом акте, в силу невозможности опорожнения матки, все более и более истончаются. В этом отношении наиболее угрожаема задняя стенка нижнего сегмента и шейки.

Ось матки и ось таза не совпадают, а перекрещиваются под большим или меньшим углом. Дно матки не может подняться кверху, шейка уходит кзади и далеко кверху, так как матка должна увеличиваться в направлении своего длинника. Если бы шейка была свободно подвижна, она естественно ушла бы (по аналогии с дном матки) к подреберью. Этому препятствует ее прикрепление в тазу к стенкам влагалища.

Сущность расстройства родового акта после вагинофиксации заключается в том, что малый таз закрыт передней стенкой матки и влагалища и что вследствие этого между передней губой зева и задней стенкой таза нет свободного пространства для прохождения плода или для производства типических родоразрешающих операций.

Для вагинофиксационных родов предложен ряд оперативных пособий. При явной невозможности родов *per vias naturales* на первом месте стоит брюшностеночное кесарское сечение с удалением матки или без него. Как правило *Strassmann* советует удалить матку по *Porro*.

В нашем случае кесарское сечение было единственно возможным оперативным методом. Продольный разрез был единственно естественный. Удаление матки было необходимо. Предложен еще, конечно для более легких случаев, поворот на ножку с последующим извлечением, предложено рассечение передней стенки влагалища и матки „*vorderer Uterus-Scheidenschnitt*“ (*Rühl*).

Bumm предложил шпору передней маточно-влагалищной стенки просто рассечь ножом. Предложен также метрейриз.

Я несколько остановился на родах после вагинофиксации потому, что хотя большинство методов этой операции у нас распространения не получило, все же широко производится *interpositio uteri vesico-vaginalis*.

Я сам являюсь убежденным сторонником этой операции для подходящих случаев выпадения матки. Но эту операцию следует делать у больных, находящихся по ту сторону детородного возраста, если же приходится ее делать в более молодом возрасте, то необходимо попутно делать стерилизацию путем резекции труб.

Не следует забывать, что к моменту операции больная может быть уже беременной. Я помню случай, где очень ранняя беременность была обнаружена уже во время операции интерпозиции: пришлось тут же сделать выскабливание. Беременность после интерпозиции, к счастью, явление исключительное. Я мог собрать только 10 случаев (*Kosmak, Esch, R. Freund, Weibel*—2 случая, *Thaler, Halban, Franqué, Graefe, Stephan*).

Последний автор (*Stephan, 1928*) опубликовал чрезвычайно характерный случай У 25-летней многорожавшей незадолго до наступления беременности была произведена интерпозиция. Роды наступили в срок; преждевременное отхождение вод. Влагалище до такой степени вытянулось в длину, что, исследуя всей рукой, с трудом можно было добраться до наружного зева, находившегося на ладонь выше пупка. При кесарском сечении рассечена до чрезвычайности перерастянутая задняя стенка матки. Это оказалось возможным лишь после того, как пузырь, покрывавший собою заднюю стенку матки был острым путем отпрепарован от матки и отслоен. Извлечен мальчик, весом в 2650 г, в легкой асфиксии. Каких либо следов произведенной стерилизации на трубах не обнаружено. Трубы иссечены. Матка оставлена. В послеродовом периоде *lochiometra* вследствие задержки выделений за шпорой. Выздоровление.

В заключение привожу выводы *Graefe*. При наступлении беременности после *interpositio* беременные рано или поздно жалуются на боли и страдание пузыря; у них наступает выкидыш в начале беременности,

осложняющийся неправильным положением матки при вмешательстве, у других приходится прибегать к опорожнению матки путем hysterotomy anterior. Если дело доходит до последних сроков беременности, то роды нормально протекать не могут и приходится прибегать к кесарскому сечению или удалять плод так или иначе через естественные родовые пути. А посему при операции interpositio необходимо производить стерилизацию, а лучше не предпринимать эту операцию вовсе в детородном возрасте.

Интерес случая: 28-летняя первородящая поступает для родоразрешения. 3 дня без вод. Температура повышена. Плод мертвый. Данные исследования чрезвычайно своеобразны. Ставится диагноз родов после вагинофиксации. Родоразрешение через естественные родовые пути признается совершенно невозможным. Производится брюшно-стеночное кесарское сечение при заведомо мертвом плоде. Матка, как уже инфицированная, удаляется. Наступает выздоровление.

Случай 58-й.

А. И. К., 33-х лет (№ приемного журнала 93), поступила в клинику 4-го января 1927 года в 11 час. 35 минут в родах.

Настоящая беременность четвертая. Месячные начались на 16 году жизни, приходили через 4 недели по 3 дня, всегда с болями. Замужем 10 лет. Первая беременность, через год после замужества, протекала нормально. Роды длились очень долго, родился очень крупный ребенок. На 3-й день после родов родильница приступила к работе по домашнему хозяйству. Вторая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Третью беременность пациентка доносила до конца. 8-го декабря 1925 года родился младенец, весом 11½ фунтов. Родильница начала вставать на 4-й день после родов. 12-го марта 1926 г. были последние регулы, беременность протекала без особенностей, первое движение плода около 5-го августа. К концу беременности пациентка стала ощущать значительную тяжесть в животе, ей стало трудно ходить, подыматься по лестнице. Несколько лучше стало самочувствие после того, как она начала подвязывать живот широким полотенцем. Последний coitus месяц т. н.

4-го января 1927 г. утром, в 6 часов, начались родовые боли, очень редкие и слабые.

В 11 час. 35 мин. роженица поступила в клинику; когда она подымалась по лестнице в родильную, отошли воды в значительном количестве.

Уже при первом взгляде на входившую в родильную роженицу нам бросились в глаза необычные очертания ее живота: перед нами стояла женщина среднего роста, резко ослабленного питания, шатенка; живот значительно выпячен вперед и вместе с тем сильно наклонен кпереди, что придавало роженице весьма оригинальный вид. Ввиду того, что только что отошли воды, мы поспешили уложить роженицу на родильную кровать и, прежде чем приступить к исследованию, убедились, что сердечные тоны ясно выслушиваются. И в лежачем положении мы увидели необычную форму живота. Он был большой, растянутый, вместе с тем как бы перегнутый кпереди. Лобка не видно, он прикрыт лежащим на нем нижним отделом живота. Мы приподняли живот над лобком и увидели глубокую складку, поперечно над лоном расположенную; кожа до этой складки была опрелая. Окружность живота 124 см, высота матки, измеренная лентой, 44 см.

При наружном исследовании через тонкие брюшные стенки в дне матки определяются ягодицы, слева в дне ясно прощупываются мелкие части, справа спинка, над входом в таз малоподвижная головка.

Сердечные тоны выслушиваются справа ниже пупка.

Каков предварительный диагноз?

1. Мы имеем дело с типичным отвислым животом. Вероятно имеется узкотазие — частая причина отвислого живота.
2. Вряд ли есть основания предполагать узкотазие. Скорее мы должны искать причину отвислого живота в свойствах брюшных стенок.

Что перед нами отвислый живот — ясно. Вопрос об этиологии возбуждает разногласие. Каков же таз? Мы приступили к обычному измерению: Dist. Spin.—27; Dist. Crist.—30; Dist. Troch.—35; Conj. ext.—23 см.

Довольно неожиданные данные! Не только не узкотазие, наоборот, обширный таз. Откуда же отвислый живот? У первороженец отвислый

живот встречается почти исключительно при узком тазе. У них встречаются следующие моменты, благоприятствующие образованию отвислого живота: уменьшение вместимости брюшной полости вследствие малого роста женщины, часто увеличенная кривизна поясничной части позвоночника, сильное наклонение таза, невозможность для предлежащей головки вступить в суженный тазовой вход и как следствие этого высокое стояние головки. Понятно, что при таких условиях беременная матка, не находя в брюшной полости достаточно места для своего роста и не имея возможности ни подняться вверх, ни опуститься вниз, растягивает брюшные стенки и все более и более наклоняется вперед. В результате получается при упругих брюшных стенках (первобеременные!) заостренный живот (Spitzbauch) (рис. 144), при вялых, потерявших свою упругость стенках (многорожавшие!) — отвислый живот (Hängebauch, venter propeudens) (рис. 145).

При нормальном тазе условия несколько иные. Тут отвислый живот мы находим исключительно у повторно- особенно у много- и часторожавших. Если у первородящих при нормальном тазе упругость брюшных стенок является могучим фактором, противодействующим образованию отвислого живота, матка, совместно с плодом, в последние недели беременности опускается своим нижним сегментом в по-



Рис. 144. Остроконечный живот.

лость малого таза и предлежащая часть устанавливается в тазовой полости, то у многорожавших дело обстоит иначе. Потерявшие свою упругость брюшные стенки не в силах вынести на себе всей тяжести матки с плодом, матка наклоняется вперед, она остается очень по-

движной, потому что нижний отдел ее с предлежащей частью не опускается в таз. В таких случаях посмотрите на брюшные станки: Вы найдете дряблую кожу с множеством старых рубцов беременности. Вы найдете мускулатуру живота, утратившую свою эластичность и маломощную, часто Вы найдете расхождение прямых мышц живота (*diastasis*) и растяжение белой линии, иногда до невероятных степеней. В последнем случае иногда матка продвигается между прямыми мышцами вперед, тут она поддерживается только вялыми, дряблыми общими покровами живота. В конце беременности в силу своей тяжести она перегибается через лонное соединение, наконец, свисает дном своим вниз, в тяжелых случаях отвислого живота—до половины бедер.

В нашем случае имеется достаточно данных, обуславливающих дряблость брюшных стенок: длительные первые роды, очень крупный ребенок, слишком раннее вставание после родов, работа по хозяйству с 3-го дня после родов, вторые роды большим младенцем ($11\frac{1}{2}$ фунт.), опять недостаточный покой после родов, опять физический труд с 4-го дня, отсутствие ухода за брюшными стенками (бандаж). Немудрено, что мы находим дряблые брюшные стенки, атрофичную мускулатуру живота, диастаз прямых мышц.



Рис. 145. Отвислый живот.

Какое же мы можем ставить предсказание?

1. Отвислый живот может повлечь за собою ту или иную неправильность вставления головки.
2. Отвислый живот может обусловить слабость родовых болей в периоде изгнания.

Я полагаю, что может наступить и то и другое. Действительно расслабление брюшных стенок способствует неправильностям положения и членорасположения плода. Это особенно относится к случаям, где растяжение брюшных стенок происходит в поперечном направлении. При подобном расслаблении можно предположить такое же растяжение и матки в поперечном направлении—в результате положение поперечное и косое. Положите роженицу на бок, Вы увидите, что чрезмерно подвижная и тяжеловесная матка, не поддерживаемая слишком податливыми брюшными стенками, сильно перевернется на тот же бок, переложите роженицу на другой бок, матка опять изменит свое

положение (*uterus pendulus*). При таких условиях не редкость поперечные положения плода, ягодичные и ножные предлежания, нередки также аномалии вставления головки, разгибательные предлежания, переднетеменное вставление. Важно также, что в силу большей, чем в норме, подвижности матки, в частности ее нижнего сегмента и находящейся в нем предлежащей части, последняя окончательно фиксируется позднее нормы, у первородящих лишь во время родового акта. С другой стороны легко понять, что при отвислом животе могут быть наблюдаемы аномалии родовых болей. В силу смещения нижнего сегмента вверх и за ним шейки матки вверх и кзади, открытие шейки может замедлиться, полезное действие родовых схваток в периоде раскрытия будет понижено, при крайних степенях отвислого живота предлежащая часть не сможет физиологически вступить во вход в таз, задняя стенка нижнего сегмента будет подвергаться перерастяжению. Но если даже период раскрытия пройдет физиологически, в периоде изгнания может проявиться недостаточность изгоняющих сил. Атрофическая, функционально слабая мускулатура брюшных стенок не может развить достаточной потужной деятельности, при значительном диастазе прямых мышц матки, вклиниваясь между разошедшимися в стороны *mm. recti*, не обхватывается вовсе брюшным прессом. В результате наступает утомление роженицы, период изгнания затягивается, матери грозит истощение, инфекция, плоду—асфиксия.

Все эти возможности нужно учесть при ведении родов при отвислом животе и, если нужно, принять меры профилактики.

Мы приступили к внутреннему исследованию (12 час. 5 мин.): Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище резко синюшна. Из влагалища истекают в умеренном количестве чистые воды. Рукав широк, стенки его дряблые, гладкие. Шейка сглажена, зев открыт на 3—4 пальца, края зева толстоваты. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, очень большая, твердая, прижатая ко входу в таз, без родовой опухоли. Стреловидный шов в левом косом размере входа в таз, несколько ближе к поперечному, малый родничок справа и спереди, большой не достигается. Мыс далеко, не достигается.

Положение плода правильное: второе затылочное, передний вид, первый момент механизма—сгибание—совершается. Какова же родовая деятельность?

Схватки следуют через 7—8 минут, продолжительностью в 1 минуту, вполне удовлетворительные.

В 13 час. Родовая деятельность хорошая, головка опустилась в полость таза, сердечные тоны плода ясные, 136 уд. в минуту.

В 14 час. боли приняли потужный характер. Потуги, хотя и довольно частые (через 5—4 минуты), но слабые, роженица не может, как следует, выработать потуги. При каждой потуге живот сильно выпячивается кпереди, выдаваясь конусообразно вперед, и делается уже. Вполне очевидно, что брюшной пресс функционально не на высоте; разошедшиеся, вялые прямые мышцы лишь несколько сдвигают матку с боков, сокращающаяся же матка подымается „дыбом“ через диастаз. В 15 час.—картина та же, потуги слабые, роженица безусловно старается их выработать. Сердечные тоны наиболее отчетливо выслушиваются чуть правее средней линии ниже пупка. Половая щель зияет, но промежность не выпячивается.

Что делать?

1. Ввиду вторичной слабости родовых болей показано впрыскивание *pituglandol'*я.
2. Так как головка в полости—следует наложить щипцы.
3. Следует усилить действие брюшного пресса наложением соответствующего бинта.

Конечно, проще всего извлечь плод щипцами. Условия к наложению их даны: головка выполняет полость таза, стоит *zangenerecht*, надо полагать, что и стреловидный шов в прямом размере или близок к нему, пузыря нет, открытие полное. Спрашивается, необходимы ли щипцы? Нельзя ли обойтись без операции? Усилить родовую деятельность можно впрыскиванием препарата гипофиза (*pituglandol*). Но будет ли это рационально? Ведь деятельность матки вполне удовлетворительна, она сокращается хорошо. Период изгнания затягивается не вследствие ослабления полого мускула, а в силу полной недостаточности брюшного пресса. Обладаем ли мы какими-либо способами усилить его работу или возместить чем либо недостаточную силу его.



Рис. 146. Импровизированный „бинт Вербова“.

Несомненно, да. Мы можем воспользоваться идеей *Я. Ф. Вербова*, предложившего свой родовспомогательный бинт. И если у нас нет „бинта *Вербова*“, мы можем его импровизировать.

* Действительно, представим себе широкий, упругий бинт-набрюшник, наложенный на живот таким образом, чтобы он обхватывал живот спереди и с боков. Он должен иметь благое действие: устраняя отвислость, он создаст физиологическое положение матки, длинная ось плода будет соответствовать оси таза, он будет производить давление на переднюю периферию живота, отчасти заменяя действие брюшного пресса, сокращающейся, становящейся „дыбом“ матке он даст опору. В этом смысле именно для отвислого живота идею бинта *Вербова* следует признать вполне правильной. Но бинта *Вербова* у нас нет, в продаже его вообще нет. Постараемся создать нечто похожее на бинт *Вербова*.

В 15 час. 30 мин. мы взяли простыню, сложили ее несколько раз так, что получился длинный и широкий „бинт“ и, продев концы под боковые брусья родильной кровати, наложили его на живот роженицы (рис. 146). Концы удерживались двумя помощниками и натягивались. Во время пауз между потугами „бинт“ подтягивался, во время потуг он удерживался в напряженном состоянии, создавая матке солидную опору.

В 16 час. потуги чаще, несильные. Сердечные тоны плода без изменений. Половая щель сильно зияет, промежность куполообразно выпячивается. В глубине половой щели

видна головка. Началось врезывание. В 16 час. 10 мин. быстро родился плод, женского пола, без признаков асфиксии. По прекращении пульсации пуповина перевязана, плод отделен. Вес его 5050 г, длина 55 см. Последовый период без осложнений. В 17 час. родился послед по *Schultze*, без дефектов. Оболочки плотные, все, разрыв плодного пузыря центральный. Матка хорошо сократилась. Кровотечение физиологическое.

Течение послеродового периода гладкое. Наивысшая температура 36,9. Родильница выписалась 11 янв. на 7-й день с ребенком.

Какой совет мы должны были дать нашей пациентке при выписке? Мы убедили ее в необходимости носить послеродовой бандаж в течение не менее 2-х месяцев, мы дали ей совет избегать физических напряжений, поднятия тяжестей, сильных натуживаний при дефекации. Мы просили ее показаться через 6 недель. Может быть мы ей назначим массаж живота и активную гимнастику брюшных мышц.

Интерес случая: 33-летняя повторнородящая поступает в роды. В анамнезе долго длившиеся роды крупными детьми. Диастаз прямых мышц живота, отвислый живот. Таз обширный, плод крупный. Окружность живота 124. Положение и предлежание плода правильные. Период изгнания сильно затянулся в силу несостоятельности брюшного пресса. Решено применить импровизированный "бинт Вербова". Изгнание быстро завершилось. Родился плод весом 5050 г.

Случай 59-й.

Е. В. М., 28 лет (№ приемного журнала 1374), работница табачной фабрики поступила в клинику 7-го ноября 1926 г. в 23 часа со слабыми родовыми болями.

Из анамнеза узнаем, что настоящая беременность 9-я, роды 4-е.

Пациентка рано вышла замуж. Месечные, в девичестве приходившие через 4 недели, по 4—5 дней, после замужества не изменились. Родов было 3, все они протекали без помощи искусства. Первые и третьи продолжались очень долго; после последних, в 1926 г., пациентка долго болела. Последующие 5 беременностей кончились выкидышем, 2 раза искусственным и 3 раза самопроизвольным. После последнего аборта лечилась от "воспаления матки". Последние регулы были в начале января 1926 г., на втором месяце беременности было кровотечение, продолжавшееся всего несколько часов. В мае, т. е. на 4-м месяце беременности, опять появились кровянистые выделения, по поводу которых больная лежала в одной из больниц. Выделения продолжались 17 дней.

В первых числах июня пациентка начала ощущать движения плода. В сентябре заболела гриппом. Кашель держится и по настоящее время, мокроты отделяется мало. За две недели до поступления был последний coitus, 7-го ноября в полдень отошли воды, в небольшом количестве, спустя 3 часа начались слабые и редкие родовые боли.

В 23 часа роженица поступила в клинику (7-го ноября). Перед нами женщина среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания, брюнетка. Температура 37,3. Пульс 80. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. На коже живота обилие старых рубцов беременности. Пупок выпячен. Средняя линия пигментирована. В дне матки крупная часть, мелкие части не прощупываются. Спинка справа. Над входом в таз определяется несколько подвижная, крупная предлежащая часть, не похожая на головку. Сердечные тоны плода выслушиваются на правой половине живота, яснее всего на уровне пупка, 136 уд. в минуту. Окружность живота 100 см, высота дна матки 35 см.

Размеры таза: Dist. Spil.—27; Dist. Crist.—25; Dist. Troch.—33; Conj. ext.—20.

Родовые боли через 15 минут, короткие и слабые.

Ночью же дежурным врачом произведено ректальное исследование: *Valva* в норме, половая щель несколько зияет, слизистая входа резко цианотична, истекают околоплодные воды в небольшом количестве. *Per rectum* определяется цилиндрическая шейка, наружный зев открыт на 1½ пальца. Высоко над входом подвижная крупная часть, повидному ягодичная. Мыс далеко.

Каков предварительный диагноз? Каков должен быть образ действий?

1. Повторные доношенные роды у женщины с нормальным тазом. Повидному положение ягодичное. Роды повидному физиологические.

2. Правда, положение продольное и таз нормальный. Но так как имеется преждевременное отхождение околоплодных вод и первичная слабость родовых болей, роды следует признать патологическими.

Физиологические роды или патологические? Как часто, стоя у постели роженицы, задаешь себе этот вопрос! Нередко данные исследования дают все основания считать роды физиологическими, и лишь дальнейшее наблюдение за ходом родового акта выявляет глубокую патологию. В нашем случае врач, наблюдавший пациентку в консультации, полагает, имел право поставить вполне благоприятный прогноз. Если бы Вы видели ее накануне родов, Вы бы тоже сказали, что все обстоит благополучно. Размеры таза нормальны, тазовое предлежание не есть патология. Правда анамнез указывает на воспалительное заболевание полового аппарата, но это еще не дает права мрачно смотреть на предстоящие роды. Но вот, еще до начала родовых болей, отходят околоплодные воды. Отхождение вод до начала родов есть несомненная патология, и мы поневоле спрашиваем себя, как отразится оно на ходе работ, ограничится ли дело одним этим патологическим явлением или же оно откроет собою целый ряд последовательных осложнений, причинно связанных между собою, или, может быть, независящих одно от другого.

Родовые боли начались в полдень, прошло уже около полусуток с начала схваток, и мы видим второе патологическое явление, аномалию родовых болей—первичную слабость их.

Учитывая наличие двух указанных патологических факторов мы должны усугубить нашу бдительность.

Ночь на 8 ноября роженица провела спокойно, схватки очень редкие и слабые. Сердечные тоны ясные. В течение дня никаких перемен не произошло.

Вечером (в 20 час. 30 мин.) роженица жалуется на усталость. Стул с клизмы. Несколько раз мочилась. Моча взята для анализа. Схватки усилились. Решено произвести вагинальное исследование. Влагалище широкое, стенки его дряблые, гладкие. Шейка существует, наружный зев открыт на 1½ пальца. Шеечный канал проходим до внутреннего зева. Внутренний зев чуть приоткрыт, вмещает лишь мякоть пальца. Края его твердые, ригидные, нерастяжимые. Пузыря нет. Над внутренним зевом определяется крупная часть, повидимому ягодицы.

Итак за сутки, несмотря на родовую деятельность, хотя и слабую, открытие матки не подвинулось. Целые сутки безрезультатной работы!

В чем дело?

1. Причину следует искать в слабых родовых болях, не могущих преодолеть некоторую ригидность внутреннего зева.
2. Основная причина—ригидность внутреннего зева. Ведь к концу суток родовые боли усилились и тем не менее шейка не открывается.

За сутки роды не подвинулись. Как бы ярко ни была выражена в начале родов слабость родовых болей, шейка у многорожавшей должна была бы открыться. Тем более, что схватки к концу суток (8-го ноября) явно усилились. Правда, нет плодного пузыря, который, вклиниваясь в зев, наиболее совершенно ведет к раскрытию его. В случаях преждевременного отхождения околоплодных вод роль пузыря должна быть на себя предлежащая часть; в данном случае ягодицы должны были встать во вход в таз, и шейка должна была хоть несколько раскрыться. Этого не произошло и на вопрос—почему?

дает нам ответ внутреннее исследование. Внутренний зев необычайно ригиден, он производит впечатление почти рубцового. Очевидно в этой ригидности внутреннего зева все дело. Впервые в наших беседах мы встречаемся с этой аномалией родовых путей и должны решить вопрос—какого происхождения это изменение и каково его акушерское значение.

У постели роженицы мы встречаемся с самыми разнообразными патологическими изменениями шейки. Акушерское значение имеют те из них, которые, создавая неподатливость шейки, препятствующие ее раскрытию, нарушают нормальное течение родового акта. Рубцовые изменения после операций на шейке, особенно после ампутации ее, рубцы после лечебных прижиганий (хлористый цинк, ляпис, полуторохлористое железо), после выскабливаний, выпариваний, воспалительные изменения ткани шейки сифилитического характера или иного рода, язвенные процессы пuerперального происхождения, хронические, застарелые катарры шейки, врожденная ригидность шейки (у старых первородящих), новообразования шейки (канкроид)—все это может лежать в основе неподатливости шейки. Патологические изменения могут ограничиться областью наружного зева, могут локализоваться в области зева внутреннего или занимать шейку на всем ее протяжении, превращая ее в твердую, неспособную к какому бы то ни было расширению, трубку. В нашем случае внутреннее исследование указывало на нормальные свойства влагалищной части, стенки цервикального канала мягкие и сочные и лишь внутренний зев представляет собою твердое ригидное колечко, еле вмещающее мякоть пальца. Тут нет никакого новообразования, нет указаний на какие-либо химические травмы. Зато анамнез богат указаниями на другие этиологические моменты: аборт и воспаление. Абортов было всего 5, два из них были искусственные. Как и кем они были сделаны, нам неизвестно, больная не пожелала на эту тему распространяться. Можно лишь предполагать, что было сделано выскабливание. После последнего аборта был какой-то длительный воспалительный процесс, больная долго лечилась от „воспаления матки“. В этих моментах мы должны усматривать этиологию ригидности зева. Повторные выскабливания, может быть произведенные грубой рукой, травмировавшие область внутреннего зева, поведшие к воспалительному процессу в мускулатуре шейки—вполне объясняют ригидность ее.

Какова же терапия родов при этом осложнении?

Понятно, что общих правил быть не может. Нужна строгая индивидуализация. При обширном рубцовом стенозе всей шейки роды per vias naturales могут оказаться невозможными. Показано брюшно-стенозное кесарское сечение, лучше всего в виде операции *Porro*. Неоказание своевременной помощи может повести к затяжному течению родов, к восходящей инфекции, к общему сепсису, к остановке родов, при сильной родовой деятельности—к судорожным болям, к глубоким разрывам рубцовоизмененной шейки, к разрыву нижнего сегмента матки. Стенозирующее шейку раковое новообразование тоже является показанием к кесарскому сечению с последующей экстирпацией матки. Менее серьезные сужения требуют расширения шейки, бескровного или кровавого.

Если есть надежда на безопасное бескровное расширение, можно ограничиться введением в матку метрейринтера. При достаточно проходимом зеве можно подумать о повороте по *Braxton-Hicks'у*, в расчете

на то, что низведенная в шейку ножка плода будет способствовать дальнейшему раскрытию ее. *Torneff* (Пушук, 1926) советует, прежде чем приступить к активному расширению зева, применить в течение нескольких часов морфий и белладонну в свечах, полагая, что большая часть случаев неподатливости шейки основана на спастическом сокращении ее мускулатуры. Кровавое расширение, столь широко применявшееся прежде, в настоящее время производится не часто. Если в старых учебниках неизменно рекомендуются метротомы, бистуреи, то ныне рассечение делается в виде известной уже вам операции *hysterostomatia* (см. том I, рис. 61). Самое важное здесь следующее: никогда не делайте рассечения зева при несглаженной шейке. Лишь в случаях полного сглаживания ее, когда препятствие лишь в наружном зеве, идите на *hysterostomatia*. Если же сужение расположено выше, напр. в области внутреннего зева, другими словами, если шейка сохранена во всей своей длине—оставьте мысль о насечках. В таком случае кровавое расширение шейки может быть сделано лишь в виде влагалищного кесарского сечения, точнее в виде *hysterotomia anterior modo Witt*. Вы видите, что в каждом отдельном случае приходится сообразоваться с особенностями его и выбрать наиболее подходящее пособие.

Что же вы предложите в нашем случае?

1. Ввиду отсутствия обширных рубцов и стеноза лишь внутреннего зева можно ограничиться метрейризом с последующим низведением ножки.
2. Скорее и безопаснее в смысле инфекции будет влагалищное кесарское сечение.

Не подлежит сомнению, что влагалищное кесарское сечение в данном случае будет технически нетрудно: широкое влагалище, подвижная, нефиксированная шейка. Можно будет в каких-нибудь полчаса родоразрешить больную. Но спрашивается, есть ли показания к немедленному родоразрешению? Нужно ли нам спешить? Нужно сознаться, что в состоянии ни матери, ни плода ничего угрожающего нет. Кроме того влагалищное кесарское сечение сопряжено с нанесением значительной травмы мягким путям, с обширным ранением тазовой клетчатки. Понятно, что не следует выбирать столь значительного вмешательства без достаточных показаний. Наконец, ведь в шейке нет обширных рубцовых изменений, требующих применения ножа. Ригидность внутреннего зева есть последствие воспалительного процесса—и только. Мы имеем полное основание рассчитывать на вполне успешное расширение зева введением в нижний сегмент матки баллона. Если же зев будет недостаточно проходим для введения метрейринтера, мы предварительно расширим его крупными номерами расширителей *Hegar'a*.

Мы решаемся на метрейриз.

Наша роженица утомлена. Дадим ей отдых. Впрыснем под кожу раствор морфия (1 см³ 10% раствора). (21 час).

Ночь роженица спала хорошо. С утра схватки все такие же редкие и слабые. Т° нормальна. Сердечные тоны плода ясные.

Утром в 10 часов мы приступили к осуществлению нашего плана. Роженица взята на операционный стол. Дан общий наркоз (СНCl₂). Обычным образом операционное поле приготовлено. Произведено внутреннее исследование. Status такой же, как накануне в 20 час. 30 минут. Отходит небольшое количество мекония. Шейка обнажена введенными во влагалище плоскими зеркалами, низведена двумя парами пулевых шипцов.

Последовательным введением расширителей *Hegar'a* внутренний зев расширен до № 20. Сигарообразно сложенный баллон *Braun'a*, захваченный специальным зажимом (см. том I, рис. 7), введен в матку, зажим медленно извлечен, баллон наполнен теплым физиологическим раствором. Всего влило 400 см³ раствора (соответственно заранее измеренной емкости баллона). Кишка зажима зажата псаном. Пулевые сняты с шейки. Зеркала извлечены. Роженица перенесена на родильную кровать.

Привесить ли груз к метрейринтеру? Нет, пока в нем нет надобности. Будем наблюдать за схватками и за успешностью нашего метрейриза. В случае, если расширение зева пойдет слишком медленно; если схватки заставят желать большего, мы усилим действие метрейринтера грузом.

В 11 часов состояние роженицы хорошее. Т° нормальна. Пульс 84. Сердечные тоны плода без изменений. Появились вполне удовлетворительные схватки, через 6 мин. Нет, мы не будем вешать груза, и без него метрейриз обещает быть успешным.

В 13 часов схватки сильные, частые. Т° 37,6. Сердечные тоны ясные. Ягодицы над входом.

В 16 час. 30 мин. при сильных потужных болях баллон родился.

Что же дальше?

1. Надо предоставить изгнание плода силам природы.
2. Схватки могут опять стихнуть. Роды затянутся. Нужно себя обеспечить возможностью кончить роды в любой момент. Кроме того температура роженицы начинает повышаться. Надо низвести ножку.

В общем состоянии роженицы произошла перемена—повышение температуры. Хотя некоторыми авторами и высказывается мысль, что повышение температуры в родах вовсе не является показанием к ускорению родов, все же, полагаю, каждый врач-акушер в таком случае инстинктивно подумает: нельзя ли поскорее закончить роды? Кроме того каждый из вас знает, что, при склонности к слабости родовых болей, схватки, усилившиеся под влиянием метрейриза, после рождения баллона могут опять прекратиться. Не вставлять же опять метрейринтер!

Положение плода ягодичное. Ягодицы над тазовым входом. Наиболее естественным является предложение низвести ножку. Технически это будет нетрудно. Зев вероятно открыт пальца на 4, ведь через него родился баллон вместимостью в 400 см³. Правда, мы еще не знаем, имеется ли полное ягодичное положение или неполное, т. е. мы не знаем, в каком членорасположении ножки, лежат ли они вытянутыми по брюшной поверхности плода (неполное или чистое ягодичное) или они согнуты в коленных суставах и находятся где-либо близ ягодиц плода (полное ягодичное). В первом случае придется войти всей рукой в матку, в последнем случае можно будет ограничиться введением в матку 3-х пальцев.

Как бы то ни было, мы решились на низведение ножки.

В 16 час. 45 мин. роженица опять взята на операционный стол. После обычной дезинфекции наружных частей и катетеризации пузыря, оператор ввел кисть правой руки во влагалище. Открытие зева больше 4-х пальцев. Край зева толстоватый. Ко входу в таз прижаты ягодицы плода. Ясно определяются половые части плода (женские), заднепроходное отверстие, крестец, обращенный вправо. Ножек нет, очевидно они вытянуты вдоль плода. Без малейшего насилия ягодицы приподняты, рукой войдено мимо ягодиц в матку, по переднему бедру рука достигла голени, захватила ее и без труда низвела. Ножка появилась наружу (правая).

Нужно ли извлекать? Нет, без показаний мы не будем извлекать. Но именно теперь, после внутриматочного вмешательства, надо зорко

следить за состоянием плода. Сердечные тоны его требуют постоянного наблюдения.

И действительно, не прошло 10 минут после низведения ножки, как сердечные тоны исчезли. Почему? Мы этого в точности не знаем, может быть где-либо произошло прижатие пуповины. Во весь рост встали перед нами абсолютные показания к немедленному извлечению плода, находящегося очевидно в крайней опасности.

Приступлено к извлечению за ножку. Тракциями за нее выведены ягодицы, тракциями за тазовой конец туловище извлечено до лопаток, типически освобождены ручки, головка выведена по *Smellie-Veit* 'у. Плод извлечен в белой асфиксии (17 час.) Немедленно перевязана и перерезана пуповина. Приняты меры к оживлению плода: отсасывание слизи катетером, подкожно $\frac{1}{2}$ см. камфарного масла, качание по *Schultze*, теплые и холодные ванны, искусственное дыхание по *Silvester*'у. Плод оживлен, вес 2350, длина 49 см. Появилось значительное кровотечение со стутками. Послед оказался уже отделенным, легко выжат по *Credé*. Впрыснут эрготин, массаж матки. Кровотечение остановилось. Послед осмотрен, без дефектов.

Послеродовой период без осложнений. Однократное повышение температуры до 37,6 на третьи сутки. Родильница выписалась на 7-ой день с ребенком.

Итак мы решились на метрейриз, учитывая отсутствие тяжелых рубцовых изменений в шейке. Упомяну о другом случае: вчера мне пришлось дать заключение в случае рубцового стеноза внутреннего зева. Больная 30-ти лет рожала 4 года назад в одной из родильных учреждений. Роды длились долго, рубцовый зев представил непреодолимое препятствие. На 4-ые сутки роды закончены прободением головки и краниоклазией при малом открытии зева. Теперь больная беременна на 4-ом месяце. При вагинальном исследовании палец через приоткрытый наружный зев проникает в шейный канал и определяет рубцовый стеноз внутреннего зева. Я счел нужным дать следующее заключение: следует беременность доносить, в начале родов показано брюшностеночное кесарское сечение со стерилизацией.

Интерес случая: 28-летняя повторнородящая поступает в клинику без вод. В анамнезе повторные воспалительные заболевания. Ягодичное положение плода. Ярко выраженная первичная слабость родовых болей. Роды ведутся вначале выжидательно. Обнаруженная ригидность внутреннего зева заставляет прибегнуть к метрейризу. При сильных схватках рождается баллон. При открытии больше 4-х пальцев производится низведение ножки. Падение сердечных тонов заставляет извлечь плод. Младенец в белой асфиксии, оживлен. Атоническое кровотечение. *Credé*. Выздоровление.

Случай 60-й.

В. Л. Т., 42-х лет, (№ приемного журнала 1409) поступила в клинику 8-го ноября 1926 года, в 17 час. 45 мин.

В анамнезе всего 1 самопроизвольный выкидыш много лет назад. Месячные носят с 18 лет, через месяц, по 3 дня, всегда с болью. Никакими женскими болезнями не страдала. Времени последних регул указать не может. Беременность протекала без особенностей. Движение плода начала ощущать в середине июня. Последний coitus 4 месяца назад. Считает свою беременность доношенной. В день поступления ранним утром начались очень слабые и редкие схваткообразные боли в животе, повторявшиеся весь день.

При поступлении (17 час. 45 мин.): Перед нами женщина роста выше среднего, крепкого телосложения, хорошего питания, шатенка. Темп. 36,6. Пульс 80 уд. в минуту. Живот большой, овоидной формы, наибольшая его окружность 103 см. На коже нижних отделов живота свежие рубцы беременности. Пупок выпячен. Умеренная пигментация средней линии. При пальпации определяется беременная матка, высота дна ее от

лона 37 см. В дне прощупывается крупная часть, мелкие части справа в дне, спинка плода слева, при 3-ем приеме Leopold'a определяется головка, стоящая неподвижно большим сегментом во входе в таз. Справа ясно определяется подбородок. Размеры таза: Dist. Spin.—26; Dist. Crist.—28¹/₂; Dist. Troch.—31; Conj. ext.—22.

Аускультация дает отчетливые сердечные тоны плода на большом протяжении слева ниже пупка.

Ректальное исследование: Крестцовая впадина свободна. Шейка укорочена, открытия нет. Предлежит головка, во входе неподвижна. Мыс еле достигается.

Наружные половые органы развиты правильно. Сильная синюшность входа. Выделения из влагалища ничтожны, слизисты.

Правильной родовой деятельности нет; изредка ощущаются сокращения матки.

Каковы диагноз и предсказание?

1. Пациентка не в родах. Имеется первое черепное положение. Таз нормальный. Прогноз благоприятный.
2. Повидимому роды начались. Роды физиологические. Пожилой возраст заставляет быть осторожным с предсказанием.

Исследование дает нам основания считать роды физиологическими. Но роды ли это? Можно ли считать сокращения матки у нашей пациентки родовыми болями? Наливается ли плодный пузырь во время схватки, мы определить не можем: шейка закрыта. Чередуются ли схватки через правильные промежутки времени, по меньшей мере сомнительно. Мы положим нашу пациентку в палату беременных, наблюдение скоро разрешит наши сомнения. Будь пациентка в возрасте от 20 до 30 лет, мы бы не колеблясь поставили вполне благоприятный прогноз, но ей 42 года! 42-летняя первородящая! Правда, много лет назад был самопроизвольный выкидыш. Будет ли матка функционально на высоте? Как будет идти расширение мягких родовых путей? Мы всего этого не знаем, а потому воздержимся пока от предсказания.

Кстати о родах у пожилых первородящих. Принято считать, что у них продолжительность родового акта значительно больше средней. Объясняется чрезмерная продолжительность родов большим сопротивлением со стороны мягких родовых путей, утративших свою эластичность, а также часто наблюдаемой функциональной недостаточностью изгоняющих сил. По наблюдениям *L. Meyer'a* аномалии родов встречаются чаще у пожилых женщин, живущих уже много лет в бесплодном браке, чем у женщин, поздно начавших половую жизнь. Пожилою обычно считают первородящую, если она достигла 30-тилетнего возраста. Другие считают возраст до 27 лет. Так *Jaroschka* (1926) собрал 711 случаев первых родов у женщин старше 27 лет. Увеличения неправильных положений или вставлений он не наблюдал. Узкий таз у них встречается чаще (8,3% вместо 5,2% у молодых). Особенно важна частота преждевременного отхождения вод (у 27—30-летних в 22,5% случаев, у старых значительно чаще). Типичным осложнением родов у пожилых первородящих является слабость родовых болей с ее последствиями. *Jaroschka* видел слабость родовых болей у 24% пожилых первородящих и именно в 14% первичную и в 9,6% вторичную слабость. У 39—42-летних первородящих слабость болей наблюдалась даже в 60%. Оперативные вмешательства потребовались в 26,3% случаев. Расстройства в последовом периоде также чаще у пожилых первородящих, хотя атония наблюдалась редко. Как большинство авторов *Jaroschka* отмечает большую среднюю продолжительность родов (у 27—30-летних роды длятся в среднем 21 час 49 мин., у 43—46-летних—25 часов 30 минут).

Некоторые авторы отмечают частоту эклампсии у пожилых первородящих (*Полубогатов, Hiess-Richter* и др.).

Можем ли мы после этого считать прогноз у нашей пациентки вполне благоприятным? Конечно, нет.

Ночь на 9-ое ноября пациентка спала спокойно; в течение дня 9-го изредка были схватки. Мы признаем их предвещающими болями.

10-го ноября с утра схватки стали более ощутимыми и стали приходить через 20 минут. Роды начались. Мы сделали роженице теплую ванну.

К утру 11-го ноября — положение дела не изменилось. Родовая деятельность слабая, вялая, схватки через 15—20 минут. Роды принимают типической для старых первородящих течение — перед нами первичная слабость родовых болей!

Темп. 36,8. Пульс 84. Сердечные тоны отчетливые. Головка повидимому на том же уровне. Воды не отходили. Ввиду отсутствия показаний к вмешательству, мы ведем роды строго консервативно, предлагаем роженице менять положение, гулять по палате, по коридору.

● Ночь на 12-е ноября роженица спала плохо. Утром показались слизистые, слегка окрашенные кровью выделения. Схватки очень слабые, через 15 минут. Наружное исследование ничего нового не дает. Per rectum: Крестцовая впадина пуста, шейка сглажена, открытия зева повидимому никакого. Головка во входе, как при первом исследовании.

За ночь (на 15-ое) схватки участились (через 10 минут) и стали несколько сильнее. Головка немного опустилась, снаружи прощупывается основание черепа и справа подбородок. Сердечные тоны ясные, слева ниже пупка.

Ночь на 14-ое роженица провела плохо, к утру стала жаловаться на усталость, схватки опять реже и слабее. Днем спала. Объективно — без перемен. В полночь — все те же слабые, редкие боли. Роженица утомлена, под утро обморочное состояние, длившееся минут 10. Приняты обычные меры. Схватки прекратились вовсе.

Утром 15-го ноября — схваток нет. Сердечные тоны ясные. Роженица просит о помощи. Решено сделать вагинальное исследование (10 час. утра).

После подготовки больной и дезинфекции рук — исследование одним пальцем. Вход в рукав узкий, стенки его резко складчаты. Крестцовая впадина пуста, Головка в верхней части полости. Шейка сглажена, зева не удается найти! После длительного обследования купола головки, покрытой сглаженной и истонченной шейкой, далеко сзади близ мыса найдена точечная ямка, похожая на наружный зев. При надавливании на эту ямку она внезапно расширилась и превратилась в зев, который тут же под пальцем без всякого содействия со стороны исследующего стал быстро раскрываться и через минуту открытие достигло ширины $4\frac{1}{2}$ пальцев. В зеве оказался плодный пузырь, наполненный небольшим количеством вод. Пузырь разорван.

Картина необычайная!

Что же это? И был ли наш образ действий правильным?

1. Редкий случай склеивания наружного зева. Посobie было правильное.
2. Диагноз настолько же ясный, насколько он оказался неожиданным. Ведение родов было неправильно: нужно было гораздо раньше поставить диагноз и оказать помощь.

Склеивание наружного зева — *conglutinatio orificii externi*. Полагаю, что немногим из Вас посчастливилось видеть это редкое осложнение родов! Под этим названием понимают своеобразное состояние, когда у первородящих чрезвычайно узкий наружный зев несмотря даже на удовлетворительную родовую деятельность не обнаруживает склонности к раскрытию. Внутренний зев давно открыт, шейка сглажена, предлежащая часть вступила в развернутую шейку и лишь наружный зев остается закрытым. Постепенно стенки шейки истончаются даже до толщины бумаги, сквозь них можно определить швы и роднички, а наружный зев остается ввиде еле ощутимого отверстия или ямочки. Описаны случаи, в которых наощупь нельзя было его найти и лишь при осмотре с помощью зеркал он был обнаружен по свисающей из него слизи. В чем же дело? Со времен *Schröder'a* известно, что в таких случаях зев не закрыт, он проходим, не открывается же он,

вероятно, в силу имеющихся воспалительных изменений в ткани, окружающей его. Может быть в основе лежит исчезновение эластических волокон в окрестности зева, патологическая его ригидность или частичное образование рубцов, но по видимому старое воззрение на *conglutinatio*, как на склеивание сгустившейся слизи, не соответствует истине. Известно, что *conglutinatio* встречается преимущественно у пожилых и старых первородящих, известно далее, что в резко выраженных случаях сильные боли скорее могут вести к разрыву стенки шейки, чем к открытию зева.

Таким образом при „склеивании наружного зева“ речь идет о неподатливости краев зева, об отсутствии способности его к расширению. Процесс, совершающийся в родах, вполне аналогичен так наз. цервикальному аборту, с той разницей, что при последнем с момента изгнания плодного яйца в полость шейки матки приходит в состояние покоя, в то время как в родах покоя не наступает, или подоспевает помощь или же наступает разрыв стенок шейки. Давно известно, что иногда простое надавливание пальцем на зев ведет к быстрому его раскрытию, введение палочки маточного зонда действует так же магически. В одних случаях зев мгновенно раскрывается, как в нашем случае до 4½ пальцев, в других он медленно, как бы нехотя, уходит за головку.

Такова терапия при настоящем склеивании наружного зева. Чаще встречаются случаи простой ригидности наружного зева, когда, несмотря на продолжительную, энергичную родовую деятельность зев остается малооткрытым. В таких случаях роды затягиваются, что грозит инфекцией, асфиксией плода и проч. На эту аномалию недавно еще указали *Aschner* и *Ostrcil*. Тут полезно пальцевое расширение зева. Оно полезно не только прямым своим эффектом, но и тем что усиливает родовую деятельность. Пальцевое расширение зева недавно было рекомендовано для участкового врача *Vrandecic* (Югославия 1928).

Было ли правильно оказанное нами пособие? Вмешательство само по себе было правильное: найден зев, путем надавливания на него зев мгновенно стал раскрываться, это молниеносное раскрытие остановилось на диаметре в 4½ пальца, плодный пузырь уже лишний, он тут же разорван. Казалось бы все сделано *lege artis*. И все таки мы должны сознаться — мы допустили ошибку. Ошибка заключалась в том, что мы не произвели вагинального исследования раньше; ведь пациентка поступила в клинику, еще 8-го ноября, роды начались 10-го, вторные ректальные исследования не обнаружили „склеивания наружного зева“ и лишь 15-го ноября диагноз выявился при вагинальном исследовании!

Итак, редкая, аномалия — *conglutinatio oris externi* — устранена, открытие почти полное, пузырь разорван.

Состояние роженицы удовлетворительное, сердечные тоны плода ясные, головка в широкой части полости. Будем надеяться, что теперь родовая деятельность возобновится и что рбды, по устранении препятствия, завершатся силами природы (10 час. утра).

Мы стали ждать. Ожидаемые схватки не возобновились. Прошло 3 часа, мы впрыснули 1,0 pituglandol'я под кожу, схватки не наступают. Роженица утомлена, часто впадает в забытие, пульс около 100, слабее, сердечные тоны ясные (15 часов).

Что делать?

1. Истощение роженицы показывает вмешательство. Если условия к наложению щипцов налицо, нужно кончить роды щипцами.
2. Строгих показаний к родоразрешению нет. Нужно еще ждать.

Со стороны плода показаний к окончанию родов нет. А мать? Роды длятся уже 5 суток, слабость родовых болей, столь яркая в первые дни родов, теперь абсолютная. Несмотря на разрыв плодного пузыря, несмотря на впрыскивание pituglandol'я, схватки не возобновились. Утомление роженицы достигло весьма значительной степени. Нужно поспешить с родоразрешением.

Мы приготовили инструменты, нужные для операции наложения щипцов, и взяли роженицу в операционную. После тщательной дезинфекции половых частей роженицы и дезинфекции рук, дан наркоз, выпущена моча. Открытие почти полное, края зева очень тонкие и растяжимые. Головка в верхней части полости. Родовой опухоли нет. Большой родничок справа и спереди, малый сзади и слева, ниже большого. Стреловидный шов в левом косом размере таза (задний вид первого затылочного положения). Щипцы наложены в правом косом размере таза: левая ложка левой рукой введена в левую половину таза (со „странствованием“ кпереди), правая ложка правой рукой введена в правую половину таза (больше кзади). Щипцы замкнуты, пробная тракция убедила, что щипцы не срываются. После нескольких тракций книзу головка стала выпонять таз, ложки легли в поперечном размере таза, большой родничок ясно прощупывался за лоном (см. рис. 147). Еще после нескольких тракций область большого родничка подошла под лоно. Оператор встал сбоку и продолжал тракцию кверху: над промежностью выкатился затылок, причем надорвалась промежность. Щипцы сняты. Рукою головка разогнута; из-под лона родилось личико. Головка повернулась лицом к правому бедру матери, легко родилось туловище. Плод, мальчик, без признаков асфиксии, весом 4300 г, длиной в 52 см.

Через 10 минут вышел послед по *Schultze*, без дефектов; оболочки плотные, все, разрыв их центральный. Матка хорошо сократилась. На разрыв промежности наложены швы (всего 7).

В послеродовом периоде повышение температуры с 3-го по 7-ой день до 38°. Ежедневные впрыскивания butyrol'я. С 23-го ноября температура нормальная, родильница выписалась 29-го ноября с ребенком.

В заключение считаю полезным упомянуть своеобразную аномалию открытия, описанную недавно *A. Mayer*ом (1928). Период открытия затягивается, схватки становятся очень болезненными и мучительными. При внутреннем исследовании находят шейку сглаженной, зев еле достижимым, смотрящим кзади и, против ожидания, очень мало открытым. Головка напирает на переднюю стенку шейки и растягивает ее. Подобное явление описал еще *Zweifel*. Этиология неясная: может быть в основе аномалии лежит врожденное удлинение передней стенки шейки, патологическое укорочение крестцово-маточных связок, поясничный лордоз, или же играет роль место прикрепления детского места на передней стенке матки. Интересно, что в таких случаях в последовом периоде наблюдается сильное нависание передней стенки нижнего сегмента в виде толстого валика в просвет шейки или даже во влагалище. Терапия проста: введенным в зев пальцем надо оттянуть зев кпереди и поставить его в проводную линию. После этой манипуляции открытие быстро завершается и изгнание ускоряется. *A. Mayer* назвал эту клиническую картину ретродевиацией наружного зева.

Интерес случая: 42-летняя первородящая поступает с предвещающими болями. Положение плода первое затылочное. В начале родов резко выраженная первичная слабость родовых болей. Повторные ректальные исследования ничего патологического не обнаруживают. На пятый день родов при вагинальном исследовании найдено склеивание наружного зева. По нажиманию на зев пальцем он мгновенно открывается до 4½ пальцев. Пузырь разрывается. Несмотря на это, абсолютная слабость родовых болей продолжается. Крайнее утомление роженицы побуждает наложить щипцы. Головка в заднем виде

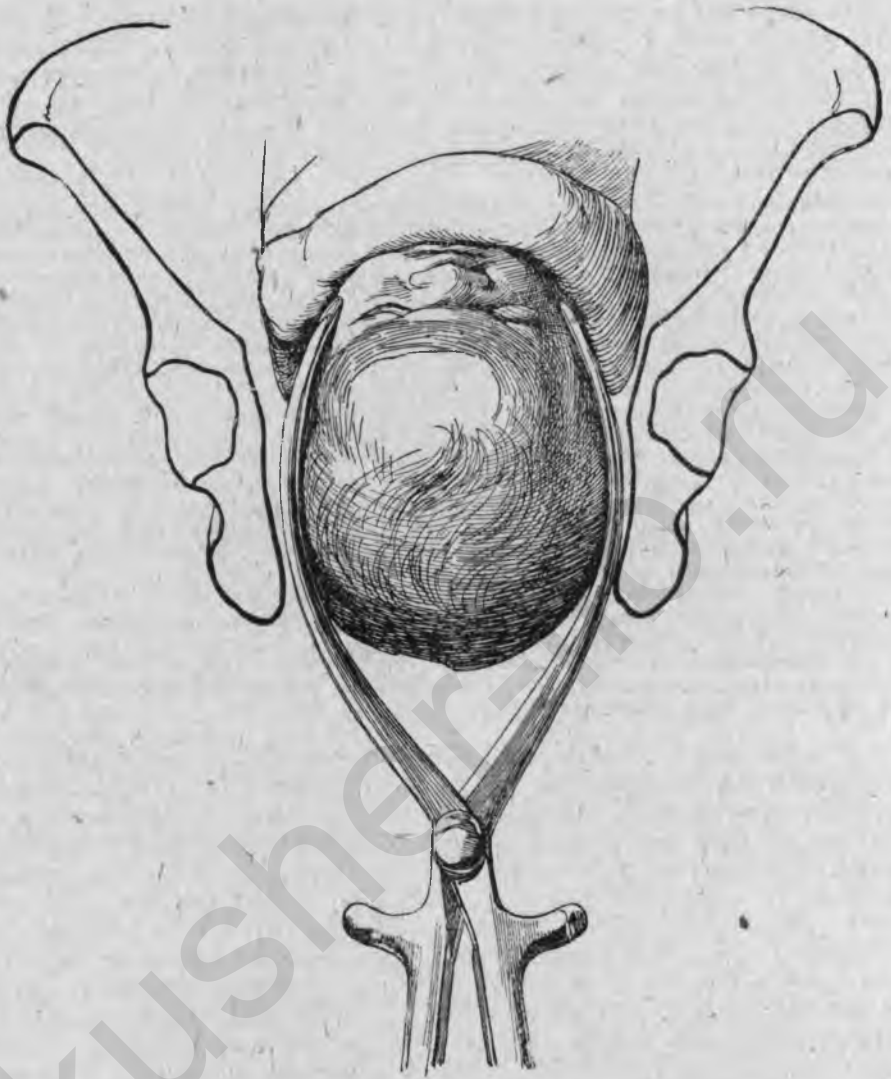


Рис. 147. Задний вид затылочного положения.
Стреловидный шов в прямом, щипцы в поперечном размере.

первого затылочного положения. Щипцы наложены в правом косом. Головка выводится в заднем виде. Плод живой, вес 4300 г. Продолжительность родов больше 5-ти суток.

Случай 61-й.

А. И., 26 лет (№ приемного журнала 1788), поступила в больницу 16 февраля 1927 г. в 23 час. 55 мин., со слабыми родовыми болями.

Роды первые. Месячные пациентка начала носить с 15 лет. через 4 недели, по 4—5 дней, всегда необильные и безболезненные. Замуж вышла 2 года назад. Последние регулы были в мае 1926 г. Времени появления первого движения плода указать не мо-

жет. 16 февраля вечером начались слабые схватки, воды не отходили. В полночь роженица поступила в родильное отделение.

Роженица—правильно сложенная, умеренно упитанная, среднего роста женщина, шатенка. Отмечается бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Живот овоидной формы, соответствует доношенной беременности. На коже его свежие рубцы беременности. Пупок выпячен. Окружность живота—90 см. Высота стояния дна матки—33 см.

При наружном исследовании определено, что плод лежит продольно, в дне матки ягодицы, спинка слева. Головка фиксирована во входе в таз. Сердечные тоны плода ясно выслушиваются справа несколько ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—25 см; Dist. Crist.—28 см; Dist. Troch.—30 см; Conj. ext.—18 см.

При осмотре наружных половых частей обнаружена опухоль синеватого цвета, с неправильными контурами, состоящая из двух отделов. Передний отдел исходит из левой большой губы и свисает на широкой ножке вниз на 8 см. Поперечник его 5 см., сагиттальный размер основания 9 см. Опухоль мягкая, легко сжимаемая, губчато-эластической консистенции. Сквозь истонченную кожу просвечивают наполненные венозной



Рис. 148.



Рис. 149.

кровью кавернозные полости. Задний отдел опухоли более плоский, возвышается над окружающей ее кожной поверхностью на $2\frac{1}{2}$ см, захватывает левую половину промежности и, постепенно снижаясь, диффузно распространяется в виде синеватого пятна величиною в ладонь на кожу левой ягодицы (рис. 148 и 149). При исследовании rectum определяются варикозно расширенные вены на лево-задней стенке кишки. Через septum rectovaginale определяется сглаженная шейка, зев, открытый на $1\frac{1}{2}$ пальца. Пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу.

Роженица рассказала, что эта опухоль у нее с детства, что растет она очень медленно и постепенно и, будучи небольшой, никаких неудобств ей не причиняла.

Только с началом беременности опухоль стала быстро расти и достигла настоящих размеров.

Наблюдение за опухолью до утра показало, что с каждой схваткой опухоль увеличивалась в объеме, становилась все более и более напряженной и приобретала тугоэластически-плотную консистенцию. На основании клинической картины и данных анамнеза консультативно с проф. В. М. Рокицким был поставлен диагноз haemangioma cavernosum vulvae et regionis glutaeeae:

Что делать?

1. Роды протекают физиологически. Положение плода правильно. Таз нормальный. Сосудистая опухоль наружных частей не мешает изгнанию.
2. Столь обширная ангиома, захватывающая половину вульвы, промежность, стенку прямой кишки и ягодичную область,

представляет большую опасность в периоде изгнания. Разрывы мягких тканей неминуемы, остановка кровотечения может оказаться трудно осуществимой. Показано брюшно-стеночное кесарское сечение.

Итак мы стоим у постели роженицы с нормальным тазом, с большим плодом, находящимся в правильном положении и предлежании, и перед нами во весь рост встает вопрос о кесарском сечении! Что же породило мысль отказаться от родоразрешения через естественные родовые пути и подумать о родоразрешении через живот?

Врожденная сосудистая опухоль, расположенная в тазовом выходе, опухоль, представляющая собою комплекс гигантски расширенных венозных сосудов.

Наблюдение за опухолью в периоде раскрытия указало на прогрессирующее напряжение ее и увеличение в объеме. Какова же будет опухоль в периоде изгнания? Более чем вероятно, что тонкие стенки опухоли не выдержат колоссального напряжения, что лопнут кавернозно расширенные вены и произойдет весьма значительное кровотечение, могущее стать смертельным. Хорошо еще, если разрыв произойдет на участке, доступном взгляду, но кто может предсказать, где опухоль лопнет? С другой стороны, у первородящей с такими обширными изменениями тазового дна разрыв его при прорезывании головки можно считать неминуемым. Разве можно дать гарантию, что удастся обколоть все кровоточащие сосуды? Разве можно знать, сколько крови больная потеряет при этом и быть уверенным в том, что не инфицируется эта, столь богатая венозными сосудами, область?

На такой риск мы не должны идти, мы должны решиться на брюшно-стеночное кесарское сечение. Лишь таким путем мы можем родоразрешить нашу больную, минуя вовсе тазовый выход с его жуткой haemangiомой.

Мы предложили больной кесарское сечение и сразу же получили ее согласие.

Когда и как оперировать?

Мы не должны и не будем ждать; опухоль все увеличивается, напряжение ее все растет, она может лопнуть в любой момент.

Мы вскроем брюшную полость и осмотрим матку: если варикозные расширения имеются под серозным покровом нижнего сегмента, придется делать классическое сечение, корпоральное кесарское. Если же нижний сегмент представит обычную картину, предпочтение будет дано шеечному методу, как методу выбора.

В другой беседе будет подробно разобран вопрос о методах кесарского сечения. За последние годы мы убедились, что корпоральному кесарскому сечению присущ ряд крупных недостатков (более тяжелое течение послеоперационного периода, сращения с кишками, с передней брюшной стенкой, дающие в дальнейшем патологическую элевацию матки, боли, опасность непреходимости; рубец в полом мускуле, опасность разрыва матки при следующих родах и т. п.).

Мы определенно даем предпочтение чрезбрюшинному шеечному кесарскому сечению, хотя технически более трудному, но зато лишенному многих из перечисленных недостатков.

В 11 часов мы приступили к операции под общим наркозом (CHCl_3). Разрез по средней линии от пупка до дробка, вскрыта брюшная полость. Представился нижний сегмент матки. Свободная брюшная полость ограждена полотнами. Дугообразным разрезом надсечена брюшина передней стенки нижнего сегмента. Нижний ее доскут вместе

с мочевым пузырем тупо отсепарован книзу, верхний доскут несколько отсепарован кверху. Мышечный слой матки рассечен по средней линии. Става видна головка, легко выведена рукой при одновременном давлении на дно матки (рукою ассистента), извлечен плод. Пуповина рассечена между зажимами.

Послед извлечен. Кровотечение небольшое. При осмотре малого таза обнаружены обширные варикозные расширения вен правой широкой связки.

На рану мышечной стенки ряд узловых катгутовых швов, непрерывный катгутый шов на брюшину матки. Извлечены полотенца. Полость таза обсушена. Брюшная рана зашита послойно (непрерывный катгут на брюшину, такой же на апоневроз, на кожу 3 нитяных шва и серфины). Продолжительность операции 31 минута. Больная перенесла операцию хорошо. Плод живой, женского пола, весом в 3,300 г. В области грудных позвонков обширная *spina bifida*. Ребенку была произведена пластическая операция в клинике проф. *Рокицкого*. К сожалению он погиб.

Послеродовой период без существенных осложнений. Максимальная температура 38,2. Родильница выписалась 7 марта на 19-й день в хорошем состоянии. Ко дню выписки опухоль спалась, стала значительно меньше и мягче.

Итак показанием к брюшностеночному кесарскому сечению послужила не та или иная дистокия, не предлежание последа, не эклампсия а своеобразное врожденное заболевание наружных частей и промежности—кавернозная ангиома.

Просматривая руководства и текущую литературу, мы убеждаемся, что заболевания наружных частей служат показанием к брюшностеночному кесарскому сечению в исключительных случаях.

Описаны единичные наблюдения: *Sahler* описал кесарское сечение при гематоме вульвы и влагалища (Вена, 1925 г.), *Fletcher Shaw* (1924) при гематоме промежности. В брюшной полости оказалась кровь, в правой широкой связке—гематома величиною в апельсин. Больная умерла на 6-й день от мезентериального тромбоза. Этиологию заболевания автор видит в токсемии. В ряде случаев показанием служил чрезмерный отек наружных частей: *Seiffart* 1907, *Höhne* 1917, *Händgen* 1919, *Skutsch* 1925, *Greenwill* 1925, *Gartner* 1926 и друг.

В следующих случаях болезни вульвы были моменты, служившие совместно с другими аномалиями показанием к кесарскому сечению: экзема наружных частей и предлежание последа в случае *Liermann'a* (1926 г.), фурункул на правой губе и узкотазие в случае *Kubig'a* (1926 г.).

Случая, подобного нашему, я в литературе не нашел. Причиной является, конечно, большая редкость ангиом половых частей вообще. За последние 20 лет в таком объемлющем органе как *Zentralblatt für Gynäkologie* нет ни одного сообщения об ангиомах вульвы.

Могли ли мы поступить иначе? Конечно, нет: кесарское сечение было единственным способом родоразрешения, могущим уберечь больную от смертельного кровотечения в периоде изгнания. Что же будет дальше с больной? Она будет лечиться, хотя с сомнительной надеждой на успех. Из консервативных методов рекомендуется прижигание термокаутером, электролиз, рентгенизация, впрыскивание йода, спирта, *liq. ferri sesquichlor.* и проч. Оперативное удаление опухоли, по заключению хирургов, невозможно, в силу распространенности поражения.

Если излечения не наступит и больная вторично явится к нам беременной, мы ей предложим вторичное кесарское сечение, на этот раз со стерилизацией.

Случай опубликован д-ром *Н. Н. Клюжевой*.

Интерес случая: 26-летняя первородящая поступает в начале периода раскрытия. 2-е затылочное положение. Нормальный таз. Определяется огромная кавернозная гемангиома половины вульвы, промежности, ягодичной области и стенок прямой кишки.

Ввиду опасности смертельного кровотечения из разрывов ангиомы в периоде изгнания производится брюшностеночное кесарское сечение. После операции ангиома уменьшается. Плод с *spina bifida* грудной части позвоночника.

Разрыв матки.

Случай 62-й.

Е. О. В., 30-ти лет (№ приемного журнала 4315), поступила в клинику 21 апреля 1927 года в 21 час 40 мин. в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что настоящая беременность вторая. Первая беременность кончилась выкидышем на 3-ем месяце.

Месячные пациентка носит с 17 лет, через 4 недели, по 3 дня. 5 лет назад вышла замуж, в первый год замужества был выкидыш, прошедший без осложнений. После этого пациентка несколько лет применяла противозачаточные средства. Последние регулы были 28 июня 1926 года. Беременность протекала без особенностей. Времени первого движения роженица указать не может. Последний coitus за 3 недели до поступления. Роды ожидала 4 апреля. 21 апреля в 3 часа пациентка заметила отхождение вод. Среди дня начались родовые боли, очень редкие и слабые, побудившие пациентку вечером отправиться в клинику.

При поступлении (21 час 40 мин.)—роженница среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания, блондинка. Темп.—37,0. Пульс 72 удара в минуту. Живот обычно-овоидной формы; пупок выпячен, рубцов беременности мало. Наибольшая окружность живота 93 см. Дно матки на 3 п. ниже меча. Высота его над лоном 33 см. В дне матки определяются ягодицы, мелкие части с трудом прощупываются слева в дне. Над входом в таз предлежит головка, несколько подвижная, передняя периферия ее стоит вровень с передней поверхностью симфиза.

Размеры таза: Dist. Spin.—25¹/₂ см; Dist. Crist.—27¹/₂ см; Dist. Troch.—29 см; Conj. ext.—18 см.

Родовые боли очень слабые, короткие, через 15—20 минут.

Роженица переведена в палату. Ночь роженица провела хорошо, спала, схватки сну не мешали. Утром (22 апреля) решено сделать ректальное исследование: наружные половые части развиты правильно, половая щель сомкнута. Истекает ничтожное количество вод. Per rectum: шейка укорочена, наружный зев закрыт. Над входом определяется подвижная головка. Мыс достигим.

Весь день схватки были очень редкие и очень слабые. Кишечник очищен, моча взята для исследования, роженице предписано не вставать.

К утру 23 апреля схватки несколько усилились, через 10 минут. В общем состоянии перемен нет. Сердечные тоны плода ясные. Решено сделать вагинальное исследование: шейка сглажена, зев открыт на 2 пальца, края зева тонкие. Пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу, чуть отодвигается. Стреловидный шов в поперечном размере входа. Слева определяется большой родничок, справа малый, несколько ниже большого. Мыс достигим. Измерена наклонная конъюгата—10¹/₂ см.

В чем патология? Что делать?

1. Роды глубоко патологичны: имеется преждевременное отхождение вод и узкий таз. Показан метрейриз.
2. Имеется комбинация следующих неблагоприятных моментов: сухие роды, первичная слабость родовых болей и плоский таз. Показаний к вмешательству пока нет.

Действительно, уже при поступлении нам было ясно, что роды патологические. Хотя пациентка второбеременная, она все же первороженница. Воды отошли за полсутки до начала родовых болей. Головка к началу родов стояла высоко над входом подвижно. Это уже патология. К этому прибавилась ярко выявившаяся первичная слабость родовых болей.

Мы уложили пациентку и надеялись, что схватки скоро усилятся, что, благодаря мощной родовой деятельности, головка вставится в таз.

К сожалению исследование таза обнаружило, что он уплощен: 3-сантиметровая разница между размерами остей и гребней уменьшена до 2-х см, наклонная конъюгата — $10\frac{1}{2}$ см. Истинная конъюгата, предположительно, — $9\frac{1}{4}$ см. Признак *Henkel-Вастена* указывает на несоответствие между головкой и тазом. Мы имеем дело с небольшой степенью рахитического уплощения таза. В результате получилась неблагоприятная триада: преждевременное отхождение вод, первичная слабость родовых болей и плоский таз.

Если бы воды были целы или если бы они прошли недавно, перед нами мог бы встать вопрос о кесарском сечении из относительных показаний. Теперь мы вынуждены взять курс на консервативное ведение родов. Есть ли показания к какому либо вмешательству? Нет, ни со стороны матери, ни со стороны плода показаний нет, скажем лучше — пока нет. Мы рассчитываем на то, что первичная слабость болей пройдет, что наступит интенсивная родовая деятельность, что именно препятствие, встречаемое головкой, побудит матку развить эту сильную деятельность, что благодаря последней головка конфигурируется и пройдет суженное место.

Оправдаются ли наши надежды?

С уверенностью мы этого сказать не можем. Ведь хотя нам доступна анатомическая оценка таза, все же некоторые родовые факторы нам учесть невозможно, сюда относятся: будущая работа мотора, конфигурируемость головки и т. д. Вот почему мы должны высказаться сдержанно по поводу прогностики родов и усугубить наблюдение за течением родового акта и состоянием матери и плода.

Вечером того же дня: общее состояние роженицы хорошее. T^0 и пульс нормальны. Родовые боли через 10 минут, мало энергичные. Головка все еще слабо фиксирована ко входу в таз. Сердечные тоны плода справа ниже пупка 132 уд. в минуту, ясны.

Мы решили ждать. Утром 24-го апреля — без перемен. Решено исследовать через влагалище (12 час.): Выделения чистые, влагалище длинное, узкое. Шейка сглажена, зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца, края его тонкие. Пузыря нет. Предлежит головка, стоящая наибольшим сегментом во входе неподвижно. Головка покрыта большой родовой опухолью, затрудняющей деятельное обследование ее. Все же удается определить, что стреловидный шов находится в правом косом размере входа. Большой родничок слева и спереди, малый справа и сзади. Большой родничок легче достигим, чем малый. Мыс достигим согнутым пальцем.

Что же дала родовая деятельность за сутки?

Открытие зева стало больше (с 2-х пальцев до $3\frac{1}{2}$); головка фиксировалась известным сегментом во входе, но входа еще не прошла. Образовалась значительная родовая опухоль. Стреловидный шов из поперечного размера перешел в правый косой. Развился задний вид. Малый родничок не опустился, он даже как будто труднее достигим, чем большой.

Вы видите, что родовый акт становится все более и более патологичным. Роды длятся уже 3-ое суток, а головка все еще не прошла входа, не преодолела препятствия. Образовалась большая родовая опухоль, но ярких признаков конфигурации нет. Желательной фиксации также нет, малый родничок не опускается.

Что же будет дальше?

1. Благодаря энергичным схваткам головка все же сконфигурирует и опустится в полость таза. Дальнейшие фазы изгнания совершатся легко.
2. Вряд ли обоснован такой оптимистический взгляд. Очевидно несоответствие значительно и конфигурируемость головки

плоха. Мы можем опасаться и вторичной слабости болей, и повышения температуры, и растяжения нижнего сегмента.

Взгляд оптимистический и взгляд пессимистический! Как часто у постели роженицы вы видите эти две противоположные точки зрения!

Конечно, ближайшее будущее покажет, кто из вас окажется правым; сейчас практически важно, что к вмешательству нет показаний ни со стороны матери, ни со стороны плода. Будем терпеливо ждать.

В течение всего дня схватки продолжались минут через 10—8. Роженица утомлена, от предложенной пищи отказывается, жалуется на жажду. Стул с клизм, мочилась несколько раз.

В 23 часа: Пульс 96. Темп. 38,0. Головка все тем же сегментом во входе. Сердечные тоны ясны, 128—132 уд. в минуту. Схватки более болезненные. В нижнем отделе живота на матке определяется как бы борозда, перехват, идущий несколько косо, на 3 пальца ниже пупка.

Роженица очень утомлена, дадим ей морфий.

Впрыснуто под кожу 1 см³ 1% раствора морфия. Скоро утомленная роженица уснула, схватки стихли. Но недолго продолжался ее сон: в 2 часа 30 минут схватки возобновились с прежней силой. Роженица умоляет ей помочь, просит „вынуть ребенка“, соглашаясь на любую операцию.

В 4 часа. Роженица беспокоится, не может спокойно лежать на спине, мечется, хватается руками за живот. Пульс. 120. Темп. 38,0. Схватки следуют одна за другой через 5—4 минуты, очень болезненные, больная кричит на все отделение. Наружное исследование затруднено, перехват стал, резче, поднялся выше, теперь он на уровне пупка. Нижний отдел матки напряжен, болезнен. Левая, круглая связка легче определяется в виде туго натянутого шнура, очень болезненного. Сердечные тоны плода выслушиваются неясно, повидимому резко замедлены. Наружные половые части несколько отечны, из вагины показались выделения темнокровянистые, необильные. Катетером выпущено около 60 см³ насыщенной мочи без примеси крови.

Что произошло? Что делать?

1. Угрожает разрыв матки. Показано немедленное наложение щипцов.
2. Положение роженицы крайне грозное. Родоразрешить надо немедленно. Щипцы противопоказаны. Плод повидимому отмирает. Показана перфорация.

Посмотрите на роженицу: ее не узнать. Куда делось ее кроткое спокойное поведение! Она мечется, кричит, умоляет о помощи. Объективно мы находим целый ряд грозных явлений: учащение пульса, повышение температуры, кольцо *Bandl'* на уровне пупка, признаки растяжения нижнего сегмента, кровянистые выделения. Из всех этих моментов складывается тяжелая клиническая картина, известная под названием „угрожающий разрыв матки“. Раз так, мы должны во что бы то ни стало разрешить роженицу и притом немедленно. А плод? Плод в данном случае нас меньше интересует, он повидимому уже жестоко пострадал, ему угрожает асфиксия, он вряд ли доживет до операции.

Мы начинаем готовить инструментарий, а пока дадим роженице наркоз, тут же на родильной кровати.

Мы приступили к наркозу.

Уясним же себе сущность стоящей перед нами клинической картины! Угрожающий разрыв матки! Симптомокомплекс, предшествующий самопроизвольному разрыву матки. Вполне понятно, что клинически готовность к разрыву матки выявляется лишь в тех случаях, в которых имеется чрезмерное растяжение выходной трубки (под последней мы понимаем нижний сегмент матки, шейку и влагалище). Все остальные разрывы матки протекают так незаметно или наступают без предвестников так внезапно, что симптомы появляются лишь после того, как

разрыв совершился. Если в нашем случае наступит разрыв, то это будет „разрыв от ретракции“. Далее понятно, что подобный разрыв от ретракции (*Retraktionsruptur Zweifel'*я) может наступить лишь в случае, когда воды отошли, когда существует механическое препятствие к изгнанию плода, когда сила „мотора“ растягивает нижележащие отделы родовых путей. Перерастяжению нижнего сегмента, шейки и влагалища препятствуют защитные приспособления — связки (главным образом круглые, но также и широкие и крестцовоматочные). Эти связки противодействуют перерастяжению, отвлекая часть растягивающей силы на себя. Подобным же образом действует и брюшной пресс. В то время как связки стремятся удержать контракционное кольцо на низком уровне, примерно на уровне плоскости входа в таз, брюшной пресс надавливает всю матку в направлении таза. Таким путем создается как бы функциональное равновесие. С того же момента, как нарушается упомянутый механизм, равновесие теряется. Мотор работает безостановочно дальше, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо подымается все выше и выше, нижний сегмент, вмещающий в себе все больше и больше от плода, растягивается до пределов возможного, стенки его истончаются до минимальной толщины. Защитные приспособления в виде связок функционально уже не на высоте. Перед нами угрожающий разрыв матки. В большинстве случаев местом разрыва является нижний сегмент матки, в меньшинстве случаев — своды влагалища. Основными предпосылками к разрыву являются наличие механического препятствия и чрезмерное растяжение или патологические изменения матки или сводов влагалища. К этому присоединяется чрезмерно повышенное внутриматочное и внутрибрюшное давление, которое и дает толчок к разрыву.

Клинические симптомы угрожающего разрыва весьма характерны. Роженица в высшей степени беспокойна, даже опытная, привычная к родовым болям, многорожавшая теряет всякое самообладание и не поддается никакому увещанию. Она не может спокойно лежать в кровати, бросается то в ту, то в другую сторону, мечется. Она кричит не только во время схватки, но также и во время паузы. Инстинктивно она хватается руками за нижнюю часть живота (место, угрожаемое по разрыву). Эти боли существенно отличаются по своему характеру от родовой схватки. Лицо покрасневшее, выражение его испуганное („страх в глазах“). Язык и губы сухие. Пульс резко учащен, дыхание поверхностное и также учащенное. Температура тела повышается, что объясняется или начинающимся некрозом подвергшихся прижатию мягких частей или разложением содержимого матки, может быть и чрезмерной мышечной работой матки. В тяжелых случаях может наступить нарушение сознания больной. Часто наблюдается позыв на мочу. Потуг обычно нет, потому что предлежащая часть не находится в полости таза, не растягивает влагалища и не давит на тазовое дно. И тем не менее нередко роженицы, особенно многорожавшие, развивают потуги, может быть стремясь этим помочь себе. Нередко наступает полуобморочное состояние, которое можно объяснить уже начавшимся, постепенно увеличивающимся расхождением волокон нижнего сегмента.

При наружном исследовании мы видим тогда вытянутую в длину матку, контракционную борозду где-либо ниже пупка, а то и выше его, значительное отклонение матки вправо, напряжение и растяжение круглых связок, особенно левой, чрезвычайное растяжение и болезнен-

ность нижнего отдела матки, иногда отечность и синебагровый цвет шейки, чрезмерную родовую опухоль на подлежащей части, отечность наружных частей, скудные кровянистые выделения (рис. 150).

Такое состояние роженицы требует немедленной помощи, и помощь единственно мыслимая есть немедленное родоразрешение.

В условиях домашней практики помощь должна состоять в производстве операции, уменьшающей плод. В клинической или больничной



Рис. 150. Чрезмерное растяжение шейки и угрожающий разрыв матки. Контрационное кольцо на высоте пупка, левая круглая связка отчетливо прощупывается.

обстановке в редких случаях может быть произведено брюшностеночное кесарское сечение.

При головных предлежаниях методом выбора является перфорация головки, при поперечных и косых положениях—декапитация или эксэнтерация. Операция должна быть произведена в глубоком наркозе. Необходимо приступить к наркозу тотчас же по установке диагноза угрожающего разрыва матки, на родильной кровати. Нельзя ждать, пока прокипятят инструменты и все будет приготовлено к операции. Перекладывать роженицу с кровати на операционный стол нужно уже в наркозе. Своевременный глубокий наркоз понизит мышечный тонус, выключит потужную деятельность. Угрожающий разрыв останется угрожающим и не перейдет в совершившийся.

Самая переноска роженицы на операционный стол или перекладывание ее на поперечную кровать должны быть произведены очень бережно, без резких движений и сотрясений, под наркозом. При головных предлежаниях, будь то затылочное, лобное, лицевое или переднеголовное, делается прободение головки. В момент самой перфорации нужно следить, чтобы буравящие или колющие движения перфоратора были елико возможно медленные и плавные. Всякое толчкообразное движение повышает опасность разрыва. Из тех же соображений не следует вдавливать головку сверху руками помощника. Даже при еще не вполне фиксированной головке фиксация ее снаружи обычно излишня. Прободение *ad oculos* после обнажения подлежащей головки зерка-

лами делает такую фиксацию снаружи ненужной: головка фиксируется двумя парами крепких двузубцев, захватывающих кожу головки. Если мешает нависшая, ущемившаяся, отечная губа зева (рис. 151), ее можно рассечь и, по совету *H. Freund'a*, осторожно заправить за головку. С момента истечения мозга опасность разрыва начинает уменьшаться, мозг надо вычерпать по возможности весь (ложкой *Феноменова*).

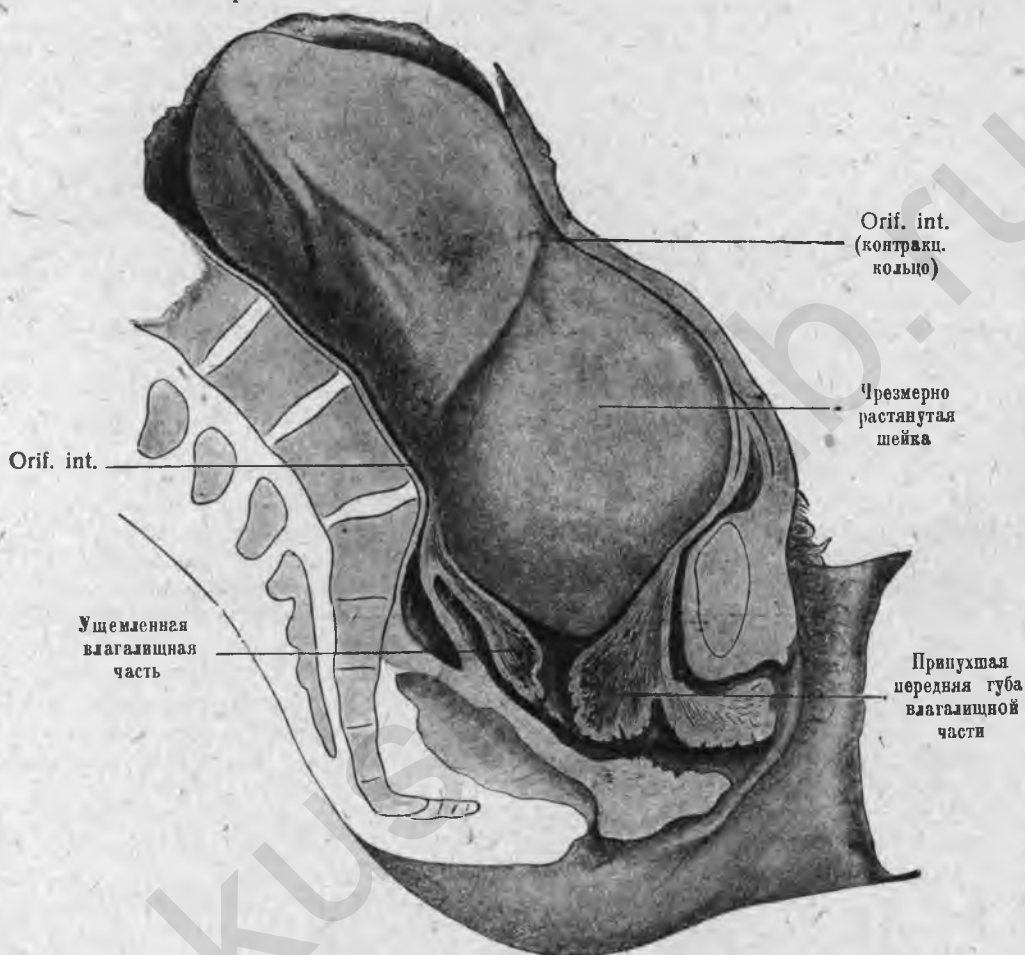


Рис. 151. Чрезмерное растяжение передней цервикальной стенки и ущемление губ зева при рахитически-плоском тазе.

Не утешайтесь тем, что после прободения головки разрыв матки уже не может наступить. Впереди еще наложение краниокласта и извлечение плода. Наложите краниокласт *Braun'a* бережно, без резких движений. Такая осторожность особенно нужна в случаях, где воды отошли без остатка и тело плода тесно обхвачено маткой. Извлекайте медленно и постепенно, не форсируя, во время тракций заправьте край зева, если он еще виден. При широких плечиках и большом туловище—рассеките одну или обе ключицы (клейдотомия). В исключительных случаях может потребоваться даже эксэнтерация грудной клетки.

При запущенном поперечном положении и угрожающем разрыве матки золотое правило—не пытаться делать поворота.

Акушерский поворот и настоящее запущенное поперечное положение столь же несовместимые понятия, как лед и огонь. Эмбриотомия—единственно показанная операция, чаще всего в виде обезглавливания (декапитация). В редких случаях, где шея плода недоступна, придется делать эксэнтерацию, спондилотомию и т. п.

Как часто упомянутое золотое правило забывается! Немудрено, что большая часть насильственных разрывов матки падает именно на поворот при запущенном поперечном положении.

При угрожающем разрыве матки противопоказан не только поворот, но и наложение щипцов. Если условия к повороту при этом уже упущены, то для наложения щипцов их еще нет. Головка над входом! Она не стоит *zangengerecht!* И если выходная трубка перерастянута и нижний сегмент напряжен до пределов возможного, то введенные в него ложки щипцов могут оказаться той каплей, которая переполнит чашу, или же само введение ложек, увеличивая растяжение стенок сегмента в продольном направлении, поведет к разрыву их неминуемо.

Понятно желание врача спасти ребенка, если он еще жив. Но ведь шансы получить живого ребенка ничтожны: он и так уже жестоко пострадал в силу патологической ретракции матки (асфиксия), к тому же ему предстоит перенести тяжкое протаскивание через суженный родовой вход. А посему настоятельно рекомендую искушению наложить щипцы противопоставить твердое решение приступить к перфорации.

В условиях родовспоможения на дому операции, уменьшающие плод, единственно допустимые при угрожающем разрыве матки.

В клинической или больничной обстановке в некоторых случаях может еще идти речь о брюшностеночном кесарском сечении. Тут, конечно, решающими моментами должны явиться общее состояние роженицы, отсутствие инфекции и т. д. Понятно, что и в клинической обстановке в подавляющем большинстве случаев вмешательство будет операцией, уменьшающий плод. Впрочем в клинике у многорожавшей с живым и еще жизнеспособным плодом опытному оператору представляется в подходящем случае сделать пубиотомию. После распила таза явления ущемления пройдут, головка тут же опустится в тазовую полость и плод легко может быть извлечен щипцами. На такой образ действий я считаю нужным указать вопреки мнению *R. Freund'a*, решительно отвергающего тазорасширяющие операции при угрожающем разрыве матки.

Но вернемся к нашей больной.

Она в наркозе бережно перенесена на операционный стол и приготовлена к операции. Можем ли мы после сказанного колебаться, к какой родоразрешающей операции приступить? Нет, мы будем делать перфорацию головки. Послушаем еще раз сердечные тоны плода! Их нигде не удастся выслушать—плод погиб.

Исследуем *per vaginam*: выделения темнокровянисты. Головка во входе, покрыта огромной родовой опухолью; стреловидный шов в правом косом размере входа. Большой родничок спереди и слева, малый за опухолью не определяется. Края зева определяются повсюду тонкие. Полного открытия нет. Введены длинные пластинчатые зеркала, стала видна головка. Кожа ее захвачена двумя парами Мюзеевских щипцов и подтянута, между ними скальпелем кожа рассечена поперечно. В образовавшееся отверстие в покровах введен перфоратор *Blot* (рис. 152) и типически сделано прободение: путем размыкания перфоратора отверстие расширено в поперечном направлении. По извлечении сомкнутого перфоратора он вторично введен уже в прямом размере: прободное отвер-

стие расширено. С момента прободения стало вытекать мозговое вещество. В полость черепа введена ложка *Феноменова* (рис. 153), мозг вычерпан. Мюзеевские щипцы сняты, зеркала удалены. Приступлено к наложению краниокласта *Braun'a* (рис. 154). Ввиду несколько разогнутого состояния головки окончатая ложка краниокласта введена влево и кпереди и наложена на лицевую часть головки. Другая, сплошная, ветвь введена в перфорационное отверстие, ветви сомкнуты, наложен винт, гайка завинчена. Приступлено к извлечению. Медленными тракциями, при одновременном заправлении краев зева пальцами левой руки, головка низведена в таз; тракциями на себя она выведена в тазовый выход, тракциями вверх она выведена наружу. Краниокласт снят, выведены плечики и туловище плода (4 часа 30 минут). Наркоз прекращен, роженица положена на родильную кровать.

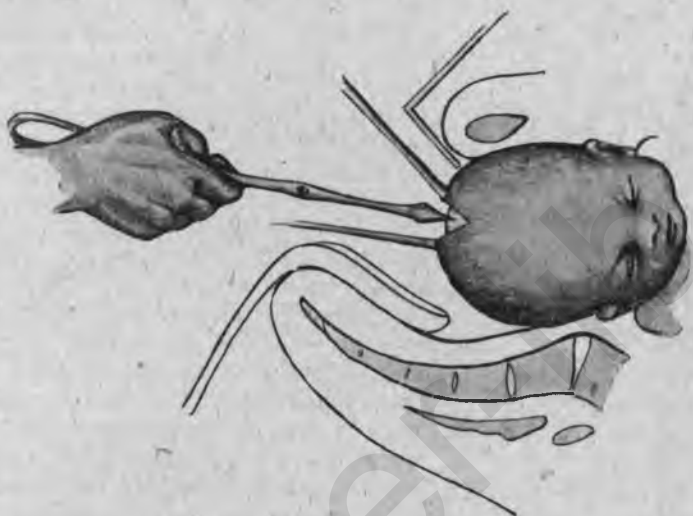


Рис. 152.

Общее состояние вполне удовлетворительное. Пульс 104. Кровотечение в пределах нормы. Дно матки на уровне пупка.

В 5 час. 10 мин. родился послед вместе с пригоршней темных сгустков. Матка хорошо сократилась. Повреждений промежности нет. Плод—мертвая девочка, вес ее 3400 г (без мозга).

Послед без дефектов, оболочки все. Вес его 500 г.

Рис. 153. Ложка *Феноменова*

Послеродовой период осложнился эндометритом. Температура, достигшая вечером 27-го апреля 40,2°, к 2-му мая медленно спала до нормы. Ежедневно родильница получала подкожное впрыскивание *butyrol'a Милутиной*. Выписалась здоровой 26-го мая

Интерес случая: 30-летняя первородящая поступает в клинику без вод, с уплощенным тазом, высокостоящей головкой и слабостью родовых болей. После 3-х суток родовой деятельности появляются признаки угрожающего разрыва матки. Плод погибает. Делается перфорация головки при неполном открытии зева. Плод извлекается краниокластом. На последе темные сгустки (частичная отслойка плаценты).

Перед вашими глазами прошел типический случай угрожающего разрыва матки. Понятно, что тут, при высокостоящей головке, при повышенной температуре, могла быть произведена только перфорация головки мертвого плода. Здесь я хочу указать, что в практической



Рис. 154. Краниокласт. (С. Braun).

деятельности врача нередко встречаются случаи, имеющие некоторое внешнее сходство со случаями угрожающего разрыва матки, существенно все же отличающаяся от них. Я говорю о случаях, когда головка плода прошла тазовой вход и, выполняя полость таза, в силу тех или иных моментов не изгоняется, несмотря на бурную родовую деятельность. И тут схватки, стремясь завершить изгнание плода, могут принять судорожный характер; мотор, работая усиленно, ведет к сильной ретракции полого мускула и тут обозначается перетяжка, типичного кольца *Bandl'*я тут нет, перерастяжения нижнего сегмента не происходит потому, что зев давно раскрыт и ушел за сплывшуюся в таз головку и не подвергается ущемлению. Вряд ли в таких случаях можно опасаться разрыва того или иного отдела выходной трубки, разве что в случае тяжелых патологических изменений родовых путей. Если не подоспеет во-время помощь искусства, наступает вторичная слабость родовых болей, вследствие утомления маточной мускулатуры, период изгнания затягивается надолго, плоду грозит асфиксия, матери — восходящая инфекция. Такую картину мы видим при разного рода аномалиях предлежания и механизма родов. Сюда относятся задний вид затылочного положения, низкое поперечное стояние головки, переднеголовное, лобное и лицевое предлежание при головке, стоящей глубоко в полости таза или в выходе его. Понятно, что в этих многочисленных случаях дело врача будет учесть условия случая и показания к вмешательству и в нужный момент оказать должное пособие. И этим пособием будет в большинстве случаев операция наложения

щипцов, конечно, при условии живого плода; при заведомо мертвом плоде и тут вступает в свои права перфорация головки с последующей краниоклазией.

На протяжении наших бесед мы еще встретимся с подобными случаями, здесь же я хотел лишь обратить ваше внимание на то, что не все, что кажется угрожающим разрывом матки, есть действительно угрожающий разрыв, что надо различать истинную угрозу разрыва, какую

вы видели в изложенном случае, от случаев, имеющих некоторое внешнее сходство с ней, но отличающихся по существу; акушерскому опыту предоставляется поставить правильную диагностику и предпринять в случаях истинного угрожающего разрыва матки операции, уменьшающие плод, в редких случаях на живом плоде, разрешение через живот или пуботомию, в случаях же кажущейся угрозы разрыва то или иное пособие от назначения наркотических, при выжидательном ведении родов до операции наложения щипцов и перфорации головки включительно.

Случай 63-й.

Н. Я. Е., 23-х лет (№ приемного журнала 8086), поступила в клинику 18-го июля 1927 г. в 22 часа 25 минут в родах.

Роды вторые. Менструации носит с 15-ти лет, через 4 недели, по 4—5 дней. Замужем 3 года. Первая беременность кончилась срочными родами мертвым плодом в 1926 г. Вес ребенка 7 фунтов. После родов не болела. Последние регулы 15-го октября 1926 г. Беременность протекала без особенностей. Движение плода начала ощущать 2-го марта 1927 г. Отеков не было. В день поступления (18-го июня) в 6 часов утра начались родовые боли.

Прождав весь день дома, роженица вечером отправилась в клинику.

При поступлении: перед нами правильно сложенная, среднего роста женщина темная блондинка. Температура 37,1. Пульс 78. Живот большой, овальной формы. Окружность его 99 см. Дно матки у мечевидного отростка. Пупок выпячен. На коже живота скудные старые рубцы беременности. Средняя линия слабо пигментирована. В дне матки крупная часть. Справа какая-то мелкая часть. Спинка слева. Над входом предлежит крупная часть, повидимому головка, несколько выше нее по средней линии, выступ, повидимому плечо.

Сердечные тоны ясно выслушиваются слева на уровне и ниже пупка, 136 уд. в минуту.

Размеры таза: Dist. Spin.—24; Dist. Crist.—26; Dist. Troch.—29; Conj. Ext.—18 см.

Родовые схватки через 10 минут, сильные.

Ректальное исследование: Наружные части развиты правильно. Через septum gesto-vaginale определяется наливающийся во время схватки плодный пузырь. Зев открыт на 3 пальца; края его толстоваты. Предлежащая часть еле достижается, высоко над входом, немного подвижна. Более детальное определение невозможно. Мыс легко достигим.

Каков диагноз?

1. Точного диагноза поставить нельзя. Пока установлено продольное положение плода, 1-ая позиция, срочные роды.
2. Диагноз слишком неопределенный. Нужно его уточнить, тем более, что таз повидимому сужен. Показано исследование per vag.

Мы имеем основания считать, что роды патологические. Уже анамнез заставляет быть настороже. Первые роды кончились рождением мертвого плода. Таз действительно сужен, а плод повидимому большой. Но самое важное, что мы не знаем, что предлежит. Вы правы: нужно сделать вагинальное исследование.

В 24 часа отошли воды в умеренном количестве, боли участились, через 4—5 минут, очень сильные и продолжительные. Роженица беспокоится и кричит во время схватки.

Per vag. (под наркозом): Вход во влагалище рожавший, пузыря нет; открытие зева больше 4-х пальцев, края тоньше. Предлежит головка, прижатая ко входу, несколько подвижна. Головка разогнута: в поперечном размере лобный шов, справа определяется корень носа и надбровные дуги, слева с трудом определяется большой родничок, мыс достигим прямым пальцем: Conj. diag. 10^{1/4}.

Стало ясно, что перед нами лобное положение! Редкая и жуткая патология! Из 3-х разогнутых предлежаний самое неблагоприятное. Почему оно произошло! Мы этого в точности не знаем, но можем предположить, что не без влияния на образование лобного предлежания тут узкотазие.

Нередко лобное предлежание есть явление временное и в дальнейшем ходе родов оно переходит в лицевое, благодаря усиливающемуся разгибанию головки. Но в некотором числе случаев это вставление головки лбом переходит в стойкое состояние на весь период изгнания и тогда развертывается картина тягчайшей патологии.

Как же быть?

1. Следует ждать перехода первичного лобного предлежания в лицевое и вести роды консервативно.
2. Показан немедленный поворот на ножку.

Не забудьте: таз нашей роженицы сужен, повидимому кроме уплощения (Сопj. vera около $9\frac{1}{4}$) имеется и незначительное общее сужение. Можем-ли мы рассчитывать на переход лобного предлежания в лицевое? Было-бы легкомыслием рассчитывать на такое превращение. Но если даже оно наступит и в таз опустится лицо, разве мы можем быть уверенными в благополучном течении родового акта и исходе родов. Лицевое предлежание при общесуженном плоском тазе! Оба случая в достаточной степени неблагоприятны, мы должны стремиться избежать и того и другого, и мы можем это сделать, применяя операцию поворота на ножку. *Витт* говорит: если головка вставляется лбом, а опущение рта и развитие полного разгибания замедляется и если по размерам плода или таза можно рассчитывать на тяжелое течение, лучше и проще всего устранить неблагоприятное вставление головки со всеми присущими ему опасностями, тем что отодвигают головку в сторону и делают поворот на ножку.

Мы решились на поворот на ножку.

Пока готовилась роженица и оператор мыл руки, родовые схватки достигли весьма большой силы и частоты. Схватка следовала за схваткой—настоящий *Wehensturm!*

19-го июня 1 час. Вторично дан наркоз: Оператор после разведения губ правой рукой, ввел во влагалище левую, конусообразно сложенную, руку. Широко открытый зев препятствий продвигающейся руке не представил. Головка без труда оттеснена влево; рука вошла в нижний сегмент матки. Дальнейшее проникновение вглубь оказалось затруднительным; стенка матки выступала резко выраженным, плотно обхватывающим плод валом: контракционное кольцо. Несмотря на глубокий наркоз, это „железное кольцо“ не обнаруживало тенденции к расслаблению, оно оставалось сжатым и не давало возможности руке проникнуть выше него. Проведенные между кольцом и плодом 2 пальца проникали в полость тела матки, ясно ощущали в нем ножки плода, но захватить одну из них не могли. Форма полости матки импонировала, как форма песочных часов, сильнейшие схватки не изменяли, несмотря на наркоз, положение дела. Оператор стоял перед дилеммой: или все же идти на поворот, с некоторым усилием преодолевая препятствие, или тут же отказаться от поворота и прекратить вмешательство.

Оператор, опытный акушер, вынес впечатление, что дальнейшие попытки создают опасность разрыва матки, что дальнейшее упорство может лишь повести к катастрофе: он заявил о невыполнимости поворота. При выведении руки измерена диагональная конъюгата, она оказалась равною $9\frac{1}{2}$ — $9\frac{3}{4}$ см. Наркоз прекращен. Роженица снята с операционного стола.

Обсудим создавшееся положение.

Мы решились на поворот, как операцию профилактическую, имея перед собой лобное предлежание при умеренно суженном тазе. Поворот предвиделся легкий: ведь воды отошли только час тому назад.

Казалось бы плод должен был сохранить полную свою подвижность. И вот оказалось, что за этот час наступили условия, делающие поворот невозможным. За час необычайно бурной родовой деятельности матка дала сильную ретракцию, создала мощное контракционное кольцо, обхватывающее плод, приняла форму песочных часов и создала всем этим огромное препятствие для операции поворота. Даже глубокий наркоз не дал расслабления полого мускула.

Имел ли оператор право настоять на повороте, рискуя разрывом матки? Конечно, нет. Он должен был прекратить операцию. Правда, он мог, отказавшись от поворота, сделать попытку исправить членорасположение головки одним из предложенных для этого способов. Но увенчалась ли бы эта попытка успехом? Вряд ли!

Что же он мог сделать? Некоторые авторы, как *Bumm, v. Franque* предлагают в начале родов при подвижной еще головке, стоящей в лобном предлежании, превратить ручными приемами лобное предлежание в затылочное или в лицевое. Правда, это предложение имеет в своих авторитетных противников. Так *Stöckel* высказывается решительно против всех подобных превращений, считая, что при лобном предлежании консервативное ведение родов всегда дает лучшие предсказания. На основании своего скромного опыта скажу, что как бы ни были остроумны методы изменения предлежания головки, они для практического врача непригодны. Они технически сложны, далеко небезопасны (инфекция, разрыв нижнего сегмента, выпадение пуповины) и, главное, не дают уверенности в успехе, потому что головка после превращения одного из разгибательных предлежаний в затылочное зачастую вновь принимает то же разгибательное предлежание, в котором она стояла до исправления.

Не пытайтесь их применять, разве что, обладая большим акушерским опытом, в исключительном случае вы окажетесь вынужденными их применить.

Что же это за способы?

1. Ручное превращение лобного или лицевого предлежания в затылочное. Прием *Thorn'a*: Левая рука при 2-й позиции, правая при 1-й позиции вводится во влагалище, отодвигает головку, проникает мимо черепа плода настолько вглубь, что может захватить всей ладонной поверхностью затылок, и низводит его во вход малого таза. Одновременно с этим другая рука производит через наружные покровы давление на грудь плода с целью вправить лордоз позвоночника и придать ему согнутое состояние. Помощник отодвигает ягодицы плода (в дне матки) в сторону лица.
2. Прием *Zangemeister'a*: Левая рука при 1-ой позиции, правая при 2-ой позиции вводится во влагалище. Большой палец вводится в рот плода и отодвигает подбородок от тазового входа, в то время как остальные 4 пальца, размещенные на груди плода, производят на нее давление. Одновременно с этим другая рука снаружи передвигает ягодицы плода в сторону лица.
После исправления предлежания роженица кладется на бок на сторону затылка.
3. Превращение лобного предлежания в лицевое:
При подвижной головке, достаточном раскрытии зева, отсутствии растяжения нижнего сегмента, предлежания последа

и т. п. осложнений, введенной во влагалище рукой предлежащий лоб отталкивается кверху, до тех пор, пока не удастся ввести крючкообразно палец в рот плода, за который и низводится подбородок в тазовой вход.

Вы видите—все эти приемы сложны, сомнительны по своим результатам, имеют много противопоказаний (неполное открытие, неподвижность головки, растяжение нижнего сегмента, наличие предлежания последа, узкий таз, повышенная температура).

Должен был оператор сделать попытку применения одного из этих способов в нашем случае? Нет, ни в коем случае! В нашем случае таз был узкий.

Итак, мы не подвинулись ни на шаг. Наше неудавшееся вмешательство было не только произведено без пользы, но и с некоторым ущербом для больной: была произведена интритиматочная манипуляция!

3 часа: Общее состояние хорошее. Р. 96, удовлетворительный. Роженица жалуется на сильные боли, беспокойна. Родовая деятельность попрежнему весьма интенсивная схватки частые и болезненные, на уровне пупка явная перетяжка, нижний сегмент растянут. Сердечные тоны плода ясны, слева ниже пупка. Головка плотно фиксирована во входе, но не опустилась. Вследствие напряжения матки, частых схваток и беспокойства роженицы наружное исследование затруднено.

Что делать?

1. Несмотря на хорошую родовую деятельность, надежды на прохождение головкой тазового входа нет. Выжидательное ведение родов опасно, так как имеются уже явления растяжения нижнего сегмента. Показана перфорация.
2. Перфорацию живого плода следует отвергнуть. Показано брюшностеночное кесарское сечение.

Опять мы стоим перед дилеммой. Со стороны плода показаний к родоразрешающей операции нет: сердечные тоны его не внушают никаких опасений. Со стороны матери мы видим ряд симптомов, дающих повод волноваться: чрезмерно сильные, болезненные схватки, растяжение нижнего сегмента, намечающееся кольцо Bandl'я, учащение пульса.

Проще всего было бы родоразрешить больную прободением головки: в глубоком наркозе перфорация в лоб, извлечение плода краниокластом. Но ведь плод жив. Врач, стоящий у постели такой роженицы, один на один, участковый врач на селе, конечно, должен был бы, не теряя времени на опасное выжидание, решиться на прободение. Ведь перед ним случай угрожающего разрыва матки! Без колебаний он должен приступить к операции, уменьшающей плод. Но наша роженица бездетная женщина, первый ребенок родился мертвым, она жаждет иметь ребенка.

Может быть нам, в клинике, надо последовать вашему второму предложению и разрешить роженицу через живот. Безводный промежуток небольшой, несколько более 3 часов. Это еще полбеды. Но ведь было 2 раза произведено вагинальное исследование и, что еще хуже, была произведена интритиматочная манипуляция—неудавшийся поворот. Это последнее обстоятельство весьма омрачает предсказание для кесарского сечения. Родовой канал вряд ли асептичен. Кесарское сечение чревато опасностью перитонита.

Так мы рассуждали, стоя поодаль от роженицы, мучительно стремясь найти наиболее рациональный выход из положения.

Все время схватки частые, сильные и болезненные, роженица кричит от боли.

4 часа 20 мин. Роженица вдруг сильно вскрикнула, схватилась обеими руками за низ живота, после чего сразу ее крики стихли.

Подойдя к роженице, мы увидели резкую перемену. Первое, что бросилось в глаза—ее бледность. Незадолго до этого возбужденная, с покрасневшим лицом, она лежала как бы усталая и апатичная, притом крайне бледная. Крики ее стихли. Схватки внезапно прекратились. Пульс очень учащен—124 уд. в минуту, среднего наполнения. Приподняв простыню, мы приступили к осмотру. Из половых частей незначительные кровавистые выделения. Внешний вид живота совершенно изменился. Нет столь ярко выстулавших контуров вытянутой в длину, напряженной матки. Живот какой-то бесформенный. Ощупывание его резко болезненно. Части плода определяются яснее, чем раньше, но все же не слишком ясно. Перкуссия живота дает в отлогих местах тупой звук. Головка, стоящая во входе в таз неподвижно, стоит там же, но стала легко подвижной. Сердечные тоны плода не выслушиваются.

Стоит ли говорить, что на наших глазах совершился самопроизвольный разрыв матки?

Немедленно готовить чревосечение!

А пока несколько слов о симптомах разрыва матки.

Zweifel сказал: „разрыв матки самое тяжкое, что может случиться с женщиной в родах“. А посему понятно, что симптомы этого „самого тяжкого“ должны быть зловещи.

На первом месте стоит шок, нередко сопряженный с обморочным состоянием. Он неминуем при каждом разрыве матки. Внезапный переход из возбужденного состояния в состояние коллапса. Причиной шока служит, отчасти внутреннее кровотечение, сопровождающее разрыв матки, главным же образом могучий, перитонеальный инсульт, сопряженный с внезапным изменением условий напряжения и натяжения, большей частью кроме того с выхождением в брюшную полость плода или плода и последа. Это острое перитонеальное раздражение аналогично таковому при разрыве беременной трубы, при перфорации язвы желудка, при прободном аппендиците.

Острая боль в животе. И в нашем случае роженица повидимому в момент разрыва ощутила острую боль, боль, отличную от боли при схватке. Она вскрикнула необычно, а в дальнейшем она рассказала, что имела ощущение, что что-то лопнуло в животе. Эта острая боль стоит на границе между сильнейшей родовой деятельностью и полным отсутствием родовых болей.

Но если шок есть явление постоянное, то боль может в некоторых случаях быть очень неясно выраженной, иногда она вовсе отсутствует. Родовые схватки внезапно прекращаются. Этот симптом наиболее характерный. Как по мановению волшебного жезла бурные до того, частые и болезненные схватки прекращаются, родовая деятельность сразу замирает. Буря сразу сменяется жуткой тишиной. Кто раз пережил этот полный трагизма момент, кто раз видел это поразительное превращение, тот никогда его не забудет. Это явление не встречается ни в какой другой акушерской патологии и сразу решает диагноз.

Правда, бывают случаи разрыва матки, где нет такой внезапной остановки схваток, где они прекращаются, постепенно замирая—это случаи, в которых разрыв происходит не сразу, а нарастает как бы толчками или где он до поры до времени непроникающий. Но и в этих более редких случаях в конце концов схватки прекращаются.

Пульс внезапно учащается, становится мягким и легко сжимаемым. Это падение пульса есть отчасти одно из проявлений шока, отчасти оно стоит в связи с кровотечением.

Каждый разрыв матки сопровождается кровотечением. Источником кровотечения является сама разорванная стенка матки (кровь венозная и артериальная). Но кроме того, как вы увидите в дальнейшем, нередко при разрыве матки разрывается и главный ствол маточной артерии, что, конечно, сопровождается громадным кровотечением. В случаях полного разрыва матки с выходением плода в брюшную полость зачастую отделяется и плацента от места своего прикрепления. В таком случае, понятно, присоединяется еще кровотечение из плацентарного места. Посмотрим, куда же изливается вся эта масса крови, покинувшей кровяное русло. Наружное кровотечение обычно невелико и в нашем случае наружу выделилось лишь мало крови. Нередко наружное кровотечение отсутствует вовсе, что ни в коей мере не должно поколебать диагноза разрыва матки.

Гораздо значительнее и опаснее кровотечение внутреннее. При полном (сквозном) разрыве кровь изливается в свободную полость брюшины, выражением чего служит картина острого малокровия, каковое в связи с шоком и характеризует картину разрыва матки в родах. Кроме того, во всех случаях *rupturae uteri*, виденных мною, имелись обширные кровоизлияния в околоматочную клетчатку — гематомы широких связок. В случаях неполного разрыва (*ruptura uteri incompleta*) кровь изливается в околоматочную клетчатку, в „партань“, образуются обширные гематомы (*haematocoele extraperitonealis*) с отслойкой брюшины, причем кровоизлияние может восходить ретроперитонеально до почек в паранефрий. Редко кровотечение бывает столь обильным, что непосредственно убивает больную. Обычно оно под влиянием падения кровяного давления временно останавливается, с тем, чтобы по миновании состояния шока опять возобновиться. Поэтому ни в коем случае нельзя рассчитывать на самопроизвольную остановку внутреннего кровотечения при разрыве матки. Внутреннее кровотечение утверждает диагноз, оно же представляет собою основную опасность, оно же наиболее часто является причиной смерти роженицы после разрыва матки.

И несмотря на это бывают случаи полного разрыва матки без кровотечения, потому ли, что разрыв произошел медленно и постепенно, притом минуя более или менее значительные сосудистые ветви, потому ли что плод тампонирует место разрыва или же потому, что по выходе плода матка путем ретракции своих стенок сама препятствует кровотечению.

Видное место среди симптомов разрыва матки занимают данные ощупывания живота. Поражает внезапная перемена, случившаяся в животе роженицы. Если до разрыва через напряженные брюшные стенки прощупывалась бурно сокращающаяся матка, часто вытянутая в длину, с ярко выступающим кольцом Bandl'я, с напряженными круглыми связками, с неясно прощупываемыми частями плода и плотно фиксированной головкой, то после разрыва картина другая: бурно сокращающегося плодместилища нет, исчезло кольцо Bandl'я, ясно прощупываются части плода, при выходе его в брюшную полость жутко ясно под брюшными стенками определяются части плода, совершенно подвижные, легко перемещаемые, головка стала подвижной, отошла от входа (если плод еще в матке) или же она вовсе покинула свое место над лоном (если плод вышел из матки). Где же матка? Или она покрывает вялым мешком ставший подвижным плод, или же, если плод вышел в брюшную полость, сократившаяся матка прощу-

пывается отдельно, где-либо рядом с плодом, в виде плотноватой опухоли, возвышающейся над лоном до того или иного уровня ниже пупка.

При неполном разрыве нередко рядом с маткой определяется напряженная, быстро нарастающая опухоль—это подбрюшинная гематома, в которую роженица и истекает кровью.

Говорят, бывают случаи, в которых кроме того ощущается в брюшных стенках характерный хруст подкожной эмфиземы. Я этого явления не наблюдал.

Интересно, что недавно *Kraul* (1928) обратил внимание на быстрое появление метеоризма после разрыва матки, как на важный симптом, до сих пор почти никем не описанный. В 6-ти случаях из 9-ти этот симптом был налицо. Быстрое наступление кишечной атонии в течение одного часа *Kraul* рассматривает как рефлекторный процесс (рефлекс спинного мозга), не зависящий от перитонита,

Моча часто с примесью крови или вследствие того, что в разрыв вовлечена стенка пузыря, или же лишь вследствие травматизации слизистой его.

Вот в кратких чертах симптомы разрыва матки. Впрочем бывают исключительно редкие случаи, где симптомы выражены очень неясно. Понятно, что в подобных случаях диагностика встречает большие трудности.

На подобные случаи разрыва матки, наступающего без всяких симптомов, обращает особенное внимание *Wille* (1928). *v. Mikulicz-Radecki* считает, что наступление разрыва без предвещающих явлений особенно возможно в случаях, где стенка матки была раньше травмирована или перфорирована, а также после кесарского сечения.

Но вернемся к нашей больной.

Чревосечение приготовлено (4 часа 40 мин.). Под общим наркозом (CHCl_3) срединный разрез брюшных стенок (2 п. выше пупка до 4 п. ниже его). По вскрытии брюшной полости в ней оказалось очень много жидкой, отчасти уже свернувшейся, крови. Кровь вычерпана. На передней поверхности нижнего сегмента матки зиял несколько косо идущий, с рваными краями, широкий разрыв матки, в глубине которого виднелась головка плода. Через разрыв удален плод, конечно, мертвый; извлечен послед. Приступлено к ампутации матки. Наложены зажимы на круглые связки, маточные концы труб и собственные связки яичника с обеих сторон, все эти образования перевязаны и рассечены, широко вскрыты параметрии, найдены и изолированно перевязаны и рассечены маточные артерии с обеих сторон; отслоен пузырь книзу, сзади поперечно надсечена брюшина надвлагалищной части шейки матки. Матка ампутирована на уровне разрыва. Культия шейки зашита кэтгутowymi швами. Над ней обычная перитонизация от придатков к придаткам. Брюшная полость обсушена. Влито 60 см^3 раствора *Rivanol*'я (1:1000). Брюшная стенка зашита послойно: непрерывный кэтгутувый шов на брюшину, такой же на апоневроз, на кожу 3 нитяных шва и серфины. Повязка.

Ввиду обескровливания больной и частого малого пульса, влито под кожу 700 см^3 солевого раствора и впрыснуто 10 см^3 20% камфарного масла.

Плод, мертвая девочка, весом в 3850 г, длиной в 53 см.

Послеоперационный период осложнился левосторонним пиелонефритом. Наибольшая температура была на 4-й день после операции (39°). В моче следы белка, лейкоцитов 15—20 в поле зрения. Единичные гиалиновые и восковидные цилиндры, почечные клетки 1—2 в поле зрения.

Мочениспускание с первого дня не нарушено. Газы отошли с 3-го дня. На 7-й день сняты швы.

С 31 июля температура нормальна. 8 августа пациентка выписалась здоровой.

Прежде чем остановиться на терапии разрывов матки, спросим себя: проведен ли этот случай нами безукоризненно, имеем ли мы себя в чем-либо упрекнуть, был ли неминуем разрыв матки?

Мы должны честно сказать: роды не были проведены *lege artis*, упрекнуть себя мы должны, разрыв матки нужно было предвидеть и избежать.

Лобное предлежание при узкогазии!

Комбинация эта сама по себе достаточно жуткая, чтобы призадуматься над ведением родов. Хотя сужение таза казалось небольшим, нужно было учесть величину плода. Не сомневаюсь, что мы решились бы на кесарское сечение в начале родов, тем более, что в анамнезе были патологические роды мертвым младенцем. Мы бы получили живой плод и мать, способную к дальнейшему деторождению. Был ли момент упущен с отхождением вод? Нет, и тогда можно было приступить к кесарскому сечению. Далее было решено сделать поворот. Необычайно бурная родовая деятельность должна была заставить приступить к повороту сразу после отхождения вод, а не спустя час. Сократительная деятельность матки не была в достаточной мере выключена. Надо было впрыснуть основательную дозу морфия. Но вот поворот оказался невозможным. Мысль о кесарском сечении после неудавшегося поворота, конечно, страшна. И тем не менее, именно ввиду возможного разрыва матки, нужно было и тогда еще решиться на шеечное (ретровезикальное) кесарское сечение, правда несколько рискованное.

В этом то и заключается трагизм нашей акушерской деятельности, что часто первоначально допущенная ошибка не изживается сама собой, она влечет за собою другую; тем временем патология нарастает, как снежный ком, и родовый акт близится к своей трагической развязке.

Несколько слов о терапии разрывов матки. Хуже всего не распознать разрыва. Больной грозит двойная опасность: первичная смерть от обескровливания; если же по тем или иным причинам смерть не наступит, то в дальнейшем грозит перитонит. Это вполне понятно. В силу широко зияющего разрыва создается свободное сообщение между просветом влагалища, всегда загрязненным, и свободной брюшной полостью. Гибель неминуема, если не произойдет отграничения перитонита в нижних отделах живота.

Совершенно справедливо *Stöckel* говорит, что лечебная проблема потому особенно тяжела, что все, чтобы ни предпринял врач в домашней обстановке в целях устранения первичной опасности, в целях остановки кровотечения, неминуемо усиливает и должно усилить вторую опасность, опасность пуперпериальной инфекции.

Терапия разрыва матки в родах прошла сложный эволюционный путь и поныне не может считаться вполне оформленной.

В обстановке клиники, больницы — я считаю единственно, правильным методом лечения — немедленню чревосечение. Лишь при этом условии можно оказать хирургически правильную помощь. План операции примерно такой: извлечь из брюшной полости плод, удалить послед, вычерпать кровь из брюшной полости, осмотреть разрыв, перевязать кровоточащие сосуды, ампутировать матку надвлагалищно с оставлением придатков или ее экстирпировать, произвести тщательную перитонизацию, осушить брюшную полость и зашить операционную рану.

Такой образ действий очень радикален, но зато и наиболее хирургичен. Правда, много раз авторы поступали иначе: по извлечении плода и последа зашивали разрыв, сохраняя таким образом матку или даже ограничивались перевязкой сосудов и перитонизацией (без зашивания разрыва стенки матки).

В основе такого консерватизма лежит желание сохранить женщине матку. Лично я не сочувствую этому методу, потому что, хотя

он и устраняет опасность обескровливания, он более опасен в смысле последующего перитонита. К тому же сохраняя матку, мы оставляем женщине дефектный орган, который таит в себе опасность разрыва при последующих родах. Известно, что женщина, раз перенесшая разрыв матки, сохраняет известное предрасположение к разрыву и впредь, за что говорят случаи повторных разрывов матки. *Миронова* собрала из литературы 28 случаев повторного разрыва матки в родах, среди которых в двух имело место трехкратное повторение разрыва, в одном даже 4-кратное. Недавно еще *Engels* опубликовал случай разрыва матки по кесарскому рубцу. Матку сохранили, разрыв зашили, при третьей беременности произошел повторный разрыв матки по кесарскому рубцу. К счастью при немедленной произведенной операции извлечен живой плод. Я считаю, что лучше поступать радикально. Разве мы можем знать, где и в какой обстановке больная будет рожать следующий раз?

Недавно было предложено удалять матку при разрыве ее не путем чревосечения, а через влагалище. Не говоря о том, что эта влагалищная экстирпация только что родившей матки сложнее удаления ее через живот, этот метод не хорош тем, что при нем труднее остановка кровотечения и несовершенна осушка брюшной полости.

Что же делать врачу в условиях участковой практики, на дому, в избе? В западно-европейской литературе мы читаем требование немедленной отправки больной на моторе в ближайшую больницу. Этот благой совет в условиях нашей сельской практики кажется смешным. Что же делать? Первое требование—немедленное родоразрешение. Иначе кровотечение не может остановиться и перитонит обеспечен. Методом выбора будет поворот на ножку с последующим извлечением. Если плод уже вышел из матки через разрыв в брюшную полость, остается рукой проникнуть в брюшную полость и захватив ножку, протасить плод через разрыв наружу. Другого выхода нет. Послед выжимается по *Credé* или удаляется ручным способом, причем не следует забывать, что он может находиться и не в матке, а лежать свободно в брюшной полости, среди кишек, может быть далеко от разрыва, под печенью, близ селезенки. В таких случаях пуповина служит путеводной нитью к нему. В редких случаях, при легко доступной головке проще перфорировать ее и извлечь краниокластом. При трудном извлечении плода после поворота также советуют делать прободение последующей головки.

По опорожнении матки приступают к знаменитой тампонаде разрыва. Шейка обнажается зеркалами, низводится и длинным пинцетом или тампонатором вводится стерильная марля в область разрыва с тем, чтобы она заполнила собою разрыв и выстояла в брюшную полость. Тугое бинтование живота обязательно: оно имеет целью прижать матку к симфизу и путем давления на тампонируемую область способствовать остановке кровотечения. В дальнейшем приходится рассчитывать на склеивание кишек над тампоном и ограничение травмированной области от свободной брюшной полости. Советуют тампонировать не сухой марлей, а марлей, смоченной в теплом физиологическом растворе соли с прибавлением адреналина.

Вот как вынужден поступить врач, стоящий один на один перед разрывом матки. Повторяю, этот метод есть *therapia necessitatis*, далекая от совершенства. Идеалом, к которому следует стремиться

остаётся немедленное чревосечение с удалением плода, последа и экстирпацией матки.

Теперь Вам нетрудно будет нарисовать терапию при неполном разрыве матки. Плод подлежит извлечению через естественные родовые пути. Обычно он остаётся лежать в матке, в исключительных случаях он частично попадает через разрыв в подбрюшинное пространство. Терапия по возможности консервативная; опасность перитонита несравненно меньше, чем при сквозном разрыве, но все же не исключена. В остальном образ действий зависит от кровотечения; если оно не велико, делается тампонада с тугим бинтованием живота. При сильном внутреннем кровотечении показано чревосечение. Я помню случай тягчайшего внутреннего кровотечения при разрыве матки, оперированный покойным *В. Г. Бекманом*. В брюшной полости крови не оказалось. Была обнаружена огромная подбрюшинная гематома, поднимавшаяся из малого таза позадибрюшинно до почечной области. В таких случаях разве возможно точно поставить диагноз *ruptura uteri incompleta*? Больная на глазах истекала кровью в живот и лишь чревосечение могло ее спасти от неминуемой гибели.

В заключение считаю полезным указать на наблюдения *Ваитта* (1927). Он считает неполные разрывы матки явлением редким. Большею частью они насильственны. Симптомы неполного разрыва могут быть ничтожными и нехарактерными. При малейшем подозрении на неполный разрыв показано ручное обследование родового канала. Но иногда и тут бывает трудно решить, имеется ли полный разрыв или неполный. А посему, если при обследовании рукой чувствуются кишечные петли, показано чревосечение. Всякие манипуляции *per vaginam* могут усилить шок и кровотечение. Наибольшая опасность именно в кровотечении. Рациональная терапия всякого разрыва матки должна начинаться с чревосечения. Если плод еще в матке, он извлекается путем низкого кесарского сечения. Дальнейший образ действий—дренаж околоматочных пространств во влагалище, зашивание разрыва, экстирпация матки—зависит от особенностей случая. Если плод уже родился, то при неполном разрыве и отсутствии сильного кровотечения, чревосечение остаётся пробным и брюшные стенки зашиваются. При больших ретроперитонеальных гематомах следует вскрыть покрывающую их брюшину и превратить неполный разрыв в полный.

Ваитт отклоняет при разрывах матки всякие лечебные вмешательства через влагалище, отвергает родоразрешение через естественные родовые пути, тампонаду, зашивание разрыва *per vaginam*, влагалищную экстирпацию. Все эти манипуляции не удовлетворяют главному требованию—беречь кровь. Если в последнее время при предложении последа дают предпочтение абдоминальному пути, то тем более оно уместно при разрыве матки.

Из изложенного нетрудно заключить, что предсказание в случаях разрыва матки зависит от своевременности и рациональности терапии. И нас не удивляет, если смертность матерей постепенно падает. В русской литературе я нашел в 1895 г. общую смертность матерей 80,6% (*Михайлов*), в 1903 г.—79% (*Иванов*), в 1909 г.—36—46% (*Ледомский*).

Интерес случая: У 23-летней второродящей с патологическими родами в анамнезе распознается лобное предлежание и умеренная степень сужения таза. Родовая деятельность чрезвычайно бурная. 1 час после отхождения вод делается попытка к повороту на ножку, остаю-

щаяся безуспешной. Совершить поворот вследствие ретракции матки не удастся. Во время дальнейшего выжидания происходит самопроизвольный разрыв матки без выхождения плода в брюшную полость. Немедленное чревосечение, извлечение плода и последа. Ампутация матки с оставлением придатков. Выздоровление. Ведение родов признается правильным, показано было брюшностеночное кесарское сечение в начале родов.

Случай 64-й.

Д. В. В., 23-х лет (№ приемного журнала 2723), поступила в клинику 13-го марта 1927 г. в 6 час. 35 мин. в родах.

Из анамнеза отмечу, что пациентка замужем 5 лет, в начале замужества страдала белями. Муж был болен гонореей. Менstrуальные начала носить поздно, 18 лет. Менстрa через 4 недели, по 6 дней, без боли. Первая беременность протекала без особенностей. Роды были очень длительные, были наложены щипцы, неудачно, после чего было произведено прободение головки. 2-ые роды 20-го января 1926 года в одном из родильных домов Ленинграда. Была сделана операция кесарского сечения, причем матка разрезана по задней стенке, после родов не лихорадила. Ребенок почему то погиб через полчаса после операции. Выписалась из родильного дома на 13-ий день. Настоящая беременность 3-я. Времени последних регул указать не может. Движение плода стала ощущать 6-го октября 1926 г. В течение беременности чувствовала себя очень хорошо. Последний coitus 3 недели т. н. Родовые боли начались 12-го марта в 22 часа; воды не отходили; утром рано отправилась в клинику.

При поступлении (6 час. 35 мин.) роженица роста несколько ниже среднего, правильного телосложения, умеренного питания, темная шатенка. Т. тела 36,8. Пульс 72 уд. в минуту. Со стороны органов грудной полости—N. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Резкая пигментация средней линии, обилие старых рубцов беременности на коже нижней половины живота. Пупок умеренно выпячен. Несколько левее средней линии операционный рубец, простирающийся на 4 п. выше и 4 п. ниже пупка, умеренно пигментированный. Брюшная стенка в области рубца над маткой подвижна. Матка овоидной формы, высота ее над лонем 33 см., окружность живота 98 см. В дне матки прощупываются ягодицы, мелкие части справа, спинка слева. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Головка производит впечатление небольшой, при фиксации ее над симфизом—признак Henkel—Vastena вровень. Борозда Schatz—Unterberger 2 1/2 п. над лонем. Сердечные тоны плода слева ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—23 1/2 см.; Dist. Crist.—26 см.; Dist. Troch.—29 см.; Conj. ext.—17 см.

Родовые схватки через 10 минут, довольно слабые.

Per gestum: Шейка смягчена, открытие зева—2 1/4 пальца, края его довольно тонкие. Пузырь цел, во время схватки наливается. Предлежит головка высоко над входом, подвижная. Мыс едла достигается.

Каков диагноз? Каков должен быть образ действий?

1. Имеются повторные роды при общесуженном тазе. Принимая во внимание тяжелый акушерский анамнез (перфорация при 1-ых родах, кесарское сечение при 2-х), показано повторное кесарское сечение со стерилизацией.
2. Учитывая повидимому небольшую величину плода, отсутствие явного несоответствия между головкой и тазом—следует вести роды консервативно. Со стороны кесарского рубца ничто не угрожает, потому что операция прошла асептично, после родов больная не лихорадила, а посему можно рассчитывать на полное сращение маточного разреза.

Действительно, как быть? Ведь решение надо принять сейчас. С одной стороны мы имеем перед собою роженицу, уже претерпевшую 2 раза патологические роды, роженицу с общеравномерно суженным тазом. Первый раз плод извлечен через естественные родовые

пути после прободения головки. При вторых родах в образцовом учреждении нашли нужным сделать кесарское сечение. К сожалению младенец погиб по неизвестной причине вскоре после родов. Неужели мы опять пойдем на риск выжидательных родов, рискуя в лучшем случае получить мертвый плод, в худшем случае рискуя разрывом матки? С другой стороны—мы, рассуждая строго объективно, видим отсутствие несоответствия между плодом и родовым каналом. Препятствия плод со стороны костного таза вряд ли встретит. Было сделано кесарское сечение! Очевидно операция была произведена из весьма относительных показаний. Может быть плод при тех родах был большой. Рубец в стенке матки! Не подлежит сомнению, что рана матки зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде температура ни разу не повысилась. Разве женщина, перенесшая раз кесарское сечение, не может больше рожать силами природы? Совсем недавно разрешилась у нас же Матвеева, которой мы же сделали при первых родах кесарское сечение из-за плас. рг. (Т. I, случай 4-ый). Именно тут мы можем спокойно ждать, не рискуя ничем.

Так мы и решили, и это наше решение оказалось роковой ошибкой.

12 часов. Схватки чаще и сильнее. Головка прилегает ко входу. Симптом Henkel—Вастена отрицательный. Сердечные тоны ясные.

В 13 час. 30 мин.. При потужных движениях в половой щели показался напряженный плодный пузырь. Ante portas оболочки разорваны пулевыми щипцами. Вытекло порядочное количество чистых вод.

Немедленно произведено ректальное исследование: Зев открыт на 4 пальца. Головка стоит неподвижно, малым сегментом во входе. Мыс не достижим. Полость таза пустая.

Опять мы собрались у постели роженицы. Повидимому наше благоприятное предсказание оправдывается. Надо ожидать, что головка в ближайшие минуты пройдет вход, изгнание совершится быстро. Мы выйдем победителями из затруднительного акушерского положения.

Я уже сказал, что нами была допущена роковая ошибка—и катастрофа разразилась в момент нашего преждевременного торжества.

В 14 час. 50 мин.—во время очень сильной схватки роженица почувствовала острую „резь“ в животе, появилась однократная рвота. Схватки сразу прекратились. Выраженной анемии нет, но больная странно апатична. Пульс около 96 уд., среднего наполнения. Живот „стал другой“. Левее средней линии прощупывается округлое тело, повидимому сократившаяся матка. Справа определяется плод, причем мелкие части прощупываются непосредственно под брюшными стенками, необычайно отчетливо. Сердечных тонов нигде нет.

Диагноз ясен: разрыв матки с выходением плода в брюшную полость. Несоответствия может быть и не было, но на матке был кесарский рубец, слабое место, locus minoris resistentiae; и мы в нашем оптимизме недостаточно оценили всю сложную обстановку случая.

Помощь нужна безотлагательная и эта помощь, конечно, в немедленном чревосечении.

Тут скажу, что этот случай—первый разрыв матки, происшедший в стенах нашего отделения (13-го марта 1927 г.). Случай, разобранный в предыдущей беседе, был вторым (18-го июля 1927 г.). За 7 лет существования отделения первые два случая разрыва матки подряд. Кстати о частоте разрывов матки. По существу нельзя говорить о какой-либо закономерной частоте разрывов матки. Статистики дают слишком разные цифры. Я помню, в начале моей врачебной деятельности, в городской Обуховской больнице, к нам довольно часто привозили со всех концов города и из окрестностей рожениц с разрывом матки. В настоя-

щее время *ruptura uteri* стала редкостью, и все же после 7 лет благополучия—2 разрыва матки на протяжении 4-х месяцев. В литературе мы находим наряду с частотой 1:235 родов и такие данные—1:6100 родов. Материал Родовспомогательного Заведения дает 0,07% разрывов матки (на 36965 родов 26 разрывов матки по данным *В. А. Столыпинского*), по *Михайлову* частота разрывов матки в родовспомогательных учреждениях России равняется 0,15% общего числа родов. *Иванов* нашел, что в Московском Родовспомогательном Заведении на 118581 роды разрывы матки встретились 24 раза, т. е. приблизительно в 0,1%.

Чем выше родовспоможение в стране, тем реже разрывы матки. *Stöckel* за последние 10 лет не видел ни одного случая разрыва матки.

Какова же этиология разрывов матки?

На первом месте стоит узкий таз, создающий пространственное несоответствие между плодом и костным тазом. Именно при средних степенях узкотоазия мы видим чаще всего *ruptura uteri*. Женщины с тяжелым узкотоазием меньше рискуют разрывом: у них патология распознается своевременно и они во-время направляются на операцию кесарского сечения.

Далее следуют неправильные положения плода.

Среди них на первом плане стоит поперечное положение—запущенное поперечное положение, причем разрыв происходит на той стороне матки, куда обращена головка (рис. 155). Разрыв в таком случае может быть и не сквозным, *ruptura uteri incompleta* (рис. 156).

Наблюдались разрывы матки и при задне-теменном вставлении (*Lizmann'овский* патологический асинклитизм), при передних видах лицевого предлежания, при лобном предлежании.

Непреодолимое пространственное несоответствие могут создать и некоторые патологические состояния плода, в основе которых лежит непомерная величина предлежащей части: сюда относится в первую очередь водянка головы (*hydrocephalus*), далее гигантские плоды, переносенные плоды с чрезмерно твердой головкой и т. п.

К разрыву матки могут вести и ущемившиеся в малом тазу опухоли, особенно яичниковые кисты, создающие полную невозможность изгнания через естественные родовые пути (рис. Т. 1, стр. 199). Интересно, что фибромы значительно реже ведут к разрыву матки, потому что они во время беременности размягчаются и делаются эластичнее.

Следует упомянуть еще чрезмерно отвислый живот (рис. 157), дающий неправильное направление изгоняемому младенцу, далее неправильное положение матки, как последствие антофиксирующих операций и наконец большую группу рубцовых сужений влагалища после родовых травм, язвенных процессов, обширных нагноений и операций, а также сужение и ригидность наружного зева (рис. 158).

Fritsch, разбирая 500 случаев разрыва матки, установил, как этиологический момент—388 раз узкий таз, 45 раз гидроцефалию, 50 раз запущенное поперечное положение. В 17 случаях этиология осталась невыясненной. По *Михайлову* % узких тазов у рожениц с разрывом матки равняется 37,3%, при поперечных положениях разрывы встречаются в 28 раз чаще, чем при продольных, при лицевых предлежаниях в 2 раза чаще, чем при затылочных и т. д.

Здесь я оставляю в стороне случаи так называемого насильственного разрыва матки (о них в другой раз) и остановлюсь вкратце

на тех изменениях в стенках матки, которые служат предрасполагающими к разрыву моментами.

Не подлежит сомнению, что сопротивляемость стенок матки разрыву колеблется в широких пределах. В то время как матка перво-

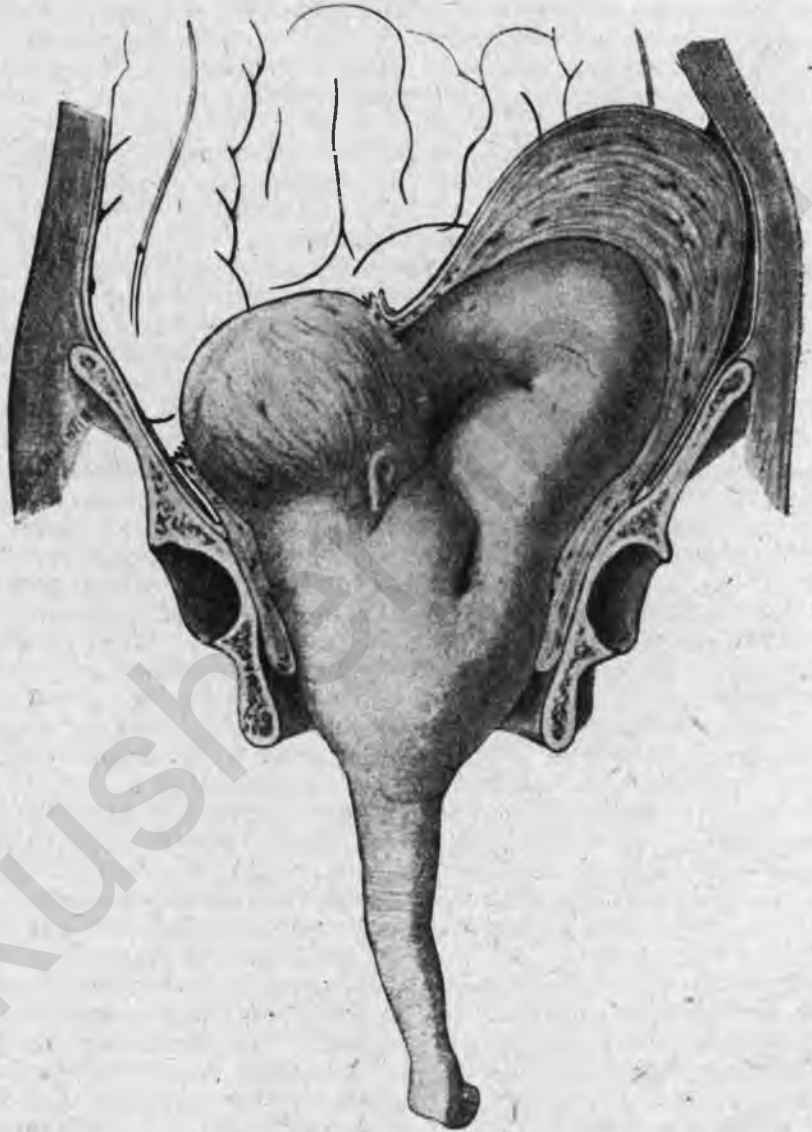


Рис. 155. Полный разрыв матки при запущенном поперечном положении с кровоизлиянием в свободную полость брюшины.

родящей представляет еще нетронутый, мощный и весьма выносливый орган, матка много родившей уже пострадала от прежних родов в той или иной мере. Мускулатура потеряла свою эластичность, перерастянута, местами мышечная ткань заменена менее способной к растяжению соединительной тканью, местами рубцово перерождена. Даже при за-

тяжных родах нижний сегмент первородящей способен выдержать подчас невероятное растяжение, в то время как у многородящей он подобного искуса выдержать не в состоянии. К тому же упругие, крепкие брюшные стенки первородящей служат мощной защитой от перерастяжения, дряблые, функционально малодейственные же стенки многородящей не могут служить опорой и защитой. Этим и объясняется что *H. W. Freund* на 546 разрывов матки у многородящих нашел лишь 5 случаев разрывов у первородящих.

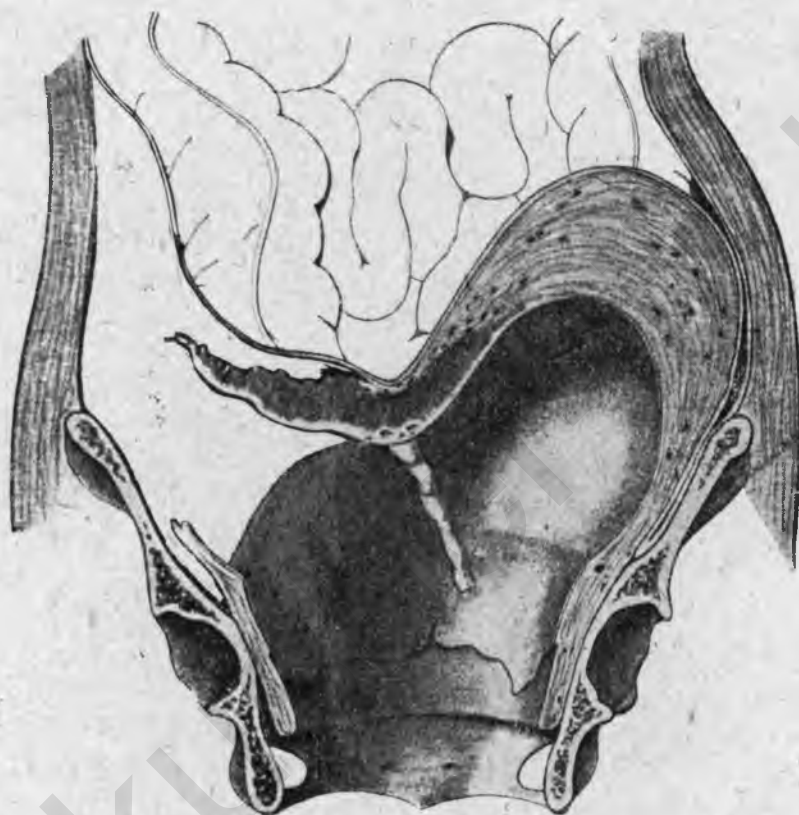


Рис. 156. Неполный разрыв матки с кровоизлиянием в тазовую клетчатку.

На изменения стенок матки, как предрасполагающий момент к разрыву, еще недавно указал *Dörfler* (1917). В одном из его случаев 9 быстро следующих друг за другом родов сделали очевидно мускулатуру матки легко разрываемой; в другом случае при последних восьмью родах было произведено ручное отделение последа, каковое вмешательство повидимому повело к тем или иным повреждениям маточной стенки.

Давыдов важную роль в этиологии разрывов матки приписывает изменениям эластической ткани, *В. Г. Бекман* нашел в мышечных клетках резкое зернистое помутнение протоплазмы, *Дубенский*, *Алексеев* отмечают усиленное развитие соединительной ткани в ущерб мышечной.

Предрасполагают к разрыву и более обширные рубцы в стенках матки, рубцы после прободений матки при операции аборта, рубцы после операции консервативного удаления фибром, рубцы на почве узур (Иванов), рубцы, оставшиеся после заживления полных или неполных разрывов матки, в свое время распознанных или нераспознанных и, наконец, рубцы после операции кесарского сечения.

Последнее особенно важно и интересует нас сегодня наиболее. Давно известно, что рубец после кесарского сечения при следующих

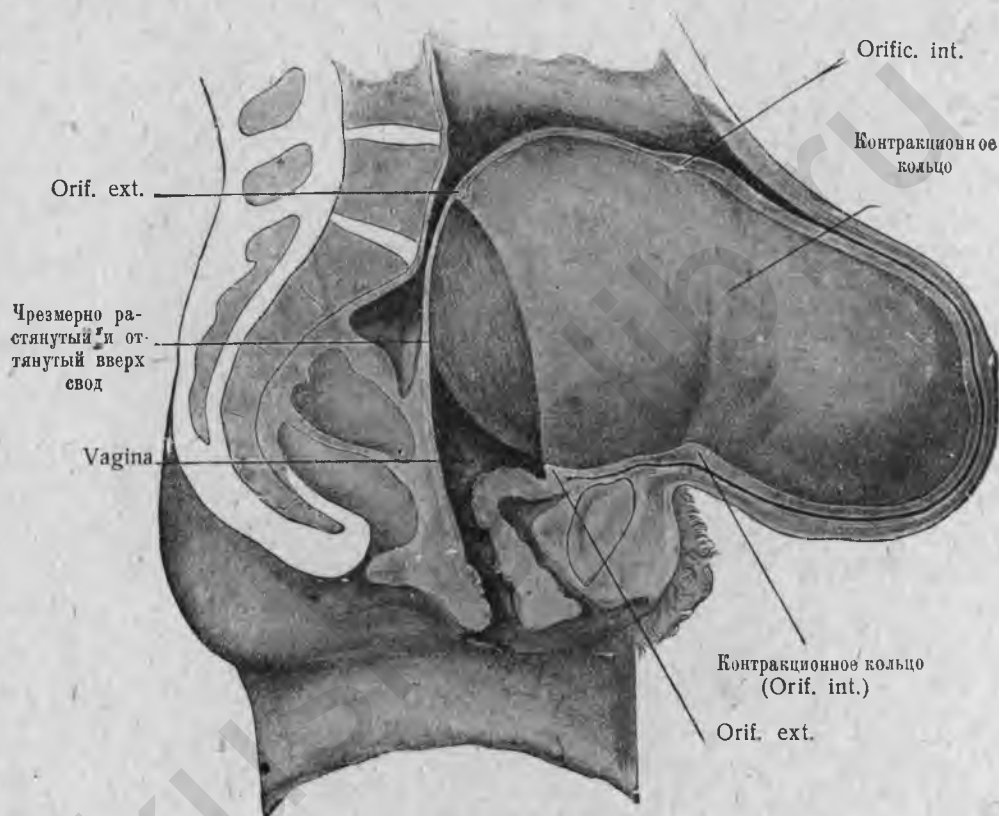


Рис. 157. Чрезмерное растяжение задней шейечной и влагалищной стенки при головной водянке и отвислом животе.

родах может дать разрыв. Особенно в тех случаях, где заживление кесарской раны было негладкое, где рана зажила не первичным натяжением, а путем образования рубцовой ткани или когда не было точного прилаживания друг к другу однородных тканей, или же когда плацента при следующих родах прикрепляется именно в области кесарского рубца, причем рубец подвергается разъедающему действию ворсинок. В таких случаях при последующих родах, в периоде открытия или чаще в периоде изгнания рубец представляет *locus minoris resistentiae*. В роковой момент он может не выдержать внутриматочного давления и растяжения, в результате—разрыв матки по кесарскому рубцу.

Подобных случаев описано много. Особенно расположен к разрыву рубец после фундального кесарского по Fritsch'y, почему этот

метод почти всеми оставлен. Но и рубец по средней линии передней стенки тела матки (корпоральное, классическое кесарское) и по задней стенке (по способу *Polano*) подвергался разрыву.

Значительно надежнее рубец после шейчного кесарского (трансперитонеальное или лучше интраперитонеальное цервикальное сечение, ретровезикальное сечение). Тут разрез лучше заживает, потому что он расположен не в полном мускуле, а в выходной трубке, в отделе

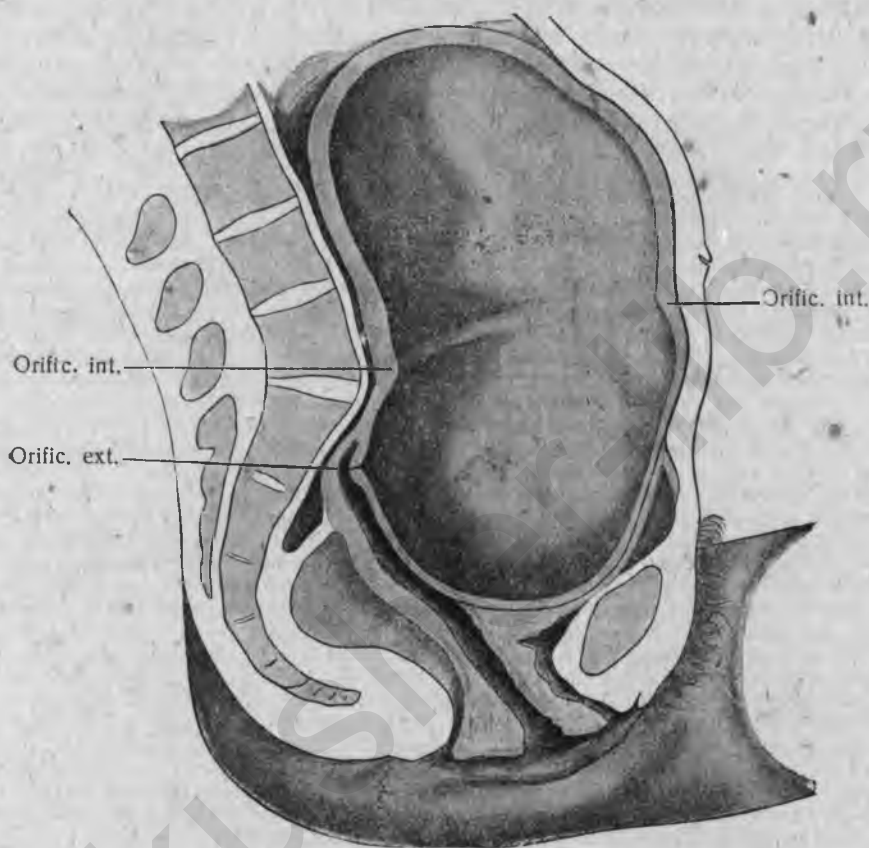


Рис. 158. Чрезмерное растяжение передней шейчной стенки при ригидности наружного зева.

матки менее активном, не проделывающем в послеоперационном периоде столь бурной инволюции и при последующих родах подвергающемся медленному растяжению. И действительно жизнь учит, что разрывы матки после шейчного кесарского сечения несравненно реже, чем после корпорального.

Тут излишне будет указать, что недавно (январь 1928 г.) *Willkott* сообщил интересный случай разрыва матки после интраперитонеального шейчного кесарского. Женщина через 2 года после кесарского имела нормальные роды, еще через год благополучно родила близнецов и лишь при следующих родах произошел разрыв матки по рубцу. В прениях по докладу *Heupemann* отметил всю важность асептического заживления кесарской раны и советовал в уже

инфицированных случаях по возможности избегать производства кесарского сечения.

И если большая часть описанных случаев разрыва матки по кесарскому рубцу касается корпорального сечения, то за последнее время в литературе начинают появляться случаи разрыва матки и по рубцу шеечному.

Предрасполагают к разрыву еще некоторые врожденные особенности матки, как недоразвитие ее, при котором мускулатура развита слабо и растяжимость, эластичность стенок матки ниже нормы, далее односторонность, раздвоение матки и т. п.

В нашем случае мы имели основание предполагать разрыв матки по задней ее стенке, по кесарскому рубцу, что и оправдалось при операции.

В 15 час. 20 мин. под общим наркозом чревосечение: иссечен кожный рубец от кесарского сечения, вскрыта брюшинная полость, причем оказалось, что в верхнем углу раны к пристеночной брюшине припаян сальник, после перевязки резецирован. В брюшной полости большое количество жидкой крови. По удалении части крови обнаружено: слева лежит хорошо сократившаяся матка, правую половину брюшной полости занимает свободно лежащее туловище плода, причем головка находится позади матки. По выведении матки оказалось, что на задней поверхности ее имеется разрыв, что головка еще в матке, что самый разрыв плотно обхватывает шею плода. Попытка извлечь головку из матки путем введения за туловище не увенчалась успехом. Пришлось увеличить отверстие разрыва рассечением стенки матки на несколько сантиметров книзу, после чего оператор ввел палец в рот плода и извлек его из матки приблизительно так, как извлекают последующую головку по Smellie-Weit'y. Послед оказался лежащим в свободной брюшной полости среди кйпек. Решено матку ампутировать.

Взяты в зажимы с обеих сторон круглые связки, маточные концы труб и яичниковые связки, перевязаны и рассечены, широко вскрыты параметрии, изолированно перевязаны маточные артерии. Надсечена *vesica uterina*, пузырь тупо отсепарован книзу, надсечена брюшина задней поверхности, шейки матки. Матка ампутирована суправагинально. Культи шейки обшита катгутowymi швами. Перитонизация по способу проф. Л. Л. Окинчина. Брюшная полость обсушена, влито 60 см³ раствора Rivanola (1:1000). Брюшная рана зашита послойно: непрерывный катгутный шов на брюшину, узловые катгутные швы на апоневроз, на кожу 3 шелковых шва и серфины; повязка.

Продолжительность операции 55 минут. К концу операции—пульс 100; слабого наполнения. Под кожу влито 700 см³ теплого физиологического раствора, вприснуто 6 см³ ol. camphorae.

Плод, мертвая девочка, весом 3600 г, длиной 51 см.

Препарат представляет ампутированную матку, длиной 13 см, шириной—11 см. На задней стенке матки, по средней ее линии, имеется продольный разрыв по кесарскому рубцу, длиной в 8½ см (вместе с дополнительным разрезом). В верхнем своем отделе рубец не разорвался, тут толщина его 2 см. Толщина стенки матки в области дополнительного разреза—4½ см. Плацентарное место в дне матки и отчасти в области рубца.

Послеоперационный период без осложнений, наивысшая температура 37,8.

Родильница выписалась 29 марта на 16-й день.

Неправда ли, случай типичный и крайне поучительный. И сколько он порождает мучительных дум! Ведь была допущена ошибка, и ошибка роковая не только для младенца. Спасая мать, мы ампутировали матку и лишили таким образом молодую женщину навсегда радостей материнства.

И лишь после разразившейся катастрофы нам стало ясно: надо было в периоде раскрытия сделать кесарское сечение и, конечно, со стерилизацией.

О, если-бы это нам было так ясно в начале родов!

Какого же образа действий держаться врачу, видящему на животе своей роженицы рубец от кесарского сечения? Он должен точно выяснить причину, послужившую показанием к операции при предыдущих родах.

Он может пойти на консервативное ведение родов, если кесарское было произведено, например, в силу предлежания последа, эклампсии или выпадения пуповины, он должен решиться на повторное кесарское, если первая операция была произведена в силу узкотазия или угрожающего разрыва матки.

Недавно (1926) американец *Wilson* (Rochester) дал отчет о 133-х беременностях у 100 женщин, перенесших уже кесарское сечение. 69 женщин были разрешены путем повторного кесарского сечения. 3 раза наступил разрыв матки по кесарскому рубцу (2,25%), у одной из них на 7-ом месяце беременности. *Wilson* советует иметь тщательное наблюдение за беременными женщинами, перенесшими кесарское сечение, особенно если послеоперационный период был лихорадочный. Если показанием к кесарскому сечению был узкий таз, то при всех последующих родах он считает абсолютно показанным кесарское сечение, при случае даже за 7—10 дней до срока ожидаемых родов. Если показания к кесарскому сечению были другие, то можно действовать выжидательно. Если же женщина лихорадила после первого кесарского сечения, то лучше, опять сделать кесарское, потому что при нем можно иссечь рубец в стенке матки (1). Показания к стерилизации у этих женщин можно ставить широко.

За повторное кесарское сечение до срока (7—10 дней) высказывается также *Williamson* (New-York).

На вопросе о ведении родов после перенесенного кесарского сечения останавливается и *Barchet* (Stuttgart 1928).

Он приходит к выводу, что во всех случаях, где при последующей беременности существуют те же показания, что и при предыдущих родах, безоговорочно показано повторение кесарского сечения, лучше до начала болей. В случаях, где роды через естественные родовые пути возможны, самопроизвольное родоразрешение следует допустить лишь тогда, когда доподлинно известно, что в связи с кесарским не было никаких воспалительных процессов в половом аппарате.

Интерес случая: 23-летняя повторнородящая с незначительным сужением таза поступает в периоде раскрытия. Анамнез тяжелый, роженица уже перенесла раз кесарское сечение (по *Polanó*). Ввиду явного отсутствия несоответствия между плодом и костным тазом и физиологического течения родов решено вести роды консервативно. В начале периода изгнания наступает самопроизвольный разрыв матки. Чревосечение обнаруживает разрыв по кесарскому рубцу с выхождением туловища плода в брюшную полость. Шея плода была ущемлена в разрыве. Надвлагалищная ампутация матки. Выздоровление. Ведение родов было неправильное. Показано было кесарское сечение со стерилизацией в начале родов.

Случай 65-й.

Е. И. Х., 36 лет (№ приемного журнала 11302), доставлена в клинику скорой помощью 27 сентября 1927 года в 18 часов, в тягчайшем состоянии. Сопровождала ее акушерка.

Последняя сообщила, что Х. накануне вечером поступила в роды (роды шестые) в волостную больницу г. Х. Всю ночь были сильные схватки, на рассвете роженица почувствовала себя очень плохо и схватки прекратились. Был вызван врач, который, осмотрев роженицу, поставил диагноз вторичной слабости родовых болей и решил подождать несколько часов. К утру состояние больной ухудшилось, схваток не было вовсе. Тем же врачом решено наложить щипцы на высокостоящую головку. Извлечь плод щипцами врачу не удалось, так как щипцы соскальзывали. Тогда, убедившись, что головка

подвижна, врач сделал поворот и извлек мертвого младенца. Ввиду задержки послета врач решил сделать ручное его отделение, во время какой операции он заподозрил разрыв матки, после чего роженица была из больницы доставлена на вокзал, откуда поездом в сопровождении акушерки отправлена в Ленинград. Лишь в 18 часов роженица оказалась в приемном покое нашей б-цы. Извещенный о случае по телефону, я распорядился доставить ее непосредственно в операционную, где и подверг ее исследованию.

Общее состояние крайне тяжелое. На вопросы не отвечает, апатична. Пульс едва ощутимый. Кожа и видимые слизистые оболочки крайне бледны. Живот дряблый, малоболезненный в нижних отделах. Пуэрперальная матка на уровне пупка. Перкуссия дает неясное притупление на отлогах местах.

Вы представляете себе обстановку: больная лежит на операционном столе, все готово для производства любой полостной операции.

Что делать? Достаточно ли у нас оснований для производства чревосечения?

1. Сообщение акушерки в высшей степени правдоподобно. Надо, не теряя минуты, оперировать.
2. Чревосечение в таком ужасном состоянии больной может оказаться для нее роковым. Надо сперва убедиться в том, что действительно есть разрыв матки, и тогда уже оперировать.

Действительно, рассказ акушерки дышал правдивостью и перед нашими глазами разворачивалась тяжелая картина самопроизвольного разрыва матки, не распознанного врачом, его попытка извлечь плод щипцами, отчаянное решение сделать поворот на ножку и страшное открытие при ручном отделении послета. Но может быть именно это последнее было нереально; может быть ему только показалось, что целость родового канала нарушена. Ведь мог же он, после бессонной ночи, после трех друг за другом следовавших тяжелых акушерских вмешательств, поставить диагноз неверный, принять что-либо несущественное за разрыв матки. Вот если бы наша предполагаемая операция была вмешательством пустячным, мы могли бы не задумываясь его тотчас же предпринять. Но мы стоим перед чревосечением! Да еще на больной, находящейся в состоянии тягчайшей анемии и падения сердечной деятельности. Нет, убедимся сперва лично, что имеется разрыв матки и тогда уже приступим к операции.

После тщательной дезинфекции наружных частей я надел на стерильную руку стерильную перчатку и, разведя другой рукой губы, ввел ее во влагалище. Влагалище широкое, гладкостенное. Умеренное кровотечение. Дряблая кайма широко открытого зева свисает во влагалище. Спереди переднего края зева определяется широкое отверстие в своде, свободно пропускающее ручную кисть. Тут же между пальцами оказываются кишечные петли. Я хотел немедленно прекратить исследование, но уже выводя руку успел обратить внимание на то, что повидимому и в заднем своде имеется рваная рана. По окончании исследования я ввел катетер в пузырь, выделилось около 100 см³ густо окрашенной кровью мочи.

Дан смешанный наркоз. После вторичной дезинфекции рук я приступил к операции: продольный разрез брюшной стенки от пупка до лобка. Кишки вздуты, блестящи, не инъецированы. В брюшной полости около 200 см³ крови, отчасти жидкой, отчасти свернувшейся. Матка выведена из брюшной раны, обнаружен обширный разрыв в области пузырно-маточной складки, идущий несколько косо и распространяющийся влево в широкую связку, которая сильно кровоподтечна. Взятые в зажимы и рассечены слева lig. infundibulo-pelvicum и rotundum, справа труба, связка круглая и яичниковая. Широко вскрыты параметрии; легко найдены и изолированно перевязаны с обеих сторон маточные артерии. Брюшина задней поверхности шейки поперечно надсечена и отсепарована вниз. Матка ампутирована на уровне разрыва. Дряблые остатки шейки сшиты узловыми швами. В момент обсушки параметриев и Дугласа обнаружен разрыв на дне Дугласова пространства, идущий поперечно, имеющий длину в 3 поперечных пальца и проникающий во влагалище. Этот разрыв зашит отдельно узловыми швами. После перевязки

захваченных в зажимы связок и трубы, обычная перитонизация. Брюшная полость обсушена, осмотрены кишки, повреждений нет. Влито около 100 см³ раствора rivanol'я (1:1000). Послойно зашита брюшная рана. Повязка.

Ввиду тяжелого состояния больной влито под кожу 900 см³ теплого физиологического раствора и впрыснуто 12 см³ ol. camphorae.

Продолжительность операции 30 минут, израсходовано 35 г эфира и 30 г хлороформа.

Прежде чем излагать необыкновенное течение послеоперационного периода, остановимся на разборе случая. Сразу возникает целый ряд вопросов: напр. самопроизвольный разрыв или насильственный? Почему здесь 2 разрыва? Оба самопроизвольные или один из них насильственный, или оба насильственные? В какой момент произошли разрывы? Одновременно или в разное время? Каков механизм обоих разрывов? Что разорвалось?

Что разорвалось? Известно, что наиболее расположены к разрыву самые тонкостенные отделы родового канала: нижний сегмент матки и своды влагалища. По мере ретракции верхнего отдела матки, полого мускула, стенки нижнего отдела все более и более истончаются. После полного раскрытия маточного зева нижний сегмент матки, шейка ее и влагалище образуют одну нераздельную трубку, причем отдел ее, соответствующий сводам влагалища, значительно более тонкостенен, чем нижние его отделы, где стенки влагалища подкреплены столбцами своих складок, мышцами и фасциями тазового дна. Эти наиболее тонкостенные отделы родового канала при физиологических родах подвергаются значительному растяжению как в длину, так и в ширину, служа каналом, по которому продвигается плод. Если же при разного рода патологических условиях эти отделы подвергаются чрезмерно длительному и чрезмерно сильному растяжению, то они грозят разрывом. Так, при пространственном несоответствии между тазом и плодом, при непреодолимом или трудно преодолимом препятствии (рис. 159), встречаемом подлежащей частью на своем пути, по мере ретракции полого мускула плод постепенно рождается целиком или почти целиком в эти растянутые до отказа тонкостенные отделы родового канала, и эти части родовых путей служат уже не каналом для рождения плода, а плодомвместилищем. Чем больше препятствие, тем сильнее работает мотор. Ретракция достигает высших степеней, временное плодомвместилище растягивается до пределов возможного, напряжение тканевых образований, фасций, связок, брюшины, стремящихся препятствовать неудержимому отходу полого мускула кверху, уже не в силах исполнить свою задачу. Нарушается функциональное равновесие, верхний отдел матки отходит все выше и выше, стенки его становятся все толще, контракционное кольцо достигает угрожающих высот, в то же время нижний сегмент матки и ниже лежащие отделы родового канала перерастягиваются в длину и в ширину, стенки их все более и более истончаются, и, если в этот момент не приходит спасение в виде ли преодоления препятствия или в виде помощи искусства, матка разрывает сама себя. Что же разрывается?

1. Разрывается нижний сегмент матки — классический разрыв матки, Bandl'евский разрыв (рис. 160), наиболее частый разрыв матки (из 128 случаев, собранных Ледомским, в 97 был разорван нижний сегмент). Он возможен лишь в тех случаях, если нижний сегмент фиксирован как вверху, так и внизу. Вверху нижний сегмент фиксирован тем, что верхняя его грань — контракционное кольцо достигло высшей точки

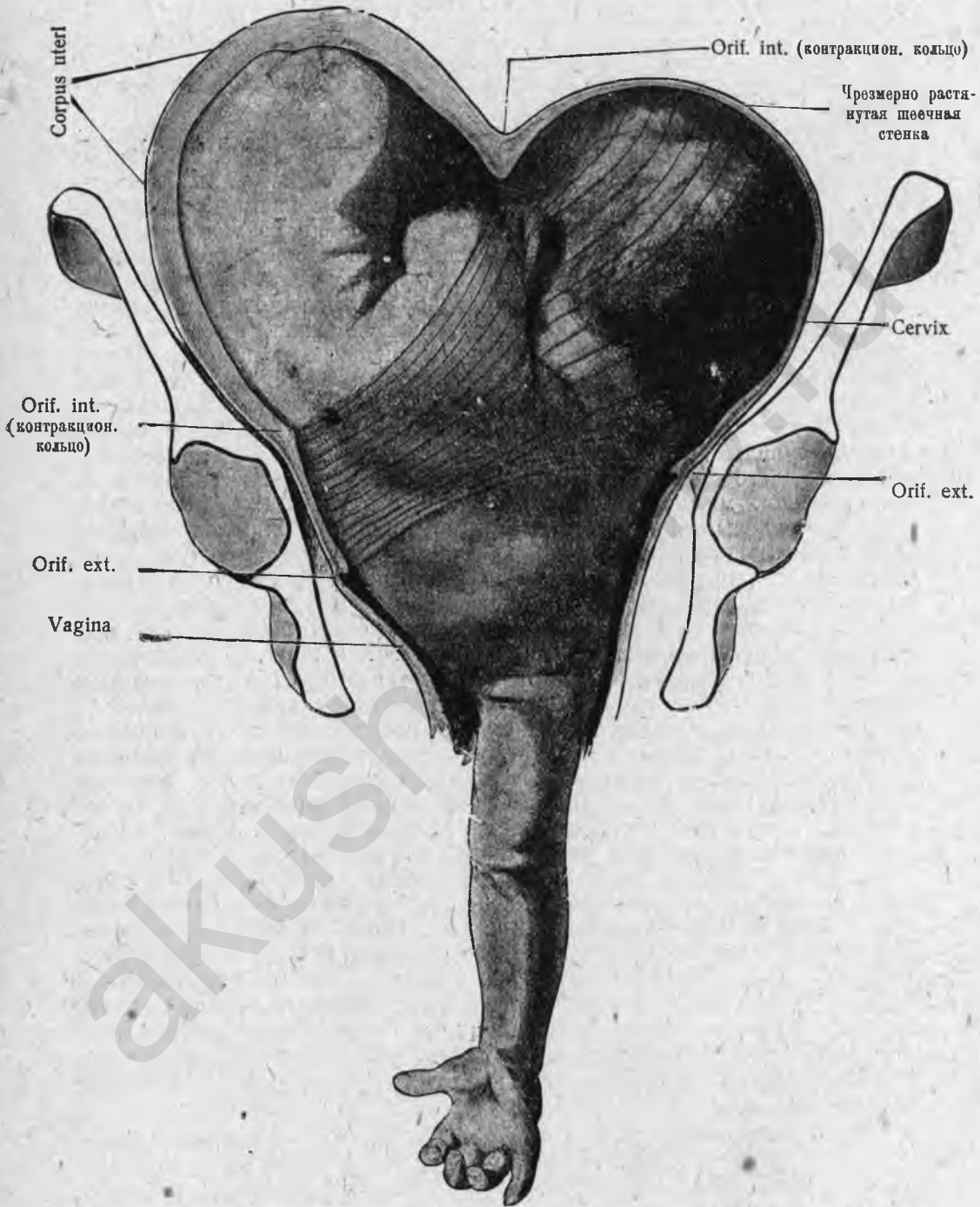


Рис. 159. Чрезмерное растяжение левой шейной стенки при запущенном поперечном положении.

своего напряженного состояния. Внизу он фиксирован в силу того, что нижний отдел матки, особенно передняя ее стенка плотно ущемлена между вколотившейся во вход в таз головкой и костями таза, в частности лонными (см. рис. 151).

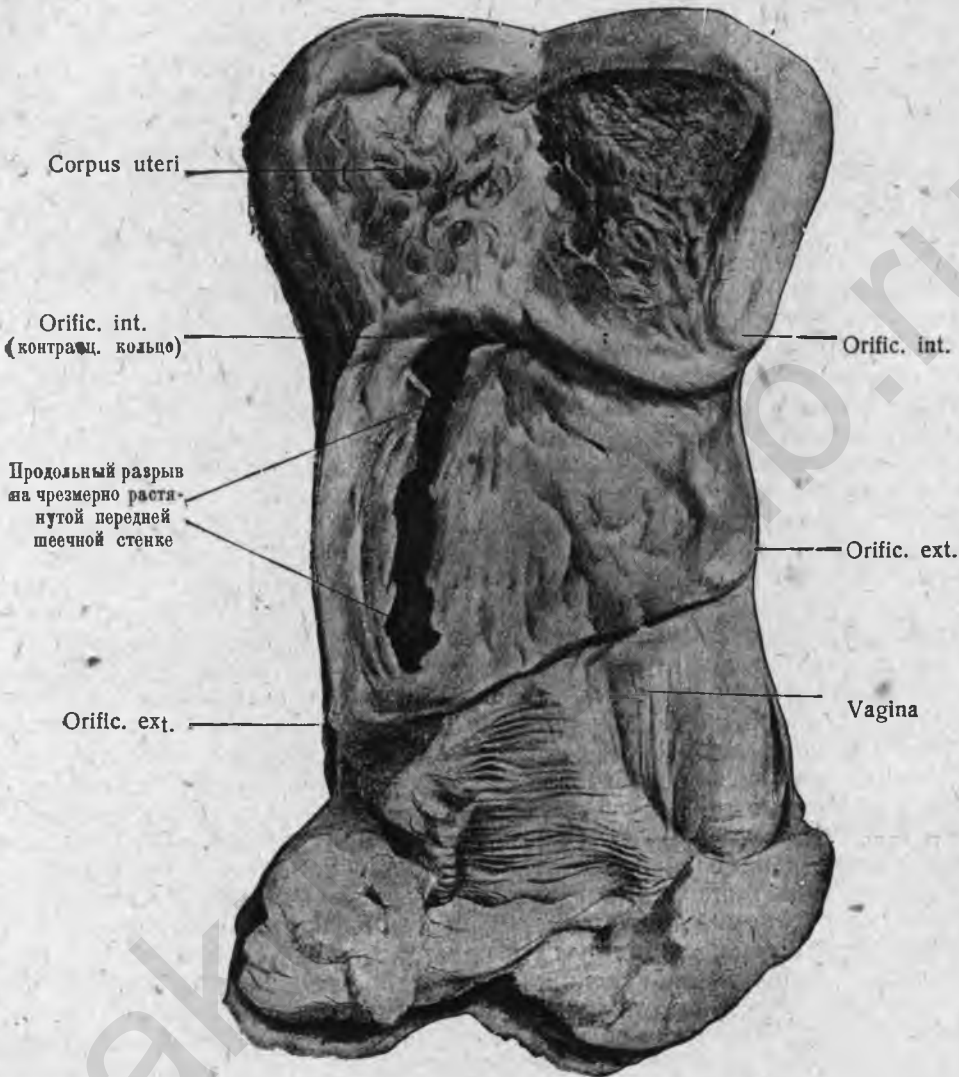


Рис. 160. Большой прободной разрыв шейки, возникший после тщетной двухдневной родовой деятельности при лицевом положении и узком тазе.
Препараты Базельского патолого-анатом. института.

2. Разрывается выходная труба не в пределах нижнего сегмента, а несколько ниже на уровне сводов влагалища, т. е. разрывается не матка, а матка отрывается от влагалища — *colparroghexis*. Этот механизм разрыва возможен в том случае, если вполне раскрытая шейка успела уйти за головку вверх, когда она уже не может ущемиться между головкой

и стенками таза. В этом случае верхняя точка фиксации та же, что и в 1-ом случае, т. е.—контракционное кольцо, внизу же фиксированы более низкие отделы выходной трубки в пределах тазового дна.

С точки зрения научного акушерства эти два вида разрывов следует строго различать, с практической же точки зрения они равнозначны. В этом отношении важнее, какие слои родового канала нарушены в своей целостности. Разорваться могут все слои стенки перерастянутого родового канала—мускулатура, *subserosium* и брюшина, в результате чего получается свободное, сквозное сообщение между родовым каналом и брюшной полостью—полный разрыв матки (*ruptura uteri completa*). В более редких случаях разрывается только мускулатура родовой трубки, покрывающая же ее брюшина остается невредимой. Брюшная полость остается замкнутой, брюшина в пределах разрыва отслаивается изливающейся в *subserosium* кровью на большем или меньшем протяжении (*ruptura uteri incompleta*). В нашем случае мы к крайнему изумлению нашли 2 сквозных разрыва: передний—типичный, косоидущий разрыв передней стенки нижнего сегмента матки—классический Bandl'евский разрыв. Происхождение его, очевидно, вполне соответствует изложенному выше механизму. Разрыв случился, повидимому, только тогда, когда несмотря на бурную родовую деятельность крупная головка встретила во входе в таз механическое препятствие. Период угрожающего разрыва был просмотрен; лишь после того, как разрыв совершился и схватки прекратились и роженица „стала себя плохо чувствовать“, был приглашен врач.

А задний разрыв? Локализация его необычная, он соединял дно Дугласова пространства с полостью влагалища, представляя из себя широко зияющую поперечную рваную рану. Что это за разрыв? Мы имеем полное основание считать его „насильственным“. Насильственными разрывами считаются разрывы, случающиеся во время и вследствие той или иной акушерской операции, в случаях, когда перерастяжение родового канала не было распознано. Такие же насильственные разрывы возможны и тогда, когда предпринимается родоразрешающая операция при отсутствии необходимых для операции условий или с применением грубой силы. И вот, воспроизводя в уме те родоразрешающие манипуляции, которые были произведены над нашей больной, мы неминуемо приходим к выводу, что этот разрыв был произведен ложкой щипцов при попытках наложения их на высокостоящую головку. Bandl'евский разрыв был уже налицо, головка получила некоторую подвижность и располагалась над входом в таз. Врач пытался наложить обыкновенные щипцы на подвижную головку, они соскользнули; повидимому он повторил свою попытку при этих условиях, абсолютно исключающих наложение щипцов. В этот момент он очевидно и проткнул ложкой задний свод влагалища. Отчаявшись в возможности извлечь плод щипцами, врач сделал поворот на ножку, что, конечно, в силу подвижности плода ему удалось легко. Но и тут разрыв, точнее разрывы, остались им незамеченными. И лишь после бесплодных попыток выжать послед по Credé, во время ручного отделения послета грозная истина предстала перед ним во всей своей жути. Была совершена грубая акушерская ошибка, приведшая больную на край гибели. Но можем ли мы безоговорочно осудить этого врача? Вообще мы должны быть осторожны с вынесением приговора, помня, что нет человека без греха. С другой стороны мы должны

оценить то, что он сознав всю трагичность положения, немедленно снарядил больную в дальний путь и доставил ее к нам в клинику. Мы видим перед собой тягчайший случай двойного разрыва матки, причем считаем один разрыв самопроизвольным, другой насильственным. Кстати скажу, что вообще самопроизвольные разрывы матки при родах встречаются значительно чаще насильственных — из 128 случаев *Ледомского*, напр., первые имели место в 99, тогда как вторые лишь в 29 случаях. В материале *Михайлова* на 98 самопроизвольных разрывов было лишь 30 насильственных.

Было ли наше пособие правильным? Полагаю, что — да. Правда, можно возразить, что следовало сделать полную экстирпацию матки. Мы бы так и поступили, если бы имели ввиду широко дренировать брюшную полость во влагалище. Но так как я принципиально против всякого дренажа брюшной полости, то я предпочел ампутировать матку надвлагалищно, зашить разрыв Дугласа и наглухо зашить брюшную полость.

Теперь обратимся к послеоперационному периоду. Я уже говорил, что он был необычен.

В течение первой недели все шло гладко, явлений перитонита не было, температура субфебрильна. На 7-ой день сняты швы — *prima intentio*. Мочиспускание вначале без особенностей. Но вскоре появилась болезненность внизу живота, начал определяться инфильтрат в околопузырной клетчатке. Одновременно с этим появились признаки острого правостороннего пиелита — и на 20-й день обнаружилось недержание мочи. Моча начала выделяться через влагалище, гнойная с хлопьями. Больная временно была передана урологам, которые продолжительное время лечили ее от пиелита, цистита, при имеющемся пузырновлагалищном свище.

Наконец 4-го января по затихании всех воспалительных явлений больная была опять переведена в нашу клинику, где был снят следующий местный status: полное недержание мочи. Влагалище широкое и длинное. В верхнем его конце влагалищная часть, в виде неправильной формы лоскутов, совершенно неподвижно фиксированных рубцово-измененными сводами. Спереди от нее свищевое отверстие величиною с горошину. 25-го января я произвел операцию зашивания свища, которая оказалась весьма трудной. Доступ к свищу оказался возможным лишь после разреза Schuchardt'a.

К счастью, *fistulorrhaphia* увенчалась полным успехом. 8-го февраля X. выписалась домой без жалоб.

Свищ после разрыва матки! Какова же его этиология?

Можно предположить, что стенка пузыря была вовлечена в самопроизвольный *Bandl'*евский разрыв матки; разрыв пузыря остался во время операции незамеченным. Это предположение можно отвергнуть, свищ не был последствием разрыва пузыря, потому что в таком случае недержание мочи наступило бы с первого дня послеоперационного периода. На том же основании можно отвергнуть предположение, что свищ явился последствием самой операции ампутации матки. Единственно правильным соображением будет следующее. Во время продолжительного периода изгнания стенки пузыря подвергались длительному сжатию между головкой и лонными костями. Участок пузырной стенки, лишенный питания, вследствие прекращения питания омертвел. Первые дни после операции целость пузыря не была еще нарушена, в дальнейшем же, когда омертвевший участок пузырной стенки в силу демаркации отпал, получилось отверстие в пузыре. Как правило, в таких случаях недержание мочи появляется на 5—8 день после родов, и обнаруживается пузырновлагалищный свищ. В нашем же случае после отпадания омертвевшего участка моча просачивалась сперва в околопузырную клетчатку, образуя здесь мочево́й инфильтрат, и лишь на 20-й день инфильтрация прорвалась во влагалище. Этим и объясняется столь позднее выявление пузырновлагалищного свища.

Интерес случая. В клинику доставляется из соседнего города 36-тилетняя многорожавшая женщина в тягчайшем состоянии несколько часов после родов с предположительным диагнозом разрыва матки. Разрыв матки повидимому произошел ночью, после чего врачом после безрезультатных попыток наложить щипцы был сделан поворот на ножку с последующим извлечением. Разрыв матки был им распознан во время ручного отделения последа.

Во время чрезвечения обнаружен типичный Bandl'евский разрыв матки на передней стенке и изолированный разрыв на дне Дугласова пространства, проникающий во влагалище.

Произведена ампутация матки на уровне переднего разрыва и зашивание заднего разрыва. Первый разрыв признан самопроизвольным, второй насильственным. На 20-й день после операции обнаружен пузырно-влагалищный свищ. Он признан свищом от гангрены от сдавления; позднее его появление объяснено тем, что моча пробилась во влагалище лишь после инфильтрации околопузырной клетчатки. Произведена успешная фистулоррафия.

Неправильности со стороны плода.

Случай 66-й.

Н. Т. С—А., 24-х лет (№ приемного журнала 13524), поступила в клинику 16-го ноября 1927 г. в 7 час. 50 минут с сильными и частыми родовыми болями.

Быстро собранный анамнез: Беременность 3-я. Рожала 1 раз, 3 года т. н. Роды были благополучные и легкие. Год назад перенесла искусственный аборт. Месячные всегда обильные, продолжительные и болезненные. Времени последних регул не помнит. Беременность протекала без особенностей. В полночь на 16-ое начались схватки. Дома знобило. В 7 часов утра дома прошли воды, после чего роженица отправилась в клинику.

Не успели роженицу положить на родильную кровать, не успели произвести ни наружного исследования, ни измерить таза, как при сильных потужных болях стали рождаться ягодицы и тут же родилось туловище плода вместе с ручками.

Быстро надев стерильные перчатки, дежурный врач приступил к выведению головки. Роженица взята на край кровати. Оператор, положив туловище плода верхом на левое предплечье, двумя пальцами вошел в рот плода, обращенный к левому крестцово-подвздошному сочленению, и правой рукой, положенной типически на плечевой пояс, начал производить тракцию книзу, и без всякого успеха. Головка не подавалась. Желая получить младенца живым, оператор усилил свои старания, просил акушерку давить сваружи на головку, головка не подавалась.

Какие мысли в этот драматический момент должны были с быстротой молнии пронестись в уме оператора?

1. Имеется узкий таз, головка застряла.
2. Имеется какая то аномалия вставления, механизм прохождения головкой входа в таз неправильный.
3. Имеется спазм зева.
4. Имеется слишком большая головка при нормальном тазе, может быть водянка ее.

Разберитесь в этих предположениях: головка явно застряла, спрашивается, по какой причине?

Узкий таз? Правда, мы не успели измерить таза, но ведь роженица сообщила, что она 3 года т. н. родила доношенного младенца и что роды были легкие. Вряд ли тут таз узкий. Аномалия вставления? Может быть головка покинула свое нормальное положение, разогнулась,

может быть подбородок зацепился где-либо за *linea innominata*? Нет оператор нашел рот плода в тазу, правда рот стоял на уровне плоскости широкой части полости, но все же он в тазу. Обращен он кзади и влево, значит головка вступает своим длинником в левом косом размере таза, это физиологично. Спазм зева можно исключить: изгнание туловища совершилось силами природы, никто преждевременно не тянул за плод, да и объективно зев не определяется, шея плода свободна. Остается предположить, что имеется слишком большая головка, какое либо уродство ее. На этот вопрос ответа нет.

Что нужно было делать оператору после нескольких правильно произведенных попыток извлечь головку?

1. Войти всей рукой и убедиться, в чем дело.
2. Прекратить дальнейшие попытки, все равно спасти плод уже не удастся.



Рис. 161. Перфорация последующей головки при водянке ее.

Войти полурукой или даже всей рукой во влагалище и постараться выяснить причину аномалии изгнания головки полезно, но полезно только для оператора. Плода уже не спасти, он наверное погиб. Остается прекратить извлечение и успокоиться. К сожалению, оператор не внял этому внутреннему голосу, он все же еще надеялся спасти ребенка и некоторое время уже под наркозом продолжал тракции при одновременном энергичном давлении снаружи и прекратил извлечение слишком поздно.

В этом заключалась его роковая ошибка. Что же получилось?

Надо кончить роды, конечно, перфорацией последующей головки. Туловище плода оттянуто книзу, введен передний подъемник: стала хорошо видна шея плода и начало волосистой части затылка. Кожа на шее продольно надсечена скальпелем, введен перфоратор *Blot*, подкожно продвинут до затылка, легко перфорирована головка. И к удивлению оператора, вместо мозгового вещества, появилась могучая струя прозрачной жидкости (рис. 161).

Вот и разгадка: гидроцефалия!

Легко извлечена спавшаяся мешком водяночная головка. Перевязана и рассечена пуповина.

Плод, мертвая девочка, весом в 3400 г с бесформенно спавшимся черепом. Приблизительная длина плода 52 см.

Количество вытекшей из головки жидкости, конечно, не измерено; ее было около 500 см³.

Оставим на минуту нашу роженицу и обдумаем случившееся.*

Ошибка заключалась в том, что не была своевременно распознана водянка головки. Это врожденное уродство головки имеет огромное акушерское значение, потому что оно одно из самых опасных осложнений родового акта. Нас сейчас не интересует ни этиология во-



Рис. 162. Hydrocephalus. Затруднение при извлечении последующей головки.

дынки головы, ни ее анатомия. Нам акушерам безразлично, имеется ли *hydrocephalus internus* (скопление жидкости в желудочках) или *externus* (скопление ее на поверхности мозга). Для нас важно, что водянка головки обуславливает увеличение черепа. Это увеличение черепа может колебаться в широких границах. Если окружность головки зрелого плода в норме 34 см, то при гидроцефалии она может достигать 50, даже 80 см [наибольшая окружность головки в русской литературе 77 см (Тупляков)]. Количество жидкости в нашем случае было около полулитра. Известны случаи, где жидкости было до 5 л. Кости черепа тонки и мягки, швы необычайно широки, роднички раздались. Взгляните на рисунок (рис. 162). Вам сразу бросается в глаза несоответствие между малыми размерами лицевого черепа и огромной величиной мозгового. Последний представляет собою тупо напряженный, наполненный жидкостью пузырь. В случаях, когда плод погибал и подвергался мацерации, этот пузырь терял свою напряженность и становился вялым. В родах мацерированная головка или легко приспосабливается к родовому каналу или даже покровы этого пузыря прорываются, жидкость вытекает и изгнание совершается легко.

Большою же частью головка настолько напряжена, что ни о каком приспособлении к тазу не может быть и речи—в результате получается абсолютное несоответствие между тазом и головкой, и непреодолимое механическое препятствие для изгнания (рис. 163 и 164).

В нашей практической деятельности мы склонны забывать о том, что на свете существует гидроцефалия. Это печально потому, что можно было бы избежать многих бед; это странно потому, что гидроцефалия не такая уже редкость. По *Груздеву* она встречается 1 раз на 3000 родов. За 29 лет в Московском Родовспомогательном Заведении на 131523 родов было, по *Иванову*, 45 случаев гидроцефалии. По *Kleinhaus's*у гидроцефалия приходится на 1500 родов 1 раз. В $\frac{2}{3}$ случаев гидроцефал предлежит головкой, в остальных случаях имеется предлежание тазовым концом. Объясняют это явление тем, что при водянке головы огромной головке трудно уместиться в нижнем сегменте матки или в тазовом входе. *Hammerschlag* собрал из литературы 253 случая гидроцефалии: в 120 случаях предлежала головка, 70 раз тазовой конец и 5 раз было косое или поперечное положение. В начале родов нередко наблюдается первичная слабость родовых болей, отсюда чрезмерная длительность родов и повышенная опасность инфекции. Но главная опасность не в том. Трагизм положения в том, что гидроцефалия часто остается нераспознанной, тут то и возникает опасность разрыва матки.

Самопроизвольный разрыв матки наблюдается в 7—8% случаев, и нередко наступает поразительно рано, иногда даже до полного раскрытия зева (*Benkiser, Hofmeter*). Объясняется это тем, что нижний сегмент матки растягивается не только в силу препятствия к изгнанию в продольном направлении, но вследствие огромных размеров головки и в поперечном. К сожалению не редки и насильственные разрывы. Неведение о том что имеется гидроцефалия часто побуждает врачей приступать к оперативным вмешательствам, противопоказанным при гидроцефалии, напр. к наложению щипцов. Щипцы соскальзывают, получают разрывы нижнего сегмента шейки, сводов влагалища. Если роды предоставлены силам природы, могут произойти, кроме разрыва матки, омертвление мягких частей, мочеполовые свищи.

Все зависит от своевременного распознавания гидроцефалии. Смертность матерей очень высока. По статистике *v. Franquè* из 261 матери умерло 47, т. е. 17%. Вообще говоря, роды в тазовом предлежании протекают при гидроцефалии более благоприятно, чем при головном предлежании (*Иванов*). При головных предлежаниях смертность матерей все еще достигает 20%, при тазовых предлежаниях — она меньше, хотя и здесь могут случиться тягчайшие осложнения, как и случилось у нашей больной.



Рис. 163. Водянка головки. Непреодолимое препятствие.

8 час. 50 минут. Вскоре после рождения младенца появилось сильное кровотечение. Признак *Küstner'a* указывает, что плацента отделилась и лежит в выходной трубке. Матка сокращена хорошо, стоит высоко. Общее состояние роженицы тяжелое. Она очень бледна и относится к окружающему безучастно. Пульс частый, малый. Немедленно *lege artis*, произведено выжимание последа по *Kredè*. Оно удалось очень легко. Послед резко дольчатый, сильно перерожденный и как бы разможенный. Оболочки рваные, повидимому все.

Впрыснут эрготин, положен лед на живот. Матка сокращена хорошо, но кровотечение продолжается. Ввиду подозрения на разрыв шейки, родильница взята на опера-

ционный стол, введены зеркала, пулевыми низведены края зева, разрывов на зеве нигде не обнаружено. Сделан горячий маточный душ. Кровотечение прекратилось.

Казалось бы, что теперь остается только поднять кровяное давление, согреть родильницу, дать ей заслуженный покой—и ничего больше не может случиться.



Рис. 164. Водянка головки. Непреодолимое препятствие.

В действительности было иначе:

В 11 часов внезапно в состоянии родильницы случилась резкая перемена. Наступила мертвенная бледность лица, конечности похолодели, пульс стал еле ощутимым, временами пропадал. Со стороны живота наступили изменения. Матка на уровне пупка, отклонена влево. Справа и спереди мягкая, болезненная, тестоватая опухоль величиною в головку новорожденного.

В чем дело?

1. Перед нами картина острой сердечной слабости вследствие кровопотери. Опухоль внизу живота—мочевой пузырь.
2. Кровотечение было сравнительно невелико. Это не картина острой анемии. Опухоль внизу живота—нарастающая гематома. Имеется разрыв матки, вероятно неполный.

Действительно, опухоль нарастала на глазах. Родильница истекает кровью в живот. Сейчас для нас безразлично, имеется ли кровотечение в свободную полость брюшины или в тазовую клетчатку, в „параткань“. Состояние больной настолько грозно, что только немедленное чревосечение может ее спасти.

В 11 час. 30 мин. — чревосечение: Под эфирным наркозом разрез по средней линии от пупка до лобка. Вскрыта брюшная полость, при осмотре которой оказалось: крови в ней нет, матка смещена кзади и влево, справа и спереди от матки выпячивается огромная гематома, высоко отслоившаяся и поднявшая брюшину переходной складки пузыря, развернувшая правую широкую связку. Сквозь тонкую брюшину просвечивает темная кровь. Брюшина надсечена в области *plica vesico-uterina* и переднего листка правой широкой связки, вытекло очень много жидкой и отчасти свернувшейся крови. Кровь по возможности вычерпана. Обнаружена разорванная и торчащая в полость гематомы маточная артерия, из которой слабой струйкой вытекала кровь. Артерия зажата. При обследовании околоматочного пространства обнаружен широкий рваный разрыв боковой стенки шейки, проникающий в ее просвет. Приступлено к надвлагалищной ампутации матки. Типично с обеих сторон захвачены зажимами и рассечены *lig. ovarii propria* и *rotunda* и маточные концы труб. Первоначальный разрез брюшины продолжен по переходной складке пузыря. Последний отсепарован книзу. Развернут левый параметрий. Найдена, захвачена и перевязана маточная артерия, перевязана также и раньше захваченная разорванная маточная артерия. Надсечена и отсепарована книзу задняя брюшина шейки матки. Матка ампутирована на уровне разрыва. Узловыми швами зашита зияющая шейка. Перевязаны связки и трубы. Обычная перитонизация. Обсушка брюшной полости. Влит *ripanol* (60 $см^3$ раствора 1:1000). Послойно зашита брюшная рана. Повязка.

Продолжительность операции 25 минут.

Подкожное вливание соли (700 $см^3$), впрыснуто 12 $см^3$ *ol. camphorae*.

Больная перенесла операцию хорошо. В послеоперационном периоде температура держалась субфебрильная. На 3-й день было повышение до 39,4. Все время под кожей *butyrol* Милютиной. На 8-ой день сняты швы.

Больная выписалась на 25-ый день, 10-го декабря.

Итак ошибка дежурного врача — нераспознавание гидроцефалии — имела жуткое последствие; разрыв матки насильственный неполный, разрыв нижнего сегмента с разрывом главной ветви правой маточной артерии, с последующим образованием гематомы в тазовой клетчатке. Нет сомнения, что, будь разрыв полным, грозные явления наступили бы сразу после извлечения плода. Но целостность брюшины сдерживала видимое проявление катастрофы, она нарастала постепенно. Этим и объясняется позднее наступление шока.

Я уже говорил, что именно нераспознавание гидроцефалии чревато тяжкими последствиями для матерей. Важно при затяжных родах подумать о возможности этого осложнения. Тогда не наложишь щипцы на гидроцефала и не будешь при застрявшей в тазу головке при тазовом предлежании насильственно извлекать плод.

Как сейчас помню следующее переживание: На втором году моей врачебной деятельности, будучи дежурным врачом Родовспомогательного Заведения, я принимал роды в ягодичном положении. Родилось туловище, я освободил ручки и приступил к выведению головки. Это мне не удавалось, я начал нервничать и хотел уже приложить силу; в этот момент, к счастью роженицы, да и моему, в родильню вошел В. Я. Миллер. Он быстро подошел к роженице, положил руку на живот и сразу сказал: стойте, тут гидроцефал! При последующей пункции головки вытекло огромное количество жидкости. А если бы тогда не вошел незабвенный Виталий Яковлевич? Произошло бы то, что случилось в разбираемом нами случае.

Надо уметь во-время подумать о возможности патологии гидроцефалии. А если только подумаешь, то диагноз поставить не трудно. Нередко уже во время беременности можно заподозрить водянку го-

ловы, если живот необычайно объемист, хотя часто многоводие, нередко сопутствующее гидроцефалии, делает диагностику невозможной. При ощупывании головки через брюшные стенки иногда удается услышать „пергаментный треск“; говорят, при тонких брюшных стенках удается даже прощупать широкие швы и огромные роднички. В родах уже затяжное течение периода изгнания у многородящей с хорошими болями и нормальным тазом должно породить мысль о гидроцефалии. Внутреннее исследование внесет ясность в дело: своеобразная туго-напряженная консистенция головки, раздвинутые швы, огромные роднички, иногда пергаментный треск подтвердят диагноз.

Надо только подумать о водянке головы!

Мне известен случай, когда врач, и врач с солидным опытом, не подумал о ней, и найдя большую головку, долго стоявшую над входом, сделал брюшностеночное кесарское сечение. Вы себе представляете его состояние, когда он извлек через живот гидроцефала!

Распознать гидроцефалию при тазовых предлежаниях в начале родов нелегко. Лишь случайно при рентгенографии разве что можно сделать такое открытие.

Другое дело в конце периода изгнания. Упомянутый случай показывает, что тут, после рождения туловища, достаточно опытную руку положить на живот роженицы, чтобы поставить диагноз и сказать: стойте, не извлекайте!

Из сказанного не трудно уразуметь и терапию родов при водянке головки. Она проста и состоит в проколе или в прободении головки. При небольших степенях гидроцефалии советуют делать пункцию тонким троакаром, щадя плод. Известны случаи, где такие плоды оказывались жизнеспособными и развивались вполне правильно. Это, конечно, исключение. Я думаю, что мы не должны особенно стараться получить живого младенца, тем более, что часто гидроцефалия сочетается с другими уродствами, как *spina bifida*, косолапость и проч.

Прокол можно делать длинной иглой, троакаром, скальпелем (обмотанным стерильной ватой за исключением острия), прободником Blot'a и проч. Лучше всего пунктировать в области большого родничка.

По истечении жидкости лучше предоставить изгнание силам природы. Это будет наиболее бережным образом действия.

Конечно, в случаях, когда уже имеются признаки угрожающего разрыва матки или какие-либо осложнения, требующие ускорить роды, следует после перфорации головки наложить краниокласт или же извлечь спавшуюся головку крепкими двузубцами, щипцами Мюзе и т. п.

При последующей головке немедленно после установки диагноза, также показана пункция или перфорация головки.

Так и следовало поступить в нашем случае.

Интерес случая. 24-летняя повторнородящая поступает в конце периода изгнания. В момент поступления рождаются ягодицы и туловище. Головка застревает. Производятся энергичные тракции и давление снаружи без успеха. Перфорация последующей головки выясняет нераспознанную патологию — гидроцефалию. Вскоре после родов наступает тягчайший шок. Распознается разрыв матки и быстро нарастающая подбрюшинная гематома. *In extremis* — чревосечение. Обнаруживается отсутствие крови в брюшной полости, огромная гематома в параткани, неполный разрыв нижнего сегмента и разрыв правой маточной артерии. Надвлагалищная ампутация матки. Выздоровление.

Случай 67-й.

М. С. А., 29 лет, № приемного журнала 5307, поступила в больницу 16-го февраля 1926 г. в 22 часа, в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что роды шестые. 5 раз пациентка родила без помощи искусства; все дети были очень крупные, последний ребенок имел вес в 16 фунтов. Из пяти детей умерло 2; остальные 3 живы и вполне здоровы. Последние роды были 3 1/2 года тому назад. Регулы носит с 15 лет, через 4 недели, по 3 дня, всегда обильные с болями.

Времени последней менструации пациентка не помнит, начала движения плода указать не может.

Настоящая беременность протекала нехорошо. Долго болела „пляской св. Вита“. 3 1/2 месяца до родов появились отеки, чего при прошлых беременностях не было. Отеки замечает на ногах, животе, руках и лице. Последний coitus 2 недели тому назад. Родовые боли начались сегодня, 16-го февраля в 17 часов.

Роженица роста среднего, телосложения правильного. Т нормальна, пульс 88 в минуту. Поражает величина живота. Окружность его 129 см. Кожа живота отечна, особенно в нижних отделах его. Ноги сильно отечны, имеются большие варикозные расширения вен. Матка весьма большая, несколько отвислая, овоидной формы, дно ее на 3 пальца ниже мечевидного отростка, высота дна 46 см. Отечность брюшных покровов мешает определить спинку и мелкие части плода. 3-ий прием Leopold'a обнаруживает головку, стоящую во входе в таз, очень большую и плотную. Сердечные тоны плода прослушиваются правее средней линии ниже уровня пупка; глуховаты. Размеры таза: Dist. Spin. 25 см.; Dist. Crist. 27 см.; Dist. Troch. 34 см.; Conj. ext. 22 см.

Схватки сильные, частые (через 5 минут).

Сделано внутреннее исследование: половая щель зияет, слизистая входа крайне цианотична, шейка сглажена, зев открыт на 3 пальца, края его толстые. Пузырь цел, во время схватки сильно напрягается. Предлежит головка большая, повидимому неподвижно, большим сегментом во входе в таз. Мыс пальцем не достигается. Более детальное обследование головки не произведено из боязни разрыва пузыря. Взята моча для анализа и отправлена в лабораторию.

Как смотреть на наш случай?

1. Большие размеры живота и отеки заставляют подозревать многоплодную беременность. Показаний к вмешательству пока нет. Возможно и многоводие.
2. У нас нет достаточных данных для диагноза „двойни“. Вернее предположить весьма крупный плод. Возможно, что в дальнейшем обнаружится несоответствие между тазом и головкой и потребуются помощь искусства.
3. Вряд ли возможны самопроизвольные роды. Надо на что либо решиться: или на кесарское сечение, пока воды целы, или на профилактический поворот, лишь только будет открытие полным.
4. Наоборот—нужно держаться выжидательной тактики, тем более, что анамнез указывает на самопроизвольные роды крупными детьми. Лишь появление каких-либо строгих показаний должно нас заставить вмешаться.

Я уже говорил, что поражает объем живота. Один взгляд на такой живот может породить мысль о двойнях. Отеки, столь частые при многоплодной беременности, также говорят в пользу этого предположения. Обследуем живот: брюшные стенки слишком толстые (и жир и отеки) чтобы дать возможность точно определить плод или плоды. Мы не находим мелких частей, мы не можем с точностью определить положение спинки; но головку мы определяем, она весьма большая, твердая. Тщательно выслушивая живот, мы находим сердечные тоны лишь справа ниже пупка. Полагаю, что больше данных, говорящих против диагноза двоен. Если ненахождение второго сердце-

биения плода не исключает двойни, то определение такой крупной головки говорит решительно против них. Каковы же должны быть двойни, каков должен быть живот, если головка каждого из двоен будет таких размеров? Многоводие мы исключаем легко: матка не шарообразна, она вовсе не растянута, форма ее типичная, овоидная. К тому же мы при многоводии скорее встретились бы с первичной слабостью родовых болей. У нашей же роженицы родовая деятельность весьма интенсивная. Наконец при внутреннем исследовании мы не видим чрезмерного напряжения плодного пузыря. Наливаясь во время схватки, он во время паузы вялый и мягкий.

Мы должны придти к выводу, что многоводия нет, что плод один, но весьма крупных размеров. Это предположение находит поддержку и в анамнезе: наша пациентка рожаёт 6-ой раз, все дети рождались крупными, один из них весил 16 фунтов.

Говорить о перенашивании не приходится: мы не знаем ни времени последних регул, ни времени появления движений плода.

Как протекут роды?

Обычно матери очень крупных детей сложены хорошо, обычно они обладательницы обширных или по крайней мере нормальных тазов. В силу этого роды у них протекают в большинстве случаев без затруднений. С другой стороны опыт учит, что часто вес детей при каждых последующих родах повышается.

Наша роженица доказала свою способность рожать крупных детей. Она разрешалась без помощи искусства. Даже роды 16-тифунтовым младенцем протекли без особых затруднений. Мы имеем основание ставить благоприятный прогноз и для настоящих родов. Правда могут появиться нарушения течения родового акта в периоде изгнания. Последний может затянуться; большая, твердая головка может плохо конфигурироваться. При подобной дистокии может наступить растяжение нижнего сегмента матки, вплоть до разрыва его или же произойдут разрывы шейки или тазового дна. Затянувшийся период изгнания может быть чреват опасностями и для плода. Следствием чрезмерной продолжительности периода изгнания будет асфиксия плода. Наблюдались случаи, когда после рождения головки плечики не могли вступить в таз, ведь окружность плечиков в таких случаях может достигать 40 см. В таких случаях рекомендуется даже низвести заднюю ручку и продолжать влечение за головку вместе с ручкой. При неудаче разрешается низвести и переднюю ручку, даже рискуя ее сломать. Если же плод уже погиб, то лучше, не откладывая, приступить к уменьшению плечевого пояса путём операции клейдотомии. В последовом периоде возможны атомические кровотечения: Все это надо учесть. Ведь наибольший вес, при котором возможны самопроизвольные роды, 7000 г. И если бы мы на основании анамнеза и данных объективного исследования пришли к выводу, что самопроизвольные роды невозможны, мы решились бы на кесарское сечение, конечно, при условии асептичности родового канала.

Предложение делать профилактический поворот должно быть решительно отклонено, так как последующая головка гигантского плода, твердая и неспособная к должной конфигурации, не может быстро пройти таз. Она застрянет во входе в таз, плод погибнет.

Имеем ли мы в нашем случае достаточно оснований ставить грустный прогноз? Безусловно нет; вряд ли настоящий плод непомерно велик, вряд ли он крупнее своего предшественника. Женщина круп-

ная, таз большой; положение плода правильное, наружное исследование не указывает на пространственное несоответствие между головкой и входом в таз, при внутреннем исследовании мы находим головку, стоящую большим сегментом во входе в таз, родовая деятельность интенсивная. Мы будем вести роды консервативно, зорко следя за состоянием матери и плода. И лишь при появлении каких либо серьезных показаний мы сочтем нужным вмешаться, смотря по условиям момента.

В 23 ч. 50 минут, т. е. 1 час 50 минут после поступления, прошли воды в умеренном количестве, без примеси мекония. Схватки продолжались с прежней силой. Сердечные тоны плода не изменились.

В 5 часов (17-го февраля) начались потуги. При наружном исследовании головка уже не определяется, она глубоко в тазу. Сердечные тоны плода справа ниже пупка, но ближе к средней линии, 136 ударов в минуту.

В 6 часов 10 минут половая щель начала открываться, промежность выпячивается. В 6 часов 50 минут—родился плод, мужского пола с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи и однократным вокруг грудной клетки. Плод в легкой асфиксии, после перезавязки и перерезки пуповины легко оживлен.

Вес плода 6000 г, длина его 65 см.

Послеродовой период прошел гладко. В 7 часов 20 минут вышел послед, весом в 700 г, размеры плаценты 18 × 22. Пуповина весьма длинная, толстая, витая, с большими ложными узлами. Длина ее 114 см.

Итак, родился гигантский плод. Предсказание было правильное, на основании анамнеза и данных объективного исследования мы имели право рассчитывать на самопроизвольные роды.

Но обратимся к плоду. Мы говорим о крупных плодах, когда вес их превышает 4000 г, мы говорим о гигантских плодах, если вес их превышает 5000 г. (рис. 165 и 166). Такие плоды редкость: на 5000 родов приходится один гигантский плод. Всего *Ahlfeld* насчитывает в мировой литературе 80 гигантов. Наибольший ребенок, когда-либо родившийся, весил 11.300 г и имел длину в 70 см. Матери гигантских плодов большею частью повторно- или многоплодные. Если некоторая часть гигантских плодов и переносена, то все же коротким сроком перенашивания никак нельзя объяснить чрезмерного веса и роста плодов. Уже факт повторного рождения одной и той же женщиной гигантов указывает на глубокие причины родов гигантами. Этиологию мы должны искать в функции эндокринных желез, а именно гипофиза, щитовидной и половой железы, а также в повышенной функции плаценты, как органа питания. Интересно, что *A. Mayer* (1927) смотрит на гигантский рост плодов как на конституциональную особенность, унаследованную от отца. Он многократно наблюдал, что маленькие, хрупкие женщины, жены крупных мужей, рожают гигантов. Тесную зависимость величины головки плода от размеров головы отца отметил уже давно *Sellheim*.

В нашем случае действительно послед весьма большой, вес его 700 г; возможно, что первичным является именно чрезмерная функция послета, поведшая к чрезмерному росту плода.

Далее поражает длина пуповины—114 см. Если нормальная длина пуповины 50 см, то длина пуповины в нашем случае более чем в 2 раза превышает норму. Кстати отмечу, что ненормальная длина пуповины обычно на течение родов влияния не оказывает, но все же акушерское значение ее значительно, так как предрасполагает к обвитиям вокруг той или иной части тела, к образованию истинных узлов и, что весьма важно, к выпадению пуповины. Самая длинная пуповина, описанная в литературе, имела длину в 3 метра (*Schneider*).

Самая длинная пуповина, виденная мною, имела в длину 120 см; случай кончился трагически для плода: при открытии в 1 палец отошли воды, выпал целый конволют петель пуповины, плод погиб. В нашем случае длина пуповины осталась без влияния на роды.



Рис. 165.

Рис. 166.

Рис. 165. Зрелый плод нормальной величины (3390 г, 50 см).

Рис. 166. Крупный плод (4600 г, 52 см): большая голова, широкие плечи, обильное отложение жира.

Послеродовой период осложнился легким эндометритом. Младенец в дальнейшем погиб от пемфигуса.

Что же мы будем делать, если пациентка придет к нам опять беременная? Назначение какой-либо диеты вряд ли даст эффект. Если исследование в конце беременности укажет на гигантский плод, можно будет предложить искусственные преждевременные роды. Срочные роды мы опять будем вести консервативно; если же в родах мы убе-

дямся в значительном несоответствии между тазом и головкой, мы приступим к кесарскому сечению, если только родовый канал асептичен.

Тут следует упомянуть, что в случаях беременности гигантским плодом *Zangemeister* и *Péry* (Бордо) предлагают принципиально возбуждать роды за некоторое время до срока. *Lang* считает возможным принять предложение *Zangemeister'a* лишь для редких случаев привычного отмирания плода до родов. По его мнению наилучший прогноз дает консервативное ведение родов. При весе плода выше 4500 г смертность детей 0,8%, при весе выше 5000 г — 14,1%. По *Haba* (Будапешт) мертворождаемость детей выше 4000 г дает 2,7%. Он также за консервативное ведение родов, потому что 92,95% родов кончаются силами природы.

Интерес случая: многорожавшая поступила в роды с сильными отеками. Живот был необычайных размеров. Исключено многоводие и двойни. Поставлен диагноз гигантского плода. На основании анамнеза и данных исследования поставлен благоприятный прогноз. Роды ведены консервативно и закончились рождением гигантского плода весом в 6000 г. Послед весил 700 г, длина пуповины 114 см. Необычайного телосложения и питания плод все же погиб от пемфигуса.

Случай 68-й.

Н. Н., 25-ти лет (№ приемного журнала 3650), поступила в Родовспомогательное Заведение 10-го ноября 1908 г. по случаю наступивших преждевременных родов. Роды первые, 4 недели до срока. Анамнез без особенностей. Ночью дома отошли воды в значительном количестве, к утру начались родовые боли, усилившиеся к вечеру. В 18 часов роженица прибыла в Родильный Дом.

Роженица цветущая блондинка, хорошего питания и правильного телосложения. Таз нормальный. Живот овоидной формы, окружность его 95 см. Справа в дне матки мелкие части. Спина слева; сердечные тоны плода выслушиваются слева ниже пупка. Головка в полости; при 3-ем приеме Leopold'a с трудом определяется лишь основание черепа.

Внутреннее исследование: открытие зева полное. Вод нет. Головка выполняет полость таза, покрыта большой родовой опухолью, затрудняющей детальное обследование.

Диагноз: Преждевременные роды у первородящей. Первое черепное положение. Живой плод.

Предсказание не вызывает сомнений.

Вскоре по поступлении начались сильные потуги. Период изгнания приближался к концу.

В 20 часов — роженица очень утомлена, потуги начинают слабеть, сердечные тоны плода значительно глуше.

Что делать?

1. Повидимому имеется вторичная слабость родовых болезней. Нужно их возбудить впрыскиванием препарата гипофиза.
2. Ввиду явных показаний к окончанию родов со стороны плода следует наложить щипцы.
3. Плод недоношенный, щипцы нельзя наложить. Показано выжимание по *Kristeller'u*.

В одном вы повидимому сходитесь все: вторичная слабость родовых болей и начинающаяся асфиксия плода налицо.

Наиболее рациональный способ усилить родовые боли есть введение в организм препаратов гипофиза. Но будет ли оно в данном случае целесообразно? Изменение сердечных тонов плода указывает

на начинающуюся асфиксию плода, с родоразрешением надо спешить, могут потребоваться повторные инъекции препарата, а время не ждет. Надо действовать более энергично. Выжимание плода по Kristeller'у прием испытанный и во многих случаях действительный. Он пригоден в случаях, где изгнание плода затягивается вследствие недостаточной работы изгоняющих сил; условиями его применения являются: продольное положение плода, полное открытие зева, достаточная тонкость брюшных стенок, отсутствие сильного напряжения их и не слишком большая чувствительность к давлению. По моим наблюдениям выжимание плода по Kristeller'у имеет шансы на успех лишь при головке, стоящий в выходе таза; кроме того позволю себе утверждать, что этот метод, весьма ценный для повторнородящих, мало пригоден для первородящих.

У нашей больной можно было бы испытать выжимание по Kristeller'у, но без уверенности в успехе. Больная первородящая с весьма упругими брюшными стенками. Головка хотя и выполняет полость малого таза, но еще не в выходе его. Попытки к выжиманию требуют времени, а тут дорога каждая минута: установлена начинающаяся асфиксия плода. Наш случай следует признать неподходящим для Kristeller'a, тут нужно действовать решительно и быстро, родоразрешить как можно скорее, а это возможно путем наложения щипцов. Для щипцов все условия налицо: полное открытие зева, отсутствие плодного пузыря, стояние головки „zangengerecht“, подходящие размеры таза и головки и живой плод.

Пользуясь случаем; я скажу несколько слов в пояснение понятия „zangengerecht“: Многие авторы понимают это слово в том смысле, что головка должна стоять в выходе малого таза при стреловидном шве, стоящем в прямом размере; другие считают, что головка стоит „zangengerecht“, если она достигла тазового дна и затылок более или менее направлен к лону; третьи считают достаточным прохождение наибольшей периферией головки тазового входа; в последнем случае проводящая точка головки находится на уровне или чуть выше межостной линии, *linea interspinalis*. Тут надо разобраться и раз навсегда решить, что же понимать под словом „zangengerecht“. Самые благоприятные условия для наложения щипцов мы имеем тогда, когда головка выполняет полость таза и внутренний поворот головки (2-ой момент механизма) завершился, т. е. когда стреловидный шов стоит уже в прямом размере. Но каждый акушер знает, что такие идеальные условия встречаются в действительности не часто. Нередко головка еще неполно выполняет тазовую полость, стреловидный шов еще не успел встать в прямой размер, а находится в том или другом косом размере — и тем не менее операция наложения щипцов в опытных руках протекает правильно. Другое дело, если головка только известным сегментом прошла плоскость входа в таз и большая часть тазовой полости оказывается пустой. В таких случаях — условия для наложения щипцов неблагоприятны, мы стоим перед операцией „высоких щипцов“, операцией опасной, чреватой иногда тяжелыми последствиями для матери и плода. В таком случае головка не может быть названа стоящей „zangengerecht“. Истина, как всегда, в середине: *zangengerecht* мы назовем головку, своей наибольшей периферией уже прошедшую плоскость входа в таз, большей своей массой опустившейся в тазовую полость; в таком случае широкая часть полости будет занята головкой, в плоскости узкой части, т. е. на уровне седалищных остей

(in linea interspinali), будет находиться проводящая точка головки, стреловидный шов будет стоять где либо между поперечным и прямым размером, чаще уже в косом размере. Это и будет стояние „zap-gengerecht“.

Итак в нашем случае условия к наложению щипцов даны. Правда, мы пока не могли определить стреловидного шва, потому что большая родовая опухоль мешала нам его найти. Но нет сомнения — в наркозе, войдя полурукой в таз, мы сумеем его определить.

В 20 час. 30 мин. под общим наркозом приступлено к операции: Перед введением ложек полурукой войдено во влагалище. Головка оказалась покрытой значительной родовой опухолью, дающей впечатление, что головка в выходе таза. В действительности головка в узкой части полости. Стреловидный шов не определяется. Спереди за лоном ясно определяется большой родничок, сзади, впереди копчика, малый. Стало ясно, что головка стоит в заднем виде затылочного положения.

Щипцы наложены типически: левая ложка, взятая левой рукой, введена в левую половину таза, правая ложка правой рукой введена в правую половину таза. Ложки легли в поперечном размере таза, легко сомкнуты, приступлено к тракциям.

Рекомендую, прежде чем приступить к тракциям, взять рукоятки щипцов сверху левой рукой, 2-мя пальцами правой руки войти во влагалище и убедиться, что ложки вплотную прилегают к головке и что они не захватили ничего из мягких частей матери. Далее отпустите рукоятки, посмотрите внимательно на их положение, оно Вам укажет направление, в котором Вам надлежит производить первые тракции. В нашем случае рукоятки лежат почти горизонтально: иначе и быть не может: головка в полости. Оператор приступает к первой тракции так наз. пробной. Хотя некоторые авторы считают пробную тракцию лишней (*Stoekel*), я все же советую Вам ее не забывать. Во время этой операции оператор одним пальцем левой руки следит за продвижением головки. Если он увидит, что головка следует за щипцами, то цель пробной тракции достигнута, и он может продолжать операцию. Если же он заметит, что головка отстаёт от щипцов, что она остается на месте, а щипцы продвигаются, становясь как бы длиннее, то станет ясным, что предстоит так наз. соскальзывание щипцов, событие весьма серьезное в смысле возможности крупных повреждений мягких частей матери. Оператор должен во время заметить соскальзывание щипцов, он должен прекратить тракцию и выяснить причину соскальзывания. Итак пробная тракция должна быть сохранена. В наше случае оператор, успешно сделав пробную тракцию, приступил к извлечению головки, делая тракции в горизонтальном направлении, т. е. на себя. Задний вид затылочного положения! Мы не забудем, что тракции будем производить на себя до тех пор, пока под лоно не подойдет и не установится под лонной дугой большой родничок. Затем мы будем производить тракции вверх для того, чтобы выкатить затылок над промежностью, после чего уже, вновь опуская щипцы книзу, мы выведем лоб и лицо из-под лонной дуги.

Итак щипцы наложены типически в поперечном размере таза и легли на головку бипаритетально. Мы приступили к тракциям прямо на себя, т. е. горизонтально. Головка подавалась очень туго, пришлось при тракциях применять значительную силу. Это обстоятельство нас весьма удивило, потому что было для нас необъяснимо. Все же после нескольких сильных тракций удалось головку настолько подвинуть, что область большого родничка уперлась в лонную дугу. Тогда оператор переменял положение, стал справа (у правого бедра матери) и поднятием рукоятки кверху способствовал выкатыванию затылка над промежностью. Это выведение затылка удалось с трудом. После этого щипцы сняты, сперва правая ложка (отведением рукоятки к левому

паховому сгибу матери), потом левая (отведением ее к правому паху), осталось вывести лоб и лицо из под лона (рис. 167). Оператор попросил помощника давить на дно матки, захватил головку рукою и, производя разгибание, дал родиться личику. Оператора и всех присутствующих поражало с какой трудностью удалось извлечь головку. Ведь она была невелика, стояла „zangengerecht“ и, хотя и шла в заднем виде, не должна была представлять затруднений для извлечения щипцами.

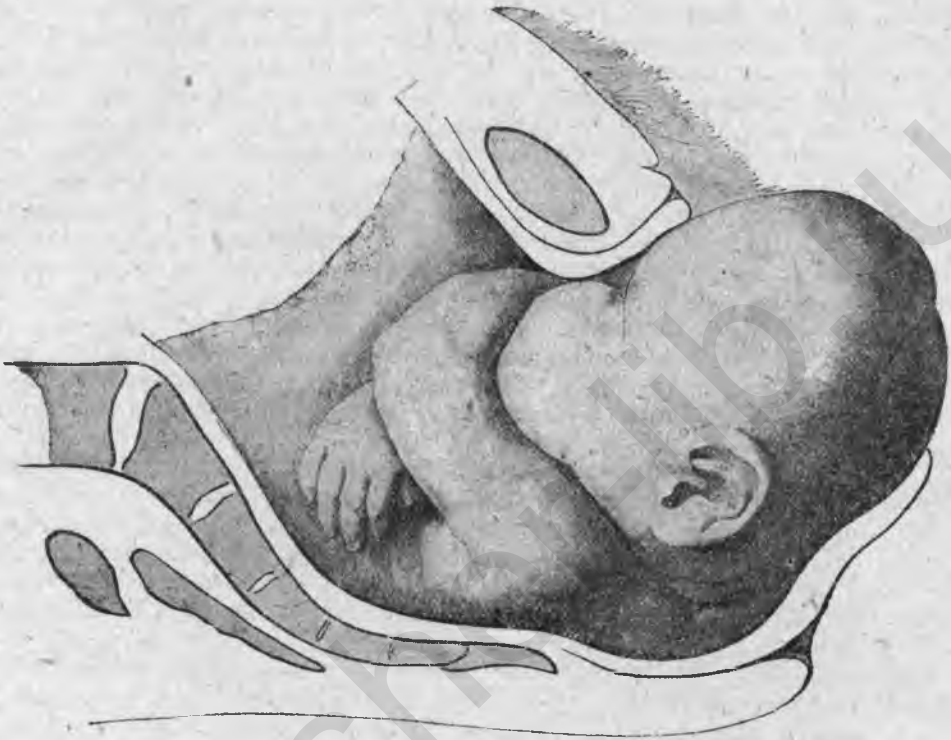


Рис. 167. Прорезывание головки в заднем затылочном положении.

Мы приступили к выведению плечиков. В то время как помощник производил давление снаружи на ягодницы плода, оператор *lege artis* захватил головку, повернувшуюся лицом к правому бедру матери, и начал потягивать книзу в расчете, что переднее плечико опустится и подойдет под лонную дугу. Но его постигла полная неудача! Плечико не опускалось. Пришлось применить значительную силу: плечико не показывалось.

В чем дело? Как поступить?

1. Очевидно имеется чрезмерное развитие туловища и плечевого пояса. Надо тотчас же низвести заднюю ручку и продолжать извлечение.
2. Судя по небольшой величине головки, вряд ли мы имеем основание ставить диагноз чрезмерного развития туловища. Вероятно тут какое либо уродство или опухоль. Ребенок вероятно уже погиб. Показана эмбриотомия.

Вы знаете, что обычно после рождения головки достаточно надавливания снаружи на ягодницы, чтобы плечики начали прорезываться. Часто приходится помочь легким влечением за головку. Захватив ее обеими руками, но так, чтобы не сдавливать боковые части шеи (*art.*

carotis!), Вы тянете за нее книзу и переднее плечико быстро показывается из-под лона. Правда, при чрезмерном развитии туловища и плечевого пояса у крупных плодов приходится применять значительную силу и, если и тогда не удастся привести плечики к врезыванию, остается войти во влагалище полурукой и низвести заднюю ручку. Благодаря этому размер плечиков (*diameter bisacromialis*) устанавливается косо, плечевой пояс таким образом получает возможность пройти через тазовое кольцо, и извлечение не представляет затруднений.

При значительном несоответствии между тазом и плечевым поясом, при сильных степенях узкотазия или при гигантских плодах, после тщетных попыток к извлечению, когда плод уже погиб, показана клейдотомия, операция рассечения ключицы или обеих ключиц. При оттягивании головки книзу крепкими ножницами под контролем пальцев левой руки рассекается кожа плечевого пояса над передней ключицей и сама ключичная кость. Часто при этом под удар ножниц попадают и верхние ребра, что даже выгодно. Если этого оказывается мало, то делается рассечение и другой ключицы. Для этого головка подымается кверху, пальцы левой руки определяют заднюю ключицу, которая в свою очередь рассекается ножницами. Плечевой пояс спадается и плод без труда извлекается. Мне приходилось несколько раз делать клейдотомию, всегда после операции перфорации головки и краниоклазии.

Но имеем ли мы основание предполагать в нашем случае чрезмерное развитие туловища? Головка небольшая. Оператор вошел полурукой во влагалище и нашел плечевой пояс, стоящий в полости малого таза! Можно было обойти весь плечевой пояс: он препятствий не мог представить. Ничего другого не оставалось, как вывести заднюю ручку, что удалось легко. Тракции возобновлены, и опять безуспешно.

Стало ясно, что имеется со стороны плода препятствие, лежащее выше, какая либо опухоль или уродство.

Мы стали аускультировать живот роженицы: сердечных тонов нигде не слышно! Плод погиб. Теперь мы могли уже, не спеша, закончить родоразрешение, оперируя на мертвом плоде. Оператор опять вошел во влагалище и без всякого насилия вывел из под лона переднюю ручку, причем сломал плечевую кость. В этот момент мы заметили, что шея плода истощена, очевидно в силу разрыва позвоночника.

Мы решили приступить к эмбриотомии. Оператор поручил ассистенту оттягивать головку и плечевой пояс с ручками книзу, намереваясь вскрыть грудную клетку. В этот момент оторвалась головка, после 2-х тракций за ручки извлечено туловище плода, обезображенное большим животом. Эмбриотомию делать не пришлось. Пуповина переязана, плод отделен от матери.

Через 20 минут вышел послед, очень большой, бледный, перерожденный. Вес его 650 г. Размеры 21×22. Оболочки дряблые. Пуповина спавшаяся, длина ее 40 см. Наружных разрывов нет. Имеется небольшой продольный разрыв влагалища справа, на который наложено 5 швов.

Плод, на вид доношенный, женского пола, с оторванной головой. Живот большой, содержит свободную жидкость, окружность живота 37 см.

После пришивания головки, вес плода 3400 г, длина 55 см, окружность груди 34 см.

Послеродовой период без осложнений, родильница выписалась на 8-ой день здоровой. Вскрытие плода обнаружило сифилитический гепатит, водянку живота.

Правильно ли мы вели роды? В общем и целом — да, в деталях же имеются дефекты. Наступление вторичной слабости родовых болей и признаков асфиксии плода заставили поспешить с родоразрешением. Методом ^{деф.} ^{ас.} ^{бор.} в ^{ж.} а было наложение щипцов, ввиду наличности всех условий к этой операции. Наложены щипцы правильно. Направление

тракций вытекало из имеющегося заднего вида затылочного положения. Но трудность извлечения головки оставалось долгое время без объяснения; производя сильное влечение за родившуюся головку мы вначале не подозревали имевшегося препятствия, в виде водянки живота. Тракции за головку были слишком энергичны и мы, правда уже на мертвом плоде, убедились в том, что нанесли плоду серьезную травму в виде повреждения позвоночника. В дальнейшем уже после выведения ручек мы оторвали головку. Допустим ли отрыв головки при родоразрешении? Конечно, нет. Лишь при операции декапитации (при запущенном поперечном положении) мы отделяем головку от туловища, действуя так вполне сознательно и целесообразно. При родах же в головном положении отрыв головки действие неправильное и отвратительное. И тем не менее мы его совершили. Почему? Потому что мы не учли препятствия со стороны туловища, мы не поставили во время диагноза водянки живота. Лишь в дальнейшем мы „прозрели“ и стали искать препятствие.

Какие же бывают препятствия к изгнанию туловища после рождения головки? О чрезмерном развитии туловища и плечевого пояса мы уже говорили. Изгнанию туловища могут оказать препятствие опухоли крестцовой области — тератомы (рис. 168), *spina bifida* с большим *meningocele*, врожденные двусторонние кисты почек, достигающие величины головки новорожденного, перерастянутый мочевой пузырь при врожденной атрезии уретры, водянка живота плода при внутриутробном перитоните, сифилисе, пороке сердца. Пупочные грыжи вряд ли могут вести к затруднению изгнания плода, разве что они сопровождаются значительной эвентрацией печени и всех брюшных внутренностей.

Затруднения могут возникнуть и при сильной отечности плода при *chondrodystrophia congenita*. Наконец различные двойные уродства могут повести к остановке родов после рождения головки. Яркий случай мы уже обсудили в беседе о *thogacoragus*. Если бы мы вовремя поставили диагноз водянки живота, мы без сомнения прекратили бы во время попытки к извлечению плода за головку и ручки и прибегли бы к пункции живота; по истечении асцитической жидкости извлечение плода не представило бы затруднений.

Прилагаемый рисунок делает понятным затруднение изгнания туловища (рис. 169).

В заключение нескольких слов об операции щипцов при задних видах затылочного положения.

Я не ошибусь, если скажу, что решающим фактором в этиологии заднего вида в нашем случае была водянка живота, что понятно без лишних слов.



Рис. 168. Тератома крестца.

Задний вид был распознан по нахождению большого родничка за симфизом, малого родничка сзади, впереди копчика. Состояние сильного сгибания головки доказывало, что перед нами задний вид затылочного положения, а не переднеголозное предлежание.

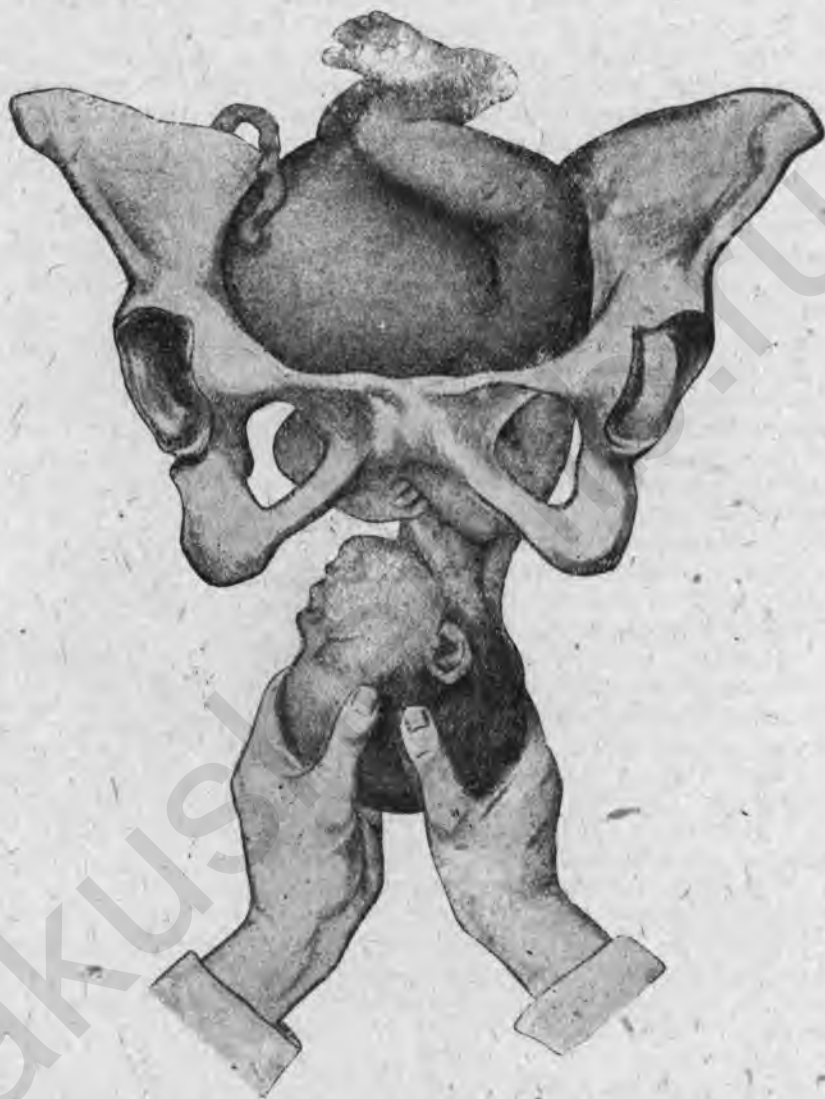


Рис. 169. Затруднение изгнания вследствие непомерно большого живота плода.

Практическому врачу нередко приходится решаться на операцию наложения щипцов при затылке, обращенном кзади. Залогом успеха является точное распознавание, учет условий случая и знание механизма родов.

Первый вопрос: с чем мы имеем дело, с задним ли видом затылочного положения или с переднеголовным предлежанием?

Под переднеголовным предлежанием я понимаю такое черепное предлежание, при котором в нижних отделах тазовой полости передняя часть головки с большим родничком стоит спереди и низко, причем стреловидный шов стоит в одном из косых размеров полости, реже в прямом. Оно резко отличается от заднего вида затылочного предлежания, при котором, хотя передняя часть головки также стоит впереди, затылок в силу сгибания головки стоит глубже и малый родничок идет по проводной оси. Эта кардинальная разница выявляется лишь в глубоких отделах таза, потому что во входе в таз, в широкой части полости, низко стоящий, опущенный большой родничок вовсе не доказателен для переднеголового предлежания. В большинстве подобных случаев в дальнейшем течении изгнания сгибание все-таки завершается, малый родничок опускается глубже большого, чем создается обычное затылочное предлежание.

Это строгое разграничение двух внешне похожих друг на друга, по существу же разных предлежаний особенно существенно для наложения щипцов.

При настоящем переднеголовном предлежании головка должна быть извлечена именно в таком положении, в то время как при заднем виде затылочного положения возможен переход его в передний вид, а также потому, что самое извлечение головки должно следовать совсем другому механизму, чем при переднеголовном предлежании.

При заднем виде затылочного предлежания прежде рекомендовали употреблять щипцы не только как инструмент влекущий, но и вращающий, с целью перевести затылок к симфизу.

Если во время тракций вы заметите, что головка сама поворачивается затылком кпереди (щипцы перейдут в прямой размер таза) вы, конечно, этому препятствовать не будете: вы снимите щипцы и наложите их вновь как при передних видах—задний вид затылочного перешел в обычный передний вид. Искусственно же вращать я считаю недопустимым. Не забывайте, обычные щипцы—инструмент только влекущий, а отнюдь не ротационный. Искусственное вращение далеко не безопасно: за вращательным движением может следовать не только головка, но и мягкие части матери. Я сам видел глубокие рваные раны влагалища, глубоко проникающие в паракольпий. Нужна большая, грубая сила, чтобы стоящую глубоко в тазу, хорошо сконфигурированную головку повернуть затылком кпереди.

Наложив щипцы при стреловидном шве, стоящем в прямом размере, типически (т. е. бипаритально на головку, в поперечном размере таза) вы начинаете тракции, следуя тому механизму, который должна проделать головка и который в этот момент ярко стоит перед вашим умственным взором.

Правда, извлечение головки может встретить большие затруднения, возможно внезапное выскакивание головки с причинением большой травмы тазовому дну. Я сам на первых порах своей акушерской деятельности, извлекая головку в заднем виде, получил разрыв третьей степени именно в силу внезапного выскакивания головки, а головка принадлежала плоду, даже не вполне доношенному!

Лучше при угрожающем разрыве промежности разгрузить ее посредством своевременной перинеотомии.

Сперва тракции производятся книзу, пока под лонную дугу не будет подведена область большого родничка. Затем рукоятки щипцов приподымаются и выводится над промежностью затылок. Не за-

будьте, *punctum fixum* под симфизом образует большой родничок (а не *glabella*, как при переднеголовном предлежании).

После выведения затылка рукоятки опять опускаются и этим из под симфиза освобождаются лоб и лицо.

Все время, с момента наложения щипцов до снятия их, замковая часть щипцов смотрит на затылок плода (а не на темя, как при переднеголовном предлежании).

По этому плану совершается извлечение щипцами головки, стоящей в заднем виде глубоко в тазу. При вышестоящей и еще не конфигурировавшейся головке иногда совершается силами природы (без насильственной ротации со стороны оператора) поворот затылка кпереди. В таком случае стреловидный шов сперва переходит в поперечный размер таза, щипцы оказываются лежащими в размере близком к прямому. Они должны быть раскрыты и ложки переведены вокруг головки так, чтобы верхушки ложек, бывшие до сих пор обращены к передней части головки, теперь были обращены к затылку. Лучше их снять и вновь наложить уже так, как полагается при передних видах.

К этому весьма важному приему мы вернемся еще в одной из следующих бесед.

Интерес случая: У первородящей в периоде изгнания наступает вторичная слабость родовых болей. Распознается задний вид затылочного положения. Угрожающая асфиксия плода заставляет спешить с родоразрешением. Извлечение головки щипцами представляет большие трудности, несмотря на типическое положение ложек и правильные тракции. По рождении головки извлечение туловища встречает затруднения. Выводится задняя ручка. Ввиду того, что плечевой пояс не может служить препятствием для рождения туловища, ставится предположительное распознавание уродства или опухоли. Выводится и передняя ручка. К этому времени плод отмирает, шея плода оказывается истонченной вследствие разрыва позвоночника. Головка отрывается. Обследованием полурукой устанавливается препятствие со стороны живота плода. Предполагается сделать эмбриотомию. Влечением за ручки извлекается плод с водянкой живота.

Этиология—люэс.

Неправильности вставления.

Случай 69-й.

Ф. П. 35 лет, первородящая, поступила в Родовспомогательное Заведение 22-го февраля 1905 г. в 30 минут ночи.

Из анамнеза мы узнаем, что она замужем около 2-х лет. Ничем особенным не хворала. Последние регулы—10-го мая 1904 г.. Родовые боли начались 18-го февраля в 10 часов. Собиралась родить дома, но так как роды затянулись, была доставлена в Родильный Дом (спустя трое с половиной суток с начала родовой деятельности). При поступлении потужная деятельность бурная. Срочные роды. Наружным исследованием предлежащая часть уже не определяется. Размеры таза: *Dist. Sp.* 22;—*Dist. Crist.* 25; *Dist. troch.* 30; *Conj. ext.* 18. Сердцебиение плода слева ниже пупка.

В 3 ч. 30 мин. половая щель начала открываться и в ней стала показываться головка.

Вскоре потуги стали реже и слабее.

В чем же дело?

1. Истощение мышечной силы матки и брюшного пресса—вторичная слабость потуг.
2. Какая либо неправильность механизма родов, напр. задний вид или поперечное стояние головки.
3. Короткость пуповины.

Действительно, наблюдая за периодом изгнания, мы были уверены, что младенец родится в ближайшее время. Имеющееся общее сужение таза могло вполне объяснить затяжное течение периода изгнания, но, казалось, хорошая родовая деятельность преодолела все препятствия и врезывание уже началось. Но вот потуги теряют свой „потрясающий“ характер, становятся слабее, наступают все реже и реже. Вторичная слабость потуг налицо. Но причина ее наступления нам неизвестна. Может быть внутреннее исследование выяснило бы нам этиологию затихания потуг, но мы решили воздержаться пока от исследования и бороться с *debilitas dolorum*.

Что можно предпринять при слабости потуг в конце периода изгнания?

1. Впрыснуть препарат гипофиза.
2. Дать наркотические.
3. Применить выжимание по *Kristeller'y*.

Выжимание плода по *Kristeller'y* есть операция родоразрешающая. Она—прием, имеющий целью компенсировать недостающую деятельность брюшного пресса. И если успех ее в конце периода раскрытия или в начале периода изгнания более чем сомнителен, то в конце периода изгнания она вполне уместна. В нашем случае мы от этого метода воздержались, имея дело с пожилой первородящей, с напряженными и чувствительными стенками. Препарат гипофиза в то время (1905 г.) был неизвестен. Питуитрин мы начали применять впервые в 1911 г. (первое сообщение в русской литературе—моя статья во Врачебной Газете 1911 г. № 51). Думаю, что в настоящее время мы в данном случае сделали бы подкожное впрыскивание *pituitrin'a* (или *pituglandol*, *hypophysin*).

Мы решили дать роженице отдохнуть, мы дали ей легкий хлороформный наркоз в продолжение 20 минут (5 час. 30 мин.) После наркоза ожидаемого усиления потуг не наступило. Во время потуг головка показывалась в половой щели, во время пауз она скрывалась. Показался меконий.

Решено сделать внутреннее исследование: открытие зева полное. Головка выполняет полость таза, большая родовая опухоль в выходе таза. Стреловидный шов стоит в поперечном размере таза. Малый родничок слева, большой не достигается. К концу исследования обнаружено, что девственная плева цела.

Итак, мы имели дело с так называемым низким поперечным стоянием головки у старой первородящей с общеравномерно суженным тазом, с ненарушенным *humer'om*, с вторичной слабостью родовых болей в конце периода изгнания и с угрожающей асфиксией плода.

Возраст роженицы и сужение таза—причина затяжного течения родового акта, отклонение от обычного механизма родов, т. е. низкое поперечное стояние головки, усложнило период изгнания, началась асфиксия плода. *Humer intactus*—случайная находка.

Есть ли показания к родоразрешению?

Конечно, да, и притом к немедленному. Утомление роженицы еще не показание к родоразрешающей операции. Тут нет ни повышенной

температуры, ни растяжения нижнего сегмента. Отхождение мекония в связи с замедлением сердечных тонов плода (около 100 ударов в минуту) определенно указывает на асфиксию плода и заставляет нас спешить.

Из родоразрешающих операций в данном случае уместна исключительно операция наложения щипцов.

В момент введения ложек возник вопрос: как быть с девственной плевой? Рассекать ее или нет? Известно, что если целостность плевы зависит от чрезмерной растяжимости, то она не представляет препятствий для изгнания плода и гименотомия является ненужной. Если же плева при coitus'ах не разрывается вследствие неподатливости ткани, то она может затруднить прорезывание головки и приходится ее рассекать. В нашем случае ни о какой ригидности плевы не могло быть и речи, и мы ее не рассекали.

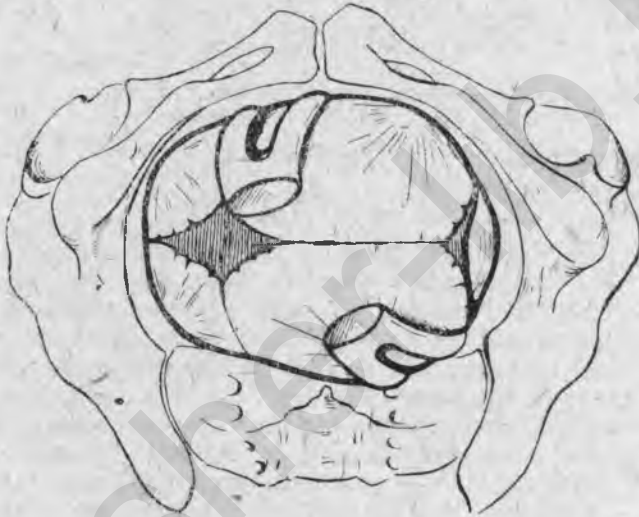


Рис. 170. Низкое поперечное стояние головки. Первая позиция. Щипцы наложены в левом косом размере.

Как накладывать щипцы при низком поперечном стоянии головки? Наложить их типически по отношению к тазу, т. е. в поперечном размере его, нельзя: они лягут на затылок и лицо плода. Наложить их типически по отношению к головке плода, т. е. на боковые ее поверхности, также нельзя: они лягут в прямом размере таза, получится полное несовпадение тазовой кривизны щипцов с кривизной таза (речь идет об общеупотребительных щипцах, напр. Simpson'a).

Надо их наложить в косом размере таза, притом в том из косых размеров, при котором верхушки ложек будут обращены к затылку (рис. 170).

Приступая к тракциям нельзя производить вращательных движений. Казалось бы проще всего внутренний поворот головки, не совершившийся по той или иной причине, завершить простой ротацией головки на 90 градусов. Но мы знаем, что обычные щипцы—инструмент только влекущий, а отнюдь не ротационный. Попытки ротировать чреваты тяжкими последствиями для матери (глубокие разрывы влагалища, нарушение пузырновлагалищной перегородки) и далеко не без-

различны для плода („можно в буквальном смысле свернуть шею плоду“. *Груздев*).

Во время тракций поворот затылка кпереди начнется сам собою, что мы увидим по положению щипцов: они из косога размера, в котором они наложены, постепенно перейдут в поперечный размер таза, в дальнейшем в другой косога размер. Самое большее, что можно себе позволить,—это бережно способствовать и содействовать повороту головки затылком кпереди. При этом повороте головки затылком по направлению к симфизу она отчасти поворачивается в щипцах, отчасти вместе со щипцами. Если теперь щипцы повернулись в противоположный первоначальному косога размер, стреловидный шов по всей вероятности достиг уже прямога размера (рис. 171). Тогда советуем



Рис. 171. Головка совершила свой внутренний поворот. Щипцы перешли в правый косога размер.

щипцы снять и наложить вновь, но уже типически в поперечном размере таза и продолжать операцию, как при типических выходных щипцах.

В редких случаях приходится наблюдать, что поперечно-стоящая головка обнаруживает наклонность повертываться затылком не кпереди, к симфизу, а кзади к копчику. Нужно ли этому противодействовать? Нет; убедившись в неуклонном стремлении головки повернуться кзади, мы снимем щипцы и будем продолжать операцию так, как это полагается при заднем виде затылочного положения.

Но вернемся к нашему случаю.—Левую ложку мы наложили более кзади, по направлению к foramen ischiadicum majus, правую более кпереди, по направлению к горизонтальной ветви правой лонной кости. Щипцы замкнулись легко, лежа в левом косога размере таза, верхушками своих ложек обращенные к затылку (1-е затылочное положение). Пробная тракция доказала, что щипцы не соскальзывают, что головка легко подается; после 2—3 тракций щипцы уже лежали в поперечном размере таза, и пальцем можно было определить малый редничок слева и спереди. Ротировать не пришлось; головка сама поворачивалась. Еще несколько тракций и щипцы перешли в правый косога размер; одновременно с этим из под лона стал выкатываться затылок.

В этот момент мы заметили, что начался разрыв плевы, спайки и промежности. Щипцы были сняты и головка выведена ручными приемами. Плод, доношенный мальчик, (вес 2800 г) в асфиксии, легко оживлен.

Вслед за рождением младенца из родовых путей излились в небольшом количестве воды, густо окрашенные меконием, и началось кровотечение. Послед легко выжат по *Credè*. Ввиду продолжающегося кровотечения при хорошо сократившейся матке, введены зеркала, причем обнаружен небольшой боковой разрыв шейки: наложено 2 шва. На разрыв задней стенки влагалища и промежности наложен ряд швов. Под кожу впрыснут эрготин.

Течение послеродового периода было гладкое. Максимальная температура—37,5. Родильница выписалась на 9-ый день со здоровым ребенком.

Итак в данном случае имело место практически важное отклонение от нормального механизма родов, так наз. низкое поперечное стояние. Как часто врач-акушер при затяжных родах открывает наконец причину задержки в изгнании плода, определяя при внутреннем исследовании низкое поперечное стояние! В 1—1½% всех черепных предлежаний наблюдается эта аномалия. В чем же дело? Часто ли поперечное стояние головки нечто ярко патологическое, аномалия *sui generis*? Вы знаете, что при нормальном механизме родов головка, совершив сгибание (1-ый момент), опустившись в полость малого таза, должна совершить свой внутренний поворот, причем затылок обращается к лонной дуге, а стреловидный шов переходит в прямой размер таза. Нахождение стреловидного шва в поперечном размере широкой или узкой части полости есть явление обычное, есть лишь переходящая фаза нормального механизма и никоим образом не может считаться патологическим явлением. Правда, слишком долгое пребывание головки в поперечном размере широкой части полости может быть названо патологическим. Представьте себе теперь, что в конкретном случае головка, продвигаясь по родовому каналу, достигает тазовое дно с поперечно расположенным стреловидным швом. Часто еще тут на тазовом дне головка проделывает свой внутренний поворот, поворачиваясь затылком к лону. Если же тут, несмотря на хорошую родовую деятельность, головка не обнаруживает стремления повернуться и затылок остается обращенным к одной из боковых стенок таза (при 1-ой позиции к левой, при второй позиции к правой), а лобная часть к другой, то мы говорим о низком поперечном стоянии головки.

Клиническое значение низкое поперечное стояние получает при более или менее длительном существовании. Стреловидный шов остается стоять поперек таза. Могут пройти многие часы сильной родовой деятельности, стреловидный шов не обнаруживает наклонности сдвинуться с места, хотя головка уже давно достигла тазового дна. Правда, в большинстве случаев сильные схватки все же в конце концов заставляют затылок сдвинуться с мертвой точки, именно в силу того, что головка уже приблизилась к выходу таза, где родовой канал делает свой физиологический изгиб кпереди и когда шейная часть позвоночника делает свое обычное боковое сгибание. В меньшем числе случаев низкое поперечное стояние становится стационарным, изгоняющие силы истощаются и роды грозят остановиться. Головка зрелого плода не может пройти через тазовой канал, стоя в поперечном размере. Это остается верным, несмотря на сообщение *Bauer*'а, видевшего прорезывание головки доношенного плода в поперечном стоянии. Другое дело недоноски: их маленькая головка может родиться, идя и поперечно, при широкой лонной дуге, большом поперечном размере выхода таза, при широких мягких родовых путях.

Мы не будем останавливаться на этиологии низкого поперечного стояния.

Может быть недостаточность изгоняющих сил ведет к ненаступлению внутреннего поворота, может быть, наоборот, низкое поперечное стояние головки, предъявляя непомерные требования к родовой силе матки, ведет к вторичной слабости болей. Вернее всего, что бывает и то и другое. Есть наблюдения, что к низкому поперечному стоянию головки располагают легкие степени узкотазия, особенно комбинация плоского с общесуженным тазом, а также кифотический воронкообразный таз (*Seitz*). В нашем случае таз был общеравномерно сужен. Недостаточность тазового дна, поврежденные levator'ы, вероятно, также способствуют ненаступлению внутреннего поворота головки. Есть указания, что причина может лежать и в плоде: головки недоносков, мертвых плодов, вторых близнецов могут упорно стоять в поперечном размере, не обнаруживая тенденции к повороту. Интересны наблюдения, где повороту головки препятствовала выпавшая ручка (*Ahlfeld, v. Franqu e*) или многократно обвитая и туго натянутая пуповина (*Nelius*). Понятно, что эта аномалия, как бы мала она ни была, все же омрачает прогноз. Изгнание затягивается, грозит асфиксия плода, приходится повторно исследовать роженицу, нередко накладывать щипцы. При ведении родов требуется зоркое наблюдение за состоянием плода и самая тщательная асептика.

Schumacher нашел низкое поперечное стояние в 1,9% всех родов. В качестве этиологического фактора он в 45% всех случаев отмечает слабость родовых болей в периоде изгнания. В 33 случаях из 102-х раз был воронкообразный. Ни дефекты тазового дна, ни малая величина головки не играют роли в этиологии этой аномалии, зато форме таза *Schumacher* придает существенное значение. Роды завершаются силами природы, если наступит сильное сгибание головки. Если же роднички остаются на одном уровне, оперативная помощь неизбежна.

Не забудьте низкого поперечного стояния головки. Если роды затягиваются при физиологическом затылочном предлежании, при отсутствии значительного пространственного несоответствия между тазом и головкой—подумайте о заднем виде и о низком поперечном стоянии! Убедитесь путем внутреннего исследования в наличии последней аномалии и положите роженицу на бок, на сторону затылка. Очень возможно, что в силу такого положения роженицы, затылок опустится, чем будет дан толчок к внутреннему повороту головки. Одновременно введите препараты гипофиза. Если же наступят показания к окончанию родов (со стороны матери—повышенная температура, припадки эклампсии, истощение; со стороны плода—признаки асфиксии), не медлите с наложением щипцов. *Martius* рекомендует в выраженных случаях этой аномалии не ждать наступления серьезных показаний. Если, несмотря на удовлетворительную родовую деятельность, головка остается стоять поперек, и врач в течение 2-х часов убеждается сам, что стоящая в выходе таза или уже видимая в половой щели головка не обнаруживает тенденции совершить свой поворот, *Martius* советует накладывать щипцы, не дожидаясь угрожающих явлений.

О технике операции щипцов я уже говорил. Подчеркну, что щипцы должны быть наложены в косом размере, противоположном тому косому, через который стреловидный шов должен будет пройти. Так в нашем случае, при 1-ой позиции, стреловидный шов должен, покинув свое поперечное стояние, перейти в правый косой, а посему мы накладывали щипцы в левом косом размере, причем левая ложка

накладывается возможно более кзади, правая же продвигается кпереди при помощи известного приема „Wandernlassen“.

Интересно, что иногда уже в момент замыкания ложек совершается сдвиг и стреловидный шов несколько поворачивается в направлении косога размера.

Еще раз хочу Вас предупредить, не ротируйте; необозримо повреждения влагалища, отрывы, отслойки стенок рукава верхушками ложек, могущие при этом произойти. Головка сама повернется. В нашем случае щипцы, наложенные в левом косом размера, на глазах перешли сперва в поперечный и далее в правый косога. Мы их сняли и вывели головку ручными приемами. Если бы это не удалось, нам ничто не помешало бы наложить щипцы вновь, притом поперечно, на головку, стоящую уже в прямом размере выхода.

При второй позиции может получиться некоторое осложнение в том смысле, что вводимая кпереди левая ложка сдвигает лобную часть головки кпереди, способствуя этим повороту головки в задний вид. Во избежание этого *Henkel* при низком поперечном стоянии принципиально советует накладывать сперва заднюю ложку. В таком случае, при второй позиции, приходится в момент замыкания ложек перевести их одну за другую. Преимущество подобной техники *Henkel* видит в том, что нередко уже при введении задней ложки или же при замыкании щипцов затылок может повернуться кпереди.

Интерес случая: У пожилой первородящей с общесуженным тазом роды принимают затяжной характер. В периоде изгнания наступает вторичная слабость потуг. Обнаруживается низкое поперечное стояние головки. Целость девственной плевы—случайная находка. Начинаящая асфиксия плода заставляет наложить щипцы. Внутренний поворот головка совершает вместе со щипцами.

Случай 70-й.

А. Н. С., 26-ти лет (№ приемного журнала 11340), поступила в больницу 30-го августа 1925 г. в 3 часа 45 мин. без вод.

Из анамнеза мы узнаем, что первая беременность кончилась самопроизвольным выкидышем. Настоящая беременность вторая. С детства страдает искривлением позвоночника кзади. Женскими болезнями не страдала. Месячные носят с 13 лет, через 4 недели, по 3—4 дня. Последние регулы в начале декабря 1924 г. Беременность протекала без особенностей. 1-го мая впервые почувствовала движение плода. Последний coitus 25-го августа. На другой день утром отошли воды в умеренном количестве. Схваток не было. Пациентка не придавала значения отхождению вод и продолжала свою домашнюю работу. В ночь на 30-ое августа появились кровянистые выделения и ноющие боли внизу живота, что и заставило ее ранним утром отправиться в больницу.

При поступлении: роженица роста ниже среднего (148 см), ослабленного питания. При первом взгляде Вы обращаете внимание на ее неправильное телосложение: в поясничной части позвоночника имеется, правда незначительное, искривление его кзади—люмбальный кифоз. Грудная клетка приближена к тазу. Живот умеренно отвислый, по величине соответствующий доношенной беременности. Окружность его 96 см. Ясно выражена надлобковая складка. Кожа живота напряжена, на ней многочисленные мелкие свежие рубцы беременности. Пупок сильно выпячен. Высота дна матки 39 см.

Наружным исследованием определяются.—продольное положение плода, в дне матки ягодицы. Мелкие части слева. Спинка справа. Головка прижата ко входу, слегка подвижна. Симптом *Henkel*-*Вастена* отрицательный. Сердечные тоны плода справа ниже пупка, 136 уд. в минуту.

Размеры таза: Dist. Spin.—25 см; Dist. Crist.—27½ см; Dist. Troch.—30 см; Conj. ext.—18 см.

Схваток нет.

Каков предварительный диагноз? Что делать?

1. Роды патологические. Имеется преждевременное отхождение окроплодных вод, поясничный горб. Необходимо детальное исследование.
2. Отвислый живот и горб заставляют предположить неправильное вставление. Показано измерение выхода таза и внутреннее исследование.

Мы в праве признать роды патологическими. Отвислость живота у первобеременной уже заставляет насторожиться. Она объясняется, вероятно, кифозом: при кифозе грудная клетка приближена к тазу, беременная матка, не находя для себя должного пространства, отвисает впереди. С одной стороны отвислость живота может обусловить ту или иную аномалию вставления головки в родах; с другой наличие кифоза заставляет подумать о деформации таза: ведь у горбатых часто таз бывает воронкообразный, поперечно-суженный. Наконец, отхождение вод за несколько дней до начала родов — уже патология. В родах ли наша пациентка? Вряд ли: правда появились слизистые, окрашенные кровью выделения, но схваток нет.

Что же делать? Конечно, мы уложим нашу беременную в постель и не разрешим ей вставать: ведь головка еще подвижна, могут истечь последние остатки задних вод, что весьма неблагоприятно для плода, к тому же может выпасть пуповина. Мы ее уложим и займемся детальным исследованием.

30-го августа 7 час.: исследование *per rectum*. — Таз пустой, до мыса дойти не легко. Высоко над входом в таз определяется несколько подвижная головка. Шейка укорочена, зев закрыт. Седалищные ости выступают в полость таза больше, чем в норме. Измерение выхода таза. — Расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров около $9\frac{1}{2}$ см, значит поперечный размер выхода приблизительно $10\frac{1}{2}$ см (рис. 172). Прямой размер выхода (от нижнего края симфиза до крестцово-копчикового сочленения) = $11 - 1\frac{1}{2} = 9\frac{1}{2}$ см.

Итак мы видим, что головка еще не во входе в таз. Хотя наша пациентка первородящая, нас это не удивляет: головка не вставилась вследствие отвислости живота. Таз, по видимому, мало изменен. Как и следовало ожидать, истинная конъюгата удовлетворительная. Мы не измеряли наклонной конъюгаты, не желая исследовать вагинально, ведь неизвестно, какие еще предстоят вмешательства. И хотя наружная конъюгата всего 18 см, мы истинную признаем нормальной. Истинная конъюгата при кифозе, если изменена, то в сторону удлинения.

Выход изменен, но мало; разве что имеется незначительное уменьшение размеров: таз слегка воронкообразный.

Итак со стороны таза вряд ли можно ожидать каких либо осложнений. Каково будет вставление?

Пока родовой деятельности нет, и мы не можем говорить о каком либо вставлении. Будем ждать начала родов, а что они начнутся скоро, не подлежит сомнению: ведь воды отошли.

День 30-го августа прошел без схваток.

В ночь на 31-ое августа в 1 час начались схватки, к утру они стали частые и сильные.

Исследование в 7 часов. Общее состояние роженицы хорошее. Т. 37. Пульс 88. Схватки через 5 минут, сильные. Сердечные тоны плода справа ниже пупка, ясные. Головка опустилась во вход таза.

Per rectum: крестцовая впадина пустая. Предлежит головка, в верхней части полости. Мыс не достигим. Пузыря нет, открыты 4 пальца, края зева тонкие. На головке определяется ничтожная родовая опухоль. Ярко определяется опущенный боковой родничок, обращенный влево и впереди. Стреловидный шов в правом косом размере широкой части полости. Малый родничок справа и сзади, еле достигим.

Итак изгнание плода в полном ходу. Головка прошла своей большей периферией вход, ведущей точкой является большой родничок. Вам ясно, что перед нами передне-головное предлежание!

Какова же причина подобного предлежания? Мы с полной определенностью указать ее не можем, но полагаем, что в этиологии передне-головного предлежания лежит отвислый живот и преждевременное отхождение вод. В силу отвислого живота над входом в таз оказалась не затылочная часть черепа, а передний его отдел. Возможно, что при целости пузыря эта аномалия была бы временной, в периоде раскрытия изменилась бы ось плода и затылок получил бы возможность опуститься. Здесь же, вследствие преждевременного отхождения вод, предлежание теменем осталось стационарным, головка фиксиро-

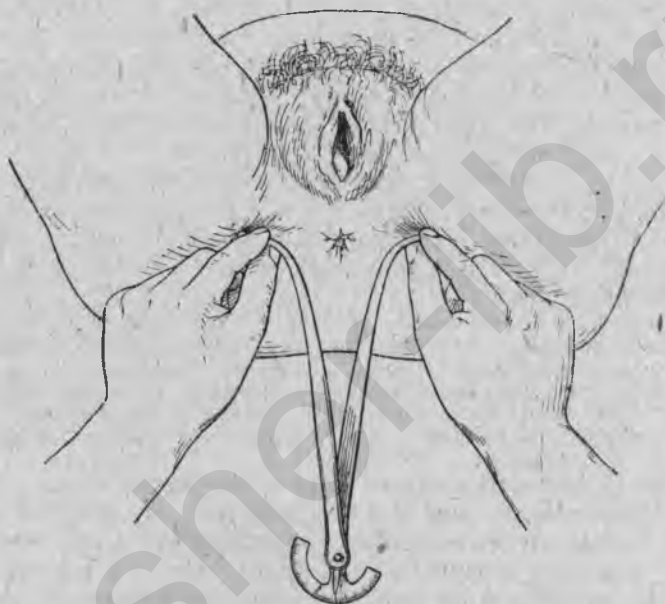


Рис. 172. Измерение поперечного размера выхода таза.

валась в состоянии легкого разгибания—в результате изгнание совершается по механизму передне-головного предлежания. Это предположение наиболее вероятно. Вообще же этиология крайне разнообразна. Замечено, что тут играет роль с одной стороны величина и форма головки, с другой—состояние родовых путей матери. Часто передней частью черепа вставляются плоды с небольшой, округлой головкой, плоды недоношенные или близнецы, далее плоды с врожденной брахицефалической формой головки (у каких позвоночник воздействует на равноплечий рычаг длинника головки), далее мертвые плоды, потерявшие жизненный тургор и в силу этого утратившие нормальную напряженность членорасположения (*Sellheim*). По *Kermauner*'у и *Högler*'у причина разгибательных предлежаний кроется во врожденных изменениях шейной части позвоночника плода. Решающими являются особенности соединения черепа с атлантом, особенности строения атланто-затылочного сустава. В силу этих особенностей изменяется способность сгибания. Следствием начальных степеней утраты этой способности

является переднеголовное предлежание, при более резких степенях— лобное, при полной утрате способности сгибания получается лицевое предлежание. С другой стороны нам известно, что при плоском тазе головка проходит тазовой вход в состоянии умеренного разгибания, с опущенным большим родничком. Но это явление при плоском тазе временное, головка, спустившись в полость таза, спешит наверстать упущенное, она быстро переходит в состояние сгибания и предлежание становится затылочным. В этиологии же стационарного переднеголового предлежания решающую роль играет состояние мягких родовых путей, точнее тазового дна. Если при упругих, стоящих на высоте своего назначения, мягких частях сопротивление мышечно-фиброзного тазового дна заставляет головку усугубить свое сгибание, чем только и может быть достигнуто физиологическое приспособление головки к пространственным особенностям тазового выхода, то при обширных дефектах тазового дна, при широких, дряблых путях этого принуждения нет, и головка, не встречая на своем пути сопротивления, которое могло бы ее заставить проделать акт сгибания, остается в разгибательном состоянии. *Toth* (1925) видит этиологию в пространственном несоответствии, которое обуславливается или самой головкой или узкотазием. По *Hochenbichler*'у разгибательное предлежание может при случае быть последствием положения плода спиной к месту прикрепления пуповины (!) Причиной передне-головного предлежания является комплекс нескольких способствующих моментов,—говорит *Demuth* (1928). Тут и узкий таз, и преждевременное отхождение вод, и многоводие, и обвитие пуповины, и высокое прямое стояние головки, и малая величина ее (только 19,4% детей достигали веса в 3500 г).

Вы видите, этиология не однородная, и в нашем случае мы должны остановиться на том предположении, которое я дал.

В чем же разница между затылочным и переднеголовным предлежанием? При затылочном предлежании шейная часть позвоночника согнута, подбородок пригнут к груди, малый родничок стоит значительно ниже большого, он является ведущей точкой, безразлично, идет ли изгнание в переднем или заднем виде. В силу этого плод идет «затылком вперед» и родовая опухоль располагается на задних отделах теменных костей, около малого родничка.

Передне-головное предлежание есть предлежание разгибательное. Головка покинула свое нормальное членорасположение, она не согнута, а несколько разогнута. Шейная часть позвоночника выпрямлена, подбородок отдален от груди. Большой родничок стоит глубже малого, он является ведущей точкой. Плод идет „теменем вперед“ и родовая опухоль располагается на передних отделах теменных частей и на большом родничке. Таким образом переднеголовное предлежание есть предлежание разгибательное, оно есть первая ступень разгибательных предлежаний, второй ступенью является лобное, третью и крайнюю ступень разгибательных предлежаний представляет собою предлежание лицевое (рис. 173—175).

Я здесь сознательно упомянул только 3 степени разгибания. Некоторые авторы отличают еще теменное о передне-головного. Я преднамеренно отвергаю это разделение, потому что оно практического значения не имеет и лишь осложняет изучение этой патологии. Но в номенклатуре надо разобраться. Виды передне-головного предлежания различают то по спинке (спинка кзади—задний вид, спинка кпереди—передний вид), то по большому родничку (большой родничок кпе-

реди—передний вид, он кзади—задний вид). Говорят о дорсо-антериорном, и дорсо-постериорном, о менто-антериорном и менто-постериорном виде. В результате получается путаница. Оставим наиболее простые и удобопонятные названия: спинка кзади, большой родничок кзади—передний вид—задний вид; спинка кпереди, большой родничок кзади—передний вид.

Как протекает механизм изгнания? В таз вставляется передний отдел мозгового черепа. Большой родничок уже в начале родов стоит ниже малого. Длинник головки во входе стоит в поперечном размере или в одном из косых. В периоде изгнания большой родничок окончательно берет на себя роль ведущей точки. Малый родничок отстает в поступательном движении, он становится трудно достижимым. В полости малого таза, 2-ой момент механизма, внутренний поворот головки, совершается так, что передняя часть черепа с большим родничком



Рис. 173. Передне-головное положение.



Рис. 174. Лобное положение.



Рис. 175. Лицевое положение.

поворачивается, стремясь стать за симфиз, причем стреловидный шов при 1-ой позиции проходит через левый косой размер таза, стремясь перейти в прямой размер, при 2-ой позиции он переходит в прямой, проходя через правый косой. В тазовом выходе лоб обращен к симфизу (рис. 176), затылок к копчику, в лонную дугу входит glabella или край волосистости лба, образуя здесь *rimatum fixum*, головка начинает сгибаться в шейной части позвоночника, из половой щели рождается темя, над промежностью выкатывается затылок. Наибольшее напряжение вульварное кольцо испытывает, когда головка в нем стоит своей окружностью по прямому размеру, плоскостью, идущей через лоб и затылок (*planum fronto-occipitale*—34 см). После рождения затылка головка вновь разгибается и из-под лона выходят окончательно лоб, рот и подбородок. Последний момент механизма,—наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков,—совершается, как при затылочном предлежании. Малоопытный наблюдатель может такой механизм рождения головки счесть за механизм при заднем виде затылочного предлежания. И тут и там головка выходит из родовых путей с лицом, обращенным кпереди (вверх) и затылком, обращенным кзади (вниз) (рис. 177).

С этим недоразумением я имею постоянно дело при преподавании. Сходство лишь видимое, внешнее. По существу же разница огромная. При заднем виде затылочного предлежания,—перед нами сгибаемое предлежание,—ведущей точкой является затылок, в лонную дугу упирается большой родничок, головка прорезывается малым косым размером ($9\frac{1}{2}$ см), наибольшее напряжение вульварное кольцо испытывает когда в нем стоит *planum suboccipito-bregmaticum*. При переднеголовном предлежании головка находится в 1-й степени разгибания, ведущей точкой является большой родничок, в лонную дугу упирается *glabella*, головка прорезывается прямым размером ($11\frac{3}{4}$ —



Рис. 176. Врезывание головки в передне-головном положении.

12 см), наибольшее напряжение вульварное кольцо испытывает, когда в нем стоит *planum fronto-occipitale*. Там третий момент заключается при разгибании, здесь при нем головка сперва сгибается (для рождения затылка), потом разгибается (для рождения лица). Вы видите—разница огромная. И если при самопроизвольных родах большой беды нет, если дифференциальное распознавание не поставлено, то при извлечении головки щипцами оно приобретает существенное значение.

Мною изложен механизм изгнания в заднем виде переднеголовного предлежания. Это обычный механизм. В исключительно редких случаях изгнание совершается в переднем виде, т. е. с затылком, обращенным к лону, лбом, обращенным к промежности. Эти редчайшие случаи практического значения не имеют. *Högler* видел такой механизм на 351 случай всего один раз. Я подобного случая не видал.

В нашем случае диагностика передне-головного вставления была легка. Если вы при внутреннем исследовании находите по проводной линии большой родничок и, следя за механизмом, убеждаетесь, что он окончательно становится ведущей точкой и что малый родничок с трудом или вовсе недостижим, и, наконец, что в процессе изгнания большой родничок обнаруживает склонность поворачиваться к лону— вы можете смело ставить диагноз передне-головного предлежания. При плоском тазе вы обычно найдете головку, стоящую во входе, в легком разгибании, т. е. с опущенным большим родничком. Это не есть передне-головное предлежание. Это есть лишь временное со-



Рис. 177. Прорезывание головки и передне-головном положении.

стояние, характерное для механизма родов при плоском тазе. В дальнейшем головка сгибается и ведущей точкой становится малый родничок. Различить при внутреннем исследовании задний вид затылочного предлежания и передне-головное—не трудно: решающим является взаимоотношение родничков; при первом ведущей точкой будет малый, при втором—большой родничок.

Наружное исследование выявляет лишь продольное положение плода и черепное предлежание. Сердечные тоны определяются на стороне спинки. В виде редкого исключения сердечные тоны могут быть определяемы на стороне мелких частей. (*Hochenbichler, 1925*).

Какой вы можете поставить диагноз?

1. Вряд ли изгнание совершится силами природы. Роженица первородящая, таз неправильный, головка повидимому не-

маленькая. Роды затянутся, можно предвидеть операцию наложения щипцов.

2. Хотя изгнание и представит значительные трудности, все же можно рассчитывать на самопроизвольное родоразрешение. Роды надо вести строго консервативно.

Вы справедливо указываете на трудности изгнания при передне-головном предлежании. Но предсказание обычно омрачается не столько самим атипичным предлежанием, сколько всевозможными осложнениями, столь часто наблюдаемыми в этих случаях: аномалии таза, преждевременное отхождение околоплодных вод, ригидность мягких частей. Мягкие родовые пути подвергаются значительно большему растяжению, чем при затылочных предлежаниях, и это не только потому, что головка прорезывается окружностью по своему прямому размеру (34 см вместо 32-х), но и потому, что промежность должна в большей мере раздаться вширь (поперечник затылочной части черепа $9\frac{1}{4}$ см, лобной части черепа—8 см).

Вполне понятно, что изгнание совершается обычно медленнее, чем в норме. По *Hecker* у продолжительность родов у первородящих 23 часа, по *Demuth*'у—31 час, (в среднем 18 час.), у многородящих по *Hecker*'у—13 час., по *Demuth*'у—20 час. (в среднем 11 час.). Опасность асфиксии больше. А посему чаще приходится прибегать к родоразрешающим операциям, что тоже неблагоприятно для плода. Из 77 рожениц *Demuth*'а только 56 (74%) разрешились силами природы, 16 раз (20%) пришлось накладывать щипцы, 3 раза было произведено кесарское сечение. Смертность матерей не больше, чем при затылочных предлежаниях. Зато повреждения матерей чаще. *Lehle* нашел в 30,7% разрывы мягких частей, в одном случае полный разрыв промежности. Эта опасность глубоких разрывов понятна из вышесказанного. Смертность детей, по *Lehle*, в три раза больше, чем при затылочных предлежаниях и составляет 9,4%, по *v. Winkel*'ю даже 15%, впрочем *Demuth* дает общую смертность детей в 3,8%.

Как же быть? Ведение родов при передне-головном предлежании должно быть строго консервативным. Изложенные опасности для плода ни в коем случае не должны побудить врача прибегать к помощи искусства, если не имеется абсолютных показаний к ней со стороны матери или плода. Этим увеличилось бы только опасности для матери и плода.

Попытки ручными приемами превратить передне-головное предлежание в затылочное нужно решительно отвергнуть. Разве что в начале родов можно способствовать опущению затылка, положив роженицу на сторону затылка. Велико искушение при затянувшихся родах наложить щипцы. Этому искушению надо противопоставить твердую решимость вести роды строго консервативно. Ведь само по себе передне-головное предлежание не есть показание к родоразрешению. Надо вооружиться терпением и тщательно следить за сердечными тонами плода. В периоде изгнания могут наступить показания к наложению щипцов. При этой операции надлежит, в полном понимании особенностей механизма, подражать типическому для этого предлежания механизму.

Тракция совершается сначала книзу до тех пор, пока *glabella* не подойдет под симфиз, затем следует тракция производить вверх для рождения затылка, после чего рукоятки вновь должны быть опущены для выведения из-под лона лица. Тут особенно следует указать,

что при тракциях очень легко головка может внезапно выскочить из родовых путей, что может вести к глубоким разрывам тазового дна.

A. Müller советует при тракциях руководствоваться направлением, которое принимают рукоятки щипцов во время схватки. Большинство авторов предостерегает от ротации головки по *Scanzoni*. Справедливо говорит *Bumm*: искусственное вращение щипцами хорошо выходит на фантоме, в действительности же оно не легко и не безопасно, от вращательного движения мягкие части могут быть оторваны на большом протяжении и т. д.



Рис. 178.

Операция щипцов по *Scanzoni* (двукратное накладывание ложек и комбинированное влекущее и вращательное движение) требует большого опыта и безукоризненной техники. Вы поступите благоразумно, если не поддадитесь искушению и будете ждать, пока головка будет в выходе таза и тогда уже, при наличии показаний, наложите щипцы типически, как указано выше.

Понятно после этого, что мы решили вести роды выжидательно.

8 часов. Схватки частые, сильные. Сердечные тоны ясные, 128 ударов в минуту.

9 часов. Исследование per rectum: Открытие полное, края зева не определяются. Головка выполняет полость таза. Большой родничок за симфизом. Стреловидный шов в прямом размере узкой части полости. Малый родничок высоко, впереди копчика.

10 часов. Сильные потуги. Сердечные тоны заглушены, 120 уд. в минуту. Половая щель начинает открываться, промежность напрягается.

11 часов. При сильных потужных болях—врезывание. Передняя часть головки родилась из под симфиза. Начинается сгибание, промежность куполообразно выпячена, напряжена до крайности (рис. 178).

11 час. 20 мин.. Спайка надорвалась, выкатился затылок. При разгибании головки из под симфиза родилось лицо. Головка повернулась к левому бедру матери, быстро родились плечики и туловище плода. Младенец сразу закричал.

Плод живой, женского пола. Вес 3500 г, длина 52 см.

12 час. 20 мин. Началось кровотечение. Послед отделился. Мочевой пузырь переполнен. Катетером выпущена моча. При легком натуживании роженицы послед выделился по Schultze. Послед большой, вес 800 г, размеры 20 × 24. В оболочках 2 добавочных дольки. Матка сократилась. Кровотечения нет. На разрыв промежности наложено 4 шва.

Взгляните на младенца! (рис. 179). Какая оригинальная форма головки. Череп башней возвышается над лицом. Головка как бы сильно сжата спереди назад. Родовая опухоль начинается спереди на границе волосистости, покрывает большой родничок и теряется по направлению к малому. Края лобных костей и чешуя затылочной кости в силу конфигурации подошли под теменные кости. Окружность головки по прямому размеру—33 см; прямой размер—10 см, большой косой—10 см, малый косой—8¹/₂ см.

Течение послеродового периода почти гладко. Температура поднялась на 3-ий и 4-ый день до 38,0—с пятого дня течение безлихорадочное.

Родильница выписалась 10-го сентября на 10 день после родов с ребенком.

Уже второй раз в наших беседах мы встретились с разгибательным предлежанием (лобное см. случай 63-й). В общем они редки. Материал *Högler'a* (1927) обнимает 546 родов в разгибательном предлежании—351 передне-головное, 49 лобных, 146 лицевых. *Toth* приводит 443 разгибательных предлежания на 38183 родов. Из них было 238 передне-головных, 42 лобных и 163 лицевых предлежания.

На 12146 родов Пражской клиники (*Demuth* 1928) было 141 разгибательных предлежаний (1,16% всех родов), из них передне-головных 77—0,63% всех родов, лобных 8—0,065%, лицевых 56—0,46%.

У *Högler'a* на 48586 родов было всего 351 передне-головных—0,7%, 198 матерей были первородящие, 153—повторнородящие. 254 младенца были доношены, 97—недоношенных. В 122 случаях продолжительность родов была больше средней. В 14% случаев была произведена родоразрешающая операция (щипцы), 43 детей родилось в асфиксии (12%). 21 младенец погиб в родах или вскоре после родов. *Högler* и *Toth* предостерегают от попыток к исправлению предлежания и стоят за консервативное ведение родов. Интересно, что брахицефалическую головку *Toth* находил чаще у девочек. Из 238 детей девочек было 131, мальчиков 105.



Рис. 179. Конфигурация головки при передне-головном положении.

Интерес случая: 26-летняя первородящая поступает в клинику с отошедшими водами без схваток. Определяется отвислый живот, поясничный кифоз и ничтожное воронкообразное сужение выхода таза. На другое утро начинаются боли. Определяется передне-головное предлежание. Роды ведутся строго консервативно. Несмотря на указанные осложнения изгнание совершается силами природы.

Случай 71-й.

А. И. К., 22-х лет (№ приемного журнала 11923), поступила в родильное отделение 14-го сентября 1925 г. в 17 час. 30 минут в родах.

Беременность вторая; первая беременность кончилась абортom на 3-ем месяце. Месячные пациентка носит с 15 лет, через-месяц, по 3 дня. Замужем 4 года. Женскими болезнями не страдала. Последние регулы 8-го декабря 1924 года. Беременность протекала без осложнений при хорошем самочувствии. Движения плода стала ощущать в 20-х числах апреля 1925 г. Последний coitus 1½ месяца т. н.

14-го сентября в 11 час. отошли воды в умеренном количестве. Спусти 1½ часа (в 12½ час.) начались слабые и редкие родовые боли.

При поступлении (14-го сентября 17 час. 30 мин.): Роженица хорошо упитанная и сложенная светлая блондинка. Темп. 36,4. Пульс 72. Живот большой, овоидной формы. На коже его с боков свежие рубцы беременности в умеренном количестве. Пупок выпячен. Пигментация белой линии выражена слабо. Окружность живота на уровне пупка 104 см. Высота дна матки 40 см.

Дно матки на 2 п. ниже мечевидного отростка, вмещает в себе крупную часть. Справа в дне с некоторым трудом определяются мелкие части. Спина слева. При третьем приеме Leopold'a над входом в таз определяется неподвижная крупная часть, по плотности похожая на головку, но не шаровидная, а как бы снабженная выступом слева.

Сердечные тоны плода отчетливо выслушиваются справа на уровне пупка. Размеры таза: Dist. Spín. — 24½; Dist. Crist. — 27½; Dist. Troch. — 31; Conj. ext. — 19½.

Родовые боли каждые 12—15 минут, продолжительностью в 1 минуту, довольно слабые.

Что мы можем предположить?

1. Вероятно тут тазовое положение. Не вполне отчетливая предлежащая часть — ягодицы. За это предположение говорят и сердечные тоны на уровне пупка. Необходимо внутреннее исследование.
2. Скорее тут лицевое положение. Разгибательным состоянием головки объясняется необычная форма головки. Выслушивание сердечных тонов на стороне мелких частей подтверждает наше предположение.

Два противоположных предположения! Мы должны поставить точный акушерский диагноз. А посему приступаем сперва к ректальному исследованию, конечно, в перчатках (19 час.).

Per gestum: Полость таза пустая. Шейка не определяется. Определить открытие зева не удастся. Во входе в таз неподвижно стоит предлежащая часть, мягковатая и бугристая. И ректальное исследование не дало нам решительного ответа и не разрешило сомнений. Раз так, мы не только ищем право, мы должны исследовать per vaginam (20 час.).

Наружные половые части развиты правильно. Из влагалища истекают в ничтожном количестве околоплодные воды, полость таза свободна. Шейка сглажена. Открытие около 1½ пальца, край зева довольно тонкие. Во входе в таз стоит крупная часть, неподвижная. Через зев определяется черепеясе, нос, обращенный вправо, влево от него идет шов, очевидно лобный. Мыс с трудом достигим.

Что делать?

1. Мы имеем первое лицевое положение. Надо вести роды строго выжидательно.
2. Ввиду преждевременного отхождения вод и малого открытия показан метрейзис.

Исследование через влагалище выяснило нам всю картину: лицевое положение! Теперь нам понятна и странная форма предлежащей части (при наружном исследовании), а также и выслушивание сердечных тонов на стороне мелких частей!

Если при затылочных предлежаниях плод находится в нормальном членорасположении, позвоночник в состоянии сгибания, то при лицевом положении членорасположение нарушено, головка находится в состоянии разгибания, вернее шейная часть позвоночника разогнута,

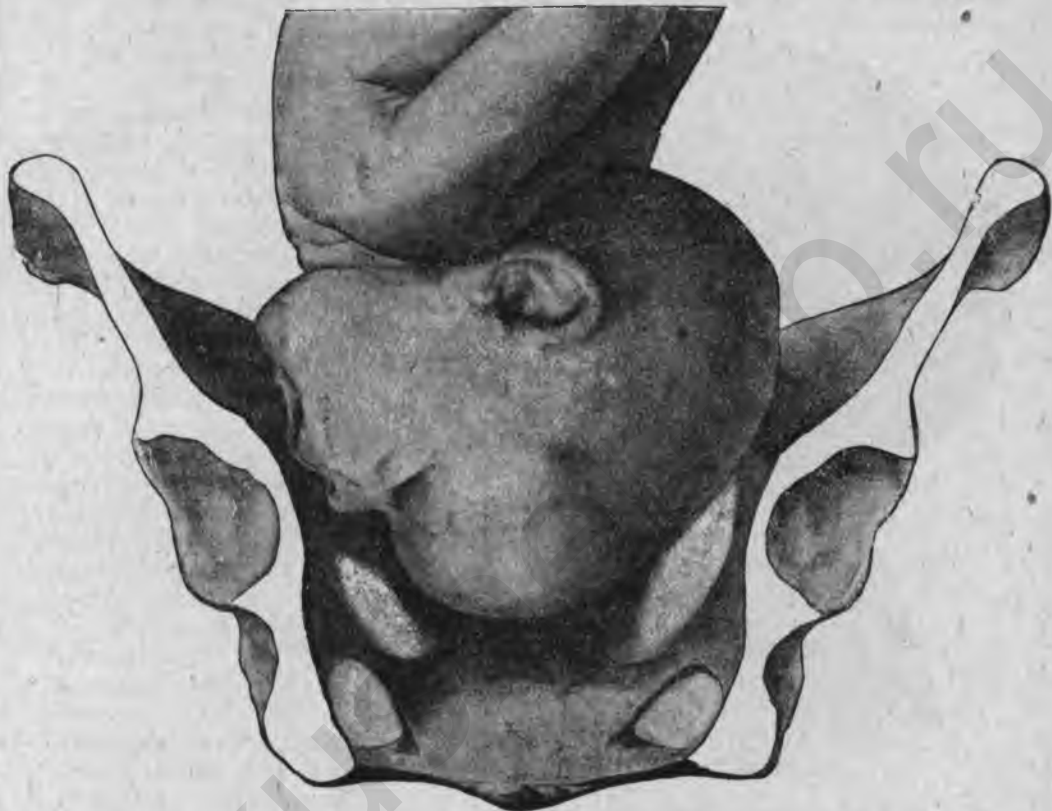


Рис. 180. Начинающееся разгибание, лобное вставление к началу родов в лицевом положении.

подбородок отдален от груди, затылок пригнут к спине, над входом в таз или во входе стоит не мозговой череп, а лицевой — предлежит лицо. Впрочем в большинстве случаев лицевого положения предлежит первоначально не лицо, а область лба (рис. 180) и лишь в дальнейшем течении родового акта, когда головка под влиянием сильных родовых болей внедряется в малый таз, передняя часть головки (лоб, темя) задерживается в поступательном движении, встретив сопротивление где-либо на периферии входа в таз (безымянная линия), происходит окончательное разгибание головки, чем и завершается образование лицевого предлежания.

И в нашем случае, в начале родов, мы при $1\frac{1}{2}$ пальцах открытия определили предлежащим не все лицо, а лишь переносье и лоб. Обратите внимание: уже при наружном исследовании нас поразила

форма предлежащей головки. Слева мы определили как бы бугор, это запрокинутый затылок. В дальнейшем течении родов, когда разгибание достигнет своего максимума, затылок еще более резко выступит, между ним и спинкой яснее определится выемка. К этому времени, подбородок, который в начале родов в некоторых случаях еще можно прощупать снаружи на стороне, противоположной затылку, опустится и станет недостижимым. Позвоночник плода лордотически выгнут, в силу чего передняя поверхность туловища его прилегает к стенке матки теснее, чем спинка, и мы при аускультации выслушиваем сердечные тоны плода не на стороне спинки плода, а на противоположной стороне, на стороне мелких частей; в нашем случае при 1-ом лице-вом положении сердечные тоны выслушиваются справа, что весьма характерно. Внутреннее исследование выяснило диагноз. Мы прощупали переносье и лобный шов, после завершения разгибания мы сможем определить все лицо, в виде бугристой массы, на которой не трудно будет различить нос, надбровные дуги, ротовое отверстие и подбородок. Тут же скажу, что известны случаи диагностической ошибки, где предлежавшее лицо принималось за ягодицы. И действительно, при затянувшихся родах при значительной родовой



Рис. 181. Первичное разгибание головки. Новорожденный с врожденным зобом.

опухоли, сильно обезображивающей лицо, можно такую ошибку понять. В сомнительных случаях нахождение опознавательных точек всегда выведет вас из затруднения: при лицевом положении—характерный выступ подбородка, надбровные дуги, в ротовом отверстии твердые валики десен и язык, иногда сосательные движения рта; при ягодичном,—крестец скопчиком, более узкое отверстие *anus'a*, без десен и языка, у мальчика *scrotum*.

Мы распознали лицевое положение и стоим перед вопросом: что делать? Есть ли лицевое положение само по себе показание к вмешательству? Конечно, нет. Хотя лицевое предлежание, подобно лобному, есть предлежание аномальное, все же оно само по себе не показывает вмешательства. Правда, есть ряд привходящих обстоятельств, которые заставляют во-время позаботиться об исправлении предлежания, напр. узкотазие, непомерная величина головы, эклямпсия, лихорадка, асфи-

ксия плода и т. п. Принципиально же мы должны вести роды строго консервативно, наблюдая за механизмом родов. Лишь в небольшой части случаев уже к началу родов лицевое предлежание является вполне определенным, так при врожденном зобе (рис. 181), опухлях шеи (гигрома шеи) головка уже первично находится в состоянии крайнего разгибания. В большинстве случаев, как я уже сказал, к началу родов головка мало разогнута, предлежа своим лбом. Под влиянием родовых болей, головка устанавливается в тазовом входе и окончательно разгибается. При этом передневерхняя часть головки задерживается, затылок окончательно запрокидывается, приближаясь к спинке,

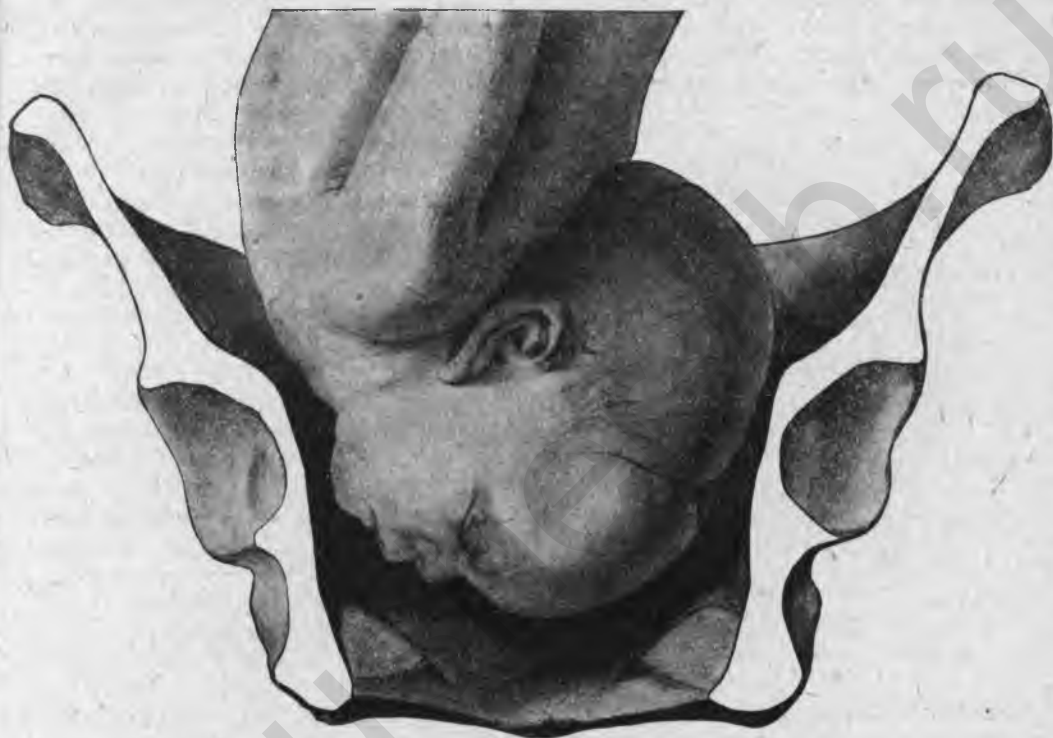


Рис. 182. Опущение подбородка при родах в лицевом положении.

подбородок опускается (1-ый момент механизма) и лицевая линия, т. е. линия, идущая от подбородка по спинке носа к лобному шву, стоит в поперечном размере входа в таз или же несколько косо: подбородок определяется у боковой стенки таза или несколько впереди (рис. 182).

В таком положении головка опускается в таз, проходит широкую его часть, причем подбородок является проводной точкой. В узкой части таза начинается внутренний поворот головки (2-ой момент механизма). Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой и дальше в прямой размер, причем подбородок направляется к симфизу. Понятно, что при первом лицевом положении лицевая линия переходит в прямой размер, проходя через левый косой размер, при втором—через правый косой (рис. 183). Этот внутренний поворот лица часто заставляет себя долго ждать, причем он начи-

нается скорее, если подбородок обращен несколько кпереди. Раз начавшись, поворот быстро подвигается, а иногда при внутреннем исследовании можно, приставив палец к подбородку, ощущать приближение его к симфизу. Мне случалось наблюдать, как лицо, достигнув тазового дна, начинало поворачиваться, и этот долго жданный поворот совершался в несколько схваток. К этому моменту лицо уже стоит в выходе таза. При врезывании в половой щели показывается рот, точнее угол рта, при первом лицевом—правый угол, при втором лицевом—левый. В это время вся полость таза занята головкой, мозговой череп выполняет собою крестцовую впадину, причем большой родничок стоит впереди копчика. В дальнейшем в половой щели постепенно показывается все лицо: при сильном выпячивании промежности появляется нос, глаза, лоб. Из под симфиза выдвигается подбородок—начало 3-го момента механизма. Вдумайтесь в обстановку: лицо прорезалось и об-



Рис. 183. Второе лицевое положение. Лицевая линия в правом косом размере.

ращено вверх, передняя поверхность шеи прижата кзади к симфизу, в лонную дугу упирается область подъязычной кости („угол между подбородком и шей“), большой родничок стоит за задней спайкой, затылок упирается в нижнюю часть крестца, во входе в таз стоят плечики (рис. 184).

Начинается сгибание головки (3-й момент механизма): над промежностью выкатывается темя и затылок, головка прорезывается отвесным размером (9,5 см), соответствующим подъязычно-теменной плоскости (planum hyoили sublinguo-parietale).

После рождения головки тазовую полость проходят плечики, проделывая свой внутренний поворот: соответственно последнему головка делает наружный поворот, обращаясь лицом к бедру матери, при первом положении к правому бедру, при втором—к левому.

Сравните механизм родов при затылочном положении с таковым при лицевом и вы увидите разницу.

Затылочное

- 1 момент — сгибание
- 2 „ — внутренний поворот (затылок кпереди)
- 3 „ — разгибание
- 4 „ — наружный поворот головки.

Лицевое

- разгибание
- внутренний поворот (подбородок кпереди)
- сгибание
- наружный поворот головки.

Зная механизм родов при лицевом предлежании, мы должны следить за ним при ведении родов, зорко наблюдая за состоянием матери и плода, избегая всякого вмешательства. А отклонения от нормального механизма родов возможны?

Наиболее важное осложнение родов при лицевом предлежании несомненно—поворот подбородка кзади.

Если в начале периода изгнания подбородок обращен в сторону и кзади, это еще не значит, что он останется обращенным кзади. Правда, роды могут затянуться, долгое время может пройти пока сильная родовая деятельность вынудит головку совершить внутренний поворот. Наконец, лицевая линия, стоящая напр. при 1-ом лицевом предлежании в правом косом размере таза с подбородком, обращенным вправо и кзади, переходит сперва в поперечный размер, затем в противоположный косой и, наконец, в прямой размер. Подбородок совершил поворот в 135° и все-таки оказался у симфиза (рис. 185).



Рис. 184. Прорезывание лица.

Совсем другое дело, если подбородок совершает движение не кпереди, а кзади. Такого рода механизм случается чрезвычайно редко. Стоящее уже близ тазового дна лицо поворачивается подбородком кзади. Тут под симфизом оказывается лоб, подбородок впереди копчика (рис. 186). Изгнание доношенного плода при таком механизме невозможно. И вот почему: лоб упирается в лонную дугу, подбородок не может прорезаться, шея вытянута *ad maximum*, грудина стоит где-либо чуть ниже мыса, крестцовая впадина остается неиспользованной и пустой, впереди ее натянута шея плода, как струна. Затылочная часть головки, уже и так максимально загнутая к спинке, еще больше прижимается к ней и должна пройти тазовую полость вместе и одно-

временно с плечевым поясом, а это невозможно. Если бы натянутая шея лопнула и кожа ее и мягкие части спереди разорвались, то подбородок мог бы родиться и головка бы родилась. Но и это невозможно — роды останавливаются.



Рис. 185. Второе лицевое положение. Подбородок обращен кзади. Он должен совершить поворот в 135° .

При неоказании своевременной помощи наступают тягчайшие явления — лихорадка, сепсис, тимпания матки, некроз мягких частей с последующим образованием свищей или же разрыв матки.

К счастью эта аномалия механизма встречается исключительно редко. А принимая во внимание, что лицевое предлежание бывает 1 раз на 200 родов, вряд ли существуют акушеры, выдавшие ментопостериорное лицевое предлежание хотя бы несколько раз. Я лично, за 25 лет акушерской деятельности, не видел ни разу этой аномалии. Знать о ней нужно,

потому что тут жизнь матери всецело зависит от образа действия врача. Никаких попыток к наложению щипцов! Тут щипцы — логический абсурд! Единственная терапия — перфорация головки через лоб!

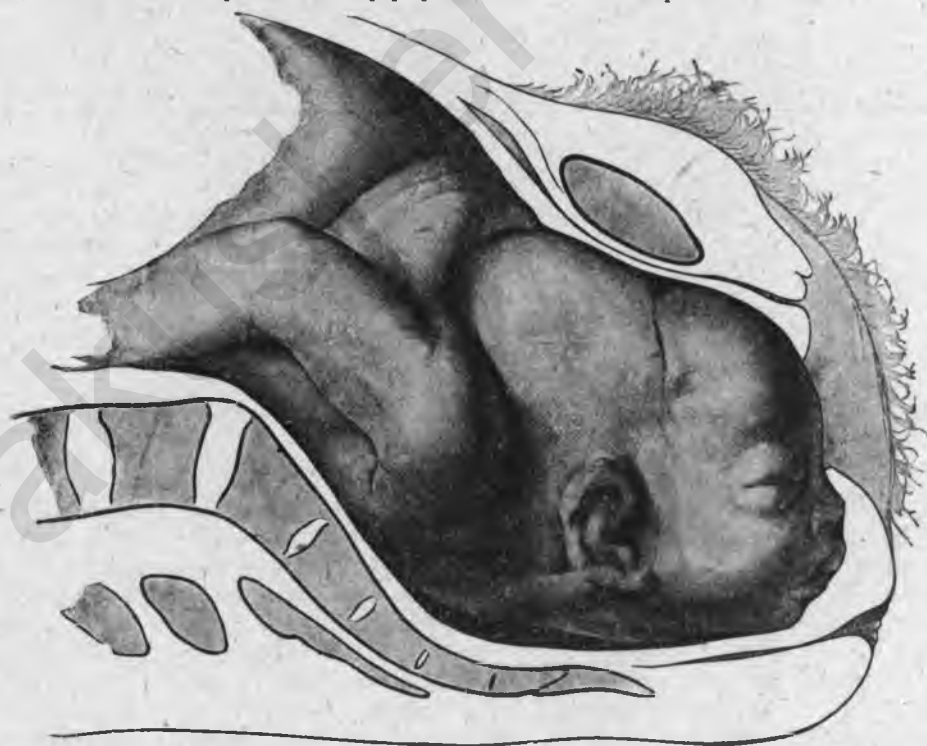


Рис. 186. Лицевое положение. Ненормальный поворот подбородка кзади. Остановка родов.

Вернемся к нашему случаю. Мы определили лицевое предлежание при $1\frac{1}{2}$ пальцах открытия и должны принять то или иное решение. Я уже говорил, что лицевое предлежание само по себе не требует вмешательства. Это мы знаем еще со времен *Vog'a*. Если нет входящих обстоятельств, показан строжайший консерватизм. От выжидательного ведения родов мы откажемся при узкотазии и прочих осложнениях. При неполном еще установившемся лицевом предлежании мы можем уложить роженицу на бок на сторону подбородка, чтобы способствовать опущению его и тем превращению временного предлежания лбом в лицевое предлежание.

Роды в лицевом предлежании требуют от роженицы большого терпения, от врача-акушера трезве. Вы должны зорко следить за сердечными тонами плода. Асфиксия в периоде изгнания—нередкое явление. Не говоря о том, что этому способствует большая продолжительность родов, тут есть еще специальные причины. Взгляните на рисунок 184. Передняя поверхность шеи прижимается к симфизу, сонные артерии могут подвергнуться сжатию, как тут не наступить асфиксии! Описаны случаи обвития пуповины вокруг шеи при лицевом: пуповина сжимается между шеей и симфизом или между загнутым к спине затылком и спинкой. Тут гибель плода более чем вероятна. Если уже прогноз для матери хуже, чем при затылочном предлежании (3% смертности), то предсказание для плода в 3 раза хуже. Смертность плодов достигает 13—15% (*с. Winkel*). Причиной такой высокой мертворождаемости служит не только асфиксия, отек мозга и внутрисерпные кровоизлияния, но и особенно активность врачей. Недостаточно вдумчивое отношение, нетерпение врачей—побуждает их вмешиваться. Наложение щипцов без достаточных показаний и не во-время, поворот на ножку, где нужно предоставить роды естественному течению—вот что весьма отягчает прогноз для матери и особенно для плода. А посему уложим нашу роженицу на правый бок (на сторону подбородка) и будем ждать, время от времени осведомляясь о состоянии плода. Ночь роженица провела спокойно, схватки были довольно редкие, роженица временами спала.

15-ое сентября. Состояние роженицы хорошее. Родовые боли через 15 минут, умеренной силы. Сердечные тоны справа ниже пупка, 136 ударов в минуту. Предлежащая часть на том же уровне. Мы решили воздержаться от исследования и ждать до вечера. В 21 час.—схватки стали сильнее, чаще, головка очевидно опускается.

Per gestum: Выделения не окрашены. Зев открыт $2\frac{1}{2}$ пальца, края зева тонкие, растяжимые. Предлежащее лицо в широкой части полости. Лицевая линия в поперечном размере таза. Подбородок справа на одном уровне с лбом.

Идут ли роды типически? Есть ли показание к вмешательству? Ответ один: механизм не нарушен, показаний к вмешательству нет.

Ночь на 16-ое роженица провела беспокойно. Частые схватки мешали ей спать. Утром в 11 часов я ее исследовал. Схватки через 6—7 минут. Растяжения нижнего сегмента нет. Над лоном слева ярко выступающий затылок, справа подбородок не определяется. Сердечные тоны справа ниже пупка—128 уд. в минуту.

Per vaginam: Открытие 4 пальца. Крайя зева очень тонкие. Лицо в широкой части полости. Мыс не достижим, крестцовая впадина не выполнена. Лицевая линия в поперечном размере таза, лицо покрыто умеренной родовой опухолью. Подбородок справа несколько ниже лба. Рот приоткрыт, определяются валики десен и язык.

Роды длятся уже сутки и $22\frac{1}{2}$ часа, т. е. почти двое суток.

Что делать?

1. Показаний к вмешательству нет. Надо ждать.
2. Учитывая продолжительность родов, утомление роженицы и замедление сердечных тонов плода, хотя и незначительное, надо наложить щипцы.

Мы имеем роды в разгибательном положении. Рекомендую такие роды всегда вести консервативно. Правда, родовой акт затянулся, что вероятно объясняется ранним отхождением околоплодных вод. Правда, роженица устала. Но утомление не есть показание к вмешательству. Можно дать роженице отдохнуть, впрыснув ей морфий или дав ей кратковременный наркоз. Есть ли показания к родоразрешению? Незначительное замедление сердечных тонов плода, к тому же может быть временное, не есть еще показание. Есть ли условия к родоразрешению, точнее к наложению щипцов? Вод нет, но зев еще не вполне открыт, предлежащее лицо еще высоко, крестцовая впадина свободна, лицевая линия в поперечном размере. Щипцы будут высокие! Операция допустима лишь как неизбежное зло, *operatio necessitatis*. Вы себе представляете, что это за кошмар: высокие щипцы при лицевом положении! Нет, мы будем ждать, хотя терпение роженицы и наше подвергается тяжелому испытанию.

В 13 часов, ввиду утомления и беспокойства роженицы, впрыснут морфий (1,0—1% раствор). В 16 часов: после часового отдыха возобновились сильные схватки, принимающие потужный характер. Сердечные тоны плода вполне удовлетворительные.



Рис. 187. Долихоцефалия скелетированной головки после родов в лицевом положении.

В 18 часов — потуги сильные, промежность начинает напрягаться. В 19 час. 20 мин. при сильных и частых потугах в половой щели показывается угол рта, весь рот, из-под симфиза вышел подбородок, при сильном выпячивании промежности над ней показался нос, выкатился лоб, темя и наконец родился затылок. В следующий момент родившаяся головка повернулась лицом к правому бедру матери, начали прорезываться плечики и родился весь плод в легкой асфиксии. После перевязки и рассечения пуповины приняты меры к оживлению. Рот плода очищен от слизи, ребенок погружен 2 раза в холодную и теплую воду, после чего он закричал громким голосом.

Пока идет последовый период (под наблюдением акушерки), взгляните на младенца! Голова его сильно изменена. Она имеет резко долихоцефалическую форму (рис. 187), откинута назад. Это стремление затылка к спине наблюдается не только сразу после родов, но и держится первые дни жизни: ребенок постепенно „зарываает“ затылок в подушки. Лицо обезображено родовой опухолью, занимающей в виде отечной красно-багровой припухлости области подбородка, рта, щеки и глаза. У нашего ребенка, родившегося в 1-м лицевом положении, опухоль занимает правую щеку, правый угол рта. Веки отечны, глаз ребенок не открывает.

Не показывайте ребенка матери в первые сутки, вид его напугает родильницу (рис. 188). Завтра лицо младенца будет уже менее страшное. Часто встречаются кровоподтеки на веках, губах, в редких случаях на коже шеи можно найти как бы полосу от растяжения. Нередко отек языка и дна ротовой полости настолько выражен, что мешает ребенку сосать. Успокойте мать, это пройдет в ближайшие дни.

Вес нашего плода — 3500 г, длина 50 см.

Спустя 50 минут по рождении плода вышел послед, весом в 550 г, без дефектов. Осмотрена промежность, разрывов нет. Это тем более приятно, что именно при лицевых положениях тазовое дно легко травмируется. Промежность подвергается сильному растяжению в поперечном направлении, так как со стороны ее выкатывается задняя часть черепа с поперечным размером в $9\frac{1}{4}$ см. Но если даже не видно наружных разрывов, мы должны иметь ввиду возможность повреждения levator'a, ножки которого могут разорваться или оторваться от мест своего прикрепления. Подобные травмы levator'a сразу после родов не могут быть установлены, лишь в дальнейшем функциональная недостаточность тазового дна докажет бывшую в родах травму его.

Послеродовой период прошел без осложнений. Родильница выписалась 25-го сентября на 9-ый день после родов со здоровым ребенком.

В заключение несколько практических замечаний.

Мы смотрим на роды в лицевом положении как на роды патологические. И тем не менее рекомендуем строго консервативный образ действий. Некоторые авторы предлагали профилактически исправить предлежание. Наиболее известен прием Thoin'a: превращение разгибательного положения в сгибательное, затылочное помощью внутриматочной манипуляции всей рукой. Советую Вам к таким исправляющим манипуляциям не прибегать. Предоставьте роды силам природы, в огромном большинстве случаев природа лучше справится с задачей, чем Вы. Вмешивайтесь активно лишь при строгих показаниях. При узком тазе сделайте во-время поворот, выпадение ручки с предлежащим лицом Вас также заставит сделать поворот на ножку, если головка еще подвижна. В периоде изгнания будьте особенно осторожны; лишь строгие показания должны Вас заставить взяться за щипцы. По наложении щипцов следите за тем, чтобы ложки легли правильно (т. е. через щеку, висок и теменную кость), поперечный размер щипцов должен перекрещивать лицевую линию под прямым углом. Хорошо, если лицевая линия стоит в прямом размере таза, ложки будут лежать в поперечном размере; при лицевой линии, стоящей в косом размере, ложки должны лежать в противоположном косом. Самый важный момент операции—замыкание щипцов. Раньше, чем замкнуть ложки, приподнимите рукоятки вверх, тогда ложки за-



Рис. 188. Новорожденный, родившийся в лицевом положении.

хватят выполняющую крестцовую впадину, затылочную часть головки. Если Вы забудете этот совет и замкнете ложки без крутого поднятия рукояток, ложки мозгового черепа не захватят вовсе, они лягут на лицо и шею плода. Верхушки ложек вонзятся в шею, нанесут травму мягким частям ее, сдавят сонные сосуды, и плод погибнет в щипцах. Во время тракций следите, не начинается ли соскальзывание ложек.левой рукой надавливайте замковую часть книзу, это наиболее предохранит щипцы от соскальзывания. При выведении головки следуйте правильному механизму. Выведите подбородок из под симфиза, создайте *pinctum fixum* на передней поверхности шеи, и поднятием рукояток вверх выводите медленно и бережно лоб, темя и затылок над промежностью.

Все это относится к случаям лицевого положения с подбородком, обращенным кпереди. Если же подбородок окончательно и бесповоротно повернулся кзади—не пытайтесь наложить щипцы. Извлечь головку тут физически невозможно,—перфорируйте головку, даже при живом плоде.

Недавно появилась обстоятельная работа *Demuth*'а о разгибательных предлежаниях. Из нее мы узнаем, что лицевое положение встречается 1 раз на 216 родов вообще, (по *Steinbüchel*'ю 1: 158, по *Raschhofer*'у 1: 227) и в 39,7% всех разгибательных предлежаний. Первую позицию *Demuth* нашел чаще второй (37: 19 т. е. 1,9: 1), в то время как *v. Jaschke* и *Bumt* считают обе позиции при лицевых предлежаниях одинаково частыми. Число многородящих относится к первородящим как 1:1,4. большинство авторов отмечают обратные отношения. *Demuth* подтверждает частоту узкотазия, в 44,6% его материала таз был умеренно уплощенный (у *Winckel*'я в 28,6%, у *Weiss*'а в 35,5%, у *Raschhofer*'а даже в 45,5%). В 41% наблюдалось преждевременное отхождение околоплодных вод. Огромное большинство родов в лицевом предлежании заканчивается силами природы (по *Demuth*'у—94,6%, по *Steinbüchel*'ю 87,12%, по *Zangemeister*'у и *Martius*'у—75%, по *Raschhofer*'у—83,9%). 16% детей родились мертвыми, причем они погибли в момент прорезывания головки, т. е. в момент наибольшего давления на шейные сосуды. Мертворождаемость следует признать высокой, у других авторов она меньше (у *Moosmann*'а—14%, у *Jhm*'а лишь 8,67%). Продолжительность родов удлинена незначительно. Роды длились в среднем у первородящих 20 часов (*Demuth* и *Winckel*), 21 час (*Stöckel*), 22 часа (*Steinbüchel*), 28 часов (*Raschhofer*). Для повторнородящих средняя продолжительность родов 14½ часов (*Demuth*), 11 часов (*Winckel*), 10 часов (*Stöckel*), 13 часов (*Steinbüchel*) и 22 часа (*Raschhofer*).

Лицевое реже других разгибательных предлежаний вынуждает к активному вмешательству. *Demuth* лишь в 5,3% прибегнул к наложению щипцов. *Demuth* справедливо отвергает исправляющие приемы, потому что успех их неверен и они опасны как для матери, так и для плода. Наложение щипцов по данным литературы применяется в 5—15% случаев и дает высокую смертность детей. *Steinbüchel* определяет мертворождаемость при оперативном родоразрешении в 50%. Разрывы мягких частей выхода встречаются часто (по *Martius*'у в 28,6%). *Demuth* в 30% всех случаев применял эпизиотомию.

Общая смертность детей высока: от 10,2% (*Martius*) до 21,4% (*Demuth*) и даже 28,6% (*Grasnick*).

Demuth в своей работе советует по возможности стремиться к родоразрешению силами природы и вмешиваться лишь при абсолютных показаниях.

Интерес случая. 22-летняя первородящая поступает в клинику без вод. Распознается 1-ое лицевое положение. Роды ведутся строго консервативно. Хотя родовой акт и принимает затяжное течение, все же предложение активного вмешательства отвергается. На третьи сутки утомленной роженице дается морфий под кожу, после чего возобновившаяся энергичная деятельность быстро завершает внутренний поворот головки. Младенец рождается силами природы.

Случай 72-й.

М. Я. Я., 33-х лет (№ приемного журнала 8122), поступила в Родильный Дом им. проф. Снегирева 10-го июля 1927 г. в 24 часа в родах¹.

Беременность 6-ая. Первая беременность кончилась самопроизвольными родами, роды проведены на дому. Ребенок был очень малелький, скоро умер. Второй раз пациентка рожала в Родильном Приюте, роды длились очень долго, кончились наложением шипсов, ребенок извлечен мертвым. Третьи роды были также тяжелые, длительные, все же кончились силами природы (1924 г.). Ребенок родился мертвым. 4-ая и 5-ая беременности прерваны искусственно на 3-ем месяце. 9 месяцев тому назад наступила настоящая беременность. Роженица не помнит ни срока последних месячных, ни первого движения плода. Беременность протекала без особенностей. Последний coitus 1½ месяца тому назад. 19-го июля в 9 часов начались слабые и редкие родовые боли. К вечеру они усилились. В 21 час 30 мин. отошли воды в умеренном количестве. В полночь роженица была доставлена в Родильный Дом.

При поступлении: перед нами роженица среднего роста, ослабленного питания, темная блондинка. Темп. 36,7. Пульс 80, ровный, удовлетворительного наполнения. Живот довольно большой, овальной формы. Окружность его 104 см. На коже его обильные старых рубцов беременности. Пупок резко выпячен, пупочное кольцо расширено.

При наружном исследовании в дне матки определяются ягодицы. Мелкие части прощупываются справа. Спичка плода слева. 3-ий прием Leopold'a обнаруживает головку, стоящую неподвижно, малым сегментом во входе. Признак Henkel-Baetena — слаболожительный. Высота два матки над лонем 34 см. Сердечные тоны ясно выслушиваются слева ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—25; Dist. Crist.—28; Dist. Troch.—30; Conj. ext.—18; *Conj. later.—14½ см.

Родовые схватки через 8 мин., сильные.

Каков предварительный диагноз и прогноз?

1. Черепное предлежание у многородящей с несколько суженным тазом. Из 3-х родов двое окончились самопроизвольно. Предсказание скорее благоприятное.
2. Таз повидимому плоский нерахитический. Акушерский анамнез следует признать тяжелым. При 2-х мертворождениях один самопроизвольные роды и то маленьким плодом. Отнюдь нельзя быть уверенным в исходе родов. В целях точного диагноза показано внутреннее исследование.

Точного акушерского диагноза нет и быть не может, потому что исследование далеко неполное. Прогноз поэтому неясен. Но интересно, как различно оценивается анамнез: в глазах одних он скорее благоприятен, тот же анамнез в глазах других предвещает тяжелую патологию. Полагаю, что в оценке акушерского анамнеза нужно быть особенно осторожным и вдумчивым. Неужели же у нашей роженицы мы

¹ Случай проведен старшим ассистентом клиники Г. М. Шполянским и представлен им для Семинария.

в праве убаюкивать себя благодушной оценкой случая? Конечно, нет. А посему, поспешим с исследованием.

Per vaginam (20-го июля 1 час).

Наружные части развиты правильно. На промежности старый рубец. Вход во влагалище несколько зияет. Влагалище широкое, стенки гладкие. Шейка сглажена; зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца. края его толстые. Вод нет. Предлежит головка, лишь прижатая ко входу. Стреловидный шов в правом косом размере. Роднички не определяются. Мыс легко достигается, явно нависает над крестцовой впадиной. Измерена наклонная конъюгата—10,5 см.

Теперь нам стало ясно, что перед нами роды у многоплодной с простым плоским тазом, при диагональной конъюгате в 10,5 см., с преждевременным отхождением околоплодных вод, с головкой, стоящей над входом, несмотря на то что с момента отхождения вод прошло уже $3\frac{1}{2}$ часа.

Мы стали наблюдать за ходом родов, считая, что показаний к немедленному вмешательству нет. Состояние роженицы хорошее, сердечные тоны плода не оставляют ничего желать; головка повидимому не особенно большая. Надо надеяться, что родовые боли скоро станут интенсивнее, что головка сконфигурируется и пройдет суженный вход; а там уже, при головке, стоящей в полости, мы сможем в любой момент извлечь плод щипцами, если будут к тому показания.

Мы стали ждать.

Всю ночь схватки были редкие и слабые, к утру они несколько усилились. В 9 час.—общее состояние роженицы удовлетворительное, пульс 100. Схватки через 6 минут, сильные. Головка все там же, прижата ко входу. Сердечные тоны без изменений.

Измерена температура—38,2.

За 8 часов выжидания роды не подвинулись; несмотря на усилившуюся родовую деятельность, головка не вставилась. Но это еще полбеда. Хуже, что повысилась температура. Правда, зноба не было, пульс учащен мало, все же повышенная температура заставляет подозревать инфекцию.

Что же делать?

1. В интересах матери надо кончить роды немедленно. Показано кесарское сечение, хотя бы с известным риском.
2. Родоразрешить надо. Кесарское сечение противопоказано. Можно наложить высокие щипцы; в случае неудачи, надо будет решиться на протобдение головки.
3. Можно не торопиться с вмешательством. Повышение темп. до 38° еще не показание к вмешательству.

Температура повысилась. Мы не знаем, есть ли это случайная температура, зависит ли она от какой либо интоксикации, от резорбции, или же она знаменует собою начало септической инфекции. Вы предлагаете брюшностеночное кесарское сечение. Увы, для этой меры время упущено. Если бы мы предвидели такой тяжелый оборот, мы бы решились на кесарское сечение сразу после поступления в Родильный Дом. Но теперь, когда уже с отхождения вод прошло полсуток, когда было сделано внутреннее исследование без вод, когда уже повышена температура—разве у нас хватит смелости на кесарское сечение? Кесарское сечение мы отвергнем, как абсолютно противопоказанное. Наложение щипцов? Щипцы в данном случае будут „высокие“, ведь головка вся над входом, она за сутки родовой деятельности не могла

вставиться во вход таза, суженный вход головкой не пройден. Неужели же мы будем, наложив щипцы, силой преодолевать препятствие? Разве высокие щипцы есть операция, пользующаяся правами гражданства в терапии узкого таза? Ведь со времен *Olshausen'a* мы знаем: *die hohe Zange passt zum engen Becken, wie die Faust aufs Auge*. Мы можем вперед сказать: если мы и протащим головку через суженное родовое кольцо, то либо ценою серьезных травм матери, либо тяжелых повреждений головки, либо ценою того и другого вместе. Не лучше ли перфорировать головку, пока не поздно? Но ведь плод жив, перфорация живого плода в специальном учреждении не должна иметь место, она допустима лишь в исключительных случаях, в обстановке, не допускающей других оперативных методов и то лишь при жизненных показаниях со стороны матери. А разве здесь показания столь серьезные?

Единственный момент, могущий сойти за показание, есть повышение температуры. Я глубоко убежден, что незначительные повышения не служат абсолютным показанием к вмешательству. Ведь септических явлений нет, пульс ускорен умеренно, знобов нет. Разумнее будет не вмешиваться. Дадим роженице покой, впрыснем ей морфий; может быть после отдыха родовая деятельность будет продуктивнее.

В 9 час. 30 мин. впрыснут морфий (0,01), после чего роженица уснула.

В 12 часов родовая деятельность возобновилась с прежней силой. Общее состояние удовлетворительное. Схватки болезненные, частые. Сердечные тоны без изменений. Головка не вставляется. Исследование *per gest.* дало то же, что раньше. В 14 час. 30 мин. роженица очень беспокойна, мечется, жалуется на сильные боли внизу живота, хватается руками за живот. Темп. 38,3. Пульс 112, ровный. Матка вытянута, упирается дном в реберную дугу. Нижний отдел ее истончен, чувствителен при пальпации. Круглые связки напряжены. Головка все также—лишь прижата к входу. Данные исследования с несомненностью указывают на растяжение нижнего сегмента. Теперь уже выявляются показания к вмешательству, потому что грозит опасность разрыва матки. Прежде чем принять то или иное решение, следует исследовать вагинально (15 час.). Из влагалища истекают в скудном количестве воды без запаха. Открытие зева—4½ пальца, края растяжимые. Головка над входом, мыс легко достижим. Родовая опухоль небольшая. Стреловидный шов между поперечным и правым косым, ближе к поперечному, расположен близ мыса. Спереди, за симфизом определяется ухо. Малый родничок слева и несколько кпереди, большой справа и несколько кзади, близ мыса (рис. 189).

Какой же выход из положения?

1. Внутреннее исследование выявило наличие переднетеменного вставления. Растяжение нижнего сегмента показывает немедленное родоразрешение. Показано прободение головки.



Рис. 189. Переднеголовное вставление при узком тазе.

2. Имеется патологический передний асинклитизм при узком тазе, растяжение нижнего сегмента при живом плоде. Показана пубиотомия в целях устранения препятствия со стороны тазового входа.

Признаюсь, обнаружение асинклитического вставления явилось для нас неожиданностью. Ведь при первом исследовании и намек не было на внеосевое вставление головки; оно образовалось впоследствии и повидимому достигло высокой степени.

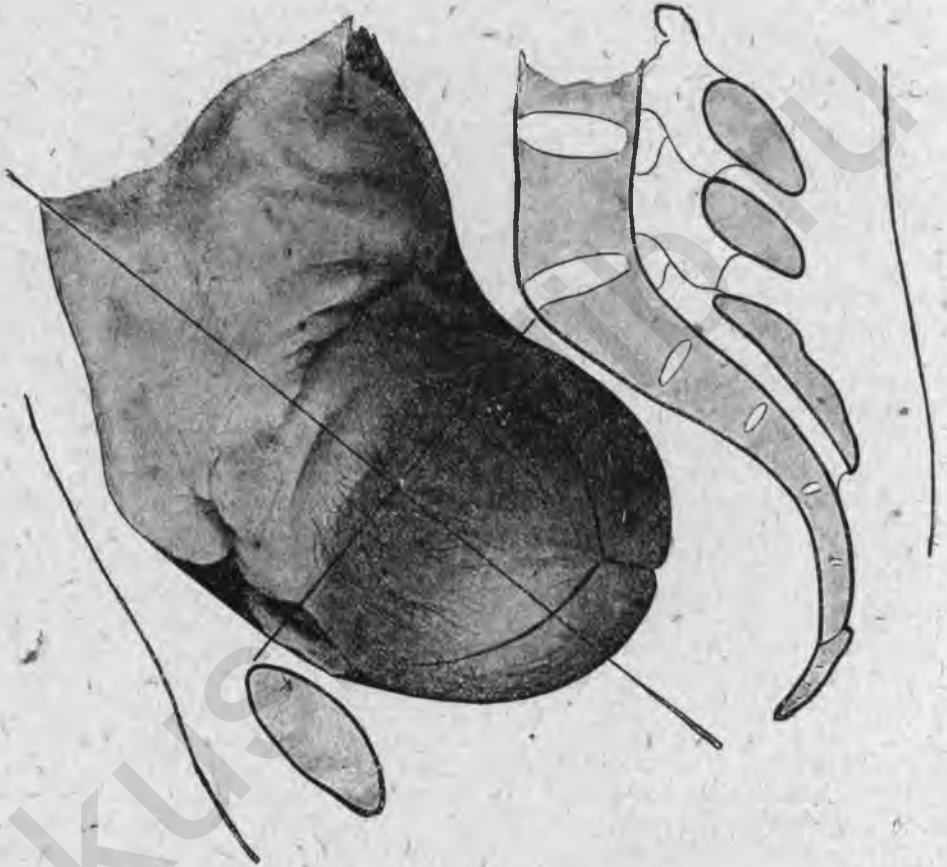


Рис. 190. Передний *asynclitismus*, передне-теменное вставление (Naegele'вское наклонение).

Мы говорим об асинклитическом вставлении головки, когда при головке, стоящей во входе в таз или лишь прижатой к нему, стреловидный шов, пролегающий поперечно, не стоит в пределах проводной оси таза, а кпереди ее или кзади от нее. Легкие степени внеосевого вставления наблюдаются нередко в начале родов и при нормальном тазе и нормальном затылочном предлежании (рис. 190 и 191).

В таких случаях это явление обычно временное и сглаживается в дальнейшем течении родов. При более сильных степенях асинклитизма, неправильное вставление остается стационарным, одна из теменных костей становится предлежащей, в то время как другая отстает, задерживаясь над плоскостью входа в таз. Если при этом стре-

ловидный шов располагается у мыса, другими словами задняя теменная кость задерживается, а передняя внедряется в таз — перед нами переднетеменное вставление, патологический Naegele'вский асинклитизм (рис. 192). В таких случаях склонение головки на сторону может достигнуть такой степени, что за симфизом можно прощупать ухо плода, вставление — в старину названное передним ушным предлежанием. Наоборот, если стреловидный шов пролегает близ симфиза, если передняя теменная кость задерживается над лонными костями, а задняя

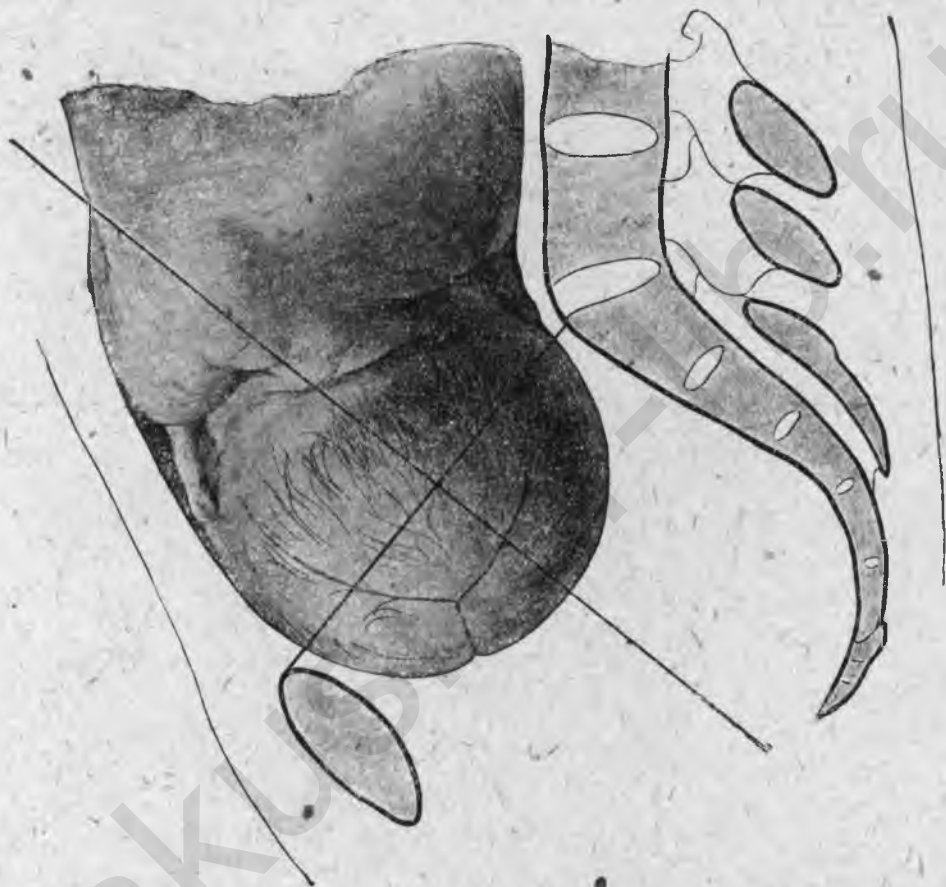


Рис. 191. Задний *asynclitismus* (задне-теменное вставление).

теменная кость, становясь предлежащей, вставляется в тазовой вход — говорят о заднетеменном вставлении (патологический Litzmann'овский асинклитизм), причем и тут в тяжелых случаях впереди мыса становится достижимым ухо плода (заднее ушное предлежание). Понятно, что и тут головка сильно склонена вбок, наклоняясь к переднему плечу (рис. 193).

В этиологии патологического асинклитизма в большинстве случаев лежит узкотазие. Если мы отбросим редкие случаи, где в основе асинклитизма лежит патологически сильное наклонение таза, то большинство случаев получают патологическое значение не в силу имеющегося асинклитизма, как такового, а благодаря узкотазию. Патологи-

ческий асинклитизм характерен для плоского таза. При плоском тазе механизм вставления головки имеет свои типические особенности: долгое стояние стреловидного шва в поперечном размере входа, низкое стояние родничка и темени и, наконец, асинклитическое вставление головки. Головка, вставляясь своим длинником в поперечный размер тазового входа, встречает сопротивление со стороны уплощенного тазового кольца. Особенно сильное сопротивление встречает задняя теменная кость со стороны выступающего мыса. Передняя теменная кость в это время позади симфиза погружается в тазовой вход. В результате головка сгибается вбок (латеральная флексия). Это боковое склонение

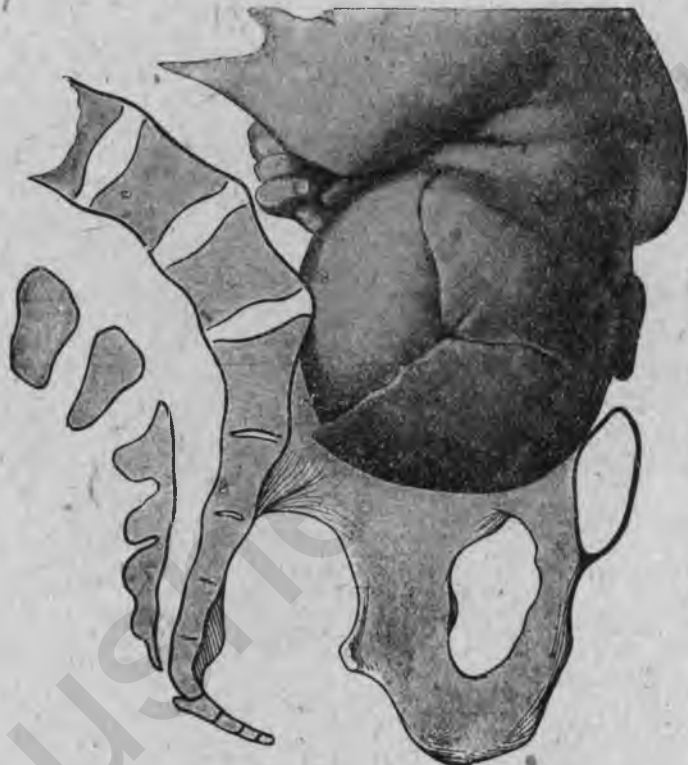


Рис. 192. Патологический Naegele'вский асинклитизм.

представляет собою процесс приспособления головки (относительно большой) к относительно слишком узкому входу в таз. Приспособление это будет успешным лишь при условии полного использования конфигурации головки. Последняя заключается в том, что задняя теменная кость уплощается (иногда даже вдавливается) и черепицеобразно заходит под переднюю теменную кость, так что в стреловидном шве обе теменные кости занимают разный уровень. Получается впечатление, что в целях приспособления к суженным пространственным отношениям головка как бы разделяется на две половины, причем слева вступает в таз впереди лежащая половина ее, в то время как позади лежащая половина отстает и проходит суженное место лишь после первой половины. *Sellheim* построил модель, прекрасно объясняющую, как эллипсоид может, разлагаясь на 2 половины, пройти через слишком узкую трубку (рис. 194 и 195). Рисунок показывает происхождение

ние передне-теменного вставления по *Sellheim*'у. По вступлении передней половины головки в полость таза, за ней следует задняя половина, причем задняя теменная кость соскальзывает по мысу, вследствие чего стреловидный шов постепенно удаляется от крестца и боковое склонение головки ликвидируется.

Механизм вступления головки можно сравнить с пуговицей, продеваемой в петлицу. На основании этого на передне-теменное вставление при плоском тазе следует смотреть, как на процесс вполне целесообразный, направленный на преодоление пространственного несоответствия между головкой и тазовым входом.

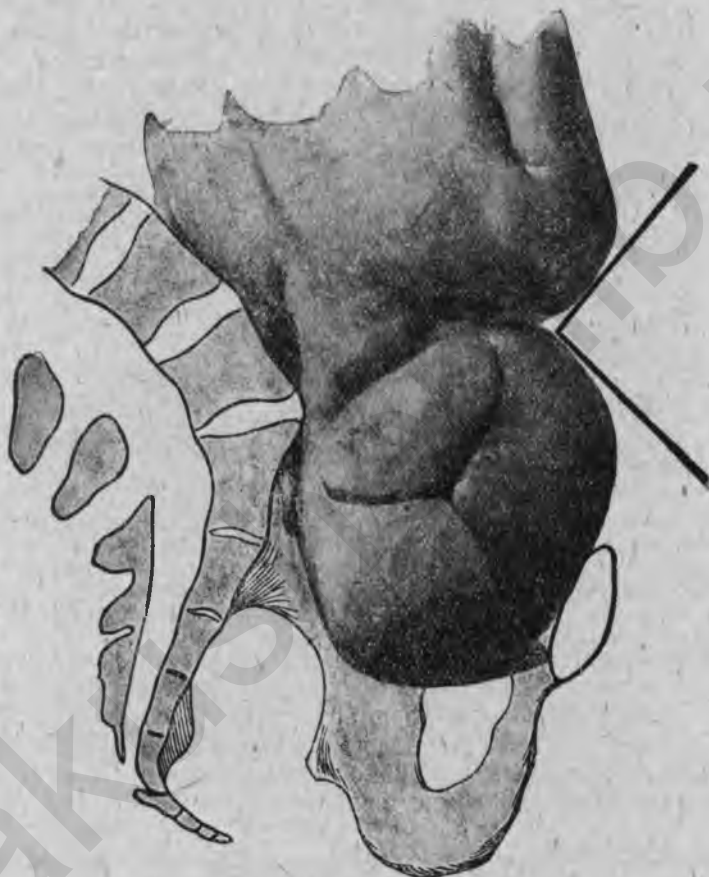


Рис. 193. Плоский таз. Прохождение головки при задне-теменном вставлении (заднее ушное положение).

Понятно, что подобные же отношения могут возникнуть и при нормальных размерах таза при относительно большом объеме головки.

При нормальном тазе возникновению переднего асинклитизма способствует и отвислый живот. При этом головка, являющаяся прямым продолжением оси плода, своей передней теменной костью покрывает тазовый вход. Если в начале родов преждевременно отходят воды, головка может остаться в таком необычном положении, в то время как при положении роженицы на спине и в силу родовых болей туловище плода приближается к позвоночнику матери.

В результате получается пригибание головки к заднему плечу (латеральная флексия), которое все более и более усиливается по мере усиления родовой деятельности. Если при нормальном тазе и отвислом животе в большинстве случаев все же асинклитизм изживается и головка принимает осевое вставление, то при комбинации отвислого живота с плоским тазом передний асинклитизм является более частым осложнением.

Таким образом, вы видите, что внеосевое вставление головки представляет собою аномалию, характерную для плоского таза. Чаще при этом наблюдается передний Naegele'вский, реже, как вы увидите в следующей беседе, во вход в таз вставляется задняя теменная кость (Litzmann'овский асинклитизм).

Что касается прогноза, то хотя передне-теменное вставление значительно более благо-

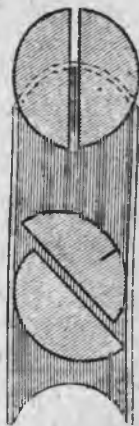


Рис. 194. (По Зельгейму). Эллипсоидное тело, слишком большое для диаметра трубки, может вступить в нее, если оно разделяется на 2 половинки и внедряется в трубку косо.



Рис. 195. Схематическое изображение вступления головки в таз при переднетеменном вставлении.

приятно заднетеменного, все же, как доказывает и наш случай, и оно может вести к тяжкой дистокии.

Лишь редко мы можем воспрепятствовать образованию переднетеменного вставления. При отвислом животе назначением бандажа и за-благовременным предписанием положения на спине мы можем устраняя неправильное направление оси плода, действовать профилактически.

В большинстве случаев диагноз патологического асинклитизма ставится, как в нашем случае, в родах, когда уже нет речи о профилактике, когда нужно считаться с совершившимся фактом.

Как же трактовать переднетеменное вставление?

Само по себе оно не требует терапии, тем более, что, как вы только что видели, на передний асинклитизм следует смотреть как на целесообразное приспособление головки при плоском тазе. Если же, несмотря на хорошие схватки, конфигурация головки не совершенна, или если препятствие непреодолимо, или же, наконец, если родовая деятельность недостаточна, то может явиться необходимость вмешательства. И тогда уже врач должен предпринять ту или иную терапию, но эта терапия будет не терапией переднетеменного вставления, а терапией родов при узком тазе.

Что должен сделать врач в нашем случае, если он стоит перед ним один на один, в сельской практике, в условиях участковой работы? Вдумчивый врач учтет грозную картину родов, растяжение нижнего сегмента, повышенную температуру роженицы, тяжкую дистокию. Он не пойдет на риск родоразрешения через живот, он не решится на тазорасширяющую операцию где-либо в избе, он отвергнет мысль о наложении щипцов на головку, стоящую в большом тазу, в патологическом асинклитизме. Он с болью в душе решится на прободение головки, даже на перфорацию живого плода.

Другое дело в клинике и в благоустроенной больнице. Тут прободение живого плода не должно иметь места. И мы справедливо отвергли краниотомию и решились на пубиотомию.

В 16 часов под общим наркозом приступлено к операции. Роженица положена на операционный стол, живот и наружные половые части тщательно обеззаражены. Ноги разведены. Слева над лонным бугорком сделан небольшой горизонтальный разрез через кожу и подкожную клетчатку, параллельно верхнему краю лонной кости, до кости. Введенным в рану указательным пальцем левой руки оператор отодвинул мягкие части от кости и проник по задней поверхности лонной кости до нижнего ее края. Затем правой рукой взята игла Döderlein'a (рис. 196) и введена в кожную рану. Под контролем вве-



Рис. 196. Игла для пубиотомии по Döderlein'у.

денной во влагалище левой руки игла проведена сверху вниз позади лонной кости, причем со стороны влагалища оператор следит за правильностью хода иглы (во избежание повреждения стенок влагалища). Верхушка иглы вышла в левую большую губу и появилась под кожей наружной ее поверхности. На этом месте скальпелем кожа надсечена и выведена верхушка иглы, на нее надета пилка Gigli и обратным движением иглы Döderlein'a проведена вверх вокруг кости.

На концы пилки надеты рукоятки и приступлено к распилу. Стоящие по обе стороны роженицы помощники удерживали тазовое кольцо, оператор передвиганием пилки вверх и вниз в 8—10 размахов перепилил лонную кость. Что кость действительно перепилена, стало заметно по прекращению характерного звука перепиливаемой кости, по прекращению костного сопротивления пиле, а также по немедленному расхождению кости, отмечаемому пальцами со стороны влагалища.

Рукоятки сняты, пилка извлечена, кровотечение из ранок небольшое, обе ранки (над лонной костью и в губе) прижаты марлевыми компрессами.

Что же дальше? Ждать изгнания плода через расширенное теперь тазовое кольцо или родоразрешать? Одни авторы советуют воздержаться от оперативного родоразрешения и после введения препаратов гипофиза предоставить изгнание силами природы. Другие родоразрешают непосредственно вслед за пубиотомией. Полагаю, что тут нельзя давать общего правила, решение будет зависеть от особенностей случая.

Посмотрим же, каков теперь status у нашей роженицы.

Она лежит в спинной годичном положении с широкоразведенными и удерживаемыми помощниками бедрами. Из ранок кровотечения нет. Матка слабо сокращена. Предлежащая головка вступила во вход и таз. После легкого вдавляния по Hofmeister'у она всецело погрузилась в тазовую полость.

Неужели же мы будем ждать, дадим роженице проснуться и поставим ее рожать с перепиленным тазовым кольцом?

Неужели теперь будет трудно или рискованно родоразрешить роженицу, при головке, стоящей в полости, при широких мягких родовых путях?

Мы решились извлечь плод щипцами. Открытие полное, головка в тазу, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева и спереди, большой не достигается. Через левопереднюю стенку влагалища определяется на месте распила расхождение лонной кости на $1\frac{1}{2}$ поперечных пальца. Щипцы наложены в левом косом размере, замкнуты легко, при первой же тракции головка сделала свой внутренний поворот, щипцы оказались лежащими в поперечном размере, головка легко выведена в щипцах.

Извлечен плод, женского пола, в легкой асфиксии, легко оживлен. Вес его 3400 г, длина 51 см.

Через 20 минут вышел послед, без дефектов, матка сократилась хорошо. Кровотечения нет. На кожный разрез наложено 3 шва. Коллодийная повязка. Выпущена моча, без примеси крови. Введен катетер a demeure.

Роженица перенесена в палату, лед на живот, по обе стороны таза положены мешки с песком.

Послеродовой период без осложнений. Небольшая гематома левой губы вскоре рассосалась. С 23-го июля родильница оставлена без катетера. Высшая температура 37,4. 2-го августа родильнице разрешено вставать. На 14-й день (3-го августа) она выписалась с ребенком. Походка вполне устойчивая.

Интерес случая: 33-летняя многорожавшая поступает без вод. Анамнез тяжелей. Таз простой плоский. Роды затягиваются, повышается температура, намечается растяжение нижнего сегмента. Распознается переднетеменное ставление. Абсолютные показания побуждают к вмешательству. Производится гебостеотомия по Menge. Головка при легком вдавливании по Hofmeier'у опускается в полость таза. Щипцы. Плод извлекается в легкой асфиксии, оживлен. В послеродовом периоде незначительная гематома большой губы. На 14-й день родильница выписывается. Походка вполне устойчивая.

Случай 73-й.

Е. А. П., 21 г. (№ приемного журнала 279), поступила в 12-й Родильный Приют 26-го января 1928 г. в 14 часов 25 мин. в родах.

Роды первые. Пациентка считает себя здоровой женщиной. Месячные приходят с 16-ти лет, через 4 недели, по 6 дней. Год назад пациентка вышла замуж. Последние месячные были 7-го апреля 1927 года. Беременность протекала без особенностей, движение плода стала ощущать в августе. Последний coitus 26-го января. 26-го января в 11 часов начались родовые боли.

При поступлении (14 час. 25 мин): женщина роста значительно ниже среднего (148 см), шатенка, телосложения правильного, ослабленного питания. На скелете каких либо рахитических изменений нет. Темп. 37,1°. Пульс 84. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. Пупок выпячен, белая линия умеренно пигментирована, на коже умеренные свежие рубцы беременности. Окружность живота—98 см. Дно матки на 2 пальца ниже меча—38 см. В дне матки ягодицы плода. Мелкие части с трудом определяются справа. Спинка слева. Головка довольно большая, предлежит над входом, свободно подвижна. Сердечные тоны слева ниже пупка, 136 уд. в минуту.

Размеры таза: Dist. Spin.—23; Dist. Crist.—26; Dist. Troch.—30; Conj. ext.—18 $\frac{1}{2}$; Conj. lateralis—15.

Родовые боли частые, через 5—6 минут.

Per rectum: шейка сглажена, открытие зева 2—2 $\frac{1}{2}$ п. Пузырь во время схватки наливается. Мыс легко достижим. Предлежащая часть не определяется.

Каковы диагноз и предсказание?

1. Головное предлежание при общесуженном тазе. Предсказание сомнительное, но скорее благополучное, потому что несоответствие между головкой и тазом выражено не резко и родовая деятельность хорошая.
2. Положение правильное, но предлежания точно определить мы еще не можем. Надо быть готовым ко всевозможным осложнениям, как то: выпадение пуповины, аномалии вставления, вторичная слабость болей и т. д. От предсказания воздерживаюсь.

Что касается диагноза, то мы пока можем только сказать, что положение правильное, продольное, что позиция первая, что предлежит головка, притом свободноподвижная. Таз, повидимому, общеравномерно-суженный, что нас не удивляет, потому что рост роженицы чрезмерно мал и телосложение детское. Как пойдут роды? Уже то, что головка у первородящей не вставилась во вход таза к началу родов, внушает некоторые опасения. И если это обстоятельство в данный момент, при целостности пузыря ничем не угрожает, то при разрыве пузыря могут выявиться весьма неблагоприятные моменты. Истекающие воды могут увлечь за собою пуповину, головка может установиться не затылком, а в той или иной степени разгибательно, что при узкотазии сразу же придаст родам грозный характер, головка может встаться асинклитически или в прямом стоянии. Далее мы не имеем никаких сведений о конфигурабельности головки, мы не знаем, останется ли родовая деятельность надолго такой энергичной, как сейчас. Как же мы можем ставить предсказание, оперируя со столькими неизвестными? Наше предсказание будет гаданием. Одно нам ясно: роды патологические и требуют самого вдумчивого к себе отношения.

В 18 часов. Родовые боли столь же сильные, стали чаще. через 3 минуты. Сердечные тоны без перемен. Мочевой пузырь переполнен. Головка все также баллотируется.

Мы предложили роженице помочиться, после чего вторично сделали ректальное исследование: открытие 4 пальца. Пузырь сильно напряжен. Вне схватки головка едва достигается над входом.

Итак, открытие зева увеличилось, в остальном же ясности не прибавилось. Акушерский диагноз все также неточен. А посему надлежит исследовать вагинально.

В 19 часов, после тщательной подготовки роженицы и дезинфекции рук, внутреннее исследование. Наружные половые части несколько недоразвиты. Вход во влагалище узкий. Во влагалище туго напряженный "готовый к разрыву" плодный пузырь, открытие зева полное. При прикосновении к пузырю он разорвался, отошли воды, с легкой примесью мекония. Головка тут с силой прижалась ко входу в таз и фиксировалась. Стреловидный шов в поперечном размере входа, тотчас за лонными костями, малый родничок слева, большой справа, на одном уровне. Мыс достигим, крестец обычной формы. Измерена Conj. diag.—12 см.

В момент исследования закончился период раскрытия, начался период изгнания. И мы имеем полное основание с тревогой отнестись ко второму периоду родов: перед нами серьезная аномалия вставления, задний асинклитизм, заднетеменное вставление головки.

Известно, что в начале родов стоящая над тазовым входом подвижная еще головка часто обнаруживает внеосевое вставление. Стреловидный шов может быть расположен ближе к мысу (физиологический передний асинклитизм) или ближе к лону (физиологический задний асинклитизм). Последнее возможно особенно при очень упругих

брюшных стенках. Как правило, родовые схватки скоро выравнивают асинклитическое вставление, и головка центрируется в тазовом входе (*de Seigneux*). В редких случаях внеосевое вставление остается стойким, вполне фиксированная головка сохраняет асинклитическое вставление—патологический задний асинклитизм, заднетеменное вставление Litzmann'a. *Schatz* и *Zangemeister* назвали его „вторичным заднетеменным вставлением“ в отличие от „первичного“, физиологического.

Под этим именем, значит, подразумевается „вставление головки, когда она вступает в таз своею задней частью, задней теменной костью, которая вся или почти вся протискивается при внутреннем исследовании: стреловидный щов находится спереди от поперечного размера входа в таз, очень часто у самой лонной дуги: вся головка пригнута к переднему плечу и вертикальная ось головки с осью туловища образует угол, открытый впереди“ (*Л. А. Крицкий*). В экзквизитных случаях склонение головки настолько сильно, что заднее ухо становится доступным исследующему пальцу (заднее ушное предлежание). Я уже сказал, что Litzmann'овское склонение—аномалия редкая и встречается реже Naegele'вского склонения. *Scanzoni* видел первое всего два раза, *Michaelis* 3 раза, *Litzmann* наблюдал свой асинклитизм 23 раза на 1800 родов (1,2%), *Gönnner* 8 раз на 2.400 родов (0,3%), *Motta* 83 раза на 12.622 родов (0,65%). По материалам Клинического Повивального Института Litzmann'овское вставление было определено 3 раза на 5.726 родов (отчет д-ра *Вирдарского*) и 7 раз на 5.102 родов (отчет д-ра *Чапина*).

Л. А. Крицкий на 52.500 родов (материал Родовспомогательного заведения) нашел лишь 47 случаев заднетеменного вставления, т. е. 1 случай на 1.540 родов, тогда как Naegele'вское вставление на 34.200 родов встретилось 46 раз, т. е. 1 раз на 743 родов, приблизительно вдвое чаще.

В чем же заключается этиология и акушерское значение заднетеменного вставления?

Так же как для переднетеменного, в этиологии заднетеменного вставления наиболее важное значение имеет узкотазие или, по крайней мере, несоответствие между головкой и тазом. На это указывают большинство авторов, во главе с *Litzmann*'ом. На задний асинклитизм следует смотреть как на один из способов вставления головки, как на процесс, сущность которого есть стремление головки приспособиться к пространственным отношениям во входе в таз. Относительно большая головка стремится преодолеть препятствие со стороны костного таза: 1) путем конфигурации, т. е. помощью смещения передней теменной кости в сторону задней и под нее, так что последняя становится предлежащей, и 2) с помощью бокового своего склонения (см. рис. 199). И если при переднетеменном вставлении шлопка природы в большом числе случаев венчается успехом, при Litzmann'овском вставлении часто цель не достигается. Объясняется это тем, что при первом ниже выступающего м'яса имеется достаточно пространства (крестцовая впадина) для внедряющейся в таз передней части черепа; напротив, при заднетеменном вставлении опускающаяся в тазовую полость задняя теменная кость встречает в задней поверхности лонных костей непреодолимое препятствие (*Martius*). Но не только это. И выше плоскости входа в таз, в большом тазу при асинклитических вставлениях имеется значительная разница между Naegele'вским и Litzmann'овским склонениями.

При заднетеменном вставлении, как известно, ось туловища плода и ось головки образуют угол, открытый кпереди, и плечико, обращенное кзади в процессе склонения встречает непреодолимое препятствие в поясничных позвонках матери (рис. 198). При переднетеменном же головка склоняется к заднему плечику (угол открыт кзади) и переднее плечико во время этого процесса легко может следовать, не встречая в мягких частях передней брюшной стенки значительного сопротивления (рис. 199). Из этого следует, что для течения родов заднетеменное вставление имеет гораздо более серьезное значение, чем переднетеменное.

Я уже говорил, что узкотазие в этиологии заднего асинклитизма имеет господствующее значение. Авторы особенно отмечают плоский таз. *Л. А. Кривский* говорит: „Основными причинами должны быть признаны, главным образом, сужение таза и известное наклонение

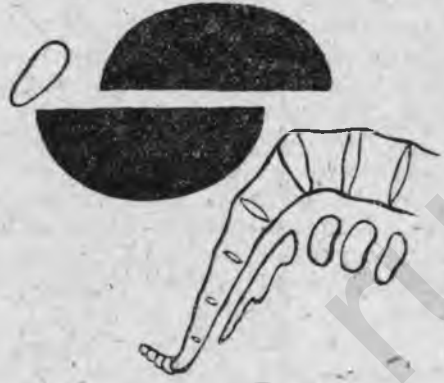


Рис. 197. Схема вступления головки в таз при заднетеменном вставлении.

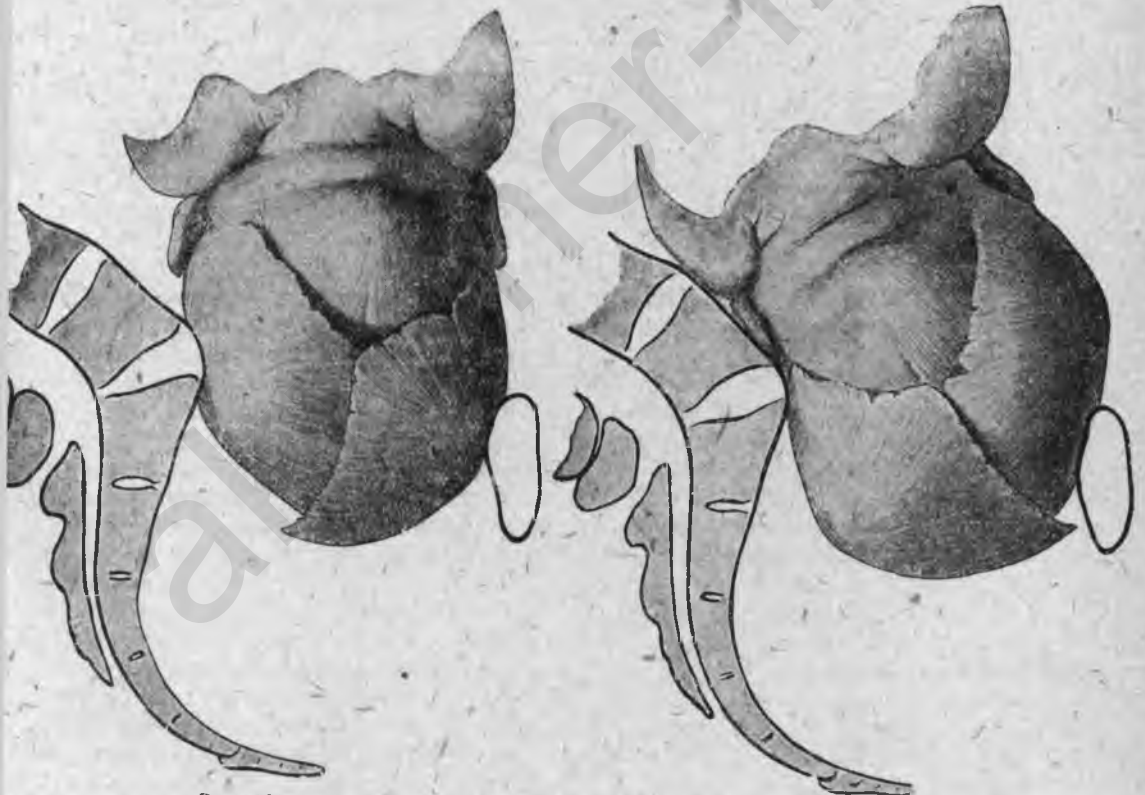


Рис. 198.

Рис. 199.

Конфигурация черепа при узости таза.

Вышестоящая теменная кость (на рис. 198 передняя, на рис. 199 задняя) всегда заходит за нижестоящую и предлежащую.

его; к моментам, ухудшающим это несоответствие, могут быть отнесены более постоянные и более случайные: вроде слишком острого угла между лонным соединением и истинной конъюгатой, внезапного отхода вод при сильном наклонении таза, глубокого стояния мыса, отвислого живота и вообще состояния брюшных стенок и растяжения или расслабления нижнего маточного сегмента, положения роженицы во время отхода вод, объема головки плода, переполнения пузыря, присутствия опухолей, *placentae praeviae* и т. д.

Из 51 случая *Л. А. Кривского* нормальный таз был лишь в 6 случаях. Если же взять общее число узких тазов, то оказывается, что „вторичное“ или „фиксированное“ заднетеменное вставление встречается сравнительно редко—по *Gönnner*'у в 3,6%, по *Pinkus*'у в 1,9% всех случаев узкотазия. Следовательно должны существовать какие то моменты, которые в небольшом количестве случаев ведут именно к заднему асинклитизму, вместо более благоприятного и чаще встречающегося переднего (по *Л. А. Кривскому* *Naegele*'вское 1 : 743, *Litzmann*'овское 1 : 1540). Еще *Scanzoni* указывал на чрезмерное наклонение таза и особенно упругие брюшные стенки. Многочисленные наблюдения, напротив, указывают, что часто имеется отвислый живот, при котором в силу чрезмерной антефлексии матки шейная часть позвоночника усиленно перегибается, заставляя этим задний отдел головки стать подлежащим. Особенно ценно указание *v. Franqué* на преждевременное отхождение околоплодных вод, как на этиологический фактор. Если воды отойдут в тот момент, когда подвижная головка стоит над входом в заднем асинклитизме, что бывает нередко (смотри выше), то передний отдел головки, как бы зацепляется за симфиз, вследствие чего во вход вставляется задняя теменная кость. Родовые схватки скоро превращают первичный „физиологический“ асинклитизм в „патологический“—вторичный. И при нормальном тазе преждевременный разрыв оболочек может вести к той же патологии, если пространственное несоответствие обусловлено чрезмерной величиной головки (*Motta*), водянкой головки (*Gönnner*).

В литературе есть еще указания на более редкие причины *Litzmann*'овского асинклитизма: как выпадение ручки у задней стенки таза (*Sachs*, *Schrempf*, *v. Franque*), обвитие пуповины, опухоли таза (*Helbig*), переполненный мочевой пузырь. Не подлежит сомнению, что единой причины нет, а всегда есть одновременное существование некоторых этиологических моментов, среди которых выделяется, как наиболее верный, узкотазие. И все же напрашивается вопрос, почему в одних случаях развивается *Naegele*'вское, в других *Litzmann*'овское склонение. Наблюдения моей клиники проливают некоторый свет на этот интересный вопрос. *Г. М. Шполянский* указал, что разрешение этого вопроса лежит главным образом в форме, архитектуре мыса и степени лордоза поясничной части позвоночника. Мыс является точкой, вокруг которой головка совершает свою крестцовую ротацию. Если мыс клювовидно и горизонтально выступает во вход таза, то задняя теменная кость как бы ложится на него, фиксируется и остается неподвижной, пока опускается передняя теменная кость—*Naegele*'вское склонение. Если же крестцовая кость сидит низко, мыс опускается отвесно, постепенно все же вдаваясь во вход в таз, и является как-бы продолжением той наклонной плоскости, которую представляют собою поясничные позвонки, то он оттесняет всю головку к симфизу, одновременно не препятствуя заднетеменной кости скользить по его

поверхности, как по покато́й плоскости и спускаться в таз. Тому же способствует, очевидно, усиленный лордоз поясничных позвонков, вызывающий отклонение туловища кпереди. Головка *in toto*, смещенная к симфизу, упирается переднетеменной костью в лоно, и это обстоятельство задерживает ее поступательное движение, в то время как заднетеменная кость скользит вниз. Отклоненное кпереди туловище делает то, что место прикрепления шейных позвонков к голове, где находится точка приложения силы, действующей на головку, приближается к заднетеменной кости, вследствие чего поступательное движение последней вниз усиливается. Происходит это по закону рычага таким образом, что более короткое плечо будет заднетеменная, более длинное—переднетеменная кость. Таким образом при переднем асинклитизме заднетеменная кость как бы садится на *promontorium*, а при заднем асинклитизме переднетеменная кость садится на лоно, и причина тому—та или иная форма мыса и степень лордоза поясничных позвонков.

Какова же этиология в нашем случае? Надо и тут принять сочетание нескольких условий, давших в результате патологический асинклитизм. Взгляните на размеры таза: они с несомненностью указывают на некоторое сужение его. Учтите, что перед нами первородящая с упругими стенками, что воды отошли внезапно во время схватки. Предположите, что разрыв пузыря случился при подвижной высокостоящей головке в момент физиологического внеосевого ее стояния, и что при покато́м поясничном отделе позвоночника головка внезапно по нему скатилась на тазовый вход и здесь была фиксирована сильной схваткой. В итоге и получилось патологическое *Litzmann*'овское заднетеменное вставление.

Мы поставили диагноз во время внутреннего исследования. Диагностика не представила никаких трудностей. Далеко не всегда легко распознать эту аномалию. Нередко заднетеменное вставление просматривается в начале периода изгнания; в дальнейшем течении родов нарастающая на голове огромная родовая опухоль мешает распознаванию и диагноз ставится поздно когда на высоте процесса впереди мыса становится доступным ухо. Кстати упомяну, что *Litzmann* различает 3 степени заднетеменного вставления: первую, когда стреловидный шов располагается в переднем отделе входа в таз, начиная от 1—1½ см кпереди от поперечного размера входа, вторую, когда он находится у верхнего края симфиза, и третью, когда он даже выше симфиза. Правда, иногда можно уже при наружном исследовании, если не распознать, то заподозрить заднетеменное вставление: типичным считается резкое выстояние над лоном головки с образованием в нижней части живота роженицы поперечно расположенной борозды. Эта борозда соответствует открытому кпереди углу между туловищем плода и головкой (симптом *Hegar*'а рис. 200).

Как же совершится изгнание?

В 24% случаев изгнание совершается силами природы. Под влиянием изгоняющих сил головка прodelьвает своеобразный механизм, описанный *Veit*'ом. Задняя теменная кость все более и более продвигается вглубь тазовой полости, скользя по мысу, при этом боковое склонение головки достигает своего максимума. После этого головка прodelьвает обратное движение вокруг своей продольной оси, стреловидный шов отдаляется от симфиза, передняя теменная кость получает возможность вступить в таз, опускаясь в него по задней

поверхности симфиза. Во время этого движения область заднего уха крепко упирается в мыс. *Litzmann* описал видоизменение механизма: передняя теменная кость начинает спускаться до того, как задняя теменная целиком миновала мыс. Она даже приподымается по мысу обратно, по мере опущения передней теменной кости. И лишь после окончательного вхождения переднего отдела головки в полость, задняя теменная кость погружается в полость. *Л. А. Кривский* на своем материале доказал, что механизм исправления вставления происходит так, как его описывает *Veit*, а не так, как указывает *Litzmann*.



Рис. 200. Заднетеменное вставление. Угол между туловищем и головкой открыт кпереди.

К сожалению в большей части случаев (76%) наступает более или менее тяжкая дистокия. Трудность вставления побуждает матку к сильной родовой деятельности. Головка все более и более склоняется в шейной своей части, задний отдел ее все более и более внедряется в тазовую полость и при пространственном несоответствии, при невозможности наступления *Veit*'овского исправления—роды останавливаются. Последствием является или вторичная слабость родовой болей, повышение температуры, асфиксия плода, или же при неослабленной родовой деятельности разрыв матки с грозными последствиями для матери и ребенка.

Можем ли мы после этих размышлений ставить хорошее предсказание? Учтите еще, что по данным *Л. А. Кривского* средняя продолжительность родов очень велика—34,8 часа, что безводный проме-

жуток в среднем продолжается 18 часов, учтите, что именно тут % оперативных вмешательств необычайно велик, и вы поймете, что при заднетеменном вставлении предсказание всегда более чем серьезно.

Воды отошли в 19 часов. Схватки после небольшого отдыха возобновились с большой силой и частотой.

В 22 часа схватки почти непрерывны, очень болезненны. Роженица утомлена. Сердечные тоны плода все так же ясны, слева ниже пупка. Впрыснут морфий под кожу (0,01) после чего наступило полудремотное состояние.

Наступит ли исправление патологического асинклитизма? Или могучая родовая деятельность окажется бессильной в борьбе с дистокией.

В 23 часа 15 мин.: родовые боли стали менее интенсивные. Общее состояние удовлетворительное. Темп. 37,3. Пульс 88. Сердечные тоны плода отчетливы, 140 в мин. Нижний сегмент несколько растянут, при пальпации чувствителен. Головка в таз не опустилась.

Per rectum: головка очень небольшим сегментом фиксирована во входе. Открытие полное. Стреловидный шов в поперечном размере входа, тотчас за лонными костями.

Что теперь делать?

1. Показаний к вмешательству нет, ни со стороны матери, ни со стороны плода. Надо ждать, следя особенно за нижним сегментом матки.
2. Вряд ли изгнание завершится силами природы. Показано кесарское сечение.
3. Выжидание бесполезно. Во избежание асфиксии плода и опасности разрыва матки следует наложить щипцы Kjelland'a.

Если взглянуть на заднетеменное вставление с точки зрения терапии, то надо себе сказать, что последняя должна вестись по правилам терапии родов при узком тазе, причем Litzmann'овское склонение нужно учесть, как обстоятельство, резко отягчающее обстановку. В этом отношении оно равносильно другим аномалиям вставления, как лобное или лицевое предлежание при узкотазии. И если профилактический поворот на ножку при узком тазе в настоящее время большинством авторитетов отвергается, как пособие нерациональное, то при подходящих условиях он тут вполне уместен. При недавно отошедших водах, при подвижной еще головке можно сделать поворот на ножку, но этот поворот не будет уже чисто профилактическим, он будет направлен на устранение неправильного вставления головки, он будет поворотом исправляющим.

Есть ли в нашем случае условия для поворота? Нет, их уже нет. Если они были в момент разрыва пузыря, то теперь, когда головка уже фиксирована и есть намек на растяжение нижнего сегмента, их уже нет. Тогда мы не думали о повороте, мы рассчитывали на то, что аномалия вставления исправится силами природы. Увы, надежды не оправдались. Нельзя ли помощью искусства исправить вставление? Было предложено несколько способов исправления. Внутренним ручным приемом устранить боковое склонение головки вряд ли удастся. Не советую Вам тратить время и силы на подобные попытки, они обречены на неудачу, потому что дело ведь не в одной головке. По удалении вашей руки, головка опять примет склоненное набок положение, потому что силы, которые заставили ее склониться набок (отношение к ней туловища, направление позвоночника), продолжают

свое воздействие на головку. *Michaelis* и *Litzmann* предложили производить энергичное давление на головку над симфизом, *Hess* рекомендует завести переднюю ложку щипцов *Kjelland*'а и ею отдавить головку кзади.

Мало также обещает предложение *Litzmann*'а положить роженицу на сторону лба, в расчете на то, что таким путем в истинную конъюгату вставится малый поперечный размер головки (вместо большого поперечного).

Может быть щипцы *Kjelland*'а окажутся для патологического заднетеменного вставления инструментом, исправляющим аномалию вставления. *Г. М. Шполянский* в своей статье о щипцах *Kjelland*'а (журнал акушерства и женских болезней 1928 г., кн. 4) говорит: „щипцы *Kjelland*'а в некоторых случаях могут быть исправляющим запущенное задне-асинклитическое вставление инструментом. Скользящий замок и возможность наложения щипцов на поперечный размер высокой головки способствуют правильному обхвату головки, отклонение рукоятки кзади и тракции выпрямляют склоненную набок головку. Щипцы *Kjelland*'а при запущенном заднем асинклитизме разрешают неразрешенную донныне задачу и дают возможность в известных случаях обойтись без тазорасширяющих операций, кесарского сечения и перфорации головки живого плода“.

Насколько эти ободряющие положения оправдаются, покажет жизнь.

Выжидать или оперировать? И если оперировать, то когда?

Говоря вообще, наличие заднетеменного вставления при прочих равных условиях облегчит нам решение сделать брюшностеночное кесарское сечение. Именно потому, что при заднем асинклитизме приходится считаться со значительной опасностью для матери и плода, мы тут скорее решимся на родоразрешение через живот, чем в аналогичном случае узкотазия без асинклитизма. Может быть для нас настал момент приступить к кесарскому сечению! С другой стороны нас удерживают следующие соображения: сужение таза незначительно, родовая деятельность интенсивна, головка обнаруживает склонность к конфигурации. Мы решили ждать с тем, чтобы в случае безрезультатности выжидания произвести кесарское не позднее 12—15 часов по отхождении вод. Слишком долгое выжидание будет чревато опасностями: для матери в виде восходящей инфекции и угрозы разрыва матки, особенно задней стенки нижнего сегмента, причем надо учесть, что перерастяжение задней стенки скорее ускользнет от своевременного распознавания, чем растяжение передней стенки нижнего сегмента. И для плода опасность велика: возможны вдавления черепных костей, трещины и переломы их, внутричерепные кровоизлияния. Не даром статистика *v. Franqué* указывает детскую смертность на 165 случаев в 41,2%.

27-го января в 6 часов. Общее состояние хуже, роженица сильно утомлена, схватки несколько реже, на уровне пупка намечается контракционное кольцо, головка не опустилась. Сердечные тоны плода глухие, резко замедлены—110 уд. в минуту.

Теперь показания налицо: как со стороны матери, так и со стороны плода. Надо кончать! Решено наложить щипцы *Kjelland*'а, конечно без типического переворота передней ложки, а путем „странствования“ ее.

Под эфирным наркозом, после обычной подготовки операционного поля и рук оператора сделано внутреннее исследование: данные те же, что при предыдущем исследовании.

довании. Наложены щипцы Kjelland'a: задняя ложка легко введена со стороны мыса, передняя введена сперва вправо и затем уже крайне осторожно с трудом, путем „странствования“ переведена кпереди. Щипцы легко замкнуты. При первой же тракции обнаружена наклонность щипцов к соскальзыванию, ввиду чего тракции прекращены и щипцы сняты.

Ассистентом прослушаны сердечные тоны плода: они еле слышатся, аритмичны, агональны, тут же прекратились. Что осталось делать?

Исключительно перфорацию! Введены пластинчатые зеркала, обнажена головка кожа ее захвачена в двух местах щипцами Мюзе, рассечена между ними скальпелем в разрез введен перфоратор Blot, задняя теменная кость перфорирована *lege artis*, в перфорационное отверстие введена ложка Феноменова, мозг разрушен и вычерпан. Удалены все инструменты. При фиксации головки снаружи ассистентом наложен краниокласт Браун'a на затылок, с трудом извлечен плод женского пола, весом 3.100 г (без мозга). Наркоз прекращен. Повреждений нет. Через полчаса вышел послед без дефектов. Матка сократилась хорошо.

Послеродовой период прошел в общем гладко, с однократным повышением температуры до 38,8 на третий день. 6-го февраля родильница выписалась домой без ребенка.

Без ребенка! Можем ли мы сказать, что роды проведены безуспешно, что спасти ребенка было невозможно? Нет, мы должны признаться, что несмотря на тщательное ведение родов и полное врачебное наблюдение было упущено время для своевременного вмешательства. Надо было с самого начала учесть всю грозность патологического заднего асинклитизма и с самого начала взять курс на активное родоразрешение. Л. А. Кривский говорит: „хотя цифры не говорят против выжидательного способа терапии заднетеменного вставления и даже в общем оправдывают его, все же некоторые случаи являются резким примером вреда слишком длительного выжидания, влекущего за собою опасные последствия“. И далее: „при наличности известных условий заднетеменное вставление может служить показанием для симфизиотомии или пубиотомии (и особенно кесарского сечения—добавлю от себя), более обширное применение каковых уменьшит количество перфораций подчас живого плода“.

Когда в течение родов впервые возникла мысль о кесарском сечении, надо было его сделать. Мы понадеялись на силы природы. В дальнейшем было поздно думать о родоразрешении через живот, мы взяли курс на щипцы Kjelland'a, ободренные нашим опытом (см. Г. М. Шполянский, Журнал акушерства и женских болезней, 1928 г., кн. 4). Пришлось отказаться от них ввиду соскальзывания ложек. Плод погиб, осталось сделать перфорацию.—Что же делать при заднетеменном вставлении врачу на участке? Не торопитесь с диагнозом заднего асинклитизма, не забывайте, что внеосевое вставление может быть временным, переходящим явлением. Если Вы убедились в том, что перед вами патологический Litzmann'овский асинклитизм, учтите все условия случая (степень сужения таза, величину головки, плотность ее, силу родовых болей, степень подвижности плода) и, если можно, сделайте поворот на ножку. Если же условий к повороту нет, выжидайте, уповая на конфигурабельность головки. Если в дальнейшем, несмотря на хорошую родовую деятельность, головка не опустится в таз, то после выжидания в течение 10—12 часов по отхождению вод, приступайте к кесарскому сечению, конечно, при нормальной температуре. Не пытайтесь исправить асинклитизм—это Вам не удастся. Не беритесь за щипцы Kjelland'a, даже если инструмент под руками, эта модель требует огромного опыта и безукоризненной

техники. Место ей в клинической операционной, а не в наборе участкового врача. Скорее уже решитесь на пубиотомию, если владеете техникой этой операции и если есть хорошая ассистенция. Если же нет, ведите роды консервативно: как *ultimum refugium* у Вас остается перфорация и краниоклазия.

Интерес случая: Первородящая, 21 года, с общесуженным тазом поступает в роды. Во время сильной схватки отходят воды, головка фиксируется в заднетеменном вставлении. Роды ведутся консервативно. Несмотря на продолжительное выжидание головка не опускается, наступает растяжение нижнего сегмента, начинается асфиксия плода. Осторожные попытки наложения щипцов Kjelland'a кончаются неудачей. Щипцы соскальзывают. Плод отмирает. Делается перфорация, плод извлекается краниокластом.

Случай 74-й.

М. Г. Ш., 36-ти лет (№ приемного журнала 8879), поступила в родильное отделение 29-го июня 1925 г. в 1 час 20 минут в роды.

Роды 8-ые. 5 раз пациентка рожала в срок и без осложнений. 3 детей живы. 7-ая беременность кончилась преждевременно на 7-ом месяце в ноябре 1922 г. Менструации носят с 14-ти лет, через 4 недели по 3 дня. Последние менструации в сентябре. Временя первого движения плода не помнит. Беременность протекала без особенностей. Последний coitus 1½ месяца назад.

28-го июня в 21 час начались родовые боли. В 1 час 20 мин. роженица поступила в больницу.

При поступлении: роженица крупного роста, правильного телосложения, ослабленного питания, брюнетка. Живот большой, несколько отдаленный. Окружность его 49 см. Кожа живота испещрена множеством старых рубцов беременности. Пупок резко выпячен. Надлобковая складка выражена. Матка большая, дно на 2 п. ниже пупка. Высота дна 40 см. В дне матки определяются ягодицы. Над входом головка, в промежутках между схватками подвижна. Признак Henkel—Вастена отрицательный. Сердечные тоны плода выслушиваются слева, левее средней линии, ясные.

Размеры таза: Dist. Spin.—24½; Dist. Crist.—27 см; Dist. Troch.—29 см; Conj. ext.—18½ см. Схватки частые и сильные.

Через час после поступления (в 2 часа 25 мин.) отошли воды, в значительном количестве. Через 5 минут боли стали потужными.

Каков предварительный диагноз и прогноз?

1. Имеется черепное, вероятно затылочное, предлежание. Хотя размеры таза на границе патологии, все же, принимая во внимание благоприятный акушерский анамнез, предсказание следует признать хорошим.
2. Анамнез благоприятный, родовая деятельность прекрасная. Все же возможна та или иная аномалия предлежания или вставления. Показано внутреннее исследование.

Пока мы знаем, что плод лежит продольно, что предлежит головка, что плод жив, что он предвидимому крупный. Размеры таза, действительно, указывают на некоторое его общее сужение. Но это обстоятельство нас мало беспокоит, потому что анамнез хороший. С другой стороны надо учесть то обстоятельство, что у многоплодных обычно плоды с каждой последующей беременностью делаются крупнее. Родовая деятельность очень хороша, но мы не можем поручиться за то, что не наступит слабости болей. Но главное: мы не имеем данных внутреннего исследования, мы не знаем, чем и как предлежит головка.

Per vag. (3 часа 30 мин.): наружные половые части развиты правильно. Половая щель зияет. Идут воды. Влагалище широкое, гладкостенное. Пузыря нет. Открытие около 4-х пальцев, края зева толстые. Предлежит головка, прижатая ко входу. Родовой опухоли нет. Стреловидный шов в левом косом размере входа, ближе к прямому. Малый родничок сзади, левее мыса.

Итак, мы имеем задний вид первого затылочного положения. Необычным является то, что стреловидный шов лежит не в косом размере, а ближе к прямому. Все же мы склонны поставить благоприятное предсказание. Лишь бы не наступила слабость болей, столь обычная у многоплодных.

Все ли сделал врач, произведший исследование? Нет, он не измерил диагональной конъюгаты.

Есть ли показания к вмешательству? Нет, мы будем ждать.

5 час. 30 мин. Схватки стали значительно слабее и более редкими. Головка стоит некоторым сегментом во входе, неподвижна. Сердечные тоны ясны, почти по средней линии, 136 уд. в минуту.

Ввиду наступившей вторичной слабости родовых болей дежурным врачом сделано подкожное впрыскивание pituglandol'я (1 см³). Это впрыскивание следует признать рискованным: головка не в малом тазу, она даже еще не прошла входа. При таких условиях лучше не впрыскивать препаратов гипофиза. Дежурный врач все же рискнул впрыснуть, не находя несоответствия между тазом и головкой.

Через 10 минут после впрыскивания появились сильные, частые схватки. Но такая хорошая родовая деятельность продолжалась недолго.

В 6 час. 30 мин. схватки опять стали слабыми и редкими. Головка почти не подвинулась, над лоном по средней линии прощупывается подбородок. Сердечные тоны плода стали глухими и резко замедленными (100 уд. в минуту).

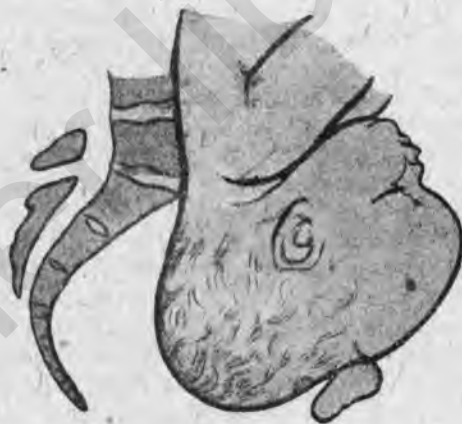


Рис. 201.

Почему же за час сильной родовой деятельности головка не опустилась? Надо опять исследовать per vaginam.

Крестцовая впадина свободна. Открытие зева полное. Головка покрыта большой родовой опухолью, свисающей в полость таза. Сама же головка во входе в таз; стреловидный шов в прямом размере входа. Малый родничок впереди мыса (рис. 201).

Картина необычная: стреловидный шов в прямом размере входа. Перед нами высокое прямое стояние головки!

Прежде чем обсуждать наш дальнейший образ действий, коснемся сути этой аномалии вставления.

Не подлежит сомнению, что в начале родов головка нередко располагается над входом в таз со стреловидным швом, стоящим соответственно истинной конъюгате. Подобное стояние обычно временное, скоропроходящее. Вскоре головка вынуждена покинуть это несуразное положение и сообразно форме тазового входа становится косо или поперечно к нему. Это не патология, это еще не высокое прямое стояние. Лишь когда стреловидный шов длительно остается в прямом

размере (или почти прямом), стоя неподвижно над входом в таз, мы признаем высокое прямое стояние головки. Тут надо различать:

передний вид, если затылок стоит у симфиза—*positio occipitalis pubica seu anterior* и

задний вид—если затылок стоит у мыса—*positio occipitalis sacralis seu posterior*.

При высоком прямом стоянии головка всегда находится в состоянии сгибания, хотя есть указания на то, что оно наблюдается и при разгибательных предлежаниях.

Понятно, что эта аномалия вставления не часто встречается в нашей деятельности. Но может быть она фактически встречается чаще, чем мы предполагаем. Может быть в случаях самопроизвольного родоразрешения эта аномалия подчас и остается незамеченной.

Интересно, что наши акушерские праотцы представляли себе механизм родов при затылочном положении именно так, что стреловидный шов с начала родового акта до конца изгнания неизменно занимает прямой размер. Это видно на исторических рисунках *Deventer'a* (1740). *Smellie* первый стал на верную точку зрения и признал стояние стреловидного шва в прямом размере входа патологическим явлением.

По мере развития акушерской диагностики случаи высокого прямого стояния головки стали наблюдаться все чаще и чаще. До 1914 года было описано всего 83 случая, к 1923 году уже были известны 157 случаев. Русскими врачами описано всего 11 случаев (*Лунского*—2, *Шполянского*—4, *Кисина*—1 и *Мандельштама*—4 случая).

Вы видите, что высокое прямое стояние не есть нечто исключительно редкое. Каждому из вас может встретиться подобный случай. По *Pankow'u* оно даже встречается в 0,4%, по *Weinzierl'ю* в 0,2% всех родов.

А посему нужно знать эту аномалию, нужно уметь ее распознать и понять свойственный ей механизм изгнания.

Positio occipitalis sacralis мы распознаем тогда, когда при внутреннем исследовании стреловидный шов на высоко стоящей головке окажется стоящим строго в прямом размере. Если даже он временно и покидает прямой размер, становясь несколько косо, то через некоторое время он вновь возвращается в свое первоначальное положение. Малый родничок стоит впереди мыса или глубже впереди крестцовых тел по средней линии. Большой недостижим за симфизом, к нему поднимается стреловидный шов. Понятно, что вступить в таз головка в таком положении может только при условии сильнейшего сгибания и чрезвычайно сильной конфигурации. Если родовая деятельность достаточно сильна, головка опускается в полость таза, стреловидный шов покидает прямой размер, переходит в косой, в дальнейшем совершается внутренний поворот, затылок стремится к симфизу и изгнание совершается, как при обычных передних видах затылочного предлежания. Интересно, что при уплощенном тазе *Pankow* заметил, что головка устанавливается в прямом размере в состоянии лабильного равновесия, после чего начинаются как бы осцилляторные ее колебания в одну и другую сторону до тех пор, пока она не перейдет в которыйнибудь косой размер, после чего механизм родов протекает правильно.

При очень малых размерах головки, при округлой форме тазового входа поворота может и не наступить, стреловидный шов в те-

чение всего изгнания остается в прямом размере и проходит в этом размере через все плоскости таза.

Не подлежит сомнению, что самопроизвольное изгнание при заднем виде прямого стояния (P. O. S.) происходит не часто. В большом числе наблюдений, несмотря на хорошую родовую деятельность, изгнание силами природы не может совершиться. Тут наступают серьезные опасности для матери и плода; для последнего—асфиксия и смерть, для матери—повышение температуры, растяжение нижнего сегмента и разрыв матки.

Из этого явствует, что прогноз родов очень сомнителен. В $\frac{3}{4}$ случаев приходится прибегать к помощи искусства, что само по себе омрачает и без того серьезное предсказание.

Объективно (в 6 час. 30 мин.) мы установили упорную слабость родовых болей, а также заглушение и резкое замедление сердечных тонов плода.

Что делать?

1. Плод в асфиксии. Надо спешить с родоразрешением. Показано наложение щипцов.
2. Щипцы будут высокие, вряд ли удастся извлечь живого младенца. Повидимому придется прибегнуть к перфорации.

Что мы должны приступить к родоразрешающей операции и при этом немедленно, не подлежит сомнению. Поворот противопоказан и невозможен: головка вколотилась в тазовый вход. Щипцы будут высокие. Может быть удастся ротировать головку щипцами, хотя бы немного, для того только, чтобы перевести стреловидный шов в косой размер, а там уже нетрудно будет головку низвести в таз и вывести наружу. Это удастся, если головка не очень большая, если щипцы не будут соскальзывать. Но мы будем манипулировать над плодом, уже сильно пострадавшим, асфиктическим, удастся ли его извлечь живым? В случае, если во время операции плод погибнет, мы, конечно, в интересах матери, уменьшим его объем путем прободения и извлечем его краниокластом.

В 7 часов, после обычной подготовки роженицы, под общим наркозом приступлено к операции.

Наложены щипцы Simpson'a в поперечном размере таза. Ввиду высокого стояния головки во время введения ложек и последующего замыкания их рукоятки сильно опущены книзу. Щипцы легли, повидимому, хорошо, захватив головку бипариетально. Замковая часть в вульварном кольце. Уже при пробной тракции обнаружена наклонность щипцов к соскальзыванию. Посему они сняты и вновь наложены, опять в поперечном размере входа. Попытки ротировать не привели ни к чему. При первой же тракции—опять тенденция к соскальзыванию.

Пришлось отказаться от дальнейших попыток.

Выслушивание обнаружило исчезновение сердечных тонов—плод погиб.

Приступлено к перфорации. Введены длинные зеркала. Кожа головки фиксирована 2-мя парами Мюзеевских щипцов, рассечена между ними скальпелем, головка перфорирована *lege artis* перфоратором Vlot, в области малого родничка. Мозг удален большой ложкой. Затем извлечены все инструменты, наложен краниокласт Braun'a, причем наружная ложка наложена на затылок.

Плод извлечен. Повреждений тазового дна нет. Плод мужского пола, вес его 3950 (без мозга). Произведенная перфорация и краниоклазия не дают судить о конфигурации головки.

В 8 час. 30 мин. вышел послед, весом в 700 г, без дефектов. Кровопотеря ничтожна. Матка хорошо сократилась.

В послеродовом периоде двукратное повышение температуры до 38°. Родильница выписалась здоровой 7-го июня, на 9-ый день после родов.

Роды кончились без ущерба для матери, но нам не удалось получить плод живым. А посему остается чувство глубокой неудовлетворенности. Каковой же должна быть терапия при высоком прямом стоянии головки? Как только поставлен диагноз Р. О. С. надо быть готовым к ведению глубоко-патологических родов. Все авторы отме-

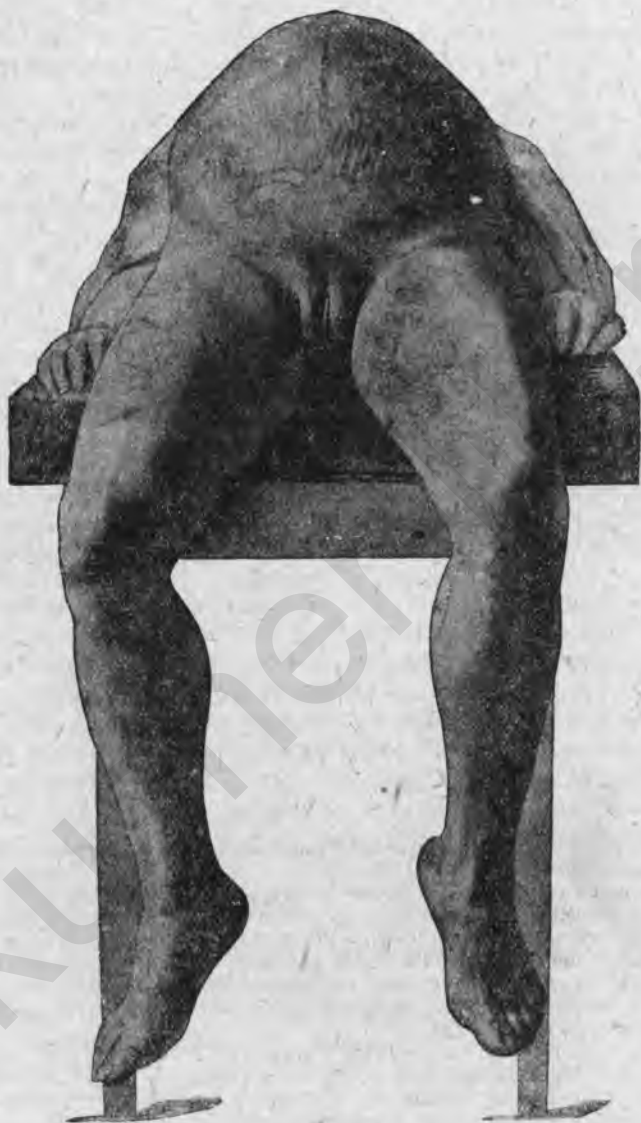


Рис. 202. Walcher'овское висячее положение.

чают необходимость вести роды вначале консервативно, решаясь на кесарское сечение только при явном несоответствии между тазом и головкой. При хорошей родовой деятельности можно надеяться на должную конфигурацию головки и дальнейшее изгнание. Если опущение головки в полость таза замедляется, можно, по совету *Martius'a*, придать роженице Walcher'овское положение (рис. 202). По его наблюде-

ниям головка, стоявшая много часов во входе, при Walcher'овском положении роженицы может быстро опуститься в полость таза.

Было предложено ручными приемами изменить неправильное стояние головки. Для этой цели пригоден ручной прием Liermann'a, названный им Kegelkugelhandgriff (рис. 203). Техника его такова: вся рука вводится во влагалище, далее проникает через зев в матку. Если нет полного открытия, зев расширяется пальцами. Головка захватывается всей рукой, как кегельный шар, и поворачивается вокруг вертикальной оси в том направлении, в каком движение легче удастся. В это время другая рука фиксирует плод через брюшные покровы и давит на дно матки. Или же, вместо этого, помощник или акушерка снаружи, воздействием на спинку плода, стараются повернуть туловище плода в согласном направлении.



Рис. 203. Kegelkugelhandgriff.

Подобное исправление технически нелегко и требует большого опыта и ловкости. Г. М. Шполянский в одном из его случаев успешно применил способ Liermann'a, после чего изгнание легко совершилось силами природы. Вес плода 4100 г. (Случай описан в Журнале акушерства и женских болезней 1927 г.).

Полагаю, что ручной прием Liermann'a может испробовать лишь опытный акушер и то в исключительных случаях. Лучше, если плод еще подвижен, сделать поворот на ножку, конечно только у повторнородящей и при отсутствии противопоказаний, как напр., растяжение нижнего сегмента.

При узкотазии выбор пособия может оказаться очень затруднительным. Stöckel произвел один раз пуботомию.

Опыт учит, что обычно приходится приступать к вмешательству, когда воды уже давно прошли, когда головка плотно вколотилась во вход и когда показания со стороны плода или матери властно диктуют родоразрешение. Понятно, что в большинстве случаев приходится остановиться на наложении щипцов.

Что операция эта при P. O. S. дело нелегкое, Вы видели в нашем случае. Щипцы Simpson'a мало пригодны при P. O. S. Да это и понятно.— Правда, наложенные в поперечном размере входа, они лягут бипариетально на головку. Но извлечение ими головки может встретить непреодолимое препятствие. В нашем случае наступило соскальзывание. Надо стремиться к тому, чтобы головка покинула свое прямое стояние, чтобы стреловидный шов перешел в косой размер. Для этого требуется ротация, а обыкновенные щипцы не могут и не

должны быть использованы для ротации; они инструмент влекущий. Вот почему в последнее время ряд авторов горячо рекомендуют при P. O. S. щипцы Kjelland'a, как модель, в высокой степени пригодную для ротации (Weinzierl, Bauch, Шполянский, Мандельштам лишь при плоском тазе).

Не сомневаюсь, что в клиниках и родильных домах в подобных случаях P. O. S. щипцы Kjelland'a будут наиболее приемлемой операцией.

Что же делать врачу на периферии? Терапия высокого прямого стояния головки должна проводиться строго индивидуально, вмешательство допустимо лишь при наличии доказаний со стороны матери или плода* (Мандельштам).

На первом месте стоит поворот на ножку с последующим извлечением (если есть условия к повороту). При вколотившейся головке наложение щипцов с осторожной попыткой ротации. Нет необходимости производить резкую ротацию, достаточно сдвинуть стреловидный шов с прямого стояния и перевести его в косой размер.

При мертвом плоде показана перфорация, на отмирающем плоде малоопытный врач также, полагаю, поступит благоразумнее, если решится на перфорацию.

В заключение позволяю себе привести выводы старш. ассистента моей клиники Г. М. Шполянского.

1. При затянувшихся родах и раннем отхождении вод в случае отсутствия иных причин для того же, следует иметь в виду неправильность в механизме вставления, а именно высокое прямое стояние стреловидного шва.
2. При P. O. S. нужно быть готовым к вмешательству.
3. В интересах матери и плода по возможности заблаговременно исправлять неправильности вставления ручным приемом Церриана или поворотом.
4. При наложении щипцов пользоваться щипцами Kjelland'a, дающими возможность с наименьшим риском для матери и плода ротировать головку.
5. Не доводить вымещающую терапию до крайности, помня, какому риску подвергается плод.
6. В случае наличия соответствующих пространственных несоответствий применять тазорасширяющие операции.
7. Кесарское сечение, как операция, предупреждающая неправильность механизма родов, применяется при наличии еще и других осложняющих родовый акт показаний.
8. Операцию перфорации живого плода применять только в случае полной невозможности иначе разрешить женщину.

Спросим себя в заключение, были ли правильно проведены роды в нашем случае? Конечно, нет. К сожалению, нередко случаи в деятельности врача-акушера, когда он лишь после окончания родов сознает, что должен был поступить иначе, если бы предвидел все особенности периода изгнания. Если бы мы в начале родов учли величину плода, высокое его прямое стояние при общесуженном тазе, мы решились бы на кесарское сечение. Но если уже момент был упущен и мы в силу асфиксии плода были поставлены перед задачей немедленно приступить к операции наложения щипцов, то наш выбор должен был пасть на щипцы Kjelland'a, как модель, весьма приспособленную как к наложению на высокостоящую головку, так и к ротации ее.

Интерес случая: У 36-летней многородящей с общесуженным тазом и отвислым животом в периоде изгнания наступает вторичная слабость родовых болей. Распознается задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва (Р. О. S.) Наступающая асфиксия плода вынуждает вмешаться. Шипцы Simpson'a, наложенные на высокостоящую головку, соскальзывают. Плод погибает. Производится перфорация, плод извлекается краниокластом. Выздоровление.

Случай 75-й.

Н. И. К., 27-ми лет (№ приемного журнала 11821), поступила в клинику 11-го сентября 1926 года в 19 час. 5 мин. с отошедшими водами.

Беременность первая. Замужем 3 года. Женскими болезнями не страдала. Месячные носит с 17 лет, через 4 недели, по 2—3 дня, без болей. Последние регулы 9-го декабря. Самочувствие в течение всей беременности было хорошее. Времени первого движения плода не помнит. Последний coitus 1½ недели тому назад.

11-го сентября в 10 час. без видимой причины отошли воды в небольшом количестве. К вечеру, хотя болей не было, пациентка отправилась в клинику.

При поступлении: женщина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Темп. 36,9. Пульс 80. Отеков нет. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. Окружность его 100 см. Резкая пигментация средней линии. Рубцы беременности отсутствуют. Пупок выпячен. Высота дна матки 34 см. В дне матки ягодичы плода. Мелкие части не определяются. Спинка повидимому справа. Предлежит головка, стоящая небольшим сегментом неподвижно во входе. Признак Nепkel—Вастена отрицательный. Сердечные тоны справа ниже пупка и по средней линии, 140 уд. в минуту. Родовой деятельности нет.

Размеры таза: Dist. Spin.—25; Dist. Crist.—27; Dist. Troch.—30; Conj. ext.—19; Conj. lat.—15.

Наружные половые части без особенностей. Понемногу отходят воды.

Каков предварительный диагноз? Что делать?

1. Беременная не в родах. Имеется головное предлежание при нормальном тазе. Несоответствия между тазом и головкой нет. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Показаний к вмешательству нет. Больную надо уложить.

Другого диагноза быть не может. Мы уложим больную, потому что при отошедших водах ей лучше сохранять горизонтальное положение, и будем ждать начала родов. Когда начнутся боли, мы не знаем. Они могут начаться сегодня—завтра, но может пройти и несколько дней. Мы будем следить за общим состоянием беременной, за ее отправлениями (стул, мочеиспускание), мы возьмем мочу для исследования и будем наблюдать за плодом (сердечные тоны).

Вагинального исследования мы избегаем, ректальное же производим.

Per rectum: полость таза пуста. Шейка резко укорочена. Зев закрыт, смотрит кзади. Предлежит головка, малым сегментом во входе. Мыс прямым пальцем еле достижим.

Пациентка пролежала без болей 5 суток. Никаких перемен не произошло. Анализ мочи ничего патологического не обнаружил.

16-го сентября в 20 часов начались слабые и редкие родовые боли. Ночью они участились к утру они уже через 5 минут, очень сильные.

17-го сентября 9 час.. Схватки сильные, частые. Сердечные тоны по средней линии, ясные, несколько ускоренные, 148 уд. в мин.. Головка вколотилась во вход, но его еще не прошла.

Per vag.: Влагалище длинное, узкое. Шейка сглажена, открытие зева $1\frac{1}{2}$ пальца, края его тонкие и напряженные. Пузыря нет. В зев вдается родовая опухоль, затрудняющая исследование. Головка стоит большим сегментом во входе. Во время исследования зев пальцами легко расширен до $2\frac{1}{2}$ п.. Малый родничок определяется непосредственно за симфизом, от него идет стреловидный шов спереди назад, под родовую опухоль, от него же идут вправо и влево швы (колена затылочного шва). Большой родничок не определяется. Мыс прямым пальцем не достигается.

В каком положении роды? Что делать?

1. Имеется высокое прямое стояние стреловидного шва. Надо теперь же расширить зев и так или иначе исправить патологическое вставление головки.
2. Ввиду отсутствия показаний как со стороны матери, так и со стороны плода, надо воздержаться от вмешательства, рассчитывая на хорошую родовую деятельность первородящей и конфигурабельность повидимому небольшой головки.

Высокое прямое стояние головки, на этот раз его передний вид— *positio occipitalis rubica!* (рис. 204), вставление глубоко патологическое.



Рис. 204. *Positio occipitalis rubica.*

Как быть? Возможно ли изгнание силами природы? Р. О. Р.—аномалия редкая, хотя по данным авторов она и встречается чаще Р. О. S, (по *Haupt*'у на 65 случаев Р. О. S.—92 случая Р. О. Р. по *Baisch*'у отношение как 3:5, по *Weinzierl*'ю 73%). Поэтому большого опыта у каждого из нас быть не может, обратимся к опыту коллективному. Если при Р. О. S. большая часть родов требует вмешательства, то при Р. О. Р. 50% (*Döderlein*), 69% (*Weinzierl*), 70% (*Pankow*) родов заканчиваются самопроизвольно. Прохождение головкой тазового входа может совершиться двояко: или головка сохраняет в течение всего родового акта свое прямое положение. При сильном сгибании головка, упираясь подзатылочной областью в симфиз, проходит большим родничком по мысу, после чего по мысу скользит лоб, причем стреловидный шов сохраняет свое строго прямое стояние. И после преодоления входа головка сохраняет свое прямое стояние и в нем же проходит всю тазовую полость, рождаясь в затылочном предлежании.

Чаще же головка получает возможность пройти вход благодаря легким поворотам то в одну, то в другую сторону, так что большой родничок и лоб протискиваются по мысу, совершая свой путь зигзагообразно (*Wackelbewegung Rankow'a*). Пройдя таким образом плоскость входа в таз в одном из косых размеров или в размере, близком к косому, стреловидный шов в тазу опять становится в прямой размер и в этом размере совершает свой дальнейший путь.

Изгнание силами природы возможно, конечно, при полном соответствии между головкой и тазом, при достаточной конфигурабельности головки, при мощной родовой деятельности.

Имеем ли мы в нашем случае все эти предпосылки? Повидимому, да; а посему мы должны остановиться на строго консервативном ведении родов.

Будем ждать, зорко следя за состоянием плода. А пока спросим себя: какова же этиология высокого прямого стояния головки вообще и Р. О. Р. в частности?

Установлено, что этиология высокого прямого стояния головки многообразна. Аномалия эта встречалась при разных формах головки и при разнообразных тазах (как нормальном, так и плоском, поперечносуженном, воронкообразном, круглом общесуженном). Наиболее легко понять этот механизм вставления при тазах поперечносуженных. Ясно, что, если прямой размер входа больше поперечного, головка, приспособляясь к пространственным условиям таза, должна своим длинником встать в прямой размер. И действительно в редчайших случаях анкилотически-поперечносуженных Robert'овских тазах Р. О. С. была наблюдаема 1 раз (*Thies*), Р. О. Р.—2 раза (*Moldenhauer, Nacke*). *Martius* видел Р. О. Р. в случае кифотического воронкообразного таза.

При округлых или почти округлых плоскостях входа, какие наблюдаются в тазах общеравносуженных, а также бывают и в нормальных тазах, высокое прямое стояние головки не может быть объяснено таким механическим воздействием тазового входа на вставление головки.

Не подлежит сомнению, что в конце беременности или в периоде раскрытия (при целых водах), вследствие перемены женщиной положения спинки плода может менять свое положение, переходя даже из 2-й в 1-ю (редко наоборот) позицию (*Henkel*). Представьте себе, что во время такой перемены позиции начнутся сильные боли или внезапно отойдут воды. Этот момент может застичь плод, обращенный спинкою прямо кпереди или прямо кзади. И если при обычной форме тазового входа (поперечно-овальной) головка механически сдвигается со своей прямой позиции, переходя в косой размер, то при тазах округлых она фиксируется своим длинником в истинной конъюгате—в результате—высокое прямое стояние. Это особенно может случиться при врожденной брахицефалической форме головки. (В 2-х случаях *Шполянского* таз был общесуженный, у *Мандельштама*—1 раз общесуженный, 1 раз кососуженный).

Возможно, что моментом, способствующим этой аномалии вставления, является отвислость живота. *Liermann* считает, что у повторнобеременных с отвислым животом чаще бывает Р. О. Р., у первородящих с упругими брюшными стенками Р. О. С. Допуская эту возможность, все же напомним, что в предыдущей беседе мы имели дело с повторнородящей с отвислым животом—и все же была Р. О. С., а настоящий случай касается первородящей—и вы видите Р. О. Р.

Наиболее трудно объяснить этиологию высокого прямого стояния в случаях плоского таза. И тем не менее, именно при плоском тазе чаще всего наблюдалась интересующая нас аномалия (у *Martius*'а 3 раза, из 6-ти, у *Rankow*'а 5 раз, из 14-ти у *Мандельштама* и *Шнолянского* по 1 разу).

Правда, один из лучших знатоков высокого прямого стояния *Weinzierl* склонен не признать значения в этиологии этой аномалии ни формы таза, ни формы головки. Он считает, что причиной является целый ряд моментов, среди которых он отмечает особенно положение спинки, момент отхождения вод и начала родовых болей.

Возможно, что в некоторых случаях уплощения таза головка как бы стремится использовать для себя одну половину тазового входа, вставляясь в нее внесрединно со стреловидным швом, идущим спереди назад—*positio extramediana* (*Opitz*). Но именно в большинстве случаев высокого прямого стояния авторы находили стреловидный шов стоящим строго по средней линии.

Глубокие поиски причин установки головки в высоком прямом стоянии привели к убеждению (*Martius*), что в некоторых случаях, несмотря на наличие уплощенного таза (особенно сильно вынуждающего головку установиться во входе в поперечном размере) головка устанавливается в прямом размере вследствие плоской формы своего черепного свода. Аномально плоский череп (вне зависимости от его долихоцефалической или брахицефалической формы), стоя на входе в таз, не встречает механических моментов, заставляющих его повернуться в поперечный размер. Этот обычный характерный для правильного механизма поворот тут отсутствует, головка остается и фиксируется надолго в высоком прямом стоянии.

Интересно, что *Haupt* (1923) этиологию высокого прямого стояния также видит в особенностях головки, а именно в необычном соотношении величин большого поперечного и малого косога размера. Известно, что в норме большой поперечный размер несколько меньше малого косога, вследствие чего плоскость черепа по малому косогу (*planum suboccipito-bregmaticum*) имеет форму продольно-овальную. Если же большой поперечный размер больше малого косога, то *planum suboccipito-bregmaticum* принимает поперечно-овальную форму. Эта особенность черепа по мнению *Haupt*'а, наряду с другими возможными причинами, и является основным этиологическим моментом высокого прямого стояния головки. *Lork* (1927) проверил на 1000 новорожденных и вполне мог подтвердить гипотезу *Haupt*'а. *Planum suboccipito-bregmaticum* почти всегда продольно-овально (74,4%) = большой поперечный меньше малого косога. Оно округло в 29,9% = оба размера равны. Оно поперечно-овально очень редко (в 2,7%) = большой поперечный больше малого косога. Редкость последней формы и редкость высокого прямого стояния головки, а также многократно наблюдавшееся совпадение обеих аномалий заставляют предположить причинную зависимость высокого прямого стояния от указанной поперечно-овальной формы головки.

Какова же этиология аномалии вставления в нашем случае? Общепринятое измерение таза указывает разве что на очень небольшую степень уплощения таза. Мы пока не знаем причины высокого прямого стояния у нашей больной. Может быть осмотр головки родившегося младенца прольет свет на этот темный вопрос.

Но вернемся к нашей больной.

17-го сентября, 12 часов. Родовые боли сильные и частые. Сердечные тоны плода без перемен.

19 часов. Начались потуги.

21 час 35 минут родился плод в затылочном предлежании без асфиксии.

21 час 45 минут. Вышел послед, вес его 500 г, размеры 17×17 .

Повреждений промежности нет. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря обычная. Плод мужского пола, весом в 3500 г длиной 59 см.

Головка долихоцефалической формы. Поверхность черепа, т. е. обе теменные и лобные кости, представляется плоской, как доска. Теменные бугры и область малого родничка ограничивают собою треугольник с вершиной на малом родничке, покрытый головной опухолью, равномерно распространяющейся по ламбдовидному шву в одну и в другую стороны. Окружность головки 37 см, прямой размер 12, большой косой—15, малый косой— $9\frac{1}{2}$, большой поперечный— $9\frac{3}{4}$ см. Осмотр головки пролил свет на этиологию Р. О. Р.: необычная форма черепного свода, его оригинальная уплощенность были причиной ненаступления типической установки головки поперек тазового входа (теория *Martius'*a). Она осталась стоять стреловидным швом на истинной конъюгате, а фиксации ее в этом аномальном стоянии способствовало преждевременное отхождение околоплодных вод. Кроме того интересно, что большой поперечный размер больше малого косога ($9\frac{3}{4}$ — $9\frac{1}{2}$), в силу чего *planum suboccipito-bregmaticum* приближается к поперечному овалу (теория *Haupt'*a).

Таким образом в нашем случае мы видим комбинацию этиологических моментов, с одной стороны указанных *Martius'*ом и подтвержденных *Schumacher'*ом, с другой указанных *Haupt'*ом и подтвержденных *Lork'*ом.

Интерес случая: 27-летняя первобеременная поступает с отошедшими водами без болей. Спустя несколько дней начинаются роды. Определяется передний вид высокого прямого стояния головки. Роды ведутся консервативно. Изгнание совершается силами природы. Младенец рождается в затылочном предлежании. Определяется необычно плоская черепная крыша головки и преобладание большого поперечного размера над малым косым.

Случай 76-й.

М. Д., уроженка Могилевской губ., 23-х лет от роду, поступила в Родовспомогательное заведение 17-го февраля 1905 г. в 7 час. 40 мин. В анамнезе двое нормальных родов; аборт не было. Считает настоящие роды срочными, хотя времени последних регул указать не может.

Родовые боли начались 15-го февраля в 12 часов, воды отошли в тот же день в 18 часов. Дома была исследована повторно сперва повитухой, потом акушеркой, наконец, врачом; причем все трое «тянули за ножку».

Роженица хорошо сложена, размеры таза: 26—29—31—21, окружность живота 99 см, живот овоидной формы, нижний сегмент матки растянут, источен, чувствителен; на ладонь ниже пупка намечается неясно контракционное кольцо. Во входе в таз вколочена крупная часть. Сердечных тонов плода нигде не слышно; сильный маточный шум. Т°—36,1. Р. 66 ударов в минуту. Родовая деятельность сильная.

Что же мы можем предположить?

1. Ножное положение при наличности какого то препятствия со стороны костного таза или мягких родовых путей; в результате растяжение нижнего сегмента.

2. Ножное положение при нормальных родовых путях: осложнение каким то препятствием со стороны плода (водянка живота, опухоль плода, уродство).
3. Выпадение ножки рядом с головкой.

Естественно, поставить точный диагноз должно при помощи внутреннего исследования, если нужно *всей* рукой.

Тотчас за входом во влагалище найдена стопа, осмотр ее обнаруживает, что местами эпидермис слущен. Ножка (правая) выполняет просвет влагалища и направляется к правой стенке таза, во входе в таз она ущемлена крупной частью, крепко вколоченной.

Последняя покрыта огромной родовой опухолью, затрудняющей диагностику. Открытие зева полное.

Войдено полурукой, что дало возможность определить, что лежащая часть — головка, обращенная затылком влево; за лонным сращением удалось прощупать ухо. Стреловидный шов не определяется, будучи покрыт родовой опухолью (рис. 205).



Рис. 205.

Итак, мы имеем дело с весьма редким осложнением родов — выпадением ножки рядом с головкой при срочных родах и нормальном тазе. Известно, что подобное нарушение членорасположения плода при родах недоношенным или мацерированным плодом встречается нередко; далее известно, что узкотазие предрасполагает к выпадению мелких частей (и пуповины) при головных положениях. У нашей же больной роды срочные и таз нормальный.

Были-ли безупречны те попытки родоразрешения,

которые производились на дому акушеркой и врачом? Конечно, нет. Они были ошибкой, они были основаны на неправильном распознавании. Очевидно, врач и акушерка полагали, что имеют дело с обычным неполным ножным положением, а посему пытались закончить роды извлечением плода за ножку.

Итак, перед нами тяжелый случай доношенных родов при нормальном тазе, при ущемлении выпавшей ножки плотно вколоченной головкой. Роды длятся третьи сутки, плод мертв, имеются признаки растяжения нижнего сегмента.

Какова терапия?

1. Вправить ножку и предоставить роды силам природы.
2. Поворот за выпавшую ножку.
3. Прободение головки и краниоклазия.

Я думаю, что никто не станет возражать, что показания к родоразрешающей операции налицо.

Хотя пульс и температура тела нормальны, все же истончение и болезненность нижнего сегмента указывают на грядущую опасность разрыва матки. Кольцо Bandl'я уже намечается. Закончить роды необходимо и притом немедленно.

Вправление ножки следует отвергнуть абсолютно. Предлежащая головка крепко вколотилась во вход малого таза. Вправить ножку возможно лишь применяя насилие, приподымая головку вверх, что могло бы повести к растяжению нижнего сегмента за пределы его растяжимости, к разрыву его или к отрыву матки от сводов влагалища (colparotaxis). Если бы данный случай попал под наше наблюдение значительно раньше, напр., непосредственно по отхождении вод, то при вполне еще подвижной головке, учитывая нормальные размеры таза, вправление ножки за головку было бы образом действия вполне правильным; тут же оно абсолютно противопоказано.

Поворот за выпавшую ножку также подлежит отклонению. Каждый поворот предполагает известную подвижность плода. Что простое влечение за ножку не повело к выпрямлению его, т. е. к повороту, доказали усиленные попытки акушерки и врача на дому. Понятно, что влечение за ножку еще более способствовало ущемлению ее между стенкой таза и головкой. Лишь двойной прием (по *Smellie*) мог бы привести к цели. Влечение за ножку одной рукой и приподнятие головки кверху другой рукой могло бы превратить головное положение в ножное, но какой ценой? Ценой разрыва нижнего сегмента.

Остается прободение головки с последующим извлечением ее. Несомненно единственно правильное действие. Плод мертв. Он не может служить предметом наших забот. Погиб он повидимому недавно, во всяком случае после отхождения вод. Наличие большой головной опухоли доказывает с несомненностью, что головка живого плода стояла довольно долго неподвижно во входе в таз. Погиб он от асфиксии, наступившей в силу чрезмерной длительности периода изгнания. Прободая головку, мы сразу же устраняем ущемление, устраняем препятствие к родоразрешению и предохраняем нижний сегмент от угрожающего разрыва. Условия к перфорации головки даны: полное открытие зева, неподвижность и доступность головки.

Под наркозом введено длинное пластинчатое зеркало. Боковым подъемником выпавшая ножка отстранена в сторону, вправо. Кожа головки захвачена крепкими щипцами *Muzeux*, скальпелем покровы головки рассечены поперечно. Пальцем, введенным в разрез, определен стреловидный шов и большой родничок (значит головка вставилась в состоянии легкого разгибания). Перфоратором *Феноменова* сделано прободение в большой родничок. *Феноменовой* ложкой удален мозг, после чего наложен краниокласт. Внутренняя сплошная ложка введена через перфорационное отверстие в полость черепа, наружная окончатая введена вправо, под контролем левой руки, и наложена на лоб и переносье, причем ножка осталась правее между ложкой и стенкой таза.

Во время тракции мы старались по возможности не дать ножке уйти кверху в полость матки, что могло бы способствовать инфекции.

Плод извлечен, он оказался мацерированным; вес его без мозга—4000 г. Вскоре вышел послед, издававший резкий запах. Разрывов не было. По выходе послета мы промыли полость матки раствором сулемы (1:10000) при помощи стеклянного маточного наконечника. Было ли это правильным? Безусловно нет. Не забудем, что случай относится к довольно далекому прошлому, когда мы промывали матку.

В настоящее время я бы, конечно, воздержался от промывания матки.

Послеродовой период прошел почти гладко. Первые три дня послеродового периода температура была повышена (максимум 38,3°), при явлениях легкого эндометрита. 25 февраля родильница выписалась здоровой.

Неправда ли странный случай? Одновременное предлежание головки и ножки! Понятно, что всякое предлежание мелкой части имеет в основе своей нарушение правильного членорасположения плода. Выпадает ли ручка при поперечном положении, ножка при предлежании тазовым концом, лежит ли при головном предлежании ручка или ножка рядом с головкой—во всех этих случаях мелкая часть покинула свое обычное, свойственное нормальному членорасположению сгибательное положение и находится в состоянии разгибания. При этом мы тут, как и в отношении пуповины, различаем: предлежание мелкой части при целом еще плодном пузыре, выпадение ее при отошедших передних водах.

При предлежаниях тазовым концом предлежание одной или обеих ножек частое явление—мы получаем ножное положение (полное или неполное). При поперечных положениях выпадение ручки также явление обычное. Выпадении же мелкой части при головных предлежаниях встречается редко, и не трудно понять, почему. Обычно предлежащая головка выполняет собою нижний сегмент матки настолько совершенно, что рядом с ней нет места постороннему телу. В случаях же, где нет всестороннего тесного прилегания нижнего сегмента к головке, где головка слишком мала, или стоит в несрединно, отклоняясь в сторону, или при узком тазе, где головка стоит высоко и подвижна, не имея возможности выполнить собою тазовой вход, неудивительно, что мелкая часть, покинув свое нормальное, пригнутое к туловищу положение, может оказаться рядом с головкой, и мы имеем совместное предлежание головки и ручки или, что гораздо реже, головки и ножки.

Если теперь, на высоте схватки, разорвется плодный пузырь, то хлынувшие воды увлекают с собою в направлении книзу предлежащую мелкую часть—в результате: выпадение мелкой части рядом с головкой. Опыт учит, что особенно предрасположены к выпадению мелкие части плодов мертвых или отмирающих, потому что у них конечности в силу потери мышечного тонуса и возбудимости легко покидают свое обычное расположение и в силу своей тяжести опускаются вниз.

Я уже сказал, что выпадение ручки рядом с головкой встречается чаще выпадения ножки. Да это и понятно, потому что ручки ближе к головному концу плода, они ближе и ко входу в таз, чем ножки. Чаще всего мы и находим рядом с головкой кисть той или другой ручки, иногда и предплечье, или же вытянута вся ручка.

В нашем случае выпала ножка; известны случаи одновременного выпадения ручки и ножки или даже предлежания рядом с головкой всех четырех конечностей.

Случаи предлежания и выпадения мелких частей требуют вдумчивого к себе отношения. Представьте себе при целом пузыре рядом с головкой предлежит ручная кисть (рис. 206), вы, конечно, воздержитесь от всякого вмешательства: в дальнейшем ходе родов ручка может еще отойти вверх, головка опустится и плотно выполнит тазовой вход. Этому процессу отхождения ручки кверху вы будете способствовать тем, что положите роженицу на бок, противоположный стороне предлежания ручки; в случае, изображенном на рис.—на правый бок.

При отошедших водах (рис. 207) боковое положение роженицы менее надежно, тут можно попытаться вправить выпавшую ручку,

конечно, если головка еще подвижна и ручка не ущемлена между нею и стенкой таза. Для этого дайте роженице наркоз, войдите всей рукой во влагалище и продвиньте выпавшую ручку вверх, выше головки. Но этого мало; если вы этим ограничитесь, ручка, вероятно, опять выпадет. А посему, выждите схватку, не извлекая своей руки из влагалища; фиксируйте наружной рукой через брюшные покровы головку во входе в таз и вдавите ее по *Hofmeier*'у. И если головка окончательно фиксируется в тазовом входе, ваша задача выполнена. Если же вы сомневаетесь в успехе, если фиксация не удается, если ручка обнаруживает стремление опять выпасть, особенно при узкотазии, не настаивайте на репозиции. Лучше тут же, не вынимая руки, сделать поворот на ножку, причем рекомендую вам на выпавшую ручку наложить петлю из марлевого бинта, в целях удержания ее в вытянутом положении, иначе она немедленно уйдет высоко в полость матки (инфекция!), а кроме того может запрокинуться, что только затруднит в дальнейшем ее освобождение.

Другое дело если головка уже вколотилась в таз и неподвижна. Правда, нередко, особенно при небольшом плоде, изгнание его совершается силами природы, в силу того, что выпавшая ручка находит себе достаточно места в крестцовой впадине. При крупном же плоде выпавшая ручка может нарушить правильность механизма родов, изгнание затягивается, внутренний поворот головки не совершается и приходится родоразрешать оперативным путем. Как только условия к наложению щипцов будут даны, прибегайте к ним, причем (и это очень важно) ложки должны быть наложены так, чтобы выпавшая ручка не попала в щипцы, а осталась кнаружи от ложки. Извлечение плода щипцами может оказаться трудным, возможна травматизация тазового дна, а посему не упустите в нужный момент сделать перинеотомию.

Все это относится к случаям, когда плод жив. При мертвом плоде, если только изгнание не совершается беспрепятственно силами природы, показана перфорация головки с последующим извлечением краниокластом.



Рис. 206. Предлежание ручки рядом с головкой.

Гораздо реже выпадения ручки встречается выпадение ножки при головном предлежании.

Подобное явление наблюдалось особенно при мацерированных плодах. Тут при подвижной головке потерявшая свой жизненный тонус ножка легко может выпасть. Мацерированный недоносок может



Рис. 207. Выпадение ручки рядом с головкой.

так и родиться, без вмешательства. При крупном плоде вы поступите соответственно условиям случая: при подвижной головке вы сделаете поворот на ножку и перфорируете последующую головку, при вколотившейся головке сделайте перфорацию головки с последующим извлечением ее краниокластом.

Наш случай интересен тем, что очевидно в начале родов и еще в периоде изгнания плод был жив. За это говорит присутствие на головке большой родовой опухоли, которая есть явление прижизненное. Плод был очень крупный. Ножка выпала, вероятно, в момент отхождения вод и ущемилась между головкой и стенкой таза. Повторные попытки к извлечению, предпринятые разными лицами, затянувшийся период изгнания, дистоклия, повлекшая за собой растяжение ниж-

него сегмента, асфиксия и смерть плода,— вот отдельные этапы родов. Мы получили роженицу в момент, когда угрожающий разрыв матки диктовал немедленное родоразрешение, и единственно правильным *modus agendi* было прободение головки мертвого плода с извлечением его краниокластом.

Интерес случая: У повторнородящей акушеркой и врачом на дому производятся безуспешные попытки к родоразрешению потягиванием за предлежащую ножку. При обследовании оказывается, что имеется не ножное положение, а выпадение ножки рядом с головкой. Ввиду угрожающего разрыва нижнего сегмента производится перфорация головки мертвого плода. Плод извлекается краниокластом.

Выздоровление.

Предлежания тазовым концом.

Случай 77-й.

И. Я. В., 30 лет (№ приемного журнала 10048) поступила в клинику 1 сентября 1927 г. в 9 час. 30 мин. в родах.

Роды 3-и. Первые и вторые роды были нормальны. Дети родились здоровыми, оба умерли в дальнейшем от инфекционных болезней. Последние роды были 3 года назад. Женскими болезнями не страдала. Месячные пациентка носит с 17 лет, через 4 недели, по 3 дня. Последние регулы были в ноябре 1926 г., беременность протекала без особенностей, движения начала ощущать с 25 марта.

1 сентября в 7 часов начались родовые боли. В 9 часов 30 минут поступила в клинику.

Роженица крупная, правильно сложенная, хорошего питания, брюнетка. Температура 36,7°. Пульс 68. Живот большой, сильно выпяченный. Окружность его 107 см. Пупок выпячен, средняя линия сильно пигментирована до меча, обилие старых рубцов беременности. Высота дна матки от лона 39 см. В дне матки прощупывается крупная часть округлой формы, плотная, повидимому головка, спинка слева. Над входом в таз крупная часть, мягковатая, не баллотирующая, несколько неправильной формы, подвижная, неравномерной консистенции. Сердечные тоны ясно определяются слева, на уровне пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—25; Dist. Crist.—28; Dist. Troch.—32; Conj. ext.—20. Окружность таза 87 см.

Родовые боли редкие и слабые.

Какой диагноз? Физиологические роды или патологические?

1. Имеется тазовое положение. Роды физиологические, вмешательства не требуют.
2. Положение повидимому ягодичное. Более точный диагноз и образ действий решат данные внутреннего исследования.

Впервые в наших беседах мы встречаем при повидимому нормальных родах тазовое положение. Патология это или физиология? Из элементарного акушерства мы знаем, что положение плода называется правильным, когда длинная ось плода совпадает с длинником матки, неправильным, когда эти две оси друг друга пересекают. С этой точки зрения тазовые положения должны быть причислены к правильным положениям. Теоретически это несомненно так. Но если принять во внимание их сравнительную редкость (3—4% всех родов, за вычетом же двойней и недоносков—лишь 2%, *v. Winckel*), большой процент мертворождений при них, частоту потребных вмешательств, приходится сознаться, что тазовые положения стоят на границе патологии.

Здесь не место обсуждать вопрос, почему из 100 случаев в 3-х к концу беременности в нижнем отделе матки оказывается тазовой конец плода вместо головки. Физиология учит, что до 5-го месяца беременности большая часть плодов расположена головкой вверх, ягодицами вниз. В большинстве случаев в течение второй половины беременности плод поворачивается, принимая головное положение, и лишь в небольшом числе случаев тазовое предлежание остается стационарным. Если нам это пребывание плода в тазовом положении понятно при многоводии (случайная фиксация подвижного плода к моменту родов), при маловодии (слишком малая подвижность плода), при двойнях (пространственные затруднения), при гидроцефалии (пространственные соотношения) и т. д., то в весьма большом числе случаев причина остается неизвестной. Повидимому узкотазие

в этиологии ягодичных положений не играет никакой роли. Очень важно поставить ранний и точный диагноз. Тут надо разобраться в терминологии. Полагаю, наиболее простым и удобным подразделением будет следующее: тазовые положения (предлежания) делятся на 2 группы: положения ягодичные и ножные. Обе группы делятся в свою очередь на 2 подгруппы: полные и неполные. Представьте



Рис. 208. Полное ягодичное положение.

себе плод в его нормальном членорасположении: позвоночник согнут, головка пригнута кпереди, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разогнуты в голеностопных. Перенесите такой плод мысленно в матку, тазовым концом книзу, вы получите полное ягодичное положение (рис. 208). Вообразите себе членорасположение нарушенным в том смысле, что ножки, оставаясь согнутыми в тазобедренных суставах, будут в коленных разогнуты— вы получите ягодичное положение неполное (или чистое): ножки будут вытянуты вверх, прилегая к туловищу плода (рис. 209).

Вообразите членорасположение еще более нарушенным: одна из ножек разогнута и в тазобедренном суставе. Вы получите уже ножное положение неполное: одна ножка будет вытянута вверх, одна будет предлежать (рис. 210) и, наконец, если обе ножки разогнуты в тазо, бедренных суставах, обе будут вытянуты вниз, обе будут предлежать — получится ножное положение полное (рис. 211). Вы видите, что разница тут не принципиальная, а заключается лишь в степени нарушения первоначального, наиболее правильного членорасположения.



Рис. 209. Неполное ягодичное положение.

Кстати скажу, что ножные положения (ногоположения) образуются обычно лишь в родах, так как до начала родовой деятельности пространственные условия не позволяют нижним конечностям отойти от туловища и разогнуться.

Знаменитое коленное положение есть тоже ножное положение, с той лишь разницей, что тут ножка или ножки не успели еще разогнуться в коленном суставе. В нашем случае мы по наружному исследованию легко распознали тазовое положение. Обычно диагностика не встречает особенных затруднений. В нижнем отделе матки, над входом или во входе в таз находят не характерную по округлости и

твердости головку, а крупную часть, несколько бесформенную, более мягкую, местами плотноватую, малоподвижную, не дающую характерного ощущения баллотирования, не отделенную от вышележащего туловища выемкой, которая соответствовала бы шее плода. Тут не найдешь столь ясного при головных предлежаниях выступа плеча (акромиальное плечо), тут нет ощущения подбородка, зато нередко можно определить на предлежащей части гребнеобразный выступ *cristae ilei* и тут же поблизости мелкую часть (колени, ножку).

Обращаясь к дну матки, мы находим в нем головку, причем обычно ясно определяем баллотирование ее. Впрочем, последнее, по *Stöckel'*ю при двойнях не получается. Спинка обращена или влево (чаще, первое положение) или вправо (реже, второе положение). Кзади



Рис. 210. Неполное ножное положение.

спинка не бывает обращена никогда. Сердечные тоны выслушиваются или справа или слева, причем характерно, что они наиболее ясно выслушиваются выше, чем при головных положениях, на уровне пупка или даже выше него, соответственно более близкому расположению верхнего конца туловища (сердце плода) к дну матки.

Более точно диагноз выясняется внутренним исследованием. Правда, при высоко стоящих ягодицах, при малом открытии, распознавание может оказаться нелегким. При таких условиях может случиться, что примешь ягодицы за лицо или плечо и наоборот. Хотя наружной рукой можно приблизить предлежащую часть к исследующей руке, все же ошибки возможны. Другое дело, если предлежащая часть стоит во входе в таз или в полости. Тогда нетрудно определить неровную костную поверхность крестца с его характерным срединным гребнем. Находят копчик, заднепроходное отверстие, половые

части плода (неровные бугристости у девочки, мошонку и penis у мальчика). Характерен паховый сгиб, при полном ягодичном нередко рядом с ягодицами удается найти стопу. Считаю нужным предупредить, что исследование должно быть произведено бережно. Грубые манипуляции могут нанести травму половым частям плода: описаны повреждения мошонки, промежности. Малоопытному врачу иногда нелегко отличить лицевое положение от ягодичного. При введении пальца в anus ощущается небольшое препятствие, ясно определяется копчик; палец, введенный в рот, определяет характерные края десен и язык.

Наиболее прост диагноз при ногоположениях. Определение пяточного бугра предохранит от смешения ножки с рукой, короткие пальцы, отсутствие отстоящего большого пальца подтвердит диагноз. Кроме того, большой палец ручки можно прижать к ладони, в то время как большой палец ножки прижать к подошве нельзя. Локоть смешать с коленом вряд ли возможно (острый olecranon на локте, подвижная чашка на колене). Если вы хотите знать, какая ножка у вас в руке, определите пятку и большой палец и мысленно сравните с собственной ногой—вы сразу же узнаете правая ножка у вас в руке или левая. Если вы сомневаетесь, жив плод или нет, пощекотите исследующим пальцем подошву предлежащей ножки: по рефлекторному движению ножек вы убедитесь в жизни плода. Если вам еще не ясно, в какой позиции находится плод, определите куда смотрит подколенная ямка. Если она смотрит влево, позиция первая, если вправо, то вторая.



Рис. 211. Полное ножное положение.

В 10 час. отошли воды в умеренном количестве. Схватки сильные, через 7—8 минут. Сердечные тоны ясные, 150 ударов в минуту.

В 10 час. 30 мин. воды стали отходить с обильной примесью мекония. Есть ли это признак асфиксии плода? Нет. Если при головных предлежаниях отхождение мекония есть симптом зловеший, то при тазовых он не может нас пугать—тут меконий механически выжимается из прямой кишки и отхождение его лишено всякого клинического значения.

Мы приступили к внутреннему исследованию: Наружные части развиты правильно. Влагалище широкое. Шейка глажена, открытие около 4-х пальцев, края зева толстые. Ягодицы во входе в таз. Ясно определяется передняя ягодица, крестец с обращенным влево и кпереди anus; кпереди ближе к симфизу начало пахового сгиба, правее бугристость женских наружных частей.

Каков должен быть образ действий?

1. Роды протекают физиологически. Нет никаких показаний к вмешательству.
2. Сердечные тоны плода ускорены, что указывает на асфиксию. Надо низвести ножку и извлечь плод.

Что отхождение мекония при тазовых предлежаниях не есть признак асфиксии, мы знаем. А ускорение сердечных тонов? Если замедле-

ние тонов указывает на асфиксию, то ускорение их—тем паче (паралич. *p. vagi*), это известно давно. И все же мы не склонны усматривать в нашем случае опасности, грозящей плоду. В литературе последнего времени указано (*Biehle*), что в периоды изгнания при ягодичных положениях ускорение сердечных тонов явление обычное. Объясняется оно повидимому давлением ножек плода на живот, в силу чего получается раздражение *p. splanchnici*, т. е. симпатического нерва, что и дает ускорение сердечной деятельности. Знать это важно, потому что, как справедливо указывает *Küstner*, ускорение сердечных тонов, принятое за признак асфиксии, могло бы во многих случаях побудить

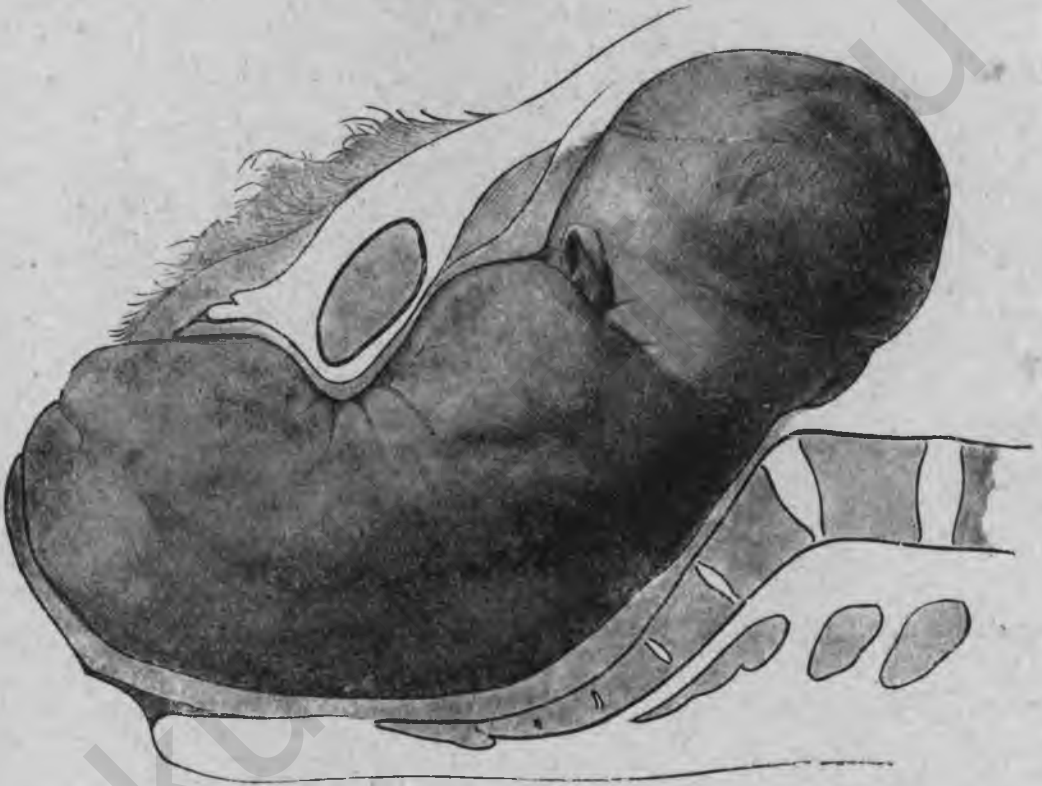


Рис. 212. Врезывание ягодиц при левом (I) ягодичном положении.

врача приступить к извлечению за тазовой конец, где это вовсе не нужно. Сколько можно натворить беды, вследствие этого незнания! Кроме того, спросим себя, есть ли условия к извлечению? Кардинальным условием к извлечению является полное сглаживание шейки и полное открытие, как внутреннего, так и наружного зева. Это условие при извлечении следует соблюдать гораздо строже, чем при наложении щипцов. При головных положениях к моменту наложения щипцов, продвигающаяся головка обычно сгладила шейку настолько, что от нее осталась лишь тонкая кайма наружного зева, при тазовых положениях канал шейки остается гораздо дольше сохранившимся, такого совершенного сглаживания не происходит, края зева очень долго остаются „толстыми“. И понятно, извлекая плод за тазовый конец, при таких

условиях, врач встретится с грозным явлением стриктуры зева вокруг шеи плода, он потеряет ребенка; извлекая же насильственно, получит глубокие разрывы шейки, идущие подчас в параметрий.

Итак, условий к извлечению нет, открытие лишь около 4-х пальцев, края его „толстые“, показаний тоже нет, при тазовых положениях

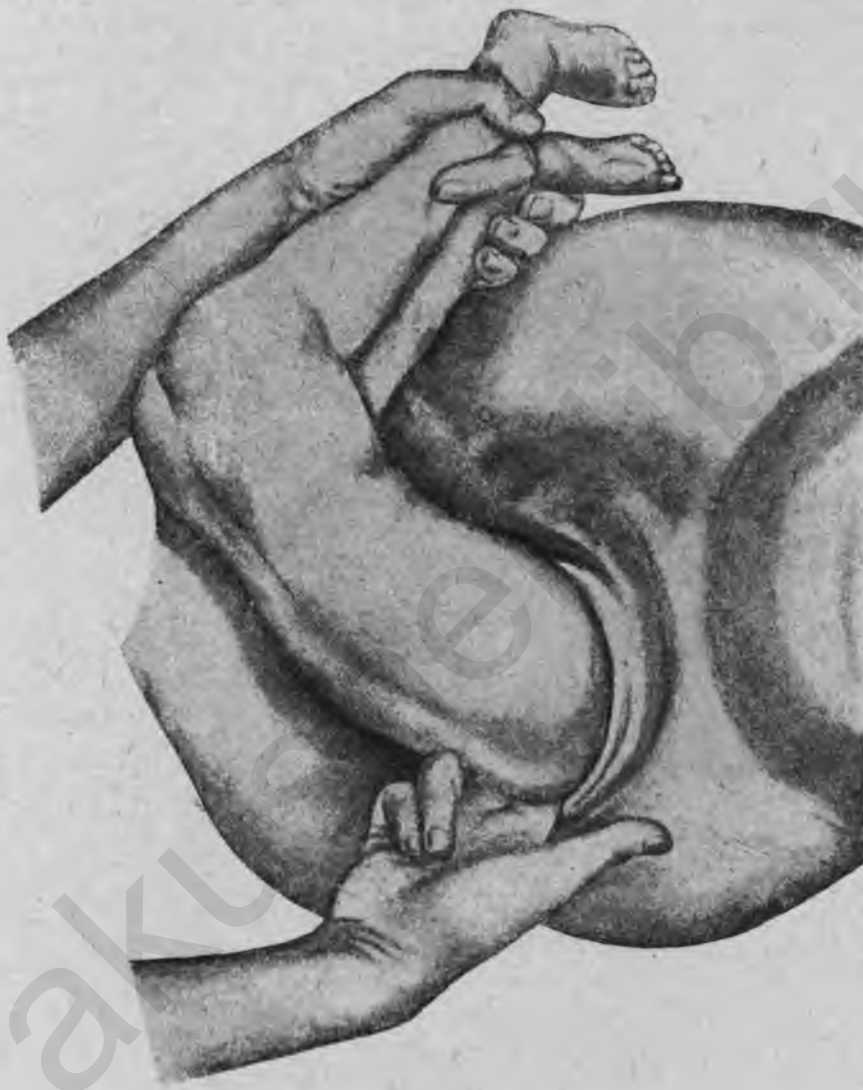


Рис. 213. Освобождение задней ручки.

ни отхождение мекония, ни ускорение сердечных тонов не указывают на асфиксию. Роды идут физиологически. Мы ведем их экспектативно (10 час. 30 мин.).

В 12 час. 30 мин. при сильных потужных болях половая щель начала открываться, промежность выпячена, anus зияет, стали показываться ягодичцы. Роженица взята на край кровати, ноги согнуты и переданы помощникам.

При каждой потуге стали показываться все большие участки передней ягодицы (рис. 214). Мы приготовились к приемке. Над спайкой выходит апус плода, из которого густой лавой вытекает меконий. При следующей потуге над промежностью выкатывается задняя ягодица.

Так и хочется захватить плод за его таз и поскорее его извлечь! Однако именно тут надо помнить „отцов заветы“: не вмешиваться до рождения грудной клетки! Будем терпеливо ждать: вот родился весь тазовый конец, при сильных потугах рождается живот плода. Мы просим помощника надавить на дно матки, удерживаем рождающееся



Рис. 214. По освобождении задней ручки оператор поворачивает плод на 180°.

туловище, чтобы оно не упало на пол в случае быстрого изгнания. Вот рождается и область лопаток. Вытянутые вдоль туловища ножки выпадают. Оператор берет левой рукой ножки за голени, отводит их, сильно приподнимая к правому паху матери, двумя пальцами правой руки быстро, по спинке, входит во влагалище, идет до локтевого сгиба и освобождает ручку (рис. 213). Затем оператор захватывает грудную клетку вместе с родившейся ручкой так, что большие пальцы лежат на лопатках и, отодвигая плод чуть-чуть назад, поворачивает его вокруг его продольной оси на 180° (рис. 214); теперь родившаяся ручка оказывается у лона, ножки отводит правой рукой к левому паху

матери, сильно их приподымая, и опять двумя пальцами вводя во влагалище, выводит левую ручку. Осталась одна головка! Она уже в тазу. Извлечем ее поскорее по классическому способу *Smellie-Veit*. Для этого оператор опять входит двумя пальцами своей левой руки (последней оперировавшей!) во влагалище, правой рукой располагает туловище плода на левом предплечье („сажает плод верхом на предплечье“) и, в то же время 2 пальца левой руки входят в рот плода и удерживают головку в состоянии сгибания, правой рукой обхватывается плечевой пояс плода сверху „вилобразно“ (рис. 215).



Рис. 215. Извлечение последующей головки посредством приема *Veit-Smellie* (*Mauriceau-Levet*).

Тракция книзу: из-под лонной дуги показывается волосистая часть головки! Тракция кверху: над промежностью выкатывается рот, лицо и лоб плода (рис. 216). Плод родился, но не кричит, несколько синюшен. Пуповина перевязана, рассечена. После нескольких „шлепков“ младенец ожил и громко закричал. Плод женского пола, вес его 4600 г., длина 54 см.

Уже спустя 5 минут при легком натуживании роженицы вышел послед, без дефектов, весом в 600 г.

Матка хорошо сократилась, кровотечение в пределах нормы. Повреждений промежности и входа во влагалище нет.

Послеродовой период прошел без осложнений. Родильница выписалась на 6-ой день 7-го сентября с ребенком.



Рис. 216. Извлечение головки по *Smellie-Veif*'у.

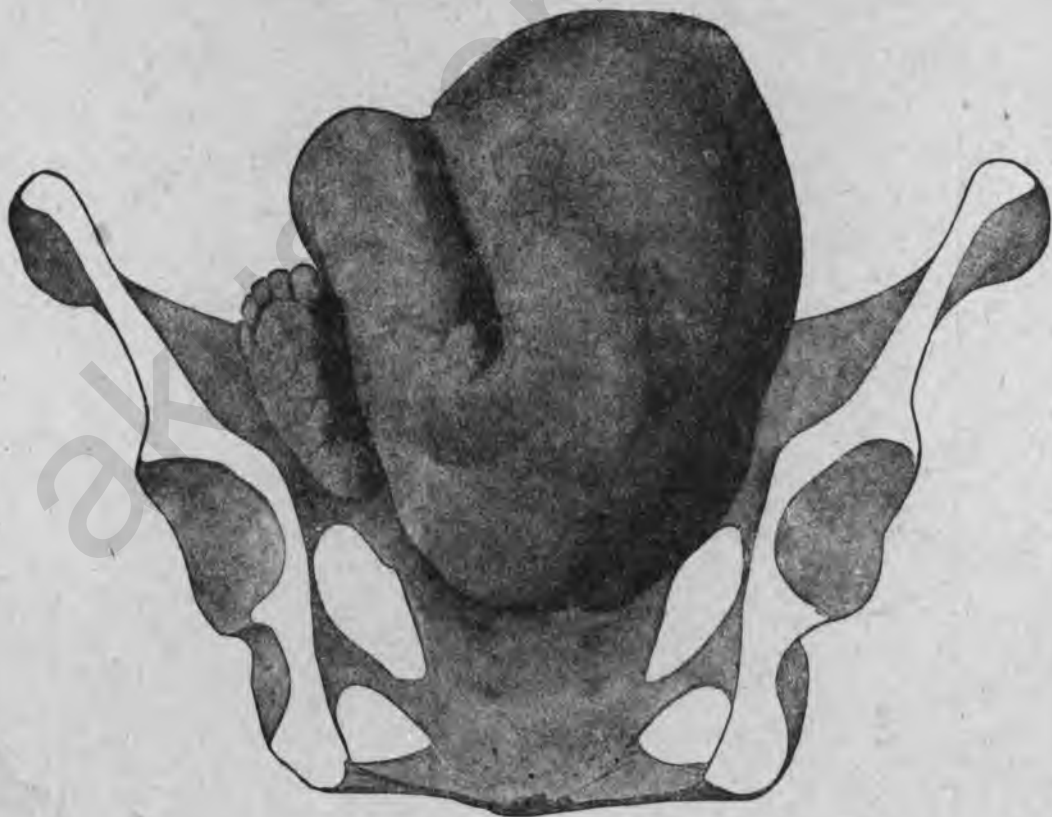


Рис. 217. Вступление ягодиц в тазовой вход при левом ягодичном положении.

Роды прошли физиологически в переднем виде 1-го неполного (чистого) ягодичного положения. Наше вмешательство заключалось лишь в выведении ручек и головки. Посмотрим же как происходит механизм родов при ягодичных положениях.

Как при полном, так и при чистом положениях, ягодицы вступают своим поперечником во вход в таз в одном из его косых размеров, причем обычно в переднем виде 1-го или 2-го положения. Понятно, что при 1-ом положении, как в нашем случае (рис. 217) поперечник



Рис. 218. Врезывание ягодиц. Боковое искривление позвоночника.

ягодиц стоит в левом косом размере входа в таз. В этом размере ягодицы пребывают во время своего продвижения вплоть до тазового дна, причем проводящей точкой является верхушка копчика. Передняя ягодица стоит несколько ниже задней, она является и предлежащей (по аналогии с передней теменной костью, при затылочном предлежании). В глубине тазовой полости происходит внутренний поворот ягодиц (аналогичный 2-му моменту механизма при затылочных положениях). Поперечник ягодиц стремится в прямой размер таза, передняя ягодица входит в лонную дугу, задняя, прилегая к копчику, размещается над промежностью. Этот внутренний поворот ягодиц сопро-

вождается некоторым боковым искривлением позвоночника плода. По окончании поворота спинка плода обращена прямо в сторону.

При врезывании передняя ягодица выходит из-под симфиза, таз плода упирается в лонную дугу своей подвздошной костью (*punctum fixum*) и лишь тогда над промежностью выкатывается задняя ягодица, что сопровождается сильным боковым искривлением позвоночника плода (рис. 218). Это боковое сгибание позвоночника вполне аналогично разгибанию головки в 3-й момент механизма.

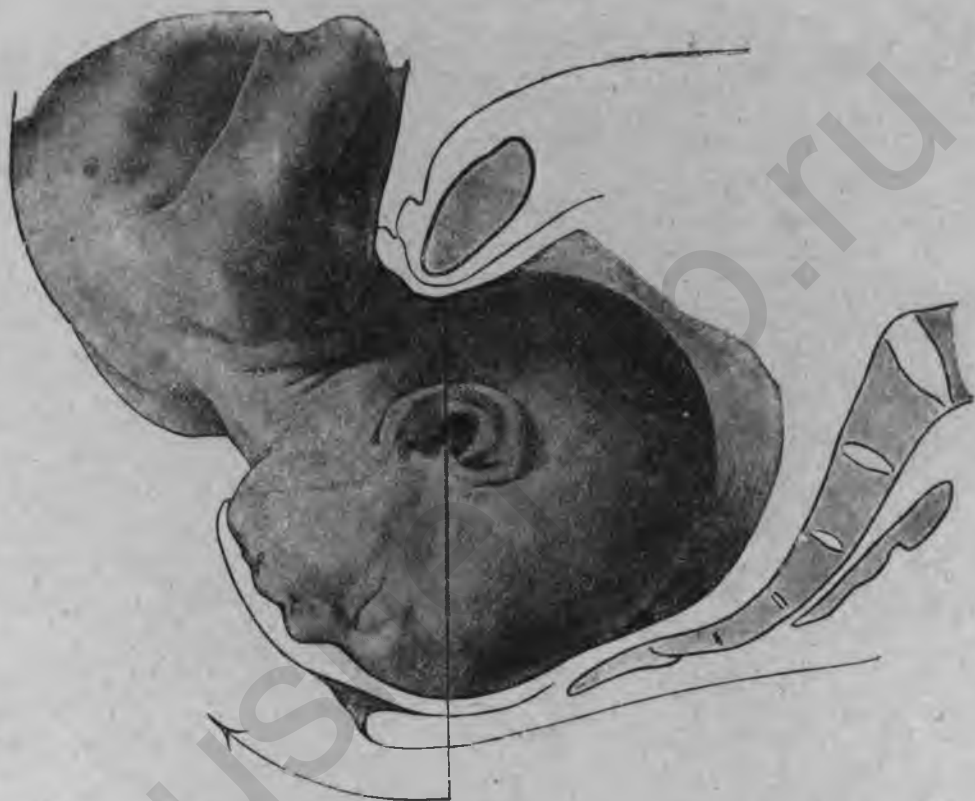


Рис. 219. Нормальный способ прохождения последующей головки.

Как только задняя ягодица родилась, выходит окончательно передняя, позвоночник плода выпрямляется, рождается весь тазовый конец плода и при сильных потужных болях изгоняется туловище до пупка и выше. В это время туловище несколько поворачивается так, что спинная его поверхность, бывшая только-что обращенной прямо в сторону, поворачивается несколько кпереди: это означает, что плечики вступили в косой размер таза, притом в одноименный с тем, в каком шли ягодицы через таз. В этом косом размере проходит через таз грудная клетка и плечики плода и, лишь подходя к тазовому выходу, плечики поворачиваются так, что переднее плечико входит в лонную дугу, а заднее проходит впереди копчика над промежностью. По рождении плечиков с ручками или по освобождении последних головка в норме уже находится в тазовой полости, причем в состоянии сгибания, может быть в состоянии среднем между сгибанием

и разгибанием (*Mittelhaltung*, *Warnekros*). Лицо плода обращено или прямо в сторону, к боковой стенке или, чаще, вбок и кзади, к тому или иному седалищному отверстию. Остается головке в свою очередь проделать свой внутренний поворот. Лоб и лицо поворачиваются в крестцовую впадину и к копчику, затылок к симфизу, стреловидный шов обращен к мысу, малый родничок имеет над собою инстинную конъюгату. Подзатылочная ямка упирается в нижний край симфиза и над промежностью выходят подбородок, лицо и лоб. Последним рождается из лонной дуги затылок (рис. 219).

В таком виде следует себе представить физиологический механизм родов при ягодичных положениях.

Интерес случая: 30-летняя повторнородящая поступает в клинику в родах. Диагноз ставится по наружному исследованию: 1-ое ягодичное положение. Роды признаются физиологическими и ведутся консервативно. В периоде изгнания оказывается ручное пособие. Плод живой, вес 4600 г.

Случай 78-й.

А. С. Б., 22-х лет (№ приемного журнала 3722) поступила в клинику 8-го апреля 1927 г. в 5 час. 10 мин. в родах.

Роды первые, беременность вторая, 2 года назад был искусственный аборт. Пациентка считает себя здоровой женщиной. Месячные носит с 12 лет, через месяц, по 2—3 дня, без боли. Последние регулы в июле, указать времени первого движения плода не может. Беременность протекала без особенностей, лишь в последний месяц появились отеки на ногах. Обращалась в консультацию, анализ мочи дал норму. Последний coitus 1 месяц тому назад. Родовые боли начались накануне в 16 часов (7-го апреля). За ночь схватки усилились, в 5 часов 10 мин. роженица поступила в клинику.

Перед нами женщина среднего роста, правильно сложенная, ослабленного питания, блондинка. Т. 37.0. Пульс 84, умеренного наполнения. Живот большой, овоидной формы. Наибольшая его окружность 99 см. На коже свежие рубцы беременности, пупок сглажен. Слабая пигментация средней линии. Дно матки почти у мечевидного отростка, высота его от лона 40 см. В нем, правее средней линии, неясно определяется плотная крупная часть, повидимому головка. Мелкие части в дне не прощупываются. При пальпации боковых отделов матки определить положение спинки не удается. При 3-ем приеме *Leopold'a* высоко над входом определяется неясно-контурлируемая крупная часть, тут же какая то мелкая часть, ускользающая под рукою. Исследование затруднено в силу напряжения брюшных стенок.

Сердечные тоны плода выслушиваются яснее всего слева на уровне и несколько выше пупка, кроме того глухо и неясно справа выше пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—23; Dist. Crist.—26; Dist. Troch.—29; Conj. ext.—18.

Родовая деятельность энергичная, схватки через 5 минут по 1 минуте.

Каков предварительный диагноз?

1. Таз общеравномерно суженный. Положение плода неясно. Имеются указания на двойни.
2. Повидимому положение ножное. Показано немедленное внутреннее исследование. Верных указаний на двойни нет.

Данные наружного исследования весьма неопределенны. Ясно только, что предлежит не головка и что предлежащая небольшая часть стоит высоко. Уже это одно необычно: ведь наша пациентка первородящая. Отчего же это может зависеть? Вспомним слова *А. Я. Красовского*: „высокое положение предлежащей части может зависеть от предлежания плода и в таком случае может быть: ягодичное, поперечное, косвенное, иногда лицевое и косое положение головки. Высокое стояние предлежащей части может быть и от других причин, как то:

от сильного наклона беременной матки вперед, от двух-трехплодной беременности, от обилия околоплодной жидкости, от ненормальной величины головки, вследствие врожденной водянки ее и, наконец, от уменьшенной вместимости таза". Ясно, что показано внутреннее исследование. Вопрос о наличии двоен спорный. Правда мы не прощупали 2-х головок, но намек на 2 фокуса сердечных тонов, высота дна матки и объем живота при небольшой предлежащей части, высокое стояние последней—склоняет нас к диагнозу „Gemelli“. Таз, повидимому, общесуженный и, если бы предлежала крупная головка, вселил бы в нас тревогу. Но так как мы предполагаем двойни и имеем



Рис. 220.

право думать, что плоды не могут быть большими, то таз нас пока мало интересует. Итак, показано внутреннее исследование (6 часов).

Наружные половые части нерожавшей женщины несколько отечны. Вход во влагалище резко цианотичен. Влагалище длинное, узкое; стенки складчатые. Шейка сглажена, открытие зева около 4-х пальцев, края его тонкие. Плодный пузырь цел, во время схватки резко напрягается. Вне схватки через оболочки определяются мелкие части, повидимому ножки. Пузырь тут же разорван, определены обе предлежащие ножки, двумя пальцами захвачена ближайшая ножка, низведена до колена. Ножка оказалась левой. Нигде в тазу петли пуповины нет (11 час. 15 мин.). (Рис. 220).

Итак положение оказалось ножным. Оно образовалось так, что при высокостоящих ягодицах прижатые первично к туловищу ножки отделились от последнего, обе ножки разгнулись в тазобедренных суставах: типическое членорасположение нарушилось, ягодичное предлежание превратилось в ножное, притом полное. Это превращение ягодичного предлежания в ножное обычно происходит во время родов и притом возможно лишь при высокостоящих ягодицах. Мы вывели

ближайшую ножку, т. е. „переднюю“, она оказалась левой. Стало ясно, что перед нами первое полное ножное положение. Ножка небольшая, при шекотании подошвы она рефлекторно движется, она „живая“.

Как пойдет механизм? Следует ли извлекать плод?

1. Надо извлечь плод. Нельзя быть уверенным в том, что не наступит асфиксия. Извлечение, ввиду достаточного открытия, не представит затруднения.
2. Надо изгнание предоставить силам природы. Лишь угрожающие явления должны заставить извлечь плод.

Ножное положение есть то же тазовое положение, которое мы не склонны считать патологическими. Плод жив, в этом нас убеждают отчетливые сердечные тоны его. Мы можем их ежеминутно контролировать. К чему же торопиться с извлечением? Правда, есть искушение извлечь его тотчас же, благо у нас в руках „рукоятка“ — ножка. Но с этим искушением надо бороться. Мы имеем основания ожидать правильный механизм родов. Последний пойдет по тому же типу, как при ягодичном, с той только разницей, что впереди ягодицы будут идти ножки. Правда, родовые пути будут расширяться менее объемистой предлежащей частью. Если при полном ягодичном предлежании расширение это более совершенно, так как оно производится ягодицами-ножками, то при полном ножном одни ягодицы без ножек должны взять на себя эту роль. Понятно, что расширение тут менее совершенно, что может неблагоприятно отразиться на прохождении последующей головки. И действительно давно известно, что предсказание для плода при ножных положениях несколько хуже, чем при ягодичных. Это омрачение прогноза отчасти зависит от того, что в момент отхождения вод пуповина может легче выпасть при ножном положении, чем при ягодичном, так как при первом вход в таз не замыкается крупной предлежащей частью. Второе обстоятельство, омрачающее предсказание, — это недостаточное расширение мягких частей, особенно зева, ягодицами (без ножек), имеющими в окружности только 24—25 см. Вследствие этого максимальное растяжение путей должна взять на себя последующая головка (окружность 32 см и больше). Тут то для прохождения ее может потребоваться больше времени, чем допустимо. Может наступить асфиксия, а если будет применено насильственное извлечение, то не исключено повреждение головки. Вот, почему предсказание при ножных положениях хуже, чем при ягодичных.

В нашем случае имеется еще умеренное сужение таза, и тем не менее мы не должны волноваться: один взгляд на торчащую из родовых путей ножку убеждает нас, что плод невелик.

Предоставим же изгнание силам природы и будем готовы вмешаться, когда того потребует момент.

Взгляните на рожицу! Она лежит на спине, живот очень большой, а из половых частей торчит маленькая ножка до колена. Дно матки и теперь, после отхождения вод, после выведения ножки, все же 38 см от лона. Разве Вам теперь не ясно, что у нее двойни? Послушаем еще раз сердечные тоны. Слева на уровне пупка и несколько ниже они ясно слышны, к средней линии они исчезают. Справа на уровне и несколько выше его они опять слышны. Диагноз нам теперь ясен: двойни, первый плод в первом полном ножном положении, второй плод повидимому во втором ягодичном.

Схватки после разрыва пузыря и выведения ножки на короткое время стихли с тем чтобы скоро возобновиться с большей энергией (11 час. 30 мин.).

В 12 часов схватки через 5 минут, временами принимают потужный характер. Иногда ножка энергично движется. Воды идут в умеренном количестве, чистые. Сердечные тоны, как справа, так и слева, отчетливые.

В 13 часов потуги сильные. Родилось бедро выведенной ножки. Одновременно вышла задняя ножка (правая). Промежность напрягается, рождается передняя ягодица, над спайкой показывается apex плода и рождается задняя ягодица. Роженица взята на край кровати, мы приготовились к приемке. При сильных потугах туловище, выпрямляясь, родилось до пупка, родилась и грудная клетка до лопаток. Мы поддерживаем плод и готовы приступить к ручному пособию, но вот выпадают обе ручки, расположенные на грудной поверхности туловища. Мы готовы к выведению головки, но уже в следующий момент рождается головка, мы приподымаем туловище плода, над промежностью выкатывается лоб и лицо. Ребенок родился, женского пола, тут же закричал. Подождем, пока прекратится пульсация пуповины! После чего перевяжем пуповину и рассечем ее.

Младенец небольшой, длину 48 см, весом 2500 г.

Один взгляд на живот матери убеждает нас, что диагноз „двойни“ был правилен. Живот уменьшился мало. Дно матки на 3 пальца выше пупка, в нем ясно прощупывается головка, спинка справа, над входом в таз подвижные ягодицы. Сердечные тоны справа на уровне пупка. Кровотечения нет.

Мы имеем время обдумать то, что произошло, и обсудить дальнейший образ действий. Мы не сделали извлечения, мы были готовы к ручному пособию, но и его не пришлось сделать, плод родился силами природы. Обсудим же этот важный вопрос, вопрос об оказании помощи при тазовых положениях!

Вдумайтесь в механизм родов: какая цепь последовательных, целесообразных движений туловища плода! Мы стоим у постели роженицы, следим за этой тонкой игрой и восхищаемся мудростью природы. Неужели мыслящий врач позволит себе грубой рукой вмешаться в эту дивную работу и нарушить планомерность ее? Нет, он этого не сделает, лишь серьезные нарушения состояния матери или плода, уже наступившие или грозящие наступить, заставят его вмешаться.

Основное правило ведения периода изгнания при тазовых предлежаниях должно гласить: соблюдать крайне выжидательную позицию; без серьезных показаний не производить извлечения, не тянуть за тазовый конец, дать плоду родиться до лопаток и в этот момент, буде младенец не родится мгновенно, быстро и искусно совершить ручное пособие, т. е. освободить ручки и вывести головку, подражая по возможности естественному механизму родов.

Глубоким заблуждением является воззрение, что в каждом случае тазового предлежания показано извлечение. Не извлечение в каждом случае, а готовность врача к извлечению! Извлечение за тазовый конец есть операция и, как таковая, она должна иметь свои строгие показания. Мы еще встретимся со случаями, где мы из показаний со стороны плода должны приступить к извлечению. Как же дело обстоит в нормальных случаях?

Во всех случаях тазового предлежания в периоде изгнания врач должен быть готов к извлечению. Часто, особенно у многорожавших, изгнание совершается так быстро, так совершенно, что не приходится вмешиваться, нужно лишь „принять“ младенца. У первородящих и у многих повторнородящих изгнание верхней половины туловища не совершается так быстро, как желательно, и тут каждая минута промедления чревата опасностью асфиксии. В это время пуповина плотно

прижата плечевым поясом или головкой к стенкам таза, снабжение плода кислородом прекращено, начинаются дыхательные движения и вместо воздуха в дыхательные пути проникают околоплодные воды, кровь, выделения родовых путей. Плоду грозит гибель. А посему при малейшем замедлении изгнания верхней половины туловища врач, не выжидая явлений асфиксии (дыхательные движения!), должен оказать пособие, вполне типичное, т. е. освобождение ручек и головки, так называемое ручное пособие. И хотя манипуляции, которые при этом производит врач, мало чем отличаются от таковых в конце операции извлечения, мы склонны сохранить этот термин „ручное пособие“ (Manualhilfe), чем подчеркиваем разницу между обоими вмешательствами. Не начинайте ручного пособия преждевременно, тракции за туловище плода иногда способствуют запрокидыванию ручек, они покидают свое нормальное членорасположение, отходят от груди вверх и в силу этого освобождаются гораздо труднее. Выждите тот момент, когда в вульварном кольце покажется область лопаток „нижний угол передней лопатки“ и если тут изгнание не совершится в минуту, приступайте к ручному пособию, спокойно, уверенно и вместе с тем быстро—часто уже при отведении ножек в паху матери задняя ручка выпадает сама, если же нет, освободите ее из крестцовой впадины, войдя 2-мя пальцами по спине до локтевого сгиба; повернув плод на 180°, сделайте то же самое с другой ручкой и приступите к выведению головки по *Mauriceau-Smellie-Veit*.

В нашем случае мы были готовы к ручному пособию, но нам даже не пришлось к нему приступить—изгнание совершилось быстро—мы приняли младенца.

Но вернемся к нашей роженице. Она отдыхает от совершенной ею работы; ощупав свой живот, она сама уже поняла, что ей предстоит родить еще одного младенца.

Плод находится во втором ягодичном положении. Сердечные тоны его ясные. Кровотечения нет.

Мы не будем торопиться с родоразрешением, пока к тому нет настоятельных показаний. Пусть матка приспособится к уменьшенному своему содержимому, пусть совершится ретракция и тогда уже возобновившаяся родовая деятельность откроет собою изгнание второго плода (13 час. 10 мин.).

Вскоре начались энергичные родовые боли. В 13 час. 40 мин. отошли воды, после чего сердечные тоны плода сразу стали глухими и более редкими.

Что делать?

1. Надо низвести ножку и быть готовым к извлечению. Если сердечные тоны не оправятся, следует извлечь плод.
2. Плод в опасности. Надо немедленно низвести ножку и извлечь плод.

Признаки асфиксии налицо. Чем последняя вызвана, нам неизвестно, может быть по отхождении вод пуповина где либо подверглась прижатию, может быть наступила внезапная ретракция плацентарного места. Для нас это сейчас безразлично. Ясно одно—асфиксия плода требует немедленного родоразрешения. Нам не следует рассчитывать на весьма проблематичное улучшение сердечных тонов, надо извлечь плод немедленно. Если мы найдем ягодицы во входе или над входом, мы низведем ножку и извлечем плод за ножку; если ягодицы окажутся глубоко в тазу, мы сделаем извлечение плода за паховой сгиб.

Роженица взята на край кровати; из влагалища свисает перевязанная пуповина первого плода. После обычной дезинфекции рук и наружных частей роженицы, оператор ввел правую руку, сложенную конусообразно, во влагалище. Пузыря нет. Во входе в таз стоят ягодицы, легко отодвигаемые. Ножки близ ягодиц нет. Ягодицы несколько приподняты кверху и вправо (рис. 221). Рукой введено слева от ягодицы в матку, легко найдены ножки, вытянутые вдоль туловища плода. Всей рукой захвачена голень передней ножки (правой). Ножка легко выведена наружу. Тут же приступлено к извлечению.

Оператор, сидя перед роженицей, захватил низведенную ножку через пеленку за голень и начал тракции круто вниз; плод легко подался—родилось бедро, рука оператора перехватила ножку и продолжала тракции за бедро. Появилась передняя ягодица.



Рис. 221.



Рис. 222.

Оператор приподнял ножку высоко кверху и войдя указательным пальцем левой руки со стороны крестца плода в задний пах, подтянул заднюю ягодицу (рис 222) и вывел ее над промежностью. Тут же выпала задняя ножка. Родились ягодицы и стали косо, т. е. тыльной поверхностью вправо и кпереди. Продолжая извлечение, оператор захватил ягодицы обеими руками так, что оба больших пальца легли на крестец, а остальные пальцы обхватывали бедра плода (рис. 223). Тракции продолжались круто книзу. Родился живот плода с пупочным кольцом, вышла грудная клетка до плечевого пояса. Приступлено к освобождению ручек: правой рукой захвачены обе ножки и отведены к левому паху матери. Двумя пальцами левой руки по спинке введено во влагалище, по плечу достигнут локтевой сгиб, ручка (левая) легко выведена по передней поверхности плода. Грудная клетка вместе с выведенной ручкой обхвачена обеими руками, плод повернут вокруг своей оси на 180° ; аналогичным же образом выведена задняя ручка. Туловище плода положено на предплечье правой руки, 2 пальца этой руки введены во влагалище, где определена головка уже в тазу, найден рот, обращенный кзади и несколько вправо. Произведено сгибание.левой рукой, поло-

женной вилообразно (на плечевой пояс, произведены тракции книзу до появления волосистой части головки под симфизом. Тогда тракция на себя, тракция кверху и выведена головка.

Плод мужского рода с обвитой во круг шеи пуповиной. синюшен, не кричит. Перевязана и рассечена пуповина. Плод быстро оживлен, вес его 2700 г, длина 49 см (13 час. 50 мин.).



Рис. 223. Захватывание детских ягодич при извлечении.

Последовый период вначале протекал без особенностей. Прошло полчаса, послед не выходил. В 14 час. 30 мин. началось сильное кровотечение. При приеме Küstner'a обе свисающие пуповины несколько втягиваются во влагалище. Приступлено к выжиманию по Credé.

Lege artis послед выжат.

Кровотечение продолжалось.

Осмотрен послед: он оказался состоящим из двух отдельных плацент, отделенных оболочечным промежутком в несколько см. Плаценты без дефектов. Оболочки рваные, но обильные.

Кровотечение признано чисто атоническим. Пульс вялый, резко учащенный, бледность значительная.

Массаж матки, впрыскивание эрготина под кожу (4 см³), камфарного масла (10 см³), подкожное вливание физиологического раствора (500 см³), лед на живот.

Кровотечение прекратилось. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Обнаружен разрыв спайки, наложено 2 шва.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась 19-го апреля на 11-ый день с двумя детьми.

Интерес случая: 22-хлетняя первородящая поступает в родах. Предполагаются двойни. При внутреннем исследовании определено полное ножное положение, передняя кожа выведена. Изгнание первого плода совершилось силами природы. Ручное пособие не потребовалось. Второй плод в ягодичном положении. После отхождения вод сердечные тоны плода сразу пали. Решено сделать извлечение. Передняя ножка низведена. Произведено извлечение за ножку *lege artis*. Плод в легкой асфиксии, оживлен. В последовом периоде сильное кровотечение. Выжимание последа по *Credé*. Борьба с атонией. Послеродовой период без осложнений. Двойни двауяйцевые, разнополюе. Плаценты отдельные.

Случай 79-й.

Е. Е. Е., 28-ми лет (№ приемного журнала 5765) поступила в клинику 27-го мая 1927 г. в 16 час. 20 мин. с отошедшими водами и еле ощутимыми болями.

Из анамнеза мы узнаем, что роды первые. Месячные носит с 15 лет, через месяц, по 3 дня, всегда с болью. На 25-м году жизни вышла замуж. Абортов не было. Времени последних регул указать не может, также как и первого движения плода. Беременность протекала без особенностей. В консультацию не обращалась. Считает беременность доношенной. В день поступления утром рано отошли воды в умеренном количестве. С полдня начались очень редкие и слабые родовые боли.

При поступлении (16 час. 20 мин.): роженица среднего роста, крепкого телосложения, шатенка. Темп. 36,8. Пульс 80. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Окружность живота 95 см. На коже нижних отделов живота многочисленные свежие рубцы беременности. Пупок выпячен. Отеков нет. Дно матки на 3 п. ниже мечевидного отростка. Высота дна матки от лона 36 см. В дне матки крупная часть, круглой формы, твердая. Спинка справа. Над входом в таз, почти неподвижна, крупная часть, мягковатая, с неясными контурами, тут же рядом с предлежащей частью, слева от нее, определяется какая то мелкая часть.

Сердечные тоны плода справа несколько выше пупка.

Размеры таза: *Dist. Spin.*—28; *Dist. Crist.*—30; *Dist. Troch.*—32; *Conj. ext.*—19; *Conj. lateral.*—15.

Родовые схватки через 20 минут, очень слабые. Из родовых путей истекают воды в очень небольшом количестве.

Каков диагноз? Каков должен быть образ действий?

1. Имеется ягодичное положение у первородящей, преждевременное отхождение околоплодных вод. Роды в начале. Ввиду отсутствия показаний к вмешательству, роды нужно вести строго консервативно.
2. Имеется комбинация ягодичного положения у первородящей, преждевременного отхождения вод и слабости родовых болей. Во избежание возможных крупных осложнений показано профилактическое низведение ножки.

Диагноз ягодичного положения не подлежит сомнению, данные наружного исследования с полной очевидностью говорят за диагноз: *clunes praevii*. Правда, мы не знаем, имеется ли полное или чистое ягодичное положение, но судя по прощупыванию мелкой части рядом с предлежащей частью—перед нами полное ягодичное положение.

Мы считаем это положение физиологическим, само по себе оно вмешательства не требует. Но в нашем случае имеется еще преждевременный разрыв плодного пузыря, событие, к сожалению, довольно

частое при тазовых предлежаниях. Безразлично ли раннее отхождение вод при предлежаниях тазовым концом? К сожалению, нет, особенно у первородящих. Представьте себе сухие роды в ягодичном положении! Мы не можем рассчитывать на физиологическое раскрытие шейки, раз плодного пузыря нет и открытие зева должны взять на себя ягодицы. Изгоняющие силы вгонят ягодицы в таз, но прохождение плодом тазового канала вряд ли совершится в достаточной мере быстро. Период изгнания затянется. Второй период может затянуться на много часов, а может быть и дней. Хорошо, если родовые боли и потуги будут на высоте; если же родовая деятельность окажется недостаточной, если в силу утомления матки наступит вторичная слабость родовых болей, если в силу затянувшегося периода изгнания наступит асфиксия плода, что тогда делать? В таком случае родоразрешить роженицу можно будет только путем извлечения плода за ягодицы.

Кому из Вас приходилось делать извлечение плода у первородящей за паховые сгибы, тот знает, какая это технически трудная, утомительная и жестокая операция! Какая огромная разница между извлечением за ножку и извлечением за тазовый конец! Исходя из этих соображений, у первородящих полезно принципиально превращать ягодичное положение в ножное, выгодно профилактически низводить ножку. Изгнание пойдет по тому же механизму, но разница огромная: 1) низведенное бедро плода более совершенно и быстро раскроет шейку, 2) оно же будет могучим стимулом для родовых болей, 3) оно же будет всегда готовой рукояткой, за которую в случае необходимости можно будет верно и быстро извлечь плод.

Эти соображения сугубо важны и тяжеловесны при преждевременном отхождении околоплодных вод.

Итак — мы приходим к выводу, что в нашем случае более чем желательно профилактическое низведение ножки. Будет ли оно технически выполнимо? На этот вопрос можно будет ответить лишь поисследовав роженицу *per vaginam*. Если зев окажется открытым хотя бы на 2 пальца, если ягодицы окажутся подвижными, оператор сможет войти в полость матки 2-мя пальцами и найдя ножку рядом с ягодицами, он захватит ее за область лодыжек и низведет в зев. В случае неполного (чистого) ягодичного положения, вытнутые вдоль туловища ножки будут гораздо труднее доступны, 2-мя пальцами не дойти до голеней.

В случаях недостаточного раскрытия зева и при целом пузыре, конечно, можно будет ждать до полного или почти полного раскрытия, и затем уже, разорвав пузырь, войти всей рукой в матку и *lege artis* низвести ножку. Можно ли ждать при отошедших водах? Конечно, нет, потому что каждая последующая схватка все более и более вгоняет ягодицы в таз, они могут вклиниться до такой степени, что добраться мимо них до ножек окажется невозможным. Драгоценное время, время, когда ягодицы еще подвижны, будет упущено и возможность низведения ножки будет утеряна окончательно. Мы должны низвести ножку сейчас же, пока ягодицы стоят лишь несколько прижатыми ко входу.

Роженица взята на операционный стол, ей придано спинно-ягодичное положение, обычным образом произведено обеззараживание операционного поля. Оператор, вымыв руки по *Fürbringer'u*, выпустил мочу и приступил к внутреннему исследованию: наружные части без особенностей, вход во влагалище довольно узкий. Шейка сглажена, зев открыт на 1 палец, края его толстые, пузыря нет. Тазовая полость свободна. Над входом

в таз предлежат ягодицы, легко отодвигаемые, слева от них определяется мелкая часть — ножка. Мы с трудом достигаемся. Низвести ножку одним пальцем невозможно (17 час. 10 мин.).

Что делать?

1. Надо немного подождать; при открытии зева на 2—3 пальца низведение ножки удастся очень легко.
2. Ждать нельзя. Хотя схватки и слабые, они могут фиксировать ягодицы, вытекут последние воды. Через несколько часов низведение ножки может оказаться невыполнимым. Нужно ввести метрейринтер для сохранения оставшихся в матке вод, для возбуждения схваток и раскрытия зева.

Как же быть? Отступить от принятого решения низвести ножку? Ни в коем случае! Выждать большего открытия? При целом пузыре мы бы стали спокойно выжидать. При отошедших водах мы ждать не будем. Мы введем метрейринтер. Мы поступим вполне рационально: баллон сохранит нам остаток вод, он удержит ягодицы от вколачивания в тазовой вход, он возбудит родовую деятельность, сейчас столь слабую, он откроет зев. И через некоторое время мы сможем легко и не форсируя низвести ножку. Приготовим же скорее инструментарий, необходимый для мейтрейриза: баллон Вгаип'а, зажим для введения его, ложкообразное зеркало с подъемником, пулевые щипцы, шприц для наполнения баллона и стерильный солевой раствор.

В 17 час. 30 минут роженице дан наркоз. Шейка обнажена с помощью зеркал, захвачена и низведена пулевыми. Сигарообразно сложенный баллон, захваченный зажимом (стр. 24, рис. 7, том 1), введен в полость матки, зажим медленно и осторожно извлечен, влито в баллон 400 см³ теплого солевого раствора, кишка зажата пеаном, пулевые сняты, зеркала удалены. Роженица положена на родильную кровать, к кишке привязан марлевый бинт, перекинут через блок, укрепленный к ножному концу кровати, привешен груз в 400 г (стр. 137, рис. 55, том 1).

Прошло 4 часа, схватки очень редкие и слабые (21 час 40 минут).

К полночи схватки усилились, стали чередоваться через 7—10 минут. Сердечные тоны плода ясные, справа выше пупка. К утру схватки опять стали реже и слабее.

Что делать?

1. Надо бороться со слабостью родовых болей введением ригидол'я. Метрейринтер надо оставить лежать.
2. Баллон лежит уже более полусуток. Надо его извлечь, тем более, что в наш план не входит добиться полного раскрытия зева. Открытие зева, достаточное для низведения ножки, вероятно уже получено.

Действительно, ведь мы ввели баллон для того, чтобы иметь возможность низвести ножку. Неужели же родовая деятельность, хотя бы слабая, за полсуток не повела к раскрытию зева хотя бы на 2 пальца? Кроме того оставлять баллон долее полусуток не безопасно, возможна восходящая инфекция. Мы решили извлечь баллон и после внутреннего исследования сразу же приступить к низведению ножки.

В 7 часов утра (28-го мая): роженица взята на край кровати, с кишки баллона снят пеан, медленно выпущена вода и во время истечения ее, медленным влечением за кишку, баллон извлечен в полуспававшемся состоянии.

Шейка сглажена, зев открыт на 2½ пальца, края его толстоваты. Над входом в таз ягодицы, тут же слева ножка, двумя пальцами захвачена стопа и ножка легко низведена. Ножка оказалась правой, т. е. передней.

В течение всего дня родовая деятельность продолжалась очень вялая. Общее состояние роженицы было вполне удовлетворительное. Темп. нормальная. Сердечные тоны плода без изменений. Низведенная ножка резко синюшна и отечна, на раздраже-

ние реагирует движениями. Воды отходят окрашенные меконием. Для усиления схваток впрыснут pituglandol (2 см³). В 20 часов—схватки такие же слабые и редкие, потуг нет. Темп. роженицы 38°. Сердечные тоны плода меняются, они то учащаются, то замедляются.

Настал момент, когда медлить нельзя. Во весь рост встали перед нами показания к немедленному родоразрешению, показания как со стороны матери (повышенная температура), так и со стороны плода (угрожающая асфиксия).

Мы должны немедленно извлечь плод. А условия к извлечению? Мы знаем одно главное условие: это полное раскрытие зева. Раньше, чем приступить к извлечению мы должны убедиться в наличии этого условия.

Роженица взята на край кровати. После обмывания половых частей и низведенной ножки, оператор, введя палец во влагалище, нашел, что ягодичцы в тазу, крестец плода обращен вправо и впереди, открытие зева полное. Он приступил к извлечению.

Тракциями за ножку круто вниз выведена из-под лона передняя ягодичца, приподнятием ножки кверху выведена над промежностью задняя ягодичца. Тракциями за таз плода выведено тазовище до области лопаток. Левая ножка выпала сама. *Lege artis* освобождена задняя (левая) ручка, после поворота плода на 180° освобождена правая ручка. При одновременном надавливании сверху рукою помощника, головка без труда выведена по *Maiticeau-Smellie-Weit*.

Плод, женского пола в синей асфиксии легко оживлен. Вес его 3.150 г.

Последовый период длился целых 3 часа; ввиду отсутствия кровотечения мы держались выжидательно. Когда в 23 часа 15 минут мы убедились, что послед отделился, мы выжали его по *Credé*. Послед без дефектов, оболочки все. Матка хорошо сократилась, кровотечение в пределах нормы. Повреждений промежности нет. На другой день после родов температура слала до нормы и больше не повышалась.

Роженица выписалась 3-го июня.

Интерес случая: 28-летняя первородящая поступает с отошедшими водами и очень слабыми болями. Распознается ягодичное положение. За малым открытием зева низвести ножку не представляется возможным. Вводится метрейринтер. Слабость родовых болей продолжается. Через полсуток баллон извлекается, при открытии в 2½ пальца низводится ножка. В дальнейшем повышение температуры матери и признаки угрожающей асфиксии плода вынуждают сделать извлечение за ножку. Плод рождается в легкой асфиксии.

Разрешите несколько остановиться на изложенном случае.

1. Как пошли бы роды, если бы мы не низвели ножки? Картина получилась бы такая: вследствие слабости родовых болей роды принимают весьма затяжное течение. Открытие зева подвигается очень медленно, остатки вод истекают. Проходит несколько суток, наконец ягодичцы в полости, температура повышается, плоду грозит асфиксия. Мы приступаем к извлечению за ягодичцы. Операция технически очень трудная, паховые сгибы с трудом достижимы. Плоду угрожают серьезные повреждения и очень возможно, что нам не удалось бы извлечь плод живым.

Для иллюстрации приведу вкратце случай, бывший наднях. У 34-летней первородящей родовые боли начались 5-го февраля в 4 часа 30 минут. Воды отошли в 9 часов. Весь день продолжалась энергичная родовая деятельность; 6-го февраля утром открытие зева на 1 палец, ягодичцы вколочены во вход в таз. Тут делается акушерская ошибка—решают воздержаться от метрейриза. Проходят еще сутки (6-ое февраля). Утром 7-го февраля: зев открыт на 3 пальца. Края его тонкие. Ягодичцы в полости таза. В ночь на 8-ое (2 часа) роженица утомлена до крайних пределов: делается впрыскивание морфия. На утро (8 часов) темп. 38,2, схваток нет. Приступлено к извлечению

за ягодицы (9 часов). Ягодицы выполняют полость таза. Крестец обращен влево. Открытие полное. Добраться указательным пальцем левой руки до переднего пахового сгиба с трудом удастся; дойти до заднего пахового сгиба невозможно. Наркоз, эпизиотомия. В оба паховых сгиба вводится по указательному пальцу. С применением огромной силы удается вывести тазовый конец, при этом получается перелом левого бедра. Плод извлекается со слабыми признаками жизни. Оживить его не удастся.



Рис. 224. Извлечение за передний паховый сгиб.

Извлечение за паховые сгибы, особенно у первородящих, принадлежит к самым трудным акушерским операциям. Тракции за более доступный передний пах нередко остаются безрезультатными. Дело подвигается успешнее, когда становится доступным задний пах. Пальцы, введенные в паховые сгибы, в трудных случаях быстро устают, немеют, приходится указательные пальцы заменять средними, которые еще скорее устают (рис. 224). Применение тупого крючка уместно лишь на мертвом плоде, потому что этот жесткий инструмент (рис. 225) травмирует мелкие части плода (описаны протирание покро-

вов и мускулатуры бедра, повреждение бедренных сосудов, травматизация половых частей) и ведет к вывиху тазобедренного сустава и к перелому бедренных костей. Если плод уже погиб и приходится извлекать за тазовый конец заведомо мертвого младенца, рациональнее пользоваться краниокластом, для чего сплошная бранша вводится в anus плода, а окончатая накладывается на область крестца. Мне несколько раз пришлось извлекать мертвый плод краниокластом и



Рис. 225. Тупой крючок для извлечения за ягодицы.



Рис. 226. Извлечение за тазовой конец (по Bunge).

могу засвидетельствовать, что подобное извлечение удастся хорошо даже при очень крупном плоде.

Если же плод жив и извлечение его пальцами за паховые сгибы не удастся, то рекомендую применение петли (марлевой или шелковой). В прежнее время для проведения петли через паховый сгиб пользовались особым инструментом-петлеводом. Это излишне, проще всего петля засовывается введенной полурукой сбоку в передний паховый сгиб и выводится между бедрами. Есть еще способ Bunge': петля (марлевая или из эластической резины) обхватывает весь таз плода, располагаясь поперек крестца, причем оба конца ее выведены между бедрами плода (рис. 226). К сожалению и петли наносят травму в виде протирания и разможжения покровов и тканей.

Накладывать щипцы на ягодицы я мог бы рекомендовать лишь очень опытному врачу: тут существенно, чтобы щипцы легли строго на *diameter bisiliacalis*, что сделать нелегко. Кроме того, они легко соскальзывают, чем могут нанести серьезные повреждения матери.

Из изложенного Вы видите, как тяжело извлечение за ягодицы. Они не представляют благоприятной точки опоры для руки, а посему в случаях, где предвидятся затруднения в периоде изгнания, а также принципиально у всех первородящих надо профилактически низвести ножку, чтобы в нужный момент иметь удобную рукоятку для извлечения.

2. Мы низвели переднюю ножку (при 2-ой позиции правую). Как пошел бы механизм, если бы случайно низведенной оказалась задняя ножка, в данном случае левая?

Передняя ягодица встречает препятствие в лонных костях, она как бы садится на них и не может вступить в таз, — хотя ей надлежит быть предлежащей. В таких случаях мы всегда и неизменно видим вполне типическую ротацию плода вокруг своей продольной оси. Плод поворачивается спинкой сперва кзади, с тем, чтобы покинув напр., 2-ую позицию, перейти в 1-ую. При этом сидящая на лонных костях передняя ягодица соскальзывает с них, направляясь кзади, крестец плода описывает дугу и проходит мимо мыса матери в другую половину таза. В результате 2-ое ножное положение превращается в 1-ое (или наоборот) и низведенная задняя ножка, становясь передней, вступает в лонную дугу.

Обратите внимание: этот переход из одной позиции в другую никогда не совершается так, чтобы спинка прошла над симфизом, направляясь в другую позицию. Она неизменно поворачивается кзади, к позвоночнику матери, причем „крестец плода проходит мимо мыса матери“.

Во избежание такого, хотя бы и незначительного, осложнения механизма изгнания настоятельно рекомендуется при низведении ножки низводить переднюю ножку, при 1-ой позиции левую, при второй — правую.

3. В изложенных случаях, при ручном пособии мы выводим ручки по общепринятому классическому методу.

Техника освобождения ручек вам ясна. Спрашивается, когда приступать к выведению ручек. Иногда, как вы видели, манипуляции над ручками становятся излишними. Если ручки остаются типически скрещенными на груди плода, они выходят сами, рождаясь одновременно с грудной клеткой плода. Чаще их приходится „освобождать“. Важно определить момент, когда приступать к освобождению. Если поторопиться и начать выведение слишком рано, ручки могут оказаться трудно достижимыми, располагаясь в большом тазу; если же упустить должный момент, то головка уже может оказаться вступившей в малый таз и, ограничивая подвижность ручек, помешать их освобождению. Вот почему мы учим, что начинать выведение ручек надо в тот момент, когда из под лона вышел нижний угол передней лопатки или, вернее, когда передняя лопатка упрется в симфиз. В этот момент плечевой пояс уже в тазу, а головка еще над входом в таз. Сильно приподымая плод за ножки вверх и в сторону, мы заставляем заднее плечико опуститься в крестцовую впадину, откуда обычно успешно и достаем ручку.

Тут не лишним будет упомянуть о способе *Arthur Müller'a*. Этот автор указал, что весьма нередко можно удачно извлечь, не освобождая ручек, а предоставляя им родиться самим. Для этого он советует производить сильные тракции за таз плода, одновременно совершая маятникообразные движения вверх и вниз. Тракцией за туловище книзу он смещает переднее плечико под симфиз; передняя ручка выходит сама наружу или может быть легко извлечена. Сильным поднятием туловища вверх он низводит заднее плечо к выходу малого таза, вываливается задняя ручка или также может быть легко выведена.

Метод *Arthur Müller'a* действительно удается при небольшом плоде, при широких родовых путях, при пространственных же несоответствиях я не советую терять драгоценное время на попытки выведения ручек без введения рук в родовые пути, и настоятельно рекомендую в надлежащий момент непосредственно приступать к типическому освобождению ручек.



Рис. 227. Три степени запрокидывания ручек.

4. К сожалению, нередко случаи, когда оператор не находит ручки там, где он ожидает ее найти. Она оказывается „запрокинувшейся“. Под термином „запрокидывания ручек“ следует понимать такое нарушение типического членорасположения ручек, когда они, покинув свое положение на груди плода, отходят кверху, располагаясь или впереди лица плода или по бокам головки или даже закинутыми за затылок. Соответственно этому я предлагаю различать 3 степени запрокидывания ручек (рис. 227).

В таких случаях можно поступить различно. Я горячо рекомендую тотчас же по обнаружении запрокидывания войти вместо 2-х пальцев полурукой, и четырьмя пальцами по спинке и плечу добраться до локтевого сгиба и вывести ручку типически по лицу и груди. В большинстве случаев это удастся. При 1-ой и 2-ой степенях запрокидывания рекомендуется войти рукой не по спинке, а с брюшной стороны плода, по ней подняться до локтя и, захватив ручку за локтевой сгиб, вывести ручку по лицу и груди.

Krönig советует входить 3-мя пальцами (большим, указательным и средним) со стороны спинки плода, идти по его боку, ввести боль-

шой палец в подмышковую впадину плода и затем уже медленно указательным и средним пальцами пробраться до локтевого сгиба ручки.

Наибольшие трудности представляют редкие случаи запрокидывания 3-ей степени, когда ручка закинута за затылок. Тут можно поступить различно: можно плод несколько вдвинуть обратно в родовые пути матери, по спинке плода означенной рукой добраться до локтя и путем давления на предплечье вывести ручку из ее ненормального положения, обводя ее вокруг головки. Или же поворачиванием плода вокруг его продольной оси высвободить ручку из такого состояния ущемления. При явной неудаче освобождения ручек можно, оставив попытки, продолжать извлечение плода, как будто ручки уже выведены. В крайнем случае, когда невозможно ни освобождение ручек, ни извлечение плода с ущемившейся ручкой, разрешается сознательно сломать плечевую кость, путем прямого давления на нее пальцем, после чего ручка легко выводится, потому что лучше получить живого младенца с переломом плеча, чем мертвый плод с неповрежденными ручками.

Освободив одну ручку, типически поворачивают плод на 180° и освобождают вторую ручку.

5. Я уже говорил, что после освобождения ручек головка обычно уже вступила в таз и подлежит выведению. Классический прием *Smellie-Veit* (или, правильнее, *Mauriceau-Levret*) применялся нами во всех изложенных случаях, как метод выбора. Тут я только остановлюсь на некоторых практических вопросах.

Если вы войдете 2-мя пальцами и, направляясь в крестцовую впадину, не найдете рта плода, не смущайтесь, ищите рот где либо сбоку: головка еще не совершила своего внутреннего поворота, рот смотрит или в бок и кзади, к тому или другому седалищному отверстию, или даже прямо в сторону, к боковой стенке таза. Введите пальцы в рот и направьте его кзади к крестцу и потом уже приступайте к выведению головки.

Далее, не тяните за челюсть; пальцы вводятся в рот лишь для сгибания головки и удерживания ее в согнутом состоянии, а вовсе не для влечения. Тут можно легко нанести травму углам рта, языку, нижней челюсти. Я видел случай, где пришлось накладывать швы на разорванную щеку, разрыв шел от угла рта.

Влечение совершается другой рукой, положенной сверху на плечевой пояс. Положите руку так, чтобы ладонная поверхность пальцев плотно прилегала к плоду. Тяните всей ладонью, а не концами пальцев. Если вы положите пальцы крючком на плечевой пояс и будете надавливать ими на область ключиц, вы легко продавите ключицы, и только.

Затруднения при извлечении последующей головки встречаются нередко. Вы входите пальцами во влагалище и к немалому своему удивлению видите, что головки в полости таза нет, она выше, над входом в таз, а влагалище занято вытянутой шейю плода.

Такое нарушение механизма чаще всего встречается при узкотазии, тут головка после освобождения ручек просто не может опуститься в малый таз и застревает над суженным входом. Шея вытягивается, подбородок отходит кверху, головка разгибается. В таких случаях нужно действовать быстро, потому что каждая минута промедления приближает плод к гибели, и вместе с тем рационально,

потому что лишь вполне осмысленные действия дают шансы на успех. Не старайтесь силою тянуть, не вырывайте головку из матери кое-как, лишь бы вытянуть, а примените спокойно и уверенно прием *Wigand-Martin-Winckel'*я и Вам удастся, если не всегда, то часто спасти ребенка. Войдите полурукой, а то и всей рукой вдоль передней поверхности шеи до рта (рис. 228) и путем притягивания нижней челюсти, создайте сгибание головки. После этого захватите другой рукой головку сверху, над лоном, через брюшные покровы и вдавите ее силой сверху вниз



Рис. 228. Низведение подбородка при разогнутой последующей головке.

в полость таза (рис. 229). Вы скоро ощутите, как череп иногда с явным хрустом проскочит мимо мыса из большого таза в малый и тогда вы уже можете ее легко извлечь обычным способом. Это давление сверху вы можете поручить ассистенту, стоящему против Вас сбоку от роженицы. Рекомендуют также в этот момент придать роженице *Walcher'*овское положение, в силу чего вход в таз увеличивается главным образом в прямом размере. При узком тазе Вы подчас найдете на головке родившегося плода глубокое вдавление от мыса.

Недавно *A. Martin* вернулся к описанному им 50 лет назад приему. Он просит изъять его имя из триумвирата „*Wigand-Martin-Winckel*“ и

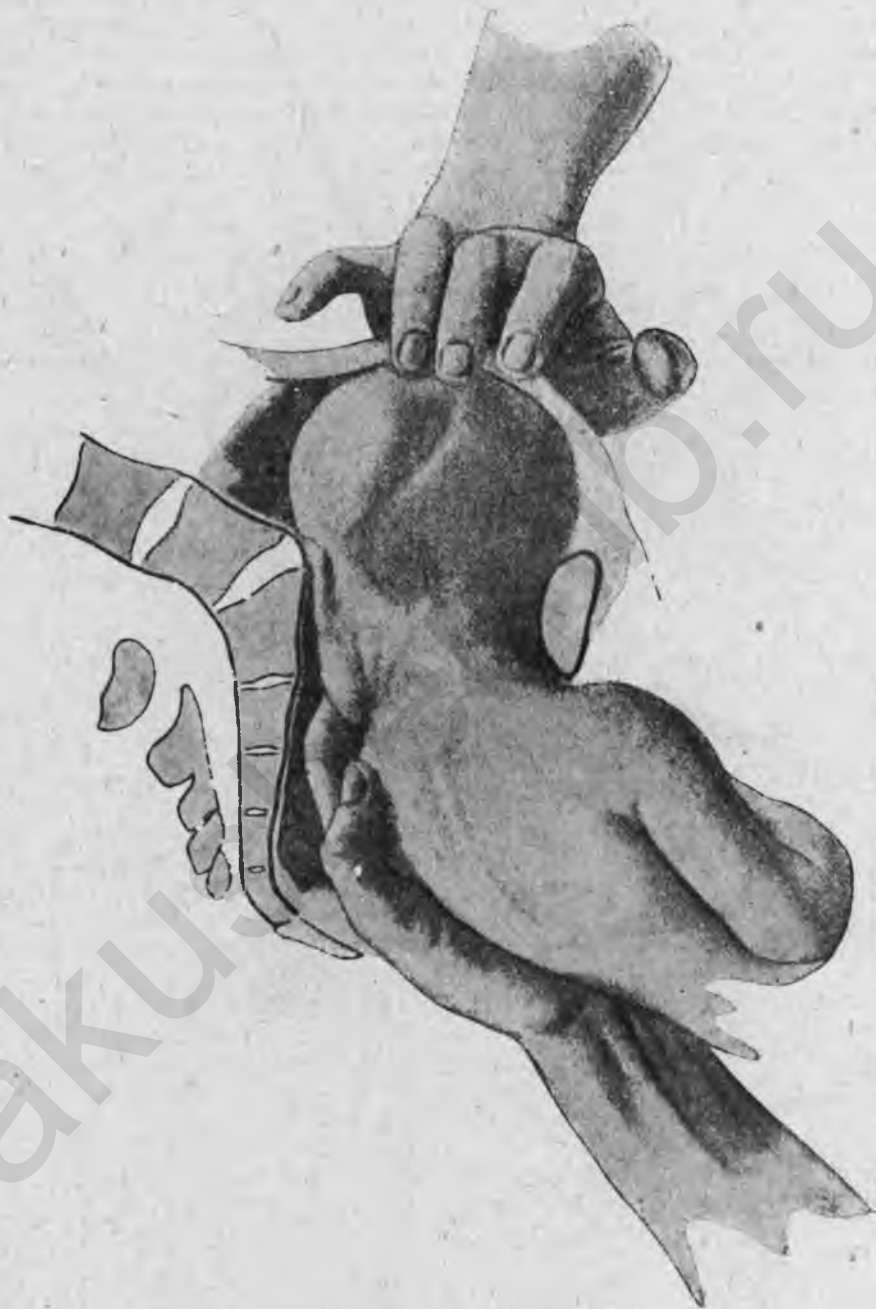


Рис. 229. *Wigand-Martin-Winckel*'овский прием.

рекомендует применять его прием в первоначальном виде: оператор, войдя рукой во влагалище, вводит средний палец в рот плода и рас-

полагает указательный и 4-й палец снаружи на щеке. Таким путем вращение головки удастся легко, сгибание совершается давлением среднего пальца на корень языка и давлением другой рукой снаружи.

Если же Ваши старания окажутся тщетными и Вы не знаете, что делать дальше, я Вам советую—оставьте дальнейшие попытки. К тому времени плод, вероятно, уже погиб, не прибегайте к так наз. пражскому способу; плода Вы уже не спасете, так не наносите травм, может быть тяжчайших, матери! Успокойтесь, велите приготовить инструменты для прободения последующей головки и, не спеша, перфорировав ее, извлекайте ее.

6. В наших случаях плоды рождались неизменно со спинкой, обращенной кпереди. В некоторых случаях приходится видеть изгнание плода с обращенной кпереди брюшной поверхностью. Иногда приходится наблюдать, как туловище плода, выходя из родовых путей матери, медленно поворачивается вокруг своей продольной оси так, что спинка в конце-концов обращается кпереди. Мы можем и должны способствовать этому повороту, ротируя плод в том направлении, куда он сам стремится повернуться. Если же этот поворот не совершится, то изгнание верхней половины туловища и головки должно совершиться в заднем виде, что представляет собою крупное осложнение.



Рис. 230. „Обратный прием Smellie-Weit.

Освобождение ручек совершается по типу обычного. И тут выводится сперва задняя ручка, и тут оператор входит по спинке плода, причем, конечно, тыльная поверхность оперирующей руки обращена кзади. Необычайные трудности встречает освобождение передней ручки. Ее стараются вывести разноименной (!) рукой оператора, проникающей с обращенной вбок тыльной поверхности снизу и сзади во влагалище, причем концы пальцев стараются достичь локтевого сгиба, идя между переднебоковой стенкой таза и плодом. В случае удачи локоть плода появляется под уретрой. Этот прием *Michaelis*'а один из труднейших в акушерстве. Остается вывести головку; хорошо, если она в малом тазу и в состоянии сгибания: тогда применяют „обратный прием *Smellie-Weit*“ (рис. 230).

Из под лона появляется рот плода, лицо и лоб, область большого родничка упирается в симфиз, приподнятием плода выводят над промежностью затылок.

Если же головка разогнута и подбородок зацепился за лонное сращение и ту или иную из горизонтальных ветвей лонных костей, то никак не удастся проникнуть до рта и совершить сгибание. Тогда ничего другого не остается, как извлекать головку в разогнутом состоянии. Одной рукой захватываются ножки и поднимаются кверху, как при пражском способе, другая рука захватывает плечевой пояс снизу, со стороны спинки. Помощник сильным надавливанием снаружи вго-

няет мозговой череп в таз и сильным дугообразным движением выводится головка, причем первым рождается затылок над промежностью, за ним следует темя, под конец выходит лицо, обращенное подбородком кпереди, лбом кзади. Этот прием справедливо носит название „обратного“ пражского способа (рис. 231).

7. Я уже упоминал, что верховным условием операции извлечения за тазовый конец является совершенное сглаживание шейки и полное открытие зева. Если же это условие не соблюдено, то зев может оказать существенное препятствие, как освобождению ручек, так особенно выведению головки.

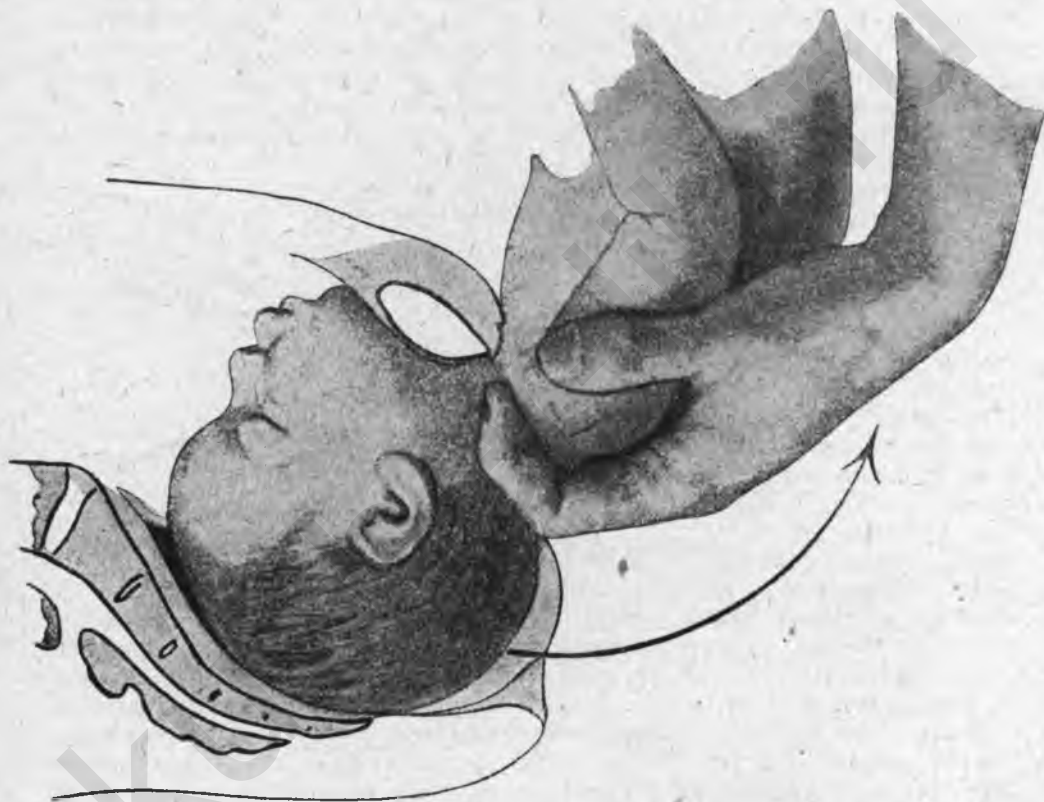


Рис. 231. Освобождение разогнутой головки посредством „обратного“ пражского приема.

При неполном зеве тазовый конец плода может еще свободно пройти, также пройдет и грудная клетка. При освобождении ручек зев уже оказывает препятствие вхождению двумя пальцами; не применяйте силы, войдите не двумя, а одним пальцем между зевом и плодом и постарайтесь вывести ручку, увлекая ее за локтевой сгиб одним пальцем. Если Вы обладаете ловкостью, это Вам удастся.—Но не радуйтесь преждевременно, худшее впереди. Зев обхватывает шею плода, Вы чувствуете, как он судорожно сократился и сжимает шею мощным кольцом. Чем сильнее вы тянете, тем больше Вы усиливаете судорогу мышечной мускулатуры. Мне случалось встретить затруднения при попытках добраться до рта плода. Пальцы попадают в свод, приходится искать щелевидное пространство между зевом и шейкой плода. Но вот Вам удалось дойти до рта, Вы стараетесь вывести

головку, в половой щели вы видите кайму зева, напряженную как струна. Постарайтесь заправить задний край зева и сдвинуть его с лица плода, тогда Вам удастся извлечь и мозговой череп. В редких случаях Вы успеете еще сделать на зеве боковые насечки ножницами (*hysterostomatia* при последующей головке). Если же плод уже погиб, прекратите все манипуляции, оставьте плод в покое, не тяните больше. Вы собираетесь сделать перфорацию последующей головки, но не удивляйтесь, если, пока кипят инструменты, головка родится сама. Объяснение простое: шейка, не подвергаясь больше раздражению, расслабилась, судорога зева прошла и головка легко родилась.

Если же Вы забудете этот совет и будете силой извлекать плод, вернее вырывать головку, то не удивляйтесь, если получите разрывы шейки, подчас проникающие глубоко в параметрий и дающие сильнейшее кровотечение, увы, могущее стать смертельным.

8. В заключение остановлюсь на кратком обзоре повреждений, которые могут быть наблюдаемы при извлечении плода за ножки или ягодицы.

Уже при внутреннем исследовании можно нанести травму половым частям плода, особенно у мальчиков (*scrotum*, *penis*).

При тракциях за ножку можно сломать кости голени или бедренную, если ножка захвачена неправильно. Основное правило: большой палец руки оператора должен быть расположен по длине ножки, а не перекрещивать ее под углом (рис. 232).

Нанести травму тазобедренному суставу можно, производя тракцию за ножку слишком сильно. Мне случалось слышать при этом своеобразный хруст: это разрыв связок тазобедренного сустава, а может быть и края *acetabuli*.

При извлечении за паховый сгиб нужно следить за тем, чтобы влекущая сила была направлена на таз плода, а отнюдь не на бедренную кость (рис. 233). Бедро плода очень хрупкая кость и требуется небольшая сила для перелома ее (хруст!).

При извлечении петлей, а тем более крючком, можно получить протирание мягких частей сгиба и бедра, ранение бедренных сосудов мошонки, *penis'a*. Вот почему применение крючка в настоящее время считается допустимым лишь на мертвом плоде, пользоваться петлей я бы также не рекомендовал на живом плоде.

При тракциях за тазовый конец нужно следить за тем, чтобы руки оставались на крестце и тазу плода. Ни в коем случае не перехватывать, как бы велико ни было искушение! Живот плода является своего рода *poli tangere*! Наблюдались разрывы брюшных внутренностей, особенно самого крупного из брюшных органов—печени, повреждения всегда смертельные.

При освобождении ручек чаще всего наблюдались травмы. Начинаящий, добравшись до ручки, готов приступить к извлечению ручек раньше срока. Не начинайте выводить ручки, пока не добрались до локтевого сгиба и верхней трети предплечья. Всякое влечение за



Рис. 232 А.



Рис. 232 Б.

А. Правильная тракция за ножку.—Б. Неправильная тракция за ножку.

плечо, особенно же обхватывание плеча пальцем, как крючком, должно повести к перелому плечевой кости: *fractura humeri* наиболее частый перелом при извлечении. Старайтесь также не тянуть за ручку прямо на себя, а низводите ручку по лицу плода („омывательное движение“) и по груди.

При чрезвычайно сильном отведении туловища в сторону (в момент освобождения ручек) можно травмировать плечевое сплетение, результатом чего может явиться Erb-Duchenne'овский паралич. Реже этот вид паралича получается вследствие давления на *plexus brachialis* (прижатие его к поперечным отросткам шейных позвонков).

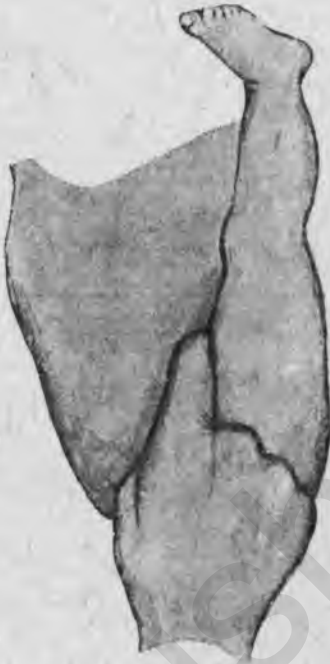


Рис. 233 А.

Правильная тракция
за паховой сгиб.

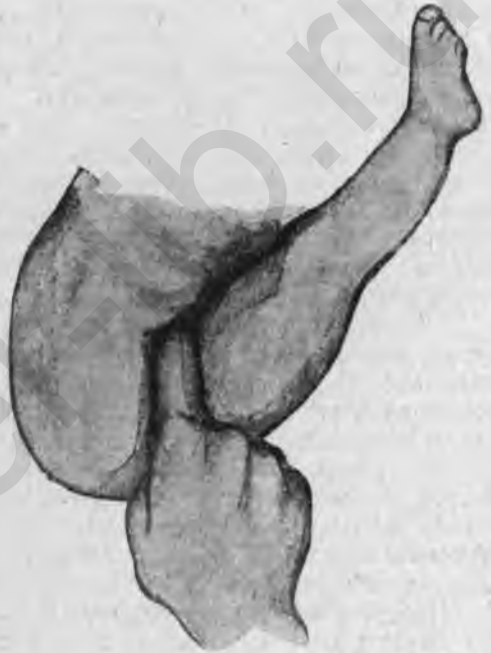


Рис. 233 Б.

Неправильная тракция
за паховой сгиб.

При выведении головки по *Smellie-Veit*'у возможны переломы ключиц. Я уже говорил, что за плечевой пояс надо тянуть всей ладонной поверхностью руки, а не концами пальцев. Ключицы плода не клавиши рояля!

Тут же кончики указательного и среднего пальцев могут при недостаточной осторожности пройти в подключичную ямку плода. Вследствие прижатия нервного сплетения к первому ребру может произойти так наз. паралич Erb'a.

Пальцы, введенные в рот плода, также могут наносить травму. Неоднократно наблюдались повреждения углов рта, твердого неба, дна ротовой полости, переломы нижней челюсти. *Strassmann* даже видел смертельное кровотечение из разрыва уздечки языка.

Особенно при пространственном несоответствии наблюдаются повреждения шеи: разрывы грудино-ключично-сосковых мышц, разрывы

межпозвоночного связочного аппарата, разъединение позвонков. Описаны случаи отрыва чешуи затылочной кости от суставных ее частей, разъединения теменной и височной кости, лобной и клиновидной. Последние повреждения, конечно, неизменно сопровождаются смертельными внутричерепными кровоизлияниями.

Я уже упоминал о вдавлениях на черепе, которые происходят при извлечении головки через узкий, особенно плоский, таз. Давление со стороны мыса может не ограничиться повреждением мягких покровов, уплощением соответствующей кости, а вести к настоящим вдавлениям (*impressio*), имеющим, то жолобоватую, то воронко-, то ложечкообразную форму. Они расположены обычно на кости, обращенной к мысу и обычно идут параллельно линии шва, чаще всего венечного, или локализуются близ теменных бугров, между бугром и большим родничком. Эти вдавления бывают соединены с трещинами и переломами черепных костей, но встречаются и очень глубокие вдавления без нарушения целости кости. Тут же упомяну о разрывах синусов, происходящих при насильственном извлечении последующей головки.

Наиболее ужасное повреждение при извлечении есть полный отрыв туловища от головки. Он может произойти при насильственном извлечении гидроцефалической головки, при узкотазии, или неправильном механизме изгнания головки. *Birnbaum* указал, что эти тягчайшие повреждения возможны особенно, когдавлечение производится не по направлению позвоночника, а в сторону. Интересно, что оторванная головка может остаться в матке очень долго, гнилостно разлагаясь, но не рождаясь на свет. Существует богатая литература о подобных случаях. *Neugebauer* собрал из литературы 70 случаев. Из них умерло 14 женщин, 6 раз было произведено кесарское сечение для удаления оставшейся в матке головки. *Freund* описал случай нахождения головки в матке в течение 10 лет, *Finke* повествует о случае 16-летнего пребывания головки в матке.

Никогда не забуду случая, бывшего в моей клинике. Была доставлена многорожавшая женщина, у которой на дому было произведено извлечение за тазовый конец, причем случился отрыв туловища от головки. Сообщение акушерки гласило: головка должна быть в матке. Роженица в тяжелом состоянии, очень бледна, кричит от непрерывной боли в животе. Матка большая, 3 п. выше пупка, очень напряженная и болезненная. Признаться, мы отнеслись с недоверием к сообщению акушерки, взяли больную на стол для исследования, предполагая в случае нахождения в родовых путях головки, извлечь ее или рукой или инструментально. Но судьбе было угодно сразу разрешить наши сомнения и избавить нас от вмешательства. Пока мы готовились к операции, начались сильнейшие потуживые боли и на высоте потуги из родовых путей вместе с огромным количеством крови вылетела головка плода и упала на пол на расстоянии около 2-х м от больной. Той же потугой был выброшен послед. Незабываемая картина! Что же произошло? Оторванная головка очевидно стояла плотно в тазу или во входе его. Произошло отделение детского места с огромным внутренним кровотечением. Вот почему матка была такая большая, такая напряженная и болезненная. Кровь скопилась в матке и растягивала ее, не имея возможности из за головки излиться наружу. Появились сильные потуги, головка проделала свой механизм и под влиянием огромной *vis-a-tergo* вылетела из родовых путей, как артиллерийский снаряд, а за нею следом было выброшено детское

место с огромным количеством крови, отчасти свернувшейся, отчасти жидкой. Не правда ли уникал!

Разрешите познакомить Вас с новейшими наблюдениями над головкой плодов, рожденных в тазовом положении.

Принято считать, что головка при предлежаниях тазовым концом имеет правильно округлую форму („Rundkopf“). Теперь же мы знаем, что это обычно не так. Головка конфигурируется, теряет свою выпуклую форму, одна из теменных костей уплощается. Кроме того, почти всегда, головка склонена набок, притом на бок, противоположный уплощенной теменной кости. Она стоит асинклитически. При резко выраженном склонении головки плечо как бы вдавливается в шею, в силу чего шея на этой стороне имеет конкавную форму! Степень описанных изменений зависит от продолжительности безводного промежутка.

Объяснить эти своеобразные изменения не легко. *Warnekros* утверждает, что склонение головки наблюдается в тех случаях, когда тазовый конец встречает в родах препятствие во входе в таз. *Frey* видит в уплощении теменной кости результат давления брюшного пресса в периоде изгнания и уверяет, что уплощается всегда та теменная кость, которая обращена кпереди, к брюшным стенкам.

Г. М. Шполянский, работавший над этим вопросом в моей клинике, пришел к выводу, что дело обстоит иначе; уплощена бывает как теменная кость, обращенная кпереди, так и теменная кость, обращенная кзади, в сторону позвоночника матери. Эти тщательно произведенные наблюдения теоретически весьма важны. Если в понимании *Warnekros'a* и *Frey'a*, в основе склонения головки лежит фундальное давление на головку, вызванное препятствием в периоде изгнания, то на основании наших наблюдений с этим никак нельзя согласиться. Для того, чтобы образовалось склонение, нет надобности в развитии особых сил; оно почти обычное явление и отсутствует лишь в случаях очень быстрых родов.

Г. М. Шполянский видит в уплощении теменной кости результат давления со стороны стенки матки, причем давление направлено не сверху вниз (тут уплощалась бы вся черепная крышка), а сзади вниз и кпереди или же спереди вниз и кзади, это давление вместе с тем отклоняет головку в противоположную сторону. Тут давление не осевое (Fruchtwirbelsäulendruck), а боковое. По *Sellheim'u* после отхождения вод развивается концентрическое давление. Тело матки в периоде изгнания вытягивается в длину. Вытянутое тело плода есть результат давления, идущего от боковых стенок матки. Головка приходит в непосредственное соприкосновение с дном. Дно матки представляет собою не плоскую крышу, а двускатную или сводчатую, и в зависимости от того, с каким местом соприкасается головка, уплощается и соответствующая теменная кость и головка отклоняется в противоположную сторону.

Почему же в одних случаях головка склоняется кпереди, в других кзади? По мнению *Г. М. Шполянского* тут имеет существенное значение место расположения плаценты и немного отвислого живота. Давление со стороны дна матки не является осевым давлением (Axendruck), а частичным проявлением общего внутриматочного давления.

Затронутый вопрос еще далеко не разработан, он достоин внимания, так как вводит нас в интересную область акушерства, в теорию механизма родов и действия изгоняющих сил.

Полагаю, что вдумчивый врач в своей повседневной работе у постели роженицы сможет сделать не мало поучительных наблюдений, могущих много дать для понимания тех интересных физиологических процессов, которые в совокупности своей дают механику родов.

Неправильные положения плода.

Случай 80-й.

Б. В. Б., 45 лет (№ приемного журнала 9983), поступила в клинику 24-го июля 1928 г. с отошедшими водами.

Анамнез: Менструации носят с 13-ти лет, через 28 дней, по 2—3 дня. Замуж вышла на 28-м году жизни. Первая беременность кончилась самопроизвольным выкидышем, после чего долгое время беременность не наступала. В 1921 г. на 38-м году жизни — первые роды: Роды протекли без осложнений, ребенок жив. Вскоре после родов пациентка стала замечать опущение половых органов, постепенно все увеличивавшееся. На многократно предложенную операцию больная не соглашалась до 1925 г., когда состояние ее стало невыносимым. Образовалась чрезвычайная элонгация и гипертрофия шейки, торчавшей длинным хоботом из наружных частей, с выпадением стенок влагалища (cystocele et rectocele). В мае 1925 г. мною была произведена высокая ампутация шейки, обширная пластика влагалища и восстановление тазового дна с изолированной пластикой levator'ов. Заживление первичным натяжением. Последние регулы были в начале ноября 1927 г. В феврале я к крайнему изумлению 45-летней пациентки установил наличность 3-месячной беременности. Беременность протекала без особенностей. Срока первых движений пациентка не помнит. Последний coitus был 1 месяц тому назад.

Ранним утром 24-го июля, лежа в постели, пациентка почувствовала легкую родовую боль, одновременно хлынули воды в значительном количестве. Переждав часа 3 роженица поехала в клинику, куда и прибыла в 8 час. 40 мин.

При поступлении: роженица среднего роста, хорошо упитанная брюнетка. Т.—36.7. Пульс 80. Живот большой, округлой формы. Пупок выпячен. На коже скудные старые рубцы беременности. Окружность живота 103 см. Высота дна матки от лона 38 см. В левом подреберьи определяются ягодицы плода, справа в дне мелкие части. В правой подвздошной области головка, крупная, подвижная. Сердечные тоны выслушиваются ясно, слева ниже пупка.

Размеры таза: Dist. Spin.—25 см; Dist. Crist.—27 см; Dist. Troch.—30 см; Conj. exter.—19½ см.

Родовой деятельности почти нет, лишь изредка отмечается очень слабое сокращение матки.

Каков диагноз?

1. Имеется поперечное положение, а именно второе.
2. Положение косое.

Несомненно положение плода неправильное. Ведь правильным мы называем положение плода лишь в том случае, если продольная ось плода совпадает с длинником матки, независимо от того, который из полюсов плода будет обращен вниз. Здесь же ось плода под некоторым углом пересекает длинник матки — значит положение неправильное. Притом, если эти две оси взаимно перекрещиваются под углом в 90°, положение принято называть поперечным (situs transversus), если же под меньшим углом — до 45°, положение считается косым (situs obliquus). Не следует при этом забывать, что строго поперечное положение вряд ли существует, всегда или головной конец плода или тазовый располагаются ближе к тазу. Из изложенного явствует, что в нашем случае положение типически косое. И хотя поперечное положение и косое положение „в практическом отношении почти совершенно равнозначны“ (Груздев), все же их следует различать. Есть

некоторые виды пособий, которые могут быть весьма полезными при косом положении, будучи совершенно непригодными при поперечном.

Что же делать?

1. Пока плод еще подвижен, нужно сделать поворот на ножку, если только условия к повороту будут наличи.
2. Нужно, если только возможно, стремиться ограничиться меньшим вмешательством: показан наружный поворот.
3. Вероятно удастся исправить положение плода соответствующим положением роженицы на боку.

Целых три предложения! И далеко не одинаковых по значению: с одной стороны вы предлагаете внутренний поворот на ножку, операцию, сопряженную с вхождением руки в полость матки, с другой—мероприятие совершенно невинное—положение на боку. Поневоде задумаешься: ведь надо выбрать пособие наименее вредное, но вместе с тем верное по своему эффекту. Трудно выбирать, когда не знаешь условий случая; надо путем внутреннего исследования выяснить состояние родовых путей.

В 10 часов исследование per vaginam: Наружные половые органы развиты правильно. Промежность высокая, на ней видны следы от пластической операции в виде продольного толстого рубца. Воды идут, чистые. Влагалище длинное, гладкостенное. Влагалищной части нет, в вершине влагалища круглое отверстие, пропускающее 2 пальца. Края его толстоваты, податливы. Пузыря нет. Предлежащая часть не определяется.

Как же поступить?

Поворот на ножку будет не совсем простым пособием. Зев еле пропускает 2 пальца. Ждать большего открытия нельзя, выжидание может только повести к потере подвижности плода, к закреплению его неправильного положения; действительно необходимо исправить положение сейчас же. Поворот на ножку, конечно, возможен и сейчас, но это будет поворот по способу Buxton-Nicks'a, вмешательство далеко не всегда легкое и для плода не безразличное. Мы должны избрать пособие более простое и менее рискованное.

Вы предлагаете наружный поворот. Наружный поворот на головку—операция несомненно хорошая. Она применима и во время беременности и в начале родов. Мы изменяем положение плода исключительно наружными манипуляциями, не входя во влагалище. Головку мы одной рукой приближаем ко входу в таз, в то же время другой рукой отодвигаем ягодицы по направлению ко дну матки. Таким образом, воздействуя на оба полюса плода одновременно, или в направлении часовой стрелки или в обратном направлении (смотря по положению), мы переводим плод из косого положения в продольное головное. Казалось бы операция очень простая и безопасная. Несомненно она технически проста и абсолютно безопасна, но к сожалению она далеко не всегда приводит к цели. Даже при полной подвижности плода (т. е. при целом пузыре и большом количестве вод), даже при податливых, не оказывающих никакого противодействия нашим манипуляциям брюшных стенках, успеха может и не быть, потому что часто вскоре после исправления положения плод опять принимает неправильное положение. Если операция производится во время беременности, стараются удержать плод в продольном положении ношением бандажа, если же оперируют в конце периода открытия, то советуют разорвать пузырь с целью окончательной фиксации головки во входе в таз, при

отошедших водах рассчитывают, что схватки вгонят головку в тазовую полость.

Лично я, высоко ценя заслуги *Wigand'a*, введшего наружный поворот в акушерстве, далеко не поклонник этого вида поворота, именно зная по личному опыту, насколько неустойчив достигнутый результат и как легко плод опять принимает неправильное положение, сводя на нет все старания врача.

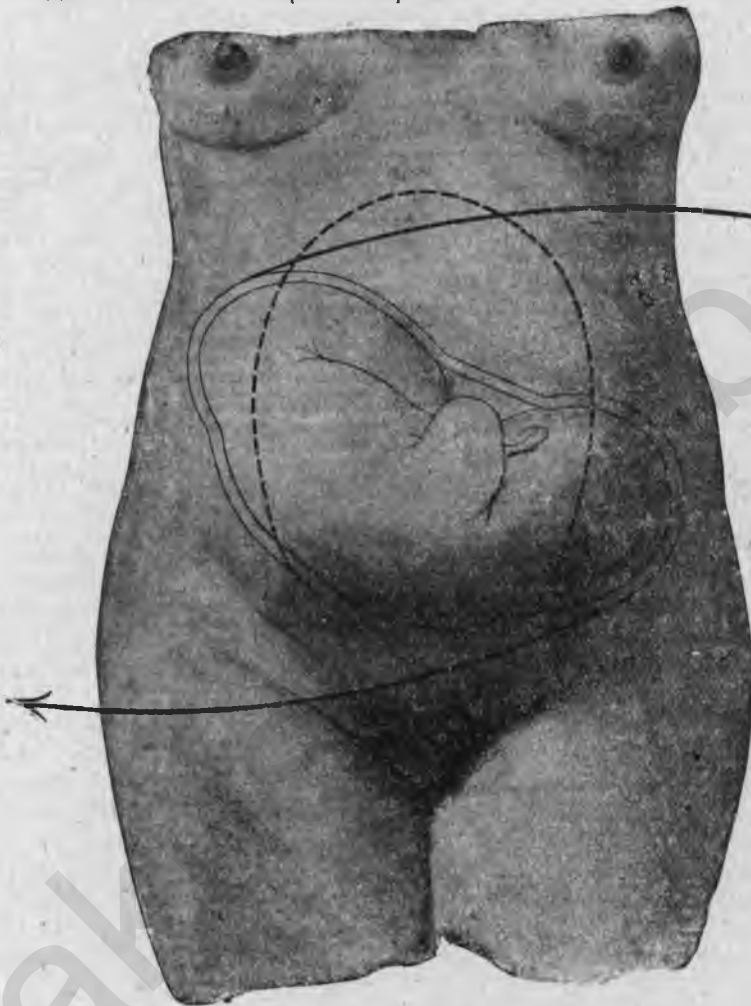


Рис. 234. Механизм образования продольных положений.

Попробуем же роженицу положить на бок. Может быть этим простым способом удастся перевести плод из косо́го положения в продольное. Положим ее на левый бок в расчете на то, что ягодицы, находящиеся в правом подреберьи в силу своей тяжести станут в середину дна матки,—тогда головка, занимающая левую подвздошную впадину, должна будет отойти к средней линии, т. е. встать над самым входом в таз и схватки смогут срединностоящую головку вогнать в тазовый вход (рис. 234). Мы в праве рассчитывать, что таким путем удастся исправить положение плода, ведь подвижность его вполне

сохранена. Конечно, мы будем зорко наблюдать за положением плода и следить, сохраняется ли достигнутое продольное положение его.

В 10 часов 15 минут мы положили роженицу на левый бок. Ягодицы сразу же перешли в подложечную область, длинная ось плода стала продольно, головка стала над входом в таз срединно.

Схватки редкие, слабые.

К 12 часам они стали чаще и усилились. Изредка переключивали роженицу на спину, убеждаясь, что головка стоит, фиксированная во входе в таз, выслушивали сердечные тоны плода, остававшиеся все время хорошими, и вновь укладывали роженицу на левый бок.

Теперь мы не боимся, что головка опять отойдет в сторону подвздошной впадины, схватки ее фиксировали во входе.

Но каково же будет течение родов? Пойдет ли раскрытие шейки беспрепятственно; можем ли мы быть уверены, что оно будет совершаться физиологически: ведь была произведена высокая ампутация шейки.

Не надо ли что-либо предпринять?

1. Раскрытие может затянуться, потому что на месте ампутации шейки должны быть, солидные рубцы. Надо ввести метрейринтер, он будет способствовать раскрытию по типу нормального.
2. Метрейриз излишен. Если в дальнейшем, окажется, что зев неподатлив вследствие рубцов, то придется его рассечь или сделать на нем насечки.
3. При вагинальном исследовании края зева производили впечатление мягких и податливых. Вряд ли раскрытие будет трудным. К вмешательству показаний нет.

Прежде всего, надо себе уяснить, о раскрытии какого зева идет речь. Наружного зева нет, он ампутирован вместе с шейкой несколько лет назад. Была произведена высокая ампутация шейки, удалена не только влагалищная часть, отсечена вся или почти вся шейка. Отверстие, определяемое при внутреннем исследовании („зев“), есть просвет цервикального канала на уровне внутреннего зева или несколько ниже его. Каких либо заметных рубцовых изменений мы при пальцевом исследовании не определяем, края „зева“ мягкие и податливые. Какие же мы имеем данные ожидать затруднения в деле раскрытия этого „зева“? Вряд ли придется тут что либо рассекать, метрейринтер излишен, продвигающаяся головка сама будет творить дело раскрытия. Мы вправе ожидать вполне правильное течение периода раскрытия.

15 час. Схватки умеренной силы, через 5—7 минут. Головка неподвижна, во входе. Несответствия нет, признак Непкей-Вастена отрицательный. Сердечные тоны плода выслушиваются ясно, слева ниже пупка.

17 час. 40 мин. Схватки сильные, через 5 минут. Головка своей наибольшей периферией прошла тазовой вход. Сердечные тоны без изменений.

Дежурный врач решил сделать ректальное исследование: Открытие „зева“ 4 пальца, край его толстоватый, не напряжены. Головка в верхней части полости. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок слева. Большой не достигается.

Роды идут физиологически.

В 18 час. 50 минут начались потуги. Промежность стала напрягаться, ярко выступил белесоватый рубец по средней линии. В 19 час. 10 минут родился плод без асфиксии, сразу закричал.

Через 5 минут вышел послед. Матка хорошо сократилась.

Осмотр промежности обнаружил небольшой разрыв по старому рубцу. Наложено: 1 погрудной катгетовый шов, 4 таких же со стороны влагалища, 3 нитяных со стороны кожи промежности.

Плод, женского пола, вес 3400 г, длина 50 см.

Послеродовой период прошел без осложнений. 30-го июля сняты швы (3 кожных), заживление первичным натяжением. 1-го августа родильница выписалась с ребенком.

Интерес случая: 45-летняя повторнородящая, перенесшая несколько лет назад высокую ампутацию шейки и операцию восстановления тазового дна, поступает в роды с отошедшими водами и косым положением плода. Последнее легко исправляется положением роженицы на боку, раскрытие шейки идет беспрепятственно. Изгнание совершается силами природы. Небольшой разрыв промежности по старому рубцу зашивается.

Случай 81-й.

П. К., 40 лет, чернорабочая, поступила в родильный дом 24-го марта 1905 г. в 7 часов. Роды 8-ые. Выкидышей не было. Все роды без особенностей. Времени последней менструации указать не может.

Родовые боли начались 23-го марта в 22 часа.

Роженица крупная женщина, вполне удовлетворительного сложения. Размеры таза: Dist. Spin.—28; Dist. Crist.—30; Dist. Tröch.—32; Conj. ext.—20.

Величина живота соответствует доношенной беременности. Брюшные покровы дряблые, растянутые, кожа покрыта обилием старых рубцов беременности. Форма живота необычная, как бы скошенная. При ощупывании живота мы определяем в правом подреберьи крупную часть, мягкую, с неравномерными контурами. Спинку плода мы определяем идущей по диагонали книзу и влево. В левой подвздошной области необычайно ясно прощупывается подвижная головка. Мелкие части—справа на уровне пупка. При третьем приеме Leopold'a руки, не встречая на своем пути частей плода, проникают глубоко почти до мыса. Сердечные тоны выслушиваются вокруг пупка, 140 в минуту.

Ввиду явной патологии произведено внутреннее исследование: Влагалище широкое, открытие зева полное, край зева определяется лишь сзади. Пузырь цел, во время схватки напрягается.

Предлежащей части ни во входе в таз, ни над входом нет: Мыс с некоторым трудом достигается.

Каков диагноз и какова должна быть терапия?

1. Так как положение плода поперечное и роды в таком положении невозможны, мы должны исправить положение плода и, так как воды целы, сделать наружный поворот.
2. Положение косое. Лучше всего достигнуть самоповорота с помощью положения роженицы на боку.
3. Не вмешиваться. Под влиянием схваток плод примет продольное положение и головка сама вступит в таз.
4. Так как открытие полное, нужно разорвать пузырь и тут же фиксировать головку во вход в таз.
5. Пока не поздно, нужно сделать внутренний поворот на ножку.

Нет сомнения—положение плода неправильное; спрашивается: косое оно или поперечное?

Взгляните на живот, прощупайте головку, упирающую в крыло левой подвздошной кости, ягодицы, стоящие под правой реберной дугой—и вам станет ясно, что положение должно быть признано косым.

Прежде чем решиться на то или иное пособие, спросим себя, какова этиология неправильного положения в данном случае?

Давно известно, что поперечные и косые положения встречаются чаще у повторно- и многородящих женщин. У них в силу повторных и часто следующих друг за другом беременностей и родов стенки матки теряют свою упругость, эластичность и становятся дряблыми,

мышечно-соединительнотканый подвешивающий аппарат матки уже не на высоте положения, брюшные стенки также утратили свою упругость. Учтите, что наша роженица всю жизнь занималась тяжелым физическим трудом; обремененная заботами по многочисленному семейству, она вероятно мало уделяла внимания послеродовому уходу, не соблюдала должного покоя после родов, рано приступала к работе. Понятно, что при таких условиях обратное развитие матки и брюшных покровов не могло совершаться должным образом. Указанные моменты играют в этиологии неправильных положений первенствующую роль. Вообще же этиология неправильных положений разнообразна. Все авторы отмечают огромное значение узкотазия. Статистика учит, что аномальный таз встречается в 15—30% всех поперечных положений. Уменьшенная верхняя апертура таза не может вместить в себе предлежащей головки, каковое вставление в тазовой вход является правилом для первобеременных. Плод при узкотазии слишком подвижен, он следует всем переменам положения беременной, что особенно ярко выявляется у многорожавших с дряблыми брюшными стенками, отвислым животом, с маткой скорее шаровидной, чем продольно-овальной. Пространственное несоответствие мешает водяничной головке (hydrocephalus) вступить в таз, она легко отклоняется в сторону, что также дает повод к возникновению поперечного положения. В числе этиологических факторов следует упомянуть и предлежание последа; располагаясь в нижнем отделе матки, плацента мешает головке установиться во входе. Подобным же образом могут влиять опухоли, исходящие из половых органов, кисты. На слишком большую подвижность плода я уже указал. Она же особенно предрасполагает к поперечному положению при мертвых недоносах, при многоводии, при двойнях после рождения первого близнеца.

В нашем случае этиология неправильного положения ясна: потеря упругости и эластичности брюшных стенок и стенок матки у многоплодной, занимающейся тяжелым физическим трудом.

Как же быть? Наружный поворот вряд ли будет уместен, он слишком ненадежен, мы от него отказываемся, как отказались и в предыдущем случае. Ограничиться положением роженицы на бок? Мы знаем, что нередко бывает достаточно положить роженицу на тот бок, где находится головка плода. В нашем случае головка обращена к левой подвздошной области, ягодицы лежат в правом подреберьи. Если положить роженицу на левый бок, ягодицы плода в силу своей тяжести отойдут в подложечную область, т. е. к средней линии живота, в силу чего головка также отойдет к средней линии нижнего отдела живота т. е. станет над входом. Мне неоднократно приходилось исправлять косые положения плода таким простым способом. Он имеет свои значительные достоинства: он прост, безболезнен и совершенно безопасен, так как не сопряжен с вхождением руки в родовые пути матери. Конечно, он показан только при косых положениях, только при полной подвижности плода и при нормальном тазе. Невыгодой его является возможность обратного перехода плода в косое положение до отхождения вод.

В нашем случае мы, конечно, могли бы сделать попытку исправления положения плода с помощью положения роженицы на левом боку. Но успели ли мы достичь этого? Открытие зева полное, пузырь „готов к разрыву“. Ежеминутно могут отойти воды раньше, чем может исправиться положение плода. Мы решили не терять времени.

Совет не вмешиваться активно, а ждать, основан очевидно на наблюдениях над самоповоротом. Не подлежит сомнению, что бывают случаи, где косое положение под влиянием хорошей родовой деятельности исправляется. Лично я подобное интересное явление наблюдал несколько раз у первородящих. Упругие стенки матки во время схваток, прижимаясь к плоду, производят давление на ягодицы с одной стороны, на головку с другой. Это давление на оба полюса плода действует в том же смысле, как и движение рук врача при наружном

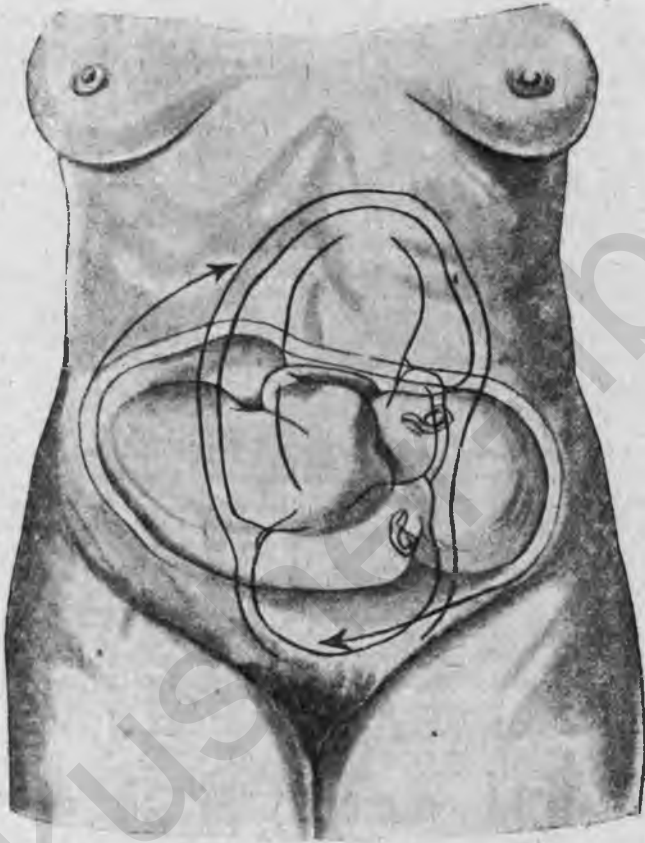


Рис. 235. Матка стремится принять форму продольного овоида. Оба полюса плода передвигаются к средней оси туловища.

повороте по *Wigand*'у, в нашем случае в направлении часовой стрелки (рис. 235). Но можем ли мы рассчитывать, что дряблые, расслабленные стенки матки дадут такой полезный эффект? Конечно, нет. С другой стороны, выжидая, мы дождемся разрыва пузыря. Воды отойдут, плод из косого перейдет в поперечное положение, вскоре лишится своей полной подвижности и придется уже приступить к внутреннему повороту на ножку при гораздо худших условиях.

Нет, всякое выжидание мы должны отвергнуть, как опасное для матери и могущее стать роковым для ребенка.

Предложение разорвать пузырь, одновременно наружной рукой приближая головку ко входу в таз и направляя ее влево, мне кажется

целесообразным. Тут нужно, поставив головку во вход таза, выждать одну-две схватки, которые и зафиксируют головку во входе. Этим приемом мы достигаем физиологического затылочного положения плода, которое больше никакого вмешательства не потребует.

А если этот способ исправления положения не удастся?

Тогда остается последнее предложение: внутренний поворот на ножку. Тогда придется отнести к нашему случаю, как к обычному поперечному положению. Внутренний поворот тут возможен: все условия даны: роженица многорожавшая, открытие зева полное, воды стоят, плод подвижный и живой.

В 8 часов, при соблюдении всех правил асептики, врач ввел 2 пальца правой руки во влагалище; одновременно левой рукой приблизил головку ко входу в таз. Выждав схватку, врач сделал разрыв пузыря, не отдергивая руки. Постепенно выпуская воды, внутренняя рука могла убедиться, что головка, направляемая наружной рукой, установилась над входом в таз.

Манипуляция прекращена.

Казалось цель достигнута. Предстоит нормальный период изгнания в затылочном положении. Подойдя через пять минут к постели роженицы, мы убедились в том, что головка опять отклонилась влево, покинув вход в таз.

Решено немедленно приступить к внутреннему повороту на ножку.

Дан глубокий наркоз (НСС₁) — кстати скажу, что операция поворота принципиально должна производиться под общим наркозом не столько из соображений гуманности, сколько в целях полного расслабления стенок матки и брюшных мышц. Вполне понятно, что только при таких условиях можно рассчитывать на успех и избежать риска травмировать родовые пути матери.

Катетером выпущена моча. Важно не забыть выпустить мочу, полный пузырь может очень мешать выполнению операции. Собственно говоря, нам надо было позаботиться опорожнить кишечник клизмой, но в данном случае мы потеряли бы слишком много времени, потому что воды отошли и схватки частые. Оператор, обеззаразив руки до локтей, приступает к повороту. Какую руку выбрать? Ягодицы с ножками лежат в правом подреберьи, головка в левой подвздошной впадине. Выбор руки здесь будет аналогичен выбору при повороте из продольного положения. Должна быть введена левая рука, потому что она будет обращена ладонной поверхностью к плоду, а тыльной к маточной стенке.

Итак, сложив пальцы левой руки конусом и обратив тыльную поверхность кисти кзади и вправо, оператор правой рукой развел ад максимум половые губы роженицы, а кистью левой руки медленно, но неустанно, нажимая на заднюю периферию входа в рукав, вошел во влагалище. Этот акт операции никаких затруднений не представил, так как вход во влагалище и самый рукав в достаточной мере растянuty повторными родами. Как только вся кисть левой руки погрузилась во влагалище, правая рукаложена на дно матки, которое и должно быть ею удержано в течение всех последующих внутриматочных манипуляций. Кисть левой руки располагалась в полости влагалища, будучи обращена тыльной поверхностью к правому крестцово-подвздошному сочленению. Подвигаясь вверх сбоку от мыса, рука пузыря не встретила (он ведь нами был разорван), лишь край зева в виде вялой каймы свисал в просвет рукава. Проникнув в матку рука нашла в левой половине большого таза головку и оттолкнула ее еще больше влево.

Проникая выше, рука направилась в сторону ягодичного конца плода. Наружной рукой ягодицы энергично надавлены навстречу внутренней руке. Вскоре внутренняя рука нашла ножку и захватила ее за голень.

Захватив ножку полностью рукой, оператор приступает к повороту в тесном смысле слова. Он производит медленное влечение по направлению к тазу. В это время наружная рука отталкивает головку вверх по направлению к дну матки и смещает ягодицы вниз по направлению ко входу в таз.

Вот показывается в наружных частях стопа, голень и колено низведенной правой ножки. В это время наружная рука убеждается в том, что головка плода находится в дне матки. Поворот закончен.

Извлекать или не извлекать?

Вопрос существенный и должен быть решен индивидуально. Если мы собираемся извлечь плод после поворота, мы должны руководствоваться не какими либо особыми показаниями, а исключительно

степенью раскрытия зева. Принципиально правильно, если только возможно, закончить изгнание младенца в том же наркозе. Это будет и вполне гуманно. Конечно, если зев недостаточно раскрыт, извлечение абсолютно противопоказано. Извлечение при неполном зеве неминуемо влечет за собою разрывы шейки (кровотечение потребует наложения швов на шейку, операцию технически нелегкую и сопряженную с риском инфекции). При полном открытии лучше после поворота приступить к извлечению, но не сразу! Сделайте маленькую паузу, хотя бы на несколько минут. Это важно и полезно; полезно в том смысле, что за это время вы успеете повторно обеззаразить ваши руки, важно для плода, чтобы дать ему возможность исправить свое нарушенное членорасположение. Захватывание ножки, влечение за нее, собственно поворот—все это манипуляции, производящие сильное раздражение, вследствие чего плод рефлекторно совершает „защитные движения“. Этим нарушается его типическое членорасположение, головка и ручки могут принять атипическое положение. Если теперь извлечение производить непосредственно вслед за поворотом, то головка и ручки могут оказаться в весьма невыгодном для извлечения положении (*Stöckel*). Вот почему важно, после окончания операции поворота отпустить на несколько минут ножку, сделать передышку, во время которой плод, не испытывая на себе более раздражающих манипуляций, может опять принять свое физиологическое членорасположение (за исключением низведенной ножки). Тогда уже извлекайте, конечно, при условии полного открытия зева.

Есть ли в нашем случае показания к немедленному извлечению? Нет. Поворот мы произвели не потому, что угрожает какая-либо непосредственная опасность матери или плоду, мы его произвели из-за неправильного положения плода, как операцию исправляющую, а не родоразрешающую. Теперь положение плода правильное, продольное. Состояние матери хорошее, плод жив, сердечные его тоны ясные, мы их отчетливо выслушиваем ниже пупка несколько правее средней линии, низведенная ножка реагирует на механические раздражения энергичным сокращением мышц. С другой стороны имеется полное открытие зева, мягкие родовые пути широкие. Сделаем же по совету *Stöckel*'я маленькую паузу, дадим плоду „передышку“, займемся повторной дезинфекцией рук и тогда уже, в том же наркозе, приступим к извлечению.

Во время паузы, пока мы готовились к извлечению, появились сильные потуги родилось бедро низведенной ножки, начала прорезываться передняя (правая) ягодица при сильном боковом искривлении туловища плода над промежностью стала выкатываться задняя ягодица и оказалось, что пуповина идет по половым органам ребенка между ягодицами на спинку. При следующей потуге весь тазовой конец плода оказался снаружи, обращенный спинной поверхностью вправо и впереди и сидящий верхом на пуповине. Можно было пуповину оставить без внимания, но так как она была сильно натянута, то оператор, подтянув ее несколько со стороны спинки, скинул ее с задней ягодицы. Вскоре выпала из половых частей задняя ножка. При следующей потуге стал выходить из половой щели живот плода и показалось пупочное кольцо. Тогда оператор захватил плод за тазовой пояс так, что большие пальцы располагались на крестце плода, а остальные лежали на тазовых костях его, и сделал тракцию на себя и несколько книзу. Из половой щели показались лопатки плода. Правой рукой захватив обе ножки плода вместе и отведя их к левому паху матери, он зашел двумя пальцами левой руки по спинке плода в родовые пути, проник до локтевого сгиба задней ручки и убедился, что она несколько запрокинута.

Ручка оказалась запрокинутой, она покинула свое нормальное членорасположение на груди и отошла кверху. Она запрокинулась,

несмотря на то, что мы не извлекали сразу после поворота, несмотря на то, что с самого начала извлечения производилось давление на дно матки рукой помощника. Ведь при ручном пособии, в особенности же при извлечении плода, мы просим помощника надавливать на дно матки, именно с целью сохранения нормального членорасположения плода, с целью воспрепятствовать разгибанию головки и отхождению ручек от брюшной поверхности. При несоблюдении этого правила, а иногда, как в нашем случае, и при соблюдении его, все-таки ручки запрокидываются.

В нашем случае задняя ручка оказалась вытянутой вдоль головки (запрокидывание 2-й степени). Двумя пальцами, введенными по спинке плода удалось дойти до плечика, по плечики подняться вверх до локтевого сгиба и, надавив на последний, заставить ручку, скользя по лицу и груди, выйти из половой щели. Благодаря незначительной степени запрокидывания ручки нам не пришлось применять более сложных и трудных способов освобождения ручки, как напр. введение в половые пути полуруки или всей руки и т. п.

По освобождении задней ручки оператор захватил обеими руками грудную клетку плода вместе с родившейся ручкой и повернул плод на 180°, т. е. так, что родившаяся ручка оказалась спереди, а находящаяся еще в родовых путях—сзади.

Освобождение второй ручки затруднений не представило: ножки плода захвачены левой рукой и сильно отведены к правому паху матери. 2 пальца правой руки, введенные по спинке во влагалище, нашли ручку в крестцовой впадине и нежным давлением на локтевой сгиб вывели ее наружу.

Головка выведена по *Smellie-Veit*'у. Наркоз прекращен.

Ребенок, крупная девочка, в легкой асфиксии, по отделении от матери легко оживлена. Вес 4200 г., длина 51 см.

Роженица положена на продольную кровать (8 час. 40 мин.).

В 9 час. началось значительное кровотечение.

Плацента оказалась уже отделившейся: дно матки поднялось выше пупка, тело матки стало уже и плосче (признак *Schröder*'а), лигатура на пуповине отошла на ладонь от наружных частей (признак *Ahlfeld*'а), при надавливании над лоном пуповина не втягивается внутрь влагалища (признак *Küstner*'а).

Немедленно *lege artis* послед выжат по *Credé*. Матка сократилась. Осмотрена промежность: разрывов нет. Послед при осмотре оказался без дефектов, также и оболочки.

После легкого массажа матки кровотечение прекратилось. Под кожу впрыснуто 2 см³. эрготина 10%, положен лед на живот.

Мы имели дело с незначительной атонией матки, быстро уступившей принятым мерам.

Родовой акт закончен.

Послеродовой период прошел гладко. Родильница выписалась на 9-ый день с ребенком.

Интерес случая: У многорожавшей при поступлении определяется косое положение плода при целых водах и полном открытии маточного зева. Попытка после разрыва пузыря фиксировать головку во входе в таз не увенчалась успехом. Головка тут же отклонилась обратно в подвздошную область. Поэтому немедленно произведен внутренний поворот на ножку. Тут же началось изгнание. Во время ручного пособия оказалось, что задняя ручка находится в состоянии запрокидывания 2-й степени. Освободить ее удалось легко. Головка извлечена по *Smellie-Veit*'у. В последовом периоде началось значительное кровотечение, которое оказалось атоническим. Уже отделившийся послед выжат по способу *Credé*.

Случай 82-й.

Т. П. С., 34-х лет (№ приемного журнала 12068), поступила в клинику 5 сентября 1928 г. в 20 час. 30 мин. в родах.

Роды седьмые. Половой жизнью живет 15 лет. Женскими болезнями не страдала. Месячные носит с 14 лет, через месяц, по 4 — 5 дней, умеренные, без болей. Родов было 6. Первые в 1915 году, последние в 1926 году. Все роды были срочные, протекали без осложнений. При повторных родах «ребенок шел ножками». Живых детей четверо. Последние месячные были 20 ноября 1927 года. Беременность протекала без особенностей. Движения плода стала ощущать с 15 апреля. Последний coitus 1 месяц т. н. Накануне поступления в 21 час. начались схватки, всю ночь боли были через 15 — 20 минут. Роженица собиралась рожать дома. Приглашенная в полдень акушерка, очевидно заподозрив патологию, настояла на отправке в клинику. После долгих колебаний роженица согласилась последовать совету акушерки. В 20 час. 30 минут она поступила в клинику.

При поступлении: роженица правильного телосложения, среднего роста, ослабленного питания, темная шатенка. Темп. 36,9. Пульс 80. Живот соответствует доношенной беременности, необычной формы, сильно разданный в боках, как бы растянутый поперек; наибольшая его окружность 100 см. Кожа дряблая, испещрена многочисленными старыми рубцами беременности, по средней линии сильно пигментирована. Пупок слабо выпячен. Дно матки на 4 пальца ниже меча, плоское, высота стояния его 36 см. Крупной части в дне не определяется. В боковых отделах матки прощупывается: слева округлая крупная часть, по величине и плотности напоминающая голову, справа также крупная, более мягкая, с менее резкими контурами. Мелкие части не определяются. При третьем приеме Leopold'a над входом в таз предлежащая часть не ощущается вовсе. Сердечные тоны плода выслушиваются на уровне пупка, яснее всего несколько левее его, 140 уд. в минуту.

Размер таза: Dist. Spin.—26 см.; Dist. Crist.—29 см.; Dist. Troch. 32 см.; Conj. ext.—22 см.; Conj. later.—15½ см.

Родовая деятельность слабая, схватки через 6 минут. Отходили ли воды—роженица не знает.

Каков диагноз?

1. Имеется поперечное положение, повидимому, первая позиция.

Разногласия нет, диагноз ясен: положение неправильное. В данном случае распознать поперечное положение не трудно. У много-рожавшей с дряблыми, растянутыми брюшными стенками пальпация легко выявляет положение плода. Эта-то дряблость брюшных стенок и стенок матки послужили повидимому этиологическим моментом неправильного положения. Совершенно очевидно, что длинная ось плода перекрещивает длинную матки под углом почти прямым. В большинстве случаев диагноз поперечного положения ставится при наружном исследовании. Часто осмотр живота уже дает указание на неправильное положение: бросается в глаза необычная форма живота и матки. Живот растянут в стороны, в то время как дно стоит относительно низко, как бы не соответственно сроку беременности. Матка не вертикально стоящий овоид, а поперечно лежащий овал. При попытке найти во входе в таз или над ним предлежащую часть, ее найти не удается. Руки при третьем приеме Leopold'a свободно проникают вглубь, доходят до поясничных звонков, не встречая на своем пути предлежащей части. Зато в боковых отделах матки нетрудно бывает найти крупные части, по одной с каждой стороны. Сравнительная пальпация их уясняет, которая из них головка: если левая крупная часть похожа на головку, подозревают 1-ую позицию поперечного положения (или кратко: 1-е поперечное положение); если головка справа—2-ю позицию. Мелкие части часто не определяются вовсе, тогда с большей долей вероятности ставится диагноз переднего вида, т. е. спинку считают обращенной вперед.

Если же пальпировать мелкие части легко и их много, то распознается задний вид, т. е. спинку считают обращенной кзади.

Мы имеем полное основание в нашем случае поставить диагноз: передний вид первого поперечного положения (рис. 236). К сожалению распознавание не всегда легко. У первородящих с напряженными, упругими брюшными стенками нередко данные пальпации не выясняют



Рис. 236. Поперечное положение. Период раскрытия. Пузырь цел, передние воды свободно сообщаются с задними,

положения плода, то же самое бывает при частых, сильных схватках и у повторнородящих; наконец диагноз труден, подчас даже невозможен, при многоводии, двойнях и наличии каких-либо опухолей (фиброма, киста). Сердечные тоны плода при передних видах обычно выслушиваются ясно спереди в области пупка, на уровне его или несколько выше. При задних видах они выслушиваются труднее или вовсе не определяются, что вполне понятно. Во всех случаях, где наружное исследование не дает полной ясности диагноза, советую приступить немедленно к внутреннему исследованию—ведь правильно вести роды

врач может только, когда акушерский диагноз поставлен ясно и определенно.

Как же быть в нашем случае,—исследовать через влагалище или нет?

1. Диагноз ясен, мы должны быть готовы к операции поворота, не вмешиваться сейчас, показаний нет. Надо ждать отхождения вод.
2. Роды длятся уже около суток, относительно вод мы имеем сбивчивые показания роженицы. Мы в праве предположить полное открытие зева. Показано внутреннее исследование.

Диагноз ясен и без внутреннего исследования. И все же понятно наше желание выяснить условия случая. Ведь роды уже длятся около суток, мы не знаем степени открытия зева, неужели еще не закончился период раскрытия? Мы решили исследовать *per vaginam*, но на случай необходимости тут же приступить к операции, решили исследование сделать в операционной, на операционном столе, после подготовки всего необходимого для вмешательства.

В 21 час исследование *per vaginam* на операционном столе. Наружные половые части многорожавшей женщины, развиты правильно. Половая щель зияет. Влагалище широкое, длинное, верхний отдел таза занят напряженным плодным пузырем, краев зева нигде нет. Оболочки плотные. Предлежащая часть не определяется. Мыс еле достигим.

Что делать?

1. Ввиду целости пузыря торопиться нечего. Надо ждать отхождения вод.
2. К чему ждать? Повидимому открытие зева полное, слишком плотные оболочки препятствуют отхождению вод. Нужно тут же приступить к повороту.

Действительно, к чему ждать?

Разберемся в показаниях и условиях случая!

Поперечное положение само по себе есть показание к вмешательству. Никакой надежды на самоповорот у многородящей с дряблыми стенками матки, с растянутыми брюшными стенками нет. Положение на боку не поможет, тут ведь не косое положение; наружный поворот ненадежен и в конце периода раскрытия неуместен. Речь идет только об операции акушерского поворота на ножку.

Существуют ли условия для поворота?

Первое условие есть достаточное раскрытие зева. Для классического поворота на ножку требуется полное или почти полное открытие, по крайней мере достаточное для введения в матку всей ручной кисти. Вторым и наиболее существенным условием является подвижность плода. Чем подвижнее плод в матке, тем легче и безопаснее поворот. Вот почему наиболее легким считается поворот второго близнеца. При одном плоде подвижность его наибольшая, когда пузырь еще цел, или когда воды отошли непосредственно перед операцией поворота. Тогда матка еще не успела ретрагироваться, еще не успела прилеганием к плоду уменьшить его подвижность, плод, находясь в наполненном водами плодном мешке или в мешке, только что утратившем часть своего содержимого, еще свободно может быть смещен.

Чем больше времени прошло с момента разрыва пузыря, тем больше ретракция матки, тем менее подвижен плод, тем больше

сопротивление, которое встречает рука оператора со стороны стенок матки, тем меньше пространства между плодом и стенками матки, тем хуже предсказание для плода и для матери.

Неподвижность плода абсолютное противопоказание к операции поворота: „запущенное поперечное положение“. Правда, бывают случаи, где после отхождения вод родовая деятельность настолько слабая, что плод сохраняет долго свою подвижность. Я сам видел случай поворота на пятый день после отхождения вод, но в этом случае схваток после разрыва пузыря не было вовсе и роженица сохраняла все время горизонтальное положение. Перед операцией поворота врач должен тщательно выяснить, когда отошли воды и какая была родовая деятельность после разрыва пузыря. Если бы врачи всегда с должной серьезностью относились к этому наиболее важному условию „к подвижности“, сколько бед и сколько горя они могли бы предотвратить.

Условием к повороту считается также живой плод. Правда, это условие следует признать относительным, поворот можно сделать и на мертвом плоде, но только свежем умершем. Мацерированный плод противопоказывает поворот. Для успешного поворота условием является также точное знание положения плода. Это понятно: вряд ли серьезный врач решится на поворот, не поставив предварительно точного диагноза. Вы не будете входить в матку с мыслью: „там видно будет“. И, наконец, для поворота требуется такое состояние родовых путей, при котором рождение плода вообще возможно, т. е. не должно быть ни абсолютного сужения таза, ни опухолей, закладывающих родовой канал и т. п.

Выполнены ли все условия у нашей роженицы? Конечно, все условия даны. К чему ждать? Мы должны немедленно приступить к операции поворота. Но к какому повороту?

Скажу попутно, что до сих пор существует путаница в номенклатуре. Забудем названия вроде „внутренний“, „наружно-внутренний“, „комбинированный“ и т. п. и условимся принять только 3 названия: 1) наружный поворот (совершаемый только наружными приемами см. стр. 568); 2) классический поворот (на ножку, древняя операция, впервые произведенная Цельзем и разработанная великим французским акушером *Ambroise Paré* (1571—1590). Этот поворот *Zangemeister* остроумно назвал „своевременный внутренний поворот“ и 3) поворот по *Braxton-Hicks*'у, при малом открытии зева, названный *Zangemeister*'ом „преждевременный внутренний поворот“.

Мы стоим перед классическим поворотом на ножку. Будет ли поворот „легким“ или „трудным“? Несомненно он совершится легко, ведь мы оперируем при целых водах, при совершенно подвижном плоде. Постройм же себе план операции! Мы будем оперировать под наркозом. Это обязательно. Наркоза требует не только гуманность, он необходим для получения расслабления брюшных стенок и мускулатуры матки. Ведь в настоящее время и не должно быть поворотов, совершаемых одной внутренней рукой, каждый поворот требует самого деятельного участия наружной руки, а последняя лишь в том случае может творить свое дело, если ей не препятствуют сокращения ни брюшных стенок, ни матки. Вот почему наркоз необходим в каждом случае поворота. Лишь в редких случаях, напр., при повороте второго близнеца, особенно недоношенного, опытный врач может себе позволить обойтись без наркоза и то лишь тогда, когда нет лица, которому можно поручить наркоз.

Роженица лежит на операционном столе, в спинно-ягодичном положении; не надевайте ногодержателя, поручите держать ноги двум помощникам, ногодержатель вам будет мешать. Смажьте лобок, наружные части, внутреннюю поверхность бедер, промежность и анус иодом. Живот покройте стерильным полотенцем, этим вы сохраните чистоту вашей наружной руки, она ведь должна остаться стерильной для последующего извлечения. Не забудьте выпустить мочу. После всего этого не забудьте дезинфицировать свои руки вторично, притом обязательно до локтя. Которую руку ввести? Казалось бы вопрос праздный, а сколько имеется разных правил и советов на этот счет! Советовали при передних видах, т. е. при спинке, обращенной кпереди, вводить руку, разноименную с той стороной, куда обращены ножки плода. При задних видах, т. е. при спинке, обращенной кзади, вводится рука одноименная с той стороны матери, куда обращена головка, или разноименная с той стороной, куда обращены ножки плода. Советовали также в родовой канал вводить ту руку, которая соответствует лежащему боку плода, независимо от вида поперечного положения. Н. И. Феноменов учит, что „всегда следует выбирать ту руку, на которую больше можно надеяться, следовательно, это будет для огромного большинства операторов правая рука. Свободу выбора может иметь только тот, кто ambidexter“.

Полагаю, что выбор руки не есть такой головоломный вопрос, каким себе его многие представляют. Вдумайтесь в обстановку и Вы всегда решитесь ввести ту руку, которая при вхождении в матку будет обращена ладонной поверхностью к плоду, а тыльной к маточной стенке. При первом поперечном положении (головка влево, ножки вправо) это будет левая рука, при втором поперечном положении (головка вправо, ножки влево) это будет правая рука. Усвойте себе это правило, и вопрос о выборе руки перед поворотом потеряет для Вас свою остроту.

В нашем случае мы введем левую руку. А что если произошла диагностическая ошибка или если впопыхах оператор ввел не ту руку, которую следует, а другую? Конечно, в таких случаях получается некоторое неудобство. Рука может оказаться обращенной тыльной поверхностью к ножкам плода, и пальцы, сокращаясь, хватают стенку матки, а не ножки плода. Приходится руку повернуть, что в большинстве случаев и удается. Ни в коем случае нельзя, убедившись в своей ошибке, выводить руку обратно и заменять ее другой. Это вредно потому что подобная манипуляция раздражает матку, в силу чего она, сокращаясь, уменьшает подвижность плода, а кроме того повторное введение руки способствует инфекции матки.

Остановив свой выбор на левой руке, оператор приступает к операции. Он сложит ее конусообразно и вне схватки медленно и осторожно, одновременно нажимая ею на промежность, введет ее во влагалище. Непременным условием правильного введения руки является разведение половых губ другой рукой. Это понятно, потому что, без этого разведения, губы будут вворачиваться во влагалище, что нехорошо с точки зрения асептики. Как только кисть руки проникла в рукав, другая рука переносится на живот и располагается на дне матки. Внутренняя рука, продвигаясь вверх по влагалищу, располагается так сказать в косом разрезе таза, т. е. тыльная ее поверхность обращена кзади и вбок. Дойдя до плодного пузыря, оператор разорвет его по проводной линии таза. Хлынут воды, но в умеренном количестве, так

как в вульварном кольце в это время будет предплечье оператора. Оно может и должно тампонировать вход во влагалище, этим препятствуя истечению вод. Быстро проникая внутрь, внутренняя рука встретит бок плода и возьмет направление к ножкам. В это время наружная рука начинает проявлять свою активность. При свободно подвижном плоде наружная рука будет сперва придерживать дно матки, далее надавливать ягодичный конец плода навстречу внутренней руке до тех пор, пока внутренняя рука не захватит ножку плода. Как только последняя надежно захвачена, наружная рука перейдет в сторону головного конца плода и будет приподнимать головку, отводя ее в направлении дна матки. В это время внутренняя рука будет производить влечение за ножку в направлении тазового входа, в силу каковых движений плод из поперечного положения переходит в продольное: головка будет отходить ко дну, ягодичцы, следуя за ножкой, будут приближаться ко входу в таз. Внутренняя рука в это время постепенно извлекается; когда голень плода уже во влагалище, предплечье оператора уже покинуло родовые пути, наконец, стопа показывается наружу, извлекается голень до колена. Поворот считается законченным, когда в половой щели стоит колено плода.

Вот вкратце план операции. Позвольте себе остановиться на некоторых подробностях. Не забывайте развести половые губы перед введением руки во влагалище. Вы этим не только предохраните влагалище от инфекции, вы себе облегчаете введение руки. Пузырь рвите в центре его купола; совет проникать рукой между оболочками и стенкой матки и разрывать оболочки где-либо выше—плохой совет: велик риск инфекции внутренней поверхности матки, кроме того больше раздражается стенка матки, она реагирует сокращениями, столь невыгодными именно в момент введения руки в матку, наконец, рука может попасть на место прикрепления детского места. Входить в матку следует не прямо по крестцу, через мыс, а сбоку от него, впереди крестцово-подвздошного сочленения. Если подвижность плода невелика, не применяйте силы для приподнятия туловища плода. Помните: оттесняя плод кверху, вы вместе с тем поднимаете и матку, может случиться отрыв матки от сводов (*colparorrhexis*) или разрыв нижнего сегмента (*ruptura uteri*). Придерживайте дно матки наружной рукой. Если внутренняя рука встречает некоторое препятствие для проникновения в матку, приподнимите наружной рукой головной конец плода кверху, ведь плод подвижен. Проникнув в матку, внутренняя рука встретит предлежащий бок плода и должна отправиться на поиски ножек. Раз диагноз поставлен точно, вы знаете, где их найти. Но дойти до них можно или кратчайшим путем, направляясь прямо туда, где они находятся (немецкий способ) или же можно пробираться к ним „шаг за шагом“ (французский способ). Обхватив предлежащий бок так, что на задней его поверхности лежат 4 пальца, на передней большой палец, постепенно переходят с туловища на ягодичцы, далее на бедро и через подколенную ямку на голень. Я лично безусловно предпочитаю длинный (французский) способ, потому что он вернее, надежнее. Тут уже не подвернется ручка, вместо ножки, рука не запутывается в петлях пуповины и всегда придет к своей цели, ножке. Отыскивая ножку по немецкому способу, мне случалось не найти ножки там, где я их предполагал, они ведь могут лежать атипически, будучи напр., загнуты кверху к дну матки (*situs arcuatus*). Малоопытный врач должен всегда отыскивать ножки по французскому способу,

опытный акушер в легких случаях поворота, напр., при повороте второго близнеца, может себе позволить идти напрямик к ножкам, по немецкому способу.

Которую ножку захватить? При поперечных положениях мы знаем ножку нижележащую и ножку вышележащую. Которую же из них захватить? Старый совет, при передних видах захватывать нижележащую, при задних видах—вышележащую ножку, основан на том соображении, что лишь в этом случае при завершнном повороте плод окажется обращенным спинкой кпереди. Это легко понять. Представьте себе плод в заднем виде 2-го поперечного положения и вы захватили нижележащую ножку: в результате поворота плод окажется в заднем виде 1-го ножного положения с низведенной задней ножкой и при изгнании должен будет повернуться вокруг своей продольной оси и перейти во 2-ую позицию, пройдя своим крестцом мимо мыса матери. Правда, это не страшно, но все же есть момент осложняющий. С другой стороны не всегда оператор сможет выбирать надлежащую ножку. Если он пойдет длинным французским путем, он всегда подойдет к нижележащей ножке, если он пойдет коротким немецким путем, ему может встретиться то одна, то другая ножка. Которую же захватить? Полагаю, что этот вопрос вообще несколько теоретичен, потому что вряд ли оператор будет настолько стойким, что, имея уже в руке ножку, из теоретических соображений отпустит ее и займется поисками другой. Он будет рад, что нашел ножку и правильно ее захватил и быстро приступит к „собственно повороту“.

Совет, при задних видах захватывать вышележащую ножку, может быть кроме того и нерационален потому, что именно при этом наблюдались нередко перекручивание туловища плода, нарушения членорасположения его, как запрокидывание ручек, разгибание головки. Захватите первую ножку, которую вы найдете, а в дальнейшем при извлечении вы всегда сумеете способствовать переходу плода в передний вид (направить спинку кпереди). Кстати упомяну, что есть совет при задних видах делать поворот на обе ножки, при передних видах—на нижележащую. Этому положению нельзя не отказать в рациональности.

Как захватить ножку? Обычно учат ее захватывать так, чтобы указательный и средний пальцы располагались выше лодыжек (рис. 237). Этот способ несомненно удобен, недостаток его заключается в легком выскальзывании стопы между пальцами. Пальцы, потеряв ножку, отправляются на поиски утерянной ножки и опять ловят ее. Лучше захватить ножку по *Феноменову*, всей рукой за голень (рис. 238). Тут уже соскальзывание рук с ножки невозможно. Я всегда стремлюсь, если только пространственные условия позволяют, захватить ножку по *Феноменову*. Если же, в виде исключения,



Рис. 237. Ножка захвачена двумя пальцами.



Рис. 238. Ножка захвачена всей рукой по *Феноменову*.

вам придется делать поворот на обе ножки, захватите их так, чтобы средний палец помещался между ножек, над внутренними лодыжками, а указательный и четвертый выше наружных.

Как часто при повороте, во время отыскивания ножки, в руку оператора попадает мелкая часть и ему приходится решать про себя вопрос: ножка ли это? не ручка ли? В такой драматический момент не начинайте влечения раньше, чем вы не убедитесь, что вы захватили действительно ножку. Для решения вопроса, не забудьте опознавательных признаков ножки: голень переходит в стопу, образуя острый



Рис. 239. Наружная рука нисдавливает тазовый конец плода навстречу внутренней руке.

выступ (пятка), пальцы стопы все почти одинаковой длины, подвижность крайнего пальца мало чем отличается от таковой остальных. На ручке наоборот предплечье переходит в кисть полбого, большой палец значительно короче остальных и может быть свободно отведен и приведен к кисти.

На пути к ножке нередко под руку подвертывается также пуповина. Ее ни с чем не смешать! Часто явно ощущается ее пульсация. Старайтесь ее не захватывать, не сжимать ее; не прижимайте ее ни к чему; если возможно, перекиньте ее на тыльную поверхность вашей руки и, устранив ее таким образом, продолжайте отыскивание ножки.

Но вот сократилась матка! Сразу вам стало неудобно продолжать операцию. Матка прижимает руку к плоду, она ее крепко сжимает, так что рука немеет и испытывает боль. Остановитесь, не продвигай-

тесь ни на сантиметр! Обождите конец схватки и тогда уже продолжайте свой путь.

„Собственно поворот“ вы совершаете при активном содействии наружной руки. Ею надавливается дно матки навстречу внутренней руке (рис. 239), ею отодвигается головка ко дну (рис. 240). При этом важно, чтобы обе руки манипулировали центропетально, чтобы части плода по возможности оттеснялись от стенок матки, во избежание их перерастяжения. Внутренняя рука влечет книзу и в медиальную сторону, наружная оттесняет кверху и также медиально. В силу этого, во время собственно поворота плод сжимается, и разгружается стенка матки (*Stöckel*).



Рис. 240. Наружная рука отодвигает головку плода ко дну матки.

В то время, как вы совершаете „собственно поворот“, вы мысленно представьте себе плод в данном положении, и вы поймете, куда тянуть за ножку. Низводите ее по брюшной поверхности плода; если ее низводить через спину, то перелом бедра неминуем.

Я сознательно остановился на некоторых деталях, даже легкого поворота, и обсудил их при начертании плана предстоящей операции.

Нам предстоит легкий поворот при переднем виде первого поперечного положения.

В 21 час 10 мин. под наркозом (CHCl_3) роженице придано положение с согнутыми и широко разведенными ногами. Ноги удерживаются помощниками. Лобок, наружные части, внутренние поверхности бедер, промежность и анус смазаны иодом. Живот покрыт стерильным полотенцем. Выпущена моча. Оператор (по дезинфекции рук до локтя) сложил левую кисть конусообразно с вытянутыми пальцами, правой развел половые губы, вне схватки ввел левую кисть во влагалище, нажимая ею на промежность. Легко проникнув во влагалище рука встретила выпяченный плодный пузырь (правая рука положена на дно матки). Пузырь концами пальцев легко разорван, хлынули воды; немедленно рука справа от мыса вошла в зев и встретила бок плода, совершенно подвижный; обхватил его так, что 4 пальца прились на его брюшную поверхность сзади, большой палец на спинку спереди. Наружной рукой ягодичный конец плода надавлен книзу. Внутренняя рука перешла с туловища на бедро нижележащей ножки, на колено и голень. Голень захвачена всей рукой по *Феноменову*. Наружная рука перенесена на левую половину живота, где обнаружена головка. Одновременно головка

отведена ко дну матки, внутренней же рукой захваченная ножка низведена в тазовой вход, во влагалище и наружу до колена. В этот момент головка оказалась в дне матки. Поворот кончен.

Плод отныне находится во 2-ой позиции неполного ножного положения. Из половой щели выдается правая ножка, легко реагирующая на механическое раздражение.

Мы не будем ждать с извлечением. К чему ждать? Открытие зева полное: главное условие для извлечения налицо.

Ножка захвачена правой рукой, тяганиями книзу выведена передняя ягодица. Приподнятием ножки кверху дана возможность задней ягодице родиться, выпала задняя ножка. Захвачен *lege artis* таз плода, тяганиями книзу легко выведено туловище до лопаток. Классически освобождена задняя ручка (левая); плод повернут вокруг продольной оси на 180°, так же освобождена вторая ручка (правая).

Головка выведена по *Mauriceau-Smellie-Veit*.

Плод мужского пола, будучи поднят за ножки, сразу закричал, отделен от матери. Вес его 3500 г, длина 52 см.

Наркоз прекращен.

Через 5 минут вышел послед, без дефектов со всеми оболочками. Кровотечение в пределах нормы. Повреждений нет. Родильница снята с операционного стола.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась 14-го сентября на 9-ый день с ребенком.

Интерес случая: 34-летняя многорожавшая поступает в роды. Распознается первое поперечное положение (передний вид). Воды стоят. Открытие зева полное. Производится классический поворот на ножку и извлечение плода. Поворот легкий.

Случай 83-й.

А. Б. X—B., 19-ти лет (№ приемного журнала 809), поступила в клинику 23 января 1927 года в 15 час. 20 мин. с редкими болями.

Роды первые. Всегда была здорова. *Menses* носит, с 16 лет, через месяц, по 6 дней, обильные, без болей. Год т. н. вышла замуж. Последние регулы были 5-го апреля. Во время беременности самочувствие хорошее. Времени первого движения плода указать не может. Последний *coitus* 5 дней до поступления.

21-го января, во время домашней работы, отошли воды в небольшом количестве. Так как болей не было, пациентка отхождению вод значения не придавала и продолжала работать по дому. В течение следующего дня воды понемногу отходили. Болей не было. 23-го января в полдень начались схватки, что и заставило роженицу отправиться в один из родильных приютов, где она была исследована врачом через влагалище. Врач предложил мужу вести роженицу немедленно в больницу, предупредив, что у нее узкий таз и неправильные роды. В 15 час. 20 мин. роженица поступила в клинику.

При поступлении: роженица правильного телосложения, среднего роста и питания, блондинка. Темп. 36,8. Пульс 90. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, неправильно округлой формы. Средняя линия слабо пигментирована. Пупок сглажен, скудные рубцы беременности. Высота дна матки над лоном 31 см. Окружность его 87 см. Дно матки уплощено, определить в нем что-либо отчетливо не удастся. Боковые отделы матки умеренно выпуклы; справа определяется какая-то крупная часть. При третьем приеме *Leopold'a*: предлежащей части нет. Руки глубоко проникают в направлении тазового входа, не встречая плода.

Сердечные тоны неясно выслушиваются правее средней линии, несколько ниже пупка.

Размеры таза: *Dist. Spin.*—26 см; *Dist. Crist.*—28 см; *Dist. Troch.*—30½ см; *Conj. ext.* 18 см.

Схватки довольно слабые, через 8 минут.

Каков диагноз? Каким должен быть образ действий?

1. Положение поперечное. В целях точной диагностики следует сделать внутреннее исследование.

2. Положение поперечное. Ввиду указаний на отхождение вод нужно немедленно выявить точный диагноз с тем, чтобы приступить к родоразрешению.

Наружное исследование диктует диагноз неправильного положения. Но упругие брюшные стенки первородящей не позволяют поставить точного диагноза. И раз нет ясности, показано внутреннее исследование. Мы должны внутренне исследовать не только в целях диагностики; перед нами тяжкая патология, властно диктующая вмешательство—исправление неправильного положения. Имеем ли мы право отложить вмешательство на час, другой? Если бы мы были уверены в целостности пузыря,—несомненно; но анамнез определенно указывает на то, что воды прошли и прошли уже двое суток назад, задолго до начала болей. Хорошо, что за эти двое суток не было болей, они ведь начались незадолго до поступления. Нет сомнения: начнись боли 2 дня назад, перед нами была бы тяжелая картина запущенного поперечного положения. У нашей роженицы уже обычное наружное исследование показывает, что вход в таз пустой. А посему мы должны путем внутреннего исследования не только установить степень открытия зева, но и точно ориентироваться относительно позиции плода, вида поперечного положения и степени подвижности плода. Но этого мало. Если только условия окажутся налицо, мы должны предпринять вмешательство, имеющее целью исправление неправильного положения.

15 час. 35 мин.: наружные части выбриты, обмыты и смазаны иодом. Они развиты правильно, вход во влагалище узкий, влагалище длинное. Шейка сглажена, наружный зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца, края его тонкие, напряженные, пузыря нет, в зеве ручка. Идя по ручке вверх, исследующие пальцы высоко над входом находят грудную клетку плода, мышечная впадина открыта влево. Хорошо определяются ребра. Идя по грудной клетке кзади, мы находим остистые отростки позвонков, обращенные кзади. Все туловище плода несколько подвижно.

Что делать?

1. Диагноз выяснился: задний вид 2-го поперечного положения с выпадением ручки. Показан поворот на ножку. Ввиду малого открытия это должен быть поворот по *Braxton-Hicks'y*.
2. Поворот показан и притом немедленный. Зев можно слегка растянуть и войти в матку всей рукой. Но после поворота, ввиду неполного зева, извлекать не следует.

Точный диагноз дало нам внутреннее исследование при отошедших водах. В начале родов при целом пузыре внутреннее исследование может дать лишь предположительный диагноз: вход в таз оказывается пустым, через плодные оболочки иногда прослушивается, и то обычно лишь в конце схватки, какая-то мелкая часть. Правда, при полном открытии и в целом пузыре оказывается возможным ориентироваться более точно. Но полная ясность получается лишь после отхождения вод. Советую, при целом пузыре и малом открытии и не добиваться точного диагноза. До поры до времени удовольствуйтесь диагнозом поперечного положения, в дальнейшем—по отхождении вод, вы узнаете детали.

Раз воды отошли, спокойно произведенное внутреннее исследование даст нам сведения о позиции, виде, о степени подвижности. Если, исследуя 2 пальцами, вы остаетесь неудовлетворенными, введите 4 пальца, даже всю кисть, и вы узнаете все, что вам нужно. А знать надо все подробности, потому что для успеха предстоящего поворота нужно знать, куда обращена головка, где искать ножки, какую руку

вести. Если предлежит мелкая часть, вы легко определите, ножка это или ручка (см. предыдущую беседу). Если вы находите выпавшей ручку, хорошо это или нехорошо? Я полагаю, что это хорошо, а посему не огорчайтесь. Выпадение ручки при поперечном положении не есть осложнение; выпавшая ручка ваша помощница. Она при случае наводит врача на мысль о поперечном положении, врач нередко в душе благодарит выпавшую ручку за то, что благодаря ей он не прозевал поперечного положения. Выпадение ручки во всех отношениях есть обстоятельство благоприятное. Оно помогает постановке диагноза. Решите быстро, какая ручка выпала, правая или левая? Для этого следуйте старому совету: „поздоровайтесь“ с плодом. Если ручка совпадает при этом с вашей правой рукой, это правая ручка, если „поздороваться“ не удастся—это левая ручка. Или же: поверните лежащую во влагалище или выпавшую наружу ручку так, чтобы ладонная ее поверхность смотрела кпереди; если тогда большой палец смотрит вправо, это правая ручка (рис. 241), если указывает влево, это ручка левая (рис. 242). Если теперь вам известно, что головка лежит в правой половине живота матери, то при выпавшей правой ручке, спинка должна быть обращена кзади (задний вид), при выпавшей левой ручке, спинка должна смотреть кпереди (передний вид). Сообразить все это не трудно: нужно только себя самого мысленно представить лежащим в матке на месте плода.

В дальнейшем мы увидим, что и для производства самого поворота выпадение ручки есть обстоятельство, не осложняющее технику, а положительно благоприятное.

По ручке легко дойти до туловища плода. И тут нужно обратить внимание на подмышечную впадину. Если она закрыта вправо и открыта влево, как в нашем случае, позиция вторая—головка обращена вправо; если впадина закрыта влево и открыта вправо—позиция первая. В этот момент исследования вдумчивому врачу обычно уже вполне ясно, с каким видом поперечного положения он имеет дело. Для окончательного решения вопроса о том, куда обращена спинка, ему стоит только ощупать прилегающие к подмышечной впадине участки туловища плода. Идя напр. кзади, он находит лопатку в виде лежащей под покровами косточки треугольной формы, он найдет расположенные в ряд костные выступы—остистые отростки позвоночника. Идя в этом случае кпереди, пальцы ощупают характерный изгиб ключиц и тут же рядом правильные ряды ребер.

Усвоив себе эти простые по существу правила, вы можете поставить точную диагностику, даже без наружного исследования. Наконец, внутреннее исследование дает вам представление о степени подвижности плода. Это важно потому, что подвижность плода есть одно из кардинальных условий для поворота. Неподвижность плода характеризует запущенное поперечное положение: тут нет места повороту, тут показания для эмбриотомии.

Внутреннее исследование должно быть произведено бережно; нельзя грубо нарушать членорасположение плода или приподнимать туловище: это неразумно, потому что может повести к выпадению пуловины. Правда, неоднократно, найдя в зеве мелкую часть и считая ее ручкой, согнутой в локте, я приводил разгибание в локте, чем немного облегчал себе диагностику.

Жив ли плод или нет? Казалось бы, вопрос пустой. Однако, именно при поперечном положении подчас ответить на него не легко.

Если имеется бурная родовая деятельность, то сердечных тонов может быть и не удастся прослушать. Кроме того, при задних видах выслушивание тонов может оказаться безуспешным, при заведомо живом плоде. При внутреннем исследовании нередко выпавшая ручка живо реагирует на прикосновение, рефлекторно отдергиваясь. Разрешается производить механическое раздражение ручки плода, она ответит



Рис. 241. Большой палец показывает при обращенной вверх ладонной поверхности руки в правую сторону матери; выпавшая ручка правая.

хватательными движениями. Если же выпала пуповина, то пульсация ее доказывает жизнь плода; при непьюлирующей пуповине плод обычно мертв; в редких случаях и при живом плоде пуповина не пульсирует, это тогда, если она только что ущемилась и плод еще не успел погибнуть.

Немедленное родоразрешение может еще спасти плод.

В нашем случае имеется задний вид 2-го поперечного положения с выпадением ручки при живом подвижном плоде, при отошедших



Рис. 242. Большой палец показывает при обращенной вверх ладонной поверхности руки в левую сторону матери; выпавшая ручка левая.

водах и далеко не полном зеве. Что делать? Что ждать нельзя, это ясно. Чем дольше мы будем ждать, тем больше утратится подвижность плода в силу прогрессивно увеличивающейся ретракции матки, тем больше будет опускаться плечико, тем труднее и опаснее будет поворот. Мы должны решиться на вмешательство немедленно. Для поворота даны все условия, кроме одного: нет полного открытия зева.

Введение руки во влагалище не встретит препятствия. Хотя вход во влагалище и рукав и узкие, рука войдет; как же не ввести руку, если через этот рукав должен родиться плод! В случаях чрезмерной ригидности тканей у старых первородящих, при наличии стенозирующих рубцов или отека, советую предварительно сделать перинеотомию. В некоторых случаях я встречал препятствие введению руки в сильных, частых потужных болях. В таких случаях усильте наркоз, под наркозом ваша рука легко войдет во влагалище, под наркозом же окончательно выявится степень подвижности плода.

Во влагалище вы найдете выпавшую ручку. Я уже говорил, что выпадение ручки обстоятельство радостное; теперь скажу, что оно благоприятно не только в смысле диагностики, но благоприятно и для производства поворота и для последующего извлечения. Ручка не может оказать препятствия повороту, она не помешает войти мимо нее в матку, даже если она отечна. В случаях, где отечная ручка выполняет все влагалище и поворот невозможен, он невозможен не потому, что мешает отечная ручка, а потому что плечико уже вколотилось в таз, потому, что поперечное положение уже запущенное. Тогда и не пытайтесь делать поворот, а приступайте к декапитации, причем и тут вам ручка полезна, она будет вам служить надежной рукояткой. В крайнем случае сильно отекшая ручка вас заставит рассечь промежность и нижнюю треть влагалища (профилактическая эпизио- или перинеотомия).

Что же делать с ручкой? Как часто я на этот вопрос получал ответ: „надо ее вправить“. Этот ответ в высшей степени неразумный. Запомните правило: при поперечном положении выпавшая ручка никогда не подлежит вправлению. Обратное впихивание в матку ручки (безразлично выпавшей самопроизвольно или разогнутой вами намеренно или случайно при внутреннем исследовании) есть грубая погрешность. Так учил *Н. Н. Феноменов*, так и мы всегда должны учить. Вправляя ручку вы не помогаете делу, вы затрудняете себе предстоящий поворот. В матке и так места мало, не теряйте драгоценного пространства на вправляемую ручку. Впихивая ручку, вы теряете не только часть полезного пространства, вы теряете время, вы закладываете себе путь к плоду, вы производите лишнее раздражение, побуждая матку к сокращениям, вы вносите в матку тело, побывавшее во влагалище и обильно покрытое микрофлорой его; наконец, не забывайте, что за поворотом следует извлечение и что при этом вам предстоит освобождение ручек. Вправленная ручка вряд ли будет к моменту извлечения лежать в правильном членорасположении, она окажется запрокинутой, и вы еще помучаетесь с ее выведением. Благодарите судьбу за то, что она взяла часть ваших обязанностей на себя и низвела одну ручку, так сказать, профилактически. Что же с ней делать? Возьмите ручку на петлю. Для этого возьмите любую тесемку, узкий марлевый бинт—все равно, конечно, стерильный, и, наложив петлю на ручку в области лучезапястного сустава, велите помощнику

отвести ее под лонную дугу и в бок (в сторону головки). А сами продолжайте оперировать, как и без выпадения ручки. В дальнейшем велите помощнику держать петлю слабо, без потягивания, чем может быть оказано противодействие самому повороту.

В литературе известен ряд случаев, где врач экзартикулировал выпавшую ручку. Нечего и говорить, что подобное действие безумно: при мертвом плоде он лишает оператора полезной рукоятки, при живом плоде оно калечит ребенка. Известны громкие процессы, возбужденные против этих неудачливых врачей.

По ручке ваша рука легко дойдет до зева. Тут могут встретиться затруднения. Он может быть недостаточно открыт. Это, собственно говоря, не препятствие, а отсутствие наличных условий, необходимых для поворота (*Н. Н. Феноменов*). Как быть? Общих правил быть не должно. Если воды целы, откажитесь от поворота, время для поворота не настало. Дождитесь полного открытия, и тогда уже приступайте к повороту. Конечно, это относится к случаям обычного поперечного положения, без особых показаний к немедленному родоразрешению, как эклампсия, предлежание детского места. Если же вод уже нет и посему ждать нельзя, решайте индивидуально: или расширьте зев пальцами до полного или почти полного открытия или раскройте зев по обе стороны (см. *hysterostomatia*), или же введите метрейринтер (баллон Braun'a). Он возбudit сильные схватки, в короткий срок раскроет зев, кроме того, что очень важно, он воспрепятствует излитию последних остатков вод из плодного яйца, т. е. сохранил подвижность плода.

Что же делать в нашем случае?

1. Отложить операцию нельзя: показано двустороннее рассечение зева.
2. Лучше расширить бескровно, ввести метрейринтер.
3. Шейка сглажена, тонкий зев легко удается растянуть пальцами.

Совет ввести метрейринтер надо отвергнуть потому, что он сопряжен с предварительным вправлением ручки, а последнее мы принципиально отвергаем. Вы себе представляете последствия вправления инфицированной ручки без стока выделений. Кровавый метод расширения—*hysterostomatia*? Неужели он так нужен? Разве не удастся растянуть зев пальцами при совершенно сглаженной шейке и сильно истонченных краях его? Мы растянем зев пальцами, введя их конусообразно сложенными и разведя их в зеве до проходимости его для кисти. В конце поворота мы вспомним, что открытие зева неполное и не будем сразу же извлекать плод, а предоставим силам природы завершить раскрытие.

Войдя правой рукой в матку, мы приступим к отыскиванию ножек. Мы, конечно, пойдем к ним более верным, длинным французским путем, постепенно переходя с туловища на живот, на тазовой пояс, на бедро и голень ножки. Мы уверены, что найдем ножки в левой половине матки, захватим ту ножку, которая нам встретится первая, очевидно это нижележащая. Тут, при заднем виде может быть лучше было бы захватить вышележащую или также обе ножки вместе. В конце концов это безразлично. Вряд ли мы встретим тут затруднения. Правда, нас могут застигнуть сильные схватки, которые будут мешать поступательному движению, будут сжимать руку, может быть

до боли. Рука оператора должна будет остановиться на все время схватки, она должна будет переждать ее, располагаясь при этом по возможности плашмя, чтобы не было лишней травматизации стенки матки. Если вы почувствуете боль в руке от схватки, не отдергивайте руку, ни в коем случае не выводите ее обратно, ждите спокойно и, если вы идете по французскому пути, под рукой вашей будут малоранимые части плода, грудная клетка, таз, бедро, голень. В редких случаях ножки расположены так, что прилегают к передней стенке матки и вам трудно, даже невозможно добраться до них, так как мешает симфиз. Такое же затруднение получится при отвислом животе. Не смущайтесь! Не вынимая руки, велите положить роженицу на бок, на сторону ножек. Эта перемена положения сопряжена с перекидыванием одной ноги роженицы через вашу голову. Нагнитесь, ногу перекинут через вас, и продолжайте операцию сзади. Вы с легкостью доберетесь до ножек.

Но вот ножка захвачена всей рукой по *Феноменову*. Вы начинаете „собственно поворот“. Ваша наружная рука уже давно, с самого начала введения руки во влагалище, расположена на животе и всемерно содействует внутренней руке: нисдавливает ножной конец плода ей навстречу. При „собственно повороте“ обе руки действуют содружественно, отдавливая части плода центропетально от стенок матки в направлении тазового входа. Действуя бережно и осторожно, мы уверены в успехе. Если же тем не менее поворот не совершится, то можно себе легко помочь, захватывая вместо одной обе ножки. Этим вы выигрываете место и увеличиваете подвижность плода. Если и тогда поворот не совершится, даже при условии глубокого наркоза, нужно признать случай для поворота неподходящим, т. е. запущенным, Правда, врач с хорошей акушерской техникой может себе позволить применить двойной прием Юстины Зигемундин. На низведенную ножку накладывается петля повыше лодыжек, внутренняя рука выводится и тянет петлю за ее свободный конец. Другая рука вводится во влагалище, доходит по ножке вверх до плечика или головки и отталкивает ее вверх и медиально. Таким путем верхний конец плода отодвигается в направлении маточного дна, нижний конец за ножку вниз во влагалище (рис. 243).

Этот прием, предложенный на заре научного родовспоможения, отвергнутый многими авторами (*Феноменов*) в настоящее время опять находит себе признание (*Stöckel*). Повторяю, он может быть хорош лишь в хороших, опытных руках. Он далеко не безопасен; в случае применения насилия, даже небольшого, он грозит разрывом матки.

Сообразив возможные затруднения в процессе поворота, мы приступили к операции.

В 15 ч. 45 мин. в глубоком наркозе после надлежащей подготовки (см. предыдущую беседу) приступлено к операции: лежащая во влагалище ручка выведена наружу, на нее наложена петля из стерильного марлевого бинта; бинт передан помощнику, который и удерживал ручку впереди и вправо. Затем левой рукой разведены половые губы, конусообразно сложенная правая рука с некоторым трудом введена мимо ручки при надавливании на промежность во влагалище, легко дошла до зева, зев легко расширен путем простого разведения пальцев до того, что легко через него прошла кисть. Предлежит бок плода. Наружная рука перенесена на маточное дно. Рука расположена так, что 4 пальца лежат на задней поверхности туловища, большой на передней. При одновременном давлении снаружи на тазовый конец плод нисдавлен. Внутренняя рука перешла с туловища на таз плода, обхватив последовательно бедро, коленную область и дошла до голени. Легко повернувшись, она удобно захватила голень по *Феноменову*

Захвачена нижележащая ножка. Приступлено к собственно повороту. При одновременном отдавливании снаружи головки кверху и медиально, ножка низведена ко входу таза, во влагалище и выведена наружу до колена. Головка в дне, поворот кончен.

Ножка (правая) при раздражении подошвы отдергивается — плод жив.

Извлекать или не извлекать?

Общие правила изложены в случае 81-ом. Здесь же, будем ли мы торопиться с извлечением? Вспомним, что полного открытия нет. Верховного условия для извлечения плода нет. Мы будем ждать. Иначе

при извлечении мы рискуем разорвать зев ягодицами, а если и пройдут ягодицы без повреждения зева, то зев может судорожно сократиться вокруг шеи плода, что представляет очень серьезное осложнение. Матери грозит разрыв шейки, плоду задушение.

А каковы сердечные тоны плода? Они выслушиваются слева на уровне пупка, несколько замедлены (120 в мин.) и притом глуховаты. Это не должно нас беспокоить, через несколько минут сердечная деятельность придет в норму.

В 16 часов. Схватки редкие, слабые, сердечные тоны слева на уровне пупка 140 уд. в минуту, ясные. Из половых частей торчит правая ножка, обращенная пяткой к левому бедру матери, синебагровая. Рядом с ней тянется во влагалище марлевая петля (наложенная на ручку).

В 17 часов схватки чаще и сильнее. В остальном перемен нет.

В 19 часов. Схватки принимают потужный характер. Ножка немного продвинулась и повернулась пяткой кзади.

Это что такое? Не забудьте, мы при заднем виде низвели нижележащую ножку. Она теперь задняя. Плод находится в среднем виде первого неполного ногоположения, с низведенной задней ножкой. Значит передняя ягодица упирается в лонные кости. Так изгнание не может совершиться. Плод должен повернуться вокруг своей продольной оси на 180° , он должен из первой позиции перейти во вторую. Он должен совершить движение в направлении обратном часовой стрелке, его спинка должна пройти впереди позвоночника матери в правую половину живота, его крестец пройдет мимо мыса матери в правую половину таза. Этот процесс

повидимому уже начался, вот почему и пятка низведенной ножки начала поворачиваться кзади.

В 2 часа 10 минут. Потуги сильные и частые, ножка вышла до половины бедра, она совершенно повернулась: пятка смотрит к правому бедру матери. Очевидно плод уже перешел во вторую позицию. Выслушиваем сердечные тоны: они выслушиваются



Рис. 243. Двойной прием Юстины Зигемундин.

справа несколько ниже пупка, резко замедленные, аритмичные, временами их вовсе не слышно.

Извлекать, скорее извлекать! Плод в опасности. А можно ли извлекать?

Конечно, можно. Ягодицы в выходе, они уже прошли зев, открытие полное.

Роженица взята на край родильной кровати. Помощнику поручено производить нежное давление на дно матки. *Lege artis* произведены тракции за ножку вниз и на себя, оказалась передняя ягодица, ножка приподнята, родилась задняя ягодица, весь тазовой пояс плода, задняя ножка выпала. Захвачен таз плода, тракциями книзу выведено туловище плода до лопаток. Вместе с ним вышла лежащая вдоль него правая ручка. После отведения ножек к левому паху матери левой рукой легко выведена задняя (левая) ручка. Головка выведена типически по *Mauriceau-Smiellie-Veit'y*.

Извлечен плод, женского пола, в белой асфиксии. Пуповина перевязана, плод отделен от матери. Катетером высосана слизь из трахеи, приняты меры оживления: качание по *Schultze*, поочередное погружение в теплую и холодную воду. Через 20 минут плод оживлен, громко закричал. Вес его около 3600 г., длина 52 см. Через полчаса (20 часов 40 минут) вышел послед без дефектов, оболочки рваные, повидимому все. Вес его 550 г, размеры 18 × 17. Осмотрен вход во влагалище. Повреждений нет. Матка хорошо сократилась. Кровотечение в пределах нормы.

Послеродовой период без осложнений. Т° не повышалась. Родильница выписалась 31-го января, на восьмой день, с ребенком.

Интерес случая: 19-летняя первородящая поступает со слабой родовой деятельностью. Воды отошли за 2-ое суток. Распознается 2-ое поперечное положение. Плод жив. Внутреннее исследование выявляет выпадение правой ручки, открытие зева на 3¼ пальца, задний вид 2-го поперечного положения. Немедленно производится классический поворот на ножку. Ручка берется за петлю, зев расширяется пальцами, поворот удается легко. Ввиду неполного открытия извлечение не производится. Спустя 4 часа, во время самых сильных потужных болей, сердечные тоны делаются аритмичными, временами пропадают. *Lege artis* производится извлечение за ножку. Плод извлекается в белой асфиксии, через 20 минут оживляется. Последовый и послеродовой периоды без осложнений.

Случай 84-й.

А. А. П., 33 лет, (№ приемного журнала 3733), поступила в клинику 8 апр. 1927 г. в 11 час. 15 мин. без вод.

Беременность 8-я. Пациентка была всегда здорова; 16 лет она вышла замуж, 6 раз рожала без осложнений, 1 раз сделала себе аборт. Последние роды были 3 года назад. Менструации носят правильно, через 3½ недели, по 5 дней. Последние регулы около 9 мес. тому назад; беременность протекала без особенностей; срока первых движений плода указать не может. Последний *coitus* 3 недели тому назад.

За час до поступления во время работы по дому отошли воды. Схваток не было. При поступлении (11 час. 15 мин.): роженица резко ослабленного питания, среднего роста, степенка. Т. 36,8. Пульс 80, ровный. Живот в боках растянутый, окружность его 88 см. Дно матки на середине между пупком и мечом, плоское. Высота дна от лона—33 см. Покровы живота растянуты, дряблы, кожа покрыта множеством старых рубцов беременности. Пупок резко выпячен, небольшая пупочная грыжа. В дне матки крупной части не определяется. Справа на уровне пупка прощупывается головка, слева ясные мелкие части. Над лоном подлежащей части нет. Руки легко доходят до мыса.

Сердечные тоны плода ясно выслушиваются справа на уровне и несколько выше пупка.

Размеры таза: *Dist. Spin.*—24 см; *Dist. Crist.*—26 см; *Dist. Troch.*—29 см; *Conj. ext.*—19 см.

Схваток нет.

Каков диагноз? Какой должна быть терапия?

1. Беременная в родах. Имеется преждевременное отхождение околоплодных вод при поперечном положении. Показан метрейризм.
2. Имеется повидимому передний вид 2-го поперечного положения. Показано внутреннее исследование и, если зев проходим для 2-х пальцев, показан поворот по Braxton-Hicks'у.

Что положение плода поперечное, очевидно. Головка ясно прощупывается справа—значит позиция 2-я, ясность сердечных тонов и трудность прощупывания мелких частей у многорожавшей заставляют предположить передний вид. Поперечное положение всегда патология. Тут же присоединилось крупное осложнение—преждевременное отхождение околоплодных вод. Именно при поперечном положении разрыв плодных оболочек в ранней стадии родов или даже до начала родовых болей встречается чаще, чем при других положениях плода. Это вполне понятно, если вспомнить, что вход в таз при этом положении свободен, не занят предлежащей частью, вследствие чего нижний полюс плодного яйца выдерживает на себе все внутриматочное давление, ослабленное присутствием в тазовом входе предлежащей части. И если при головных предлежаниях преждевременный разрыв плодных оболочек есть событие, хотя и осложняющее роды, но далеко не грозное, то при неправильных положениях плода он граничит с катастрофой и часто грозит бедой.

Действительно, вдумайтесь в обстановку. При поперечном положении отошли воды, причем отошли не передние воды, а большая часть всего количества вод, так как при поперечном положении нет деления вод на передние и задние. Матка начинает сокращаться, обхватывает плод, плод лишается подвижности и, оставаясь лежать поперек матки, гонится в направлении тазового выхода. Если при целом пузыре в редких случаях сокращения матки, действуя в силу сближения боковых стенок на оба полюса плода, и могут его поставить продольно (*по в. Franqué 1 раз на 40*) и этим исправить положение (самоповорот, *versio spontanea*), то при отошедших водах это вряд ли возможно. Раскрытие шейки совершается необычайно медленно и недостаточно, потому что нет ни плодного пузыря, ни внедряющейся в шейный канал предлежащей части. Последнее обстоятельство объясняет также частоту выпадений ручки или пуповины и если первое само по себе, как Вы видели, отнюдь не есть грозное событие, то выпадение пуповины в дальнейшем течении родового акта, неизбежно ведет к гибели плода. Изгнание плода силами природы невозможно потому, что ось плода не совпадает с тазовой осью, а ее перекрещивает. Головной конец плода приходится на крыло одной подвздошной кости, тазовый конец на крыло другой, над тазовым входом поперек лежит туловище плода. Активный отдел матки, все сильнее и сильнее сокращаясь, ретрагируется, вгоняет плод в растянутый нижний сегмент. Бурная родовая деятельность вклинивает туловище плода во вход таза. Наступает невыносимое состояние—запущенное поперечное положение, о котором я буду еще иметь случай вести беседу.

Таковы перспективы родового акта при поперечном положении. Неудивительно поэтому, что поперечное положение всегда пользова-

лось дурной славой и что преждевременное отхождение вод омрачает предсказание в сильной степени.

Кстати о прогнозе. При неоказании своевременной помощи роды доношенным плодом при поперечном положении, как правило, невозможны. Если в начале родов в редких случаях плод успеваает принять продольное положение (самоповорот), если в исключительных случаях при изгнании в поперечном положении и совершается так наз. самоповорот (см. ниже), то в подавляющем большинстве случаев родовой акт кончается катастрофой, как для матери, так и для плода.

С тем большим удовлетворением мы должны отметить, что нигде, ни в каком другом отделе патологического акушерства искусство не принесло столько блага, как именно при неправильных положениях плода. С тех пор, как операция поворота стала достоянием всех акушеров, с тех пор, как врачи в массе своей научились производить эту благодетельную операцию правильно и, главное, во-время, предсказание родов при поперечном положении стало другим. Теперь от поперечного положения плода в родах умирают женщины разве что в местностях, где нет вовсе акушерской помощи. В больницах, родильных домах, в клиниках от поперечного положения не должна умирать ни одна женщина. Если только она доставляется во время в учреждение! В этом отношении роль консультаций для беременных огромна. Именно в консультации должны быть выявлены все случаи неправильного положения, эти женщины должны быть предупреждены о наличии у них патологического положения плода, о необходимости поступить в больницу в самом начале родов или, в случае отхождения вод, немедленно после этого, не дожидаясь схваток. Чем выше в стране поставлено родовспоможение, чем гуще сеть родильных учреждений, чем выше квалификация акушерской помощи, тем реже будут запущенные случаи, тем реже будут и случаи разрыва матки в родах.

Stöckel в своей клинике на 200 случаев поперечного положения не имел ни одной смерти, для внеклинического же материала определяет смертность матерей в 4—5%.

Хуже предсказание для детей, да это и понятно. Частота выпадения пуповины, многоводия, узкотазия сильно омрачает прогноз для детей, к этому нужно прибавить еще опасность для детей со стороны самой операции поворота, во время которой может наступить асфиксия плода, хотя бы от сдавления пуповины.

В случаях запущенного поперечного положения, как правило, плод погибает. Из этого следует, что чем раньше роженица попадет в условия, чем раньше ей может быть оказана рациональная помощь, тем больше детских жизней будет сохранено. Средняя детская смертность в 20—30% при таких условиях понижается до 5—10%. Какую огромную роль и тут играет акушерская профилактика!

Наша роженица поступила во-время. Час спустя после отхождения вод она была в клинике. Мы в праве ставить благоприятное предсказание. Но как поступить? Если бы она поступила с целыми водами, мы, поставив диагноз поперечного положения и ознакомившись с открытием зева путем ректального исследования, уложили бы ее и стали бы спокойно выжидать полного раскрытия зева, будучи готовыми к повороту. А тут отошли и продолжают истекать воды, каждая минута дорога, мы должны активно вмешаться.

Вы предлагаете с одной стороны метрейриз, с другой поворот по *Braxton-Hicks'*у. Это разногласие вполне понятно: мы не знаем со-

стояния родовых путей. Ведь общих правил тут нет, каждый отдельный случай требует строгой индивидуализации. Если напр., шейка окажется сглаженной, зев открытым на 3—4 пальца, то у повторнородящей можно будет, растянув зев пальцами, сделать классический поворот на ножку без последующего немедленного извлечения. У первородящей можно будет немного выждать или поступить так же, как у повторнородящей. Выпадение ручки или пуповины ни в коей мере не должны влиять на Ваше решение, Вы поступите так же, как будто нет никакого выпадения ручки или пуповины.

Совсем другое дело, если шейка окажется несглаженной, а лишь проходимой для 1-го пальца. Тут операцией выбора будет метрейриз. Введение баллона Braun'a в матку тут имеет огромный смысл: баллон, лежа над внутренним зевом, воспрепятствует истечению оставшихся вод, что очень важно для последующего поворота, далее он, производя могучее раздражение, усилит или вызовет родовую деятельность, чем будет способствовать скорейшему раскрытию матки. Если желательно это раскрытие еще ускорить, можно привесить небольшой груз к кишке баллона. При этом не следует забывать, что сразу после рождения метрейринтера предстоит операция поворота, а посему врач должен быть на чеку!

При одном пальце открытия вряд ли можно встретить выпавшую ручку: выпадение ручки требует достаточного открытия. Если же в шейке будет предлежать ручная кисть, можно, не обращая на нее внимания, ввести метрейринтер: кисть при этом сама отойдет вверх.

При сглаженной или укороченной шейке и открытии на 2—3 пальца мы можем поступить двояко: или также применить метрейринтер с последующим после рождения баллона поворотом или же сразу приступить к повороту по *Braxton-Hicks'у*. Если Вы не уверены в своей технике и в Вашем распоряжении имеется метрейринтер, зеркала, ассистенция, остановитесь на метрейризе, Вы не раскаетесь, и сделав по рождении баллона поворот на ножку, извлечете живого младенца. Если Вы уверены в себе, решитесь на поворот по *Braxton-Hicks'у* и, выведя ножку, спокойно ждите изгнания плода.

Эти два метода конкурируют между собой, причем метрейриз имеет некоторый минус в смысле возможной инфекции, поворот по *Braxton-Hicks'у* дает некоторый минус, будучи менее благоприятным для плода, чем метрейриз.

Правда, *Stöckel* решительно высказывается в пользу метрейриза, полагая, что при поперечном положении поворот по *Braxton-Hicks'у* уместен лишь при мертвом плоде, при осложнении предлежанием детского места или при преждевременном отделении его, а также в случаях, когда состояние матери требует скорейшего родоразрешения. На основании своего скромного опыта я подобного отрицательного отношения к повороту по *Braxton-Hicks'у* не разделяю и считаю оба метода, имеющими права гражданства.

Мы приступили к внутреннему исследованию (12 час.), предварительно приготовив все необходимое, как для поворота, так и для метрейриза.

Наружные половые части многорожавшей. Половая щель зияет, на больших губах несколько варикозных узлов. Отходят воды. Влагалище широкое, длинное. Шейка существует, но короткая. Наружный зев проходим для 3-х пальцев, внутренний открыт на 2 пальца. Плодного пузыря нет. Высоко в большом тазу достигается туловище плода, легко подвижное.

Мы решились на поворот по *Braxton-Hicks'у*.

Дан наркоз, правая рука легко введена во влагалище, указательный и средний пальцы введены в шейку (рис. 244). Наружной рукой низведен тазовый конец плода навстречу внутренним пальцам. При дальнейшем проникании вглубь и влево пальцы легко дошли до нижележащей ножки. Без труда ножка захвачена над лодыжками, после чего произведено влечение за ножку в направлении шейки при одновременном отодвигании наружной рукой головного конца плода в направлении дна матки. Ножка (левая) выведена через шейку во влагалище, подтянута, стопа и голень появились наружу; в дне матки легко определяется головка. Поворот окончен.



Рис. 244.

Извлекать или не извлекать?

1. Ввиду малого открытия зева извлечение абсолютно противопоказано.

Конечно, другого мнения быть не может. Мы произвели операцию исправляющую, а отнюдь не родоразрешающую. И если мы после классического поворота при полном открытии зева обычно спустя несколько минут приступаем к извлечению (см. стр. 574), то тут при малом открытии мы извлекать не должны. Тут нет ни показаний к извлечению, ни условий к нему. Ведь верховным условием для извлечения за тазовый конец является полное открытие зева, а тут не только нет полного открытия зева, тут шейка даже еще не сглажена. Последствием неразумного извлечения были бы глубокие разрывы шейки, проникающие в параметрий!

Посмотрите на роженицу: она проснулась от наркоза, из половой щели выдается левая ножка, при щекотании подошвы делающая резкие движения, пятка обращена к левому бедру матери. Сделайте наружное исследование: в дне матки ясно прощупывается головка, спинка обращена влево. Тут же, на уровне пупка и несколько выше его выслушиваются сердечные тоны.

Будем ждать!

Через полчаса появились довольно сильные, но редкие схватки. В 13 час. схватки частые, сердечные тоны ясные.

В 14 час. 15 мин. схватки приняли потужный характер. В 14 час. 35 мин. началось врезывание передней ягодицы, роженица взята на край кровати. Быстро родились ягодицы, правая ножка выпала, родилось туловище до лопаток. С помощью ручного пособия родился плод, мужского пола, в асфиксии, с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Пуповина освобождена, перевязана; ребенок отделен от матери, легко оживлен. Вес его 3500 г, длина 47 см.

В 15 час. вышел послед без дефектов, оболочки все. Матка хорошо сократилась. Кровотечение в норме.

Послеродовой период без осложнений.

14-го апреля родильница выписалась с ребенком.

Интерес случая: 33-летняя многородящая поступает без схваток. Воды отошли час назад. Определяется передний вид 2-го поперечного положения. Шейка оказывается проходимой для 2-х пальцев. Плод подвижен. Поворот по *Braxton-Hicks*'у. Изгнание предоставляется силам природы. Плод рождается с применением ручного пособия, с 2-кратным обвитием пуповины вокруг шеи, оживлен.

Случай 85-й.

А. Ф. Г., 23-х лет (№ приемного журнала 13284), доставлена в клинику из окрестного селения с сильными схватками и выпавшей ручкой 11-го ноября 1927 года в 5 час. 50 минут.

Роды третьи. Первые и вторые роды в деревне были трудные, закончились самопроизвольно. Оба ребенка живы. Последние роды были 1 г. 7 мес. тому назад. Выкидышей не было. Женских болезней анамнез не выявляет. Последние регулы 23-го февраля 1927 г. Беременность без субъективных особенностей, за врачебным советом не обращалась, времени появления первых движений плода указать не может. Последний coitus 1 месяц тому назад.

Накануне поступления в 15 часов во время работы по дому начались родовые схватки, роженица продолжала работу; в 20 час. отошли воды в большом количестве, одновременно из влагалища выпала ручка. Роженица легла, вызвала акушерку, которая „долго пыталась исправить положение плода“. Видя неуспех своих стараний, акушерка настояла на отправке роженицы в город. 10 верст пришлось ехать ночью на санях, уже в черте города была вызвана карета скорой помощи, доставившая роженицу в клинику (11 ноября, 5 час. 50 мин.).

При поступлении: роженица среднего роста, правильного телосложения, шатенка. Т. 36,7. Пульс 108, ровный. Лицо покрасневшее, возбужденное. Язык влажен. Дыхание учащено. Роженица возбужденно жалуется на сильные, непрерывные боли в животе. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, неправильной формы. Пупок мало выпячен, на коже скудные рубцы беременности. Форма матки неправильна. При пальпации определяется верхний отдел ее обособленно от нижнего перехватом, причем верхний отдел наклонен влево, консистенции умеренно плотной, нижний отдел широкий, резко напряженный и чувствительный. Между ними перехват, идущий косо сверху и справа влево и книзу, проходит на 2 п. выше пупка. Матка столь напряжена и болезненна, что определить плода не удается. Высота дна матки 41 см, окружность живота—89 см. Сердечные тоны плода нигде не выслушиваются.

Размеры таза: Dist. Spin.—24 см; Dist. Crist.—26 см; Dist. Troch.—30 см; Conj. ext.—17 см.

Схватки непрерывны и очень болезненны. Наружные части рожавшей женщины слегка отечны. Из влагалища торчит ручка до локтя, синебагрового цвета, отечная. Ручка левая.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Имеется поперечное положение с выпадением ручки. Плод повидимому погиб. Так как воды отошли давно, вряд ли удастся поворот.
2. Поперечное положение без сомнения запущенное. Имеются признаки растяжения нижнего сегмента. Показана немедленная эмбриотомия.

Диагноз поперечного положения напрашивается сам собою: неправильная форма матки, ширина ее нижнего отдела, выпадение ручки, затяжное течение родов у многородящей—все говорит за неправильное положение плода. Этиология его в данном случае понятна: плоский таз у многородящей. Мы не знаем еще деталей, но уже ясно себе представляем особенности родового акта до поступления. Накануне днем начались родовые схватки, спустя 5 часов произошел разрыв пузыря, повидимому было многоводие; в момент отхождения вод плод находился в поперечном положении, воды увлекли за собою ручку, которая и появилась в половой щели. Сильные схватки фиксировали плод в поперечном положении. Всю ночь родовая деятельность была интенсивна, изгнание не могло совершиться, наступили признаки угрожающего разрыва матки. Плод погиб.

Помощь нужна немедленная. Но раньше чем решить, во что должно вылиться наше вмешательство, остановимся на течении родов при поперечном положении.

В предыдущей беседе я уже говорил, что самопроизвольные роды доношнным плодом обычно невозможны, потому что длинная ось плода не совпадает с осью родового канала, а перекрещивает ее. Если только в начале родов не произойдет самоповорота плода, то неизбежна тягчайшая патология. Одно из наиболее частых явлений при поперечном положении есть преждевременное отхождение околоплодных вод, причем, как я уже говорил, отходят не передние воды, а вследствие отсутствия во входе в таз подлежащей крупной части изливается большая часть всего количества вод. Истекающие под большим давлением воды увлекают с собою нередко ручку или пуповину. Раскрытие шейки совершается очень медленно, потому что в первом периоде родов тут нет крупной части (рис. 245); если даже в момент разрыва пузыря есть полное или почти полное открытие зева, то после него зев нередко спадается (рис. 246), не испытывая на себе действия опускающейся головки (или ягодиц). Матка, сокращаясь, обхватывает плод; тесное прилегание стенок ее к плоду возбуждает матку к сократительной деятельности, плод фиксируется окончательно в поперечном положении: на крыле одной подвздошной кости лежит конец плода, на крыле другой—ягодичный конец. Матка стремится эти два полюса плода взаимно сблизить, что в действительности и происходит вследствие перегиба позвоночника. Весь позвоночный столб плода гибается в бок, наиболее же резко этот перегиб выявляется в шейной его части, как наиболее легкогибаемой. Головка пригибается к туловищу; располагающееся над тазовым входом плечико плода получает возможность вступить во вход в таз. Чем больше головка отгибается к туловищу, тем глубже опускается в таз плечико: поперечное положение превращается в „плечевое“. В половине случаев выпадает принадлежащая подлежащему плечу ручка, если она не выпала еще раньше (рис. 247).

Вклинивающееся в малый таз плечико рефлекторно усиливает родовую деятельность матки, скоро к схваткам присоединяются потужные сокращения брюшного пресса, при живом плоде на подлежащем плечике и выпавшей ручке быстро развивается родовая опухоль, ручка свисает отечная, багрового цвета. Плечевой пояс глубоко опускается в полость таза. Ретракция матки достигает высокой степени. Полый мускул, ретрагируясь над плодом, изгоняет большую часть плода в нижний сегмент и шейку, обхватывая в конце-концов только

ягодицы плода, сидя на них „капором“. Нижний сегмент и шейка, растянутые до крайних пределов, вмещают в себе большую часть плода, стенки их истончены *ad maximum* особенно на стороне головки и грозят лопнуть. Резко выступает граница между полым мускулом и нижним сегментом, в виде перехвата, борозды—контракционное Bandl'евское кольцо. Перед нами классическая картина запущенного поперечного положения.

В эту минуту величайшей опасности матке следовало бы прекратить свою бесцельную работу. Изгнание невозможно. Но матка „не ведает, что творит“. Чем больше сопротивление, тем мощнее стремле-



Рис. 245. Начало периода раскрытия; предлежащей части нет.

ние ее избавиться от своего содержимого. Контракционное кольцо подымается все выше, стенки нижнего сегмента и шейки растягиваются, как в длину, так и в поперечном направлении (циркулярно). Растягиваясь, они истончаются, что особенно резко выявляется на стороне головки, потому что она, как наиболее крупная и твердая часть, наиболее резко выдается в бок и вытягивает стенки выходной трубки, а кроме того потому, что она, будучи сильно прижата к костям таза, препятствует растяжению их на этой стороне в длину.

При неоказании в этот трагический момент рациональной помощи неминуемо наступает разрыв матки, причем разрыв бывает большей частью на стороне головки и имеет поперечное, продольное или косое направление, смотря потому, какое растяжение преобладает—растяжение в длину или циркулярное. В первом случае матка отрывается на

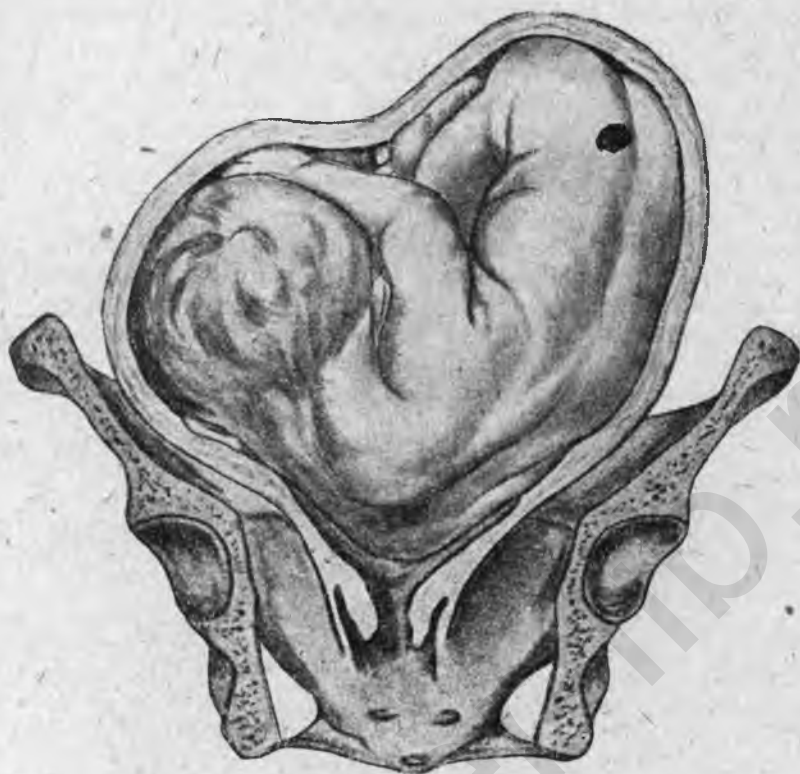


Рис. 246. По отхождении вод зев легко спадается.



Рис. 247. Ручка часто выпадает.

стороне головки от сводов влагалища (colparoghexis), во втором—нижний сегмент рвется продольно.

Но если даже этот трагический исход и не наступает, что возможно при слабости родовых болей, то исход все же печальный. Быстро наступает восходящая инфекция (из влагалища по ручке). Повышается температура, потрясающие знобы предвещают недоброе, развивается грозная картина сепсиса и мать может погибнуть от септического заражения, не разрешившись.

Плод в случаях запущенного поперечного положения обычно погибает раньше, чем разовьется грозная картина угрожающего разрыва матки или картина тяжелого сепсиса. Длительная, патологически сильная ретракция матки ведет к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и смерть наступает от асфиксии.

Такова печальная картина исхода родов при поперечном положении, если не подоспеет во-время рациональная помощь.

Правда, в исключительных случаях природа все же находит выход из казалось бы безвыходного положения и завершает изгнание плода без нарушения целостности родовых путей матери. Подобная своеобразная самопомощь организма удается природе лишь в случаях, когда плод небольшой, при недоносах или при плодах мацерированных, а также при обширных тазак.

Большой личный опыт по этому вопросу отдельный врач вряд ли может иметь, я лично видел всего 1 раз случай самоизворота на недоношенном плоде, в литературе известны 3 типа механизма самопроизвольного изгнания плода при поперечном положении.

1. Маленький, легко сжимаемый, мертвый или мацерированный плод может при бурной родовой деятельности быть изгнан таким образом, что предлежащее плечо выходит из под лонной дуги, сильно согнутое туловище внедряется вслед за плечиком в полость таза, ягодицы прогоняются мимо плеча через таз и рождаются, вслед за ними рождаются ножки и другое (верхнее) плечико, наконец последней рождается головка, как при тазовых положениях. Этот способ изгнания называется самоизворотом—*evolutio spontanea*, описанный *Douglas*'ом (рис. 248).
2. Плод может родиться и „со сдвоенным телом“. И тут сперва рождается предлежащее плечико. Позвоночник в области грудного его отдела перегибается под острым углом, складывается, как перочинный нож. Вслед за плечиком тазовую полость проходят грудная клетка и шея, живот и головка, причем последняя втиснута в живот, и наконец рождаются ягодицы с ножками (рис. 249). Этот механизм называется изгнание плода „*conduplicato corpore—Röderer*“. Единственный случай рождения доношенного плода со сдвоенным телом описан *Adelmann*'ом: череп оказался разможженным.
3. Наконец описан еще способ самоизворота. Тут плечико уже сначала лежит выше, не внедряясь в тазовую полость, а располагаясь где-либо за лонными костями. При сильном сгибании позвоночника в его поясничном отделе ягодицы прогоняются мимо грудной клетки в таз и рождаются вместе с ножками, за ними следует грудная клетка и головка, как при тазовых предлежаниях. Этот механизм описан еще в 1785 году *Denman*'ом.

Повторяю, случаи самопроизвольного рождения плода при поперечном положении по одному из изложенных способов принадлежат к редчайшим исключениям.



Рис. 248. Самоизворот.

В огромном большинстве случаев роды невозможны и заканчиваются или разрывом матки или смертью матери от сепсиса или истощения.

Рассмотрев течение родового акта, предоставленного самому себе, выясним вопрос в какой стадии родового акта находится наша роженица.

*conduces
conduces*



Рис. 249. Роды сдвоенным телом.

ница в момент ее поступления. Мы знаем данные исследования, они достаточно грозны, чтобы заставить нас поспешить с внутренним исследованием и принять безотлагательно то или иное решение.

6 час. 5 минут: из влагалища торчит отечная левая ручка до локтя. Идя по ней вверх, мы находим в широкой части полости таза выпяченную, покрытую родовой опухолью, повидимому, мацерированную плечевую область туловища плода. Открытие зева полное. Легко найдена подмышковая впадина, расположенная в правой половине таза и открытая влево. Спереди, позади лонных костей, определяется лопатка, влево тянется изогнутый позвоночник. Кзади, впереди крестца, определяются ребра грудной клетки. Плод абсолютно неподвижен (рис. 250).

Теперь мы можем поставить точный акушерский диагноз: Передний вид 2-го поперечного положения с выпадением ручки при плоском тазе у многородящей. Положение запущенное, растяжение нижнего сегмента, угрожающий разрыв матки, мертвый плод.

Что же делать?

В предыдущих беседах я уже указывал, что запущенное поперечное положение абсолютно противопоказует поворот. Поворот тут неуместен потому, что нет основного условия для операции поворота — подвижности плода. Поворот не только неуместен, он чрезвычайно опасен, потому что он без разрыва матки невыполним. Растянутые до крайних пределов нижний сегмент и шейка матки еле вмещают в себе плод, введение в них руки оператора должно послужить той каплей, которая переполнит чашу терпения—наступит разрыв.

Поворот невыполним, потому что предлежащее плечико уже введено в тазовую полость и пластично выполняет верхний его отдел. Проникание руки оператора в матку возможно лишь при насильственном поднятии туловища плода кверху. А это насильственное приподнятое плода вызовет насильственный разрыв матки или отрыв ее от влагалищных сводов.

Поворот противопоказан. Показана операция, нарушающая целостность плода, ибо целым он родиться не может. Операция должна быть произведена немедленно, потому что каждая минута промедления приближает момент разрыва матки. Даже если бы было малейшее сомнение в том, что плод погиб, операция неминуема.

Операция должна быть произведена в глубоком наркозе, потому что надо по возможности прекратить родовую деятельность матки, парализовать дальнейшую ретракцию ее. Наркоз должен быть дан



Рис. 250. Запущенное поперечное положение.

сейчас же, подготовка инструментов, перекалывание роженицы на операционный стол и подготовка операционного поля должны быть произведены, когда роженица уже спит.

Мы дадим наркоз и обдумаем наш образ действий. Мы стоим перед операцией раздробления (размельчения) плода—эмбриотомией в широком смысле. При поперечном положении основной задачей эмбриотомии является перелом позвоночника, потому что после рассечения позвоночника на две части плод сразу спадается, его длинная ось становится короче, распирающее нижнего сегмента прекращается, чем устраняется основная опасность запущенного поперечного положения. После рассечения позвоночника, рассекаются мягкие части, соединяющие обе части плода, и плод удаляется по частям.

Это рассечение позвоночника предпринимается наичаще в шейной его части. Операцией выбора является основной вид эмбриотомии—декапитация, обезглавливание плода. Если только шея мало-мальски доступна, надо идти на декапитацию. Зев никогда не препятствует операции, в случаях запущенного положения он всегда достаточно открыт. У нас открытие полное. Единственным противопоказанием может служить абсолютное сужение таза, когда показано родоразрешение через живот.

Способов обезглавливания несколько: низко расположенную, легко доступную шею можно без труда рассечь крепкими, изогнутыми, тупоконечными ножницами (ножницы *Феноменова*, *Siebold'a*), серповидным ножом *Schultze*, ножом *Franz'a* и т. п.

Предложено перепиливать шею, после проведения напр., пилки *Gigli* или цепочной пилы *Döderlein'a* вокруг шеи приборами *Ribemont-Bong'a*, *Kezmarszky'ого*. *Н. Н. Феноменов* горячо рекомендует способ Чудовского: после надсечения кожи шеи в отверстие вводят его ножницы



Рис. 251. Ключевидный крючок С. Браун'а.

и под защитой мягких частей шеи ими пересекают позвоночник.

Насколько рационально перепиливание шеи пилами, настолько техника сложна, и вряд ли эти методы получат широкое распространение.

Общераспространенным способом обезглавливания является и по настоящее время особенно у нас, в России, декапитация помощью крючка *Braun'a* (ключевидный крючок), представляющий собою согнутый под острым углом крючок, с пуговкообразным утолщением на конце, сидящий на длинном, крепком стрежне, вооруженном поперечно-сидящей рукояткой (рис. 251).

Техника операции такова: выпавшая ручка оттягивается помощником книзу и в сторону расположения ножек (в нашем случае вниз и влево). Левая рука вводится по ручке во влагалище, два пальца направляются кзади, позади шейки кверху и обхватывают шею сзади и сверху, большой палец стремится им навстречу, спереди по передней поверхности шеи (рис. 252), так что при благоприятных условиях

шея оказывается всецело охваченной пальцами оператора. По левой руке вводится крючок *Braun'a* и при сильном опускании рукоятки его вниз, крючок продвигается позади симфиза до шеи и накладывается под контролем пальцев левой руки на шею плода так, что верхушка крючка смотрит кзади и впиивается в мягкие части шеи. Раньше чем приступить к переламыванию позвоночника, оператор поручает помощнику производить давление на голову снаружи в медиальном направлении (от стенки матки к средней линии тела). Оператор сильно тянет инструмент на себя до тех пор, пока крючок вплотную не ляжет на позвоночник. Затем крючок поворачивается (все время под контролем внутренних пальцев) вокруг его продольной оси сперва в одну сторону (к головке), потом—в другую (к туловищу) (рис. 253). Этим и достигается переламывание позвоночника, что сопровождается явным хрустом. Допускается поворачивание крючка на полный оборот (на-

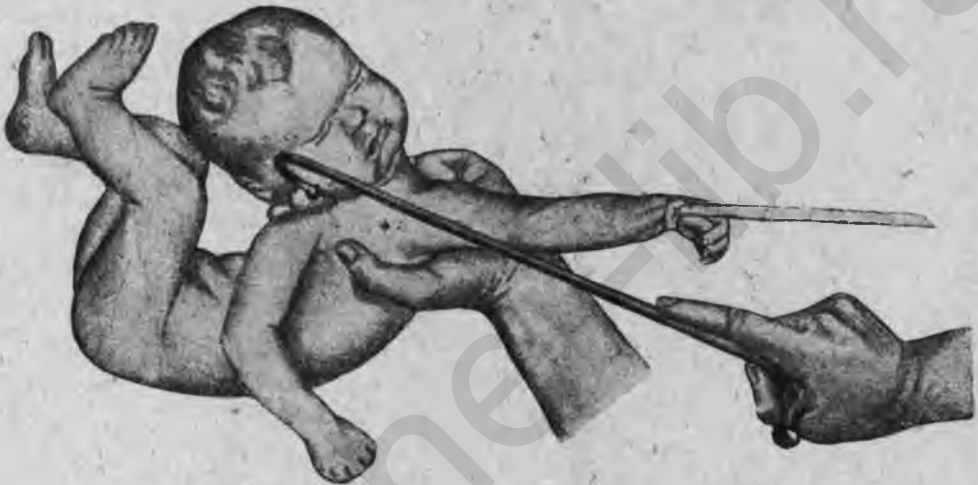


Рис. 252. Декапитация. Шея плода обхватывается пальцами.

подобие ключа—отсюда и название крючка). Крючок ломает не только позвоночник, он разрывает и мягкие части шеи, после чего извлекается. Затем, влечением за ручку низводится верхняя часть туловища, оставшиеся неразорванными мягкие части шеи (кожа, мышцы и проч.) рассекаются ножницами под контролем пальцев или даже зрения.

Обезглавленное туловище легко извлекается за ручку. В родовых путях матери осталась головка. Проще всего снаружи вдавить ее в таз, после чего ввести во влагалище зеркала и захватив головку крепкими пулевыми или Мюзеевскими щипцами, извлечь ее. В случае затруднения легко перфорировать ее в лобной части и извлечь ее краниокластом. Советовали тоже извлекать головку акушерскими щипцами или ручным приемом, с помощью пальцев, введенных в рот (прием, похожий на выведение головки по *Wigand-Martin'y*). Полагаю, что тут твердых правил быть не может. В каждом отдельном случае нужно поступать соответственно особенностям его.

Операция обезглавливания при запущенном поперечном положении—операция вполне типическая, детально разработанная и доступная родовому врачу. К сожалению она далеко не идеальная. Она представляет несомненно вмешательство грубое, малохирургическое,

кроме того она далеко не безопасна, потому что при введении пальцев, при движениях крючком головка неминуемо смещается, что может повести к разрыву уже и без того перерастянутых стенок нижнего сегмента.

Неудивительно поэтому, что врачебная мысль стремилась и стремится найти способ, более совершенный и безопасный. На этом стремлении и основано предложение мышеуказанных методов обезглавливания, сюда же относится и декапитация трахелоректом Zweifel'я а также более сложные способы декапитации при помощи наперстка



Рис. 253. Производство вывиха шейных позвонков помощью ключевидного крючка

Blond'a или его модификации Heidler'a, Baum'a. На последних методах я не считаю нужным останавливаться, потому что за недоступностью их личным опытом не располагаю.

Если шейка окажется доступной, мы, конечно, сделаем декапитацию. Если же она окажется расположенной слишком высоко и в силу этого обезглавливание окажется невозможным, тогда придется приступить к эмбриотомии в тесном смысле (*dissectio foetus*). Суть этой операции заключается в удалении внутренностей (*exenteratio*, *evisceratio*) с последующим рассечением позвоночника на любом уровне (*spondylotomia*), если таковое потребуется.

Операция эмбриотомии очень трудна и противна, к счастью она принадлежит к наиболее редким вмешательствам врача-акушера. Во влагалище вводятся широкие зеркала, под контролем зрения рассекается кожа на наиболее выпяченном участке туловища плода. Края кожи захватываются крепкими Мюзеевскими или Collin'овскими щип-

цами и сильно низводятся. Отдельными ударами ножниц первоначальное отверстие в коже увеличивается, ножницами же вскрываются полости грудная и брюшная или обе вместе. Выпирающие под давлением внутренности удаляются лучше всего пальцами или любым хватающим инструментом. Получив таким путем некоторую свободу действий, оператор добирается через окошко в туловище до позвоночника, который и рассекается крепкими ножницами (*Феноменова, Siebold'a*). Плод тотчас же спадается и легко может быть извлечен так сказать *conduplicato corpore*. Иногда он легко поддается влечению после эвисцерации и до спондилотомии, иногда же может потребоваться и рассечение всех мягких частей и таким образом буквально плод делится на две части.

Я уже сказал, что эмбриотомия технически трудна, вот почему *O. Küstner* предложил свой рахиотом, инструмент, подобно многим другим, в нашей действительности неприменимый.

Интересно, что такой авторитет как *Stöckel* в клинической обстановке эмбриотомии дает решительное предпочтение перед декапитацией.

Но вернемся к нашей роженице. Она сразу после исследования получила морфий под кожу, теперь она уже в наркозе, лежит на операционном столе.

Посмотрите на ее живот: резко выделяется косоидущий перехват, кольцо *Bandl'*я на 2 пальца выше пупка, дно матки у левого подреберья, верхний отдел матки узкий, вытянут в длину, нижний сегмент сильно растянут, чувствителен. Справа в подвздошной области определяется головка.

Из отечной вульвы торчит ручка (левая), ладонью повернутая кзади, темно-багровая, на уровне губ — середина плеча.

Выпущена моча, мутная, повидимому с примесью крови. Ручка завернута в стерильное полотенце, оттянута вниз и влево, передана ассистенту. Введена левая рука, указательный и средний пальцы заведены сзади за шею. Головка не достигается. Большим пальцем шея обхвачена спереди. По ладонной поверхности левой руки введен декапитационный крючок плашмя, заведен по большому пальцу спереди до шеи, повернут и под контролем пальцев накинута на шею (рис. 254). Предложено другому ассистенту осторожным давлением на головку оттеснить ее кнутри (справа налево). Сильным потягиванием за крючок достигнуто, что крючок впился в шею; поворачиванием крючка в одну и другую сторону переломлен позвоночник. Разрывая мягкие части шеи, крючок извлечен. Оказалось, что между головкой и туловищем еще тянутся мостиком мягкие части, рассечены ножницами *Siebold'a*. За ручку извлечено туловище. Сразу же родилась головка.

Плод мужского пола; общий вес его 3.500 г, длина 52 см.

Спустя 20 минут вышел послед, без дефектов.

Видимых повреждений нет. Кровотечение умеренное. Матка хорошо сократилась.

Послеродовой период осложнился легким эндометритом, при субфебрильной температуре. Больная получала с первого дня подкожно *Butyrol* Милютинной.

22-го ноября на 12 день после родов она выписалась здоровой.

Интерес случая: 23-летнюю повторнородящую доставляют с сильными родовыми болями, с выпавшей ручкой. Распознается запущенное поперечное положение при явлениях растяжения нижнего



Рис. 254. Декапитация.
Крючек накинута на шею.

сегмента. Плод в переднем виде 2-го поперечного подождения. Немедленно наркоз. Производится типически обезглавливание плода. Выздоровление.

Эмбриотомию в тесном смысле не пришлось делать потому, что шея была легко доступна. Декапитацию мы делали крючком Braun'a; более современные способы нам недоступны за отсутствием инструментария. Головка родилась сама. Технически операция была типична. Просматривая случаи запущенного поперечного положения убеждаешься, что каждый случай имеет свои особенности и притом часто весьма интересные. Передо мной лежат несколько историй родов при запущенном поперечном положении. В одном случае роженица (М. М. С. Родильный приют им. проф. Снегирева № 10227) доставлена из Токсова, с температурой 38,5. Тут интересно, что у нее 25-го ноября в 5 часов начались боли, около 7 час. вечера отошли воды, в 9 час. родился плод, больная пролежала сутки, на другой же день 26-го ноября она встала и весь день занималась хозяйством. Когда вышел послед выяснить не удалось. Утром 27-го ноября неожиданно вновь отошли воды, без болей. В ночь на 28-ое ноября начались боли, был озноб. Была вызвана акушерка, распознавшая наличие в матке второго плода, о котором сама больная и не подозревала. При поступлении в Родильный дом плод оказался в запущенном поперечном положении, в заднем виде второй позиции. Типически произведена декапитация. Головка извлечена по способу Wigand-Martin'a.

В другом случае (А. Н. С. родильный дом им. проф. Снегирева № 8842). Пациентка по совету участкового фельдшера отправилась из Тверской губ. в Ленинград. Воды отошли в поезде (5 час. 16 октября). Выпала ручка (правая). При поступлении определено запущенное поперечное положение, задний вид второй позиции. Спавшийся зев открыт на 3¹/₂ п. С трудом наложен декапитационный крючок, произведено обезглавливание. Туловище извлечено за ручку. Вывести головку ручными приемами через зев не удалось. Введены зеркала, головка захвачена крепкими Мюзеевскими щипцами, перфорирована через рот, наложен краниокласт, головка извлечена.

В заключение остановлюсь на случае, представляющем большой интерес в смысле пособия.

О. Э. Т.-Ш., 35-ти лет, имевшая 2 раза нормальные роды, поступила 1-го апреля в один из родильных приютов.

Воды отошли в ночь на 1-ое апреля. Явления гриппа. Ввиду неправильного положения плода 3-го апреля перевезена в клинику. Т° 37,6. Схватки частые, но слабые. Дно матки на 3 п. ниже меча. Головка в правой подвздошной впадине, ягодичи слева. Матка напряжена. Сердечные тоны плода на уровне пупка. Выделения кровянистые с примесью гноя, обильные. Шейка сглажена, открытие зева 2 пальца, края толстые, в зеве ручка, согнутая в локте, предлежит бок плода, почти неподвижен, подмышечная впадина открыта влево, лопатка кзади. Как быть?

Роженица почти трое суток без вод, зев открыт только на 2 пальца, поперечное положение на границе запущенности, *endometritis sub partu*.

Поворот по Braxton-Hicks'у определенно опасен, да и вряд ли технически возможен. Метрейриз нежелателен ввиду гнойных выделений, опасен ввиду ничтожной подвижности плода. Декапитация невозможна, ввиду недостижимости шеи; к тому же плод жив. Эмбрио-

томия при двух пальцах открытия технически невозможна, к тому же решиться на эмбриотомию на живом плоде нелегко. Я решил создать себе широкий доступ к плоду, сделав влагалищное кесарское сечение (вернее *hysterotomia vaginalis anterior*) и после этого поступить смотря по обстоятельствам. Под наркозом, осторожно введен небольшой метрейринтер, произведен дугообразный разрез Strassmann'a на передней стенке влагалища, пузырь легко отсепарован, шейка матки рассечена прямыми ножницами по средней линии выше внутреннего зева по метрейринтеру, баллон извлечен. Затем всей рукой войдено во влагалище и в зияющий нижний сегмент. Плод оказался теперь несколько подвижен, ножки оказались высоко в дне, с трудом захвачена первая попавшаяся ножка и осторожно произведен поворот. Извлечение представило большую трудность, так как обе ручки были запрокинуты за головку. Плод погиб (продолжительность операции, асфиксия). Последующая головка перфорирована. Вес плода без мозга 2600 г. Из за кровотечения—послед удален рукой, полость матки обследована травм нет, кроме нанесенных *hysterotomi'e*. Введены зеркала. Ряд узловых кэтгутовых швов на шейку, непрерывный кэтгутовый шов на влагалищную рану.

Родильница перенесла, как и следовало ожидать, послеродовой эндометрит. 30-го апреля выписалась здоровой.

Я привел вкратце последний случай, несмотря на то, что спасти ребенка мне не удалось. Я хотел показать, как мучительно иногда бывает решение вопроса о рациональном вмешательстве и как особенности случая заставляют подчас врача остановиться на пособии необычном, потому что действия врача-акушера воодушевлены одним стремлением, одной целью.

Эта высокая цель—благо матери и ребенка.

Предметный указатель.

- | | | |
|--|---|--|
| <p>Акардиак, 328.
Ампутация матки при разрыве ее, 431, 437, 442.
Ангиома вульвы в родах, 413.
Асинклизм передний, задний, 500, 504, 507.
Асфиксия плода, 519, 555.
Бинт Вербова, 401.
Боли предвещающие, 339.
Вальхеровское положение, 520.
Воды передние и задние, 381.
Водянка головки, 450; — частота, 453; — распознавание, 457; — терапия, 457.
Водянка живота, 460.
Выведение головки по Mauriceau-Smellie-Veit, 541, 560, 563; — по Wigaud-Mairin'y, 561.
Выведение плечиков, 466.
Выжимание плода по Kristeller'y, 331, 364, 463, 471.</p> | <p>Выпадение ножки рядом с головкой, 528; — ручки рядом с головкой, 531; — ручки при поперечном положении, 590.
Высокое прямое стояние (Р. О. S.), 518, 520; — распознавание, 520; — механизм родов, 520; — терапия, 522.
Высокое прямое стояние (Р. О. P.), 524, 525; — механизм родов, 526; — этиология, 527.
Высокое стояние предлежащей части, 545.
Гигантский плод, 456.
Гипофиза препараты, 471.
Гистеростоматомия, 405, 465.
Двойни, 309, 318, 376, 541, 547; — однойцевые, 327; — двухйцевые, 325; — распознавание, 309, 320; — ведение родов, 317, 320; — предсказание, 321; — послед, 325; — частота, 329.
Двойни сросшиеся, 331.</p> | <p>Девственная плева в родах, 470.
Декапитация, 610, 614.
Диастаз прямых мышц, 399.
Живот остроконачный, 396; — отвислый, 396, 477, 503, 525.
Заднетеменное вставление, 507; — этиология, 509, 511; — распознавание, 511; — механизм родов, 511; — терапия; — 513.
Задний вид затылочного положения, 464, 468.
Запрокидывание ручек, 559, 577.
Извлечение плода за ножку, 407, 537, 550, 555, 576, 585, 595; — за ягодицы, 552; — по Артуру-Мюллер, 559.
Измерение выхода таза, 478.
Кесарское сечение, брюшино-стеночное, 414; — влагалищное 405, 615; — по Порро, 398.</p> |
|--|---|--|

- Кифоз, 476.
 Клейдотомия, 421, 466.
 Кольпапорексис, 447, 529, 606.
 Кольцо Банделя, 418, 424.
 Косое положение, 569, 573.
 Кровотечение атоническое, 318, 325, 349, 551.
 Крючок Вгаупа, 611.
 Лицевое положение, 486;—распознавание, 488,—механизм родов,—489;—ведение родов, 488;—предсказание, 493;—передний вид, 491.
 Лобное положение, 426.
 Меконий, отхождение его в родах, 366, 537.
 Метрейриз при преждевременном отхождении вод, 383, 554;—при сужениях шейки, 405;—при поперечном положении, 600.
 Многоводие, 369, 374;—распознавание, 371, 375;—терапия, 374.
 Многоводие при однойшейвых двойнях, 376.
 Низведение ножки, 406, 550, 553.
 Низкое поперечное стояние, 470, 474;—этиология, 474;—терапия, 475.
 Ножное положение, 535, 537, 546.
 Освобождение ручек, 558, 563.
 Отрыв головки, 467, 567.
 Переднеголовное предлежание, 467, 476;—этиология, 478;—механизм родов, 480;—распознавание, 482;—ведение родов, 483.
 Переднетеменное вставление, 497;—этиология, 502;—терапия, 504.
 Перфорация головки, 420, 422, 515, 519, 529.
 Питугландоль, 345, 471, 517.
 Плод бумажный, 327.
 Плодный пузырь, 381;—плоский, 387;—поздний разрыв его, 384;—разрыв его искусственный, 374, 386.
 Поворот наружный на головку, 570;—классический на ножку, 315, 353, 376, 378, 576, 583, 595;—условия, 581;—техника, 582;—при неполном зеве, 594;—по Вraxton-Hicks'y, 600.
 Повреждения плода при извлечении, 565.
 Повышение температуры в родах, 598.
 Поперечное положение, 579, 588; 602;—этиология, 573;—распознавание, 579, 590;—прогноз, 599;—течение родов, 603;—запущенное, 602;—изгнание плода двойным тазом, 606.
 Послед, преждевременное его отделение, 317, 353, 373.
 Пражский способ, 563, 564.
 Превращение лобного предлежания в лицевое, 427.
 Преждевременное отхождение околоплодных вод, 380, 403, 416, 477, 510, 523, 553, 598.
 Прием Лерманна, 521;—Thorn'a, 427;—Zangemeister'a, 427.
 Публиотомия, 505.
 Пуловина, предлежание, 316, 355;—выпадение ее, 351, 360, 366;—частота его, 357;—этиология, 366;—терапия, 361.
 Пуловина, разрыв ее в родах, 348, 379;—слишком длинная, 358, 460;—узел ее истинный, 364.
 Разрыв матки угрожающий, 416, 418, 529;—полный, 425, 429;—симптомы, 429;—частота, 436;—терапия, 432;—этиология, 437;—неполный, 430, 448, 458;—терапия его, 434;—после кесарского сечения, 435, 440;—двойной, 443;—насилственный, 448;—Бандлевский, 445;—при водянке головки, 453;—при поперечном положении, 606.
 Ретродевиация наружного зева, 411.
 Ригидность внутреннего зева, 402.
 Роды стремительные, 346;—сухие, 381;—при двойной матке, 388;—после вагинофиксации, 391;—после интерпозиции, 396;—при отвислом животе, 397;—у пожилых первородящих, 408;—при ангиоме вульвы, 412.
 Рубцовое сужение шейки, 404.
 Ручное пособие, 540, 549.
 Самоизворот, 606.
 Самоповорот, 575, 598.
 Свищ после разрыва матки, 449.
 Склеивание наружного зева, 407.
 Слабость родовых болей первичная, 338, 403, 416;—этиология, 339;—предсказание, 340;—лечение, 340, 471.
 Слабость родовых болей вторичная, 342, 462, 517;—этиология, 344;—лечение, 340, 471.
 Спондилотомия, 612.
 Судорога зева при извлечении, 534.
 Таз обширный, 346, 458;—узкий, 425, 435, 498, 502, 507, 516, 526, 545, 574.
 Тазовые положения, 533;—диагностика, 536;—механизм родов, 543, 558;—ведение родов, 548.
 Тератома плода, 467.
 Тройни, 329.
 Тупой крючок, 556.
 Уродства плода, 334, 467.
 Ушное предлежание переднее, 501;—заднее, 501, 508.
 Zangengerecht, 463.
 Четверня, 321.
 Чревосечение при разрыве матки, 431.
 Щипцы, условия к наложению, 465;—техника, 411, 464, 506;—соскальзывание, 464, 515;—при заднем виде, 469;—при низком поперечном стоянии, 472, 475;—при лицевом предлежании, 495;—при высоком прямом стоянии, 521;—при переднеголовном предлежании, 483;—высокие, 501, 519;—наложение по Scauzon, 484;—пробная тракция, 464;—ш. Kjelland'a, 514, 522.
 Эвисцерация, 612.
 Эмбриотомия, 610.
 Ягодичное положение, 324, 533, 552.