

И. В. Золотев
Проф. Н. И. ПОБЪДИНСКИЙ.

Полине Николаевне Лабазовой

см. титул

КРАТКІЙ УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА.

4-е изданіе,

исправненное и дополненное.

(Съ 110 рисунками въ текстѣ, 1 раскрашен.
таблицей и 1 рентгенографич. снимкомъ).



Изданіе студенческой медицинской издательской комиссіи имени
Н. И. Пирогова при «О-въ курсистокъ и студентовъ по устройству
студенческой столовой» въ районѣ клиникъ и издательства и книж-
наго магазина «Студенческое Издательство» Москва, Моховая ул.,
д. 22, тел. 4-54-46.

ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ

ПРАКТИКУМЪ

АКУШЕРСТВА

акusher-lib.ru

Т-ВО СНОРОПЧ. А. А. ЛЕВЕНСОНЪ, МОСКВА,
1918 г.

И. Казанцевой

Предисловіе къ I-му изданію.

Нельзя не привѣтствовать появленія предлагаемаго учебника акушерства, когда такой трудъ выходитъ изъ-подъ пера опытнаго клинициста, знакомаго вполнѣ съ литературой избранной имъ спеціальности.

Цѣлью изданія учебника послужило желаніе дать учащемуся, а также и врачу-практику, возможно сжатое, но на высотѣ современнаго знанія, изложеніе основъ столь необходимой для каждаго врача спеціальности.

Задача составителя учебника была не изъ легкихъ. Какъ трудно уравновѣсить краткость изложенія съ клиническою точностью и ясностью по тому или другому отдѣлу предлагаемаго труда.

Составитель учебника вполнѣ сознавалъ неизбѣжную неполноту предпринятой имъ задачи; но отсутствіе въ русской литературѣ краткаго учебника по акушерству, такъ желаемаго студентами университета, побудило его приступить къ изданію настоящаго руководства.

Нѣтъ сомнѣній, что при повторномъ изданіи учебника можно, на основаніи опыта, всегда дополнить оказавшуюся неполноту въ какомъ-либо отношеніи.

Профессоръ А. Макъевъ.

Москва,
1904 г. 15 октября.

Предисловіе ко II-му изданію.

Недавній, сравнительно, выпускъ учебника акушерства проф. Н. И. Побѣдинскаго и уже разошедшійся побудилъ автора приступить ко второму изданію руководства, что, безъ сомнѣнія, говоритъ за то, что учебникъ удовлетворилъ существующей въ немъ потребности.

Приступая къ настоящему изданію, авторъ внимательно отнесся къ возможному пополненію многихъ отдѣловъ акушерства, уясняя нѣкоторые изъ нихъ добавочными рисунками. Такихъ рисунковъ въ текстѣ насчитывается уже болѣе ста.

Озабочиваясь полнотою руководства, авторъ присоединилъ въ настоящемъ изданіи описаніе операций пубитоміи и надлобковаго кесарскаго сѣченія, какъ новѣйшихъ приобретеній клиническаго пособия.

Вообще, новое изданіе учебника стоитъ на должной высотѣ современнаго ученія и даетъ право ожидать благопріятнаго приема со стороны медицинскаго міра.

Профессоръ А. *Макъевъ*.

Москва.
1909 года, 8 мая.

Предисловіе къ III-му изданію.

Выпуская учебникъ третьимъ изданіемъ, я исправилъ въ немъ нѣкоторыя главы сообразно новымъ воззрѣніямъ, а также согласно многимъ цѣннымъ указаніямъ моихъ доброжелательныхъ критиковъ, которымъ я приношу мою сердечную признательность. Кромѣ того учебникъ мѣстами дополненъ ссылками на труды нашихъ соотечественниковъ, а также моихъ учениковъ, разрабатывавшихъ тѣ или иные вопросы на основаніи клиническаго матеріала.

Однако и въ своемъ настоящемъ видѣ учебникъ далекъ отъ желаемаго совершенства. Надѣюсь также въ дальнѣйшемъ улучшить это руководство, встрѣтившее въ 2-хъ первыхъ изданіяхъ дружескій пріемъ со стороны специалистовъ.

Кромѣ 7 новыхъ рисунковъ и раскрашенной таблицы прочіе рисунки остались старые, большей частью заимствованные изъ разныхъ спеціальныхъ руководствъ.

Профессоръ Н. *Побѣдинскій*.

Москва.
1915 г. 26 января.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	<i>Стр.</i>
Анатомія женскаго таза съ акушерской точки зрѣнія. Половыя, расовыя и индивидуальныя особенности тазовъ	1
Менструація и овуляція	8
Физиологія беременности.	13
Оплодотвореніе	13
Оболочки яйца	16
Дѣтское мѣсто	20
Кровообращеніе плода	24
Питаніе плода	25
Продолжительность беременности	27
Развитіе зародыша и плода по мѣсяцамъ беременности	28
Зрѣлый плодъ	30
Головка плода и ея размѣры	31
Многоплодная беременность	34
Измѣненія въ маткѣ и другихъ половыхъ органахъ, обусловливаемыя беременностью	36
Измѣненія во всемъ организмѣ беременной	39
Членорасположеніе, положенія и предлежанія плода	40
Акушерское изслѣдованіе беременныхъ	44
Распознаваніе беременности: признаки положительныя и вѣроятныя, дифференціальный діагнозъ беременности	59
Опредѣленіе срока беременности и величины плода. Распознаваніе двойней, жизни и смерти плода, первой и повторной беременности	61
Гигіена беременности	65
Физиологія родовъ.	67
Причины наступленія родовъ	67
Изгоняющія родовыя силы	70
Раздѣленіе родовъ на сроки	71
Теченіе и продолжительность родовъ	79
Механизмъ родовъ	83
Механизмъ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ	83
Роды при теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ	92
Механизмъ родовъ при теменныхъ положеніяхъ	93
Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ	94
Роды при лобныхъ положеніяхъ	96
Роды при ягодичныхъ положеніяхъ	97
Измѣненія головки при различныхъ механизмахъ родовъ	100
Роды двумя и многими плодами	102
Уходъ за роженицей и пособіе во время родовъ	104
Физиологія послеродового или родильнаго періода.	115
Перемѣны въ половыхъ частяхъ и во всемъ организмѣ родильницъ	115
Уходъ за родильницей	121
Новорожденный и уходъ за нимъ	122
Патологія беременности.	126
I. Общія острыя и хроническія болѣзни беременныхъ	126
Неукротимая рвота	131
Прогрессивная гибельная анемія	132

	<i>Стр.</i>
Эклампсія беременныхъ, роженицъ и родильницъ.	138
II. Заболѣванія половыхъ органовъ и развивающагося въ нихъ яйца.	145
Беременность при порокахъ развитія матки.	145
Беременность при неправильныхъ положеніяхъ матки.	146
Раны и разрывы беременной матки.	150
Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища.	151
Воспаленіе матки и ея придатковъ.	153
Новообразованія беременной матки и яичниковъ.	155
Внѣматочная беременность.	157
Пороки развитія, воспаленія, опухоли и дегенеративные процессы дѣтскаго мѣста	163
Предлежаніе дѣтскаго мѣста.	165
Пузырчатый заносъ.	169
Водянка яйца.	172
Недостатокъ околоплодной жидкости.	173
Неправильности пуповины.	174
Выкидышъ.	177
Преждевременные роды.	185
Смерть матери во время беременности и родовъ.	186
Патологія родовъ.	187
Неправильности изгоняющихъ силъ.	187
Препятствія для родоразрѣшенія со стороны мягкихъ частей родового пути.	191
Узкіе тазы.	194
Общесуженные тазы.	194
Плоскосуженные тазы.	195
Остеомалягическій тазъ.	198
Кососуженные тазы.	201
Поперечносуженные тазы.	203
Спондилолистетическій тазъ.	204
Тазы при вывихахъ бедра.	205
Опухоли таза.	206
Остистый тазъ.	206
Расщепленный тазъ.	206
Распознаваніе неправильныхъ тазовъ. Тазиозмѣреніе.	207
Теченіе беременности и родовъ при узкомъ тазѣ.	208
Механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ.	211
Механизмъ родовъ при общеравномѣрно-суженномъ тазѣ.	215
Механизмъ родовъ при общесуженномъ плоскомъ тазѣ.	215
Измѣненіе формы головки при узкихъ тазахъ.	216
Неправильное образованіе плода.	216
Чрезмѣрная величина плода и отдѣльныхъ его частей.	218
Косое положеніе плода и самоизворотъ.	219
Преждевременныя дыхательныя движенія. Мнимая и настоящая смерть плода во время родовъ.	223
Преждевременный и запоздалый разрывъ плоднаго пузыря.	225
Кровотеченія изъ матки во время родовъ и тотчасъ по ихъ окончаніи.	227
Выворотъ матки.	232
Разрывъ во время родовъ: матки, ея шейки, рукава, наружныхъ поло- выхъ частей и промежности.	233
Поврежденія доннаго соединенія.	238
Патологія послѣродового періода.	239
Родильная горячка.	239
Различныя формы послѣродовыхъ заболѣваній.	241
Кровотеченія родильницъ.	250
Неправильности положенія послѣродовой матки.	251
Болѣзни сосковъ и груди у родильницъ.	252
Акушерскія операціи.	254
Искусственное расширеніе маточной шейки.	256
Искусственный разрывъ плоднаго пузыря.	261
Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ.	262
Искусственный выкидышъ.	265

	<i>Стр.</i>
Поворотъ при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода.	269
Поворотъ на ножку при головныхъ положеніяхъ.	276
Извлеченіе плода ручное.	278
Извлеченіе за ягодицы.	283
Извлеченіе плода посредствомъ щипцовъ.	284
Уменьшеніе объема головки плода.	293
Эмбриотомія.	298
Классическое кесарское сѣченіе.	301
Надлобковое кесарское сѣченіе.	304
Операція Porro.	307
Кесарское сѣченіе на мертвой.	309
Влагалищное кесарское сѣченіе.	309
Операціи, расширяющія тазъ.	311
Разрѣзъ лоннаго соединенія.	311
Пубитомія.	312
Ручное отдѣленіе послѣда.	316
Чревосѣченіе при вѣматочной беременности.	318

Акушерствомъ называется та отрасль практической медицины, которая изучаетъ какъ фізіологическія, такъ и патологическія явленія женскаго организма и плода, начиная съ момента зачатія и до окончанія послѣродового періода.

Самое названіе «акушерство» нельзя назвать точнымъ. Французское слово «accouchement» значитъ «роды». Но въ задачу акушерства входитъ изученіе не одного только процесса родовъ.

Предметъ акушерства составляютъ три состоянія женщины: беременность, роды и послѣродовой періодъ въ ихъ нормальномъ и патологическомъ теченіи.

Такимъ образомъ, акушерство дѣлится на двѣ части—фізіологическую и патологическую. Въ первую входитъ фізіологія беременности, родовъ и послѣродового періода, во вторую—патологія этихъ трехъ состояній.

Къ патологическому акушерству тѣсно примыкаетъ оперативное акушерство, задачу котораго составляетъ устраненіе тѣхъ патологическихъ явленій, которыя угрожаютъ здоровью или жизни не только матери, но и плода.

Изученію акушерства предпосылается описаніе строенія женскаго таза, а также двухъ важныхъ отправленій женскаго организма—менструаціи и овуляціи.

Анатомія женскаго таза съ акушерской точки зрѣнія.

Половые, расовые и индивидуальныя особенности тазовъ.

Тазъ и его размѣры. Точное понятіе о строеніи женскаго таза съ его размѣрами, связками и мышцами, выстилающими его, имѣеть большое практическое значеніе въ акушерствѣ, такъ какъ черезъ тазъ долженъ пройти плодъ при своемъ рожденіи. Различаютъ большой и малый тазъ.

Большой тазъ ограниченъ спереди брюшной стѣнкой, съ боковъ—далеко отстоящими другъ отъ друга подвздошными костями, сзади—двумя послѣдними поясничными позвонками; онъ представляетъ большое пространство, въ которомъ плодъ можетъ помѣститься въ любомъ его размѣрѣ, и поэтому этотъ тазъ для родовъ значенія не имѣеть. Размѣры большого таза служатъ для сужденія о размѣрахъ малаго таза, недоступныхъ непосредственному измѣренію на живой женщинѣ. Изъ размѣровъ большого таза, по которымъ мы заключаемъ о размѣрахъ малаго, важны поперечные размѣры. Разстояніе между обѣими *spina anterior superior ossis ilei* на скелетированномъ тазу равно 24,2 см., и разстояніе между *crista ossi silei* равно 27,9 см. (среднія цифры, полученные проф. Д. Н. Зерновымъ). Эти размѣры при измѣреніи съ помощью тазомѣра на живой женщинѣ будутъ больше, такъ какъ прибавляется толщина мягкихъ покрововъ; первый размѣръ между передне-верхними остями равенъ 26 см., а второй 29 см. Уменьшеніе этихъ размѣровъ болѣе чѣмъ на два сантиметра уже даетъ поводъ подозрѣвать, что мы имѣемъ дѣло съ узкимъ тазомъ.

Малый тазъ, отдѣленный отъ большого безымянной линіей, представляетъ узкій каналъ, окруженный костями. Особенно важно знать размѣры малаго таза, такъ какъ отъ взаимнаго отношенія его размѣровъ къ размѣрамъ плода главнымъ образомъ зависятъ особенности теченія и исхода родовъ.

Малый тазъ для лучшаго изученія дѣлятъ на плоскости, которыя, впрочемъ, не всегда представляютъ изъ себя настоящія плоскости. Такъ, верхняя плоскость—входъ въ малый тазъ, ограни-

ченная мысомъ крестца (promontorium), безымянной линіей и верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, не есть плоскость, такъ какъ мысь лежитъ выше безымянной линіи. Вторая плоскость—широкая часть полости таза—идеть отъ верхняго края 3-го крестцово-го позвонка до середины лоннаго соединенія. Третья плоскость—узкая часть полости таза—ограничена сзади концомъ крестцовой кости и спереди—нижнимъ краемъ лоннаго соединенія. Четвертая плоскость—выходъ таза—ограничена концомъ копчика, буграми сѣдалищныхъ костей и нижнимъ краемъ лоннаго соединенія и также не представляетъ изъ себя настоящей плоскости; она состоитъ изъ двухъ треугольниковъ, которые имѣютъ общимъ основаніемъ линію, соединяющую бугры сѣдалищныхъ костей.

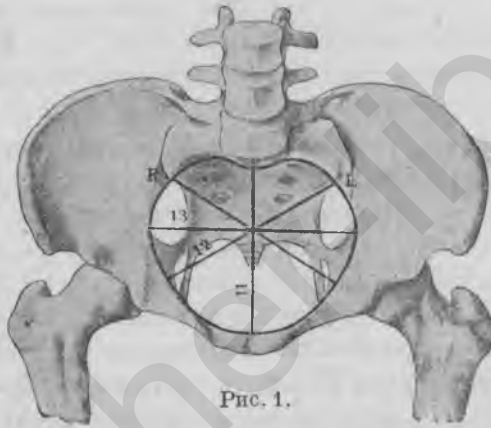


Рис. 1.
Нормальный женскій тазъ сверху.

А. Входъ въ тазъ. Въ немъ различаютъ слѣдующіе размѣры:

1) Прямой размѣръ, такъ называемая истинная конъюгата (conjugata vera),—линія, соединяющая верхній край лоннаго соединенія съ мысомъ (promontorium); этотъ размѣръ въ нормальномъ тазу равенъ 11 см. и въ акушерствѣ считается самымъ важнымъ размѣромъ таза. (Рис. 1 и 3). Название конъюгата введено Редереромъ, который разсматривалъ входъ въ тазъ какъ эллипсисъ, а наименьшій размѣръ въ эллипсисѣ, какъ извѣстно, носитъ названіе конъюгаты.

2) Поперечный размѣръ—разстояніе самыхъ отдаленныхъ точекъ безымянной линіи—равенъ 13,5 см. (Рис. 1.)

3) Два косыхъ размѣра идутъ отъ крестцово-подвздошнаго соединенія (artic. sacroiliaca) одной стороны къ подвздошно-лонному бугорку другой стороны (tuberculum ileo-rubicum): правый—отъ праваго крестцово-подвздошнаго соединенія къ лѣвому подвздошно-

лонному бугорку, и лѣвый, пересекающій его. Они равны 12,5 см. (Рис. 1.)

Б. Широкая часть полости таза. Въ ней различаютъ:

1) Прямой размѣръ—отъ верхняго края 3-го крестцоваго позвонка до середины лоннаго соединенія—равный 12,75 см. (Рис. 3.)

2) Поперечный размѣръ между верхними точками сочлененныхъ впадинъ, равный 12,5 см.

3) Косые размѣры, идущіе отъ верхняго края большой сѣдалищной вырѣзки (*incisura ischiadica major*) до *sulcus obturatorius* противоположной стороны, равны 13,5.

В. Узкая часть полости таза.

1) Прямой размѣръ—отъ конца крестцовой кости до нижняго края лоннаго соединенія—равенъ 11,5 см.

2) Поперечный—разстояніе между остями сѣдалищныхъ костей (*sp. oss. ischii*) равенъ 10,5 см.

Г. Выходъ таза.

1) Прямой размѣръ—отъ конца копчиковой кости до нижняго края лоннаго соединенія—равенъ 9,5 см.; онъ можетъ удлинниться



Рис. 2.
Нормальный тазъ. Видъ снизу. Прямой и поперечный размѣры выхода таза.

до 11,5, такъ какъ подлежащая часть во время родовъ оттѣсняетъ подвижный копчикъ къзади. (Рис. 2 и 9.)

2) Поперечный размѣръ—разстояніе между буграми сѣдалищныхъ костей (*tub. oss. isch.*)—равно 11 см. (Рис. 2.)

Для удобства сравненія различныхъ размѣровъ таза привожу слѣдующую таблицу:

	Прям. разм.	Попер. разм.	Косые разм.
Входъ въ тазъ	11 см.	13,5	12,5
Полость (широк. часть)	12,75 см.	12,5	13,5
Выходъ	11,5 см.	11	

Изъ этой таблицы видно, что въ маломъ тазу наибольшей размѣръ во входѣ будетъ поперечный, въ полости — косой и въ выходѣ — прямой.

Такимъ образомъ головка плода при своемъ прохожденіи черезъ тазъ будетъ встрѣчать противодѣйствіе, не одинаковое во всѣхъ полостяхъ таза, и поэтому неизбежно должна приспособляться своими наибольшими размѣрами къ наибольшимъ размѣрамъ таза.

Наиболѣе важенъ въ акушерскомъ смыслѣ — прямой размѣръ входа въ тазъ, т.-е. разстояніе между верхнимъ краемъ лоннаго соединенія и мысомъ крестцовой кости, такъ называемая истинная конъюгата.

Истинная конъюгата у одной и той же женщины не представляетъ постоянной величины; она немного укорачивается и удлиняется въ зависимости отъ положенія ногъ. Такое измѣненіе конъюгаты происходитъ отъ подвижности таза въ крестцовоподвздошныхъ сочлененіяхъ; если сильно пригнуть бедра къ животу, то передняя часть таза наклонится къ крестцу, и верхній край лоннаго соединенія нѣсколько приблизится къ мысу. Если же положить женщину на край постели и опустить ноги, т.-е. придать положеніе, предложенное Вальхеромъ, то лонное соединеніе нѣсколько удалится отъ мыса, и конъюгата будетъ длиннѣе. Однако при этомъ увеличеніе истинной конъюгаты будетъ очень незначительно, приблизительно на $\frac{1}{2}$ см. Положеніе Вальхера не имѣетъ большого практическаго значенія, потому что при обыкновенномъ положеніи женщины во время родовъ съ слегка согнутыми ногами и при положеніи Вальхера разница въ величинѣ истинной конъюгаты будетъ только около $\frac{1}{2}$ см.

Принято различать еще такъ называемую акушерскую конъюгату, т.-е. кратчайшее разстояніе между мысомъ и лоннымъ соединеніемъ. Такимъ образомъ передній конецъ ея будетъ находиться не у верхняго края лоннаго соединенія, а приблизительно на $\frac{1}{2}$ см. ниже, у того мѣста лоннаго соединенія, которое лежитъ ближе всего къ мысу. (Рис. 3).

Направленіе тазоваго канала. Осью таза или проводной линіей называется линія, соединяющая середину прямыхъ размѣровъ плоскостей таза (входа, полости и выхода). Ось таза до 3-го крестцоваго позвонка представляетъ прямую линію, а затѣмъ дальше она загибается впередъ соотвѣтственно вогнутости крестцовой кости (Рис. 3.)

Наклоненіе таза. Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ уголъ, который образуетъ истинная конъюгата съ горизонтомъ при стоячемъ положеніи женщины; онъ равняется при вертикальномъ положеніи приблизительно 60° (рис. 3). Наклоненіе таза различно не только у разныхъ лицъ, но даже мѣняется у одной и той же жен-

щины въ зависимости отъ степени отведенія и поворачиванія бедеръ. Такъ, наклоненіе таза увеличивается при смыканіи колѣнъ, большомъ разведеніи ихъ, сильномъ поворачиваніи кнутри или кнаружи; наименьшее наклоненіе таза будетъ при небольшомъ поворотѣ бедеръ кнутри и умѣренномъ разведеніи ихъ въ стороны. Для опредѣленія наклоненія таза совѣтуютъ (Альфельдъ) обращать вниманіе на положеніе обѣихъ остей подвздошной кости относительно лоннаго соединенія. Если эти три точки при совершенно горизонтальномъ положеніи женщины находятся въ одной плоскости, параллельной полу, то наклоненіе таза нормально; если же лонное сочлененіе лежитъ выше остей, то наклоненіе таза меньше нормального; при положеніи остей выше лоннаго сочлененія, наклоненіе таза больше нормального. Чѣмъ сильнѣе тазъ наклоненъ, тѣмъ больше половая щель скрывается между сомкнутыми бедрами.

Половыя особенности таза. Тазъ женщины въ общемъ отличается отъ мужского большей шириною и меньшей высотой, что зависитъ отъ меньшей длины крестца и меньшей высоты лобковыхъ и сѣдалищныхъ костей и лобкового соединенія. Положеніе подвздошныхъ костей въ женскомъ тазу болѣе наклонно кнаружи, тогда какъ у мужчины эти кости стоятъ вертикальнѣе. Сѣдалищныя кости отогнуты кнаружи больше, чѣмъ въ мужскомъ тазу; полость малаго таза болѣе похожа на цилиндрической каналъ. Форма входа въ тазъ у женщинъ менѣе похожа на карточное сердце. По сравненію съ мужскимъ тазомъ въ женскомъ замѣчается большее преобладаніе поперечнаго размѣра входа въ малый тазъ сравнительно съ продольнымъ. Кромѣ того въ женскомъ тазу особенно характерна форма лобковой дуги, т.е. угла, образуемаго двумя нисходящими вѣтвями лобковыхъ костей подъ лобковымъ сочлененіемъ; у мужчинъ этотъ уголъ равенъ 30° , тогда какъ у женщинъ онъ почти втрое больше, около 90° , и притомъ вершина его скруглена.

Индивидуальныя особенности таза. Индивидуальныя колебанія размѣровъ и формы малаго таза настолько велики, что едва ли можно найти два совершенно одинаковыхъ таза, одной формы и съ одними же размѣрами.

Племенные особенности таза. Изслѣдованія негрскихъ, малай-



Рис. 3.
Прямые размѣры входа
полости и выхода таза.
Ось таза. Наклоненіе
таза.

скихъ и бушменскихъ тазовъ показали, что эти тазы отличаются отъ европейскихъ меньшимъ преобладаніемъ поперечнаго діаметра входа въ малый тазъ надъ продольнымъ; такимъ образомъ входъ въ тазъ имѣетъ продолговатую форму, напоминающую продолговато-овальную форму таза у обезьянъ и дѣтей, т.-е. форму недоразвитаго таза. Кромѣ того у черныхъ расъ отмѣчается меньшая разница въ формѣ мужского и женскаго таза. Эти выводы, однако, нельзя считать окончательными въ виду небольшого числа наблюдений. Изученіе таза русской женщины, начатое А. Ф. Филатовымъ, нуждается въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ.

Мягкія части малаго таза. Форма тазоваго канала измѣняется находящимися въ немъ мягкими частями. Во входѣ въ тазъ надъ

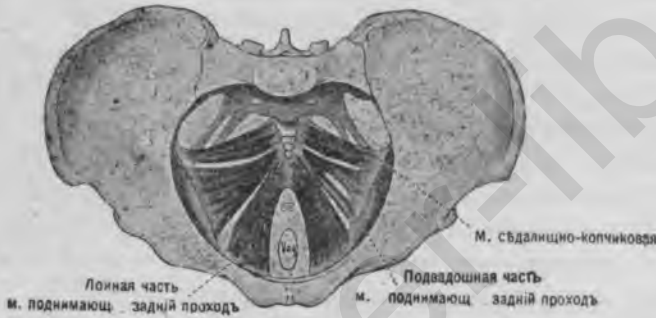


Рис. 4.

По Бумму. Тазовое дно (сверху).

крестцово-подвздошнымъ сочлененіемъ по обѣимъ сторонамъ мыса проходитъ брюшко *musc. ileo—psoas* и нѣсколько измѣняетъ форму

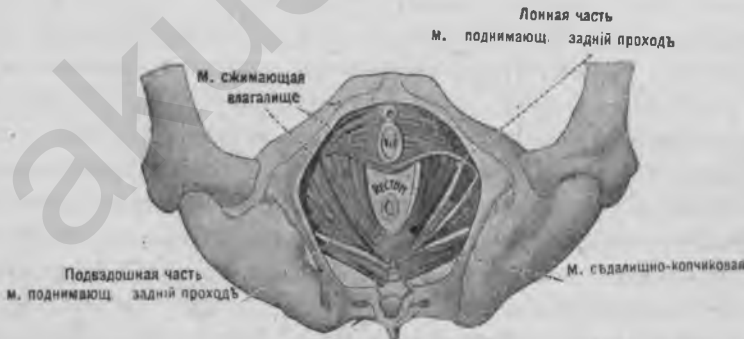


Рис. 5.

По Бумму. Тазовое дно (снизу).

таза. Въ полости таза *lig. tuberoso—sacrum* и *lig. spinoso—sacrum* до-
полняютъ образованіе стѣнокъ малаго таза и краевъ его выхода;



Рис. 6.

По Бумму. Растяжение тазового дна и образование воронкообразнаго канала, благодаря прохождению плода.

внутренняя поверхность таза закрыта двумя проходящими здѣсь мышцами: *m. m. pyriformes et obturatores interni*. Мягкія части



Рис. 7.

По Бумму. Наибольшее растяжение тазового дна, произведенное прохождениемъ плода.

больше всего измѣняютъ форму выхода таза и суживаютъ его объемъ. Фасціи и мышцы образуютъ дно таза, такъ называемую *diaphragma*



Рис. 8.

По Farabeuf'у и Varnier. Выходъ таза въ моментъ, когда подлежащая часть плода начинаетъ въ него опускаться. Копчикъ еще не отклонился назадъ.

pelvis. M. m. levator ani, transversi perinaei et coccygei и фасции, заложены между ними, изменяют направление выхода таза (рис. 4—7).



Рис. 9.

По Farabeuf'у и Varnier. Выходъ таза во время прохожденія плода послѣ отклоненія копчика назадъ.

Его выходное отверстіе принимаетъ направленіе книзу и впереди и оканчивается отверстіемъ, образующимся наружными половыми частями.

Менструація и овуляція.

Началомъ половой зрѣлости принято считать то время, когда половые органы достигаютъ способности функционировать, что выражается у женщины наступленіемъ менструаціи и овуляціи.

Подъ названіемъ менструаціи, регуль, мѣсячныхъ, кровей и т. п. понимаютъ кровянистое выдѣленіе изъ половыхъ органовъ, повторяющееся черезъ правильные промежутки времени. Менструація наступаетъ среднимъ числомъ на 15 году жизни и продолжается до наступленія климактерическаго періода, т.-е. въ среднемъ до 47-го года жизни, когда половые органы начинаютъ атрофироваться. Хотя еще до появленія менструаціи женщина можетъ быть беременной, однако полнаго развитія половые органы и весь организмъ женщины достигаютъ приблизительно къ 20-му году жизни. По даннымъ русскихъ родовспомогательныхъ заведеній беременность можетъ наступить въ возрастѣ отъ 13 до 53 лѣтъ. Извѣстны случаи родовъ на 9 и 59 году. Время наступленія первой менструаціи зависитъ отъ климата, образа жизни и расы. На югѣ у женщинъ первая менструація появляется раньше, чѣмъ на сѣверѣ; въ бѣднѣйшихъ классахъ населенія и у сельскихъ жительницъ наблюдается болѣе позднее появленіе менструаціи, чѣмъ у горожанокъ и въ болѣе обеспеченныхъ классахъ. Извѣстны случаи очень ранняго появленія кровей въ первые годы и даже мѣсяцы жизни.

Отсутствіе мѣсячныхъ у здоровыхъ женщинъ, достигшихъ половой зрѣлости, бываетъ только во время беременности и кормленія грудью ребенка. Впрочемъ изъ этого правила бываютъ и исключенія; такъ, во время кормленія грудью мѣсячныя нерѣдко появляются.

Обыкновенно отъ начала одной менструаціи до начала другой проходитъ 28 дней; у нѣкоторыхъ женщинъ этотъ промежутокъ нѣсколько больше,—у другихъ нѣсколько меньше, вообще же большинство здоровыхъ женщинъ всегда можетъ предсказать день наступленія менструаціи. Продолжительность менструаціи у различныхъ женщинъ неодинакова, но въ среднемъ равняется 4—5 днямъ.

Слизистая оболочка тѣла матки подвергается періодическимъ измѣненіямъ не только во время мѣсячныхъ, но и постоянно въ промежутокѣ между ними.

Отличаютъ 3 стадіи:

1) Дней за 10 до наступленія мѣсячныхъ слизистая оболочка постепенно набухаетъ какъ вслѣдствіе гипертрофіи и гиперплазіи ея элементовъ, такъ и вслѣдствіе трансудаціи и эксудаціи ея стромы. Кромѣ того маточныя железы расширяются и тѣсно прилежатъ другъ къ другу, тогда какъ выводные протоки ихъ отстоятъ на большомъ протяженіи. Такимъ образомъ ясно раздѣляются два слоя: глубокой, такъ наз. спонгиозный слой и поверхностный, компактный, вслѣдствіе чего слизистая оболочка принимаетъ характеръ истинной отпадающей оболочки (*decidua vera*), какъ при беременности, чему еще больше способствуетъ увеличеніе соединительно-тканныхъ клѣтокъ, напоминающихъ децидуальныя.

Незадолго до наступленія мѣсячныхъ происходитъ нереполненіе кровью расширенныхъ капилляровъ и выхожденіе крови *per rhexin* и *per diapedesin* въ щелевидныя пространства слизистой по направленію къ ея поверхности, вслѣдствіе чего образуются то подэпителиальныя гематомы, то геморрагическая инфилтрація.

2) Наступленіе мѣсячныхъ характеризуется вскрытіемъ гематомъ въ полость матки и выдѣленіемъ крови наружу; часто эпителий отслаивается, небольшая часть его отторгается, и слизистая оболочка обнажается на небольшомъ протяженіи, общаго же жирового перерожденія не происходитъ.

3) Послѣ мѣсячныхъ начинается обратное развитіе слизистой и ея возрожденіе. Толщина ея постепенно уменьшается въ 2—3 раза, кровеносныя сосуды получаютъ прежній видъ, излившаяся кровь всасывается, эпителий прилегаетъ къ подлежащимъ слоямъ, а частію образуется вновь вслѣдствіе дѣленія ядеръ. Возрожденіе слизистой заканчивается приблизительно черезъ 14 дней послѣ мѣсячныхъ, а затѣмъ снова наступаютъ ея измѣненія 1-го періода.

Кровь во время менструаціи происходитъ только изъ слизистой оболочки тѣла матки; въ слизистой же оболочкѣ канала маточной шейки увеличивается отдѣленіе слизи, которая, примѣшиваясь къ крови, поступаетъ вмѣстѣ съ нею во влагалище, а отсюда черезъ входъ во влагалище, а у дѣвственницъ черезъ отверстіе дѣвственной плевы наружу. Количество теряемой крови во время менструаціи различно, въ среднемъ оно равняется 50 граммъ.

Въ ячникахъ и трубахъ во время менструаціи происходитъ приливъ крови. Яичники увеличиваются въ объемѣ, что можно легко констатировать при ячниковыхъ грыжахъ, а иногда и при обыкно-

венномъ комбинированномъ изслѣдованіи. Приливы же крови къ фаллопеевымъ трубамъ обыкновенно не вызываютъ кровотеченія изъ слизистой оболочки ихъ.

Теченіе менструаціи часто сопровождается мѣстными болѣзненными явленіями, болями внизу живота и въ поясницѣ и ухудшеніемъ общаго состоянія здоровья женщины. Изслѣдованія въ этомъ направленіи показали, что во всемъ организмѣ женщины замѣчается какой-то волнообразный характеръ главныхъ ея жизненныхъ процессовъ въ связи съ мѣсячными. Такъ, почти всѣ жизненныя явленія во время мѣсячныхъ обыкновенно ослабѣваютъ и послѣ окончанія ихъ усиливаются. Въ менструальномъ періодѣ, который продолжается не только во время кровотеченія, но и въ теченіе приблизительно двухъ недѣль, замѣчаются слѣдующія измѣненія: падаетъ температура, пульсъ, кровяное давленіе, число дыханій, задержаніе тепла, жизненная емкость легкихъ, кожная чувствительность, вѣсъ, выдѣленіе азота, хлоридовъ, фосфатовъ.

«Въ межменструальномъ періодѣ, т.-е. тоже въ теченіе 2-хъ недѣль, всѣ эти жизненныя явленія повышаются. Такимъ образомъ женщина въ функціональномъ отношеніи періодически впадаетъ въ два противоположныя состоянія: въ промежуткѣ между мѣсячными наступаетъ состояніе бодрствованія, какъ проявленіе личной эгоистической жизни, тогда какъ во время мѣсячныхъ развивается сонливое состояніе, необходимое для служенія цѣлямъ будущаго. Слѣдовательно, менструальный періодъ есть то время, когда организмъ женщины небеременной проявляетъ готовность стать беременнымъ» (Н. А. Бѣловъ).

Овуляція состоитъ въ томъ, что одинъ изъ фолликуловъ яичника увеличивается и выступаетъ на его поверхности вслѣдствіе увеличенія содержащейся въ немъ жидкости (*liquor folliculi*) и, наконецъ, разрывается отъ чрезмѣрнаго растяженія. Тогда яичко, находившееся въ немъ, вмѣстѣ съ прилегающимъ эпителиемъ и жидкостью выпадаетъ въ полость брюшины. Выпавшее сюда яичко можетъ погибнуть; но обыкновенно яичко изъ яичника переходитъ въ соотвѣтственную трубу. Этотъ переходъ яичка въ трубу можетъ совершаться вслѣдствіе того, что у брюшного конца трубы, въ области фимбрій, происходитъ постоянное легкое теченіе, которое зависитъ отъ движенія мерцательнаго эпителия по направленію къ маточному концу трубы; такимъ образомъ, выпавшее яичко какъ бы присасывается. Нѣкоторые полагаютъ, что переходъ яичка въ трубу можетъ совершиться вслѣдствіе обхватыванія яичника съ помощью фимбрій. Дальнѣйшему передвиженію яичка по трубѣ къ маткѣ могутъ помочь и перистальтическія движенія трубы. До сихъ поръ мы

не знаемъ точно, сколько времени нужно яичку для того, чтобы достичь матки. (По Бишофу 8—12 дней.)

Переходъ яичка изъ яичника въ противоположную трубу носить название **наружнаго передвиженія яйца** (*migratio ovi externa*). Возможность этого явленія еще подвергается сомнѣнiю, хотя опыты проф. Леопольда на кроликахъ показали, что беременность у нихъ наступала послѣ удаленія одного яичника и перерѣзки противоположной трубы. Наружнымъ передвиженiемъ яичка могутъ быть объяснены случаи маточной беременности при полномъ закрытiи просвѣта одной трубы и присутствiи истиннаго желтаго тѣла въ яичникѣ той же стороны, а также случаи нахожденія въ трубѣ яичка, вышедшаго изъ яичника противоположной стороны.

Менѣе доказательно внутреннее передвиженiе яйца (*migratio ovi interna*), т.-е. прохожденiе его черезъ трубу одной стороны въ матку и отсюда въ противоположную трубу.

Послѣ выходенія яичка изъ лопнувшаго фолликула, въ полость послѣдняго происходитъ кровоизлiянiе и затѣмъ вскорѣ начинается превращенiе полости фолликула въ такъ называемое желтое тѣло (*corpus luteum*). При этомъ въ кровяной сгустокъ начинаетъ вращаться стѣнка бывшаго фолликула, вдвигаясь фестонами, состоящими изъ особыхъ лутеиновыхъ клѣтокъ; это—крупныя пластинчатая клѣтки съ блѣдно-красящимся ядромъ и протоплазмой, наполненной мелкими желтоватаго цвѣта зернышками. Лутеиновыя клѣтки, выполняющiя полость бывшаго фолликула, затѣмъ начинаютъ исчезать, а соединительная ткань занимаетъ ихъ мѣсто, кровеносные сосуды запусѣваютъ, и на мѣстѣ бывшаго фолликула образуется рубецъ, состоящiй изъ гiалиновой соединительной ткани (такъ наз. *corpus albicans*). Если яйцо, вышедши изъ лопнувшаго фолликула, оплодотворилось, то процессъ образованiя желтаго тѣла бываетъ выраженъ болѣе рѣзко и самое желтое тѣло носить названiе истиннаго (*corpus luteum verum*); если же беременность не наступила, то желтое тѣло выступаетъ слабѣе и носить названiе ложнаго (*corpus luteum spurium*).

Теорiя менструацiи. Для объясненiя причины менструацiй предложено очень много теорiй, но ни одна изъ нихъ не можетъ назваться общепринятой. Большинство изслѣдователей полагаютъ, что менструацiя зависитъ отъ присутствiя яичниковъ и отъ происходящей въ нихъ овуляцiи. Дѣйствительно, оба процесса—менструацiя и овуляцiя—одновременно наступаютъ въ юности и одновременно прекращаются въ старости; пока у женщины существуетъ менструацiя, для нея возможна и беременность. У женщинъ съ врожденнымъ отсутствiемъ яичниковъ менструацiи не бываетъ. Однако

овуляція можетъ происходить и безъ одновременной менструаціи. Сюда относятся случаи беременности во время кормленія грудью при полномъ отсутствіи мѣсячныхъ и случаи первой беременности у молодыхъ женщинъ, у которыхъ еще ни разу не было менструаціи. Раньше наиболѣе распространенной являлась теорія Пфлюгера, который ставилъ связь менструаціи съ овуляціей въ зависимость отъ нервной системы. Согласно его теоріи, постоянный ростъ фолликуловъ вызываетъ раздраженіе нервовъ, находящихся въ стромѣ яичниковъ; это раздраженіе постоянно передается въ спинной мозгъ, и когда достигаетъ извѣстной силы, то по рефлексу происходитъ приливъ крови къ половымъ органамъ. Вслѣдствіе этого наступаетъ кровотеченіе изъ матки (менструація) и одновременно—разрывъ созрѣвшаго фолликула (овуляція).

Для опредѣленія связи между менструаціей и овуляціей пользуются наблюденіями изъ оперативной гинекологіи, анатомическими вскрытіями и опытами на животныхъ.

Дѣйствительно оказалось, что менструація прекращается послѣ полного удаленія яичниковъ; исключенія объясняются или тѣмъ, что часть яичника была оставлена, или тѣмъ, что продолжавшееся послѣ операціи кровотеченіе было патологическимъ явленіемъ, а не менструаціей. Произведенныя Леопольдомъ изслѣдованія яичниковъ, удаленныхъ послѣ операціи, показали, что овуляція въ большинствѣ случаевъ совпадаетъ съ менструаціей, но болѣе чѣмъ въ трети случаевъ она происходитъ неодновременно съ менструаціей. На основаніи позднѣйшихъ изслѣдованій Леопольдъ пришелъ къ заключенію, что менструація зависитъ отъ присутствія яичниковъ, а не только отъ простого разрыва Граафова фолликула, и отъ достаточнаго развитія слизистой оболочки матки.

Вскрытія труповъ женщинъ, умершихъ внезапно во время менструаціи, не всегда давали одинаковые результаты.

Опыты на животныхъ, произведенные для выясненія связи менструаціи съ овуляціей, не могутъ быть вполнѣ доказательными, такъ какъ менструацію и течку нельзя признать за совершенно тождественные процессы. Наиболѣе интересные опыты Хальбана, произведенные на обезьянахъ съ цѣлью выяснитъ существованіе внутренней секреціи яичниковъ, какъ причины менструаціи, не всѣ были удачны; удачные опыты состояли въ удаленіи яичниковъ и пересадкѣ ихъ въ различныя отдаленныя части тѣла, послѣ чего менструація продолжалась; послѣ же удаленія такого пересаженнаго яичника менструація прекращалась.

Френкель предложилъ теорію, согласно которой менструація зависитъ не отъ давленія растущаго фолликула на нервы

яичника и не отъ внутренней секреціи самого яичника, а отъ секреторной дѣятельности желтаго тѣла. Для доказательства онъ выжигалъ у животныхъ желтое тѣло, послѣ чего наступленіе мѣсячныхъ отдалялось на 4—8 недѣль, т.-е. до образованія новаго желтаго тѣла.

Однако въ послѣднее время возникаетъ сомнѣніе относительно безусловной зависимости мѣсячныхъ отъ функцій яичника, такъ какъ и послѣ кастраціи наблюдаются періодическія *molimina menstrualia* и волнообразное колебаніе всѣхъ жизненныхъ процессовъ. Высказываются предположенія о неизвѣстныхъ, можетъ быть, космическихъ причинахъ періодичности мѣсячныхъ, равно какъ и другихъ періодическихъ явленій организма.

Физиологическое значеніе менструаціи до сихъ поръ тоже остается необъяснимымъ, такъ какъ мы не знаемъ, происходитъ ли виѣдреніе оплодотвореннаго яйца въ слизистую оболочку передъ менструаціей или послѣ нея. Одни предполагаютъ, что оплодотворяется яйцо послѣдней овуляціи, сопровождавшейся менструаціей, и видятъ въ нарушеніи цѣлости слизистой оболочки матки во время менструальнаго кровотеченія благоприятный моментъ для виѣдренія яйца. Сюда принадлежитъ Пфлюгеръ, по мнѣнію котораго «менструація есть инокуляціонный уколъ, производимый природою для прививки материнскому организму оплодотвореннаго яйца». Другіе—и это мнѣніе въ настоящее время также очень распространено—считаютъ, что оплодотворяется яйцо той овуляціи, при которой уже менструаціи не было. По этой теоріи, предменструальное припуханіе и разрыхленіе слизистой оболочки служитъ для лучшаго воспріятія ею оплодотвореннаго яйца (приготовленіе гнѣзда). Согласно этому воззрѣнію, наступившая менструація указываетъ на уничтоженіе гнѣзда и на то, что оплодотвореніе яйца не состоялось; менструація, по выраженію Сигизмунда, есть «выкидышь неоплодотвореннаго яйца».

Физиологія беременности.

Оплодотвореніе.

Физиологической беременностью называется такое состояніе женщины, когда въ ея нормальной маткѣ правильно развивается плодъ въ теченіе 10 лунныхъ мѣсяцевъ, послѣ чего беременность заканчивается родами, т.-е. изгнаніемъ плода изъ половыхъ органовъ женщины.

При патологической беременности, во-первыхъ, плодъ можетъ развиваться не въ маткѣ (внѣматочная беременность), во-вторыхъ.

находясь въ маткѣ или внѣ ея, онъ совсѣмъ не развивается (заносъ) или развивается неправильно, и въ-третьихъ, беременность можетъ быть осложнена болѣзненными явленіями въ различныхъ органахъ (общія и мѣстныя заболѣванія). Поэтому беременностью въ обширномъ значеніи этого слова, т.-е. физиологической и патологической, называется такое состояніе женщины, при которомъ она въ своемъ тѣлѣ носить оплодотворенное яйцо.

Для того, чтобы оплодотвореніе совершилось, необходимо интимное соединеніе яйца, выпавшаго изъ фолликула, съ мужскою сѣменнойю клѣткою (сперматозоидомъ).

Вполнѣ развитое женское яйцо имѣетъ въ поперечникѣ около 0,2 мм., оно едва видимо невооруженнымъ глазомъ. Главная масса его состоитъ изъ протоплазмы или желтка, среди котораго, обыкновенно эксцентрически, расположенъ зародышевый пузырекъ (*vesicula germinativa*) съ заключеннымъ въ немъ зародышевымъ пятномъ (*macula germinativa*). Прилегающія непосредственно къ яйцу эпителиальныя клѣтки *membranae granulosae*, склеиваясь, превращаются въ блестящій безструктурный слой—*zona pellucida*—окружающій кольцомъ яйцевую клѣтку. Клѣтки *membranae granulosae*, тѣсно прилежащія къ *zona pellucida*, образуютъ такъ называемую *corona radiata*.

Такое яйцо, какъ это доказано на животныхъ, еще не способно къ оплодотворенію: въ немъ сначала долженъ произойти процессъ созрѣванія, состоящій въ исчезновеніи зародышеваго пузырька и образованіи ядра и полюсныхъ тѣлецъ. Этотъ процессъ на человѣческомъ яйцѣ еще не наблюдался.

Мужскія сѣменные клѣтки, или сѣменные нити, происходятъ изъ эпителия *tubuli contorti*, т.-е. тѣхъ канальцевъ, которые составляютъ главную массу паренхимы мужского яйца. По Луде, при каждомъ совокупленіи выбрасывается около 200 миллионъ сѣменныхъ нитей. Каждая нить состоитъ изъ головки, болѣе тонкой средней части и очень тонкаго хвоста. Эти нити имѣютъ способность самостоятельно передвигаться головкою впередъ съ помощью движеній своего хвоста; скорость ихъ движенія 2—3 мм. въ минуту. Такимъ образомъ, черезъ 1—2 ч. онѣ могутъ пройти путь отъ наружнаго отверстія матки до брюшнаго конца трубы. Въ кислыхъ растворахъ сѣменные нити перестаютъ двигаться, тогда какъ въ щелочныхъ, въ растворахъ сахара, ихъ движенія становятся болѣе сильными. Слишкомъ продолжительное пребываніе сѣменныхъ нитей во влагищѣ вредно вліяетъ на ихъ жизнеспособность, такъ какъ, вслѣдствіе кислой реакціи влагищнаго отдѣляемаго, ихъ движенія вначалѣ ослабѣваютъ, а затѣмъ совершенно прекращаются. Изъ

влагалища сперматозоиды поступают через наружное отверстие шейки в матку, главным образом, благодаря самостоятельным движениям. Указывалось также и на особую присасывательную способность матки: будто бы при сношении происходит опускание шейки и раскрытие маточного зѣва,—что и способствует поступлению сѣменных нитей в матку. Впрочем, для поступления сѣмени в матку нѣтъ надобности в активномъ ея участіи, такъ какъ извѣстны случаи оплодотворенія безъ нарушенія дѣвственной плевы и безъ введенія полового члена во влагалище; сѣменные нити, благодаря ихъ способности передвигаться, могутъ перейти изъ наружныхъ половыхъ органовъ черезъ отверстие дѣвственной плевы во влагалище, а отсюда в матку.

Изъ матки сѣменные нити передвигаются по фаллопиевымъ трубамъ; в наружномъ концѣ трубы, среди многочисленныхъ складокъ онѣ могутъ оставаться и сохранять свои оплодотворяющія свойства довольно долгое время (Дюрссенъ нашелъ сперматозоидовъ в складкахъ фимбрій трубы черезъ 3 недѣли послѣ бывшаго совокупленія).

При встрѣчѣ сѣменныхъ нитей съ яйцомъ происходитъ оплодотвореніе; эта встрѣча можетъ произойти в любомъ мѣстѣ: в маткѣ, в трубѣ и даже в яичникѣ. Вѣроятно же всего оплодотвореніе происходитъ в брюшномъ концѣ фаллопиевой трубы, откуда при помощи мерцательнаго эпителія, а можетъ-быть, и сокращеній круговаго слоя мышцъ оплодотворенное яйцо переходитъ в полость матки, гдѣ и поселяется для дальнѣйшаго своего развитія.

Какимъ образомъ происходитъ оплодотвореніе у человѣка, мы до сихъ поръ не знаемъ. Способъ оплодотворенія изученъ на прозрачныхъ яйцахъ иглокожихъ животныхъ. Какъ у нихъ, такъ и у высшихъ животныхъ для оплодотворенія яйца служить всегда только одна сѣменная нить.

Когда головка ея подойдетъ къ поверхности яйца, то на послѣдней протоплазма образуетъ бугорокъ, который вытягивается по направленію къ головкѣ; в этомъ мѣстѣ и видѣруется в яйцо головка, образующая такъ называемое сѣменное ядро. Это послѣднее сливается съ яйцевымъ ядромъ; вслѣдствіе такого сліянія образуется первое сегментаціонное ядро, которое размножается дѣленіемъ посредствомъ каріокинеза. Вслѣдствіе постепеннаго дѣленія ядра и желтка подъ zona pellucida появляется слойтѣсно прилегающихъ другъ къ другу клѣтокъ, которыя образуютъ такъ называемую зачатковую оболочку (blastoderma). В одномъ мѣстѣ яйца клѣтки скопляются особенно сильно, это и будетъ зачатковое пятно (area germinativa), изъ котораго потомъ развивается тѣло зародыша. До сихъ поръ никто не видалъ человѣческихъ яицъ в состояніи дробленія и образованія зародышеваго пузыря.

При дальнѣйшемъ развитіи в зачатковой оболочкѣ различаются три листка: наружный (ectoderma), средній (mesoderma) и внутренній (entoderma), изъ которыхъ и образуются ткани и органы, составляющіе зародышъ.

Оболочки яйца.

Согласно прежней такъ наз. классической теоріи, оплодотворенное человѣческое яйцо прикрѣпляется на эпителии слизистой оболочки матки, которая въ это время уже подготовлена для воспріятія яйца; затѣмъ слизистая оболочка, подымаясь въ видѣ валика по всей периферіи яйца, покрываетъ его со всѣхъ сторонъ, образуя такъ называемую *deciduo reflexa* или *capsularis*. Такимъ образомъ, яйцо оказывается заключеннымъ въ ограниченный участокъ полости матки, гдѣ и происходитъ его дальнѣйшее развитіе.

Позднѣйшія изслѣдованія надъ животными, особенно работы графа Спе надъ имплантаціей яйца морской свинки, показали, что яйцо разрушаетъ эпителий слизистой матки и в нѣдрахъ ея въ самое существо слизистой оболочки.

Петерсъ въ 1897 году, а затѣмъ Леопольдъ въ 1906 г., изслѣдовавшіе человѣческое яйцо очень молодого возраста, доказали, что и у человѣка яйцо также не прикрѣпляется на поверхности слизистой, а погружается въ ея толщу. Яйцо Петерса величиной приблизительно въ просяное зерно (1 мм.) было найдено при вскрытіи на задней стѣнкѣ матки женщины, лишившей себя жизни черезъ нѣсколько дней послѣ того, какъ мѣсячныя не пришли; оно представляетъ изъ себя первое яйцо человѣка, изученное въ той стадіи, когда оно еще не покрыто *dec. reflexa*. Это яйцо, какъ оказалось, не выдается надъ поверхностью слизистой оболочки, а все погружено въ ея толщу, причемъ слизистая не покрываетъ всего яйца, а въ одномъ мѣстѣ она разрушена, и здѣсь яйцо покрыто сгусткомъ фибрина; эпителий также не покрываетъ той части отпадающей оболочки, которая обращена къ яйцу.

Дальнѣйшее развитіе яйца въ маткѣ происходитъ слѣдующимъ образомъ. Ворсинки, окружающія яйцо, вытѣсняютъ трофобластъ, т.-е. первоначальный клѣточный покровъ яйца, погружаются въ отпадающую оболочку, быстро растутъ, снабжаются сосудами съ помощью аллантаиса; причемъ эпителий ворсинокъ, благодаря присутствію ему активной способности проникать черезъ отпадающую оболочку, вскрываетъ материнскіе сосуды, вслѣдствіе чего кровь матери, направляясь въ межворсинчатые пространства, приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ эктодермальнымъ эпителиемъ. Въ началѣ беременности ворсинки занимаютъ всю наружную поверхность яйца, но со 2—3 мѣсяца онѣ атрофируются, за исключеніемъ той части, гдѣ развивается плацента.

Въ концѣ беременности плодъ окруженъ со всѣхъ сторонъ околоплодною жидкостью, въ которой онъ можетъ довольно сво-

бодно передвигаться. Плодь, вмѣстѣ съ плодною жидкостью, заключенъ въ трехъ оболочкахъ: изъ нихъ ближайшая къ нему водная (amnion), затѣмъ слѣдуетъ ворсистая (chorion) и, наконецъ, отпадающая (decidua).

Въ одномъ мѣстѣ отпадающей оболочки изъ прилежащей къ ней ворсистой образуется такъ называемое дѣтское мѣсо (placenta); отъ послѣдняго къ плоду идетъ пупочный канатикъ, содержащій въ себѣ сосуды, при помощи которыхъ поддерживается кровообращеніе плода.

Отпадающая оболочка (Membrana decidua). Подъ влияніемъ развитія оплодотвореннаго яйца происходитъ превращеніе слизистой оболочки матки въ такъ называемую отпадающую оболочку. Различаютъ три части отпадающей оболочки. Та часть оболочки, гдѣ прикрѣпилось оплодотворенное яйцо, носитъ названіе **decidua serotina** (запоздалая) или **basalis**, потому что она служитъ какъ бы основаніемъ для яйца. Часть оболочки, окружающая яйцо со стороны

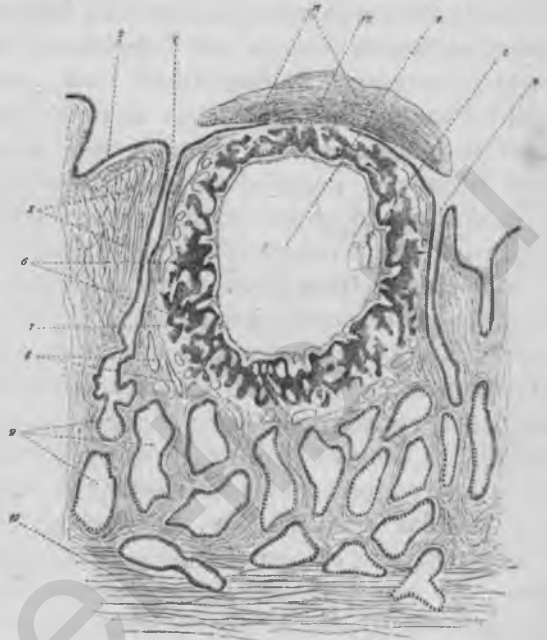


Рис. 10.

Самое раннее человѣческое яйцо по Петерсу.

1—яйцо, 2—зародышъ, 3—маточный эпителий, отсутствующій въ мѣстѣ внѣдренія яйца, 4—отверстіе железъ, 5—соединительная ткань слизистой оболочки, 6—эктодерма яйца (трофобласть) съ начинающимся образованіемъ ворсинокъ и синцитіальными отростками, которые погружаются въ сѣтъ кровяныхъ лакунь, имѣющую связь съ капиллярами (8), окружающими яйцо, 7—мезодерма, 9—разрѣзы железъ, 10—мышечная оболочка матки, 11—грибовидное образованіе изъ крови и фибрина, закрывающее мѣсто, гдѣ внѣдрилось яйцо.

полости матки, носитъ названіе **decidua reflexa** (завороченная) или **capsularis**; въ ней яйцо заключено какъ бы въ капсулѣ. Наконецъ, та оболочка, которая выстилаетъ всю внутреннюю поверхность матки, носитъ названіе **decidua vera** (истинная) (рис. 11). Эта послѣдняя въ первые мѣсяцы беременности достигаетъ до 1 см. Съ 3—4 мѣсяца она постепенно истончается и въ концѣ беременности становится едва замѣтною. **Строеніе ея:** въ междуточной ткани слизистой оболочки происходитъ разрастаніе особыхъ большихъ полигональных клѣ-

токъ съ пузырькообразнымъ ядромъ. Эти такъ называемыя децидуальныя клѣтки плотно прилежать другъ къ другу почти безъ межуточнаго вещества, среди нихъ встрѣчаются мелкія круглыя клѣтки, иногда похожія на лейкоцитовъ. Это разрастаніе децидуальныхъ клѣтокъ всего яснѣе въ верхнемъ слоѣ слизистой оболочки матки, при чемъ маточныя железы ими совершенно вытѣсняются, и образуется такъ называемый **компактный слой** отпадающей оболочки. Подъ этимъ слоемъ децидуальныя клѣтки развиты мало, но маточныя железы расширяются, удлинняются и идутъ параллельно мышечной оболочкѣ матки; такимъ образомъ, строеніе глубокаго слоя отпадающей оболочки отличается отъ поверхностнаго, и этотъ нижній слой отпадающей оболочки называется **спонгиознымъ слоемъ**.

Decidua reflexa (рис. 11), въ началѣ беременности также довольно толстая, постепенно истончается вслѣдствіе механическаго растяженія быстро растущимъ яйцомъ. Уже на 3-мъ мѣсяцѣ она имѣетъ толщину только около 1 мм., безсосудиста, децидуальныя клѣтки ея подвергаются жировому перерожденію; съ 5-го мѣсяца она слипается съ decidua vera, и образуется одна очень тонкая оболочка, такъ что съ этого времени маточная полость вполнѣ исчезаетъ.

Decidua serotina (рис. 11)—вначалѣ такого же строенія, какъ и decidua vera; въ дальнѣйшемъ значительно измѣняется вслѣдствіе того, что она, при посредствѣ сильно развивающихся здѣсь кровеносныхъ сосудовъ, вступаетъ въ болѣе тѣсное отношеніе съ прилежащею къ ней ворсистою оболочкою; изъ этихъ двухъ оболочекъ образуется такъ называемая placenta, или дѣтское мѣсто, въ котормъ совершается обмѣнъ крови матери и плода.

Отношенія спонгиознаго и компактнаго слоевъ отпадающей оболочки особенно рѣзко выражены въ decidua serotina; при выходѣ плаценты изъ матки послѣ родовъ она отдѣляется въ спонгиозномъ слоѣ, послѣ чего изъ остающихся глубокихъ железъ матки происходитъ возрожденіе железистаго слоя слизистой оболочки матки. Эпителій, покрывающій слизистую оболочку, съ начала беременности постепенно атрофируется и исчезаетъ.

Ворсистая оболочка (Chorion). Ворсистая оболочка, окружающая яйцо со всѣхъ сторонъ, лежитъ между отпадающею оболочкою съ одной стороны и водною оболочкою—съ другой. Эта оболочка (chorion primitivum) у животныхъ и, вѣроятно, у человѣка происходитъ изъ zona pellucida и состоитъ изъ очень маленькихъ и безструктурныхъ ворсинокъ; очень рано она замѣняется уже истинною ворсистою оболочкою. Послѣдняя состоитъ изъ двухъ слоевъ; наружнаго эпителиальнаго (exochorion) и внутренняго, соединительно-тканнаго, содержащаго сосуды (endochorion). Очень рано

въ ворсинкахъ, разросшихся по всей окружности яйца, появляются кровеносные сосуды, исходящiе изъ allantois (рис. 15). Эти ворсинки вначалѣ равномерно распредѣлены по поверхности, но на 2-мъ мѣсяцѣ ворсинки, прилежащiя къ *dec. reflexa*, постепенно исчезаютъ (*chorion laeve*), тогда какъ въ мѣстѣ соприкосновенiя съ *dec. serotina* онѣ сильнѣе разрастаются (*chorion frondosum*) (рис. 11). При

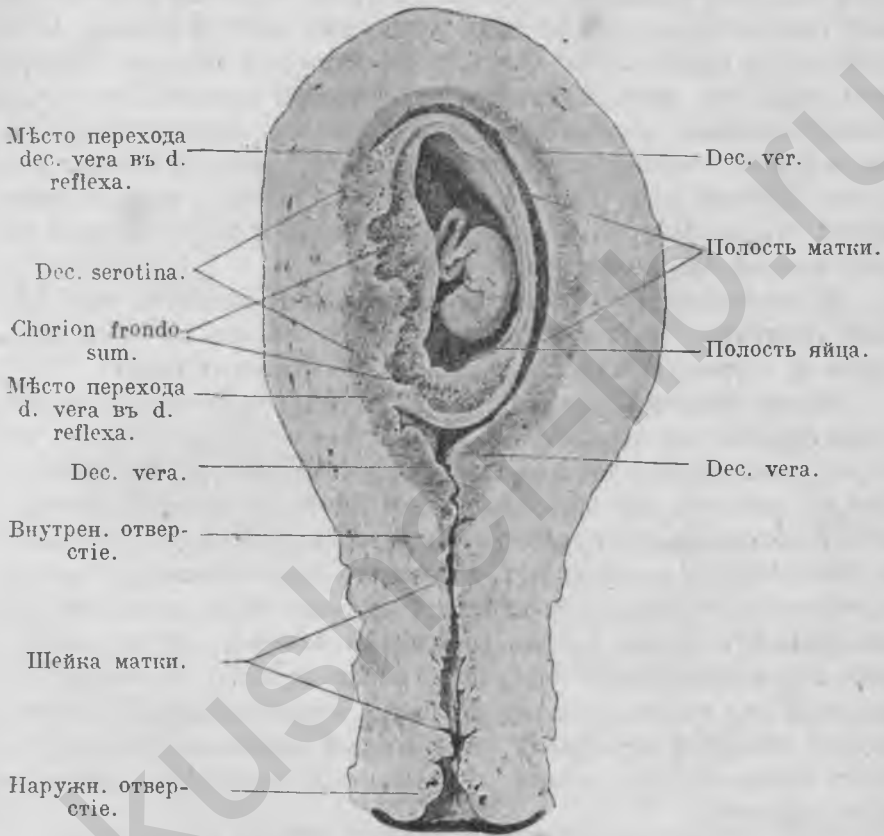


Рис. 11.

Матка съ яйцомъ въ концѣ 2 мѣсяца беременности.

дальнѣйшемъ развитiи беременности *chorion laeve* образуетъ свѣтлую, очень тонкую соединительно-тканную оболочку, которая соединена съ *dec. reflexa* при помощи сильно атрофировавшихся бессосудистыхъ ворсинокъ; а *chorion frondosum* образуетъ такъ наз. дѣтское мѣсто (*placenta*), состоящее изъ толстаго слоя древовидно развѣтвившихся ворсинокъ, содержащихъ большое количество сосудовъ. Такимъ образомъ, *placenta* начинаетъ развиваться со 2-го

мѣсяца; она представляет ту часть ворсистой оболочки, которая приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ *dec. serotina* и которая значительно измѣняется вслѣдствіе того, что должна давать питательный матеріаль для дальнѣйшаго развитія плода. Ворсы состоятъ изъ нѣжной соединительной ткани (вначалѣ слизистой), въ которой находятся тонкостѣнные кровеносные сосуды. Въ каждой ворсинкѣ находится по одной артеріи и по одной венѣ, которыя представляютъ изъ себя вѣточки пупочныхъ артеріи и вены. Снаружи ворсы покрыты эпителиемъ, который имѣетъ два слоя. Первый слой, такъ наз. **слой Ланганса**, прилегающій непосредственно къ основѣ ворсинки, состоитъ большею частью изъ одного ряда эпителия и только мѣстами на вершинѣ ворсъ образуетъ клѣточные колонны. Второй слой, покрывающій первый, носить названіе **синцитія**: онъ прилежитъ къ децидуальной ткани и представляется въ видѣ гигантской многоядерной клѣтки.

Въ настоящее время большинство авторовъ считаютъ, что какъ слой Ланганса, такъ и синцитій происходятъ изъ клѣтокъ эктодермы и, слѣдовательно, принадлежать не матери, а плоду.

Водная оболочка (amnion). (Рис. 12, 13, 14, 15.) Водная оболочка, самая ближайшая къ плоду, получила такое названіе потому, что въ ней заключаются такъ наз. воды, т.-е. околоплодная жидкость. Она происходитъ изъ эктодермального листка и, такимъ образомъ, представляетъ изъ себя продолженіе кожныхъ покрововъ зародыша. Водная оболочка состоитъ изъ наружнаго эпителиального слоя и внутренняго соединительно-тканнаго, который тѣсно спаянъ съ соединительно-тканнымъ слоемъ ворсистой оболочки; но на вышедшемъ послѣдѣ водную оболочку легко можно отдѣлить отъ ворсистой, при чемъ она имѣетъ видъ очень тонкой, просвѣчивающей пленки. Водная оболочка переходитъ на пупочный канатикъ и окружаетъ его со всѣхъ сторонъ, а также покрываетъ и, такъ назыв., дѣтскую часть плаценты.

Дѣтское мѣсто (placenta).

Значительная активность эпителия ворсинокъ играетъ важную роль въ строеніи плаценты. Развѣдающія свойства синцитія имѣютъ большое сходство съ клѣтками злокачественныхъ опухолей. Синцитій приходитъ въ соприкосновеніе съ отпадающею оболочкою, въ которой въ это время наблюдается значительное развитіе сосудовъ; онъ проникаетъ черезъ нее, разрушаетъ стѣнки сосудовъ, и тогда кровь матери свободно изливается въ такъ наз. **межворсипчатая пространства**, образующіяся вслѣдствіе того, что ворсинки не вездѣ плотно соеди-

нены съ отпадающею оболочкою. Въ этихъ межворсинчатыхъ пространствахъ циркулируетъ только кровь матери; сюда погружены ворсинки, покрытыя синцитіемъ, при чемъ каждая ворсинка заключаетъ въ себѣ вѣточку пупочной артеріи и пупочной вены, отдаю-

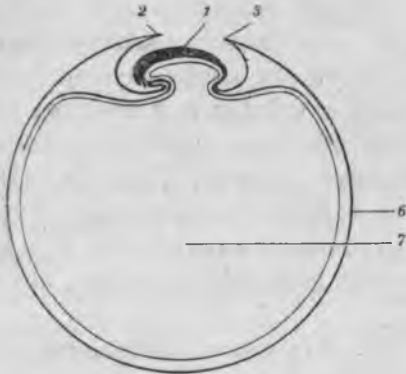


Рис. 12.

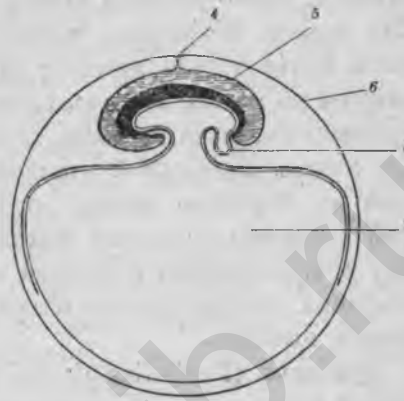


Рис. 13.

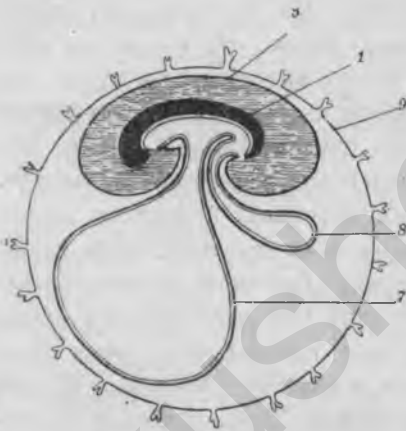


Рис. 14.

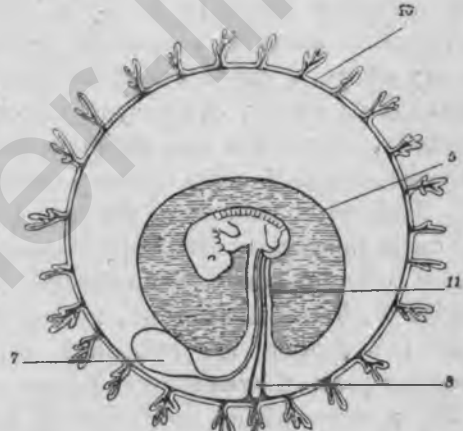


Рис. 15.

Образованіе водной и ворсистой оболочки въ яйцѣ млекопитающихъ по Келлинеру.
 1. Зародышъ. 2. Передняя. 3. Задняя складка водной оболочки. 4. Мѣсто соединенія обѣихъ складокъ. 5. Мѣшокъ водной оболочки. 6. Серозная оболочка. 7. Желточный или пупочный пузырекъ. 8. Allantois. 9. Chorion primitivum. 10. Chorion verum. 11. Водная оболочка, покрывающая пупочный канатикъ.

щихъ углекислоту и получающихъ кислородъ изъ материнской крови. Такимъ образомъ, материнская кровь, находящаяся въ межворсинчатыхъ пространствахъ, нигдѣ не соединяется съ кровью плода, заключенною въ ворсинкахъ.

Плацента, или дѣтское мѣсто, имѣетъ видъ мягкаго плоскаго тѣла круглой или овальной формы. Оно прикрѣпляется на передней,

задней или боковых стѣнкахъ или въ днѣ матки. Въ концѣ беременности дѣтское мѣсто вѣситъ около 500 грм., толщина его около 3 см., поперечный размѣръ около 20 см.; нерѣдко наблюдаются отклоненія въ формѣ и величинѣ дѣтскаго мѣста. Въ немъ различаютъ двѣ поверхности: одна—**дѣтская часть**, гладкая, обращена къ плоду и покрыта водною оболочкою, черезъ которую просвѣчиваютъ толстыя вены и болѣе тонкія артеріи; другая поверхность—**материнская**— обращена къ маткѣ; эта послѣдняя болѣе или менѣе глубокими бороздками раздѣлена на доли, такъ наз. *cotyledones*, и покрыта тонкимъ слоемъ запоздалой отпадающей оболочки, которая заходитъ также въ бороздки между отдѣльными долями. Дѣтское мѣсто послѣ рожденія младенца выходитъ вмѣстѣ съ яйцевыми оболочками, т. е. ворсистою и водною и пупочнымъ канатикомъ. Всѣ эти части яйца, выходящія изъ матки послѣ рожденія младенца, носятъ названіе **послѣда**.

Пуповина (*Funiculus umbilicalis*). Пуповиной называется тотъ шнуръ или канатикъ, въ которомъ заключены сосуды, несущіе кровь отъ дѣтскаго мѣста къ плоду и обратно. Она состоитъ изъ двухъ пупочныхъ **артерій**, несущихъ венозную кровь отъ плода къ дѣтскому мѣсту, и одной **вены**, которая несетъ **артеріальную** кровь отъ послѣда къ плоду. Эти сосуды заключены въ такъ наз. **Вартоновой студени**, состоящей изъ эмбриональной соединительной ткани; пупочный канатикъ, какъ сказано, снаружи покрытъ водною оболочкою.

Пупочный канатикъ, толщиною въ мизинецъ, имѣетъ въ длину 50 см. и представляется скрученнымъ въ видѣ спирали; петли пуповины обыкновенно расположены между брюшной поверхностью плода и дѣтскимъ мѣстомъ, иногда же онѣ обвиваютъ шейку плода или конечности. На пуповинѣ нерѣдко наблюдаются такъ наз. **ложные узлы**, зависящіе отъ утолщенія и извитія сосудовъ. Кромѣ того, крайне рѣдко встрѣчаются **истинные узлы**, которые происходятъ вслѣдствіе того, что плодъ при своихъ движеніяхъ проskalъзываетъ въ петлю пуповины и затягиваетъ ее.

Въ пуповинѣ, кромѣ сосудовъ, находятся еще остатки двухъ эмбриональныхъ образований—**желточнаго протока и колбасовидной оболочки** (*allantois*). (Рис. 12, 13, 14, 15.)

Желточный протокъ появляется въ первые стадіи развитія яйца, вслѣдствіе того, что большая часть желтка отшнуровывается, образуя такъ наз. пупочный пузырекъ. Этотъ протокъ соединяетъ пузырекъ съ брюшной полостью плода и въ немъ проходятъ сосуды (*vasa omphalo mesenterica*), служащіе для первоначальнаго питанія зародыша. Пупокъ плода образуется на мѣстѣ перехода желточнаго протока въ незамкнутую вначалѣ брюшную полость зародыша.

По мѣрѣ развитія кровообращенія въ ворсахъ ворсистой оболочки, пупочный пузырекъ и желточный протокъ атрофируются, и на плацентѣ доношеннаго плода съ трудомъ можно найти между ворсистой и водной оболочками остатокъ пупочнаго пузырька, отъ котораго идетъ тонкая полоска желточного протока. Если на вышедшей плацентѣ сильно натянуть пупочный канатикъ, то на мѣстѣ его прикрѣпленія образуется складка водной оболочки (складка Шульце); въ ней-то и находится желточный протокъ, который направляется къ едва видимому пупочному пузырьку.

Такимъ образомъ, въ первое время зародышъ питается изъ этого желточного пузырька; по мѣрѣ атрофii этого пузырька со стороны прямой кишки плода начинаетъ выростать *allantois*, — **мочевои мѣшокъ**, — который, проходя подъ водной оболочкой, несетъ къ ворсистой оболочкѣ пупочные сосуды; такимъ образомъ, начинаетъ развиваться плацентарное кровообращеніе. Впослѣдствii *allantois* застываетъ и съ трудомъ можетъ быть найденъ въ толщѣ пупочнаго канатика; часть же его, лежащая въ тѣлѣ зародыша, превращается въ мочевои пузырь и протокъ (*urachus*); послѣдній облитерируется и образуетъ такъ наз. *ligamentum vesico-umbilicale medium*.

Околоплодная жидкость. Околоплодная жидкость выполняетъ мѣшокъ, образуемый водной оболочкой; плодъ окруженъ этой жидкостью со всѣхъ сторонъ такъ, что онъ можетъ свободно въ ней передвигаться; она служитъ для защиты плода отъ давленія со стороны стѣнокъ матки и также препятствуетъ придавливанію пупочнаго канатика. Во время родовъ эта жидкость выпячиваетъ плодныя оболочки (ворсистую и водную) въ зѣвъ матки, вслѣдствіе чего образуется такъ называемый плодный пузырь. Нормальное количество ея въ концѣ беременности около $\frac{1}{2}$ —1 литра; реакція щелочная, удѣльный вѣсъ около 1010. Жидкость эта вначалѣ свѣтлая, затѣмъ дѣлается мутной отъ примѣси пушковыхъ волосъ, эпидермиса и сыровидной смазки, которые переходятъ въ нее съ кожи плода. Кромѣ того, въ ней есть небольшое количество бѣлка, солей и мочевины.

Вопросъ о происхожденіи околоплодной жидкости до сихъ поръ еще не разрѣшенъ окончательно. Одни полагаютъ, что въ образованіи ея принимаетъ участіе организмъ матери, другіе считаютъ, что она происходитъ отъ плода.

За происхожденіе ея отъ организма матери говорятъ опыты Цунтца, который, впрыскивая индигосѣрноокислый натръ въ яремную вену беременной самки, находилъ это красящее вещество въ околоплодной жидкости, при чемъ въ почкахъ плода его не было; такой же результатъ получился и послѣ умерщвленія плода.

Гуссеровъ и его ученики считаютъ, что источникомъ около-

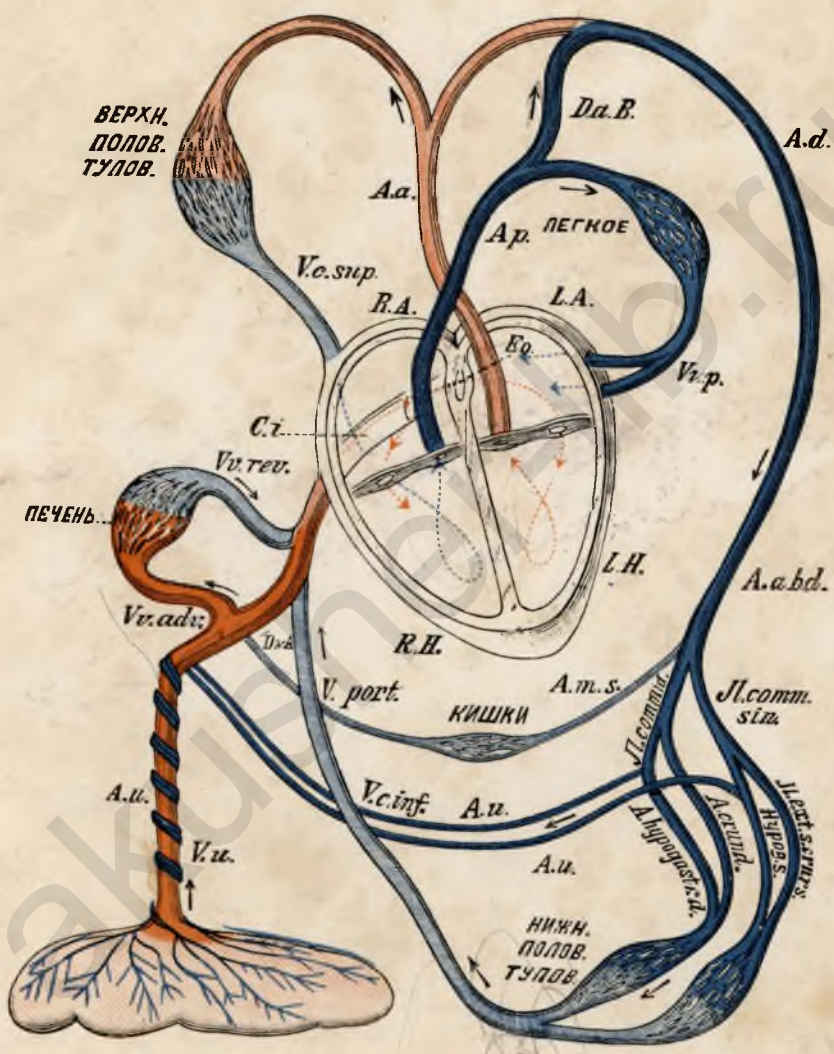
плодной жидкости служат почки плода, который периодически выпускает из мочевого пузыря мочу в полость водной оболочки. Для доказательства этого мнѣнія Гуссеровъ давалъ беременнымъ бензойную кислоту и находилъ у нихъ в околоплодной жидкости гипсуровую кислоту; отсюда онъ вывелъ заключеніе, что бензойная кислота, прежде, чѣмъ попасть в околоплодную жидкость, должна была пройти через почки плода, такъ какъ превращеніе бензойной кислоты в гипсуровую совершается в почкахъ. Однако противъ этого ученія представлялись различныя возраженія. Такъ, в случаяхъ полного закрытія мочеиспускательнаго канала съ расширеніемъ мочевого пузыря и лоханокъ все-таки находили околоплодную жидкость; непостоянство количества мочевины в околоплодной жидкости говоритъ также противъ постояннаго выдѣленія мочи плода.

Поэтому, в настоящее время большинство признаетъ, что в образованіи околоплодной жидкости участвуетъ какъ организмъ матери, такъ и организмъ плода; при чемъ часть ея образуется мочею плода, периодически выпускаемою из мочевого пузыря, другая же часть можетъ происходить путемъ трансудации или отъ матери черезъ сосуды отпадающей оболочки, или черезъ пупочныя сосуды и кожу плода. По мнѣнію Юнгблота, трансудация происходитъ черезъ открытыя имъ сосуды (*vasa propria*), находящіяся подъ водной оболочкой на дѣтской части плаценты. Однако, теорія трансудации также не можетъ считаться общепринятою; предполагаютъ, что эпителий водной оболочки обладаетъ секреторной функціей.

Плодъ также проглатываетъ околоплодную жидкость, что доказывается тѣмъ, что в его первородномъ калѣ находятъ пушковые волосы и эпидермисъ. Такимъ образомъ плодъ можетъ получать часть нужной ему воды, питательное же значеніе околоплодной жидкости ничтожно.

Кровообращеніе плода.

Кровообращеніе плода совершается слѣдующимъ образомъ: отъ матери къ плоду идетъ артеріальная кровь черезъ пупочную вену. Эта послѣдняя, войдя изъ пупочнаго канатика в брюшную полость плода, раздѣляется на двѣ вѣтви: одна, такъ называемая *ductus venosus Arantii*, переходитъ в *vena cava inferior*, а другая переходитъ в печень плода. Кровь, смѣшавшись съ венозной кровью печени, переходитъ также в *v. cava infer.* и затѣмъ в правое предсердіе; в правомъ предсердіи эта кровь смѣшивается съ кровью, изливающейся изъ *vena cava superior* и, такимъ образомъ, принимаетъ еще болѣе венозный характеръ. Изъ праваго предсердія кровь



только частью переходить въ правый желудочекъ, а главная ея масса направляется черезъ *foramen ovale* въ лѣвое предсердіе. Изъ праваго желудочка кровь поступаетъ въ *art. pulmonalis*, и отсюда только небольшая ея часть переходитъ въ легкія, гдѣ она становится еще болѣе венозною, и черезъ вены переходитъ въ лѣвое предсердіе; большая же часть крови черезъ *art. pulmonalis* переходитъ въ аорту при посредствѣ *ductus Botalli*, который соединяетъ аорту съ легочной артеріей. Такимъ образомъ въ аортѣ кровь смѣшивается съ той частію крови, которая поступаетъ сюда изъ лѣваго желудочка. Кромѣ пупочной вены въ тѣлѣ плода нигдѣ не циркулируетъ чистой артеріальной крови, каковая бываетъ у взрослога; наиболѣе венозна кровь нисходящей аорты, особенно въ первую половину беременности.

Двѣ пупочныя артеріи, происходящія изъ *arteriae hypogastricae*, отводятъ венозную кровь изъ плода. Пупочныя артеріи послѣ рожденія плода запусѣваютъ и превращаются въ фиброзныя канатики, такъ называемыя *ligamenta vesico—umbilicalia lateralia*.

Легкія плода находятся въ спавшемся состояніи, и дыханія въ нихъ не происходитъ; такое состояніе плода называется арноѳ. Первое дыханіе плода послѣ его рожденія зависитъ отъ недостатка кислорода, доставляемаго плоду, что и служитъ раздраженіемъ дыхательнаго центра. Дыхательныя движенія могутъ начаться еще во время нахождения плода въ маткѣ, но только при неблагопріятныхъ условіяхъ, когда доставка кислорода будетъ недостаточна или совершенно прекратится, какъ напр. бываетъ при прижатіи пупочнаго канатика. Въ этомъ случаѣ вслѣдствіе внутриутробнаго дыханія въ легкія вмѣсто воздуха будетъ попадать околоплодная жидкость, слизь и кровь изъ половыхъ частей матери, и тогда плодъ погибаетъ въ маткѣ отъ задушенія.

Послѣ рожденія въ кровообращеніи плода происходятъ значительныя измѣненія: *ductus Botalli*, постепенно суживаясь еще въ послѣднее время беременности, совершенно закрывается; также закрывается и *foramen ovale*, черезъ которое кровь больше не переходитъ въ лѣвое предсердіе изъ праваго, потому что въ лѣвомъ сердцѣ давленіе усиливается. *Arteriae umbilicales* и *ductus venos. Arantii* также запусѣваютъ вскорѣ послѣ рожденія плода.

Питаніе плода и другія жизненныя явленія.

Кислородъ, какъ доказано спектроскопически, поступаетъ черезъ плаценту и пупочную вену отъ матери къ плоду. Питаніе плода въ самое первое время совершается изъ желтка пупочнаго пузырька,

а впоследствии оно происходит через ворсинки и при помощи плацентарнаго кровообращенія. Через плаценту отъ матери къ плоду переходитъ вода и всѣ растворенныя въ материнской крови питательныя вещества, какъ то сахаръ и соли. Какимъ образомъ черезъ плаценту переходять жиры и особенно трудно диффундирующія бѣлковыя соединенія, точно неизвѣстно. Но согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, весьма возможно, что эпителий ворсинокъ, подобно эпителию кишечника, обладаетъ свойствомъ переваривать вещества материнской крови. Такъ есть указанія на всасываніе жировъ ворсинками, а также на расщепленіе бѣлковыхъ веществъ, совершающееся наподобіе кишечнаго пищеваренія. Возможенъ переходъ въ кровь плода бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и нѣкоторыхъ микроорганизмовъ безъ замѣтнаго поврежденія плаценты.

Невозможно разсматривать плаценту только какъ фильтръ. Она представляется органомъ очень сложнаго строенія и способнымъ къ внутренней секреціи; она, подобно грудной железнѣ, воспринимаетъ отъ матери различныя вещества и дѣлаетъ ихъ пригодными для питанія ребенка, который вбираетъ черезъ ворсинки такое ихъ количество, какое нужно для его роста. Самъ плодъ не составляетъ только части матери, подобно какому-либо новообразованію, но обладаетъ, какъ самостоятельное существо, — собственнымъ обмѣномъ веществъ, при чемъ самъ вырабатываетъ теплоту: температура живого плода, находящагося въ маткѣ, выше, чѣмъ температура въ самой маткѣ, приблизительно на $\frac{1}{2}$ градуса.

Конечно продукты обмѣна веществъ выводятся отчасти черезъ **почки** при помощи испусканія мочи въ околоплодную жидкость; хотя это еще и оспаривается, однако образованіе мочевины въ тѣлѣ плода доказано.

Въ кишкахъ плода находится такъ называемый **первородный калъ** (meconium). Онъ имѣетъ черновато-зеленый цвѣтъ и кашицеобразную, вязкую консистенцію и почти не имѣетъ запаха. Въ немъ находятъ пушковые волосы, эпидермисъ, кишечный эпителий, а также холестеринъ, желчныя пигменты и желчныя кислоты, что указываетъ на отправленія печени. Meconium при нормальныхъ условіяхъ не поступаетъ изъ прямой кишки плода въ околоплодную жидкость; его выдѣленіе указываетъ на нарушеніе утробнаго кровообращенія.

На **кожѣ** плода на 6-мъ мѣсяцѣ образуется сыровидная смазка (vernix caseosa), которая состоитъ изъ жира, выдѣляемаго салными железами, эпидермальныхъ чешуекъ и пушковыхъ волосъ.

Сердце плода начинаетъ свою дѣятельность еще въ первый мѣсяцъ беременности, но сердечныя тоны черезъ брюшныя покровы

беременной можно слышать только начиная съ половины беременности; число ударовъ въ минуту равно 120—140.

Самостоятельныя движенія плода начинаются рано—съ 3-го мѣсяца беременности; но сами беременныя замѣчаютъ ихъ въ концѣ первой половины беременности, на 4—5 лунномъ мѣсяцѣ. Ощущеніе движеній плода, которое замѣчается беременными женщинами, получается или отъ ударовъ ножекъ плода о маточную стѣнку, или отъ выпрямленія туловища. Движенія эти вначалѣ слабыя и рѣдкія, къ концу беременности усиливаются и становятся частыми.

Продолжительность беременности.

До сихъ поръ остается еще неизвѣстнымъ, съ какого времени надо считать начало беременности; поэтому и продолжительность ея не можетъ быть точно высчитана. За начало беременности принято считать начало послѣдней бывшей менструаціи; но такъ какъ мы не знаемъ, появляется ли раньше менструація, а затѣмъ наступаетъ овуляція, или наоборотъ, то мы не можемъ сказать, оплодотворяется ли яйцо, принадлежащее послѣдней бывшей менструаціи, или яйцо, принадлежащее первой не наступившей менструаціи. Поэтому и ошибка въ вычисленіи срока родовъ можетъ быть въ 3 недѣли.

Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда извѣстенъ день совокупленія, нельзя сказать, когда произошло оплодотвореніе, т.-е. встрѣча яичка съ сѣменной нитью, такъ какъ яичко могло выйти изъ Граафова пузырька спустя много дней послѣ совокупленія и оплодотвориться сѣменной нитью, которая оставалась до того времени въ половыхъ органахъ женщины.

Срокъ наступленія родовъ опредѣляется такимъ образомъ: отъ перваго дня послѣдней менструаціи отсчитываютъ назадъ 3 мѣсяца и прибавляютъ 7 дней. Напр., начало послѣдней менструаціи 1 января; отсчитавъ назадъ 3 мѣсяца и прибавивъ 7 дней, получимъ 8-е октября, т.-е. тотъ день, когда должны наступить роды. Такое вычисленіе не можетъ быть точнымъ потому, что неизвѣстенъ день оплодотворенія яйца, и потому, что продолжительность беременности точно неизвѣстна.

Способъ вычисленія срока родовъ отъ времени появленія перваго движенія ребенка еще менѣе точенъ, такъ какъ основанъ на субъективномъ ощущеніи женщины; движеніе плода очень часто ощущается женщиной гораздо раньше наступленія половины беременности.

Средняя продолжительность беременности, считая отъ начала

послѣдней менструаціи, равняется 280 днямъ, т.-е. 40 недѣлямъ, или 10 луннымъ мѣсяцамъ; однако, беременность можетъ продолжаться и меньше, а также и значительно больше этого времени. Роды иногда наступаютъ по истеченіи 303 дней послѣ начала послѣднихъ регуль.

Русское законодательство признаетъ возможность продолжительности беременности до 306 дней; такимъ образомъ, дѣти, рожденные не болѣе, чѣмъ черезъ 306 дней послѣ смерти отца, считаются законными.

Развитіе зародыша и плода по мѣсяцамъ беременности.

Первые недѣли жизни человѣческаго зародыша предложено (Гисъ) раздѣлить на 10 стадій (рис. 16—17). Наиболѣе раннихъ стадій развитія человѣческаго яйца описано мало (Рейхертъ, Петерсъ, Леопольдъ). Возрастъ самыхъ раннихъ описанныхъ зародышей 5—7 дней.

Въ концѣ перваго мѣсяца яйцо имѣетъ величину грецкаго орѣха,

Рис. 16.



12 дней. 21 день. 30 дней. 34 дня. 6¹/₂ недѣль.

Натуральная величина и форма человѣческаго плода по Гису.

пупочный пузырекъ сидитъ на стебелькѣ, зародышъ еще не представляетъ особенностей, свойственныхъ человѣку, и едва отличается отъ зародышей животныхъ. Головной и тазовой концы приближены другъ къ другу вслѣдствіе сильнаго искривленія спинки, начинаютъ развиваться сердце и глаза.

Второй мѣсяць. Яйцо, величиной съ куриное, со всѣхъ сторонъ окружено ворсинками, плодъ постепенно выпрямляется; ясно отличаются пальцы на характерно расчлененныхъ ногахъ и рукахъ, головка сильно увеличена по отношенію къ остальному тѣлу, на ней можно отличить образующуюся ушную раковину; наружныя половыя части становятся замѣтными. (Рис. 17.)

Третій мѣсяць. Яйцо больше гусиного, ворсинокъ на немъ уже нельзя различить, за исключеніемъ мѣста, гдѣ образовалась плацента. Въ концѣ третьяго мѣсяца образуются ногти на пальцахъ, наружныя половыя части принимаютъ форму, свойственную тому или другому полу. (Рис. 18.)

Четвертый мѣсяць. Полъ плода можно ясно отличить по виду наружныхъ частей, на тѣлѣ появляется пушокъ (lanugo).

Пятый мѣсяць. На головкѣ плода появляются волосы; черезъ грудную стѣнку плода, рожденнаго живымъ, можно видѣть бѣненіе сердца; иногда плодъ дѣлаетъ нѣсколько дыхательныхъ движеній, но вскорѣ умираетъ.

Рис. 17.

Рис. 18.



Конецъ 2 мѣсяца.

Конецъ 3 мѣсяца.

Натуральная величина и форма человеческого плода въ первые мѣсяцы.

Шестой мѣсяць. Кожа плода покрыта сыровидною смазкой, вѣки раздѣлены другъ отъ друга; плодъ, рожденный въ это время, дышитъ, но не долго и вскорѣ умираетъ.

Седьмой мѣсяць. Вѣсъ плода около 1000 грм., начинается подкожное отложеніе жира. Плодъ, рожденный въ это время, слабо кричитъ, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ скоро умираетъ.

Восьмой мѣсяць. Вѣсъ около 1500 грм. Вслѣдствіе отложенія жира формы тѣла становятся болѣе округленными; кожные покровы еще морщинисты, покрыты пушкомъ; зрачковая перепонка исчезаетъ. Ребенокъ, родившійся въ половинѣ этого мѣсяца, считается уже жизнеспособнымъ, однако, большая часть ихъ погибаетъ даже при хорошемъ уходѣ.

Девятый мѣсяць. Вѣсъ около 2500 грм., кожа менѣе морщиниста, пушковые волосы еще не выпадаютъ. Дѣти, родившійся въ этомъ мѣсяцѣ, болшею частью остаются въ живыхъ, но требуютъ хорошаго ухода.

Десятый мѣсяць. Вѣсъ около 3000 грм. Ребенокъ, родившійся въ это время, мало отличается отъ вполне зрѣлаго; носовые и ушные хрящи еще мягки; ногти доходятъ до верхушекъ пальцевъ.

Зрѣлый плодъ. Длина 50—51 см., вѣсъ въ среднемъ 3200 грм., но можетъ быть и меньше или значительно больше. Кожа ярко-розоваго цвѣта, пушокъ находится только въ области плеча; туловище и конечности принимаютъ округлую форму вслѣдствіе развитія подкожно-жирнаго слоя. Ушные и носовые хрящи и ногти болѣе тверды. Ногти на ручкахъ выступаютъ за верхушки пальцевъ. У мальчиковъ яички ощупываются въ мошонкѣ, а у дѣвочекъ обыкновенно большія губы сближены другъ съ другомъ, но нерѣдко между ними видны малыя губы. Ядро окостенѣнія въ нижнемъ эпифизѣ бедра имѣетъ въ наибольшемъ размѣрѣ $\frac{1}{2}$ см. Зрѣлый ребенокъ тотчасъ послѣ своего рожденія кричитъ громко, сильно двигаетъ конечностями, открываетъ глаза и иногда сосетъ свои пальцы; вскорѣ послѣ рожденія онъ выдѣляетъ мочу и первородный калъ (meco-nium).

Для рѣшенія вопроса о зрѣлости плода или принадлежности его къ тому или другому мѣсяцу слѣдуетъ принимать въ расчетъ его вѣсъ, длину и всѣ перечисленные признаки, такъ какъ одинъ какой-нибудь признакъ не можетъ быть для этого достаточнымъ. Такъ, напр., вѣсъ доношеннаго плода можетъ не достигать 3000 грм., а, съ другой стороны, нерѣдко встрѣчаются случаи рожденія дѣтей съ вѣсомъ выше 4000 грм.

Важнѣе вѣса—длина плода. Для лучшаго запоминанія приблизительной длины плода въ различные мѣсяцы, предложено считать, что до 5-го мѣсяца длина плода въ сантиметрахъ равна квадрату числа мѣсяца, а въ остальные 5 мѣсяцевъ она равняется числу мѣсяца, умноженному на 5.

Такимъ образомъ, получаемъ слѣдующую таблицу:

Длина плода въ концѣ 1-го мѣсяца	1×1 см. =	1 см.
» » » » 2-го »	2×2 » =	4 »
» » » » 3-го »	3×3 » =	9 »
» » » » 4-го »	4×4 » =	16 »
» » » » 5-го »	5×5 » =	25 »
» » » » 6-го »	6×5 » =	30 »
» » » » 7-го »	7×5 » =	35 »
» » » » 8-го »	8×5 » =	40 »
» » » » 9-го »	9×5 » =	45 »
» » » » 10-го »	10×5 » =	50 »

Изъ таблицы Альфельда, который высчиталъ средній вѣсъ и длину плода для каждой недѣли беременности, привожу слѣдующія данныя:

Въ концѣ 7-го мѣс. бер.	длина 40,4 см.,	вѣс. 1635 грм.
» » 8-го » » »	43,4 » »	2107 »
» » 9-го » » »	48,3 » »	2806 »
» » 10-го » » »	50,5 » »	3168 »

Приведенныя цифры вѣса и длины плода, а также и другіе признаки зрѣлости плода все-таки нельзя считать вполне достаточными, такъ какъ индивидуальныя колебанія въ развитіи плода очень велики. Такъ, напр., ребенокъ, не доношенный на 2 недѣли, можетъ представлять все признаки доношеннаго плода. Поэтому, при рѣшеніи судебно-медицинскихъ вопросовъ, слѣдуетъ быть чрезвычайно осторожнымъ въ своихъ заключеніяхъ. Особенно при ненормальной беременности—при заболѣваніяхъ сифилисомъ, при двойняхъ—въ развитіи плода могутъ встрѣтиться значительныя отклоненія отъ нормы, о которыхъ мы до сихъ поръ не знаемъ ничего опредѣленнаго. На развитіе плода оказываетъ вліяніе полъ, число предшествовавшихъ беременностей матери, ея возрастъ и питаніе, а также и наследственность какъ со стороны отца, такъ и матери. Такъ, вѣсъ и длина дѣвочекъ въ среднемъ меньше, чѣмъ мальчиковъ; дѣти у многородящихъ обыкновенно крупнѣе дѣтей у родящихъ въ первый разъ.

Доношеннымъ плодомъ принято считать такого, который родился не раньше 38 недѣль; ребенокъ, родившійся между 28—38 недѣлями, считается недоношеннымъ жизнеспособнымъ, а родившійся раньше 28 недѣль—нежизнеспособнымъ.

Головка плода и ея размѣры.

На черепѣ новорожденнаго ребенка отличаютъ швы и роднички, которые служатъ обозначательными пунктами для опредѣленія положенія головки плода въ тазу. Различаютъ 4 шва:

1) **Стрѣловидный шовъ** (*sutura sagittalis*), между теменными костями; онъ имѣетъ большую длину, чѣмъ другіе.

2) **Лобный шовъ** (*sutura frontalis*), между обѣими лобными костями.

3) **Вѣнечный шовъ** (*sutura coronalis*), между лобными и теменными костями.

4) **Ламбдовидный шовъ** (*sutura lambdoidea*), между теменными и затылочною костями.

Кромѣ швовъ, на черепѣ ребенка отличаютъ еще роднички, т.-е. перепонки, находящіяся на мѣстѣ соединенія угловъ нѣсколькихъ черепныхъ костей (3—4).

1) **Большой или лобный родничокъ** находится на мѣстѣ соединенія двухъ лобныхъ костей съ теменными, имѣетъ ромбовидную форму съ переднимъ болѣе острымъ и заднимъ болѣе тупымъ угломъ и наибольшую величину.

2) **Малый или затылочный родничокъ** находится на мѣстѣ схо-

ждения двух теменных и затылочной костей, имѣть треугольную форму и значительно меньше перваго.

Эти два родничка имѣютъ большое значеніе въ акушерствѣ.

Кромѣ нихъ, по боковымъ сторонамъ черепа находятся еще два родничка: одинъ лежитъ впереди, на мѣстѣ соединенія теменной, лобной, височной костей и большого крыла основной кости, и другой, задній—на мѣстѣ схождения теменной, затылочной и височной костей. Передній хорошо закрытъ мягкими частями и не ошупывается; задній же, по своей треугольной формѣ, можетъ дать поводъ къ смѣшенію его съ малымъ родничкомъ.

Размѣры головки плода имѣютъ такое же значеніе въ акушерствѣ, какъ и размѣры таза роженицы, такъ какъ отъ несоотвѣтствія этихъ размѣровъ происходятъ затрудненія во время родовъ. Отличаютъ обыкновенно слѣдующіе, наиболѣе важные размѣры головки плода:

1. **Прямой размѣръ** (diameter fronto-occipitalis), отъ glabella до наиболѣе выступающей точки затылка, равенъ 12 см. (Рис. 19.)

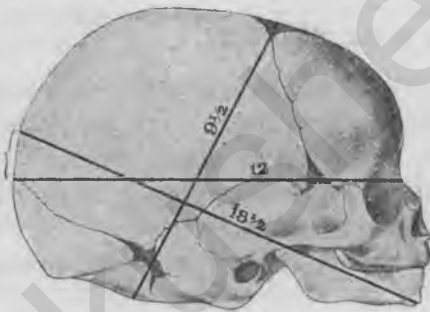


Рис. 19.

Черепъ новорожденнаго сбоку.

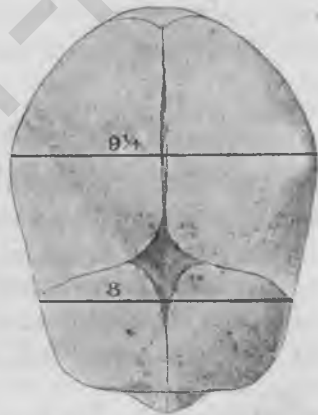


Рис. 20.

Черепъ новорожденнаго сверху.

2. **Большой поперечный размѣръ** (d. biparietalis), наибольшее разстояніе между обоими теменными буграми, равенъ $9\frac{1}{4}$ см. (Рис. 20.)

3. **Малый поперечный размѣръ** (d. bitemporalis), наибольшее разстояніе между обоими вѣнечными швами, равенъ 8 см. (Рис. 20.)

4. **Большой косой размѣръ** (diameter mento-occipitalis), отъ подбородка до наиболѣе удаленной точки затылка, равенъ $13\frac{1}{2}$ см. (Рис. 19.)

5. **Малый косой размѣръ** (d. suboccipito bregmaticus), отъ зад-

ней области шеи до середины большого родничка, равен $9\frac{1}{2}$ см. (Рис. 19.)

Окружность головки, измеряемая на уровнѣ большого размѣра ея, равна 35 см.

Нерѣдко встрѣчаются уклоненія отъ этихъ среднихъ размѣровъ.

Отъ вставленія головки въ тазъ тѣмъ или другимъ размѣромъ зависитъ болѣе легкое или трудное ея прохожденіе. Большая подвижность шейной части позвоночника плода дѣлаетъ возможнымъ сильное сгибаніе и разгибаніе головки во время родовъ; эта особенность исчезаетъ въ болѣе поздній періодъ жизни ребенка. Кромѣ того, черепъ плода можетъ подвергаться довольно большому измѣненію формы (такъ называемая способность къ конфигураціи). Сжимаемость черепа зависитъ отъ тонкости и сгибаемости его костей, а также отъ соединенія этихъ костей при помощи швовъ, вслѣдствіе чего можетъ происходить захожденіе черепныхъ костей другъ за друга и уменьшеніе объема черепа.

Поперечный размѣръ плечиковъ доношеннаго плода (diam. bisacromialis) равенъ 12 см.

Поперечный діаметръ тазовой области (diam. bisilic.) равенъ 8 см.

Туловище плода, плечики и тазовая область могутъ значительно сжиматься при своемъ прохожденіи черезъ тазъ и потому при нормальномъ ихъ развитіи не могутъ служить препятствіемъ для родовъ.

До сихъ поръ мы еще не знаемъ, отъ чего зависитъ образованіе того или другого пола.

Всѣ гипотезы раздѣляются на три главныя группы:

1) Развитие пола уже предопредѣлено въ неоплодотворенномъ яйцѣ. Старинное воззрѣніе, что мальчики происходятъ изъ праваго яичника, а дѣвочки изъ лѣваго не подтвердилось, потому что женщины, у которыхъ удаленъ одинъ яичникъ, родили дѣтей обоого пола. Тѣмъ болѣе непонятенъ совѣтъ лежать на правомъ боку, если женщина желаетъ имѣть мальчика, и наоборотъ. Впрочемъ постоянное присутствіе плодовъ одного пола въ случаѣ развитія близнецовъ изъ одного яйца и нѣкоторые другіе факты позволяютъ допустить, что условія, опредѣляющія развитіе того или другого пола, присущи яйцу до или во время его оплодотворенія. Полъ плода вѣроятнѣе всего зависитъ отъ матери, а не отъ отца и опредѣляется до времени зачатія.

2) Полъ зародыша опредѣляется во время совокупленія. Въ пользу этой гипотезы приводится тотъ фактъ, что мальчиковъ рождается больше, чѣмъ дѣвочекъ: на 106 мальчиковъ 100 дѣвочекъ. Такое постоянное преобладаніе мальчиковъ старались объяснить разницей возраста отца и матери, такъ какъ въ большинствѣ браковъ мужъ старше жены. Однако противъ этого приводятся другія цифры: у пожилыхъ первороженницъ мальчиковъ рождается гораздо больше, чѣмъ дѣвочекъ (120 : 100).

Также мало доказательны предположенія, что питаніе женщины во время зачатія вліяетъ на полъ, и будто въ предменструальныхъ лйцахъ развиваются зародыши мужского пола, а въ послѣменструальныхъ женскаго.

3) Развитие пола зависитъ отъ питанія и другихъ виѣшнихъ условій уже послѣ оплодотворенія. Хотя эта гипотеза и находитъ поддержку въ эмбриологическомъ развитіи зародыша, но противъ нея также приводятся возраженія.

Многоплодная беременность.

Одновременное развитие въ маткѣ нѣсколькихъ плодовъ, такъ называемая многоплодная беременность, встрѣчается не часто. Двойни встрѣчаются приблизительно 1 разъ на 80 родовъ; тройни— 1 разъ на 80², т.-е. 6400 родовъ; беременность четырьмя плодами— 1 разъ на 80³, т.-е. на 512000 родовъ, и беременность пятью плодами— 1 разъ на 80⁴, т.-е. на 40.960.000 родовъ. (Формула Геллина.) Рожденіе шести близнецовъ также возможно (Вассали).

Наслѣдственность, повидимому, имѣетъ большое значеніе въ происхожденіи многоплодной беременности.

Двойни могутъ происходить или изъ двухъ яицъ, или изъ одного яйца.

1. Развитие двойней изъ двухъ яицъ. При этомъ оба яйца могутъ выйти изъ двухъ фолликуловъ, развившихся въ одномъ яичникѣ или въ разныхъ яичникахъ; кромѣ того, возможно выходженіе двухъ яицъ, находившихся въ одномъ фолликулѣ.

Оплодотвореніе двухъ яицъ можетъ произойти какъ послѣ однократнаго, такъ и послѣ повторныхъ совокупленій. Въ послѣднемъ случаѣ могутъ быть двѣ возможности: или оплодотворились оба яйца, принадлежащія одному овуляціонному періоду, т.-е. произошло такъ называемое **сверхоплодотвореніе** (superfoecundatio), или же одно оплодотворенное яйцо принадлежало одному овуляціонному періоду, а другое—одному изъ слѣдующихъ періодовъ, т.-е. произошло такъ называемое **сверхзарожденіе** (superfoetatio).

Сверхоплодотвореніе доказано у животныхъ рожденіемъ плодовъ разныхъ породъ отъ одной самки, оплодотворенной въ одну течку самцами разныхъ породъ. Рожденіе двухъ разныхъ близнецовъ—негра и мулата—у негритянки, имѣвшей сношенія съ негромъ и человѣкомъ бѣлой расы, приводится какъ доказательство возможности сверхоплодотворенія у человѣка, но небѣдительно. У негритянки, имѣвшей сношеніе только съ человѣкомъ бѣлой расы, также могутъ родиться и негръ и мулатъ вслѣдствіе того, что дѣти по своему сходству могутъ приближаться то къ отцу, то къ матери.

Сверхзарожденіе большинство не признаетъ возможнымъ. Съ теоретической точки зрѣнія, конечно, возможно допустить повторное оплодотвореніе послѣ того, какъ первое яйцо уже достигло нѣкоторой степени развитія въ полости матки, такъ какъ, съ одной стороны, нельзя совершенно отрицать возможности овуляціи во время беременности, а, съ другой стороны, вслѣдствіе отсутствія полного слиянія *dec. vera* и *dec. capsularis* въ первые мѣсяцы сперматозоиды еще могутъ проходить черезъ полость матки. Но наблюденія, при-

водимыя въ защиту сверхзарожденія, неубѣдительны. Дѣйстви- тельно, ни разницу въ развитіи близнецовъ, ни случаи рожденія второго близнеца черезъ большой промежутокъ времени послѣ ро- жденія перваго нельзя считать послѣдствіями сверхзарожденія. Разницу въ развитіи близнецовъ можно объяснить плохими условіями питаія одного близнеца, а запоздалое рожденіе второго близнеца— разницей въ развитіи.

Двойни, развившіяся изъ двухъ яицъ, встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ двойни, развившіяся изъ одного яйца.

Для двойней, развившихся изъ двухъ яицъ, характерны слѣдую- щія особенности: а) для каждаго яйца есть своя отдѣльная ворси- стая оболочка; такимъ образомъ, всякій плодъ заключенъ въ своей водной оболочкѣ окруженной отдѣльной ворсистой оболочкой; также каждое яйцо имѣетъ свою *decid. capsularis* за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда оба яйца прикрѣпились въ маткѣ совсѣмъ рядомъ другъ съ другомъ. *Dec. vera*, конечно, будетъ общей. б) Два отдѣльныхъ дѣтскихъ мѣста, которыя могутъ быть прикрѣплены въ маткѣ близко или далеко другъ отъ друга; въ случаѣ близкаго прикрѣпленія обоихъ яицъ обѣ плаценты могутъ соединиться и обра- зовать одну общую, при чемъ обыкновенно легко можно отличить мѣсто ихъ соединенія (рис. 21). в) Плоды бываютъ одного пола

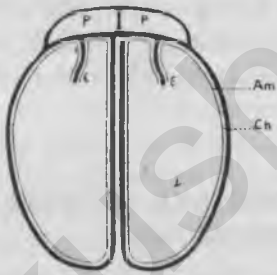


Рис. 21.

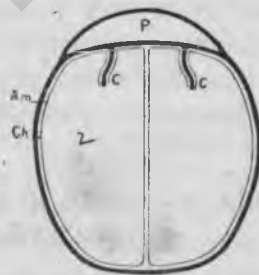


Рис. 22.

Развитіе двойней изъ двухъ яицъ. Развитие двойней изъ одного яйца. Обѣ плаценты соединились. P—плацента, Am—водная оболочка, Ch—ворси- стая, E—пуповина.

такъ же часто, какъ и разнополые. Въ виду того, что кровообращеніе у каждаго плода отдѣльное отъ другого, развитіе одного плода не вліяетъ на развитіе другого; такъ, одинъ плодъ можетъ развиваться правильно и достигнуть нормальной величины, а другой можетъ погибнуть въ ранней стадіи развитія и мумифицироваться (проис- хожденіе такъ наз. *foetus papyraceus*—бумажнаго плода).

2. Развитие двойней изъ одного яйца. Въ случаѣ развитія двой- ней изъ одного яйца возможны два предположенія: или въ яйцѣ на-

ходились два зародышевых пузырька или же образовавшийся послѣ оплодотворенія зачатокъ раздѣлился на двѣ части. При происхожденіи двойней изъ одного яйца наблюдаются слѣдующія особенности: а) всѣ оболочки—общія, за исключеніемъ водной, которая должна быть двойной, такъ какъ образуется изъ самого зародыша (рис. 22); встрѣчающееся иногда нахожденіе обоихъ плодовъ въ одной общей полости, нераздѣленной перегородкой изъ водныхъ оболочекъ, можетъ зависѣть или отъ разрыва и послѣдующаго исчезновенія обѣихъ оболочекъ въ мѣстѣ ихъ соприкосновенія, или отъ особенностей эмбриональнаго развитія. б) Дѣтское мѣсто всегда бываетъ одно общее; въ сосудистой системѣ его обыкновенно существуютъ анастомозы; такая общность кровообращенія плодовъ, развившихся изъ одного яйца, служитъ нерѣдко причиной различныхъ ненормальностей въ дальнѣйшемъ развитіи плодовъ. в) Близнецы всегда бываютъ однополыми и по внѣшнему виду чрезвычайно похожи другъ на друга.

Для рѣшенія вопроса, произошли ли близнецы изъ одного яйца или изъ двухъ, надо обращать вниманіе на перегородку, отдѣляющую одинъ плодъ отъ другого. Если эта перегородка состоитъ только изъ двухъ водныхъ оболочекъ, то близнецы произошли изъ одного яйца; если же она состоитъ изъ двухъ ворсистыхъ и двухъ водныхъ оболочекъ, то двойни развились изъ двухъ яицъ. (Рис. 21 и 22.) Тройни могутъ развиваться также изъ трехъ яицъ, или изъ двухъ или изъ одного яйца; въ послѣднемъ случаѣ въ яйцѣ должны находиться три зародышевыхъ пузырька.

Измѣненія въ маткѣ и другихъ половыхъ органахъ, обусловливаемая беременностью.

Подъ вліяніемъ поселившагося въ маткѣ оплодотвореннаго яйца въ половыхъ органахъ женщины происходятъ значительныя измѣненія. Наиболѣе существеннымъ измѣненіемъ подвергается **матка**. Она, увеличиваясь въ объемѣ, поднимается изъ малаго таза въ брюшную полость, и къ концу беременности дно ея достигаетъ до мечевиднаго отростка грудины. Длина ея къ этому времени увеличивается до 35—37 см., ширина—до 24—26 см., переднезадній размѣръ равняется 23—24 см. Ростъ матки зависитъ не только отъ одного растяженія плоднымъ яйцомъ. Происходитъ такъ называемая **эксцентрическая гипертрофія**. Толщина стѣнокъ матки увеличивается въ первые три мѣсяца, а затѣмъ уменьшается и къ концу беременности равняется $\frac{1}{2}$ —1 см.

Утолщеніе стѣнокъ матки въ началѣ беременности зависитъ, по

мнѣнію большинства, какъ отъ увеличенія числа, такъ и объема мышечныхъ волоконъ (гиперплазія и гипертрофія), при чемъ каждое волокно во время беременности въ 7—11 разъ длиннѣе, чѣмъ въ небеременной маткѣ. Послѣдующее истонченіе стѣнокъ можно отнести на счетъ растяженія и разъединенія мышечныхъ волоконъ, происходящаго вслѣдствіе роста плода.

Кровеносные и лимфатическіе сосуды, а также нервы удлиняются и утолщаются; соединительная ткань въ маткѣ также разрастается и разрыхляется. Размягченіе стѣнокъ матки зависитъ отъ серознаго пропитыванія ея тканей; слизистая оболочка всей матки до внутренняго отверстія превращается въ отпадающую.

Форма матки въ началѣ беременности не имѣетъ той правильной симметричности, какъ внѣ беременности. Та часть ея, гдѣ прикрѣпилось яйцо, выдается больше, сравнительно съ другою половиною; съ 4-го мѣсяца беременности, вслѣдствіе равномернаго растяженія полости матки яйцомъ, форма ея становится болѣе шаровидною. Дальнѣйшее измѣненіе формы матки зависитъ, главнымъ образомъ, отъ положенія плода, а также отъ мѣста прикрѣпленія плаценты.

Положеніе матки въ началѣ беременности мало измѣняется; по мѣрѣ увеличенія тѣла матки, дно ея подходитъ ближе къ брюшнымъ стѣнкамъ, причемъ оно наклоняется больше вправо, а лѣвый край матки большею частью обращенъ кпереди. Положеніе матки измѣняется въ зависимости отъ положенія женщины, отъ степени наполненія мочевого пузыря и прямой кишки.

Шейка матки измѣняется менѣе, чѣмъ тѣло матки; съ самаго начала беременности она становится мягче, затѣмъ, вслѣдствіе удлинненія мышечныхъ волоконъ, нѣсколько гипертрофируется; слизистая оболочка ея представляетъ неровности, происходящія отъ набуханія *ovula Nabothii* и выдѣляетъ обильное количество слизи, причемъ каналъ шейки выполняется слизистой пробкой. Послѣднія изслѣдованія показали, что надвлагалищная и влагалищная части шейки матки во время беременности не укорачиваются и не служатъ для образованія нижняго сегмента. Укороченіе шейки матки у беременныхъ въ первый разъ, считавшееся раньше характернымъ явленіемъ для послѣдняго мѣсяца беременности, въ настоящее время большинствомъ признается только кажущимся. Такое кажущееся укороченіе объясняется давленіемъ подлежащей головки плода на нижній маточный сегментъ, вслѣдствіе чего передній сводъ выпячивается, а шейка отходитъ кзади; если черезъ сводъ приподнять головку плода кверху, то можно убѣдиться, что каналъ шейки сохраняется по всей своей длинѣ. Такія наблюденія противорѣчатъ

прежнимъ возрѣніямъ объ укороченіи шейки матки въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности.

Фаллопіевы трубы также нѣсколько увеличиваются, при чемъ въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности онѣ направлены книзу и прилежатъ близко къ боковому краю матки.

Яичники также приближаются къ маткѣ; истинное желтое тѣло на 3—4 мѣсяцѣ беременности достигаетъ наибольшаго развитія, впослѣдствіи оно подвергается обратному развитію.

Влагалище также расширяется вслѣдствіе увеличенія мышечныхъ волоконъ, а стѣнки его становятся мягкими и растяжимыми вслѣдствіе серознаго пропитыванія. Слизистая оболочка имѣеть характерный синевато-красный цвѣтъ, зависящій отъ венозной гипереміи.

Наружныя половыя части припухаютъ; въ половыхъ губахъ замѣчаются расширенныя вены.

Брюшныя покровы растягиваются увеличивающеюся маткою, при чемъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ нижней части живота глубокіе слои кожи мѣстами расходятся, вслѣдствіе чего образуются красноватыя полосы, просвѣчивающія черезъ неповрежденную кожу; это—такъ наз. рубцы беременных (*striae gravidarum*). Такіе рубцы наблюдаются также на кожѣ верхнихъ частей бедра, ягодицъ и грудныхъ железъ; они не исчезаютъ совсѣмъ послѣ родовъ и остаются въ видѣ бѣловатыхъ полосъ. Бѣлая линія на животѣ окрашивается въ темный цвѣтъ. Пупокъ уплощается по мѣрѣ увеличенія матки и въ концѣ беременности даже выпячивается въ видѣ пузырька.

Вся тазовая область становится полнѣе и округляется вслѣдствіе отложенія жира въ подкожной клѣтчаткѣ.

Грудныя железы припухаютъ уже со 2-го мѣсяца беременности; железки, окружающія сосокъ (*glandulae Montghomeri*), также увеличиваются, околососковый кружокъ принимаетъ болѣе темную окраску, что особенно замѣтно у brunetокъ. Начиная съ раннихъ мѣсяцевъ беременности при надавливаніи на сосокъ можно выжать нѣсколько капель молозива; позже изъ сосковъ самопроизвольно выдѣляется свѣтлая водянистая жидкость—молозиво (*colostrum*). Послѣднее, кромѣ мелкихъ жировыхъ частицъ, содержитъ молозивныя тѣльца, похожія по виду на туковыя ягоды.

Вслѣдствіе давленія матки нерѣдко въ послѣдніе мѣсяцы беременности наблюдаются застойныя явленія: отекъ ногъ и варикозныя расширенія венъ.

Частые позывы къ мочеиспусканію и запоры объясняются давленіемъ на мочевой пузырь и прямую кишку.

Измѣненія во всемъ организмѣ беременной женщины.

Грудная полость вслѣдствіе приподнятія діафрагмы въ концѣ беременности укорачивается въ продольномъ направленіи и нѣсколько расширяется въ поперечномъ размѣрѣ. Тупой звукъ сердца занимаетъ большее пространство; это явленіе объясняется не гипертрофіей сердца, происходящей отъ усиленной его работы, а скорѣе измѣненіемъ его положенія. Число красныхъ кровяныхъ шариковъ и количество гемоглобина въ крови здоровыхъ беременныхъ мало измѣняется, а число бѣлыхъ тѣлецъ нѣсколько увеличивается. Количество мочи тоже увеличивается, при чемъ часто въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ ней появляется небольшое количество бѣлка.

На внутренней поверхности лобной и теменныхъ костей у многихъ беременныхъ при вскрытіи находили образваніе остеофитовъ, которые состоятъ главнымъ образомъ изъ углекислой извести. Иногда на кожѣ тѣла и особенно лица (на лбу, верхней губѣ, спинкѣ носа) наблюдаются особыя пигментированныя бурья пятна, такъ называемыя *chlorasma uterinum*, обыкновенно исчезающія послѣ родовъ. Пигментъ большей частью отлагается по линіи эмбриональнаго замыканія въ мѣстахъ сильнаго притока крови безъ достаточнаго оттока.

Нервная система, особенно у женщинъ, страдающихъ нервной слабостью или истеріей, также представляетъ различныя отраженныя явленія. Сюда можно отнести невралгическія боли, головныя боли и перемены душевнаго настроенія. Разстройства въ области пищеваренія—тошноту, рвоту, прихотливый вкусъ, слюнотечение—также относятся къ нервнымъ явленіямъ. Однако въ послѣднее время эти осложненія считаются послѣдствіемъ аутоинтоксикаціи и носятъ названіе токсикозы беременности. Особенно важное значеніе въ настоящее время приписываютъ измѣненіямъ железъ съ такъ называемой внутренней секреціей; такъ полагаютъ, что во время беременности происходитъ фізіологическая гиперплазія придатка мозга, увеличеніе щитовидной и зобной железы. Также указываютъ на увеличеніе адреналина въ крови, какъ результатъ усиленія дѣятельности надпочечниковъ, и на ослабленіе функціи яичниковъ въ зависимости отъ желтаго тѣла; однако многое въ этой области остается еще мало изученнымъ.

Вѣсъ беременныхъ обыкновенно увеличивается въ послѣдніе три мѣсяца (каждый мѣсяць приблизительно 1600—2500 грм.).

Такое увеличеніе вѣса обусловливается не однимъ ростомъ матки и плода, но зависитъ отъ увеличенія всего тѣла беременной.

При стоячемъ положеніи и ходбѣ туловище беременныхъ нѣсколько отклоняется кзади, вслѣдствіе измѣненія центра тяжести; при этомъ спинныя мышцы напрягаются, отчего у беременныхъ нерѣдко появляются боли въ поясницѣ.

Членорасположеніе, положенія и предлежанія плода.

Членорасположеніемъ плода называется в з а и м н о е отношеніе отдѣльныхъ частей плода, головки, туловища и конечностей. При нормальномъ членорасположеніи головка плода пригнута подбородкомъ къ груди, спинка плода представляется согнутой, ручки перекрещены на груди, ножки скрещены и пригнуты къ животу, согнуты въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ, пуповина помѣщается на животѣ между конечностями. Такое членорасположеніе плода соблюдается какъ въ ранніе, такъ и въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности и объясняется условіями развитія зародыша, а также приспособленіемъ плода къ формѣ матки. При такомъ членорасположеніи плодъ, принимая форму яйца, занимаетъ въ маткѣ наименьшее пространство.

Подъ положеніемъ плода понимаютъ отношеніе его продольной оси къ продольной оси матки. Различаютъ п р о д о л ь н ы я , п о п е р е ч н ы я и к о с ы я положенія плода.

При продольныхъ положеніяхъ продольныя оси (плода и матки) идутъ параллельно одна другой или совпадаютъ; при п о п е р е ч н ы хъ положеніяхъ оси плода и матки перекрещиваются подъ прямымъ угломъ; а при к о с ы хъ положеніяхъ обѣ оси перекрещиваются подъ острымъ угломъ, при чемъ одна крупная часть находится въ одной изъ подвздошныхъ впадинъ, а другая—на противоположной сторонѣ у дна матки.

Та часть плода, которая находится ниже всего надъ входомъ въ тазъ или въ самомъ тазу, называется **предлежащею**.

При продольныхъ положеніяхъ плода и при нормальномъ членорасположеніи въ нижней части матки можетъ находиться или головка плода, или его тазовой конецъ, поэтому продольныя положенія раздѣляются на 1) **головныя** и 2) **газовые**.

При головныхъ предлежаніяхъ въ случаѣ нормальнаго членорасположенія, вслѣдствіе приближенія подбородка къ груди, ниже всего надъ входомъ въ тазъ опускается затылокъ; такое предлежаніе носить названіе **затылочнаго** и встрѣчается чаще всего. При небольшомъ отклоненіи подбородка отъ груди ниже всего будетъ лежать темя, и это предлежаніе называется **теменнымъ**.

При болѣе значительномъ разгибаніи головки будетъ предлежать лобъ и при полномъ разгибаніи—лицо; такія предлежанія носятъ названіе **лобныхъ и лицевыхъ** ¹⁾.

Тазовыя положенія въ зависимости отъ нормальнаго и ненормальнаго членорасположенія раздѣляются на слѣдующія:

1) **Полное ягодичное** положеніе,—при которомъ предлежать ягодицы съ обѣими нижними конечностями въ нормальномъ членорасположеніи, т.-е. согнутыми въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ (рис. 28).

2) **Простое ягодичное** положеніе, когда предлежать однѣ ягодицы, при чемъ обѣ нижнія конечности согнуты въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ и разогнуты въ колѣнныхъ.

3) **Полное и неполное ногоположеніе**, когда обѣ или одна ножка разогнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ и предлежатъ стопа.

4) **Полное и неполное колѣнное** положеніе, при которомъ обѣ или одна конечность разогнуты въ тазобедренномъ и согнуты въ колѣнномъ сочлененіи; при этомъ предлежатъ колѣно.

Въ концѣ беременности продольныя положенія плода встрѣчаются чаще всего—въ 99,5%, а поперечныя и косыя только въ 0,5%. Въ первую половину беременности плодъ постоянно мѣняетъ свое положеніе, и поперечныя положенія встрѣчаются въ это время чаще; такая измѣнчивость положенія зависитъ отъ небольшой величины плода сравнительно съ полостью яйца. Въ послѣдніе же мѣсяцы беременности плодъ удобнѣе всего помѣщается въ продольномъ положеніи, такъ какъ въ этомъ положеніи его наибольшій размѣръ соответствуетъ наибольшему размѣру матки; помѣщаясь же поперечно, плодъ долженъ растягивать поперечный размѣръ матки.

Такимъ образомъ, такъ часто встрѣчающееся продольное положеніе можетъ быть объяснено **формой** матки.

Изъ продольныхъ положеній всего чаще въ концѣ беременности встрѣчаются головныя, приблизительно въ 97%, а изъ головныхъ—затылочныя въ 96% и въ 1% теменныя, лицевыя и лобныя; предлежанія ягодичныя составляютъ около 3%.

Преобладаніе головныхъ предлежаній объясняется **тяжестью** головки. Если опустить недавно умершій доношенный плодъ въ сосудъ, наполненный жидкостью удѣльнаго вѣса, близкаго къ удѣльному вѣсу младенца, то плодъ будетъ плавать въ жидкости головкой книзу съ опущеннымъ правымъ плечомъ. Такое явленіе объясняется большею тяжестью головки и значительнымъ увеличеніемъ печени.

1) Для краткости принято говорить затылочное, лицевое положеніе и т. д. вмѣсто—продольное положеніе съ предлежаніемъ затылка, лица и т. д.

Однако, такой опыт не может быть вполне убедительным, потому что в маткѣ плодъ не можетъ такъ свободно плавать, какъ в соудѣ, и потому, что при почти полномъ отсутствіи плодной жидкости плодъ все-таки очень часто устанавливается головкой книзу.

Поэтому для объясненія головныхъ предлежаній предложена еще теорія аккомодаци, согласно которой плодъ производит рефлкторныя движенія в маткѣ до тѣхъ поръ, пока не установится в удобномъ положеніи. Преобладаніе головныхъ предлежаній объясняется также тѣмъ, что головка по своей формѣ больше подходит къ нижнему сегменту матки, чѣмъ ко дну ея.

Позиціей плода при продольномъ его положеніи называется отношеніе его спинки къ правой или лѣвой стѣнкѣ матки.

Первой позиціей называется такое головное или тазовое положеніе, при которомъ спинка обращена къ лѣвой сторонѣ матки; при второй позиціи спинка плода обращена къ правой сторонѣ. Первая позиція встрѣчается вдвое чаще, чѣмъ вторая.

Кромѣ позиціи, различаютъ еще видъ. Такъ какъ спинка рѣдко обращена прямо влѣво или вправо, а чаще уклоняется при этомъ или нѣсколько кпереди, или болѣе кзади, то и различаютъ передній и задній виды. Переднимъ видомъ называется положеніе спинки кпереди и заднимъ видомъ—положеніе спинки кзади.

Для опредѣленія положенія принято говорить сокращенно: «передній видъ 1-го затылочнаго положенія», вмѣсто болѣе длиннаго описанія—«продольное положеніе, предлежаніе головки, 1-я позиція, передній видъ». Такимъ образомъ, различаютъ передній и задній виды 1-го затылочнаго положенія и передній и задній виды 2-го затылочнаго положенія. (Рис. 23, 24, 25, 26.) Также по положенію спинки раздѣляются лицевыя (рис. 27) и ягодичныя предлежанія (рис. 28).

Наиболѣе часто встрѣчаются передній видъ первой позиціи и задній видъ второй позиціи. Такое расположеніе плода объясняется слѣдующимъ образомъ: спинка плода при стоячемъ положеніи женщины, вслѣдствіе наклоненія матки кпереди, должна бы лежать совершенно кпереди, а при лежачемъ ея положеніи—совершенно кзади, если бы пространство в брюшной полости не было ограничено сзади поясничной частью позвоночника. Вслѣдствіе такого ограниченія, спинка должна повернуться или в лѣвую сторону или в правую. А такъ какъ беременная матка обыкновенно повернута около своей продольной оси лѣвой стороной къ передней брюшной стѣнкѣ, а правой кзади, то и спинка плода при стоячемъ положеніи женщины будетъ обращена влѣво кпереди, а при лежачемъ—вправо кзади.

Итакъ, позиція плода повидимому зависить отъ положенія беременной и во время беременности можетъ измѣняться. Отклоненія



Рис. 23.

Передній видъ 1-го затылочнаго положенія.



Рис. 24.

Передній видъ 2-го затылочнаго положенія.



Рис. 25.

Задній видъ 1-го затылочнаго положенія.



Рис. 26.

Задній видъ 2-го затылочнаго положенія.

спинки вправо кпереди (передній видъ 2-й позиції) и влѣво кзади (задній видъ 1-й позиції) встрѣчаются рѣдко.

При поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ плода позиція опредѣляется по головкѣ плода: если головка находится въ лѣвой сторонѣ матки, то позиція будетъ 1-я, если головка вправо—2-я.



Рис. 27.

Передній видъ 1-го лицевого положенія.



Рис. 28.

Передній видъ 1-го ягодичнаго положенія.

Видъ позиціи опредѣляется также по положенію спинки: спинка обращена кпереди—передній видъ, спинка обращена кзади—задній видъ.

Акушерское изслѣдованіе беременныхъ.

Акушерское изслѣдованіе производится съ цѣлью: 1) распознаванія беременности, 2) опредѣленія срока беременности и времени наступленія родовъ, 3) распознаванія многоплодной беременности, 4) распознаванія жизни и смерти плода, 5) распознаванія первой и повторной беременности, 6) опредѣленія размѣровъ таза, 7) опредѣленія положенія плода и 8) опредѣленія осложненій беременности.

Акушерскому изслѣдованію долженъ предшествовать анамнезъ; затѣмъ обращаютъ вниманіе на общее состояніе здоровья, послѣ чего приступаютъ къ изслѣдованію половыхъ органовъ.

А н а м н е з ъ .

При собираніи анамнеза обращаютъ вниманіе на слѣдующіе вопросы:

1) **Возрастъ и число предшествовавшихъ беременностей.** Особенно важно обращать вниманіе на возрастъ женщинъ, беременныхъ въ первый разъ, такъ какъ роды у старыхъ первороженицъ (за 30 лѣтъ) часто бываютъ очень длительны, вслѣдствіе слабости мышцъ матки и плохой растяжимости мягкихъ частей; поэтому нерѣдко для окончанія родовъ бываетъ необходимо оперативное вмѣшательство.

2) **Болѣзни дѣтскаго возраста.** Важно узнать, лучше у родителей, не страдала ли женщина въ дѣтствѣ рахитомъ, съ какого времени она начала ходить. Правильно развивающійся ребенокъ начинаетъ ходить съ конца перваго года; если ребенокъ начинаетъ ходить позже, то чаще всего это указываетъ на заболѣваніе рахитомъ, которое можетъ значительно измѣнить величину таза.

3) **Мѣсячныя.** Время послѣднихъ мѣсячныхъ можетъ служить указаніемъ на начало беременности. Обыкновенно менструація больше не появляется, если началась беременность; только въ рѣдкихъ случаяхъ она наступаетъ въ первый мѣсяцъ послѣ наступленія беременности, при чемъ обыкновенно бываетъ слабѣе и продолжается 1—2 дня. Повторныя кровотеченія во время беременности, имѣющія какъ бы характеръ менструацій, указываютъ или на заболѣваніе половыхъ органовъ (ракъ, полипъ шейки матки) или на заболѣваніе и неправильное развитіе плоднаго яйца и частей его. Отсутствие менструаціи у тѣхъ женщинъ, у которыхъ она раньше безъ всякой видимой причины запаздывала, очень легко можетъ служить источникомъ ошибки при опредѣленіи беременности. Въ подобныхъ случаяхъ иногда мы имѣемъ дѣло съ очень молодыми, недавно вышедшими замужъ, женщинами, у которыхъ правильный типъ менструацій еще не установился или половые органы недоразвиты.

Также ошибки возможны въ случаяхъ отсутствія мѣсячныхъ у женщинъ, вступающихъ въ климактерическій періодъ, и у кормящихъ грудью.

4) **Теченіе предшествовавшихъ беременностей, родовъ и послѣ-родового періода.** При разспросѣ о прежнихъ беременностяхъ надо узнать, не оканчивались ли онѣ выкидышемъ или преждевременными родами, что можетъ указывать на общія заболѣванія (часто сифилисъ), болѣзни половыхъ органовъ и заболѣванія плоднаго яйца. Важно знать теченіе прежнихъ родовъ, а особенно тѣ способы оперативнаго вмѣшательства, съ помощью которыхъ были окончены роды. Однако, благоприятное окончаніе первыхъ родовъ далеко не всегда исключаетъ возможность узкаго таза, такъ какъ дѣти у первородящихъ по своимъ размѣрамъ часто бываютъ меньше, чѣмъ при послѣдующихъ родахъ. Ненормальное теченіе предшествовавшаго послѣ-

родового періода заставляють соблюдать особую осторожность при веденіи предстоящихъ родовъ.

5) **Время появления первыхъ движеній плода** не имѣетъ большого значенія при опредѣленіи срока родовъ, такъ какъ часто, особенно у многородящихъ, ощущенія движенія плода появляются гораздо раньше половины беременности.

Общее изслѣдованіе.

Прежде всего обращаютъ вниманіе на **ростъ и общее тѣлосло-
женіе**. У женщины небольшого роста часто возможно встрѣтить узкій тазъ. Искривленіе ногъ, позвоночника, утолщенія на ребрахъ и страданія тазо-бедреннаго сустава даютъ поводъ предполагать неправильность таза. При осмотрѣ ногъ нерѣдко находятъ варикозное расширеніе венъ и отеки. Особенное значеніе имѣютъ отеки, такъ какъ они иногда указываютъ на страданіе почекъ, хотя могутъ зависѣть также отъ страданія сердца и отъ давленія матки на большіе сосуды.

Изъ **внутреннихъ органовъ** особенное вниманіе надо обращать на состояніе **почекъ, сердца и легкихъ**. У каждой беременной необходимо изслѣдованіе мочи на бѣлокъ, сахаръ и микроскопическое изслѣдованіе осадка на форменные элементы. Состояніе сердца также имѣетъ большое значеніе, такъ какъ при порокѣ сердца въ теченіе беременности и во время родовъ можетъ легко появиться расстройство компенсаціи и угрожать жизни женщины. Страданіе легкихъ, туберкулезное ихъ пораженіе можетъ также значительно ухудшиться во время беременности, а особенно послѣ родовъ.

Акушерское спеціальное изслѣдованіе.

- I. Наружное.
- II. Внутреннее.
- III. Комбинированное.

I. Наружное изслѣдованіе.

При помощи его производятъ изслѣдованіе грудныхъ железъ, живота и таза.

а) **Изслѣдованіе грудныхъ железъ**. Данныя, полученныя осмотромъ и ощупываніемъ грудныхъ железъ, могутъ служить для опредѣленія беременности и для рѣшенія вопроса, можетъ ли женщина кормить ребенка. Пигментація околососковаго кружка, увеличеніе Montghomer'овыхъ железъ и выдавливаніе изъ сосковъ молозива являются вѣроятными признаками беременности. Для рѣшенія

вопроса, может ли женщина кормить ребенка, имѣть особое значеніе форма сосковъ. Сосокъ долженъ выступать надъ поверхностью грудной железы; плоскіе, а особенно вдавленные внутрь соски не пригодны для вскармливанія ребенка. Плоскіе соски могутъ быть пригодны для вскармливанія, если они при раздраженіи и вытягиваніи ихъ пальцами выпячиваются.

б) **Изслѣдованіе живота.** Наружное изслѣдованіе живота беременныхъ въ послѣднее время получило большое распространеніе. Дѣйствительно, въ послѣдніе мѣсяцы беременности съ помощью наружнаго изслѣдованія хорошо можно опредѣлить величину и положеніе матки и положеніе плода въ маткѣ. При изслѣдованіи живота беременныхъ пользуются осмотромъ, измѣреніемъ, ощупываніемъ и выслушиваніемъ. Наружное изслѣдованіе производится при лежанчьемъ положеніи женщины на спинѣ; юбки должны быть развязаны и спущены книзу, а рубашка поднята кверху.

При **осмотрѣ** обращаютъ вниманіе на величину и форму живота. Форма живота при продольныхъ положеніяхъ плода обыкновенно представляется овальною, при чемъ длинный размѣръ его совпадаетъ съ продольнымъ размѣромъ. Отвислый животъ (*venter prorepens*) уже даетъ поводъ предполагать узкій тазъ; отвислость живота особенно замѣтна при стоячемъ или сидячемъ положеніи. Бѣлая линія живота болѣе или менѣе окрашена въ темный цвѣтъ. Пупокъ въ концѣ беременности уплощается и даже выпячивается; на брюшныхъ покровахъ, особенно въ нижней части живота, замѣтны свѣжія темно-красныя полосы (*Striae gravidarum*), а у многородящихъ, кромѣ того, старые бѣловатые рубцы, оставшіеся отъ прежнихъ беременностей.

При **измѣреніи** живота обращаютъ вниманіе на наибольшую окружность его, которая въ концѣ беременности равняется приблизительно 100 см., а также на разстояніе отъ верхняго края лоннаго соединенія до пупка, до мечевиднаго отростка и дна матки. Такое измѣреніе производится при помощи тесьмы, раздѣленной на сантиметры.

При **ощупываніи** живота беременныхъ получаютъ наиболѣе цѣнныя данныя. Женщина должна согнуть ноги въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ и упереться стопою; дыханіе должно быть ровнымъ и глубокимъ. Для наружнаго изслѣдованія живота пользуются четырьмя слѣдующими приѣмами.

Первый приѣмъ (рис. 29). Акушеръ становится сбоку лицомъ къ женщинѣ, кладетъ обѣ руки ладонною поверхностью на верхнюю часть живота и отыскиваетъ дно матки для того, чтобы по высотѣ стоянія дна матки опредѣлить мѣсяць беременности; при поверх-

ностномъ ощупываніи обѣими руками разныхъ частей живота можно составить понятіе о консистенціи и формѣ матки. Консистенція матки мягкая, но при раздраженіи ея послѣ ощупыванія матка сокращается и становится плотною. Эта переменна консистенціи матки служить хорошимъ признакомъ для отличія беременной матки отъ другихъ опухолей; поэтому для распознаванія беременности можно воспользоваться растираніемъ дна матки, съ цѣлью вызвать ея сокращеніе. При значительномъ содержаніи въ маткѣ околоплодной жидкости легко опредѣлить зыбленіе, или флюктуацію. Зыбленіе въ маткѣ опредѣляется при помощи того же приѣма, который примѣняется съ цѣлью опредѣленія брюшной водянки: одна рука кладется ладонною поверхностью на одну сторону матки,



Рис. 29.

Опредѣленіе уровня дна матки.

а концами пальцевъ другой руки съ противоположной стороны дѣлаютъ легкіе поверхностные удары.

Форма матки при нормальномъ ея состояніи и продольныхъ положеніяхъ плода продольноовальная, при чемъ дно матки большею частью отклонено вправо, а лѣвый край ея обращенъ болѣе вперед. При поверхностномъ ощупываніи нижней части живота обыкновенно легко можно найти круглыя маточныя связки, имѣющія форму круглыхъ тяжей. По направленію круглыхъ связокъ судятъ о прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста; если верхніе концы связокъ сильно расходятся по направленію къзади, то дѣтское мѣсто должно прикрѣпляться на передней стѣнкѣ матки; если же связки

идутъ почти параллельно, или же маточные концы ихъ приближаются другъ къ другу, то дѣтское мѣсто—на задней поверхности.

При ощупываніи дна матки въ случаѣ головнаго предлежанія можно опредѣлить присутствіе крупной части—ягодицъ плода.

Такимъ образомъ, этимъ первымъ приѣмомъ распознаютъ беременную матку отъ другихъ опухолей, опредѣляютъ срокъ беремен-

ности и ощупываютъ ту часть плода, которая находится въ днѣ матки.

При второмъ приѣмѣ (рис. 30) акушеръ становится въ томъ же положеніи. Обѣ руки проводятся по боковымъ стѣнкамъ матки. При продольныхъ положеніяхъ плода, въ одной сторонѣ матки можно ощупать спинку плода, а въ другой—мелкія части. На той сторонѣ, гдѣ находится спинка плода, замѣчается большее сопротивленіе, и здѣсь ощупывается продолговатая часть равномерно плотной консистенціи; на противоположной сторонѣ подъ пальцами получается ощущеніе мелкиѣ частей, мѣняющихъ свое положеніе. Отыскиваніе спинки плода облегчается слѣдующимъ приѣмомъ: надавливаютъ ладонью одной руки на середину живота и, такимъ образомъ, оттѣсняютъ околоплодныя воды къ одной сторонѣ, а спинку плода къ другой, ближе къ брюшнымъ покровамъ; тогда другой рукой легко ощупывается спинка плода. Итакъ, съ помощью этого второго приѣма опредѣляется позиція плода.

Третій приѣмъ. Ощупываніе производится одной рукой въ нижней части живота съ цѣлью опредѣлить, какая часть лежитъ всего ниже надъ входомъ въ тазъ. При этомъ приѣмѣ стараются захватить между большимъ и среднимъ пальцами предлежащую часть. Если эта часть плотна, подвижна и имѣетъ круглую форму, то это будетъ головка плода. При быстромъ надавливаніи на головку концами пальцевъ, она отходитъ и тотчасъ же опять приближается къ рукѣ, получается ощущеніе какъ бы отъ прыгающаго мячика; это явленіе называется **баллотированіемъ головки**. Тазовая часть плода болѣе мягка и не имѣетъ такихъ ясныхъ контуровъ, какъ головка; баллотированіе ягодицъ не такъ рѣзко выражено. Если надъ входомъ въ тазъ не ощупывается никакой предлежащей крупной части, то положеніе плода косое или попе-



Рис. 30.

Опредѣленіе спинки и мелкиѣ частей.

речное; тогда головку надо отыскивать сбоку, при чемъ баллотированіе укажетъ, въ какой сторонѣ она расположена.

Четвертый приемъ (рис. 31) примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда предлежащая часть плода опустилась во входъ и въ полость таза. Акушеръ становится спиной къ лицу женщины и концами пальцевъ обѣихъ рукъ осторожно надавливаетъ по сторонамъ таза; тогда между обѣими руками хорошо можно ощупать предлежащую часть, а также иногда отличить плоскую поверхность затылка отъ выдающагося впередъ лба.

Части плода во время сокращенія матки ощупываются плохо, поэтому надо примѣнять всѣ описанные приемы во время расслабленія мышцъ матки. При ощупываніи можно опредѣлить также



Рис. 31.
Опредѣленіе головки.

чрезмѣрно наполненный мочевой пузырь; фаллопиевы трубы и яичники ощупать не удастся.

в) Выслушиваніе живота производится всего лучше при помощи стетоскопа съ воронкообразно расширеннымъ нижнимъ концомъ. При выслушиваніи живота беременныхъ надо отличать шумы, исходящіе отъ плода, и шумы, принадлежащіе самой беременной.

Шумы, исходящіе отъ плода:

1) **Сердцебиеніе** плода становится слышнымъ, начиная съ 5-го мѣ-

сяца беременности; оно представляет равномерные двойные удары похожие на ходъ карманныхъ часовъ, число которыхъ въ минуту равно приблизительно 140 ¹⁾; сердечные тоны не совпадаютъ съ пульсомъ матери. Сердцебиеніе лучше всего выслушивается на той сторонѣ, гдѣ находится спинка плода, за исключеніемъ лицевыхъ предлежаній, когда оно выслушивается со стороны груди; при головныхъ предлежаніяхъ оно яснѣе въ нижней части живота, ниже пупка, при тазовыхъ предлежаніяхъ—нѣсколько выше пупка и при поперечныхъ положеніяхъ—на уровнѣ пупка (рис. 32).

2) Шумъ пуповины—слабый, дрожащій и совпадающій съ сердцебиеніемъ плода. Этотъ шумъ выслушивается рѣдко, иногда совершенно исчезаетъ и зависитъ отъ натяженія или легкаго прижатія пупочнаго

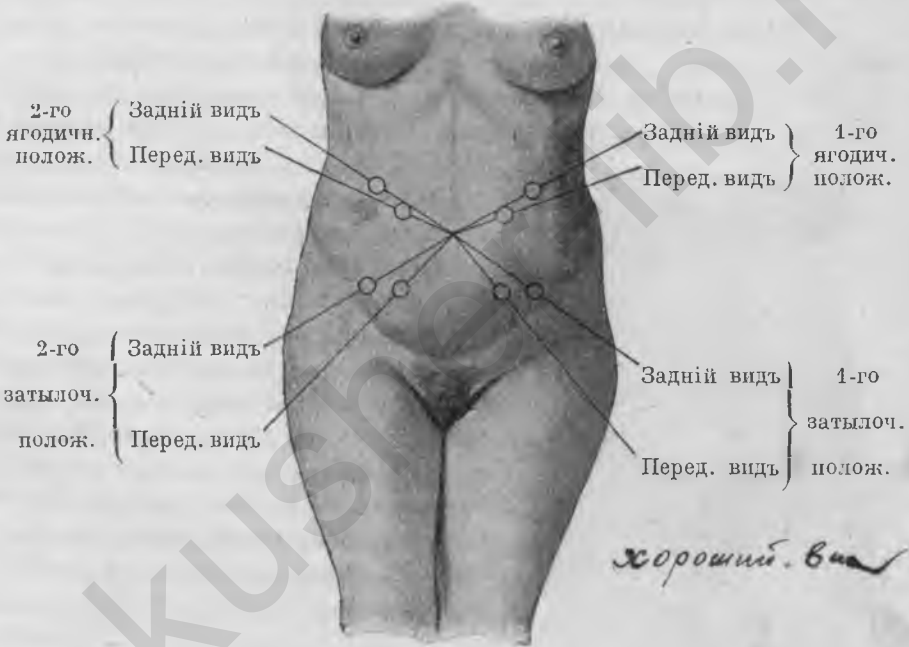


Рис. 32.

Мѣста яснаго сердцебиенія при вступленіи предлежащей части въ тазъ.

канатика, т.-е. при затрудненіи кровообращенія въ пуповинѣ. Подобный шумъ можетъ зависѣть отъ врожденнаго порока сердца плода; тогда онъ долженъ быть слышенъ постоянно вмѣсто чистыхъ сердечныхъ тоновъ.

3) Движеніе плода можно прослушать также съ 5-го мѣсяца беременности, иногда нѣсколько раньше, чѣмъ сердцебиеніе; оно

¹⁾ Нельзя съ положительностью утверждать, что наиболѣе частое сердцебиеніе указываетъ на тотъ или другой полъ плода.

представляется въ видѣ отдѣльныхъ толчковъ и происходитъ отъ ударовъ плода о стѣнки матки.

Шумы, принадлежащіе беременной.

1) **Маточный шумъ** становится слышнымъ съ 3—4 мѣсяца; онъ имѣетъ характеръ дующаго или свистящаго шума и совпадаетъ съ пульсомъ лучевой артеріи беременной. Этотъ шумъ происходитъ отъ движенія крови въ большихъ, извитыхъ сосудахъ матки и поэтому лучше всего выслушивается въ боковыхъ сторонахъ матки. Иногда онъ бываетъ такъ силенъ, что заглушаетъ сердцебиеніе плода. Присутствіе маточнаго шума не служитъ вѣрнымъ признакомъ беременности, такъ какъ онъ выслушивается и при опухоляхъ матки съ сильнымъ развитіемъ сосудовъ. Этотъ шумъ часто исчезаетъ и иногда вовсе не выслушивается.

2) **Віеніе большихъ артерій** въ животѣ беременных не всегда бываетъ слышно, особенно въ послѣдніе мѣсяцы беременности, вслѣдствіе большого объема матки; оно выражается равномерными, глухими толчками, совпадающими съ пульсомъ лучевой артеріи.

3) **Шумъ въ кишкахъ**, урчаніе, зависитъ отъ движенія газовъ въ кишечникѣ и распознается легко.

Перкуссия живота производится для опредѣленія контуровъ матки, а также при осложненіяхъ беременности водянкой живота или кистами яичниковъ. При нормальной беременности тупой звукъ получается въ средней и нижней частяхъ живота, тогда какъ по бокамъ и вверху получается тимпаническій звукъ, зависящій отъ положенія здѣсь кишокъ и желудка.



Рис. 33.

Разстояніе между вертелами, гребешками и остями подвздошныхъ костей.

г) Изслѣдованіе таза.

Въ виду того, что мы не знаемъ точныхъ способовъ для опредѣленія внутреннихъ размѣровъ малаго таза, мы пользуемся слѣдующими наружными измѣреніями (рис. 33). Съ помощью особаго тазомѣра (Боделока или Мартина) для сужденія о поперечныхъ размѣрахъ малаго таза измѣряется разстояніе между слѣдующими симметричными точками: 1) *Distantia trochanterum*—раз-

стояніе между вертелами, гребешками и остями подвздошныхъ костей.

стояніе между выдающимися точками больших вертеловъ; въ нормальныхъ тазахъ оно равняется 31,5 см. Женщина лежитъ на спинѣ съ вытянутыми и плотно сомкнутыми ногами; концы тазомѣра помѣщаются на выдающіяся точки вертеловъ, и стрѣлка на скалѣ показываетъ величину этого размѣра. 2) *Distantia spinarum*—разстояніе между *spina anterior superior ossis ilei*—въ нормальномъ тазу равняется 26 см. Концы тазомѣра помѣщаются не на верхушкѣ остей, а на наружный край, гдѣ начинается сухожилие *m. sartorii*. 3) *Distantia cristarum*—наибольшее разстояніе между гребешками подвздошныхъ костей—равняется въ нормальномъ тазу 29 см. Концы тазомѣра передвигаются кзади, при чемъ они должны быть помѣщены на симметричныя точки наружнаго края гребешковъ; стрѣлка на скалѣ покажетъ, гдѣ будетъ наибольшее разстояніе гребешковъ (рис. 33). 4) *Distantia tuberum ischii*—разстояніе между внутренними краями сѣдалищныхъ бугровъ—въ нормальномъ тазу равно 11 см. Для измѣренія этого размѣра женщина должна лежать на спинѣ и приподнять къ животу согнутыя ноги; концы тазомѣра съ перекрещенными вѣтвями прикладываютъ къ внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ и къ полученной величинѣ прибавляютъ $1\frac{1}{2}$ см. Измѣреніе этого размѣра съ помощью тазомѣра довольно затруднительно. Лучшие результаты получаютъ слѣдующимъ способомъ: на мѣстѣ внутреннихъ краевъ сѣдалищныхъ бугровъ на кожѣ карандашомъ отмѣчаютъ точки, и разстояніе между ними измѣряется лентой.

Кромѣ этихъ поперечныхъ размѣровъ, важно еще измѣреніе какъ наз. наружной конъюгаты (*conj. externa*).

5) *Conjugata externa*, или размѣромъ Боделока, называется разстояніе отъ ямки, находящейся подѣ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, до середины верхняго края лоннаго соединенія. Для измѣренія этого размѣра надо одинъ конецъ тазомѣра приложить къ верхнему краю лоннаго соединенія, а другой въ ямку, лежащую ниже *process. spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка (рис. 34). Измѣре-



Рис. 34.
Измѣреніе наружной конъюгаты.

ніемъ этой такъ наз. наружной конъюгаты пользуются для опредѣленія истинной конъюгаты, т.-е. прямого размѣра входа въ тазъ. Въ нормальныхъ тазахъ этотъ размѣръ равенъ 20 см.; если же онъ меньше 18 см., то принято считать, что истинная конъюгата укорочена. Вычитая изъ полученной величины 9 см., узнаемъ величину истинной конъюгаты. Впрочемъ, такой способъ опредѣленія истинной конъюгаты нельзя назвать точнымъ, потому что толщина мягкихъ частей и костей можетъ быть различна (не всегда 9 см.); поэтому правильнѣе измѣрять истинную конъюгату, опредѣляя такъ наз. диагональную конъюгату. (См. «Внутреннее изслѣдованіе» стр. 57.)

При измѣреніи наружной конъюгаты ямка, находящаяся ниже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка, отыскивается слѣдующимъ образомъ. При осмотрѣ крестцовой области замѣтно, что *spin. oss. il. post. sup.* прилежатъ близко къ кожѣ и образуютъ здѣсь справа и слѣва отъ позвоночника какъ бы два небольшихъ углубленія; если соединить оба эти углубленія линіей и поставить въ срединѣ ея перпендикуляръ, то приблизительно на 2—3 см. выше найдемъ ямочку, соответствующую мѣсту соединенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ первымъ крестцовымъ. Въ крестцовой области болѣе или менѣе замѣтенъ такъ наз. ромбъ Михаэлиса, ограниченный сверху краями *musculi erectoris trunci*, а снизу краями ягодичныхъ мышцъ; оба боковыхъ угла соответствують *spinae poster. super.*

II. Внутреннее изслѣдованіе.

Раньше, чѣмъ приступить къ внутреннему изслѣдованію, акушеръ долженъ тщательно вычистить свои руки при помощи мытья мыломъ и теплою водою со щеткой, а затѣмъ обеззаразить спиртомъ и дезинфецирующими растворами (0,1% сулемы или 1% лизоля). Въ случаѣ недавняго соприкосновенія рукъ съ септическими больными, съ гноемъ, или послѣ занятій на трупѣ и т. п. необходима особенно тщательная повторная дезинфекція (см. «Уходъ за роженицей»).

Передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ надо осмотрѣть наружные половые органы. Большія половыя губы въ концѣ беременности представляются нѣсколько припухшими, и нерѣдко на нихъ замѣтны варикозные узлы. Слизистая оболочка входа во влагалище и дѣвственная плева окрашены въ синевато-красный цвѣтъ. У беременных въ первый разъ на краяхъ дѣвственной плевы замѣчаются надрывы, часто не доходящіе до основанія ея; въ отверстіи дѣвственной плевы со стороны передней стѣнки иногда замѣчается выступающій валикъ: это—гипертрофированный немного опущенный край *columnae vaginalis anter.*; уздечка цѣла, и на промежности никакихъ рубцовъ нѣтъ. У повторно-беременныхъ отъ дѣвственной плевы обыкновенно остаются только небольшіе сосочки, такъ наз. *sarunculae myrtiformes*, входъ во влагалище зіяетъ, передняя и задняя стѣнки влагалища значительно опущены и выступаютъ въ видѣ опухоли, уздечки нѣтъ, и на промежности иногда замѣчаются рубцы, которые могутъ простираться и во влагалище.

Внутреннее изслѣдованіе лучше всего производить однимъ указательнымъ пальцемъ, такъ какъ изслѣдованіе двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) гораздо болѣзненнѣе для женщины. Результаты же при изслѣдованіи однимъ пальцемъ получаются не хуже, такъ какъ пригнутыми къ ладонямъ 3, 4 и 5 пальцами можно сильнѣе вдавливать безъ боли промежность и проникать постепенно такъ же глубоко, какъ и двумя пальцами; большой палецъ отводится въ сторону. Надо научиться изслѣдовать такъ же хорошо лѣвою рукой, какъ и правою. Передъ введеніемъ пальца во влагалище наружные половые органы раздвигаются пальцами другой руки; палецъ проводится по задней стѣнкѣ влагалища для того, чтобы не надавливать на мочеиспускательный каналъ; локоть изслѣдующей руки опускается книзу (рис. 35).

Слизистая оболочка влагалища во время беременности представляется разрыхленною; у беременных въ первый разъ складки *colunnae rugarum* ощупываются хорошо, у рождавшихъ онѣ сглажены.

Вверху во влагалищномъ сводѣ находится влагалищная часть шейки матки (*portio vaginalis*); она лежитъ сзади оси таза на уровнѣ линіи, соединяющей обѣ *spinae ischii*. Шейка матки обхватывается влагалищнымъ сводомъ такъ, что задняя губа ея длиннѣе передней, а надвлагалищная часть шейки спереди длиннѣе, чѣмъ сзади, поэтому передній влагалищный сводъ представляется болѣе короткимъ, чѣмъ задній.

Отыскать влагалищную часть шейки матки иногда бываетъ трудно, особенно для начинающихъ. Вслѣдствіе значительнаго размягченія въ послѣдніе мѣсяцы беременности, контуры ея не такъ рѣзко выступаютъ, какъ въ небеременномъ состояніи; кромѣ того, иногда она бываетъ отклонена совсѣмъ къзади, такъ что нужно сильно надавить на заднюю стѣнку влагалища, чтобы достигнуть до нея. Форма влагалищной части у первобеременныхъ коническая, нѣсколько заостренная книзу, а у рождавшихъ—цилиндрическая, или даже нѣсколько расширенная книзу. Длина ея равна $1\frac{1}{2}$ —2 см.; у беременных въ первый разъ на послѣднемъ мѣсяцѣ она представляется укороченною.



Рис. 35.
Введеніе пальца для внутренняго изслѣдованія.

Такое укороченіе, согласно послѣднимъ изслѣдованіямъ, есть только кажущееся и зависитъ отъ того, что у первородящихъ головка опускается обыкновенно низко, надавливаетъ на нижній сегментъ матки, вслѣдствіе чего передній сводъ выпячивается, а складка между влагалищемъ и влагалищною частью выравнивается.

Наружный зѣвъ матки, находящійся на концѣ влагалищной части, также не всегда легко найти. У беременныхъ въ 1-й разъ онъ представляется въ видѣ круглаго углубленія, въ которое до наступленія родовъ не удается провести даже конца пальца. У рожавшихъ наружный зѣвъ представляется въ видѣ поперечной щели, при чемъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности онъ уже пропускаетъ конецъ пальца; на краяхъ зѣва, чаще съ боковъ ощущаются зарубцевавшіеся разрывы, которые могутъ доходить до сводовъ, вслѣдствіе чего передняя губа рѣзко отдѣляется отъ задней. Вокругъ наружнаго отверстія иногда можно ощупать ovula Nabothi, т. е. ретенціонныя кисты железокъ шейки матки; онѣ представляются въ видѣ маленькихъ зернышекъ, болѣе плотныхъ, чѣмъ окружающая ихъ ткань.

Въ случаѣ подозрѣнія на ненормальное состояніе влагалищной части надо произвести осмотръ съ помощью зеркала.

Изслѣдованіе же полости матки съ помощью зонда отнюдь не допустимо даже при подозрѣніи на беременность.

У рождавшихъ женщинъ въ концѣ беременности можно войти пальцемъ въ наружный зѣвъ и дойти до внутренняго отверстія; у нихъ каналъ шейки имѣетъ видъ воронки съ расширеніемъ книзу; не задолго до родовъ можно легко пройти пальцемъ и черезъ внутреннее отверстіе. Стѣнки канала шейки представляются въ видѣ складокъ (*plicae palmatae*). Если пройти пальцемъ за внутренній



Рис. 36.

Измѣреніе діагональной конъюгаты.

зѣвъ, что легко сдѣлать въ послѣдній мѣсяць беременности, то можно ощупать и оболочки, выстилающія нижній сегментъ матки и подлежащую часть.

Предлежащую часть плода также можно ощупать при закрытомъ маточномъ зѣвѣ черезъ передній сводъ влагалища; головка плода

отличается от тазового конца своей большей плотностью и круглой гладкой поверхностью, кромѣ того, для головки плода характерно ясное баллотированіе. Впрочемъ плотно установившаяся во входѣ таза головка не баллотируется. Если внутренній зѣвъ открытъ, то пальцемъ, введеннымъ черезъ него въ полость матки, ощупываются швы и иногда роднички на головкѣ плода. При поперечныхъ положеніяхъ плода черезъ сводъ и даже черезъ каналъ шейки никакой подлежащей части не ощупывается, потому что подлежащая часть (плечо) находится высоко надъ входомъ въ тазъ.

Ислѣдованіе таза производится черезъ стѣнки влагалища, при чемъ обращаютъ вниманіе на *spina ischii*, лонное соединеніе, *tubera ischii* и особенно на то, можно ли концомъ пальца достать мысь крестцовой кости. Мысь крестцовой кости въ нормальномъ тазу стоитъ высоко и потому при обыкновенномъ ислѣдованіи не достижимъ. При суженныхъ же тазахъ его можно легко ощупать концомъ пальца и такимъ образомъ опредѣлить величину такъ наз. **діагональной конъюгаты**, т.-е. разстояніе между мысомъ крестцовой кости и нижнимъ краемъ лоннаго соединенія. Для этой цѣли вводятъ указательный, а иногда и средній палецъ въ задній сводъ, опуская какъ можно ниже локоть изслѣдующей руки. Достигнувъ мыса концомъ пальца, ногтемъ свободной руки отмѣчаютъ на введенномъ пальцѣ мѣсто соприкосновенія съ нижнимъ краемъ лоннаго соединенія, затѣмъ вынимаютъ палецъ, измѣряютъ съ помощью тазомѣра разстояніе отъ конца пальца до отмѣченнаго мѣста и такимъ образомъ опредѣляютъ величину такъ наз. **діагональной конъюгаты**, по которой судятъ о величинѣ истинной конъюгаты (рис. 36). Въ нормальныхъ тазахъ діагональная конъюгата равна 13 см. Чтобы получить величину истинной конъюгаты, изъ діагональной надо вычесть $1\frac{1}{2}$ —2 см. Такъ, напр., если *s. diag.* равна 10 см., то *s. vera* будетъ равна 8— $8\frac{1}{2}$ см. Полученная такимъ способомъ величина истинной конъюгаты будетъ болѣе точной, чѣмъ опредѣленная по наружной конъюгатѣ. Чѣмъ выше лонное соединеніе и чѣмъ болѣе наклонно оно стоитъ, тѣмъ больше (до 2 см.) надо вычитать изъ діагональной конъюгаты, чтобы получить величину истинной конъюгаты.

III. Комбинированное ислѣдованіе.

Комбинированнымъ ислѣдованіемъ называется ощупываніе внутреннихъ половыхъ органовъ одновременно изъ влагалища и со стороны брюшныхъ покрововъ. Это ислѣдованіе присоединяютъ обыкновенно къ внутреннему ислѣдованію. Установивъ указательный палецъ введенной во влагалище руки въ переднемъ сводѣ,

другую руку помещают на животъ, пальца на 3 надъ лоннымъ соединеніемъ; тогда матка, нормальная или увеличенная въ первые мѣсяцы беременности, будетъ хорошо ощупываться между обѣими руками. Комбинированное изслѣдованіе особенно важно въ первые три мѣсяца беременности для распознаванія беременности. Такимъ способомъ опредѣляютъ величину, форму, положеніе, консистенцію и подвижность матки. Изслѣдованія матки зондомъ для опредѣленія ея величины отнюдь не слѣдуетъ дѣлать при малѣйшемъ подозрѣніи на беременность. Съ помощью комбинированнаго изслѣдованія опредѣляютъ такъ называемый **признакъ Хегара**, который считаютъ характернымъ для беременности; онъ состоитъ въ сильномъ истонченіи части матки въ области внутренняго отверстія, вслѣдствіе чего образуется какъ бы перехватъ между увеличеннымъ тѣломъ матки и ея шейкой (рис. 37).

Кромѣ того, комбинированнымъ изслѣдованіемъ можно ощупать яичники и трубы. Для ощупыванія яичника въ первые мѣсяцы бере-



Рис. 37.

Комбинированное изслѣдованіе. Признакъ беременности по Хегару.

менности помещаютъ введенный во влагалище палецъ въ соотвѣтственный боковой сводъ, а наружную руку кладутъ кнаружи отъ средней линіи; при сближеніи пальцевъ наружной руки съ введеннымъ внутрь пальцемъ удается отыскать яичникъ въ видѣ продольно-овальнаго тѣла, которое легко выскальзываетъ изъ-подъ пальцевъ.

• Ощупываніе фаллопиевыхъ трубъ гораздо труднѣе, чѣмъ ощу-

пываніе яичниковъ; легче всего ощупывается болѣе толстый маточный конецъ трубы. При передвиженіи пальцевъ отъ угла матки кнаружи по направленію трубы, ощущаютъ очень тонкій тяжъ мягкой консистенціи.

Въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности комбинированное изслѣдованіе непригодно для ощупыванія матки и ея придатковъ.

Распознаваніе беременности.

Для распознаванія беременности пользуются объективными данными; данныя же, получаемыя при разспросѣ, никогда не могутъ служить для точнаго опредѣленія беременности. Различаютъ признаки положительные и вѣроятные.

Положительные признаки. Сюда относятся только тѣ явленія, которыя указываютъ на присутствіе плода, что можетъ быть опредѣлено лишь во 2-й половинѣ беременности: 1) ясно слышныя съ 5-го мѣсяца сердечныя тоны плода, 2) ясно осязаемыя, иногда даже видимыя со стороны брюшныхъ покрововъ, движенія плода, начиная съ 5-го мѣсяца; увѣренія самой женщины, что она чувствуетъ движенія, не имѣють рѣшающаго значенія, 3) ясно ощупываемыя съ 5-го мѣсяца части плода.

Вѣроятные признаки: отсутствіе менструацій (см. 45 стр.), субъективныя ощущенія женщины (тошнота, измѣненіе вкуса и т. п.), окраска околососковыхъ кружковъ и присутствіе молозива, синеватое окрашиваніе входа во влагалище, размягченіе влагалища, влагалищной части шейки и самой матки, шаровидная ея форма, признакъ Хегара.

Такъ какъ вѣрныя признаки беременности появляются только во второй половинѣ, то въ первые мѣсяцы для распознаванія беременности приходится пользоваться вѣроятными признаками. Распознаваніе беременности въ самомъ началѣ ея, раньше 6 недѣль, считая съ послѣдней менструаціи, представляется чрезвычайно труднымъ, лучше сказать, невозможнымъ. Начиная съ конца второго мѣсяца, слѣдуетъ руководиться всеми вышесказанными вѣроятными признаками, при чемъ, чѣмъ больше этихъ признаковъ будетъ найдено, тѣмъ распознаваніе достовѣрнѣе. Наибольшее значеніе надо придавать измѣненіямъ самой матки. Наиболѣе надежныя признаки въ первые мѣсяцы беременности: увеличеніе матки, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ, разрыхленіе, эластичность ея, мягкость и сжимаемость нижняго сегмента (признакъ Хегара) и, особенно, перемѣна консистенціи матки при ея ощупываніи, т-е. уплотненіе бывшей до того мягкой матки, что зависитъ отъ сокращенія ея.

Кромѣ того, важно повторное изслѣдованіе черезъ 2—4 недѣли; въ случаѣ беременности замѣчается увеличеніе матки, соотвѣтственно мѣсяцу беременности.

Серодіагностика беременности была предложена Абдергальде-номъ съ цѣлью ранняго распознаванія беременности, но не оправдала возлагаемыхъ на нее надеждъ. Послѣ многочисленныхъ изслѣдованій оказалось, что положительная реакція получается почти всегда у беременныхъ, а также и у роженицъ въ первые 12 дней, но нерѣдко и у не беременныхъ. Поэтому она не можетъ служить точнымъ діагностическимъ способомъ для распознаванія ранней беременности и для отличія внѣматочной беременности отъ воспалительнаго заболѣванія придатковъ матки.

Изслѣдованіе сыворотки крови основано на томъ, что уже черезъ 2 недѣли послѣ наступленія беременности вмѣстѣ съ внѣдреніемъ въ стѣнку матки ворсистой оболочки происходитъ также постоянное отрываніе клѣтокъ ея и переносъ ихъ въ кровь матери. Въ виду этого для распознаванія ранней беременности предложено пользоваться свойствомъ сыворотки беременныхъ переваривать составныя части плаценты, попадающія въ кровь.

Для обнаруженія способности сыворотки беременныхъ расщеплять и переваривать плацентарный пептонъ и бѣлокъ существуетъ: 1) оптический способъ и 2) способъ діализа, но оба требуютъ большой опытности и хорошей техники.

Дифференціальный діагнозъ беременности.

Съ беременностью можно смѣшать слѣдующія заболѣванія: 1) хроническое воспаленіе матки (*metritis chronica*); при этомъ заболѣваніи матка увеличена и большею частью плотна, но можетъ быть и размягчена; однако, не наблюдается преобладающаго увеличенія въ передне-заднемъ размѣрѣ, и матка представляется болѣе плоской и не эластичной. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо повторное изслѣдованіе черезъ 3—4 недѣли. 2) Скопленіе крови въ полости матки (*haematometra*); при этомъ состояніи матка представляется равномерно круглой формы, вслѣдствіе равномернаго растяженія ея полости, и имѣетъ болѣе плотную консистенцію. 3) Интерстиціальныя міомы матки, при которыхъ матка можетъ казаться равномерно увеличенной, но консистенція ея обыкновенно бываетъ плотной. Въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе перерожденія міомы, можетъ наступить размягченіе ея; тогда при распознаваніи руководятся разрыхленіемъ влагалищной части шейки и перемѣной консистенціи матки, свойственными беременности. 4) Кисты яичника, особенно внутрисвязочныя, тѣсно прилегающія къ маткѣ, могутъ затруднять ощупываніе матки отдѣльно отъ опухоли и дать поводъ къ смѣшиванію ихъ съ беременной маткой. Замѣчаемое при такихъ кистахъ отклоненіе влагалищной части матки въ сторону иногда наблюдается и при беременности въ случаяхъ бокового отклоненія

матки или неравномѣрнаго ея растяженія. Для распознаванія беременности нужно постараться оцупать оба яичника и отхожденіе круглыхъ связокъ. Извѣстны также случаи, когда сильно отклоненная вперед и разрыхленная беременная матка принималась за кисту; для распознаванія беременности важно доказать переходъ влагалищной части въ опухоль, для чего лучше всего итти по боковому краю шейки къ тѣлу матки.

Опредѣленіе срока беременности по мѣсяцамъ и времени наступленія родовъ.

Для опредѣленія срока беременности и времени наступленія родовъ пользуются разпросомъ женщины и данными изслѣдованія. При разпросѣ узнають: 1) Время послѣдней менструаціи и по нему опредѣляютъ срокъ родовъ (см. продолжительность беременности). 2) Время плодотворнаго совокупленія (въ случаѣ однократнаго соитія). 3) Время появленія первыхъ движеній плода; для опредѣленія срока родовъ прибавляютъ къ указанному дню 20 недѣль, такъ какъ движенія ощущаются женщиной въ половинѣ беременности; однако, нерѣдко, особенно рождавшія, женщины ощущаютъ движеніе гораздо раньше. 4) Время опусканія дна матки; для вычисленія срока родовъ къ указанному дню прибавляютъ 3—4 недѣли. Всѣ эти данныя не могутъ служить для точнаго опредѣленія срока родовъ, поэтому необходимо присоединить еще результаты объективнаго изслѣдованія, для чего обращаютъ вниманіе на величину матки.

На первомъ мѣсяцѣ беременности трудно замѣтить увеличеніе матки.

На второмъ—матка достигаетъ размѣра апельсина средней величины.

На третьемъ—величина ея съ дѣтскую голову.

На четвертомъ—матка уже легко прощупывается со стороны брюшныхъ покрововъ, и дно ея стоитъ на срединѣ разстоянія между лоннымъ соединеніемъ и пупкомъ (рис. 38).

На пятомъ дно находится на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка.

Въ концѣ шестого мѣсяца дно—на уровнѣ пупка.

Въ концѣ седьмого—на 2 поперечныхъ пальца выше пупка.

Въ концѣ восьмого—на срединѣ разстоянія между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ.

Въ концѣ девятаго дно матки стоитъ выше всего, оно доходитъ до мечевиднаго отростка.

Начиная съ десятаго мѣсяца дно матки опускается книзу и стоитъ такъ же, какъ на восьмомъ мѣсяцѣ; такое опущеніе, особенно замѣтное у первобеременныхъ, зависитъ отъ вступленія предлежащей части въ тазъ. У рождавшихъ это опущеніе матки не такъ рѣзко выражено, такъ какъ дно матки можетъ сильно наклониться впередъ вслѣдствіе уступчивости растянутыхъ брюшныхъ покрововъ, поэтому и предлежащая часть у нихъ не опускается въ тазъ, какъ это бываетъ у первобеременныхъ.

Такимъ образомъ, одинаковое стояніе дна матки въ концѣ 8-го мѣсяца и въ концѣ 10-го не можетъ служить для распознаванія срока



Рис. 38.

Уровень дна матки въ различные мѣсяцы беременности.

беременности. Вслѣдствіе этого нужно обращать особое вниманіе на разспросъ (т.-е. время послѣдней менструаціи, появленіе первыхъ движеній и т. д.), а также на другія объективныя данныя: объемъ живота, выпячиваніе пупка, которое почти никогда не замѣчается на восьмомъ мѣсяцѣ, вступленіе предлежащей головки въ тазъ у первородящихъ, состояніе влагалищной части матки и величину плода. У первородящихъ въ послѣдній мѣсяць беременности, въ зависимости отъ низкаго стоянія головки въ тазу, замѣчается опущеніе передняго свода, вслѣдствіе чего влагалищная часть отклоняется къзади и кажется укороченной, наружный маточный зѣвъ остается закрытымъ и едва пропускаетъ конецъ пальца. У рождав-

шихъ женщинъ подлежащая часть въ концѣ беременности остается подвижной надъ входомъ въ тазъ, вслѣдствіе чего не замѣчается рѣзкаго опущенія свода или кажущагося укороченія влагалищной части; но у нихъ уже на седьмомъ мѣсяцѣ наружный зѣвъ бываетъ открытъ настолько, что черезъ него свободно можно провести конецъ пальца, на девятомъ мѣсяцѣ черезъ каналъ шейки пальцемъ можно пройти до внутренняго отверстія, а на десятомъ—палецъ можно свободно провести черезъ внутренній зѣвъ въ полость матки и ощупать оболочки, а иногда швы и роднички на головкѣ плода.

Величина плода опредѣляется съ помощью циркуля, одна вѣтвь котораго вводится во влагалище и помѣщается на выдающейся части головки плода при головномъ предлежаніи, а другая—снаружи на брюшныхъ стѣнкахъ, соотвѣтственно выступающей части ягодицы. Умноживъ на два полученное разстояніе, получаютъ приблизительную длину плода. Это измѣреніе далеко не всегда даетъ точные результаты, кромѣ того одна длина плода не можетъ служить для безусловно вѣрнаго опредѣленія срока беременности.

Для опредѣленія срока беременности и родовъ необходимо пользоваться всѣми данными, полученными какъ при разспросѣ, такъ и при изслѣдованіи; чѣмъ больше данныхъ совпадаетъ между собою, тѣмъ вѣрнѣе будетъ заключеніе.

Распознаваніе двойней въ первые мѣсяцы совершенно невозможно; только увеличеніе матки, не соотвѣтствующее сроку беременности, можетъ дать поводъ подозрѣвать двойни. Даже во второй половинѣ беременности не всегда удается точно опредѣлить наличность двухъ плодовъ. При распознаваніи надо отличать вѣроятные признаки и положительные. Къ первымъ принадлежатъ: рѣзкое увеличеніе матки, образованіе на ней бороздки и выслушиваніе сердцебиенія плода въ двухъ различныхъ мѣстахъ. Ко вторымъ относятся: ощупываніе не менѣе трехъ крупныхъ частей плода (головка и тазовой конецъ) и выслушиваніе въ двухъ различныхъ мѣстахъ различныхъ по частотѣ и характеру сердечныхъ тоновъ. Однако не всегда удается ясно ощупать крупныя части обоихъ плодовъ, а разницу въ частотѣ сердечныхъ тоновъ удается установить только при одновременномъ выслушиваніи двумя лицами въ двухъ различныхъ мѣстахъ. Нерѣдко вмѣсто двойней опредѣлялась беременность однимъ плодомъ, осложненная кистой яичника или фибромой матки.

Распознаваніе беременности тремя или болѣе плодами едва ли возможно.

Распознаваніе жизни и смерти плода. Плодъ во время беременности можетъ умереть и остаться въ маткѣ въ теченіе довольно долгаго времени (недѣли и даже мѣсяцы). Смерть плода въ первую по-

ловину беременности опредѣляется съ большимъ трудомъ. Субъективные ощущенія, какъ-то: чувство усталости и разбитости, познабливаніе, дурной вкусъ во рту, отсутствіе аппетита, ощущеніе тяжести въ животѣ, не всегда отмѣчаются женщинами при умираніи плода и, во всякомъ случаѣ, не могутъ служить признаками точнаго распознаванія смерти плода. Нерѣдко въ случаѣ смерти плода, при изслѣдованіи можно замѣтить отсутствіе разрыхленія влагалища и влагалищной части, при чемъ и сама матка представляется также болѣе плотной. Такое состояніе матки можно смѣшать съ интерстиціальными міомами. Распознаваніе становится достовѣрнымъ, когда при повторныхъ изслѣдованіяхъ въ теченіе нѣсколькихъ педѣль можно констатировать прекращеніе роста матки.

Распознаваніе смерти плода во второй половинѣ беременности не представляетъ затрудненій, если при повторномъ выслушиваніи не слышно сердцебиенія плода, при чемъ беременныя заявляютъ, что онѣ перестали чувствовать движеніе плода. И въ этихъ случаяхъ также важно принимать во вниманіе прекращеніе роста матки.

Распознаваніе первой и повторной беременности. Дѣвственная плева первобеременныхъ состоитъ изъ отдѣльныхъ лоскутковъ, соединяющихся между собою у основанія ея, при чемъ потери вещества, особенно у основанія плевы, не бываетъ. У рождавшихъ же находятъ только остатки плевы въ видѣ сосочковъ, такъ наз. *sagunculae myrtiformes*, образующихся вслѣдствіе глубокихъ разрывовъ или отрывовъ дѣвственной плевы при родахъ и послѣдующаго частичнаго омертвѣнія. Извѣстны случаи ненарушенной дѣвственной плевы, несмотря на бывшіе роды; послѣ выкидыша дѣвственная плева не разрушается. **Задняя спайка половыхъ губъ** (*frenulum*), а иногда и промежность у рождавшихъ представляются разрушенными со слѣдами рубцовой ткани. Влагалище у рождавшихъ болѣе широко, и складки его (*columnae rugarum*) сглаживаются. **Влагалищная часть** у первобеременныхъ конической формы, съ круглымъ наружнымъ отверстіемъ и гладкими краями; а у рождавшихъ на краяхъ зѣва замѣчаются, особенно съ боковъ, болѣе или менѣе глубокие разрывы, которые иногда раздѣляютъ переднюю и заднюю губы на два рѣзко ограниченныхъ лоскута.

Слѣды бывшей беременности остаются на брюшныхъ покровахъ: бѣловатые рубцы, вялость и истонченіе брюшныхъ стѣнокъ, иногда расхожденіе мышцъ по бѣлой линіи. Груды представляются отвислыми, и на нихъ также замѣтны бѣловатые рубцы.

Гигіена беременности.

При нормальномъ теченіи беременности въ образѣ жизни женщина должна придерживаться обычныхъ правилъ гигиены. Большое вниманіе слѣдуетъ обращать на чистоту всего тѣла, для чего по крайней мѣрѣ одинъ разъ въ недѣлю нужно брать теплую ванну (27—29° R). Лѣченіе водою—обтиранія, обливанія всего тѣла—дозволяется при извѣстныхъ показаніяхъ. Обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ необходимо дѣлать ежедневно. При патологическихъ выдѣленіяхъ изъ влагалища назначаются спринцеванія влагалища, во время которыхъ должно соблюдать особыя предосторожности: при спринцеваніи женщина должна лежать на спинѣ, струя воды не должна быть сильна, для чего кружка вѣшается низко, и крань открывается на половину, t° воды не должна быть холодною или горячею (около 30° R), дезинфицирующія и вяжущія средства прибавляются, смотря по надобности.

Животъ беременной не долженъ быть стянутъ юбками или корсетомъ; во вторую половину беременности, особенно рождавшимъ женщинамъ, лучше всего совѣтовать носить бандажъ для поддержанія нижней части живота; вмѣсто круглыхъ подвязокъ, затрудняющихъ кровообращеніе, слѣдуетъ носить боковые ластикки, идущіе отъ чупокъ къ краю бандажа. Обувь должна быть просторною.

Питаніе должно быть умѣреннымъ; слѣдуетъ избѣгать трудно варимой пищи, вина и пряностей; крѣпкимъ женщинамъ, родящимъ крупныхъ дѣтей, слѣдуетъ соблюдать умѣренность въ ѣдѣ и питъѣ, слабымъ же бываетъ необходимо усиленное питаніе.

Женщинамъ съ узкимъ тазомъ, или рождавшимъ раньше крупныхъ дѣтей, предлагаютъ соблюдать въ теченіе 3-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ діету Проховника, которая состоитъ въ умѣренномъ введеніи бѣлковыхъ веществъ и воздержаніи отъ употребленія жировъ, углеводовъ и воды.

Многими отмѣчаются болѣе легкіе роды у женщинъ, соблюдавшихъ такую или же вегетаріанскую діету. Однако до сихъ поръ мы не имѣемъ исполнѣ научныхъ данныхъ о вліяніи различнаго рода питанія на развитіе плода, здоровье матери и теченіе родовъ.

Діета Проховника состоитъ въ слѣдующемъ: утромъ—небольшая чашка кофе или чая и 25 граммъ сухарей; въ обѣдъ—мясо всякаго рода, рыба, яйцо, немного соуса, немного нежирно приправленной зелени, салаты, сыр; вечеромъ—то же съ прибавкой 40—50 граммъ хлѣба и масла по желанію. Разрѣшается 300—400 граммъ легкаго вина или морса, немного винограда, яблоковъ. Запрещается вода, супъ, картофель, мучныя блюда, сахаръ, груши.

При извращеніи вкуса беременныхъ употребленіе непереваримыхъ или вредныхъ веществъ должно быть запрещено. Противъ утрен-

ней тошноты, появляющейся часто въ первое время беременности, хорошо помогаетъ ѣда въ постели, послѣ чего женщина должна вставать только черезъ часъ. Запоры, нерѣдко появляющіеся во время беременности, иногда удается устранить подходящею діетой: фруктами, черносливомъ, простоквашей и приѣмами холодной воды наощакъ. При усиленныхъ запорахъ необходимо прибѣгать къ клизмамъ или легкимъ слабительнымъ (cascara sagrada, магнезія, ревенъ и подофілинъ). Сильныхъ слабительныхъ не назначаютъ, особенно опасенъ сабуръ.

Беременные должны избѣгать всякаго физическаго или умственнаго утомленія. Необходимо заставлять женщину совершать ежедневныя прогулки пѣшкомъ на свѣжемъ воздухѣ, но не до утомленія. Сидячій образъ жизни, вмѣстѣ съ усиленнымъ питаніемъ во время беременности, чрезвычайно дурно отражается на теченіи родовъ, во время которыхъ женщинѣ приходится расплачиваться за отступленія отъ правилъ гігіены. Танцы, ѣзда верхомъ и на велосипедѣ безусловно воспрещаются.

Продолжительная ѣзда по желѣзнымъ дорогамъ часто не вызываетъ дурныхъ послѣдствій, однако, лучше отсовѣтовать длинныя путешествія во время беременности, если они предпринимаются только для удовольствія. Также слѣдуетъ избѣгать ѣзды въ экипажахъ по дурнымъ дорогамъ, восхожденія на крутыя горы, ношенія и подниманія тяжестей.

Женщины достаточнаго класса при доброй волѣ легко могутъ соблюдать всѣ вышеуказанныя предписанія. Женщины, занимающіяся физическимъ трудомъ, фабричныя, крестьянки часто работаютъ такъ же усиленно во время беременности, какъ и до беременности. Нельзя не признать, что такая усиленная работа, особенно незадолго до родовъ, несомнѣнно, отражается неблагоприятно какъ на матери, такъ и на ребенкѣ. Клиническія наблюденія доказали, что женщины, отдохнувшія до родовъ, легче родятъ болѣе развитыхъ дѣтей, и что у нихъ сравнительно рѣже встрѣчаются неправильныя положенія плода, эклампсія, кровотеченія. Въ нѣкоторыхъ государствахъ изданы спеціальныя законы объ обязательномъ отдыхѣ для беременной женщины, по крайней мѣрѣ незадолго до родовъ.

Половыя сношенія должны быть оставлены или совершаться крайне рѣдко, особенно у тѣхъ женщинъ, у которыхъ уже раньше бывали выкидыши; половое возбужденіе и раздраженіе шейки матки можетъ вызвать приливъ къ половымъ органамъ и кровотеченіе, зависящее отъ отдѣленія яйца отъ стѣнокъ матки.

Соски требуютъ также ухода, особенно у беременныхъ въ первый разъ: образующіяся на нихъ корки слѣдуетъ очищать масломъ

и соски обмывать спиртомъ; плоскіе соски можно слегка вытягивать.

При сильномъ расширеніи венъ на ногахъ слѣдуетъ бинтовать конечности.

Во время беременности тамъ, гдѣ необходимо назначеніе лѣкарствъ, ихъ можно давать, не опасаясь за правильное теченіе беременности или за здоровье плода, при чемъ дозы не должны быть очень велики. Газообразныя и растворимыя лѣкарственные вещества (іодистый калий, салициловая кислота, хининъ и др.) несомнѣнно переходятъ черезъ ворсинки отъ матери къ плоду; однако трудно доказать непосредственную опасность для плода при ихъ назначеніи. Хотя хлороформъ, какъ доказано, и переходитъ къ плоду, тѣмъ не менѣе хлороформированіе беременныхъ не подвергаетъ опасности жизнь плода.

Особенно надо остерегаться назначенія спорыньи, хинина, пилокарпина и другихъ средствъ, которыя могутъ вызвать сокращенія матки.

Физиологія родовъ.

Родами называется тотъ процессъ, съ помощью котораго изъ матки черезъ наружныя половыя части изгоняются плодъ и дѣтское мѣсто съ оболочками. Женщина во время родовъ называется **роженицей**, а послѣ родоразрѣшенія—**родильницей**.

По тому времени, въ какое беременность прерывается, различаютъ выкидышъ, преждевременные роды, своевременные и запоздалые роды.

Выкидышемъ (Abortus) называется рожденіе плода раньше 28 недѣль отъ начала беременности; при этомъ плодъ обыкновенно родится нежизнеспособнымъ.

Преждевременными родами (Partus praematurus) называется рожденіе плода между 29—39 недѣлями беременности; при хорошемъ уходѣ дѣти, рожденныя въ это время, могутъ остаться живыми.

Своевременными родами считается рожденіе ребенка на 40 недѣль беременности.

Запоздалые роды (Partus serotinus)—рожденіе ребенка спустя 40 недѣль.

Причины наступленія родовъ.

Наступленіе родовъ связано съ дѣятельностью матки, состоящей изъ періодическихъ ея сокращеній; однако до сихъ поръ мы не знаемъ, какія причины вызываютъ въ концѣ 10-го мѣсяца беременности сокращенія мускулатуры матки, бывшей до того времени въ

спокойномъ состояніи. Несомнѣнно, сокращенія матки стоятъ въ связи съ инервацией ея; однако, свѣдѣнія наши объ инервации матки и о зависимости отъ нея сокращеній матки еще совершенно недостаточны. обстоятельныя изслѣдованія нервной системы половыхъ органовъ произведены Франкенхейзеромъ; на рисункѣ 39 можно видѣть расположеніе нервныхъ стволовъ и отдѣльныхъ узловъ.

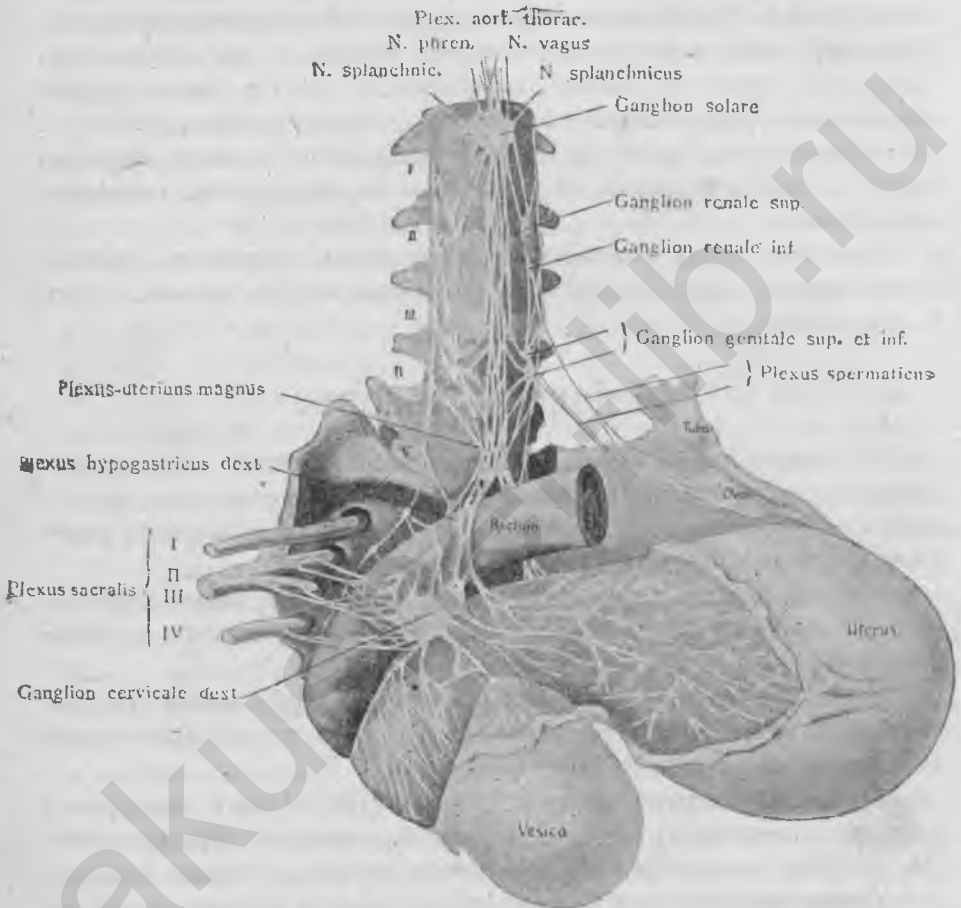


Рис. 39.

Нервы матки по Франкенхейзеру.

Большая часть нервовъ принадлежитъ симпатической нервной системѣ, къ нимъ присоединяются еще нервныя вѣтви cerebro-спинальной системы. Нервныя вѣтви симпатической системы, назначенныя для матки, идутъ отъ plexus aorticus, по пути онѣ получаютъ вѣтви отъ ganglion solare, renale и genitale, а также отъ поясничныхъ узловъ пограничнаго столба; на высотѣ отхожденія art. mesent. inf. онѣ соединяются въ особое сплетеніе—plexus uterinus magnus, или pl. hypogastr. sup. Это сплетеніе у мыса крестцовой кости раздѣляется на двѣ части—plexus hypogastrici laterales, которыя, обхватывая съ обѣихъ сторонъ прямую кишку, переходятъ частью прямо къ боковымъ стѣнкамъ, а частью

образуютъ ganglion cervicale. Эти узлы, особенно важные для инерваціи матки, лежатъ возлѣ шейки и у задняго свода; они своими вѣтвями снабжаютъ большую часть матки ¹⁾. Трубы и яичники снабжены симпатическими вѣтвями отъ gangl. genale и genitale. Вѣтви спинальной системы переходятъ въ матку черезъ анастомозы plexus aorticus съ nerv. vagus, phrenicus и splanchnicus и черезъ поясничную часть спинного мозга при посредствѣ nervi communicantes; кромѣ того, отъ plexus sacralis идутъ вѣтви прямо къ маткѣ и къ gangl. cervicale.

Экспериментальными изслѣдованіями на животныхъ установлено, что 1) важные двигательные центры матки заложены въ продолговатомъ мозгу и въ поясничной части спинного мозга, 2) что главная масса двигательныхъ волоконъ находится въ plexus uterinus magnus и 3) что чувствуюція волокна, повидимому, главнымъ образомъ, проходятъ въ соединительныхъ вѣтвяхъ, идущихъ къ plexus sacralis. Опыты на животныхъ показали, что даже послѣ полной перерѣзки спинного мозга могутъ происходить правильныя сокращенія матки; также извѣстно, что матка можетъ правильно сокращаться во время родовъ при тяжелыхъ заболѣваніяхъ спинного мозга (tabes, myelitis). Проф. Г. Е. Рейнъ показалъ, что зачатіе, беременность и роды у животныхъ могутъ наступить въ маткѣ, соединеніе которой съ спинно-мозговыми центрами совершенно порвано.

Изъ этихъ данныхъ надо заключить, что, вѣроятно, существуютъ периферическіе двигательные центры (въ plexus uterinus, въ гангліяхъ шейки матки и, можетъ-быть, въ самой маткѣ), которые самостоятельно или рефлекторно могутъ вызывать сокращенія матки.

По мнѣнію д-ра Е. М. Курдиновскаго, матка обладаетъ еще самостоятельной міогенной возбудимостью независимо отъ всякихъ нервныхъ вліяній, благодаря чему импульсы къ сокращеніямъ возникаютъ уже въ самыхъ гладкихъ мышечныхъ волокнахъ. Этимъ, конечно, отнюдь не подрывается значеніе нервныхъ центровъ, какъ главныхъ, такъ и мѣстныхъ.

До сихъ поръ мы еще не знаемъ, отъ какихъ измѣненій матки и ея содержимаго зависитъ наступленіе родовыхъ сокращеній матки. Существуетъ нѣсколько гипотезъ, объясняющихъ причины наступленія родовъ отъ различныхъ измѣненій матки или плода:

1) Истонченіе и перерожденіе отпадающей оболочки въ концѣ беременности производитъ раздраженіе нервныхъ окончаній матки.

2) Растяженіе нижняго отрѣзка матки вызываетъ давленіе на gangl. cervicale.

¹⁾ Изслѣдованіями проф. Г. М. Писемскаго доказано, что 1) ganglion cervicale, въ смыслѣ Франкенгейзера, не существуетъ, 2) по обѣ стороны шейки матки въ клѣтчаткѣ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ описанъ этотъ узелъ, помѣщается густое нервное сплетеніе съ многочисленными нервными узлами большей или меньшей величины, 3) сплетеніе это составляется боковымъ подчревнымъ сплетеніемъ, а также вѣтвями, выходящими изъ нервныхъ пучковъ отъ II, III и IV пары крестцовыхъ нервовъ и изъ симпатическаго пограничнаго ствола.

3) Увеличивающаяся въ концѣ беременности венозность крови въ плацентѣ и увеличеніе количества CO_2 въ крови плода раздражаютъ нервы матки.

4) Въ послѣднее время высказываются предположенія о наступленіи въ концѣ беременности измѣненій внутренней секреціи, вслѣдствіе чего берутъ перевѣсъ гормоны, усиливающіе сокращенія матки. Усиленное дѣйствіе придатка мозга, щитовидной железы и плаценты можетъ оказывать вліяніе на двигательную функцію матки. Вліяніе желтаго тѣла мало понятно.

Изгоняющія родовыя силы.

Изгнаніе плода изъ матки, а затѣмъ изъ влагалища черезъ наружные половые органы совершается съ помощью двухъ главныхъ силъ, такъ наз. изгоняющихъ: сокращеній мышцъ матки, или схватокъ, и дѣйствія брюшного пресса, или потугъ. Эти изгоняющія силы должны преодолѣть сопротивленія, встрѣчающіяся на пути прохожденія плода: 1) Отверстіе шейки матки, которое въ концѣ беременности едва пропускаетъ палецъ или только конецъ пальца, подъ вліяніемъ сокращеній должно раскрыться настолько, чтобы пропустить головку плода, окружность которой достигаетъ 36 см.

2) Плодь, встрѣчая при своемъ прохожденіи сопротивленіе со стороны костнаго таза, имѣющаго въ разныхъ своихъ отдѣлахъ различные размѣры, долженъ совершить рядъ вращеній.

3) Влагалище и наружные половые органы также должны чрезвычайно расширяться.

Такимъ образомъ во время родовъ имѣютъ значеніе слѣдующіе факторы: родовыя схватки и потуги, плодь, тазъ роженицы и ея мягкіе родовые пути.

Схватками или родовыми болями называются непроизвольно наступающія періодическія сокращенія матки, вызывающія у роженицы боли въ животѣ, крестцѣ и иногда въ бедрахъ. Начавшееся сокращеніе матки постепенно усиливается и, достигнувъ наибольшей силы, постепенно ослабѣваетъ; затѣмъ мускулатура матки расслабляется, и боль прекращается, наступаетъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ покоя, послѣ котораго снова начинается сокращеніе и т. д. Каждое сокращеніе матки продолжается около минуты, а промежутки между двумя сокращеніями равны нѣсколькимъ минутамъ; въ началѣ родовъ обыкновенно промежутки бывають длиннѣе, а самыя сокращенія короче, чѣмъ въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ. Боли во время сокращеній зависятъ отъ прижатія нервныхъ окончаній въ мышцахъ, а также отъ растяженія и прижа-

тія мягких родовых путей при прохожденіи плода; нѣкоторыя женщины ощущаютъ ихъ чрезвычайно сильно, другія же переносятъ довольно легко. Болевое ощущеніе можетъ быть настолько слабо, что говорятъ о возможности безболѣзненныхъ родовъ. Поэтому отнюдь не слѣдуетъ смѣшивать понятія родовыя боли и схватки.

Сокращенія матки легко узнать, если положить руку на брюшные покровы: матка становится плотною и какъ бы выпрямляется, при чемъ дно ея поднимается выше. Части плода при сокращеніи матки не прощупываются.

Дѣйствіе брюшного пресса выражается въ выработываніи потугъ; въ этомъ принимаетъ участіе сокращеніе мышцъ брюшныхъ стѣнокъ и грудобрюшной преграды. Для выработыванія потугъ роженица въ положеніи на спинѣ сгибаетъ ноги въ колѣняхъ и стопами упирается въ постель; глубокимъ вдыханіемъ діафрагма оттясняется книзу, и брюшныя стѣнки сокращаются, вслѣдствіе чего матка опускается книзу, и плодъ постепенно проталкивается черезъ влагалище. Такимъ образомъ, потуги способствуютъ поступательному движенію плода послѣ того, какъ уже звѣвъ шейки матки совершенно открытъ и не представляетъ препятствія. Дѣйствіе брюшного пресса подчинено волѣ, но во время сильныхъ схватокъ въ послѣдніе моменты родовъ оно становится произвольнымъ.

Кромѣ этихъ главныхъ изгоняющихъ силъ могутъ имѣть значеніе еще собственный вѣсъ плода и сокращенія влагалища. Сокращенія слабыхъ мышцъ влагалища не могутъ способствовать изгнанію плода вслѣдствіе сильнаго растяженія влагалища объемистой головкой плода. Они, можетъ быть, оказываютъ вліяніе на изгнаніе послѣдующаго за головкой туловища и дѣтскаго мѣста.

Раздѣленіе родовъ на сроки.

1. Для того, чтобы изгнаніе плода изъ матки совершилось, необходимо предварительное раскрытіе узкаго канала маточной шейки до значительныхъ размѣровъ. 2. Послѣ полного раскрытія матки происходитъ изгнаніе плода изъ матки во влагалище черезъ малый тазъ и затѣмъ черезъ наружныя половыя органы. 3. Наконецъ, черезъ нѣкоторый промежутокъ времени слѣдуетъ изгнаніе дѣтскаго мѣста и его оболочекъ. Такимъ образомъ, роды раздѣляются на три періода: періодъ раскрытія шейки матки, періодъ изгнанія плода и періодъ изгнанія послѣда.

1. Раскрытіе шейки матки происходитъ подъ вліяніемъ только маточныхъ сокращеній. Во время сокращенія матки плодъ съ окру-

жающими его оболочками испытывает равномерное повышенное давление со всѣхъ сторонъ матки за исключеніемъ нижняго отдѣла. Такъ какъ въ нижней части находится шейка матки съ болѣе слабой мускулатурой, то при сокращеніи матки яйцевыя оболочки производятъ усиленное давление на отверстіе шейки матки, вслѣдствіе чего ткань шейки растягивается и края отверстія истончаются. Въ зависимости отъ растяженія нижней части матки ворсистая оболочка

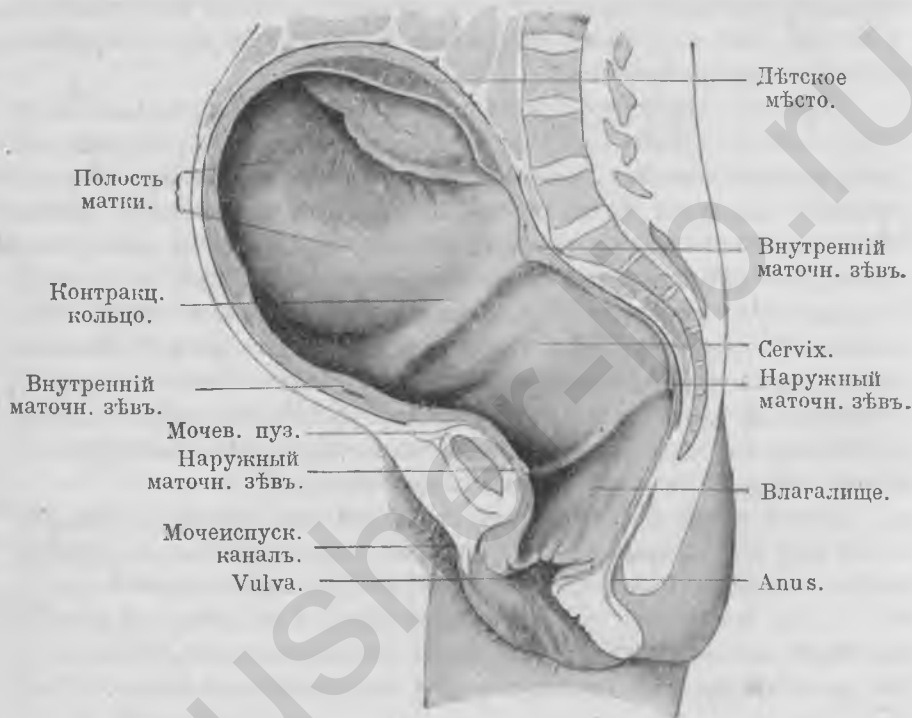


Рис. 40.

Разрѣзъ замороженнаго трупа роженицы въ началѣ періода изгнанія по Брауне.

Плодь удаленъ изъ матки; видна правая половина маточной полости съ плацентой. Шейка сглажена и растянута и отдѣляется отъ влагалища тонкими краями наружнаго отверстія.

отдѣляется отъ внутренней поверхности матки и образуетъ такъ наз. **плодный пузырь**. Послѣдній состоитъ изъ двухъ оболочекъ (ворсистой и водной), выпячивающихся въ отверстіе шейки вслѣдствіе давленія на нихъ околоплодной жидкости. Такимъ образомъ, раскрытію шейки матки способствуютъ: 1) повышеніе внутриматочнаго давленія, 2) дѣйствіе сокращающихся мышечныхъ волоконъ матки на расположенныя вокругъ шейки круговыя волокна, и 3) вставленіе плоднаго пузыря въ маточный зѣвъ. Чѣмъ сильнѣе со-

кращенія матки, тѣмъ больше вставляется въ отверстіе шейки плодный пузырь, сзади котораго находится подлежащая часть плода. Та часть околоплодной жидкости, которая находится между оболочками и подлежащей частью, называется передними водами. Когда маточный зѣвъ вполне раскроется, такъ что края его едва прощупываются по сторонамъ выдающагося во влагалище пузыря, то оболочки во время сильнаго сокращенія матки разры-



Рис. 41.

Тотъ же разрѣзъ (Брауне) матки съ плодомъ.

Плодный пузырь цѣль и вдается во влагалище. Задній видъ 2-го затылочнаго положенія. Головка въ полости таза окружена растянутыми стѣнками шейки матки.

ваются, и переднія воды вытекають; другая часть водъ (заднія воды) обыкновенно задерживается въ маткѣ опускающеюся въ тазъ подлежащей частью и выходитъ только послѣ рожденія плода.

Величину раскрытія зѣва обозначаютъ числомъ пальцевъ, которые могутъ быть свободно введены въ зѣвъ. Говорятъ: «маточный зѣвъ открытъ на 1, 2, 3 пальца»; «матка вполне открыта»—если края зѣва вовсе не прощупываются. Періодъ раскрытія заканчивается такъ наз. полнымъ раскрытіемъ шейки, при которомъ діаметръ между краями маточнаго зѣва равенъ 10 — 11 см. (рис. 40 и 41).

Иногда плодный пузырь разрывается въ началѣ родовъ; тогда растяженіе краевъ зѣва производится вслѣдствіе давленія опухоли, образующейся на подлежащей части; періодъ раскрытія въ этихъ случаяхъ обыкновенно замедляется.

Въ концѣ періода раскрытія вся матка вмѣстѣ съ шейкой раздѣляется на двѣ части: верхнюю сокращающуюся часть, названную Шредеромъ *полымъ мускуломъ*, и нижній сегментъ, такъ называемую *выходную трубку*, отличающуюся меньшимъ количествомъ мышечной ткани и потому способную къ сильному растяженію (рис. 42 и 40.) Границу между полымъ мускуломъ и выходной трубкой составляетъ такъ называемое *контракціонное кольцо*, которое, по мнѣнію нѣкоторыхъ (Бандль, Кюстнеръ, Цвейфель и др.), есть не что иное, какъ внутренній маточный зѣвъ, отодвинувшійся кверху; другіе же (Шредеръ, Гофмейеръ, Леопольдъ) полагають, что контракціонное кольцо лежитъ нѣсколько выше внутренняго зѣва тамъ, гдѣ брюшина еще не плотно прилегаетъ къ маткѣ (рис. 42.) Это кольцо по мѣрѣ раскрытія шейки поднимается тѣмъ выше, чѣмъ сильнѣе растягивается и истончается выходная трубка. При препятствіяхъ къ выходу плода (узкомъ тазѣ, поперечномъ положеніи плода, опухоляхъ и т. д.) контракціонное кольцо достигаетъ иногда уровня пупка и здѣсь ясно выступаетъ черезъ брюшные покровы въ видѣ перехвата, раздѣляющаго полый мускуль отъ чрезмѣрно растянутой выходной трубки.

На прилагаемыхъ рисункахъ видно, что раскрытіе шейки матки и образованіе изъ нея выходной трубки совершается различно у первородящихъ и у рождавшихъ женщинъ.

У *первородящихъ* до начала родовъ обыкновенно наружное отверстие матки не пропускаетъ и конца пальца, каналъ шейки сохраненъ, и внутреннее отверстие закрыто (рис. 43). Въ началѣ родовъ у нихъ начинаетъ открываться внутренній маточный зѣвъ, и, такимъ образомъ, верхняя часть канала шейки, растягиваясь, принимаетъ участіе въ образованіи нижняго сегмента (рис. 44). Когда каналъ шейки совершенно растянется, и влагалищная часть матки укоротится (какъ говорятъ, *сгладится*), тогда только наружное отверстие шейки, или такъ наз. *наружный зѣвъ*, начинаетъ раскрываться (рис. 45). На рисункѣ 46 видно, какъ края маточнаго зѣва при полномъ его раскрытіи разошлись въ стороны и почти совершенно слились со стѣнками влагалища, при чемъ шейка образовала широкій каналъ, и внутренній зѣвъ отошелъ кверху.

У *рождавшихъ* женщинъ, или, какъ ихъ называютъ, у *много-родящихъ*, раскрытіе маточнаго зѣва совершается иначе. Такъ какъ

у нихъ сопротивленіе наружнаго зѣва уже уничтожено вслѣдствіе предшествовавшихъ родовъ, то еще въ концѣ беременности наружный маточный зѣвъ открывается настолько, что въ него свободно можно ввести одинъ, а иногда даже два пальца; также можно провести палецъ черезъ каналъ шейки и внутреннее отверстіе, которое, впрочемъ, всегда менѣе раскрыто, чѣмъ наружное. Такимъ образомъ, каналъ шейки представляется въ видѣ воронки съ широкимъ концомъ внизу (рис. 47). Въ началѣ родовъ у многородящихъ одновременно раскрывается наружный зѣвъ, и укорачивается влагалищная часть матки (рис. 48). Въ заключеніе при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва такъ же, какъ у первородящихъ, образуется нижній маточный сегментъ, ограниченный сверху внутреннимъ зѣвомъ, а снизу небольшой каймой, состоящей изъ краевъ наружнаго зѣва, прилегающихъ къ стѣнкамъ влагалища (рис. 49).

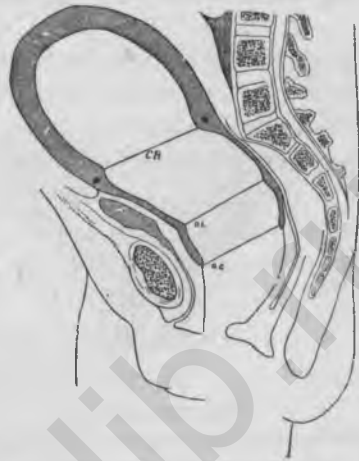


Рис. 42.

Схематическій разрѣзъ полового канала въ концѣ періода раскрытія, по Шредеру.

ср контракционное кольцо; оі внутренній зѣвъ, оѳ наружный зѣвъ. Источенная часть между контракционнымъ кольцомъ и внутреннимъ зѣвомъ, такъ наз. нижній маточный сегментъ.

2. Періодъ изгнанія плода начинается со времени полного раскрытія маточнаго зѣва и оканчивается послѣ изгнанія всего плода.

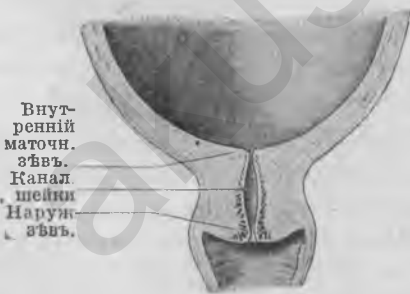


Рис. 43.

Первородящая.

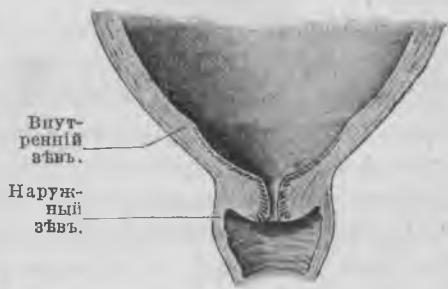


Рис. 44.

Первородящая.

Шейка до начала родовъ. Верхняя часть канала шейки сгладилась.

Разрывъ плоднаго пузыря и излитіе водъ совершается большею частію въ концѣ періода раскрытія; рѣже разрывъ оболочекъ происходитъ рано, еще до начала родовъ, или же слишкомъ поздно; въ послѣднемъ

случаѣ плодъ выходитъ прикрытый оболочками, какъ говорятъ, «въ сорочкѣ».

Послѣ полного раскрытія и послѣдующаго за нимъ излітія водъ начинается періодъ изгнанія. Тогда къ сокращеніямъ матки

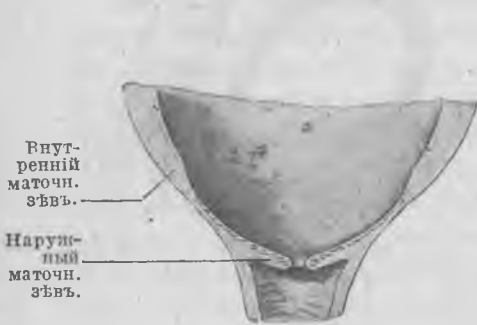


Рис. 45.

Первородящая.

Шейка вполнѣ сгладилась. Наружный маточный зѣвъ еще закрытъ.



Рис. 46.

Первородящая.

Наружный маточный зѣвъ вполнѣ открытъ.

присоединяется рефлекторное дѣйствіе брюшного пресса. Подъ вліяніемъ брюшного пресса совершается поступательное движеніе предлежащей части плода черезъ выходную трубку въ нижній отдѣлъ влагалища. Это поступательное движеніе предлежащей части плода

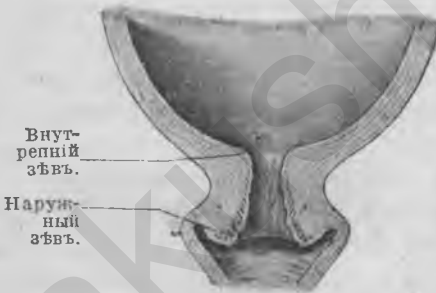


Рис. 47.

Многородящая.

Начало періода раскрытія.



Рис. 48.

Многородящая.

Сглаживаніе верхней части шейки и одновременное раскрытіе наружнаго маточнаго зѣва.

можетъ зависѣть отъ двухъ причинъ. Во-первыхъ, во время сокращенія матки и дѣйствія брюшного пресса всѣ части плода, находящіяся въ полость мускулъ, испытываютъ давленіе, за исключеніемъ предлежащей части, находящейся въ растянутой выходной трубкѣ, вслѣдствіе чего предлежащая часть изгоняется книзу. Во-вторыхъ, подѣ

вліянієм потузь происходит еще непосредственное давленіе на ту часть плода, которая лежитъ въ днѣ матки, т.-е. при продольныхъ положеніяхъ на ягодицы или головку плода. Это давленіе передается черезъ позвоночникъ плода на подлежащую часть и также способствуетъ ея поступательному движенію.

На подлежащей части (въ нижнемъ ея отдѣлѣ), вслѣдствіе давленія на нее съ боковъ, образуется отечная припухлость, состоящая изъ серознаго пропитыванія мягкихъ ея частей и имѣющая консистенцію тѣста. Это—такъ наз. **родовая опухоль**, которая исчезаетъ сама по себѣ скоро послѣ рожденія ребенка.

Предлежащая часть, опустившись до выхода влагалища, выпячиваетъ промежность и растягиваетъ половую щель, которая на-

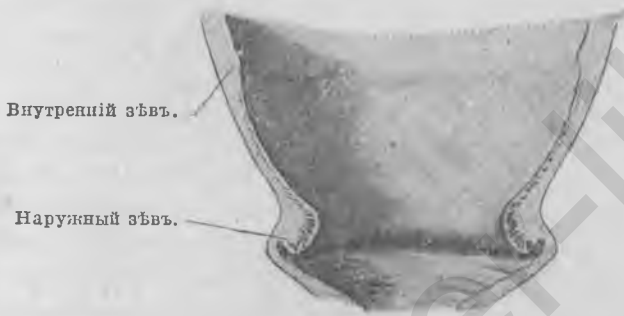


Рис. 49.

Многородная.

Каналь шейки сгладился, и края наружнаго зѣва имѣютъ видъ каймы.

чинаетъ раскрываться, и изъ нея во время потуги показывается подлежащая часть; но вначалѣ, въ промежуткахъ между потугами она уходитъ назадъ. Затѣмъ выдающаяся часть остается видимой и внѣ потуги; тогда говорятъ, что подлежащая часть «врѣзывается».

Когда подлежащая часть становится видимой во всемъ своемъ объемѣ, то говорятъ, что она «прорѣзывается» (рис. 50). Послѣ выхожденія подлежащей части со слѣдующей потугой выходитъ весь плодъ и за нимъ осталъная часть околоплодной жидкости (заднія воды).

3. Періодъ выдѣленія послѣда или послѣдовый періодъ начинается послѣ рожденія плода и заканчивается изгнаніемъ послѣда. Различаютъ два момента: 1) отдѣленіе послѣда и 2) изгнаніе его изъ матки во влагалище и наружу. Тотчасъ послѣ рожденія плода матка сокращается и значительно уменьшается въ своемъ объемѣ, такъ что дно ея стоитъ на уровнѣ пупка; затѣмъ начинаются вновь сокращенія этой уменьшенной матки, имѣющія такой же характеръ схватокъ съ болѣе или менѣе продолжительными промежутками.

Такъ какъ дѣтское мѣсто не можетъ сокращаться вмѣстѣ съ сокращеніемъ стѣнокъ матки, то оно начинаетъ отдѣляться отъ мѣста своего прикрѣпленія; также отдѣляются и оболочки, образующія складки вслѣдствіе уменьшенія матки.

(Сокращенія матки во время періода открытія и изгнанія плода не производятъ отдѣленія послѣда вслѣдствіе того, что плодъ при-
давливаетъ дѣтское мѣсто къ стѣнкамъ матки).

При отдѣленіи послѣда открываются сосуды, проходящіе въ маточной стѣнкѣ, и поэтому происходитъ болѣе или менѣе значитель-

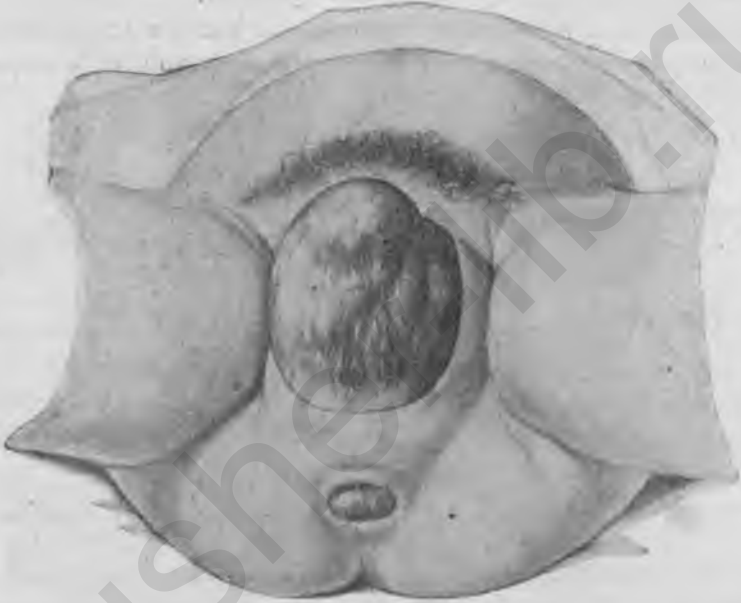


Рис. 50.

Прорѣзываніе головки въ затылочномъ положеніи.

ное кровотеченіе. Кровь изливается частью наружу, а частью скоп-
ляется сзади плаценты такъ, что между нею и стѣнкой матки обра-
зуется retroplacental'ная haematoma, которая еще больше способ-
ствуетъ отдѣленію дѣтскаго мѣста и отгѣсняетъ его въ полость
матки.

При послѣдующихъ схваткахъ плацента совершенно отдѣ-
ляется и затѣмъ опускается въ нижній сегментъ, увлекая за
собою оболочки; такимъ образомъ, дѣтское мѣсто выходитъ вывер-
нутымъ, и изъ половой щели показывается его внутренняя поверх-
ность съ прикрѣпленной къ ней пуповиной и съ завернутыми
кверху краями. Такой способъ отдѣленія послѣда описанъ Шульцце
и носитъ названіе Шульццевскаго механизма (рис. 51). Но послѣдъ

можетъ выходить еще иначе: прежде всего отдѣляется нижній край, а потомъ осталъная часть дѣтскаго мѣста, при чемъ оно складывается по своей поверхности и, такимъ образомъ, опускается въ нижній сегментъ безъ всякаго выворота. Этотъ способъ выдѣленія носить названіе механизма Дункана, по имени автора, описавшаго его (рис. 52). Выхожденіе послѣда по тому или другому способу зависитъ отъ мѣста прикрѣпленія и величины плаценты, а также отъ приемовъ, употребляющихся для выдѣленія послѣда.

Дальнѣйшее изгнаніе послѣда изъ влагалища происходитъ при содѣйствіи брюшнаго пресса. Объ отдѣленіи послѣда и выхожденіи его изъ полога мускула въ выходную трубку судятъ по слѣдующимъ признакамъ: 1) матка поднимается выше и уплощается, 2) между лоннымъ соединеніемъ и плотно сокращеннымъ полымъ мускуломъ чрезъ брюшныя покровы замѣчается мягкая, тѣстоватая выпячивающаяся опухоль, и 3) пупочный канатикъ выступаетъ изъ половой щели гораздо больше чѣмъ до отдѣленія послѣда, что легко замѣтить по узлу, завязанному на пуповинѣ вблизи половой щели. Сосуды, проходящіе въ стѣнкѣ матки въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и открывшіеся послѣ его отдѣленія, закрываются вслѣдствіе наступающаго сокращенія матки, сжатія ихъ мышечными волокнами; и такимъ образомъ кровотеченіе прекращается. При нормальной ретракціи матки послѣ родовъ (т.-е. при быстромъ и полномъ смѣщеніи мышечныхъ пучковъ) образованія тромбовъ въ сосудахъ не происходитъ. Дно матки послѣ изгнанія дѣтскаго мѣста опускается пальца на 2—3 ниже пупка, и сама матка прощупывается черезъ брюшныя покровы въ видѣ небольшого плотнаго тѣла.

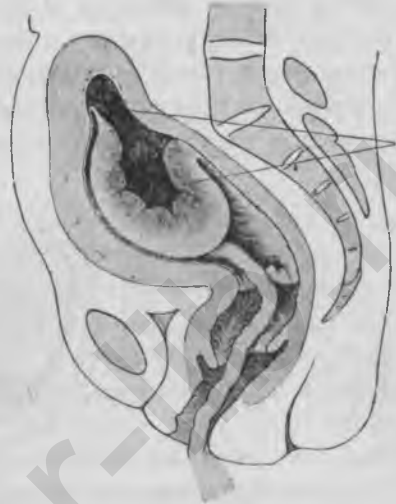


Рис. 51.

Отдѣленіе дѣтскаго мѣста.
Механизмъ Шульце.

а. Retroploental'ная гематома.

Теченіе родовъ.

Уже за нѣсколько дней до родовъ по временамъ появляются какъ бы предвѣстники начала родовъ, боли въ крестцѣ и въ пахахъ; при этомъ изъ половыхъ органовъ показывается серозно-слизистое выдѣленіе. Въ другихъ случаяхъ этихъ болей не бываетъ, и роды на

ступают внезапно среди полного здоровья. Начало родов определяют по схваткамъ, появляющимся съ правильными промежутками, и по измѣненіямъ во влагалищной части матки. При нормальной родовой дѣятельности сокращенія матки въ началѣ появляются каждыя 10—15 минутъ, а затѣмъ постепенно учащаются и становятся болѣе сильными и продолжительными. Родовыя боли отличаются отъ другихъ случайныхъ болей тѣмъ, что матка во время нихъ становится плотнѣе, выдается нѣсколько кпереди и имѣетъ рѣзко очерченные контуры; если положить руку на брюшные покровы, легко замѣтить наступившее сокращеніе матки. Характеръ схватокъ, ихъ

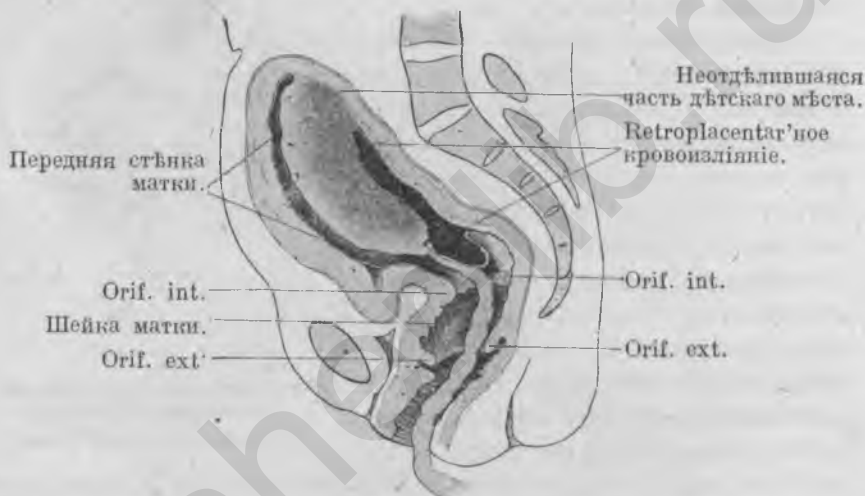


Рис. 52.

Начало отдѣленія плаценты (по Дункану).

сила бываютъ различны у разныхъ женщинъ; даже у одной и той же роженицы при повторныхъ родахъ замѣчается различіе. Обыкновенно вначалѣ появляются небольшія боли въ поясницѣ, которыя затѣмъ усиливаются и переходятъ на нижнюю часть живота и на бедра.

Проявленіе болей также бываетъ неодинаково. Тогда какъ нѣкоторыя—особенно нервныя и боязливыя женщины—начинаютъ стонать и жаловаться на боли при самомъ началѣ родовъ еще во время слабыхъ сокращеній матки, другія терпѣливо выносятъ самыя сильныя боли и не издають ни одного звука даже во время прорѣзыванія головки плода.

Наибольшая болѣзненность бываетъ обыкновенно во время прорѣзыванія головки плода черезъ половую щель, а также въ концѣ періода раскрытія шейки матки. Раскрытіе маточнаго зѣва до двухъ

пальцевъ обыкновенно сопровождается слабыми болями и переносятся роженицами легко. Однако иногда уже въ началѣ родовъ роженица испытываетъ слабость, чувство озноба или жара, нерѣдко появляется тошнота и даже рвота. Въ началѣ періода изгнанія плода потуги, особенно у первородящихъ, большею частью не такъ болѣзненны, какъ схватки въ концѣ періода раскрытія. Иногда во время родовъ наблюдаютъ временное прекращеніе сокращеній матки и связанныхъ съ ними болей: какъ говорятъ, наступаетъ перерывъ родовъ. Такой временный перерывъ особенно часто наблюдается послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва и передъ наступленіемъ періода изгнанія плода.

Если произвести внутреннее изслѣдованіе въ началѣ родовъ, то можно замѣтить, что сама шейка и каналъ ея постепенно укорачиваются, а затѣмъ края маточнаго зѣва истончаются и раздвигаются. Въ дальнѣйшемъ теченіи перваго періода родовъ отверстіе маточнаго зѣва постепенно расширяется больше, и края его, особенно у первородящихъ, нерѣдко надрываются; вслѣдствіе такихъ надрывовъ слизистой оболочки показывается небольшое выдѣленіе крови.

Оболочки плоднаго яйца около маточнаго зѣва отдѣляются, и образуется плодный пузырь, который во время схватки напрягается и выдается изъ краевъ зѣва; въ концѣ періода раскрытія пузырь остается сильно напряженнымъ даже и внѣ схватки, такъ что черезъ оболочки трудно ощупать подлежащую часть. Въ заключеніе подъ вліяніемъ сильнаго сокращенія матки разрывается плодный пузырь, переднія воды изливаются, и этимъ періодъ раскрытія заканчивается.

Разрывъ плоднаго пузыря и излитіе околоплодныхъ водъ далеко не всегда происходятъ въ концѣ періода раскрытія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ излитіе водъ происходитъ до начала родовыхъ болей, при чемъ самые роды могутъ начаться спустя нѣсколько часовъ, а иногда и дней, послѣ прохожденія водъ. Въ другихъ случаяхъ плодный пузырь не разрывается даже во второмъ періодѣ—періодѣ изгнанія плода; при этомъ плодный пузырь первымъ показывается изъ половой щели. Небольшіе недоношенные плоды иногда рождаются въ неповрежденныхъ оболочкахъ. Разрывъ плодныхъ оболочекъ обыкновенно происходитъ въ нижней ихъ части тамъ, гдѣ онѣ прилегаютъ къ маточному зѣву; но разрывъ можетъ произойти и выше, и тогда, несмотря на излитіе водъ, на головкѣ плода можно ощупать плодныя оболочки, плотно прилегающія къ ней.

Послѣ полного раскрытія зѣва схватки измѣняютъ свой характеръ; къ сокращеніямъ матки присоединяется произвольное дѣйствіе брюшнаго пресса. Подъ вліяніемъ потугъ головка проходитъ черезъ расширенный зѣвъ и опускается черезъ влагалище до дна

таза, при чемъ совершаетъ вращенія то вокругъ своей поперечной, то продольной оси (см. механизмъ родовъ). Затѣмъ начинается растяженіе мягкихъ частей дна таза, вслѣдствіе чего болѣзненность усиливается. У роженицы появляется чувство напиранія на прямую кишку и неудержимая потребность тужиться, для чего она во время схватки ищетъ точки опоры, упирается ногами въ постель, а руками держится за края кровати или за окружающихъ ее лицъ и со всею силою напрягаетъ брюшныя мышцы, какъ при дефекаціи, которая обычно и происходитъ при этомъ изъ зіяющаго задняго прохода. При потугахъ роженица дѣлаетъ глубокое вдыханіе, затѣмъ задерживаетъ выдыханіе, вслѣдствіе чего ея лицо краснѣетъ и покрывается испариной. Въ одну изъ такихъ потугъ промежность начинаетъ растягиваться и удлиняться, а половая щель раскрывается, что указываетъ на низкое стояніе подлежащей части. Затѣмъ во время слѣдующей потуги головка показывается небольшой своей частью и внѣ потуги опять скрывается; такъ продолжается нѣкоторое время, пока наконецъ выступающая головка не начнетъ сильно растягивать половыя губы и промежность. Происходитъ прорѣзываніе головки, при чемъ обыкновенно лицо выходитъ надъ промежностью. Когда головка вышла изъ половой щели, она поворачивается такъ, что затылокъ ея обращенъ къ одному бедру матери, а личико къ другому, и такимъ образомъ одно плечико выходитъ изъ-подъ лонной дуги, а другое—изъ-за промежности. Остальное туловище плода быстро выталкивается изъ половыхъ частей матери; вслѣдъ за выходомъ всего плода изъ половой щели выдѣляются оставшіяся плодныя воды, смѣшанныя съ кровью. Родившійся плодъ еще остается въ связи съ матерью при посредствѣ пупочнаго канатика, который затѣмъ долженъ быть перерѣзанъ.

Послѣ изгнанія плода боли на время прекращаются и вскорѣ возобновляются, но съ гораздо меньшей силой. Эти сокращенія матки служатъ для отдѣленія послѣда и его изгнанія.

Продолжительность родовъ зависитъ отъ силы и частоты сокращеній матки и дѣйствія брюшнаго пресса. Кромѣ того, на продолжительность родовъ вліяетъ растяжимость мягкихъ родовыхъ путей, ширина таза, величина и положеніе плода. Средняя продолжительность родовъ у первородящихъ равна 18 часамъ, у многородящихъ—12 часамъ. Большая часть времени идетъ на раскрытіе шейки матки; періодъ изгнанія плода у первородящихъ занимаетъ около 2-хъ часовъ, у многородящихъ—около 30 минутъ. Третій періодъ—изгнаніе послѣда—обыкновенно оканчивается черезъ полчаса послѣ рожденія плода; однако отдѣленный послѣдъ можетъ иногда часами оставаться во влагалищѣ, если не будетъ примѣнено пособіе для его выхожденія.

Механизмъ родовъ.

Механизмомъ родовъ называется способъ прохожденія плода черезъ малый тазъ. При этомъ подлежащая часть (головка или ягодицы) плода и за нею туловище плода должны совершить различныя вращенія или, какъ говорятъ, повороты.

Прохожденіе черезъ тазъ подлежащей части плода начинается обыкновенно съ момента полного открытія маточнаго зѣва послѣ прохожденія водъ, когда къ сокращеніямъ матки присоединяется и дѣйствіе брюшнаго прессы. Причина поворотовъ заключается, во-первыхъ, въ воздѣйствіи изгоняющихъ силъ на подлежащую часть и, во-вторыхъ, въ неравнобѣрномъ распредѣленіи препятствій въ различныхъ отдѣлахъ тазоваго канала. При продольныхъ положеніяхъ плода сила сокращеній матки и брюшнаго прессы дѣйствуетъ въ направленіи продольной оси плода на подлежащую часть, которая совершаетъ поступательное движеніе. Но вмѣстѣ съ поступательнымъ движеніемъ подлежащая часть совершаетъ еще вращеніе то около своей поперечной, то около продольной оси. Причины этихъ поворотовъ точно неизвѣстны (см. ниже стр. 87). Прежде приписывали большое значеніе тому, что съ одной стороны величина размѣровъ таза (прямыхъ, косыхъ и поперечныхъ) во входѣ, въ полости и въ выходѣ не одинакова, а съ другой стороны отдѣльные размѣры подлежащей части, напр. головки, также различны: поэтому наибольшій размѣръ головки долженъ соответствовать наибольшему размѣру таза. Однако это объясненіе нельзя признать удовлетворительнымъ. Такъ, обычная установка головки скорѣе всего можетъ зависѣть отъ вліянія поясничной части позвоночника матери на туловище плода (см. стр. 42). Впрочемъ въ исключительныхъ случаяхъ возможна установка головки доношеннаго плода своимъ прямымъ размѣромъ (лобно-затылочнымъ) въ прямомъ размѣрѣ входа въ тазъ. Въ дальнѣйшемъ при всякомъ механизмѣ родовъ слѣдуетъ отличать: 1) поступательное движеніе и 2) вращательныя движенія то около поперечной, то около продольной оси.

Механизмъ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Въ началѣ родовъ головка плода при затылочныхъ положеніяхъ у первородящихъ чаще всего стоитъ во входѣ въ тазъ, и иногда даже опускается въ полость; у многородящихъ же обыкновенно стоитъ надъ входомъ въ тазъ. При внутреннемъ изслѣдованіи послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва и прохожденія водъ мы находимъ, что

стрѣловидный шовъ проходитъ поперекъ ¹⁾ или косо, при чемъ большой и малый роднички стоятъ приблизительно на одной высотѣ



Рис. 53.

Многородящая. Головка плода вначалѣ стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ въ умѣренномъ сгибаніи.
1-я позиція.

(рис. 53). Затѣмъ отмѣчаютъ 4 момента, или 4 поворота головки плода, которые совершаются при одновременномъ поступательномъ



Рис. 54.

Первородящая въ началѣ періода изгнанія. Головка совершила 1-й поворотъ, т.-е. сильное сгибаніе.
1-я зат. позиція.

¹⁾ Стрѣловидный шовъ можетъ проходить или 1) по срединѣ тазоваго канала такъ, что обѣ половины головки одинаково низко вступаютъ въ тазовой входъ

движеніи ея въ маломъ тазу. По мѣрѣ усиленія потугъ малый родничокъ опускается ниже большого (первый поворотъ, т.-е. вращеніе головки около ея поперечной оси), при чемъ происходитъ сгибаніе головки, вслѣдствіе чего подбородокъ приближается къ груди, и такимъ образомъ большой родничокъ становится уже недоступнымъ для изслѣдованія (рис. 54)¹⁾.

По мѣрѣ того, какъ головка опускается къ выходу таза, малый родничокъ поворачивается кпереди (второй поворотъ, или вращеніе головки около продольной ея оси) (рис. 55), и такимъ образомъ въ



Рис. 55.

2-й поворотъ головки, которая перешла стрѣловиднымъ швомъ въ косой размѣръ таза.

выходѣ таза малый родничокъ подходит къ нижнему краю лоннаго соединенія, стрѣловидный шовъ идетъ спереди назадъ, а большой родничокъ обращенъ кзади къ крестцовой впадинѣ (рис. 56).

Когда головка установилась стрѣловиднымъ швомъ въ прямомъ размѣрѣ выхода таза, начинается ея изгнаніе. При этомъ изъ-

(осевое нормальное вставленіе), или 2) ближе къ задней стѣнкѣ таза такъ, что опускается передняя теменная кость, и головка наклоняется къ заднему плечу (передне-теменное вставленіе, такъ наз. Негелевское наклоненіе), что бываетъ при вялыхъ брюшныхъ покровахъ, отвисломъ животѣ вслѣдствіе узкаго таза, или 3) ближе къ передней стѣнкѣ таза (задне-теменное вставленіе), что наблюдается у первородящихъ съ неподатливыми брюшными покровами.

¹⁾ При опусканіи головки въ тазъ стрѣловидный шовъ въ случаѣ передне-теменнаго вставленія поворачивается кпереди, а въ случаѣ задне-теменнаго — кзади, и такимъ образомъ обѣ половины головки опускаются одинаково глубоко въ тазу.

подъ лоннаго соединенія выходитъ затылокъ (рис. 57), который затѣмъ упирается въ лонное соединеніе, и головка совершаетъ разгибаніе, подбородокъ удаляется отъ груди, и надъ промежностью выходитъ лобъ, затѣмъ лицо вмѣстѣ съ подбородкомъ (третій поворотъ, или вращеніе головки около поперечной оси въ направленіи противоположномъ первому повороту) (рис. 58).

Послѣ выхожденія головки съ лицомъ, обращеннымъ къзади, она сперва склоняется книзу, а затѣмъ совершается вращеніе ея около



Рис. 56.

2-й поворотъ головки законченъ, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ выхода таза.

продольной оси, при чемъ затылокъ обращается или къ правому, или къ лѣвому бедру матери (четвертый поворотъ). Вмѣстѣ съ этимъ наружнымъ поворотомъ головки происходитъ внутренній поворотъ плечиковъ. Плечики проходятъ черезъ тазовой входъ въ поперечномъ его размѣрѣ, въ полости таза перемѣщаются въ косоу размѣрѣ противоположный тому, въ которомъ проходилъ стрѣловидный шовъ головки; въ выходѣ таза плечики устанавливаются въ прямомъ размѣрѣ такимъ образомъ, что одно плечико упирается въ нижній край лоннаго соединенія, а другое выкатывается надъ промежностью. Остальное туловище плода выходитъ быстро вслѣдъ за выхожденіемъ плечиковъ.

Причины поворотовъ головки до сихъ поръ не всеми объясняются

одинаково. Первый поворотъ—сгибание головки—объясняется тѣмъ, что изгоняющія силы оказываютъ главнымъ образомъ давленіе на позвоночникъ плода (т.-е. по его оси) и, какъ на продолженіе его, на малый родничокъ, который потому и опускается ниже большого.

Второй поворотъ — вращеніе малаго родничка кпереди прежде объяснялся исключительно тѣмъ, что наибольшіе размѣры головки по мѣрѣ ея опусканія въ тазъ должны помѣщаться въ наибольшихъ его размѣрахъ. Въ настоящее время существенное значеніе при этомъ поворотѣ приписываютъ мышцамъ тазоваго дна, главнымъ образомъ levato'ra ani, боковые пучки котораго поворачиваютъ головку такъ, что продольный ея размѣръ долженъ совпасть съ продольнымъ углубленіемъ діафрагмы таза (рис. 4). Поворотъ же затылка кпереди, а не кзади, объясняется тѣмъ, что затылокъ на передней стѣнкѣ таза встрѣчаетъ меньшее противодѣйствіе, чѣмъ на задней стѣнкѣ.

Однако многими такой поворотъ головки считается за вторичное явленіе, зависящее отъ поворота туловища плода. Такъ какъ выступающая поясничная часть позвоночника и мусъ препятствуютъ спинкѣ повернуться назадъ, то вслѣдъ за спинкой и затылокъ долженъ повернуться впередъ.

Третій поворотъ—разгибание головки—объясняется особенностями строенія выхода таза. Въ выходѣ таза задняя стѣнка дополняется мягкими частями, вслѣдствіе чего здѣсь ось таза отклоняется сильно кпереди, и дно таза оказываетъ сопротивленіе поступатель-



Рис. 57.

Начало 3-го поворота, выхождение затылка изъ-подъ лоннаго соединенія.



Рис. 58.

Конец 3-го поворота, разгибание головки.

ному движению головки и направляет ее впереди къ выходному отверстию.

Четвертый поворот объясняется внутренним поворотом плечиковъ.

Зелльгеймъ въ послѣднее время предложилъ новое объясненіе для механизма родовъ. Его ученіе, согласно которому всѣмъ процессомъ управляютъ физическіе законы, основано на слѣдующихъ положеніяхъ: 1) Родовой каналъ представляетъ изъ себя трубку, поперечное сѣченіе которой круглоятой формы. Вначалѣ онъ имѣетъ прямое направленіе, затѣмъ образуетъ довольно острое колѣно и, наконецъ, идетъ кверху и впереди въ видѣ отлогой дуги. 2) Для того, чтобы плодъ во время родовъ могъ пройти съ наименьшимъ треніемъ черезъ



Рис. 59.

По Бумму. Родовой каналъ во время его прохожденія плодомъ, осевая линія и направленіе осей различныхъ плоскостей, которыя долженъ послѣдовательно пройти плодъ.

такой родовой каналъ, онъ принимаетъ форму цилиндра, при чемъ головка его согнута, позвоночникъ разогнутъ, плечи приподняты къ головкѣ и нижнія конечности разогнуты. 3) При прохожденіи черезъ родовой каналъ плодъ долженъ измѣнять свое положеніе, такъ какъ онъ представляетъ изъ себя цилиндръ неравномѣрно сгибающійся во всѣ стороны, что зависитъ отъ различной сгибаемости различныхъ отдѣловъ позвоночника. 4) Шейная часть позвоночника, сгибается (при затылочномъ положеніи) больше всего назадъ, меньше въ стороны и всего меньше впереди; грудная часть позвоночника сгибается больше всего въ стороны и меньше всего впередъ и назадъ; поясничная часть—легче всего кзади и въ стороны и труднѣе всего впереди. (Все это доказано опытами на новорожденныхъ.)

Механизмъ родовъ представляетъ изъ себя комбинацію: 1) движенія впередъ черезъ родовой каналъ и 2) вращенія неравномѣрно сгибающагося плода, имѣющаго форму цилиндра, вслѣдствіе чего этотъ цилиндръ въ мѣстѣ сгиба родового канала вращается вокругъ своей продольной оси до тѣхъ поръ, пока то направленіе, въ которомъ плодъ сгибается всего легче, совпадаетъ съ направленіемъ родового канала. Такимъ образомъ, при затылочномъ положеніи поворотъ затылка впереди (2-й поворотъ) происходитъ въ мѣстѣ изгиба вслѣдствіе того, что наиболѣе легкое сгибаніе (кзади) совпадаетъ съ направленіемъ родовой трубки. Плечики поворачиваются изъ косога въ прямой размѣръ на мѣстѣ сгиба родового канала оттого, что наиболѣе легкое сгибаніе приходится впереди. Разгибаніе головки при ея выходѣ происходитъ вслѣдствіе того, что она должна пройти черезъ выходное отверстіе, описавъ предварительно полукругъ по пути, образуемому растянutoю промежностью, при чемъ положеніе туловища остается спокойнымъ.

Механизм родовъ при 1-мъ затылочномъ положеніи, переднемъ видѣ.

(Рис. 60).

Наружное изслѣдованіе: головка лежитъ надъ входомъ таза или во входѣ, тазовой конецъ—въ днѣ матки, спинка въ лѣвой ея сторонѣ, мелкія части—въ правой; сердцебіеніе плода прослушивается въ лѣвой половинѣ ниже пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: малый родничокъ обращенъ влѣво или влѣво-кпереди, большой—вправо или вправо-кзади; стрѣло-

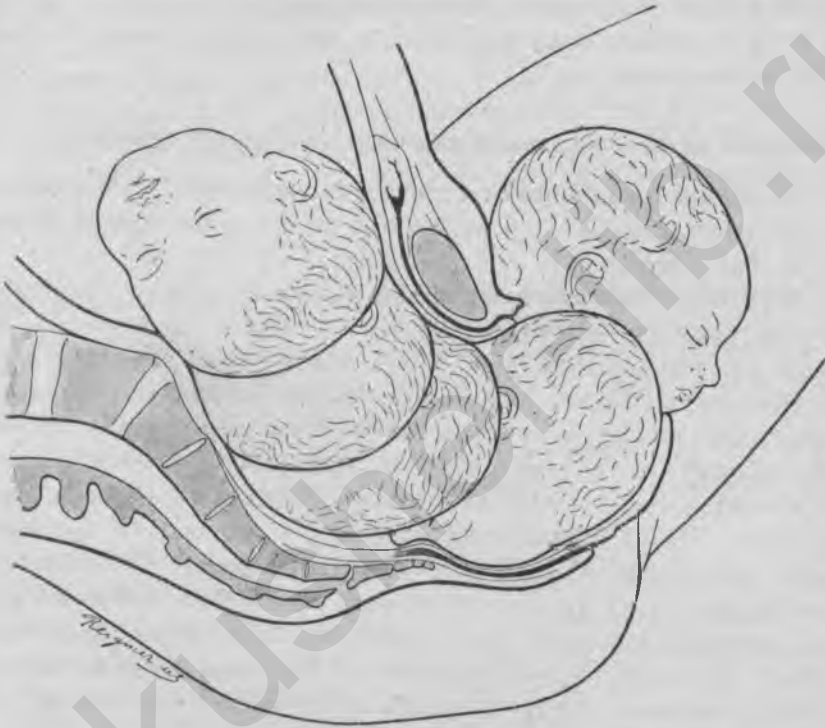


Рис. 60.

Послѣдовательныя положенія головки при механизмѣ родовъ при 1-мъ затылочномъ положеніи.

видный шовъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ таза, правая теменная кость обращена къ лонному соединенію и называется предлежащею (рис. 53).

Механизмъ родовъ будетъ слѣдующій: малый родничокъ опустится ниже (1-й поворотъ), потомъ будетъ поворачиваться кпереди, вслѣдствіе чего стрѣловидный шовъ перейдетъ въ правый косой размѣръ, а въ выходѣ таза вступитъ въ прямой размѣръ (2-й поворотъ;

рис. 54, 55, 56), при этомъ малый родничокъ подойдетъ къ нижнему краю лоннаго соединенія, а большой будетъ обращенъ къ крестцу. Въ половой щели показывается задняя часть правой теменной кости, сзади лоннаго сочлененія выходитъ затылокъ, а затѣмъ надъ промежностью выходятъ лобъ и лицо (3-й поворотъ; рис. 57, 58). Вышедшая головка затѣмъ поворачивается затылкомъ къ лѣвому бедру матери, причеиъ плечики вступаютъ въ лѣвый косой, а затѣмъ въ прямой размѣръ таза. Правое плечико показывается подъ лоннымъ соединеніемъ, а лѣвое выходитъ надъ промежностью (4-й поворотъ). У родившагося младенца можно замѣтить головную опухоль (см. рис. 63) на правой теменной кости и иногда захожденіе лѣвой теменной кости подъ правую.

Механизмъ родовъ при 2-мъ затылочномъ положеніи, переднемъ видѣ.

✓ **Наружное изслѣдованіе:** головка плода внизу, тазовой конецъ въ днѣ матки, спинка—справа, мелкія части—слѣва. Сердцебиеніе—справа ниже пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: малый родничокъ вправо или вправо-кпереди, большой—влѣво, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ или лѣвомъ косомъ размѣрѣ таза. Предлежитъ лѣвая теменная кость.

Механизмъ родовъ слѣдующій: малый родничокъ опускается ниже большого (1-й моментъ) и поворачивается кпереди, при чемъ стрѣловидный шовъ совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ выхода (2-й моментъ). Раньше всего показывается задняя часть лѣвой теменной кости. Послѣ выхожденія головки съ лицомъ, обращеннымъ кзади, она затылкомъ поворачивается къ правому бедру матери. Плечики проходятъ въ правомъ косомъ размѣрѣ, а затѣмъ въ прямомъ размѣрѣ, при чемъ лѣвое подходитъ подъ лонное соединеніе, а правое выходитъ надъ промежностью. Головная опухоль бываетъ на лѣвой теменной кости, а правая теменная кость заходитъ подъ лѣвую.

Механизмъ родовъ при 1-мъ затылочномъ положеніи, заднемъ видѣ.

Наружное изслѣдованіе: головка плода внизу, тазовой конецъ вверху, спинка слѣва, обращена больше кзади, мелкія части легко прощупываются вправо спереди. Сердцебиеніе яснѣ слышно слѣва кзади.

Внутреннее изслѣдованіе: малый родничокъ влѣво и кзади, большой вправо и кпереди, стрѣловидный шовъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ таза.

Механизмъ родовъ можетъ быть двоякимъ:

1) Наичаще малый родничокъ поворачивается въ выходѣ таза къзади напередъ, при чемъ онъ долженъ совершить поворотъ почти въ половину окружности таза и подойти къ лонному соединенію, вслѣдствіе чего стрѣловидный шовъ устанавливается въ прямомъ размѣрѣ, и выходженіе головки совершается такъ же, какъ при переднемъ видѣ 1-го затылочнаго положенія. Однимъ словомъ, задній видъ переходитъ въ передній.

2) Рѣже малый родничокъ, опускаясь, поворачивается въ дальнѣйшемъ теченіи совершенно къзади къ крестцу, при чемъ стрѣловидный шовъ стоитъ въ прямомъ размѣрѣ, а большой родничокъ подходитъ подъ лонное соединеніе; затѣмъ лобъ упирается въ лонное соединеніе, и надъ промежностью выкатывается затылокъ, а лицо прорѣзывается изъ-за лоннаго соединенія. Роды происходятъ въ заднемъ видѣ. Вышедшая головка поворачивается затылкомъ къ лѣвому бедру матери, а плечики проходятъ черезъ правый косой размѣръ таза.

Механизмъ родовъ при 2-мъ затылочномъ положеніи, заднемъ видѣ.

Наружное изслѣдованіе: головка плода внизу, тазовой конецъ вверху, спинка вправо къзади, а мелкія части влѣво кпереди; сердцебиеніе плода справа къзади.

Внутреннее изслѣдованіе: малый родничокъ вправо и къзади, большой влѣво и кпереди, стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ.

Механизмъ родовъ можетъ быть двоякимъ:

1) Малый родничокъ въ выходѣ таза повернется къ лонному соединенію, а большой къзади и, такимъ образомъ, задній видъ перейдетъ въ передній, и головка выходитъ такъ же, какъ и при переднемъ видѣ. Этотъ механизмъ наблюдается чаще всего.

2) Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ такого измѣненія въ передній видъ не происходитъ; малый родничокъ въ выходѣ таза повертывается совершенно къзади, а большой родничокъ кпереди, и, въ заключеніе, затылокъ выходитъ со стороны промежности, а лицо изъ-подъ лонной дуги.

Обыкновенно рожденіе головки въ заднемъ видѣ, при сильномъ сгибаніи ея, происходитъ чрезвычайно долго вслѣдствіе того, что затылокъ при своемъ выходженіи испытываетъ большое препятствіе со стороны промежности. Причины такого вращенія затылка къзади до сихъ поръ точно неизвѣстны. Часто въ заднемъ видѣ рождаются недоношенные или некрупные плоды, головка которыхъ, не встрѣчая препятствій въ тазу, проходитъ черезъ всѣ отдѣлы его безъ всякаго

механизма въ томъ положеніи, въ какомъ она установилась во входѣ.

Иногда же роды въ заднемъ видѣ наблюдаются и при очень крупныхъ плодахъ, головка которыхъ встрѣчаетъ слишкомъ сильное препятствіе при поворотѣ ея затылкомъ кпереди. Причиной родовъ въ заднемъ видѣ можетъ быть еще сильная отвислость живота, вслѣдствіе чего поворотъ спинки кпереди будетъ затрудненъ.

Неправильности въ механизмѣ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

1) **Низкое поперечное стояніе головки**, наблюдающееся при очень широкихъ тазахъ и нормальной величинѣ головки или при нормальномъ тазѣ и небольшой головкѣ. Въ этихъ случаяхъ головка, установившаяся стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ входа въ тазъ, не встрѣчая препятствія, въ такомъ поперечномъ положеніи опускается къ выходу таза, и затылокъ не поворачивается кпереди. Такое поперечное стояніе головки въ выходѣ таза иногда продолжается долго и требуетъ помощи искусства, въ другихъ же случаяхъ все-таки въ заключеніе совершается вращеніе затылка кпереди, и только въ исключительныхъ случаяхъ головка прорѣзывается въ поперечномъ или косомъ положеніи.

2) **Чрезмѣрный поворотъ плечиковъ**, при чемъ плечики проходятъ черезъ тазъ въ томъ же косомъ размѣрѣ, въ которомъ проходилъ стрѣловидный шовъ, и наружный поворотъ головки совершается такъ, что затылокъ при 1-мъ затылочномъ положеніи поворачивается къ правому бедру матери, а при 2-мъ къ лѣвому.

Затылочные положенія, встрѣчающіяся чаще всего, считаются правильными, и роды при нихъ совершаются обыкновенно самопроизвольно, если въ теченіе ихъ не произойдетъ осложнений.

Роды при теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ.

При предлежаніи головки, кромѣ затылочныхъ предлежаній, могутъ быть теменные, лобныя и лицевыя.

Теменное предлежаніе образуется тогда, когда вмѣсто нормальнаго сгибанія головка вступаетъ въ тазъ при умѣренномъ разгибаніи, при чемъ подбородокъ немного удаляется отъ груди; вслѣдствіе такого разгибанія ниже всего опускается не затылокъ, а передняя часть темени и область большого родничка. Если головка будетъ еще больше разогнута, то ниже всего опустится лобъ, и образуется лобное предлежаніе. При самомъ сильномъ разгибаніи головки

ниже всего опустится лицо, и, такимъ образомъ, возникаетъ **лицевое предлежаніе**.

Эти три положенія—теменное, лобное и лицевое—считаются правильными потому, что при нихъ роды могутъ происходить самопроизвольно и согласно опредѣленному механизму. Однако, ихъ также считаютъ неправильными, такъ какъ при нихъ нерѣдко наблюдаются уклоненія отъ правильнаго теченія родовъ, и возникаетъ опасность для матери и плода. Лобныя положенія слѣдуетъ считать неправильными, такъ какъ роды при этихъ положеніяхъ могутъ оканчиваться самопроизвольно и благополучно только въ видѣ исключенія.

Возникновеніе этихъ трехъ положеній происходитъ обыкновенно въ началѣ родовъ, при вступленіи головки во входъ въ тазъ, и только рѣдко эти положенія образуются уже во время беременности, напр. при врожденномъ зобѣ пригибаніе головки къ груди становится невозможнымъ.

Теменные, лобныя, лицевыя положенія могутъ происходить отъ различныхъ причинъ, главнымъ образомъ при препятствіяхъ для опусканія затылка: отъ закидыванія ручки за затылокъ, отъ суженія таза, сильнаго наклоненія матки въ сторону, недостаточной растяжимости и ненормальнаго сокращенія нижняго сегмента, отъ чрезмерно большой головки съ сильно развитымъ затылкомъ (долхоцефалическая форма). Разгибаніе головки можетъ образоваться также изъ косыхъ положеній плода, когда туловище его вмѣстѣ съ маткой подъ вліяніемъ схватокъ устанавливается прямо по средней линіи, а головка не слѣдуетъ за движеніемъ туловища.

Механизмъ родовъ при теменныхъ положеніяхъ.

Наружное изслѣдованіе даетъ тѣ же результаты, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ: при 1-й позиціи спинка будетъ обращена влѣво, а при 2-й вправо.

Внутреннее изслѣдованіе: ниже всего опускается большой родничокъ, а малый родничокъ трудно достигается или не достигается вовсе, при чемъ при 1-й позиціи малый родничокъ обращается влѣво кзади, а при второй вправо кзади. Въ дальнѣйшемъ теченіи большой родничокъ обыкновенно поворачивается кпереди, и лобъ подходитъ подъ лонное соединеніе, а затылокъ выходитъ сзади надъ промежностью, послѣ чего лицо прорѣзывается изъ-подъ лонной дуги. Такимъ образомъ, прорѣзываніе затылка сзади, происходитъ такъ же, какъ при заднихъ видахъ затылочнаго положенія; но разница состоитъ въ томъ, что при затылочныхъ положеніяхъ головка сильно

согнута, и ниже всего опускается малый родничокъ, тогда какъ при теменныхъ положеніяхъ головка умѣренно разогнута, и ниже всего опускается большой родничокъ. Роды при теменныхъ положеніяхъ и при большой головкѣ плода обыкновенно бываютъ продолжительны и трудны вслѣдствіе того, что въ выходъ таза головка вступаетъ своимъ большимъ размѣромъ; промежность сильно растягивается и легко можетъ разорваться. Нерѣдко приходится прибѣгать къ извлеченію головки щипцами.

Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

1-е лицевое положеніе. Наружное изслѣдованіе: головка внизу, при чемъ надъ лѣвой половиной таза прощупывается затылокъ въ видѣ плотной опухоли; тазовой конецъ вверху, спинка съ лѣвой стороны, мелкія части—справа. Сердцебиеніе плода слышно ниже пупка съ правой стороны потому, что грудь плода выпячивается вслѣдствіе разгибанія и прилежитъ ближе къ брюшнымъ покровамъ матери, чѣмъ спинка.

Внутреннее изслѣдованіе: лобъ обращенъ влѣво, а подбородокъ вправо, при чемъ въ началѣ родовъ подбородокъ обыкновенно стоитъ выше лба и съ трудомъ достигается. Лицевое положеніе при изслѣдованіи иногда смѣшиваются съ тазовымъ, причемъ носъ принимаютъ за крестецъ, а ротъ за задній проходъ. Изслѣдованіе надо производить осторожно, чтобы не повредить частей лица и особенно глазъ.

Теченіе родовъ. 1) Происходитъ сильное разгибаніе головки, и подбородокъ опускается ниже (первый поворотъ); 2) подбородокъ поворачивается впередъ, къ лонной дугѣ, а лобъ къ крестцу (второй поворотъ); поворотъ подбородка впередъ необходимъ для благополучнаго окончанія родовъ; 3) затѣмъ въ половой щели показывается правый уголь рта, и изъ-подъ лонной дуги прорѣзывается подбородокъ, а надъ промежностью выкатывается лобъ и затѣмъ затылокъ, т.-е. совершается сгибаніе головки (третьй поворотъ) (рис. 61); при прорѣзываніи плечиковъ лицо поворачивается къ соотвѣтствующему бедру матери.

Такимъ образомъ, при лицевыхъ положеніяхъ 1-й моментъ заключается въ разгибаніи головки, а 3-й въ ея сгибаніи, т.-е. происходятъ явленія, обратныя тѣмъ, какія паблюдаются при затылочномъ положеніи.

Причина перваго поворота, т.-е. опущенія подбородка книзу, зависитъ отъ того же дѣйствія сокращеній матки на позвоночникъ плода и на подбородокъ, который находится на короткомъ плечѣ рычага. Второй и третій поворотъ объясняются такъ же, какъ и при

затылочныхъ положеніяхъ, вліяніемъ levator'a ani и мышцъ промежности.

Лицевая опухоль, соответствующая головной при затылочныхъ положеніяхъ, находится у праваго угла рта и на правой щекѣ; сильное припуханіе губъ, остающееся въ первые дни жизни, затрудняетъ ребенку сосаніе груди. Вообще младенецъ, родившійся въ лицевомъ положеніи, представляется въ началѣ очень обезображеннымъ, но въ теченіе нѣсколькихъ дней принимаетъ нормальный видъ.



Рис. 61.

Прорѣзываніе головки въ лицевомъ положеніи.

2-е лицевое положеніе. Наружное изслѣдованіе: головка внизу, и затылокъ прощупывается надъ правою половиной таза, спинка—справа, а мелкія части—слѣва. Сердцебиеніе ниже пупка съ лѣвой стороны.

Внутреннее изслѣдованіе: лобъ обращенъ вправо, а подбородокъ—влѣво, лицевая линія въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ таза.

Теченіе родовъ: подбородокъ, опускаясь ниже, поворачивается впередъ и въ выходѣ таза подходитъ подъ лонное соединеніе; послѣдующее прорѣзываніе лица происходитъ такъ же, какъ и при 1-мъ лицевомъ положеніи. Лицевая опухоль—у лѣваго угла рта и на лѣвой щекѣ.

Роды при лицевыхъ положеніяхъ съ помощью описаннаго механизма, въ случаѣ отсутствія осложненій, совершаются самопроизвольно. Однако, періодъ изгнанія часто бываетъ продолжителенъ, при чемъ поворотъ подбородка кпереди замедляется, и жизнь плода, а иногда и здоровье матери, подвергается опасности. Въ виду этого предложено было измѣнять лицевое положеніе въ затылочное при помощи комбинированныхъ приѣмовъ: одной рукой изнутри вскакаютъ затылокъ книзу, а другой рукой со стороны брюшныхъ покрововъ оттѣсняютъ грудь плода кнаружи и вверхъ. Однако, это предложеніе не получило общаго распространенія, и при благоразумномъ выжиданіи роды въ случаяхъ лицевыхъ положеній оканчиваются благополучно для матери и плода. Съ цѣлью способствовать вращенію подбородка кпереди, роженицу помѣщаютъ на томъ боку, куда обращенъ подбородокъ.

Неправильности въ механизмѣ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

Подбородокъ вмѣсто того, чтобы повернуться кпереди, поворачивается кзади, а лобъ подходитъ къ лонному соединенію. Въ такомъ случаѣ роды не могутъ окончиться благополучно для матери и плода. Для того, чтобы возможно было выхожденіе лица съ подбородкомъ, обращеннымъ назадъ, плечики и затылокъ должны одновременно вступить во входъ въ тазъ; шея плода должна сильно вытянуться, и головка совершить чрезвычайное разгибаніе. Такой механизмъ возможенъ при широкомъ тазѣ и небольшой головкѣ. Поэтому роды при положеніи лица съ подбородкомъ кзади большею частью оканчиваются только послѣ операціи уменьшенія черепа (перфораци), если уже нельзя сдѣлать поворота плода на ножку.

Роды при лобныхъ положеніяхъ.

Извѣстно, что при лицевыхъ положеніяхъ лобъ въ началѣ родовъ во входѣ въ тазъ стоитъ ниже подбородка. Если въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ подбородокъ не опустится ниже, и лобъ будетъ оставаться нижележащею частью, то образуется лобное положеніе. Причины такого неполнаго разгибанія головки тѣ же, какія упомянуты выше въ числѣ причинъ, вызывающихъ разгибаніе головки вообще. Лобное положеніе встрѣчается какъ при крупныхъ плодахъ, такъ и при небольшихъ, но вообще, по счастью, крайне рѣдко. Роды при лобныхъ положеніяхъ обыкновенно не могутъ окончиться благополучно для матери и плода; поэтому лобныя положенія слѣдуетъ замѣнять другими—ножпными, лицевыми или затылочными. Всего лучше при подвижной еще головкѣ оттолкнуть ее кверху, дойти

до ножки и, сдѣлавши поворотъ, свести ножку. Такимъ образомъ, головное положеніе измѣняются въ ножное. Иногда удается сдѣлать полное разгибаніе головки и перевести лобное положеніе въ лицевое, для чего надавливаютъ на край верхней челюсти, и тогда лобъ отходитъ кверху. Надавливая на лобъ въ противоположномъ направленіи, можно попытаться замѣнить лобное положеніе затылочнымъ. Однако такія попытки замѣнить лобное положеніе лицевымъ или затылочнымъ могутъ быть безуспѣшны.

Если лобъ уже плотно установился въ тазу и измѣнить положенія нельзя, то извлечь плодъ возможно только послѣ уменьшенія головки. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ небольшой плодъ при лобномъ положеніи можетъ родиться самопроизвольно при слѣдующемъ механизмѣ: въ началѣ родовъ ниже всего стоитъ лобъ, при чемъ съ одной стороны можно дойти до большого родничка, а съ другой до корня носа и надглазничнаго края; въ дальнѣйшемъ теченіи лобъ, опускаясь, показывается въ половой щели и выходитъ изъ-подъ лоннаго соединенія до надглазничнаго края, затѣмъ надъ промежностью выкатывается затылокъ, и въ заключеніе лицо выходитъ изъ-подъ лоннаго соединенія. При такомъ выхожденіи головка прорѣзывается однимъ изъ большихъ своихъ размѣровъ, вслѣдствіе чего промежность подвергается сильному растяженію и легко разрывается.

Роды при ягодичныхъ положеніяхъ.

Наружное изслѣдованіе. Головка прощупывается въ днѣ матки, тазовой конецъ—внизу, надъ лоннымъ соединеніемъ; при 1-мъ ягодичномъ положеніи спинка влѣво, мелкія части вправо, при 2-мъ—наоборотъ. Сердечные тоны слышны при 1-мъ положеніи слѣва выше пупка, при 2-мъ справа выше пупка.

Внутреннее изслѣдованіе. При ягодичномъ положеніи ощупывается крестецъ, сѣдалищные бугры, половые органы и отверстіе задняго прохода, изъ котораго во время родовъ выдѣляется меконій. При 1-мъ положеніи крестецъ обращенъ влѣво, а половые органы вправо, при 2-мъ обратнѣ. Ощупываніе надо производить осторожно, такъ какъ при грубомъ изслѣдованіи у дѣвочекъ возможны поврежденія половыхъ органовъ.

Механизмъ родовъ. Въ началѣ поперечный размѣръ ягодицъ, т.-е. линія, соединяющая оба сѣдалищныхъ бугра, вступаетъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ таза; при 1-мъ положеніи предложитъ лѣвая ягодица, при 2-мъ правая. При дальнѣйшемъ опусканіи крестецъ поворачивается кпереди, и при 1 положеніи поперечный размѣръ ягодицъ вступаетъ въ лѣвый косой размѣръ таза, а при

2—въ правый. Въ выходѣ таза поперечный размѣръ ягодицъ вступаетъ въ его прямой размѣръ. Предлежащая ягодица подходитъ подѣ лонное соединеніе, а задняя выкатывается надѣ промежностью. Послѣ выхожденія ягодицъ спинка поворачивается впереди и въ такомъ положеніи выходитъ до плечиковъ. Плечики вступаютъ въ тотъ же косой размѣръ, черезъ который проходили ягодицы, и прорѣзываются въ прямомъ размѣрѣ такимъ образомъ, что переднее плечико подходитъ подѣ лонное соединеніе, а заднее выходитъ надѣ промежностью. Головка въ сильномъ сгибаніи проходитъ черезъ косой размѣръ, противоположный тому, черезъ который проходили ягодицы и плечики; въ выходѣ таза она поворачивается въ прямой размѣръ, при чемъ затылокъ подходитъ подѣ лонное соединеніе, а надѣ промежностью выходитъ подбородокъ, лицо и лобъ, послѣднимъ выходитъ затылокъ. Родовая опухоль находится на предлежащей ягодицѣ: при 1-мъ положеніи на лѣвой, а при 2-мъ—на правой.



Рис. 62.
Ножка повернулась впереди.

Роды при ножныхъ положеніяхъ. При ножныхъ положеніяхъ предлежать или одна, или обѣ ножки.

Наружное изслѣдованіе даетъ тѣ же данныя, какъ и при ягодичныхъ положеніяхъ.

Внутреннее изслѣдованіе: въ началѣ родовъ ножки часто лежатъ высоко и съ трудомъ достигаются. Ножку можно смѣшать съ ручкой.

Ножка отличается отъ ручки короткостью пальцевъ и бугромъ пяточной кости, кромѣ того, ножка при прикосновеніи къ подошвѣ отходить вверхъ, тогда какъ ручка, наоборотъ, имѣетъ стремленіе обхватить палецъ.

Механизмъ родовъ при неполныхъ ножныхъ положеніяхъ: ножка всегда поворачивается впереди, если бы даже она вначалѣ и лежала сзади, и выходитъ изъ-подѣ лоннаго соединенія, другая ягодица прорѣзывается сзади (рис. 62).

Выхожденіе туловища, плечиковъ и головки совершается, какъ при ягодичныхъ положеніяхъ.

Роды при тазовыхъ положеніяхъ для матери протекаютъ такъ же благопріятно, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ; только промежность при прохожденіи головки разрывается чаще, особенно у первородящихъ. Для дѣтей эти положенія гораздо опаснѣе головныхъ положеній. Чѣмъ дольше послѣ выхожденія туловища не выходитъ головка, тѣмъ большей опасности подвергается жизнь плода. Опасность заключается: 1) въ томъ, что при прохожденіи головки черезъ тазъ ею придавливается пуповина къ стѣнкамъ таза, и, такимъ образомъ, притокъ кислорода отъ матери къ плоду прекращается, или уменьшается; 2) въ томъ, что послѣ изгнанія туловища матка уменьшается, сосуды въ области плаценты суживаются; такимъ образомъ, поступленіе кислорода къ плоду также значительно сокращается.

Прижатіе пуповины при ея выпаденіи можетъ наступить раньше, еще во время прохожденія ягодицъ черезъ тазъ. Чаще всего выпаденіе пуповины наблюдается при полныхъ ножныхъ положеніяхъ. Вообще полныя ножныя положенія представляются менѣе благопріятными для плода, чѣмъ ягодичныя. Это зависитъ отъ того, что ягодицы представляютъ меньшій объемъ, чѣмъ ягодицы съ пригнутыми ножками, и потому не такъ хорошо растягиваютъ мягкіе родовые пути, черезъ которые должна пройти болѣе объемистая головка плода, которая легко задерживается.

Веденіе родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ.

Правильное теченіе родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ не требуетъ вмѣшательства. Надо выкидать, пока ягодицы, а затѣмъ и туловище плода выйдутъ самопроизвольно. Къ извлеченію за ягодицы или за ножки приступаютъ при особыхъ показаніяхъ, такъ какъ во время извлеченія можетъ измѣниться нормальное членорасположеніе плода: ручки запрокидываются за головку, и подбородокъ отходитъ отъ груди. Если головка не выйдеть вскорѣ послѣ выхожденія туловища, несмотря на надавливаніе на дно матки, тогда прибѣгаютъ къ ея искусственному извлеченію; иначе вслѣдствіе недостатка въ кислородѣ, ребенокъ начнетъ дышать и втягивать въ дыхательные пути слизь, кровь и плодныя воды, что ведетъ къ задушенію ребенка, такъ-называемой асфиксiи.

Непормальности въ механизмѣ родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ.

1) Излишній поворотъ туловища. Въ этихъ случаяхъ плечики проходятъ въ косомъ размѣрѣ таза, противоположномъ тому, въ которомъ проходили ягодицы. Такъ, напримѣръ, при правильномъ

механизмъ во время прорѣзыванія ягодиць при 1-мъ положеніи спинка обращена влѣво и во время прорѣзыванія плечиковъ снова поворачивается влѣво; при излишнемъ же поворотѣ спинка поворачивается вправо, и плечики прорѣзываются такъ, какъ при 2-мъ положеніи.

2) **Запрокидываніе ручекъ кверху.** При этомъ ручки вмѣсто того, чтобы быть сложенными на груди, отходятъ вверхъ и располагаются по сторонамъ головки.

Такая неправильность членорасположенія обыкновенно происходитъ при несвоевременномъ потягиваніи за ножки съ цѣлью ускорить выхожденіе плода. Запрокидываніе ручекъ устраняется осторожнымъ ихъ выведеніемъ (см. «Акушерскія операціи»).

3) **Неправильный поворотъ головки лицомъ кпереди.** Иногда еще при выхожденіи туловища спинка поворачивается кзади, а не кпереди; при этомъ и головка плода поворачивается затылкомъ кзади. При такомъ прохожденіи послѣдующей головки легко измѣняется нормальное сгибаніе головки, вслѣдствіе чего подбородокъ отходитъ отъ груди и упирается въ верхній край лоннаго соединенія; при такомъ разгибаніи головки скорое выхожденіе ея становится невозможнымъ безъ искусственнаго исправленія.

Измѣненія головки при различныхъ механизмахъ родовъ.

Форма головки при прохожденіи ея черезъ тазъ измѣняется въ зависимости: 1) отъ образованія такъ-называемой родовой опухоли и 2) отъ смѣщенія костей черепа въ мѣстѣ ихъ соединенія швами.

1) **Головная опухоль** (*caput succedaneum*) при затылочныхъ положеніяхъ образуется на предлежащей теменной кости и распространяется въ стороны. По ея положенію на той или другой теменной кости вскорѣ послѣ рожденія младенца можно опредѣлить, въ какой позиціи родился младенецъ. Головная опухоль состоитъ изъ серозной инфильтраціи или отека мягкихъ покрововъ, при чемъ образуются мелкіе кровоподтеки (рис. 63). Ея возникновеніе зависитъ отъ того, что часть головки, лежащая въ маточномъ зѣвѣ, послѣ прохожденія водъ находится подъ меньшимъ давленіемъ, чѣмъ остальная часть головки; поэтому величина опухоли тѣмъ больше, чѣмъ больше времени прошло послѣ излитія водъ. При быстрыхъ родахъ головная опухоль можетъ не образоваться. Послѣ рожденія ребенка родовая опухоль обыкновенно исчезаетъ на другой день.

2) Смѣщеніе черепныхъ костей, захожденіе ихъ другъ за друга и измѣненіе формы ихъ называется **конфигураціей** головки. Она зависитъ отъ давленія на головку со стороны родового канала при

ея прохожденіи. Конечно, чѣмъ это давленіе будетъ сильнѣе, тѣмъ и измѣненіе формы головки будетъ больше. Форма головки измѣняется въ зависимости отъ того положенія, при которомъ она проходитъ черезъ тазъ. Такъ, при **затылочныхъ положеніяхъ** головка удлинена по направленію большого косога размѣра и сплющена въ маломъ косомъ. Кромѣ того задняя теменная кость заходитъ подъ переднюю (при чемъ, въ случаяхъ узкихъ тазовъ задняя теменная кость уплощается, а передняя становится болѣе выпуклой).

При заднихъ видахъ затылочнаго положенія въ области большого родничка замѣчается какъ бы вдавленіе, рѣзко отдѣляющее

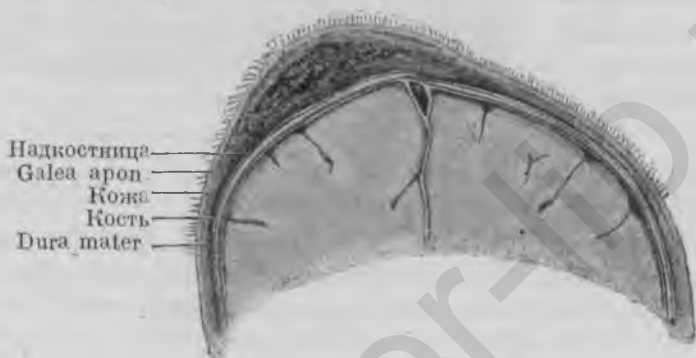


Рис. 63.

Разрѣзъ черезъ замороженный препаратъ головной опухоли (caput succedaneum) на правой теменной кости.

затылокъ отъ передней части головки. При **теменныхъ положеніяхъ** головка укорочена въ fronto-occipital'номъ размѣрѣ и имѣетъ форму башни. При **лицевыхъ положеніяхъ** головка сдавлена сверху внизъ въ вертикальномъ направленіи и удлинена въ большомъ косомъ размѣрѣ, при чемъ затылокъ сильно выдается впередъ. При **лобныхъ положеніяхъ** головка сплющена въ прямомъ размѣрѣ и удлинена въ подбородочно-лобномъ; въ профиль головка имѣетъ форму треугольника, вершину котораго составляетъ лобъ.

Спустя нѣсколько дней послѣ родовъ эти измѣненія формы головки сглаживаются, и она принимаетъ свою первоначальную форму. При **лицевыхъ положеніяхъ** разогнутое состояніе головки удерживается довольно долгое время.

У дѣтей, родившихся вскорѣ послѣ разрыва плодныхъ оболочекъ, а также извлеченныхъ послѣ кесарскаго сѣченія, форма головки не измѣняется и имѣетъ правильную, круглую форму.

Кромѣ головной опухоли на головкѣ бываютъ рѣдко **кровояныя опухоли** (cephalo-haematoma), которыя состоятъ изъ кровоизліяній

между надкостницей и костью черепа (рис. 64). Кровяная опухоль отличается от простой головной опухоли тѣмъ, что она не пере-

Экстравазаты въ
galea aroneur

Кровоизліяніе между
надкостницей и костью

Отслоенная надкостница
съ начинающ. новообра-
зов. кости.

Кож.

Galea ara

Надкостница

Кость

Dura mater.



Рис. 64.

Разрѣзь черезъ замороженный препаратъ кровяной опухоли (cephalo-haematoma) на правой теменной кости 14 дней послѣ родовъ.

ходить за предѣлы той кости, на которой образовалась, т.-е. за швы и роднички; кромѣ того такая опухоль исчезаетъ очень медленно, спустя нѣсколько недѣль послѣ рожденія ребенка.

Роды двумя и многими плодами.

1. Роды двойнями.

Распознаваніе двойней во время родовъ гораздо труднѣе, чѣмъ во время беременности, такъ какъ наружное изслѣдованіе и выслушиваніе сердечныхъ тоновъ значительно затрудняются вслѣдствіе сокращеній матки. Тотчасъ же послѣ рожденія перваго близнеца становится яснымъ присутствіе втораго.

Теченіе родовъ обыкновенно совершается такъ: сначала рождается первый младенецъ, затѣмъ второй, и, наконецъ выходитъ дѣтское мѣсто. Промежутокъ времени между рожденіемъ перваго и втораго близнеца обыкновенно равняется нѣсколькимъ минутамъ, но можетъ пройти и нѣсколько дней между рожденіемъ обоихъ близнецовъ. Большою частію рожденіе втораго близнеца ускоряютъ искусственно.

Періодъ раскрытія при двойняхъ продолжается вообще дольше, вслѣдствіе слабости схватокъ, обусловленной растяженіемъ матки. Періодъ изгнанія перваго близнеца также нерѣдко замедляется. Послѣ изгнанія перваго близнеца въ отверстіе маточнаго зѣва вступаютъ плодныя оболочки, образующія плодный пузырь; послѣдній

вскорѣ разрывается, послѣ чего, въ случаѣ правильнаго положенія второго близнеца, слѣдуетъ его изгнаніе.

Въ періодѣ отдѣленія послѣда, а также послѣ его изгнанія, нерѣдко появляются кровотеченія изъ матки, зависяція отъ вялости ея сокращеній (атоническія кровотеченія). Такимъ образомъ даже въ случаяхъ правильныхъ положеній обоихъ близнецовъ, роды затягиваются и иногда осложняются послѣдующими кровотеченіями.

При неправильныхъ же положеніяхъ, которыя при двойняхъ встрѣчаются чаще, чѣмъ при одномъ плодѣ, роды могутъ быть окончены только съ помощью той или другой операціи. Поэтому предсказаніе для матери, конечно, болѣе неблагоприятно, чѣмъ при родахъ однимъ плодомъ. Что же касается близнецовъ, то ихъ жизнь часто подвергается опасности въ зависимости отъ операцій, предпринимаемыхъ при неправильныхъ положеніяхъ, а также вслѣдствіе того, что близнецы часто рождаются слабо развитыми или недоношенными.

Положеніе плодовъ можетъ быть различнымъ. Въ половинѣ всѣхъ случаевъ оба плода лежатъ въ головномъ положеніи; въ трети случаевъ одинъ плодъ въ головномъ, а другой въ ягодичномъ положеніи. Рѣже оба плода лежатъ въ ягодичномъ положеніи. При поперечномъ положеніи одного плода другой можетъ быть въ головномъ или въ ягодичномъ положеніи. Вообще поперечныя положенія одного или обоихъ плодовъ встрѣчаются приблизительно 1 разъ на 10 родовъ, слѣдовательно, гораздо чаще, чѣмъ при родахъ однимъ плодомъ.

Терапія. При правильныхъ положеніяхъ плода никакое вмѣшательство не показано. Роды протекаютъ благополучно и оканчиваются самопроизвольно. Необходимо только соблюдать слѣдующія правила.

1) Послѣ рожденія перваго близнеца всегда слѣдуетъ тщательно перевязать конецъ пуповины, идущій къ послѣду, такъ какъ въ случаѣ однойцевыхъ двойней, при общности кровообращенія, второй младенецъ можетъ истечь кровью изъ неперевязанной пуповины перваго.

2) Послѣ рожденія перваго близнеца нужно тщательно выслушивать сердечные тоны второго, такъ какъ послѣ уменьшенія матки легко можетъ наступить отдѣленіе дѣтскаго мѣста, вслѣдствіе чего наступаетъ асфиксія второго плода.

3) Съ особеннымъ вниманіемъ надо слѣдить за сокращеніемъ матки послѣ выхожденія второго плода, а также и послѣ изгнанія послѣда, такъ какъ часто наблюдается вялость матки (ея атонія), которая влечетъ за собою послѣдующее кровотеченіе.

2. Роды тремя, четырьмя или пятью плодами происходят такъ же, какъ и при двойняхъ, но предсказаніе для дѣтей еще болѣе неблагоприятно, особенно вслѣдствіе ихъ слабости.

Неправильности въ теченіи многоплодныхъ родовъ состоятъ главнымъ образомъ въ одновременномъ вступленіи обоихъ плодовъ въ тазъ, вслѣдствіе чего одинъ затрудняетъ прохожденіе другого.

1. Обѣ головки могутъ одновременно вступить въ тазъ, при чемъ головка второго плода помѣщается въ шейной выемкѣ перваго.

2. Одинъ плодъ въ ножномъ положеніи сидитъ верхомъ на туловищѣ второго, находящагося въ поперечномъ положеніи.

3. Первый младенецъ въ тазовомъ положеніи родится до шеи, и головка его не можетъ выйти, потому что головка второго младенца, лежащаго въ головномъ положеніи, находится въ его шейной выемкѣ. При такомъ осложненіи надо извлечь второй плодъ щипцами за головку и затѣмъ уже ручнымъ способомъ освободить головку перваго.

Уходъ за роженицей и пособіе во время родовъ.

При нормальномъ теченіи родовъ помощь врача или акушерки заключается въ соблюденіи общихъ діететическихъ правилъ, въ выборѣ подходящаго положенія для роженицы, въ предохраненіи промежности отъ разрыва, въ пособіи при прохожденіи плечиковъ, въ отдѣленіи пуповины и въ наблюденіи за выхожденіемъ послѣда; кромѣ того на обязанности акушера лежитъ поддерживать духъ роженицы и облегчать боли. Самая же первая и главная задача врача и акушерки—предохранить роженицу отъ вліянія микробовъ, которые могутъ вызвать зараженіе ранъ, происходящихъ во время родовъ въ половыхъ частяхъ (входѣ во влагалище и шейкѣ матки).

а) **Антисептика и асептика.** Прежде всего надо помнить, что для сохраненія здоровья и жизни женщины всѣ предметы, приходящіе въ соприкосновеніе съ половыми органами женщины во время родовъ, должны быть совершенно свободны отъ микроорганизмовъ, стерильны.

1. **Антисептика рукъ.** При нормальныхъ родахъ съ половыми органами роженицы чаще всего соприкасаются руки акушера, и на нихъ-то и должно быть обращено особое вниманіе. Известно, что достаточно однократно произведеннаго внутренняго изслѣдованія нечистою рукою, чтобы произошло зараженіе, отъ котораго въ послѣродовомъ періодѣ женщина можетъ умереть. Если изслѣдующій будетъ всегда имѣть въ виду, какой опасности подвергается жизнь довѣряющейся ему роженицы, то едва ли кто-нибудь рѣшится произвести изслѣдованіе недостаточно чистой рукою. Поэтому передъ

изслѣдованіемъ руки должны быть приведены въ такое же асептическое состояніе, какое требуется для хирурга, приступающаго къ чревосѣченію. Съ этой цѣлью, прежде всего, необходима механическая очистка рукъ, а затѣмъ примѣненіе антисептическихъ средствъ. Лучшимъ способомъ для очищенія рукъ считается способъ Фюрбрингера, который совмѣщаетъ въ себѣ какъ механическую, такъ и химическую очистку.

Прежде всего ногти должны быть коротко обстрижены, затѣмъ руки моются горячей водой, мыломъ и щеткой въ теченіе 10 минутъ, при чемъ слѣдуетъ особенно тщательно вычистить подъ ногтями; такимъ образомъ удаляются грязь и поверхностный слой эпидермиса, а оставшіяся эпидермисъ обезжиривается и размягчается. Послѣ такого мытья руки обсушиваются и въ теченіе 5 минутъ моются со щеткой въ 70°—80° спиртъ, который обезжириваетъ кожу и дезинфицируетъ глубокіе слои эпидермиса. Въ заключеніе руки, вымытыя спиртомъ, погружаются въ 1% растворъ сулемы или 1% лизоля, въ которомъ моются въ теченіе 5 минутъ. Довольно широкое распространеніе получилъ способъ Альфельда (3-хъ минутная механическая очистка теплой водой, щеткой и мыломъ и 3-хъ минутная обработка 96° спиртомъ). Послѣ обеззараживанія влажная рука, смоченная дезинфицирующею жидкостью, вводится въ половые органы.

За послѣднее время старались доказать, что механически-химическіе способы обеззараживанія рукъ не достигаютъ цѣли, что не такъ важно убить и удалить бактеріи, какъ воспрепятствовать переходу ихъ съ рукъ въ рану, предварительно зафиксировавъ ихъ въ кожѣ.

Такимъ образомъ возникли новые способы уплотненія, или такъ называемаго дубленія кожи безъ мытья водой и мыломъ; съ этой цѣлью были предложены іодъ + бензинъ, спиртъ, іодная настойка, спиртъ + ацетонъ, спиртъ + танинъ. Однако и эти способы имѣютъ свои недостатки: раздраженіе кожи, пятна на бѣльѣ и т. п.

Впрочемъ нѣтъ ни одного способа обеззараживанія, съ помощью котораго очень загрязненныя руки могутъ быть безусловно свободными отъ микробовъ. Вотъ почему акушеръ долженъ стараться избѣгать всякаго соприкосновенія съ заразными веществами, а при изслѣдованіи септическихъ больныхъ надѣвать резиновыя перчатки. Если же врачъ послѣ соприкосновенія съ заразными веществами, по необходимости, долженъ помогать при родахъ, то онъ обязанъ вымыться въ теплой ваннѣ, переодѣнуть бѣлье и платье и послѣ этого особенно тщательно произвести очищеніе рукъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя вполне надѣяться на произведенное обеззараживаніе, слѣдуетъ воспользоваться обезпложенными перчатками. Резиновыя перчатки не всегда могутъ достигать цѣли: страдаетъ осязаніе, рука потѣетъ, черезъ мелкія точечныя поврежденія перчаточный сокъ можетъ переходить наружу. Передъ повторнымъ изслѣдованіемъ

необходимо каждый раз снова дезинфицировать руки. Вообще же внутреннее изслѣдованіе не слѣдуетъ производить часто; обыкновенно въ теченіе нормальныхъ родовъ достаточно изслѣдовать не болѣе двухъ разъ. Студентамъ, занимающимся въ акушерской клиникѣ, рекомендуется уже за нѣсколько дней (2—3) до дежурства не изслѣдовать септическихъ и другихъ заразныхъ больныхъ (рожа, скарлатина, дифтеритъ и т. п.), не принимать участія въ гнойныхъ операціяхъ, а также не вскрывать труповъ.

Производящій изслѣдованіе или подающій помощь при родахъ долженъ надѣть чистый или всего лучше стерилизованный фартукъ.

Въ виду опасности инфекціи во время родовъ и несовершенства способовъ обеззараживанія рукъ нѣкоторыми было предложено вовсе не производить внутренняго изслѣдованія, а только одно наружное или изслѣдовать *per rectum*. Во многихъ случаяхъ дѣйствительно можно обойтись однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ; изслѣдованіе же черезъ прямую кишку не дастъ очень точныхъ данныхъ и загрязняетъ руки.

2. Обеззараживаніе инструментовъ и вещей предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ роженицей. Необходимо подвергать кипяченію въ 1% растворѣ соды инструменты, употребляемые при родахъ (катетеръ, наконечники), а также обезпложивать въ паровомъ стерилизаторѣ вату, марлю, шелкъ для перевязки пуповины, бѣлье для постели и для самой роженицы. Роды никогда не должны происходить въ помѣщеніяхъ, въ которыхъ лежали заразные больные (дифтеритъ, рожа, скарлатина и т. п.) или въ сосѣднихъ съ ними.

3. Обеззараживаніе половыхъ органовъ роженицы. Обыкновенно съ цѣлью очищенія всего тѣла, совѣтуютъ роженицѣ въ началѣ родовъ вымыться въ ваннѣ съ мыломъ. Въ послѣднее время указывается, что ванны скорѣе вредны, чѣмъ полезны, такъ какъ нечистая вода ванны можетъ проникнуть во влагалище, вслѣдствіе чего въ половой каналъ вводятся заразные вещества. Однако изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи, дали разные результаты, и загрязненіе влагалища водой ванны нельзя считать доказаннымъ. Мытье въ ваннѣ, конечно, можетъ быть съ успѣхомъ замѣнено обычнымъ мытьемъ въ банѣ.

Во время родовъ необходимо тщательно вымыть наружныя половыя части роженицы теплой водой съ мыломъ и растворомъ лизоля. Очищеніе влагалища съ помощью спринцеваній или вытираній его стѣнокъ растворами дезинфицирующихъ средствъ у здоровыхъ женщинъ нельзя считать безусловно необходимымъ.

Миѣнія по этому поводу расходятся. Хотя въ наружныхъ половыхъ частяхъ, во влагалищѣ и въ нижней части канала шейки у всѣхъ

беременныхъ и рожениць находится множество микробовъ, иногда даже стрептококки, однако наблюденія показали, что эти микробы не вирулентны и не опасны. До сихъ поръ остается нерѣшеннымъ, могутъ ли они сдѣлаться вирулентными при особыхъ условіяхъ, вслѣдствіе чего можетъ произойти **самозараженіе** роженицы безъ внесенія заразныхъ веществъ извнѣ.

Во всякомъ случаѣ нельзя думать, чтобы промываніе слабыми растворами обеззараживающихъ веществъ могло уничтожить патогенныхъ микробовъ; крѣпкіе же растворы дѣйствуютъ вредно на слизистую оболочку.

Штрассманъ указалъ, что во время родовъ происходитъ **самоочищеніе** полового канала по направленію сверху внизъ. Въ началѣ родовъ выдѣляется слизь изъ канала шейки и влагалища, послѣ разрыва оболочекъ плодная жидкость промываетъ половой каналъ, послѣ чего младенецъ, покрытый сыровидной смазкой, при своемъ прохожденіи вытираетъ стѣнки влагалища; наконецъ дѣтское мѣсто, какъ губка, довершаетъ вытираніе полового канала. Такое самоочищеніе родовыхъ путей при нормальныхъ родахъ можно считать вполне достаточнымъ, а примѣненіе обеззараживающихъ средствъ въ видѣ спринцеваній—излишнимъ.

б) **Общія правила веденія періодовъ раскрытія и изгнанія.** Тѣ или другія предписанія во время родовъ дѣлаются сообразно съ данными, полученными при изслѣдованіи. Раньше изслѣдованія надо узнать, прошли воды или нѣтъ. Въ случаѣ прохожденія водъ необходимо тотчасъ же произвести внутреннее изслѣдованіе, такъ какъ только съ помощью его можно навѣрное узнать, въ какомъ періодѣ находятся роды, много ли открытъ маточный зѣвъ и нѣтъ ли какихъ-либо осложнений, какъ напр., выпаденія пуповины или другихъ частей плода. Если же воды еще не прошли, то надо сначала произвести наружное изслѣдованіе съ цѣлью опредѣлить положеніе плода, а также при помощи выслушиванія убѣдиться въ жизни плода.

Внутреннее изслѣдованіе служитъ только дополненіемъ наружнаго. При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется: 1) величина открытія маточнаго зѣва, его положеніе и состояніе его краевъ; 2) плодный пузырь, его напряженіе внѣ схватки и во время ея; 3) предлежащая часть, при чемъ обращается вниманіе на расположеніе родничковъ и швовъ, а также на то, не прощупывается ли рядомъ съ предлежащей частью пупочный канатикъ. Ощупываніе родничковъ должно производить осторожно, чтобы не разорвать плоднаго пузыря. Послѣ разрыва пузыря опредѣленіе родничковъ становится легкимъ; но разрывъ пузыря, произведенный безъ осо-

быхъ къ тому показаній, можетъ вредно отозваться на теченіи родовъ. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, когда воды цѣлы, и плодъ находится въ продольномъ положеніи, можно ограничиться наружнымъ изслѣдованіемъ.

Кромѣ того, надо узнать, въ какой части таза находится головка; подвижна ли она, т.-е. стоитъ надъ входомъ въ тазъ, или вступила во входъ, полость или выходъ таза. Для опредѣленія высоты стоянія головки надо руководиться отношеніемъ ея къ крестцу, лонному соединенію и сѣдалищнымъ осямъ (см. стр. 2—3).

Въ теченіе родовъ необходимо наблюдать за частотой и силой сокращеній матки при помощи руки, положенной на брюшные покровы. Также нужно нѣсколько разъ выслушивать сердечные тоны, особенно въ періодъ изгнанія.

Комната для родовъ должна быть просторная и свѣтлая; вся мягкая мебель и ковры должны быть убраны. Высокую кровать надо поставить такъ, чтобы она была доступна съ обѣихъ сторонъ, причемъ матрацъ не долженъ быть очень мягкимъ; на него стелется чистое резиновое полотно, а сверху чистая, лучше—обезпложенная, простыня. Всѣ принадлежности для родовъ должны быть въ порядкѣ и также безусловно чисты: кружка, маточный и клистирный накопники, подкладное судно, вата, марля, шелкъ и ножницы для перевязки пуповины, холодная кипяченая вода и кипятокъ.

Въ началѣ родовъ роженицѣ долженъ быть сдѣланъ клистиръ для опорожненія прямой кишки.

Въ началѣ періода раскрытія при правильномъ теченіи родовъ роженица можетъ ходить, сидѣть и лежать. Въ періодъ изгнанія женщина должна лежать и лучше всего на спинѣ съ приподнятой верхней частью туловища для наилучшаго дѣйствія брюшного пресса. Въ тѣхъ случаяхъ, когда предлежащая часть не опускается въ тазъ, нужно соблюдать слѣдующее правило: положить женщину на тотъ бокъ, гдѣ находится та часть плода, которая должна идти впередъ. Такъ, при 1-мъ затылочномъ положеніи на лѣвый бокъ, при 2-мъ—на правый; при лицевыхъ положеніяхъ на тотъ бокъ, куда обращенъ подбородокъ. При положеніи роженицы на боку дно матки отклоняется въ ту сторону, на которой лежитъ роженица, а предлежащая часть—въ противоположную; вмѣстѣ съ этимъ въ тазъ опускается часть головки, находящаяся въ той сторонѣ, на которой лежитъ роженица.

Если въ теченіе долгаго времени роженица не мочится, то надо прибѣгнуть къ употребленію обезпложенного катетера.

Во время родовъ необходимо наблюдать за общимъ состояніемъ роженицы, за пульсомъ и температурой.

Пища должна быть жидкая: бульонъ, молоко, чай, кофе и иногда вино.

При тревожномъ состояніи роженицы слѣдуетъ ее ободрить и успокоить, но никогда не нужно назначать опредѣленно часъ окончанія родовъ, такъ какъ нельзя предвидѣть, какъ сильны и часты будутъ схватки въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ.

в) **Пособія во время прорѣзыванія головки и мѣры для сохраненія промежности.** Во время изгнанія головки изъ нижняго отрѣзка полового канала роженица должна быть положена такъ, чтобы половыя части, промежность и задній проходъ были хорошо видны и доступны. Для этого при положеніи на спинѣ нужно подложить подъ тазъ плотную подушку, а при положеніи на боку, которое по справедливости считается болѣе удобнымъ для сохраненія промежности, тазъ роженицы долженъ лежать на краю кровати. Рядомъ съ кроватью надо поставить какой-либо дезинфицирующій растворъ и вату для обмыванія половыхъ частей и удаленія испражнений, выходящихъ изъ задняго прохода во время изгнанія головки плода.

Разрывъ промежности во время прорѣзыванія головки вовсе не обязательенъ даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не предпринимается никакихъ мѣръ для ея сохраненія: при медленномъ, правильномъ прорѣзываніи головки и при хорошей растяжимости промежности защита ея можетъ быть совершенно не нужна. Однако въ большинствѣ случаевъ необходимо принимать извѣстныя мѣры для сохраненія цѣлости промежности. Сохраненіе ея зависитъ: 1) отъ постепеннаго медленнаго прорѣзыванія головки и 2) отъ прорѣзыванія головки меньшею окружностью, т.-е. при затылочныхъ положеніяхъ сначала изъ-подъ лоннаго соединенія долженъ выйти затылокъ, а затѣмъ надъ промежностью—лобъ и лицо. Эти двѣ задачи выполняются приѣмомъ, называемымъ поддерживаніемъ промежности.

Поддерживаніе промежности начинаютъ примѣнять только тогда, когда головка уже виѣ потуги остается видимой. Пальцы одной руки кладутъ на родившуюся часть головки и съ ихъ помощью препятствуютъ быстрому выходу головки во время потуги, а другую руку кладутъ недалеко отъ края промежности такъ, что большой палецъ направленъ въ одну сторону, а остальные въ другую; эта вторая рука не имѣетъ большого значенія, такъ какъ обыкновенно одной рукой можно и сдерживать головку во время потугъ, и способствовать ея сгибанію. Во всякомъ случаѣ никогда не слѣдуетъ надавливать ладонью другой руки на промежность, такъ какъ при этомъ происходитъ истонченіе ея, а затѣмъ и разрывъ.

Для сохраненія промежности надо запретить роженицѣ сильно тужиться и постараться вывести головку въ промежуткахъ между

потугами, для чего заставляют роженицу съ момента прорѣзыванія большого родничка тужиться только внѣ схватки.

Предложенный для сохраненія промежности способ Ритгена-Ольсгаузена—надавливаніе пальцами со стороны прямой кишки или ниже задняго прохода—не получил распространенія. Надавливаніе на головку только черезъ мягкія части между отверстіемъ задняго прохода и верхушкой копчика мало дѣйствительно. Введеніе же двухъ пальцевъ въ прямую кишку и надавливаніе черезъ нее на лобъ, край верхней челюсти и подбородокъ (способъ Ольсгаузена) можетъ способствовать выведенію головки внѣ схватки и сохраненію промежности, но загрязняетъ пальцы; впрочемъ резиновыми перчатками можно защитить руки отъ загрязненія.

Въ случаѣ угрожающаго разрыва неуступчивой промежности предлагаютъ дѣлать или боковые разрѣзы или разрѣзъ черезъ середину промежности по *raphe*. Боковой разрѣзъ—*episiotomia*—дѣлають во время потуги черезъ кожу, фасцію и пучки волоконъ *constrictor cunni*; для этого вводятъ одинъ конецъ ножницъ между головкой и наружными частями на разстояніи трехъ поперечныхъ пальцевъ отъ средней линіи и дѣлають разрѣзъ по направленію къ сѣдалищному бугру глубиною 1—2 см. Послѣ такого разрѣза съ одной или съ обѣихъ сторонъ дѣйствительно нерѣдко можно избѣгать разрыва промежности. Разрѣзъ же по средней линіи, производимый съ цѣлью получить рѣзаную рану вмѣсто разорванной, не всегда предохраняетъ отъ дальнѣйшаго разрыва, и задняя часть промежности, а иногда и сфинктеръ все-таки оказываются разорванными.

При прохожденіи плечиковъ, которые выходятъ обыкновенно самопроизвольно вслѣдъ за головкой, также надо наблюдать за сохраненіемъ промежности; для этого сначала переднее плечико должно выйти изъ-подъ лонной дуги, а потомъ заднее—надъ промежностью. При задержаніи плечиковъ надо обратить вниманіе, нѣтъ ли обвитія пуповины вокругъ шейки плода; въ такомъ случаѣ надо ослабить пуповину и снять петлю черезъ головку. Торопиться выведеніемъ плечиковъ не слѣдуетъ, нужно только очистить ротъ и ноздри младенца отъ слизи, и тогда ребенокъ уже можетъ дышать; послѣ этого надо растираніемъ матки вызвать ея сокращеніе и надавить на дно матки. Однако, при появленіи синюхи въ лицѣ ребенка необходимо прибѣгнуть къ ручному пособію для выведенія плечиковъ.

Для этого головку обхватываютъ обѣими руками и осторожно отдавливаютъ книзу, вслѣдствіе чего переднее плечико подходит подъ лонное соединеніе; если же этимъ приѣмомъ не удастся осво-

бодить плечо, то заводят палецъ въ подмышечную впадину задняго плечика для подведенія передняго подъ лонную дугу. Въ рѣдкихъ случаяхъ приходится такимъ образомъ обѣими руками выводить оба плечика.

г) **Отдѣленіе пуповины.** Вслѣдъ за выхожденіемъ плечиковъ тотчасъ же родится остальное туловище плода, и тогда ребенокъ остается въ связи съ матерью только при посредствѣ пуповины. Отдѣленіе пуповины должно дѣлать послѣ того, какъ пуповина перестанетъ пульсировать, т.-е. приблизительно черезъ 5 минутъ послѣ рожденія ребенка. При ранней перевязкѣ пуповины, тотчасъ послѣ рожденія, младенецъ лишается части своей крови и такимъ образомъ теряетъ въ вѣсѣ. Сначала перевязываютъ пуповину обезпложенною тесьмою на разстояніи 2—3 пальцевъ отъ пупка, затѣмъ еще пальца на два ниже этой перевязки накладываютъ вторую, и между ними перерѣзываютъ пуповину обезпложенными ножницами. Перевязываніе пуповины, особенно очень толстой, богатой Вартоновой студенью, должно быть достаточно туго, чтобы не могло произойти кровотеченія изъ ея сосудовъ; однако, при слишкомъ крѣпкомъ перетягиваніи можно ее перерѣзать. Послѣ отдѣленія пуповины младенецъ переносится съ кровати роженицы, а сама роженица закрывается одѣяломъ.

По прошествіи получаса надо еще разъ перевязать пуповину, такъ какъ нерѣдко перевязка вслѣдствіе высыханія Вартоновой студени ослабѣваетъ, и наступаетъ кровотеченіе. Вторую перевязку надо сдѣлать ближе къ пупку, такъ какъ, чѣмъ короче остатки пуповины, тѣмъ скорѣе и лучше происходитъ ея отпаденіе.

Обезболивающія средства во время родовъ. Необходимость ихъ примѣненія во время нормальныхъ родовъ не получила общаго признанія, главнымъ образомъ потому, что до сихъ поръ мы не имѣемъ ни одного вѣрнаго и безопаснаго.

Болеутоляющія средства 1) должны быть дѣйствительными во всѣхъ случаяхъ, 2) не должны замедлять или прекращать родовую дѣятельность и 3) должны быть безвредными какъ для матери, такъ и для ребенка.

Всего чаще прибѣгаютъ къ **хлороформу**, который роженицы переносятъ хорошо и безъ неблагоприятныхъ послѣдствій. Его нужно давать въ небольшихъ дозахъ передъ схваткой и не долгое время; лучше всего начинать въ концѣ періода открытія и въ періодѣ изгнанія. Наркозъ не доводятъ до полной потери сознанія: тогда онъ не замедляетъ прорѣзыванія головки, не способствуетъ разрыву промежности, не вызываетъ атоническаго кровотеченія и не вліяетъ на инволюцію матки и кормленіе. Большія дозы или продолжитель-

ное примѣненіе ослабляетъ сокращенія матки, и потому глубокой наркозъ примѣняется только при акушерскихъ операціяхъ. На плодъ не оказываетъ вреда даже глубокой, но кратковременный наркозъ.

Морфій въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ (0,01—0,015) оказываетъ хорошее дѣйствіе въ началѣ родовъ и особенно для ослабленія частыхъ и болѣзненныхъ схватокъ.

Въ послѣднее время при нормальныхъ родахъ стали впрыскивать смѣсь морфія (0,01) и гидробромистаго скополамина (0,00045—0,0006). Если дѣйствіе этой дозы недостаточно, то черезъ $\frac{3}{4}$ —3 часа впрыскивается одинъ скополаминъ 0,00015—0,0003 безъ морфія; еще черезъ 2—4 часа впрыскивается та же доза скополамина съ 0,005 морфія. Такой скополамино-морфійный наркозъ вызываетъ особое состояніе дремоты, при которомъ большею частію боли ослабляются, не остаются въ памяти у матери, и роды не замедляются. Впрочемъ иногда наблюдались непріятныя побочныя дѣйствія на мать и перѣдко на плодъ (болѣе или менѣе тяжелая асфиксія).

Хлораль-гидратъ лучше всего примѣняется вмѣсто морфія въ періодъ раскрытія въ клизмѣ по 1 грамму черезъ 1—2 часа (всего не болѣе 4 граммъ).

Однако все наркотическія, вводимыя подъ кожу, или въ клизмахъ, или черезъ ротъ дѣйствуютъ медленно и не могутъ такъ легко регулироваться, какъ вдыханіе газообразныхъ веществъ; поэтому въ періодъ открытія можно пользоваться морфіемъ, хлораль-гидратомъ, а въ періодъ изгнанія хлороформомъ или эфиромъ.

Эфиръ не нашелъ большого распространенія въ виду его легкой воспламеняемости и трудности дозировки, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напримѣръ, при порокахъ сердца онъ болѣе показанъ.

Веселящій газъ (закись азота) въ смѣси съ кислородомъ (4 части закиси азота на 1 часть кислорода) представляется очень слабо дѣйствующимъ средствомъ, но его можно давать съ начала родовъ и въ теченіе долгаго времени, при чемъ дурного дѣйствія на схватки и плодъ не наблюдается.

Изъ другихъ обезболивающихъ надо указать на гипнозъ и кокаинъ. Гипнозъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываетъ успокаивающее дѣйствіе, и иногда при его помощи происходятъ даже совершенно безболѣзненные роды; однако въ очень многихъ случаяхъ женщины совсѣмъ не поддаются внушенію. Вспрыскиваніе кокаина и другихъ подобныхъ средствъ въ спинно-мозговой каналъ (по способу Бира) для обезболиванія родовъ не получило до сихъ поръ распространенія. Дѣйствительно, кокаинъ не всеми хорошо переносится и даже можетъ вызвать опасныя послѣдствія; кромѣ того, самый способъ

его примѣненія болѣзней и сложенъ. На основаніи имѣющихся данныхъ можно заключить, что этотъ способъ оказываетъ вліяніе на дѣятельность брюшного пресса, вслѣдствіе чего періодъ изгнанія замедляется, и роды часто приходится оканчивать съ помощью операціи. Рекомендуютъ примѣнять кокаинъ въ видѣ влагалищныхъ тампоновъ, смоченныхъ 5% и даже 20% растворомъ, что небезопасно.

е) **Веденіе послѣдоваго періода.** Умѣнье вести послѣдовый періодъ настолько же важно для здоровья женщины, какъ и соблюденіе правилъ антисептики и асептики во время родовъ. При неправильномъ веденіи этого періода въ полости матки остаются части дѣтскаго мѣста и оболочекъ, которыя могутъ вызвать послѣдующее сильное кровотеченіе, а также повести къ тяжелымъ заболѣваніямъ. При самопроизвольномъ отдѣленіи послѣда подъ вліяніемъ сокращеній матки и при самопроизвольномъ изгнаніи его изъ матки лучше всего происходитъ полное опорожненіе матки. Такимъ образомъ, выжидательный способъ надо признать наилучшимъ. Приблизительно



Рис. 65.
Способъ Креде.

черезъ полчаса послѣ рожденія ребенка послѣдъ оказывается отдѣленнымъ и лежащимъ уже во влагалищѣ, что узнается по поднявшемуся дну матки и по той мягкой опухоли, которая ощупывается между лоннымъ соединеніемъ и плотнымъ тѣломъ матки. Послѣдъ, отдѣлившійся и спустившійся въ выходную трубку, можетъ долго въ ней оставаться. Для удаленія его отсюда можно воспользоваться выжиманіемъ: оно производится во время сокращенія матки рукой, положенною на дно матки, при чемъ большой палецъ лежитъ на передней поверхности, а остальные на задней стѣнкѣ матки; при надавливаніи рукой во время схватки послѣдъ выходитъ изъ влага-

лица наружу. Выжиманіе послѣда носитъ названіе **способа Креде** (рис. 65); этотъ способъ при правильномъ теченіи послѣдоваго періода не слѣдуетъ примѣнять раньше, чѣмъ послѣдъ не отдѣлится вполнѣ, такъ какъ при поспѣшномъ выжиманіи послѣдъ цѣликомъ не выходитъ, и части дѣтскаго мѣста и яйцевыя оболочки задерживаются въ маткѣ. Также отнюдь не слѣдуетъ для удаленія послѣда потягивать за пуповину, если нѣтъ увѣренности, что послѣдъ совершенно отдѣлился. Говоря вообще, при нормальномъ хотя бы и продолжительномъ послѣдовомъ періодѣ, всякое вмѣшательство скорѣе приноситъ вредъ, чѣмъ пользу. Въ томъ случаѣ, когда послѣ выхожденія дѣтскаго мѣста задерживаются оболочки, не слѣдуетъ отрывать ихъ: тогда закручиваютъ дѣтское



Рис. 66.

Скручиваніе оболочекъ въ шнурокъ.

мѣсто въ одну сторону и, свертывая оболочки въ шнурокъ, способствуютъ ихъ отдѣленію и выведенію изъ матки (рис. 66).

Послѣ выхожденія послѣда надо способствовать сокращенію матки растираніемъ ея, такъ какъ въ противномъ случаѣ женщина можетъ потерять много крови. Въ случаѣ вялости матки и зависящихъ отъ нея кровотеченій, для лучшаго сокращенія матки даютъ спорыню и ея препараты.

Всѣ разрывы промежности слѣдуетъ зашить, наружныя половыя части обмыть; послѣ правильныхъ родовъ спринцеванія влагалища дѣлать не слѣдуетъ. Подъ родильницу надо положить чистое бѣлье и половыя части закрыть закладкой изъ марли.

Физиологія послѣродового, или родильнаго періода.

Послѣродовымъ, или родильнымъ періодомъ называется время, слѣдующее за изгнаніемъ послѣда. Послѣродовой періодъ называется по-латыни *puerperium* (*puer*—дитя, *pario*—рождаю), женщины во время этого періода—*puerpera*, родильница.

Продолжительность этого періода различна; онъ оканчивается черезъ 6—8 недѣль послѣ родовъ. Къ этому времени организмъ женщины подъ вліяніемъ особыхъ процессовъ приходитъ въ свое прежнее состояніе, какое было до начала беременности. Процессъ измѣненій въ половыхъ органахъ и вообще во всемъ организмѣ женщины, происходящій въ родильномъ періодѣ, носитъ названіе **обратнаго развитія «involutio»**. Обратное развитіе—явленіе физиологическое, но совершенно своеобразное, подобнаго которому мы не знаемъ въ физиологіи. вмѣстѣ съ обратнымъ развитіемъ происходитъ въ первые дни послѣ родовъ заживленіе родовыхъ ранъ. По окончаніи родильнаго періода въ половыхъ органахъ и на брюшныхъ покровахъ остаются только очень незначительныя измѣненія, по которымъ можно отличить женщину, родившую хоть одинъ разъ, отъ никогда не родившей.

Въ послѣродовомъ періодѣ начинается усиленная дѣятельность молочныхъ железъ, необходимая для питанія новорожденнаго.

1. Перемѣны, происходящія въ половыхъ частяхъ.

Процессъ обратнаго развитія (*involutio*) особенно рѣзко бываетъ выраженъ въ маткѣ. Она въ теченіе послѣродового періода постепенно уменьшается во всѣхъ размѣрахъ. Въсь ея, равняющійся послѣ родовъ 1 килограмму, уже въ теченіе первыхъ 8 дней уменьшается въ половину и къ концу родильнаго періода достигаетъ 60 граммъ. Дно матки въ первый день послѣ родовъ прощупывается черезъ вялые брюшные покровы приблизительно на уровнѣ пупка; къ концу 9-го дня матка уменьшается настолько, что дно ея стоитъ на уровнѣ верхняго края лоннаго соединенія, а затѣмъ уже прощупать матку черезъ брюшные покровы невозможно. Матка послѣ родовъ наклонена впередъ и очень подвижна; ея положеніе измѣняется отъ наполненія пузыря и прямой кишки и отъ положенія самой родильницы.

Вмѣстѣ съ уменьшеніемъ длины и ширины матки происходитъ истонченіе стѣнокъ матки. Однако, тотчасъ послѣ родовъ толщина стѣнки матки увеличивается приблизительно въ 10 разъ; такъ, къ концу беременности толщина стѣнки матки равна 5—8 мм., а послѣ

родовъ доходитъ до 4—5 см. Затѣмъ наступаетъ постепенное уменьшеніе толщины стѣнокъ матки, главнымъ образомъ, на счетъ уменьшенія величины мышечныхъ волоконъ.

Уменьшеніе матки тотчасъ послѣ родовъ и плотная консистенція ея зависятъ отъ наступленія стойкаго сокращенія ея, такъ-называемой ретракціи ея мышечныхъ стѣнокъ. Кромѣ этого постоянного сокращенія матки въ первые дни послѣродового періода происходятъ періодическія ея сокращенія, такъ наз. послѣродовыя схватки, которыя у многорожавшихъ женщинъ бывають иногда очень болѣзненными. Подъ вліяніемъ сокращенія матки мышечныя волокна сближаются, сосуды, проходящіе въ ея стѣнкахъ, суживаются, вслѣдствіе чего наступаетъ малокровіе мышечной ткани, а затѣмъ атрофія ея. вмѣстѣ съ атрофіей происходитъ жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ, при чемъ мышечныя волокна, вѣроятно, не погибають, а только уменьшаются въ своихъ размѣрахъ. Инволюція мышечной ткани сопровождается инволюціей сосудовъ и нервовъ матки.

Внутренняя поверхность матки также измѣняется. Послѣ отдѣленія послѣда въ спонгиозномъ слоѣ въ первые дни послѣродового періода происходятъ некрозы и распаденіе децидуальныхъ клѣтокъ. Въ дальнѣйшемъ, вмѣстѣ съ процессомъ обратнаго развитія наступаетъ образованіе новой слизистой оболочки изъ эпителія железъ матки, сохранившихся въ глубокихъ слояхъ; обычно уже черезъ 3—4 недѣли внутренняя поверхность матки покрывается вновь образованнымъ эпителиемъ, и на ней нельзя отличить то мѣсто, гдѣ прикрѣплялась плацента. Въ случаяхъ же ненормальной ретракціи образуется значительный тромбозъ сосудовъ съ послѣдующей организацией тромбовъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ плацентарная лопсцадка долго (4—8 недѣль) имѣетъ своеобразный бугристый видъ.

Въ связи съ состояніемъ внутренней поверхности матки происходитъ характерное отдѣленіе такъ-называемыхъ послѣродовыхъ очищеній или лохій. Тотчасъ послѣ родовъ и въ теченіе 2—3 дней послѣродовыя очищенія состоятъ почти изъ одной чистой крови (*lochia rubra* или *cruenta*), вытекающей изъ большой обнаженной, какъ бы раненой, поверхности матки, а также изъ небольшихъ поврежденных шейки и влагалища. Съ 3-го дня лохія становятся водянистыми и принимаютъ болѣе блѣдную окраску вслѣдствіе примѣшивающейся къ нимъ серозной жидкости (*lochia serosa*). Послѣ шестого дня послѣродовыя очищенія становятся гнойными (*lochia alba*). Такимъ образомъ, въ послѣродовыхъ очищеніяхъ вначалѣ находятъ много красныхъ кровяныхъ шариковъ, децидуальныя клѣтки и эпителий, а позже—довольно большое количество лейкоцитовъ;

въ послѣдующіе же дни число красныхъ шариковъ постепенно уменьшается, а число лейкоцитовъ увеличивается. Черезъ 4—6 недѣль послѣ родовъ отдѣленія совершенно прекращаются.

При неправильномъ теченіи обратнаго развитія матки, а также при слишкомъ раннемъ вставаніи, при трудной работѣ и усиленномъ движеніи родильницы примѣсь крови въ очищеніяхъ замѣчается въ теченіе долгаго времени.

Въ послѣродовыя очищенія изъ влагалища и нижней части шейки матки поступаютъ различные виды микроорганизмовъ. Полость же самой матки обыкновенно не содержитъ микробовъ.

Нормальныя послѣродовыя очищенія не имѣютъ дурнаго запаха; послѣдній указываетъ на разложеніе послѣродовыхъ очищеній и чаще всего на заболѣваніе эндометрія.

Вмѣстѣ съ измѣненіями матки происходятъ измѣненія и въ шейкѣ матки. Раньше всего закрывается внутреннее отверстіе. Спустя три дня послѣ родовъ черезъ внутреннее отверстіе можно еще провести палець, но къ 14-му дню оно закрывается настолько, что нельзя провести и конца пальца. Къ этому времени каналъ шейки уже совершенно сформировывается, и только наружный зѣвъ остается еще долгое время открытымъ.

Влагалище также постепенно суживается, но никогда до тѣхъ размѣровъ, какіе были раньше; складки на немъ большею частью исчезаютъ, и поверхность его становится гладкою. Входъ во влагалище еще долго остается пріоткрытымъ.

Яичники и трубы уменьшаются вслѣдствіе уменьшенія гипереміи и серознаго пропитыванія.

Растянутые брюшныя покровы тоже постепенно сокращаются, но никогда не достигаютъ той упругости, которая была до беременности; иногда замѣчается расхожденіе прямыхъ мышцъ, и на кожѣ остаются рубцы.

Грудныя железы начинаютъ функціонировать еще во время беременности. Уже со 2-го мѣсяца при надавливаніи на грудную железу по направленію къ соску можно выжать нѣсколько капель водянистой жидкости, такъ называемаго **молозива** (colostrum). Въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности молозиво нерѣдко самопроизвольно вытекаетъ изъ сосковъ.

Въ первые 2—3 дня послѣ родовъ изъ грудныхъ железъ еще продолжаетъ отдѣляться молозиво. Отдѣленіе **молока** начинается обыкновенно съ 3—5 дня послѣ родовъ. Происходящее въ это время образованіе молока сопровождается значительнымъ припуханіемъ и болѣзненностью грудныхъ железъ, при чемъ нерѣдко лимфатическія железы въ подмышечныхъ впадинахъ также увеличиваются и ста-

новятся настолько чувствительными, что родильница съ трудомъ можетъ двигать руками. Общее состояніе родильницы большею частью ухудшается, но t° обыкновенно не повышается. Такой усиленный приливъ молока продолжается 2—3 дня.

При кормленіи ребенка железы опоражниваются, становятся мягкими, а черезъ нѣсколько часовъ опять наполняются молокомъ.

Дальнѣйшій приливъ молока поддерживается рефлекторно сосаніемъ ребенка.

Количество молока зависитъ отъ состоянія здоровья и питанія матери. Оно послѣ родовъ постепенно увеличивается до 7-го мѣсяца, а затѣмъ начинаетъ уменьшаться.

Ребенка отнимаютъ отъ груди между 8—12 мѣсяцами, послѣ того, какъ у него прорѣжуются первые зубы. Кормленіе грудью можетъ продолжаться и больше года, но со вредомъ для матери и ребенка.

Во время кормленія грудью у матери менструаціи обыкновенно не появляются; овуляція же можетъ совершаться, на что указываютъ не особенно рѣдкіе случаи беременности во время кормленія при отсутствіи менструацій.

Сосаніе ребенкомъ груди вызываетъ сокращенія матки, которыя въ первые дни послѣ родовъ сопровождаются схваткообразными болями въ животѣ, похожими на слабыя родовыя боли. Обратное развитіе совершается гораздо скорѣе и лучше у кормящихъ грудью, чѣмъ у некормящихъ.

Если родильница не кормитъ, то отдѣлившееся молоко въ теченіе 2—3 дней постепенно всасывается, послѣ чего груди становятся мягкими, и дальнѣйшее образование молока прекращается. Массажъ съ послѣдующимъ тугимъ бинтованіемъ груди и слабительныя средства способствуютъ всасыванію молока и ограничиваютъ его образование.

Молоко состоитъ изъ воды, бѣлковыхъ веществъ, главнымъ образомъ, казеина, жира, сахара и солей. Составъ женскаго молока приблизительно такой: бѣлка 1%, жира 3,5%, сахара 6% и солей 2%. Средній удѣльный вѣсъ 1,030 и реакція щелочная. Молозиво отличается отъ молока большимъ содержаніемъ бѣлка и солей, но оно бѣднѣе сахаромъ и жиромъ: бѣлка 3%, жира 2,5%, сахара 3,5% и солей 3%. Молозиво отличается отъ молока болѣе высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ и способностью свертываться при кипяченіи, что зависитъ отъ содержанія въ немъ бѣлка кровяной сыворотки. Молозиво также и при микроскопическомъ изслѣдованіи отличается отъ молока. Въ молокѣ находятъ круглыя капельки жира, извѣстныя подъ именемъ молочныхъ; въ нормальномъ молокѣ преобладаютъ молочныя

тѣльца средней величины. Въ молозивѣ, кромѣ молочныхъ тѣлецъ, встрѣчаются эпителиальныя кѣтки изъ альвеоль и молочныхъ ходовъ, и также молозивныя тѣльца. Послѣднія имѣютъ видъ тутовой ягоды и представляютъ изъ себя конгломератъ молочныхъ тѣлецъ, соединенныхъ гіалиновымъ веществомъ.

Молозивныя тѣльца состоятъ изъ лейкоцитовъ, которые воспринимаютъ въ себя наподобіе фагоцитовъ мельчайшія молочныя тѣльца.

Образованіе молока происходитъ въ конечныхъ пузырькахъ железистаго эпителия. Въ протоплазмѣ его появляются отдѣльныя капельки жира, которыя выполняютъ кѣтку и затѣмъ переходятъ въ видѣ молочныхъ тѣлецъ въ просвѣтъ альвеолы.

Общія заболѣванія и болѣзни половыхъ органовъ вліяютъ на количество и качество молока. Составъ молока измѣняется также въ зависимости отъ пищи, психическихъ вліяній и лѣкарствъ. Многія лѣкарственныя вещества, хотя въ малыхъ количествахъ, переходятъ въ молоко, какъ напр., препараты іода, ртути, мышьяка, салициловой кислоты, а также наркотическія средства.

Поэтому нужно осторожно назначать лѣкарства кормящимъ женщинамъ. Алкоголь и различныя вкусовыя средства могутъ быть дозволены также въ незначительныхъ количествахъ.

II. Перемѣны во всемъ организмѣ родильницы. Родильница тотчасъ послѣ родовъ обыкновенно чувствуетъ себя утомленною и скоро засынаетъ, если послѣродовыя боли не очень сильны. Нерѣдко вслѣдъ за выхожденіемъ послѣда появляется кратковременный ознобъ, который не сопровождается повышеніемъ температуры; онъ зависитъ отъ потери тепла или отъ сильной мышечной работы во время родовъ.

Температура при нормальномъ послѣродовомъ періодѣ не должна быть выше $37,5^{\circ}$. Впрочемъ, повышеніе температуры до 38° вечеромъ въ первый день послѣ родовъ иногда наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда роды окончились утромъ: это повышеніе считается физиологическимъ. Второе повышеніе t° , иногда наступающее на 3—4 день послѣ родовъ и достигающее высокыхъ цифръ, нельзя считать физиологическимъ и объяснять молочной лихорадкой. Скорѣе всего оно зависитъ отъ усиленнаго всасыванія съ поверхности родовыхъ ранъ, и въ настоящее время при строгомъ соблюденіи асептики встрѣчается рѣдко.

Пульсъ большею частію въ первые дни бываетъ замедленнымъ до 60 ударовъ въ минуту, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ до 40—50. Причиной замедленія пульса считаютъ: уменьшенную дѣятельность сердца, спокойное положеніе родильницы, измѣненныя условія кровяного давленія, а также поступленіе въ кровь жира и другихъ веществъ подъ вліяніемъ обратнаго развитія матки. Содержаніе

гемоглобина и кровяныхъ шариковъ вначалѣ уменьшено, а затѣмъ постепенно увеличивается.

Дыханіе также обыкновенно замедлено. Часто у родильницъ бываетъ значительное отдѣленіе пота.

Жажда обыкновенно усиленна, а аппетитъ нѣсколько уменьшенъ.

Самостоятельнаго опорожненія кишекъ обыкновенно не происходитъ, что можетъ зависѣть отъ покойнаго положенія родильницы, отъ ослабленія брюшныхъ стѣнокъ и небольшихъ приѣмовъ пищи.

Нерѣдко наступаетъ задержаніе мочи въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ, при чемъ мочевой пузырь можетъ растягиваться до очень большихъ размѣровъ, не вызывая позыва къ мочеиспусканію. Такое задержаніе мочи можетъ зависѣть отъ перегиба мочеиспускательнаго канала и его припуханія, а также отъ непривычки мочиться въ лежащемъ положеніи. Количество мочи бываетъ меньше, чѣмъ въ послѣднее время беременности, но больше, чѣмъ въ небеременномъ состояніи женщины. Нерѣдко моча содержитъ молочный сахаръ, присутствіе котораго находится въ связи съ отдѣленіемъ молока.

Вѣсъ родильницы вначалѣ сильно падаетъ, но къ концу родильнаго періода опять начинаетъ увеличиваться и нерѣдко превышаетъ вѣсъ, бывшій до беременности.

Нервная система иногда находится въ состояніи повышенной возбудимости.

Распознаваніе родильнаго періода легко вскорѣ послѣ родовъ и очень трудно въ болѣе позднее время. Въ первые дни родильнаго періода наружныя половыя части слегка отечны; на малыхъ половыхъ губахъ, а особенно на спайкѣ промежности, встрѣчаются свѣжіе надрывы, иногда покрытые грануляціями. Входъ во влагалище широкъ, влагалище растянуто, влагалищная часть матки мягка, на краяхъ наружнаго отверстія ея находятъ свѣжіе надрывы, и отверстие открыто. Внутренній зѣвъ въ первые дни также бываетъ открытъ, черезъ него можно провести палець. Сама матка мягка и увеличена соотвѣтственно времени, протекшему послѣ родовъ. Въ отдѣленіяхъ подъ микроскопомъ часто можно найти характерныя децидуальныя клѣтки.

На грудныхъ железахъ замѣтны пигментація околососковаго кружка и увеличеніе монгомеровыхъ железъ. Въ отдѣляемомъ грудныхъ железъ подъ микроскопомъ въ первые дни встрѣчаются молочивныя тѣльца, а въ послѣдующіе—только молочныя тѣльца различной величины.

Уходъ за родильницей.

Хорошій уходъ за родильницей такъ же важенъ для здоровья женщины, какъ и во время родовъ. Для благоприятнаго теченія послѣродового періода необходимо: 1) безусловно покойное пребываніе въ постели въ теченіе долгаго времени, 2) очищеніе наружныхъ половыхъ частей, 3) правильныя отправленія со стороны кишечника и мочевого пузыря, 4) соблюденіе діеты и душевнаго покоя, 5) бинтованіе живота.

1) **Покойное положеніе.** Чѣмъ дольше родильница остается въ постели, тѣмъ скорѣе заживають раненія, происшедшія во время родовъ, и тѣмъ правильнѣе совершается обратное развитіе половыхъ органовъ. Общепринятый обычай вставать съ постели на 9-й день нельзя возводить въ правило, такъ какъ при нормальномъ теченіи вставаніе родильницы раньше 9 дней можетъ не оказать ей никакого вреда, но въ сомнительныхъ случаяхъ лучше оставаться въ постели въ теченіе двухъ недѣль и на третьей недѣлѣ не быть на ногахъ цѣлые дни. Еще въ теченіе 6—8 недѣль послѣ родовъ женщина должна соблюдать большую осторожность (избѣгать большихъ прогулокъ и хожденія по лѣстницамъ, а также не поднимать тяжестей и т. п.), такъ какъ только къ этому времени матка окончательно сокращается и приходитъ въ свое нормальное состояніе; поэтому и coitus также долженъ быть воспрещенъ.

Раннее вставаніе въ первые три дня послѣ родовъ—по мнѣнію его сторонниковъ—даетъ будто бы болѣе благоприятное результаты, чѣмъ долгое лежаніе въ постели: такъ, обратное развитіе половыхъ органовъ и брюшныхъ покрововъ, а также кормленіе грудью совершается значительно лучше, мочеиспусканіе и отправленіе кишечника происходитъ самопроизвольно, однократныя повышенія температуры бывають рѣже, также рѣже встрѣчаются загибы матки назадъ, и наконецъ ранніе тромбозы и эмболии не наблюдались. Однако надо особенно внимательно наблюдать за рано вставшими и помнить слѣдующія противопоказанія: частый пульсъ, повышенная температура, плохое обратное развитіе матки, гоноррейное зараженіе, оперативные роды и различныя еще незажившія поврежденія половыхъ органовъ.

2) **Очищеніе наружныхъ половыхъ частей** должно производиться, по крайней мѣрѣ, два раза въ день, для чего дѣлаются подмыванія тепловатой обезпложенной водой или слабыми растворами сулемы, лизоля и другихъ дезинфицирующихъ жидкостей. Въ остальное время половыя части должны быть закрыты подкладками изъ марли съ ватой для защиты отъ наружнаго воздуха и для впитыванія послѣродовыхъ очищеній; эти подкладки по мѣрѣ загрязненія замѣняются свѣжими. Влагалищныхъ спринцеваній при нормальномъ теченіи родильнаго періода дѣлать не слѣдуетъ, такъ какъ при этомъ легко надрываются пораненія, начавшія заживать, и заразныя вещества изъ нижнихъ отдѣловъ полового канала могутъ быть внесены въ

верхніе. Такое же вредное дѣйствіе можетъ оказать внутреннее изслѣдованіе, которое должно производиться только въ случаяхъ уклоненія отъ правильнаго теченія. Въ дальнѣйшемъ всякая родильница должна соблюдать строжайшую чистоту половыхъ органовъ.

3) **Опорожненіе кишекъ** лучше всего достигается приѣмомъ на второй день слабительнаго: кастороваго масла, солей (*magnesia sulfurica* и *natrum sulfur.* пополамъ) и затѣмъ послѣдующими ежедневными клизмами.

Родильница отнюдь не должна подолгу задерживать мочу; если моча не отдѣляется произвольно, то надо выводить ее катетеромъ. Катетеръ долженъ быть безусловно чистымъ; при введеніи его нужно старательно очистить отверстіе мочеиспускательнаго канала отъ загрязняющихъ его очищеній, такъ какъ въ противномъ случаѣ они легко могутъ быть внесены съ катетеромъ въ пузырь и произвести катарръ пузыря. Испражненіе и мочеиспусканіе должны происходить въ лежачемъ положеніи на подкладномъ суднѣ.

4) **Діета.** Первые два дня даютъ жидкую пищу: молоко, чай, бульонъ съ небольшимъ количествомъ сухого хлѣба; послѣ опорожненія кишекъ можно давать котлету, курицу, манную кашу, но вообще надо избѣгать очень обильной и трудно варимой пищи.

Въ первые дни послѣ родовъ чтеніе книгъ, всякую умственную работу слѣдуетъ запрещать, а также надо оберегать родильницу отъ утомительныхъ праздныхъ разговоровъ посѣтителей и отъ душевныхъ волненій.

5) **Тугое битованіе живота** производится съ цѣлью предупредить образованіе вялости брюшныхъ стѣнокъ, которая можетъ повести къ очень неприятымъ послѣдствіямъ: смѣщеніямъ брюшныхъ органовъ, упорнымъ запорамъ и т. п.

Передъ вставаніемъ родильницы въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ произвести комбинированное изслѣдованіе, при чемъ обращаютъ вниманіе на заживленіе ранъ и на величину, консистенцію и положеніе матки.

Новорожденный и уходъ за нимъ.

Родившійся ребенокъ тотчасъ начинаетъ дышать. Первое вдыханіе происходитъ оттого, что дыхательный центръ возбуждается измѣненнымъ составомъ крови; измѣненіе крови состоитъ въ уменьшеніи кислорода и увеличеніи углекислоты. Однако, по мнѣнію нѣкоторыхъ, первое вдыханіе зависитъ отъ другихъ причинъ: отъ сильнаго охлажденія поверхности кожи, отъ переполненія головного

мозга кровью, пассивнаго расширенія грудной кѣтки, наступающаго послѣ прорѣзыванія ея черезъ узкій входъ влагалища и т. п.

Вслѣдъ за первымъ вдыханіемъ ребенокъ начинаетъ кричать.

Вмѣстѣ съ началомъ дыханія въ организмъ новорожденнаго совершаются важныя измѣненія. Въ легкія, растянутыя воздухомъ, черезъ легочныя артеріи начинается усиленный приливъ крови; Баталловъ протокъ становится лишнимъ, спадается и затѣмъ закрывается. Такимъ образомъ возникаетъ малый кругъ кровообращенія. Овальное отверстіе также закрывается. Пупочныя артеріи сильно сокращаются, затѣмъ облитерируются и остаются въ видѣ *lig. vesicae lateralia*; пупочная вена также запусѣвается, и изъ облитерированной ея части образуется *lig. teres*. Вслѣдствіе такихъ измѣненій кровообращеніе получаетъ тотъ характеръ, который сохраняется на всю жизнь.

Частота сердечныхъ ударовъ остается у новорожденнаго долгое время такой же, какою была во время утробной жизни ребенка.

Дыханіе въ первые часы жизни бываетъ частымъ, неровнымъ и, иногда, хриплымъ, въ зависимости отъ слизи и околоплодной жидкости, попавшей въ дыхательные пути. Въ 1—2 день иногда замѣчается тошнота и рвота. Вскорѣ послѣ родовъ и въ теченіе первыхъ двухъ-трехъ дней ребенокъ выдѣляетъ первородный калъ (*meconium*) чернаго цвѣта, который въ послѣдующіе дни становится свѣтлѣе и съ 5—6 дня дѣлается совершенно желтымъ.

Моча новорожденныхъ содержитъ большое количество моче-кислыхъ солей и нерѣдко немного бѣлка. Первое мочеиспусканіе наступаетъ въ первый или второй день послѣ рожденія и иногда бываетъ болѣзненнымъ. Боль при мочеиспусканіи можетъ зависѣть отъ выдѣленія съ мочей моче-кислаго инфаркта (мочевой кислоты и моче-кислаго аммонія), который выполняетъ почечные каналцы новорожденнаго и выдѣляется съ мочою въ первые дни жизни. Другая причина болѣзненности—физиологическая спайка крайней плоти съ головкой.

Кожа ребенка тотчасъ послѣ рожденія покрыта сыровидной смазкой, которая удаляется во время первой ванны; послѣ этого наступаетъ гиперемія кожи (физиологическая эритема), а затѣмъ съ 3-го дня происходитъ слущиваніе эпидермиса, которое у слабыхъ дѣтей продолжается довольно долго.

Со 2—3 дня у большинства (70—80%) новорожденныхъ появляется желтуха, которая не оказываетъ дурнаго вліянія на общее состояніе ребенка и черезъ нѣсколько дней совершенно исчезаетъ. Такая желтуха извѣстна подъ именемъ **физиологической** въ отличіе отъ злокачественной. Физиологическая желтуха, по мнѣнію нѣкото-

рыхъ, зависитъ отъ усиленнаго разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ, вслѣдствіе чего развивается фізіологическая гемоглобинемія (гематогенная форма); другіе же считаютъ, что эта желтуха—гепатогенная. Возможно, что въ происхожденіи желтухи участвуютъ какъ разрушеніе красныхъ тѣлецъ, такъ и задержка въ желчныхъ канальцахъ желчи, часть которой всасывается и производитъ желтуху. Чаще желтуха развивается у недоносковъ, у дѣтей, родившихся въ асфиксіи и послѣ трудныхъ родовъ. Фізіологическая желтуха лѣченія не требуетъ.

Грудныя железы почти у всѣхъ дѣтей обоого пола въ первые дни жизни слегка припухаютъ, вслѣдствіе скопленія въ нихъ жидкости, похожей на молозиво; такое набуханіе постепенно усиливается, а затѣмъ медленно уменьшается. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ наступаетъ воспаленіе грудныхъ железъ съ исходомъ въ нагноеніе. Такая фізіологическая набухлость проходитъ безъ лѣченія; отнюдь не слѣдуетъ выдавливать молоко, такъ какъ этимъ чаще всего вызывается грудница. Слѣдуетъ положить вату и забинтовать грудь.

Первоначальный вѣсъ новорожденныхъ падаетъ въ теченіе первыхъ 4—5 дней на 150—200 граммъ, что зависитъ скорѣе всего отъ плохого питанія ребенка въ это время. Къ 10-му дню ребенокъ снова достигаетъ прежняго вѣса.

Въ первые дни послѣ родовъ происходитъ мумификація остатка пупочнаго канатика. Отпаденіе пуповины совершается между 5 и 7 днемъ послѣ родовъ вслѣдствіе реактивнаго воспаленія у основанія пупка на уровнѣ кожи. Послѣ отпаденія пуповины остается слегка гноящаяся поверхность, такъ наз. пупочная рана, которая заживаетъ рубцомъ на 12—15 день. Одновременно происходитъ втягиваніе пупочной раны внутрь вслѣдствіе сморщиванія внутри—брюшной части сосудовъ пуповины, при чемъ образуется пупочная ямка.

Для нормальнаго процесса мумификаціи остатка пуповины и правильнаго заживленія пупочной раны необходимо: перевязка пуповины обезпложеннымъ шелкомъ и перерѣзка ея обезпложенными ножницами, затѣмъ строжайшее соблюденіе чистоты при дальнѣйшемъ уходѣ за остаткомъ пуповины. Кромѣ того нужно способствовать скорѣйшему высыханію остатка пуповины, для чего лучше всего присыпать его порошкомъ гипса, завертывать въ сухую вату и укрѣплять бинтомъ. Послѣ отпаденія пуповины для присыпки раны употребляютъ *bismutum subnitricum* или хероform. Присыпку пупочнаго остатка и пупочной раны нужно производить ежедневно послѣ ванны, а также послѣ смачиванія повязки мочею.

Тѣло новорожденнаго для удаленія смазки вытирается прован-

скимъ масломъ и затѣмъ вымывается мыломъ съ ватой въ теплой ваннѣ 28° R.

Глаза новорожденнаго нужно осторожно обтереть чистою ватой. Въ случаѣ, если у матери были гоноррейныя бѣли, для предупрежденія зараженія глазъ необходимо впустить капли 2% раствора ляписа (способъ Креде). Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ у роженицы нельзя доказать отсутствія гоноррейной инфекціи, то принято впускать этотъ растворъ всеѣмъ новорожденнымъ безъ исключенія. Если, несмотря на однократное его примѣненіе, появляется специфическое воспаленіе глазъ, то необходимо повторное впусканіе ляписа.

На ребенка надѣвается кофточка, а ножки закрываются пеленкой. Не слѣдуетъ туго пеленать ребенка, нужно дать ему возможность производить движенія ручками и ножками и не стягивать грудь и животъ. вмѣсто бинтованія употребляютъ конверты. Ежедневное купаніе ребенка въ ваннѣ 27°—28° R. не вліяетъ дурнымъ образомъ на процессъ отпаденія пуповины. Кромѣ того необходимо часто перемѣнять пеленки, обмывать и обсушивать половыя части, паховыя складки и окружность задняго прохода для предупрежденія раздраженія кожи и ссадинъ, легко образующихся при нечистомъ содержаніи. Полость рта также должна содержаться въ чистотѣ; съ этой цѣлью слѣдуетъ вытирать ротъ мягкой тряпочкой, смоченной чистой водой.

Недоношенныя дѣти должны находиться въ особо устроенныхъ грѣлкахъ, въ которыхъ температура остается равномѣрно теплою. Наиболѣе употребительна ванночка Креде; она мѣдная, съ двойными стѣнками, между которыми наливается вода 40° R. и по мѣрѣ охлажденія замѣняется теплою.

При хорошемъ уходѣ остаются живыми даже такія дѣти, которыя по своимъ размѣрамъ и вѣсу должны быть отнесены къ нежизнеспособнымъ. Нежизнеспособными считаются дѣти, родившіяся ранѣе 28 недѣль. Однако смертность дѣтей, рожденныхъ послѣ 28 недѣль, очень велика, несмотря на заботливый уходъ за ними. Поэтому въ судебной медицинѣ принято относить къ нежизнеспособнымъ дѣтей, родившихся ранѣе 30 недѣль, длина которыхъ не достигаетъ 40 смт., а вѣсъ—1500 граммъ.

Впрочемъ извѣстны исключительные случаи выживанія дѣтей, имѣвшихъ немного болѣе 1000 грам. вѣсу и длину тѣла не болѣе 34 смт.

Каждая мать (за рѣдкими исключеніями, напр. при tbc) должна сама кормить грудью своего ребенка, такъ какъ кормленіе способствуетъ лучшему сокращенію матки и вмѣстѣ съ тѣмъ представляетъ единственно правильное питаніе для новорожденнаго, который иначе

легко заболѣваетъ и можетъ быстро умереть. Отсутствие молока у матери или другія серьезныя осложненія могутъ заставить прибѣгнуть къ искусственному кормленію кипяченымъ молокомъ, разбавленнымъ водою (въ 1-й мѣсяць на 1 часть молока 2—4 части воды, во 2-й мѣсяць—на половину, и затѣмъ до 5-го мѣсяца увеличиваютъ постепенно количество молока; прибавляютъ немного молочнаго сахара). Кормить ребенка размазней, кашей и т. под. ранѣе 5-го мѣсяца не слѣдуетъ. Кормленіе ребенка должно быть правильнымъ. Въ первый разъ его прикладываютъ къ груди черезъ 12—24 часа послѣ родовъ. Днемъ кормить черезъ каждые 2—3 часа, а ночью не кормить и даютъ спать 6—8 часовъ.

Взвѣшиваніемъ ребенка (особенно до и послѣ кормленія) можно убѣдиться, достаточно ли онъ получаетъ молока. Существуютъ таблицы средняго количества молока, выпиваемаго въ сутки и при каждомъ кормленіи въ первые дни жизни ребенка.

Патологія беременности.

Болѣзни во время беременности можно раздѣлить на: I) Общія заболѣванія и II) заболѣванія половыхъ органовъ и развивающагося въ нихъ яйца.

I. Общія острия и хроническія болѣзни беременныхъ.

Общія заболѣванія раздѣляются на А) случайныя и Б) развивающіяся исключительно во время беременности или особенно часто встрѣчающіяся при ней.

А) **Общія случайныя болѣзни** дѣлятся на а) острия и б) хроническія.

а) Къ острымъ болѣзнямъ относятся инфекціонныя заболѣванія—корь, скарлатина, инфлюэнца, тифъ, дифтеритъ, холера, оспа и т. п.

Если эти заболѣванія возникаютъ во время беременности, то они обыкновенно протекаютъ гораздо тяжелѣе и сопровождаются различными осложненіями. При нѣкоторыхъ изъ этихъ болѣзней нерѣдко наступаютъ выкидыши, или преждевременные роды, что, конечно, осложняетъ самое заболѣваніе. Причиной прерыванія беременности при острыхъ заболѣваніяхъ могутъ быть:

1) **Endometritis haemorrhagica** — заболѣваніе отпадающей оболочки, при которомъ происходятъ въ ней кровоизліянія. Они способствуютъ отдѣленію яйца отъ стѣнокъ матки и вызываютъ маточныя сокращенія; такая геморрагическая форма эндометрита описана

(К. Ф. Славянскимъ) при холерѣ. При этомъ заболѣваніи отпадающей оболочки плодъ можетъ родиться, хотя и преждевременно, но живымъ.

2) **Смерть плода.** Смерть плода можетъ произойти или оттого, что плодъ также заражается микробами черезъ посредство плаценты (плацентарное зараженіе), или оттого, что на него оказываетъ вліяніе сильно повышенная температура матери, или оттого, что уменьшается притокъ кислорода черезъ плаценту; послѣднее можетъ случиться при расстройствахъ дыханія и кровообращенія. Возможность передачи болѣзни отъ матери къ плоду черезъ плаценту доказана для оспы, рожи, брюшного и возвратнаго тифа, сибирской язвы, такъ какъ характерные микробы найдены въ крови и органахъ новорожденныхъ; такъ напр., извѣстны случаи рожденія дѣтей съ оспенными пустулами или съ рубцами. Однако, вовсе нельзя считать правиломъ, что при заразной болѣзни матери плодъ всегда также заражается.

Во многихъ случаяхъ микробы изъ крови матери не переходятъ черезъ эпителий ворсинокъ въ кровь плода; этому переходу микробовъ, отъ котораго зависитъ зараженіе плода, благопріятствуетъ нарушеніе цѣлости ворсинокъ. Послѣ прививки оспы беременнымъ дѣти все-таки оказывались воспріимчивыми къ прививкѣ.

Быстрое повышеніе температуры оказываетъ болѣе неблагопріятное вліяніе на плодъ, чѣмъ медленное.

Смерть плода, происшедшая отъ той или другой причины, не всегда вызываетъ немедленное наступленіе родовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ умершій плодъ остается днями и даже недѣлями въ полости матки, пока не начнутся схватки. Плодъ, долго остающійся послѣ своей смерти въ маткѣ, подвергается различнымъ измѣненіямъ; если плодъ погибъ въ первые мѣсяцы развитія, то онъ можетъ совершенно раствориться въ плодной жидкости; плодъ болѣе позднихъ мѣсяцевъ подвергается послѣ смерти процессу мацерации или мумификаціи.

Лѣченіе беременныхъ, заболѣвшихъ случайно инфекціонными заболѣваніями, такое же, какое примѣняется вообще при этихъ заболѣваніяхъ, не осложненныхъ беременностью. При дифтеритѣ впрыскиваютъ сыворотку, при маляріи даютъ хининъ, при ревматизмѣ—салициловый натръ; наркотическія средства въ умѣренныхъ дозахъ также позволительно давать беременнымъ, не опасаясь за жизнь плода. Вообще же надо стараться сохранить беременность, такъ какъ прерываніе ея до срока можетъ быть иногда роковымъ для женщины и для плода.

б) Изъ **хроническихъ** заболѣваній особенно часто встрѣчаются туберкулезъ, сифилисъ и порокъ сердца.

1) **Туберкулезъ легкихъ.** Хотя большинство отмѣчаетъ ухудше-

ние этого процесса во время беременности, однако некоторые находили в это время даже улучшение симптомов легочной чахотки. Весьма возможно, что ухудшению этого страдания способствует не сама беременность, но неправильное отправление пищеварительных органов, такъ часто осложняющее беременность. Повидимому, дурное влияние на туберкулезъ оказываютъ роды и послѣродовое состояніе. Въ тяжелыхъ случаяхъ—а особенно при общемъ туберкулезѣ—беременность не рѣдко прерывается раньше срока.

Передача туберкулезныхъ палочекъ отъ матери къ плоду черезъ дѣтское мѣсто бываетъ чрезвычайно рѣдко. Мы почти ничего не знаемъ относительно влияния бугорчатки матери на здоровье и развитіе ребенка. Во время беременности необходимо особенно внимательно наблюдать какъ за общимъ состояніемъ здоровья, такъ и за состояніемъ легкихъ, и, въ случаѣ активнаго процесса, надо въ интересахъ матери прервать беременность. При остановившемся процессѣ женщины могутъ хорошо переносить беременность, роды и послѣродовой періодъ.

При туберкулезѣ почки показано также прерываніе беременности. Впрочемъ мнѣ пришлось наблюдать нормальное теченіе беременности и самопроизвольные роды живого доношеннаго плода послѣ экстирпации одной туберкулезной почки, произведенной на 5-мъ мѣсяцѣ беременности.

Матерямъ, страдающимъ туберкулезомъ, слѣдуетъ запретить кормленіе грудью ребенка, такъ какъ это можетъ принести вредъ какъ матери, такъ и ребенку. Не совѣтуютъ кормленіе грудью женщинамъ, вслѣдствіе наслѣдственности предрасположеннымъ къ туберкулезу.

2) Сифилисъ. За послѣднее время вопросъ о сифилисѣ беременныхъ и о передачѣ его плоду получили совершенно новое освѣщеніе.

Прежде считали, что зараженіе со стороны отца при зачатіи есть главнѣйшая причина сифилиса плода. Теперь, послѣ открытія спирохеты, трудно представить проникновеніе спирохетъ внутрь сперматозоидовъ и при посредствѣ ихъ въ яйцевую клѣтку.

Такимъ образомъ непосредственной передачи плоду сифилиса отцомъ, повидимому, не существуетъ. Полагаютъ, что сифилисъ передается потомству только матерью и только черезъ плаценту. Поэтому всѣ матери дѣтей съ врожденнымъ сифилисомъ безъ исключенія считаются сифилитичками, и безъ сифилиса матери не бываетъ врожденнаго сифилиса ребенка. Вслѣдствіе этого прежній законъ Коллеса—будто бы матери, дѣти которыхъ имѣютъ врожденный сифилисъ, получаютъ иммунитетъ—не вѣренъ; точно такъ же отрицается и зараженіе матери отъ плода, такъ называемый *choc en retour*.

Дѣти сифилитическихъ матерей иногда рождаются видимо здоровыми, но нельзя съ точностью доказать, что они дѣйствительно не заражены. Поэтому и прежній законъ Пророка (дѣти, родившіяся здоровыми отъ родителей, больныхъ сифилисомъ, остаются невосприимчивыми къ сифилису) также считается невѣрнымъ.

Передача сифилиса матерью плоду черезъ плаценту можетъ совершаться во всѣхъ періодахъ заболѣванія. Въ началѣ вторичнаго періода матери рождаются обычно больныхъ дѣтей; позже часто рождаются здоровыя дѣти, а въ третичномъ періодѣ всего скорѣе можно рассчитывать на рожденіе здороваго ребенка.

Степень пораженія плода сифилисомъ находится въ соотвѣтствіи со степенью и временемъ пораженія матери и со временемъ пораженія самого плода.

Сифилитическій плодъ иногда можно узнать легко по характернымъ кожнымъ высыпаніямъ; особенно часто находятъ *petriphigus* на ладоняхъ и подошвахъ. При вскрытіяхъ дѣтей, умершихъ отъ сифилиса, чаще всего встрѣчаются остеохондритъ, рѣзкое увеличеніе селезенки, печени съ гуммами въ послѣдней, а иногда бѣлая гепатизація легкихъ. Сифилитическій остеохондритъ раньше всего появляется на нижнемъ концѣ бедра между эпифизомъ и діафизомъ и представляется въ видѣ болѣе или менѣе широкой волнообразной полосы вначалѣ блѣднорозоваго, а позже желтоватаго цвѣта. Въ начальныхъ стадіяхъ остеохондрита происходитъ разращеніе хряща и **облизвествленіе** межучочнаго вещества; при сильно выраженной формѣ дѣло доходитъ до распадена вновъ образованной ткани, вслѣдствіе чего эпифизъ разрыхляется и отслаивается. Спирохеты находятся въ крови и органахъ мацерированныхъ плодовъ чаще, чѣмъ въ плацентѣ.

Сифилитическія заболѣванія дѣтскаго мѣста см. ниже, въ главѣ о заболѣваніяхъ дѣтскаго мѣста.

Беременность не оказываетъ замѣтнаго вліянія на теченіе сифилиса, только кондиломы получаютъ наклонность къ большому распространенію.

Лѣченіе. Всякій мужчина или женщина, заразившись и желая вступить въ бракъ, должны подвергнуться энергичному лѣченію въ теченіе 3—4 лѣтъ и непосредственно передъ самымъ вступленіемъ въ бракъ.

Послѣ же брака главное вниманіе въ смыслѣ полученія здороваго потомства должно быть обращено на лѣченіе жены.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина разъ родила сифилитическаго ребенка, она должна продѣлать противосифилитическое лѣченіе до

наступленія и во время слѣдующей беременности; такое же лѣчение нужно назначить мужу въ случаѣ бывшаго заболѣванія.

Женщина, родившая сифилитическаго ребенка, хотя бы у нея и не было видимыхъ признаковъ сифилиса, должна сама кормить грудью, а не отдавать его кормилицѣ, которую онъ можетъ заразить.

Если же мать больна, а ребенокъ видимо здоровъ, то необходимо принять мѣры, чтобы онъ не заразился отъ матери при кормленіи (искусственное вскармливаніе или женскимъ сцеженнымъ кипяченымъ молокомъ). Кормленіе такого ребенка здоровой кормилицей можетъ быть опаснымъ для нея, потому что сифилитическія явленія у ребенка могутъ проявиться впоследствии.

3) **Пороки сердца.** Въ случаѣ удовлетворительной компенсаторной дѣятельности сердца и хорошаго состоянія сердечной мышцы беременность, роды и послѣродовой періодъ при порокахъ сердца могутъ протекать благополучно. Если же мышца сердца перерождена, и порокъ сердца не вполне компенсированъ, то иногда уже въ первую половину беременности начинаются расстройства кровообращенія: одышка, отекъ ногъ, брюшная водянка. Всѣ эти болѣзненные явленія иногда не уступаютъ обычнымъ сердечнымъ средствамъ—дигиталису, кофеину и т. п., и тогда беременная погибаетъ отъ недостаточности сердечной дѣятельности. Если беременность при порокѣ сердца дошла до срока, то жизни женщины можетъ угрожать опасность во время родовъ, такъ какъ схватки, а особенно дѣйствіе брюшного пресса оказываютъ неблагоприятное вліяніе на сердце, вслѣдствіе чего наступаетъ расстройство компенсаціи; извѣстны случаи внезапной смерти во время родовъ или во время беременности. Также и въ послѣродовомъ періодѣ могутъ появиться угрожающія явленія; иногда происходитъ мозговая эмболія, вызывающая гемиплегію.

Выкидыши и преждевременные роды рѣдко происходятъ вслѣдствіе порока сердца.

Беременные, страдающія порокомъ сердца, должны быть подъ постояннымъ наблюденіемъ врача и вести правильный образъ жизни. Въ случаѣ расстройства компенсаціи умѣстно общепринятое лѣчение сердечными средствами; въ тѣхъ случаяхъ, когда такое лѣчение оказывается недостаточнымъ,—для сохраненія жизни матери надо искусственно прервать беременность, т.-е. произвести выкидышъ, или преждевременные роды. Впрочемъ надо помнить, что и прерываніе беременности, предпринятое послѣ долгаго выжиданія при значительной слабости сердца, можетъ окончиться смертью во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ.

Болѣзни крови выражаются или въ видѣ рѣзкаго малокровія

или гидрэмии. При послѣдней формѣ къ общей слабости присоединяются въ послѣдніе мѣсяцы беременности отеки, особенно на ногахъ и половыхъ частяхъ, которыя достигаютъ чрезвычайныхъ размѣровъ; при этомъ въ мочѣ бѣлка не находятъ.

Лѣченіе общее укрѣпляющее, покойное положеніе съ приподнятыми ногами; въ нѣкоторыхъ случаяхъ всѣ явленія понемногу стихаютъ только послѣ родовъ.

Б) Болѣзни исключительно или преимущественно развивающіяся во время беременности.

За послѣднее время такія болѣзни ставятся въ зависимость отъ отравленія токсинами беременности и носятъ названіе «*о к с и к о в ы б е р е м е н н о с т и*».

Неукротимая рвота беременных (*hyperemesis gravidarum*) часто развивается постепенно; беременныя въ концѣ перваго или въ началѣ втораго мѣсяца нерѣдко страдаютъ тошнотой или рвотой, появляющейся только по утрамъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ такая утренняя рвота переходитъ въ рвоту послѣ каждаго приѣма пищи, а затѣмъ она появляется и при пустомъ желудкѣ и ночью. Въ этихъ случаяхъ ни питье, ни пища долго не удерживаются, усиливается жажда, появляются боли въ желудкѣ, усиленный запоръ, и количество мочи рѣзко уменьшается. Вмѣстѣ съ этими явленіями развивается слабость, подавленное душевное состояніе и быстрое похуданіе; пульсъ учащается и слабѣетъ, появляются обмороки, бредъ, и въ заключеніе больная умираетъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ печальная развязка наступаетъ очень быстро—черезъ $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца отъ начала заболѣванія. Извѣстны рѣдкіе случаи самопроизвольнаго прерыванія беременности незадолго до смерти. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается временное улучшение въ теченіи болѣзни, а иногда даже полное выздоровленіе.

Причина этого страданія до сихъ поръ точно неизвѣстна. Однако въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзни имѣетъ нервное происхожденіе и представляетъ изъ себя функціональный неврозъ, развивающійся на почвѣ истеріи и неврастеніи.

Вѣроятноѣ—предположеніе относительно самоотравленія организма беременных какимъ-то ядомъ, вызывающимъ рвоту. Страданія половой сферы—неправильное положеніе матки, эрозіи и язвы на влагалищной части матки и проч. не могутъ быть главной причиной неукротимой рвоты, такъ какъ при этихъ заболѣваніяхъ рвоты иногда вовсе не бываетъ, и наоборотъ она нерѣдко появляется при совершенно здоровомъ состояніи половыхъ органовъ.

При распознаваніи этого страданія надо исключить ракъ желудка и круглую язву.

Лѣченіе. Въ началѣ заболѣванія хорошее вліяніе оказываетъ покойное положеніе и пріемъ пищи въ постели. Лѣченіе внушеніемъ у нервныхъ лицъ иногда совершенно прекращаетъ рвоту. Средствъ для уменьшенія рвоты предложено очень много, но нѣтъ ни одного вѣрнаго. Чаще всего назначаютъ amygdalin съ эмульсіей, serium oxalicum (0,2 на пріемъ 3 раза въ день); cossain purgaticum также давалъ иногда улучшеніе. Впрыскиваніе мышьяка подъ кожу (1% sol. patrii arsenicosi), препараты желѣза и фосфора нерѣдко оказывали хорошее дѣйствіе на общее состояніе и уменьшеніе рвоты. Умѣстно примѣненіе гальванизации. Бромистые препараты, кодеинъ иногда приносятъ облегченіе при введеніи ихъ въ прямую кишку въ клизмахъ или свѣчкахъ. При назначеніи діеты нужно сообразоваться съ вкусами больной; нѣкоторыя питательныя вещества вовсе не удерживаются въ желудкѣ, и даже одинъ видъ ихъ вызываетъ рвоту. Питательныя клистиры очень полезны, но иногда также не удерживаются и при наступленіи рвоты извергаются изъ кишечника.

При заболѣваніяхъ половой сферы лѣченіе должно быть направлено на нихъ. Въ случаяхъ, когда предпринятое лѣченіе безуспѣшно, прибѣгаютъ къ послѣднему средству—выкидышу; послѣ изгнанія плода рвота обыкновенно прекращается, и больныя быстро поправляются. Въ запущенныхъ случаяхъ при чрезвычайномъ истощеніи больной даже и послѣ произведеннаго выкидыша все-таки наступаетъ смерть.

Слюнотеченіе (ptyalismus) рѣдко угрожаетъ жизни беременной, но можетъ быть явленіемъ чрезвычайно тяжелымъ и трудно поддающимся лѣченію; при продолжительномъ теченіи общее питаніе значительно разстраивается. Причины неизвѣстны.

Лѣченіе—бромистый калий, амигдалинъ, атропинъ, полосканіе рта растворомъ квасцовъ—не всегда успѣшно.

Прогрессивная гибельная анэмія представляется рѣдкимъ, но очень опаснымъ заболѣваніемъ во время беременности.

Предрасполагающія причины: плохія условія жизни и питанія, повторныя частыя беременности, предшествовавшія сильныя кровотеченія и тяжелыя заболѣванія.

Причины, вызывающія прогрессивную анэмию, до сихъ поръ неизвѣстны. Одни указывали на измѣненія костнаго мозга, другіе на *anchylostomum duodenale* и желудочно-кишечныя кровотеченія, третьи считаютъ злокачественное малокровіе слѣдствіемъ хронической аутоинтоксикаціи, исходящей отъ желудочно-кишечнаго канала; эта аутоинтоксикація вызываетъ мегалобластическое перерожденіе костнаго мозга. Беременность можетъ представлять благопріятныя условія для возникновенія пернициозной анэмии, такъ какъ къ мате-

ринскому организму предъявляются усиленные требованія со стороны растущаго плода.

Болѣзнь начинается то постепенно, то вдругъ и большею частію во второй половинѣ беременности. Первые почти постоянные симптомы—желудочно-кишечныя разстройства, скорая утомляемость, иногда носовыя кровотеченія. Затѣмъ развивается слабость, одышка, чувство стѣсненія въ груди и рѣзкая блѣдность наружныхъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ. Часто небольшая желтуха и отеки на ногахъ. Кровоизліянія кожныя, на слизистыхъ оболочкахъ и въ сѣтчатку, иногда кровавая рвота. Лихорадка обыкновенно существуетъ, но не достигаетъ высокихъ цифръ. Моча иногда содержитъ бѣлокъ. Апатія, вялость и глубокое угнетеніе переходятъ подъ конецъ въ сопорозное состояніе. Кровь блѣдна, жидка и плохо свертывается. Количество гемоглобина и удѣльный вѣсъ крови понижены. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ также уменьшается; иногда развивается пойкилоцитозъ. Наблюдаются морфологическія измѣненія кровяныхъ шариковъ (микроциты, мегалоциты и мегалобласты). Иногда въ испражненіяхъ находили *botriosephalus latus*.

Беременность рѣдко доходитъ до срока и обыкновенно прерывается на 7—8 мѣсяцѣ.

Ребенокъ умираетъ до родовъ, или во время самыхъ родовъ, или въ первые дни; рѣдко онъ остается живымъ въ теченіе долгаго времени. Роды протекають нормально, но послѣ родовъ, большею частью скоро, родильница умираетъ, даже несмотря на самую ничтожную потерю крови. Смерть наступаетъ при явленіяхъ коматознаго и сопорознаго состоянія.

Распознаваніе главнымъ образомъ ставится на основаніи изслѣдованія крови; нахожденіе микроцитовъ вмѣстѣ съ мегалобластами имѣеть рѣшающее значеніе.

Патолого-анатомическія данныя: обезкровленіе всѣхъ органовъ и тканей и многочисленныя кровоизліянія въ разные органы. Жировое перерожденіе сердца и сосудовъ, почекъ, печени. Пищеварительный каналъ почти всегда представляетъ измѣненія: атрофію железъ, жировое перерожденіе эпителия, припуханіе фолликулъ и Пейеровыхъ бляшекъ. Иногда наблюдается мегалобластическое перерожденіе костнаго мозга или отдѣльных его участковъ.

Предсказаніе безусловно неблагопріятно; однако описаны случаи выздоровленія.

Лѣченіе должно состоять въ усиленномъ питаніи и въ хорошихъ гигиеническихъ условіяхъ. Кромѣ того совѣтуютъ молочное лѣченіе, промыванія желудка, примѣненія мышьяка и костнаго мозга (15 гр. въ день свѣжаго, бычачьяго краснаго костнаго мозга). Относительно

искусственного прерыванія беременности (выкидыша или преждевременных родовъ) мнѣнія расходятся; одни предлагают прерываніе беременности, другіе, въ виду печальныхъ исходовъ, наступающихъ послѣ выкидыша въ зависимости отъ опасныхъ кровотеченій вслѣдствіе рѣзко пониженной свертываемости крови, держатся противоположнаго мнѣнія.

Изъ другихъ заболѣваній, принимающихъ тяжкое теченіе во время беременности, надо упомянуть: **Верльгофову болѣзнь, острую желтую атрофію печени, хорею, психозы, Базедову болѣзнь, сахарную болѣзнь, болѣзнь почекъ и эклампсію.**

Верльгофова болѣзнь (*Purpura haemorrhagica*), какъ осложненіе беременности, встрѣчается рѣдко. Теченіе болѣзни значительно ухудшается вслѣдствіе беременности. Часто беременность оканчивается выкидышемъ, но можетъ дойти до конца. Даже умѣренное кровотеченіе при выкидышѣ или во время родовъ можетъ повести къ смертельному исходу. Однако возможно выздоровленіе и благополучное окончаніе родовъ.

Острая желтая атрофія печени встрѣчается вообще чрезвычайно рѣдко, но третья часть всѣхъ случаевъ наблюдалась у беременныхъ; такимъ образомъ беременность является какъ бы предрасполагающимъ моментомъ для этого чрезвычайно опаснаго заболѣванія.

Вѣроятнѣе всего она зависитъ отъ отравленія токсинами, вырабатываемыми въ организмѣ подъ вліяніемъ беременности, и представляетъ одно изъ проявленій токсикоза беременныхъ.

Затрудненія при діагнозѣ могутъ быть въ случаяхъ отсутствія или слабо выраженной желтухи (случай С. И. Арбекова). При этомъ заболѣваніи выздоровленія не наступаетъ; даже искусственное прерываніе беременности не спасаетъ больную.

Хорея также встрѣчается не часто, и беременность можно считать предрасполагающей причиной этого заболѣванія; въ рѣдкихъ случаяхъ она развивается до наступленія беременности, и припадки только усиливаются во время нея. Эта болѣзнь можетъ угрожать жизни матери; въ этихъ случаяхъ картина болѣзни быстро развивается, припадки распространяются на различныя мышцы тѣла, появляется возбужденное состояніе съ характеромъ маніи и бредомъ.

Лѣченіе въ легкихъ случаяхъ — препараты брома и наркотическія; въ тяжелыхъ случаяхъ для спасенія жизни больной надо сдѣлать выкидышъ, такъ какъ послѣ прерыванія беременности припадки хореи прекращаются.

Психозы. Беременность большею частью оказываетъ неблагоприятное вліяніе на функциональные неврозы — истерію и неврастенію. Но изъ этого правила бываютъ исключенія; нервные симптомы

нерѣдко даже исчезаютъ во второй половинѣ беременности. Иногда въ теченіе беременности развиваются настоящіе психозы, принимающіе чаще форму меланхоліи; вообще же психозы начинаются рѣдко во время беременности. Психозы, начинающіеся во время беременности, большею частію проходятъ послѣ родовъ, если нѣтъ наследственнаго предрасположенія. Беременность, начавшаяся у психическихъ больныхъ, можетъ оказывать неблагоприятное вліяніе на теченіе психоза. Беременность иногда прерывается раньше срока. Роды большею частію оканчиваются благополучно; первый періодъ родовъ иногда проходитъ незамѣтно, такъ какъ больныя не жалуются на боли. Искусственное прерываніе беременности до срока, при психозахъ едва ли можетъ быть необходимымъ.

Къ числу психозовъ можно отнести такъ-наз. **воображаемую беременность** (*grossesse nerveuse*). У нѣкоторыхъ женщинъ, страстно желающихъ или, наоборотъ, опасющихся беременности, появляется ложное представленіе: онѣ считаютъ себя беременными при отсутствіи беременности. При этомъ менструаціи часто отсутствуютъ, животъ увеличивается, женщина начинаетъ чувствовать движенія ребенка. Заявленія врача, что беременности нѣтъ, часто не помогаютъ, и такія больныя продолжаютъ считатьъ себя беременными въ теченіе долгаго времени.

Базедова болѣзнь нерѣдко прогрессируетъ во время беременности или появляется только въ это время.

Diabetes mellitus. Въ теченіе беременности нерѣдко въ мочѣ находятъ сахаръ, который то появляется, то исчезаетъ безъ всякаго лѣченія.

Въ этихъ случаяхъ соблюденіе діеты, обычной для больныхъ сахарной болѣзнію, оказывается вполне достаточнымъ, чтобы сахаръ совершенно исчезъ. Настоящій диабетъ встрѣчается крайне рѣдко и представляется очень опаснымъ заболѣваніемъ, которое можетъ вести къ смерти плода и прерыванію беременности до срока.

Болѣзни почекъ бываютъ нерѣдко во время беременности, при чемъ кромѣ обычныхъ формъ остраго и хроническаго паренхиматознаго, а также интерстиціальнаго нефрита, встрѣчается еще особая форма—почка или нефритъ беременныхъ.

Почка беременныхъ описана Лейденомъ. Это заболѣваніе возникаетъ вслѣдствіе самой беременности и бываетъ только во время ея. Оно обыкновенно развивается въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ почкахъ, бывшихъ до беременности здоровыми. Чаще заболѣваютъ беременныя въ первый разъ и беременныя двойнями.

Причины точно неизвѣстны. Скорѣе всего это заболѣваніе можно поставить въ зависимость отъ интоксикаціи ядовитыми про-

дуктами обмѣна веществъ плода и матери. Механическое вліяніе (повышеніе внутри-брюшного давленія, прижатіе мочеточниковъ головкой плода) можетъ быть предрасполагающимъ моментомъ.

При этомъ заболѣваніи происходятъ венозный застой или анемія почекъ и дегенеративныя измѣненія: мутное набуханіе, жировое перерожденіе и некрозъ эпителія въ мочевыхъ канальцахъ; но изъ почки беременныхъ могутъ развиваться и настоящія воспалительныя измѣненія почекъ.

Симптомы очень похожи на явленія при остромъ нефритѣ: отеки подкожной клѣтчатки, особенно ногъ, уменьшеніе количества мочи, выдѣленіе въ мочѣ бѣлка въ умѣренномъ количествѣ, а иногда и форменные элементы.

При распознаваніи это страданіе можно смѣшать съ острымъ нефритомъ, развившимся случайно, не въ зависимости отъ беременности.

Присутствіе въ мочѣ большого количества бѣлка, красныхъ кровяныхъ шариковъ и большого количества форменныхъ элементовъ указываетъ на глубокое пораженіе почекъ.

Почка беременныхъ иногда можетъ осложниться эклампсіей, особенно если внезапно уменьшилось количество мочи, появились головныя боли, тошнота, боль подъ ложечкой, рвота и потемнѣніе зрѣнія. Вообще же всѣ явленія, обусловленныя почкой беременныхъ, быстро исчезаютъ послѣ окончанія родовъ; переходъ въ хроническое заболѣваніе бываетъ очень рѣдко.

Острый нефритъ во время беременности, не зависящій отъ беременности, а только случайно осложняющій ее, по своимъ явленіямъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго воспаленія почекъ. Общее состояніе ухудшается, появляются слабость, отеки ногъ и лица, переходящіе на все тѣло, иногда развивается *retinitis albuminurica*. Суточное количество мочи значительно уменьшается, и въ ней кромѣ большого количества бѣлка подъ микроскопомъ находятъ различные форменные элементы—почечный эпителий, зернистые и эпителиальные цилиндры, а иногда и кровяныя тѣльца.

Нефритъ можетъ начаться впервые во время беременности, или же наступаетъ обостреніе бывшаго раньше заболѣванія. Нефритъ, въ отличіе отъ почки беременныхъ, большей частью послѣ родовъ не исчезаетъ и переходитъ въ хроническую форму. Воспаленіе почекъ въ теченіе беременности можетъ временами ухудшаться, причемъ появляются сильныя головныя боли, рвота, ослабленіе зрѣнія, и въ заключеніе иногда развиваются экламптические припадки; тогда предсказаніе для матери и плода чрезвычайно неблагоприятно. Есть указанія на возможность развитія уреміи безъ судорогъ.

Иногда при нефритѣ наблюдается самопроизвольное прерываніе беременности до срока и смерть плода. Причиной повторнаго умиранія плода при каждой беременности считаютъ такъ-называемые бѣлые инфаркты, образующіеся вслѣдствіе некроза или перерожденія отпадающей оболочки, а также кровоизліянія между дѣтскимъ мѣстомъ и маточной стѣнкой. Особенно при хроническихъ нефритахъ кровоизліянія вслѣдствіе перерожденія сосудовъ могутъ вести къ преждевременному полному отдѣленію послѣда и угрожать опасностью также жизни матери.

Лѣченіе почки беременныхъ и нефрита одинаково: покойное положеніе въ постели, молочная діета, щелочныя минеральныя воды и горячія ванны или влажныя обвертыванія съ цѣлью вызвать обильное потѣніе и облегчить дѣятельность почекъ. При такомъ лѣченіи большею частію наступаетъ улучшеніе общаго состоянія, уменьшеніе отековъ, увеличеніе количества мочи и уменьшеніе бѣлка и форменныхъ элементовъ. Если же улучшенія страданія не происходитъ, то слѣдуетъ произвести прерываніе беременности до срока. Иначе могутъ появиться экламптическіе припадки, и жизнь матери и плода подвергается опасности. Прерываніе беременности умѣстно еще потому, что съ окончаніемъ родовъ болѣзненные явленія скорѣе уступаютъ соотвѣтствующему лѣченію.

Pyelitis встрѣчается довольно часто во время беременности. Причиной считали механическое прижатіе мочеточниковъ беременной маткой или головкой плода; однако случаи развитія болѣзни въ первую половину беременности при правильномъ положеніи матки заставляютъ предполагать, что главная причина заключается въ инфекціи со стороны пузыря, или черезъ кровеносныя и лимфатическіе пути. Большое значеніе приписываютъ кишечной палочкѣ. Ознобъ, повышеніе t° иногда до высокаихъ цифръ, чувствительность почечной области, большое количество гнойныхъ тѣлецъ въ мочѣ, кислая ея реакція дѣлають діагнозъ не особенно труднымъ. Катетеризація мочеточниковъ даетъ точный діагнозъ заболѣванія той или другой почки. Хотя болѣзнь эта большею частію даетъ хорошее предсказаніе, но бывають возвраты и нерѣдко излѣченіе наступаетъ только послѣ искусственнаго или естественнаго прерыванія беременности.

Лѣченіе: покой въ постели (лежаніе на здоровой сторонѣ), молочная діета, средства, дезинфицирующія мочу: чай изъ *fol. urae ursi*, уротропинъ, гелмитоль, салоль, щелочныя воды; также предложена катетеризація мочеточниковъ съ послѣдующимъ промываніемъ почечной лоханки. Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда лѣченіе не помогаетъ,—искусственный выкидышъ или преждевременные роды.

Эклампсія беременныхъ, роженицъ и родильницъ.

Эклампсія—одно изъ самыхъ тяжелыхъ заболѣваній—встрѣчается приблизительно одинъ разъ на 250 родовъ. Она выражается припадками общихъ клоническихъ судорогъ мышцъ всего тѣла съ потерей сознания; эти припадки слѣдуютъ другъ за другомъ черезъ короткіе промежутки.

Эклампсія повидимому начинается во время беременности чаще, чѣмъ во время родовъ. Но большею частію она, начавшись во время беременности—обыкновенно во второй ея половинѣ—вызываетъ роды, затѣмъ продолжается во время родовъ и послѣродовомъ періодѣ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ припадки, начавшись у беременной прекращаются, и беременность не прерывается, роды же, наступившіе черезъ болѣе или менѣе продолжительный срокъ, уже не сопровождаются эклампсіей. Въ послѣродовомъ періодѣ эклампсія начинается всего рѣже.

Причины предрасполагающія. Болѣзнь поражаетъ чаще беременныхъ въ первый разъ, чѣмъ многородящихъ; также нерѣдко наблюдается у беременныхъ двойнями. Сильныя и цвѣтуція женщины заболѣваютъ чаще, чѣмъ слабыя. Иногда въ родовспомогательныя учрежденія нѣсколько больныхъ эклампсіей поступаютъ другъ за другомъ, что особенно замѣчается весной и осенью при быстрыхъ значительныхъ перемѣнахъ температуры или атмосфернаго давленія. У одной и той же женщины эклампсія можетъ повторяться при слѣдующей беременности, но бываетъ рѣдко. Заболѣваніе почекъ часто предшествуетъ появленію эклампсіи, хотя она можетъ появиться у женщинъ, бывшихъ до того совершенно здоровыми.

Этіологія и патогенезъ. Причины эклампсіи остаются неизвѣстными; гипотезъ было предложено очень много. 1. **Теорія уремическая.** Эклампсія есть одно изъ проявленій уреміи, которая развивается вслѣдствіе воспаленія почекъ, часто встрѣчающагося при этомъ заболѣваніи.

Сюда относятся слѣдующія гипотезы:

Фрерихсъ, исходя изъ мысли о тождественности эклампсіи съ уреміей, считалъ за причину этихъ заболѣваній образованіе въ крови углекислаго амміака, происходящее отъ скопленія въ ней мочевины, не выдѣляющейся черезъ болыныя почки. Эта теорія не была принята, такъ какъ присутствіе амміака въ крови эклампгичекъ не подтвердилось.

Гипотеза **Трауба-Розенштейна** основана также на сходствѣ эклампсіи съ уреміей. **Траубъ** считалъ, что уремическое состояніе зависитъ отъ отека мозга, который происходитъ при болѣзни почекъ вслѣдствіе гидрэмии и одновременной гипертрофіи лѣваго желудочка сердца. **Розенштейнъ** пытался объяснить происхожденіе эклампсіи также отекомъ мозга, который, по его мнѣнію, зависитъ отъ гидрэмии и повышенія артеріальнаго давленія во время схватокъ. Эта гипотеза отвергнута на томъ основаніи, что отекъ мозга при эклампсіи не обязателенъ, что гидрэмия у беременныхъ встрѣчается очень рѣдко, и что такое объясненіе вовсе неприложимо къ случаямъ послѣродовой эклампсіи. Согласно

гипотезъ **Хальберста** эклампсія есть та же урэмія, которая происходитъ вслѣдствіе прижатія мочеточниковъ головкой плода въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Сдавленіе мочеточниковъ, согласно этому воззрѣнію, ведетъ къ растяженію ихъ и нарушенію секреціи почекъ. Эта гипотеза не подтвердилась другими изслѣдователями.

Всѣ теоріи, объясняющія эклампсію такъ же, какъ урэмію, въ зависимости отъ заболѣванія почекъ, не могутъ считаться удовлетворительными.

Противъ такого толкованія эклампсіи говорятъ слѣдующія наблюденія: встрѣчаются случаи эклампсіи безъ предварительнаго пораженія почекъ: припадки урэміи не развиваются такъ быстро и бурно, какъ экламптические, съ самаго начала задержанія мочеточленія, и, наконецъ, изслѣдованія крови экламптичекъ не обнаружили переполненія ея мочевиной и ея производными.

2. Для объясненія такъ-называемыхъ безбѣлковыхъ формъ эклампсіи **Шредеромъ** предложена гипотеза **рефлекторнаго невроза**, при которомъ происходитъ спазмъ сосудовъ и послѣдующее острое малокровіе мозга. Спазмъ сосудовъ, по мнѣнію Шредера, вызывается раздраженіемъ маточныхъ нервовъ и давленіемъ на сѣдалищный нервъ.

3. **Теорія инфекціонная**. Несмотря на многократныя изслѣдованія до сихъ поръ еще не найденъ микробъ, вызывающій эклампсію. Эпидемическое распространеніе эклампсіи, какъ доказательство заразнаго ея происхожденія, многими наблюдателями не подтвердилось.

4. Въ послѣднее время эклампсію стали объяснять **самоотравленіемъ** (аутоинтоксикаціей) организма какимъ-то неизвѣстнымъ веществомъ. **Бушаръ** указалъ на то, что эклампсія есть особый видъ урэміи; согласно этой теоріи эклампсія зависитъ отъ того, что подъ вліяніемъ беременности не всѣ ядовитыя вещества выводятся мочою изъ организма. Такимъ образомъ, задержаніе какихъ-то отравляющихъ веществъ можетъ вызвать экламптические припадки.

Дѣйствительно, вірыскиваніе мочи въ кровь животныхъ показало, что моча беременныхъ менѣе ядовита, чѣмъ у небеременныхъ, а моча экламптичекъ еще менѣе ядовита, чѣмъ у здоровыхъ беременныхъ женщинъ. Кромѣ того, въ подтвержденіе этой гипотезы приводились опыты, согласно которымъ ядовитость кровяной сыворотки при эклампсіи оказалась значительно больше нормальной. Эта гипотеза нашла поддержку въ изслѣдованіяхъ **Людвига** и **Савора**, которые считали, что ядъ, вызывающій эклампсію, есть карбаминная кислота. Однако работы **Вольхарда** не подтвердили только что приведенныхъ основныхъ положеній этого воззрѣнія.

Массенъ полагалъ, что экламптическія судороги происходятъ отъ задержанія лейкомаиновъ, образующихся вслѣдствіе глубокаго

нарушенія окислительныхъ процессовъ организма; при чемъ накопленію лейкомаиновъ благопріятствуютъ заболѣванія печеночной ткани.

Согласно ученію **Динста** судороги происходятъ вслѣдствіе скопленія въ крови ядовитаго фибринъ-фермента, а ядовитыя свойства фибриногена вызываютъ заболѣванія печени, почекъ, а также коматозное состояніе.

Цвейфель, на основаніи обстоятельныхъ изслѣдованій обмѣна веществъ у экламптичекъ, пришелъ къ заключенію, что измѣненія, свойственныя эклампсіи, вызываетъ молочная кислота.

Другіе думаютъ, что ядъ, вызывающій эклампсію, образуется **плодомъ**. На зависимость эклампсіи отъ плода указываютъ: частое прекращеніе припадковъ послѣ смерти или рожденія плода, появленіе эклампсіи почти всегда во второй половинѣ беременности и нерѣдко при двойняхъ. Противъ этой гипотезы говорятъ рѣдкіе случаи наступленія эклампсіи при пузырномъ заносѣ и спустя долгое время послѣ родовъ.

Фейтъ видитъ причину эклампсіи въ отдѣленіи ворсинокъ изъ плаценты и переносѣ ихъ въ венозную систему матери.

Такимъ образомъ возникла теорія **плацентарнаго** происхожденія эклампсіи.

Въ послѣднее время указывается, что токсины могутъ быть также въ околоплодныхъ водахъ и у ребенка, такъ какъ они входятъ въ крови матери.

Вѣроятно предположеніе, что и при нормальной беременности образуются въ болѣе или менѣе значительной степени токсины, которые удаляются изъ организма съ помощью выдѣлительныхъ органовъ (почки, кожа, кишечникъ). Въ случаяхъ же болѣе значительнаго образованія токсиновъ или недостаточной дѣятельности выдѣлительныхъ органовъ можетъ развиваться эклампсія или другія болѣзненные явленія, какъ то: тошнота, рвота, слюнотеченіе, невриты, хорей и даже остеомалія. Однимъ словомъ, эклампсія есть одно изъ проявленій токсикоза беременныхъ, исходнымъ пунктомъ котораго можетъ служить плацента.

Пораженіе почекъ у больныхъ эклампсіей, съ точки зрѣнія гипотезы самоотравленія, можно толковать различно: или ядъ, выходящій черезъ почки, оказываетъ вредное вліяніе на почечные элементы, или же почки заболѣваютъ чаще другихъ органовъ вслѣдствіе усиленной работы, выпадающей на ихъ долю во время беременности.

Патологическая атомія. Почки часто оказываются больными; въ нихъ находятъ или застойную гиперемію или мутное набуханіе, жировое перерожденіе и некрозъ эпителия, а также паренхиматозное

воспаленіе. Въ печени находили также дегенеративныя измѣненія клѣтокъ, а иногда еще кровоизліянія, некрозы клѣтокъ и образованіе тромбовъ въ сосудахъ.

Головной мозгъ представляется или полнокровнымъ, или отечнымъ; также встрѣчаются болѣе или менѣе значительныя кровоизліянія. Въ **сердцѣ** находятъ жировое перерожденіе мышцъ; въ **легкихъ**—отекъ, воспалительныя явленія, эмболіи печеночныхъ клѣтокъ и ворсинчатого эпителія. Однимъ словомъ, анатомическія измѣненія далеко неодинаковы во всѣхъ случаяхъ. Нѣкоторыя изъ нихъ могутъ быть отнесены къ послѣдовательнымъ, появившимся вслѣдствіе эклампсіи. Впрочемъ характерными для эклампсіи считаются слѣдующія измѣненія: дегенеративныя процессы въ почкахъ, анэмическіе и геморрагическіе некрозы печени, кровоизліянія и размягченія въ мозгу и **сердцѣ** и **многочисленное образованіе тромбовъ**. Такія же измѣненія, какъ въ организмѣ матери, были найдены и у дѣтей женщинъ, умершихъ послѣ эклампсіи.

Теченіе эклампсіи. Эклампсія начинается большею частью внезапно. Но иногда еще задолго до начала эклампсіи появляются отеки ногъ, рукъ, лица; количество мочи уменьшается, содержаніе въ ней бѣлка увеличивается, и въ осадкѣ подъ микроскопомъ находятъ измѣненные почечные элементы,—однимъ словомъ, развивается картина нефрита. Затѣмъ появляются предвѣстники экламптического приступа: головная боль, иногда рвота и ослабленіе зрѣнія. Въ другихъ случаяхъ эклампсія развивается вдругъ у здоровыхъ до того беременныхъ, при чемъ до начала первыхъ симптомовъ нельзя подмѣтить заболѣванія почекъ.

Самый припадокъ очень похожъ на эпилептическій: глаза принимаютъ безсмысленное выраженіе, зрачки расширяются, въ мышцахъ лица появляются подергиванія, переходящія затѣмъ на мышцы рукъ, туловища и ногъ; больная подбрасывается на постели. Сокращенія мышцъ имѣютъ клоническій характеръ. Лицо дѣлается багровымъ, изо рта выдѣляется пѣнистая слюна съ примѣсью крови, происходящей отъ прикусыванія языка между судорожно сокращающимися челюстями. Пульсъ вовсе не ощущимъ, и дыханіе на высотѣ приступа останавливается. Приступъ продолжается нѣсколько секундъ, а иногда и цѣлую минуту. Послѣ окончанія припадка судороги стихаютъ, появляется дыханіе, больная лежитъ спокойно въ глубокомъ коматозномъ состояніи. Сознаніе возвращается постепенно; дыханіе все еще тяжелое и хриплое, зрачки суживаются, пульсъ частый и большею частью напряженный. Больная, пришедшая въ сознаніе, не помнитъ того, что съ нею происходило. Вслѣдъ за первымъ припадкомъ обыкновенно черезъ короткій промежутокъ слѣдуетъ второй,

затѣмъ третій и т. д.; иногда бываетъ до 50 припадковъ. Чѣмъ чаще повторяются приступы, тѣмъ болѣе ухудшается общее состояніе: сознаніе между припадками уже не возвращается, температура повышается и достигаетъ высокиѣхъ цифръ, пульсъ учащается и слабѣетъ.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни различно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже послѣ 3—4 припадковъ наступаетъ коматозное состояніе, и больная умираетъ черезъ нѣсколько часовъ; въ другихъ же случаяхъ коматозное состояніе продолжается нѣсколько дней, и затѣмъ больная погибаетъ при явленіяхъ слабости сердца, отека легкиѣхъ или кровоизліянія въ мозгъ. М. А. Колосовъ описалъ случай смертельнаго кровотеченія изъ печени. При благопріятномъ теченіи приступы становятся все рѣже и совершенно прекращаются, затѣмъ постепенно возвращается сознаніе; вмѣстѣ съ улучшеніемъ общаго состоянія увеличивается количество мочи и уменьшается количество бѣлка. Теченіе эклампсіи ограничивается 1—2, рѣдко 3 сутками; еще рѣже бываетъ возвратная эклампсія черезъ нѣсколько дней послѣ окончанія припадковъ.

При эклампсіи схватки и потуги могутъ быть какъ очень слабыми, такъ и чрезвычайно сильными.

Распознаваніе. Припадки эклампсіи можно смѣшать съ эпилептическими и истерическими. Однако при эпилепсіи припадки не слѣдуютъ такъ быстро другъ за другомъ, какъ это бываетъ при эклампсіи, кромѣ того, иногда изъ анамнеза можно узнать, страдала ли раньше женщина эпилепсіей. При истерическихъ припадкахъ полной потери сознанія не бываетъ. Послѣдующее за припадкомъ коматозное состояніе весьма характерно для эклампсіи.

Въ послѣднее время описываются случаи эклампсіи безъ судорогъ, имѣющіе характеръ урэміи. С. А. Селицкій собралъ 51 случай съ 66,6% смертности.

Предсказаніе для жизни больной весьма серьезно. Процентъ смертности очень великъ, достигаетъ 25%. Полное выздоровленіе также наступаетъ не всегда, нерѣдко развиваются душевныя расстройства. Предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ чаще повторяются припадки, чѣмъ скорѣе наступаетъ коматозное состояніе и чѣмъ меньше количество мочи. Положеніе становится безнадежнымъ, когда дѣятельность сердца ослабѣваетъ, и появляется отекъ легкиѣхъ. Жизнь плода нерѣдко подвергается опасности (до 50% смертности); онъ умираетъ или раньше, еще до родовъ, или вскорѣ послѣ своего рожденія.

Лѣченіе симптоматическое и главнымъ образомъ направлено на ослабленіе припадковъ. Прежде всего необходимъ хорошій уходъ

за больной: покойное положеніе, тишина, устраненіе яркаго свѣта, излишняго прикосновенія, особенно изслѣдованія; это послѣднее, а также катетеризацію лучше производить подъ хлороформнымъ наркозомъ, такъ какъ всякое раздраженіе нерѣдко вызываетъ новый припадокъ. Никогда не слѣдуетъ при сопорозномъ состояніи давать лѣкарственные или пищевыя средства черезъ ротъ, такъ какъ они могутъ попасть въ дыхательные пути и вызвать пневмонію. Во время припадковъ нужно предохранять больную отъ какихъ-либо поврежденій и отъ прикусыванія языка.

Морфій и хлораль-гидратъ—излюбленные средства для уменьшенія числа припадковъ. Повторное примѣненіе морфія 0,015 въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній и хлораль-гидрата по 1—2 грамма въ клизмахъ нерѣдко оказываетъ благопріятное вліяніе въ началѣ заболѣванія, но въ запущенныхъ случаяхъ наркотическія дурно вліяютъ на сердце.

Проф. В. В. Строгановъ выработалъ свой, такъ называемый профилактическій, способъ лѣченія эклампсіи, при которомъ онъ и многіе другіе получали хорошіе результаты. На 500 случаевъ въ Петроградѣ при этомъ лѣченіи валовая смертность матерей около 7%, а дѣтей—21%. Больная помѣщается въ покойную затемненную комнату; внутреннее изслѣдованіе и катетеризація подъ наркозомъ.

Въ началѣ лѣченія солянокислый морфій 0,015 (0,01—0,02), черезъ 1 часъ клизма изъ хлораль-гидрата 2,0 (1,5—2,5). черезъ 3 часа отъ начала лѣченія 0,015 морфія.

» 7 » » » » 2,0 хлораль-гидрата.

» 13 » » » » 1,5 (1,0—2,0). хлораль-гидрата.

» 21 » » » » 1,5 хлораль-гидрата.

Всего въ сутки около 7 граммъ хлораль-гидрата и 0,03 морфія.

Такая терапія показана и въ теченіе слѣдующихъ дней при отсутствіи улучшенія (въ теченіе сутокъ 1,0—1,5 грм. хлораль-гидрата). Кромѣ того при соответствующихъ показаніяхъ проф. Строгановъ назначаетъ: дигалень, вдыханіе кислорода послѣ припадка, клизмы изъ солевого раствора 4 раза въ день по 150, 250 граммъ, мѣшокъ съ теплой водой на области почекъ, сухія банки. Ускоренное, но не форсированное родоразрѣшеніе.

Изъ другихъ средствъ надо отмѣтить **кровоусканіе** изъ локтевой вены около 500 куб. сантим., которое особенно при напряженномъ пульсѣ дѣйствуетъ благопріятно. Такое кровоусканіе можетъ быть замѣнено въ послѣродовомъ періодѣ выскабливаніемъ матки тупой кюреткой, сопровождающимся порядочной кровопотерей и улучшеніемъ общаго состоянія. Вслѣдъ за кровоусканіемъ нерѣдко съ успѣхомъ примѣняется подкожное вливаніе фізіологиче-

скаго раствора 1000—2000 к. с. При поражении почек—лучше вливать раствор Рингера или 5,4% раствор винограднаго сахара; diuretin по 1 грамму 3 раза въ день, при поражении сердца—коффеинъ, камфора, дигалень, а при слабомъ пульсѣ, поверхностномъ дыханіи, коматозномъ состояніи—искусственное дыханіе, массажъ сердца. Предложена серотерапія, но пока не находитъ примѣненія.

Влажныя обертыванія и горячія ванны въ качествѣ потогоннаго лѣченія, согласно моему опыту, не даютъ хорошихъ результатовъ.

Съ цѣлью понизить давленіе въ почкѣ и усилить мочеотдѣленіе было предложено (Эдебольсъ) расщепленіе почечной капсулы, такъ-называемая декапсуляція. Операція не получила большого распространенія, но можетъ быть показана въ тяжелыхъ случаяхъ послѣ-родовой эклампсіи, гдѣ все уже испробовано.

Также съ цѣлью ослабить мозговья явленія и уменьшить давленіе мозга и нервныхъ центровъ и повліять на судороги предложена поясничная пункция для выпусканія спинно-мозговой жидкости. Была предложена даже трепанация черепа съ цѣлью ослабить давленіе на мозгъ. Такія героическія операціи, конечно, не могутъ найти мѣста въ легкихъ случаяхъ, а въ тяжелыхъ, при поражении сердца и другихъ важныхъ органовъ, не могутъ дать хорошихъ результатовъ.

Акушерская терапія. Такъ какъ несмотря на примѣненіе всѣхъ упомянутыхъ средствъ (наркотическія, обертыванія, кровопусканіе) эклампсія далеко не всегда прекращается, и такъ какъ извѣстно много случаевъ прекращенія припадковъ вслѣдъ за окончаніемъ родовъ, то въ послѣднее время рекомендуется при наступленіи припадковъ немедленно приступать къ родоразрѣшенію. Если припадки наступаютъ при совершенно раскрытой шейкѣ матки, т.-е. въ концѣ періода раскрытія или въ началѣ періода изгнанія, то при низко стоящей головкѣ извлекаютъ ребенка щипцами; при подвижномъ плодѣ, стоящемъ высоко надъ входомъ въ тазъ, дѣлаютъ поворотъ на ножку и послѣдующее извлеченіе. Въ случаѣ какихъ-либо затрудненій со стороны таза, или шейки матки при мертвомъ—а иногда и живомъ—плодѣ дѣлаютъ перфорацию съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда шейка матки совершенно закрыта, или мало открыта, родоразрѣшеніе можетъ производиться съ помощью слѣдующихъ способовъ: метрейриза, т.-е. введенія въ матку каучуковыхъ баллоновъ (см. «Акушерскія операціи»), ручнаго расширения, глубокихъ разрѣзовъ шейки матки, влагалищнаго или классическаго кесарскаго сѣченія. Всѣ операціи должны производиться подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ. Дѣйствительно, результаты какъ для матерей, такъ

особенно для дѣтей, улучшились послѣ быстрого родоразрѣшенія. Большимъ вниманіемъ пользуется способъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, предложенный Дюрсеномъ, съ помощью котораго очень быстро можно опорожнить матку во время беременности. Съ тѣхъ поръ, какъ я сталъ своевременно примѣнять эту операцію, ни одна больная не погибла, przypadки всегда прекращались тотчасъ вслѣдъ за опорожненіемъ матки. Но въ запущенныхъ или тяжелыхъ случаяхъ больныя погибають, несмотря на окончаніе родовъ.

II. Заболѣванія половыхъ органовъ и развивающагося въ нихъ яйца.

Беременность при порокахъ развитія матки.

Беременность въ раздвоенной маткѣ (*uterus didelphys*) съ двойнымъ влагалищемъ или съ однимъ общимъ можетъ развиваться одновременно въ той и другой половинахъ, но чаще бываетъ въ одной. При изслѣдованіи надо рѣшить, какая изъ двухъ влагалищныхъ частей принадлежит беременной половинѣ. Небеременная половина матки можетъ также значительно увеличиться. Теченіе беременности при этой формѣ обыкновенно бываетъ правильнымъ, но можетъ и не дойти до нормальнаго конца; роды иногда осложняются слабостью маточныхъ сокращеній.

Беременность въ двурогой маткѣ (*uterus bicornis*) съ одной влагалищной частью также можетъ быть, какъ въ обѣихъ половинахъ матки, одновременно, такъ и въ одной. Беременность въ такой маткѣ можно принять за трубную беременность при нормальной маткѣ.

Беременность въ маткѣ, раздѣленной перегородкой отъ дна матки до внутренняго зѣва (*uterus septus*), а иногда и съ раздвоеннымъ влагалищемъ (*vagina septa*), часто не доходит до срока: наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды. Родовой процессъ можетъ сопровождаться слабыми родовыми болями; кромѣ того, въ случаѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста на перегородкѣ, можетъ возникнуть кровотеченіе до и послѣ выхожденія послѣда. Также кровотеченіе можетъ быть и во время родовъ при разрывѣ перегородки въ маткѣ. Въ небеременной половинѣ матки можетъ развиваться истинная отпадающая оболочка. Случаи преждевременныхъ родовъ при этой аномаліи въ Московской клиникѣ описаны Г. Ф. Матвѣевымъ и Н. А. Мальковскимъ. Послѣдній перерѣзалъ между лигатурами перегородку влагалища, что онъ совѣтуетъ дѣлать для ускоренія родовъ, предупрежденія кровотеченій, асфиксией плода и послѣ родовыхъ заболѣваній.

При *uterus arcuatus* между обоими рогами матки замѣчается незначительное углубленіе въ срединѣ дна матки. При этой формѣ матки въ послѣдовомъ періодѣ бывають сильныя кровотеченія вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Кромѣ этого при *uterus arcuatus* наблюдались поперечныя положенія плода даже у первородящихъ.

Особенно серьезное значеніе имѣеть беременность въ **зачаточномъ рогѣ матки**, когда одна половина ея закрыта и не имѣеть сообщенія съ влагалищемъ при посредствѣ влагалищной части маточной шейки. Беременность въ зачаточномъ рогѣ можетъ возникнуть или вслѣдствіе наружнаго передвиженія яйца изъ яичника нормальной половины матки въ трубу, принадлежащую зачаточному рогу, или вслѣдствіе такого же передвиженія сѣменныхъ нитей. Въ случаѣ наступленія беременности въ такомъ недоразвитомъ, зачаточномъ рогѣ, теченіе ея будетъ похоже на теченіе трубной беременности; слѣдовательно или наступаетъ разрывъ этого рога, или же рогъ растянется, и беременность дойдетъ до конца, но роды произойти не могутъ. Во всякомъ случаѣ единственное пособіе будетъ оперативное: удаленіе беременнаго зачаточнаго рога матки.

Распознаваніе беременности въ зачаточномъ рогѣ матки чрезвычайно трудно. Отличить отъ **трубной** беременности можно только тогда, когда удастся ощупать круглую связку; при беременности въ зачаточномъ рогѣ круглая связка отходитъ кнаружи отъ плоднаго мѣшка; при трубной беременности круглая связка лежитъ между маткой и плоднымъ мѣшкомъ.

Беременность въ развитой половинѣ **однорогой матки** (*uterus unicornis*) часто доходитъ до конца, и роды оканчиваются благополучно. Матка обыкновенно смѣщается въ сторону. Плодь легко можетъ принять неправильное положеніе. Также возможно истонченіе стѣнокъ матки.

Беременность при неправильныхъ положеніяхъ матки.

Перегибъ матки напередъ (*anteflexio uteri*) бываетъ врожденнымъ и наблюдается чаще всего въ теченіе 2—3 первыхъ мѣсяцевъ у беременныхъ въ первый разъ; при наступленіи беременности появляются боли въ животѣ и учащенные позывы къ моченспусканію, а также можетъ произойти выкидышъ. По мѣрѣ увеличенія матки и поднятія ея кверху всѣ болѣзненные явленія стихають.

Перегибъ матки кпереди можетъ образоваться также послѣ пришиванія матки въ передней стѣнкѣ влагалища (*vaginofixatio*) или къ брюшнымъ покровамъ (*ventro-fixatio*), произведеннаго съ

цѣлью исправленія загиба матки назадъ. Если наступаетъ беременность при такомъ искусственномъ перегибѣ матки, то теченіе ея сопровождается иногда значительными осложненіями. При искусственномъ перегибѣ беременная матка не можетъ растягиваться равномерно; расширяются главнымъ образомъ задняя ея стѣнка и дно. Во время родовъ передняя стѣнка шейки матки не можетъ раскрываться, и предлежащая часть плода такъ сильно растягиваетъ переднюю часть нижняго маточнаго сегмента, что возможенъ разрывъ его. Поэтому для окончанія родовъ приходится прибѣгать къ самымъ различнымъ операціямъ: повороту, щипцамъ, перфорациі; иногда производилось даже кесарское сѣченіе. Кромѣ того въ послѣродовомъ періодѣ могутъ появиться сильныя кровотечения въ тѣхъ случаяхъ, когда плацента прикрѣплена въ томъ мѣстѣ передней стѣнки, которое вслѣдствіе сращенія не можетъ хорошо сокращаться.

Наклоненіе матки напередъ (*anteversio uteri*) наблюдается въ послѣдніе мѣсяцы у женщинъ многорожавшихъ. При сильномъ наклоненіи матка въ концѣ беременности помѣщается на верхней части бедеръ, и образуется отвислый животъ (*venter propendens*); влагалищная часть отклонена кзади такъ сильно, что при внутреннемъ изслѣдованіи дойти до нея пальцемъ чрезвычайно трудно. Причины такого наклоненія: узкій тазъ и чрезмѣрное растяженіе брюшныхъ покрововъ, которое обыкновенно сопровождается расхожденіемъ прямыхъ мышцъ. Во время беременности такое положеніе матки мѣшаетъ женщинѣ ходить и сидѣть; беременность обыкновенно доходить до срока. Положеніе плода чаще можетъ быть неправильнымъ, и предлежащая часть обыкновенно стоитъ высоко. Теченіе родовъ, особенно періодъ изгнанія, замедляется вслѣдствіе того, что дѣйствіе брюшнаго пресса не можетъ быть надлежащимъ. Во время беременности необходимо носить бандажъ. Во время родовъ нужно отклонить дно матки назадъ и удерживать ее въ такомъ положеніи съ помощью широкаго бинта; тогда головка установится правильно во входѣ таза, и потуги будутъ болѣе производительными.

Верхняя
часть
шейки
матки.



Рис. 67.
Загибъ матки назадъ.

Наклоненіе и загибъ кзади беременной матки (*retroversio и*

retroflexio uteri gravidi). При наклоненіи матки дно ея обращено кзади, а влагалищная часть кпереди. При загибѣ матки кзади существуетъ перегибъ въ области внутренняго маточнаго звѣва (рис. 67).

Беременность въ маткѣ, загнутой или наклоненной кзади, наступаетъ нерѣдко; гораздо рѣже матка, бывшая раньше въ правильномъ положеніи, во время беременности, подъ влияніемъ какихъ-либо случайныхъ причинъ, наклоняется, или перегибается кзади. Наклоненіе и перегибъ матки встрѣчается въ **первые три мѣсяца** беременности; при этомъ появляются боли въ крестцѣ, частое мочеиспусканіе и иногда задержка мочи, а также запоры. Обыкновенно при отсутствіи сращеній положеніе матки самопроизвольно исправляется на 3-мъ мѣсяцѣ, когда увеличенная матка поднимается изъ малого таза; рѣже наступаетъ выкидышъ. Если же сращенія препятствуютъ самопроизвольному вправленію, то развивается очень опасное для жизни беременной—**ущемленіе беременной матки**. При ущемленіи матки происходитъ давленіе ея на шейку мочевого пузыря, вслѣдствіе чего появляется полное задержаніе мочи, или моча выдѣляется по каплямъ; мочевой пузырь сильно растягивается и доходитъ иногда до пупка; онъ ощущается надъ лоннымъ соединеніемъ въ видѣ напряженной, чувствительной опухоли, дающей зыбленіе. Если не будетъ оказано своевременной помощи, то развиваются очень тяжелыя явленія. Задержавшаяся моча начинаетъ разлагаться, слизистая оболочка пузыря подвергается омертвѣнію и совершенно отдѣляется. Кромѣ того развивается **упорный запоръ**, и появляются сильныя боли въ поясницѣ и въ тазу. Вслѣдствіе ущемленія беременной матки можетъ также развиваться воспаленіе брюшины.

Такимъ образомъ, при ущемленіи беременной матки, женщина можетъ погибнуть отъ различныхъ осложнений: отъ нѣміи или отъ перитонита, иногда отъ уреміи. Описаны случаи разрыва мочевого пузыря.

Распознаваніе загиба или наклоненія кзади беременной матки большею частью легко. Раньше изслѣдованія необходимо выпустить мочу съ помощью эластическаго или длиннаго металлическаго катетера, въ случаяхъ, гдѣ введеніе катетера вовсе невозможно, прибѣгаютъ къ проколу мочевого пузыря надъ лоннымъ соединеніемъ. Послѣ выведенія мочи обыкновенно удается ощупать увеличенную матку съ помощью комбинированнаго изслѣдованія, дно и тѣло ея выполняютъ весь задній сводъ, а кпереди у лоннаго соединенія ощущается влагалищная часть.

Смолѣвать загибъ беременной матки можно съ заматочной кровяной опухолью (haematocoele retrouterinum) и съ вѣматочной беременностью. Въ послѣднихъ случаяхъ дно матки ощущается обычно

венно гдѣ-нибудь кпереди или сбоку отъ опухоли, помѣщающейся въ заднемъ сводѣ.

Лѣченіе должно состоять въ выведеніи матки изъ малаго таза и въ укрѣпленіи ея правильнаго положенія. У женщинъ, страдающихъ наклоненіемъ или перегибомъ кзади матки, при наступленіи беременности слѣдуетъ, по возможности, раньше вправить матку и ввести кольцо. Передъ вправленіемъ матки надо опорожнить мочевой пузырь и кишечный каналъ. Затѣмъ женщину кладутъ на спину, какъ при обычномъ изслѣдованіи, а еще лучше въ положеніи à la chaise на колѣняхъ и локтяхъ. Во влагалище вводятъ два пальца правой руки и съ помощью ихъ осторожно надавливаютъ на матку и поднимаютъ ее по направленію къ одному изъ крестцово-подвздошныхъ соединеній; когда матка будетъ поднята кверху, то другой рукой черезъ брюшные покровы стараются захватить ее по задней поверхности, направить дно кпереди и придать ей положеніе перегиба кпереди. Въ то же время двумя пальцами, введенными во влагалище, оттягиваютъ влагалищную часть матки кзади. Послѣ вправленія лучше всего вложить кольцо Ходже для удержанія матки въ правильномъ положеніи. Послѣ исправленія матки беременность обыкновенно доходитъ до конца. Въ трудныхъ случаяхъ надо производить вправление подъ наркозомъ. Если же вправление все-таки не удастся, что указываетъ на сращенія матки, то приходится приступить къ выкидышу. Однако производство выкидыша при ущемленіи матки чрезвычайно трудно, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ невозможно провести зондъ или расширитель черезъ внутреннее отверстіе. Тогда при опасномъ состояніи больной производятъ проколъ матки черезъ влагалище съ помощью тонкаго троакара; послѣ удаленія троакаромъ околоплодной жидкости матка уменьшается, и наступаетъ выкидышъ. Для удаленія яйца изъ полости ущемленной матки еще лучше воспользоваться слѣдующимъ оперативнымъ приемомъ: разрѣзаютъ заднюю стѣнку влагалища и матки и затѣмъ черезъ разрѣзъ удаляютъ плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ и рану зашиваютъ. Вправить матку возможно также послѣ чревосѣченія, и такимъ образомъ сохраняютъ беременность.

Кромѣ полного искривленія матки кзади встрѣчаются болѣе рѣдкіе случаи *частичнаго* искривленія ея (*retroflexio partialis uteri gravidi*). При этомъ въ началѣ беременности сильно растягивается передняя стѣнка матки, и затѣмъ постепенно поднимается задняя часть матки.

Беременность въ такой маткѣ сопровождается болями, иногда прерывается во второй половинѣ, но можетъ дойти до конца.

Выпаденіе беременной матки. (*Descensus et prolapsus.*) Обыкновенно

венно полного выпаденія матки не бываетъ; большею частью встрѣчается выпаденіе стѣнокъ влагалища и опущеніе гипертрофированной шейки матки. Въ этихъ случаяхъ изъ наружныхъ половыхъ частей бываетъ видна утолщенная влагалищная часть, на которой обыкновенно находятся изъязвленія.

Лѣченіе состоитъ въ поднятіи матки кверху и во вложеніи кольца съ цѣлью удержанія матки; женщина, у которой вложенъ пессарій, должна ежедневно дѣлать влагалищныя спринцеванія. Изъязвленія на влагалищной части лѣчатся прижиганіями.

Грыжи беременной матки. Наболѣе часто встрѣчаются грыжи по бѣлой линіи у многорожавшихъ, вслѣдствіе того, что прямыя брюшныя мышцы разошлись въ предшествовавшую беременность. Такое расхожденіе встрѣчается послѣ трудныхъ родовъ, особенно при узкомъ тазѣ, послѣ двойней, послѣ чревосѣченій. При расхожденіи прямыхъ мышцъ образуется наклоненіе матки вперед и отвислый животъ. Періодъ изгнанія плода можетъ быть очень продолжительнымъ вслѣдствіе слабаго дѣйствія брюшного пресса.

Пупочныя грыжи встрѣчаются рѣдко и не вызываютъ серьезныхъ осложнений.

Крайне рѣдко встрѣчаются паховыя или бедренныя грыжи беременной матки. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно матка еще до беременности смѣщается въ грыжу, а затѣмъ уже въ ней развивается беременность, и матка постепенно увеличивается по мѣрѣ роста яйца. Беременность прерывается до срока. Слѣдуетъ испробовать вправленіе матки, иногда требуется сдѣлать искусственный выкидышь или даже кесарское сѣченіе. Д-ръ В. В. Розановъ описалъ случай паховой грыжи беременной матки и самопроизвольные роды при ягодичномъ положеніи недоношеннаго плода.

Раны и разрывы беременной матки.

Раны беременной матки могутъ произойти послѣ раненія брюшныхъ покрововъ рѣзущими инструментами, рогами животныхъ, пулями и т. д. **Разрывы** стѣнокъ матки могутъ наступить и безъ поврежденій брюшныхъ покрововъ, какъ, напримѣръ, послѣ паденія женщины. Однако надо признать, что беременная матка съ здоровою тканью стѣнокъ отличается замѣчательной выносливостью; такъ, извѣстно много случаевъ паденія беременныхъ женщинъ съ верхнихъ этажей, не сопровождавшихся разрывами матки. Въ другихъ же случаяхъ незначительнаго вишняго воздѣйствія бываетъ достаточно для того, чтобы произвести нарушеніе цѣлости стѣнокъ матки. Поэтому, кромѣ насильственныхъ разрывовъ, возможно

наступление самопроизвольныхъ разрывовъ, зависящихъ отъ измѣненія стѣнокъ матки. Такъ, напр., можетъ произойти въ беременной маткѣ разрывъ рубца, оставшагося послѣ кесарскаго сѣченія. Стѣнки матки могутъ быть повреждены при производствѣ выкидыша съ помощью острыхъ инструментовъ: вязальныхъ иглъ, зонда, кюретки.

Разрывы могутъ быть полными, черезъ всю толщю матки, или же неполными, при чемъ можетъ быть пораненъ какой-нибудь слой матки, напримѣръ: при рѣзанныхъ ранахъ брюшныхъ стѣнокъ можетъ быть повреждена только брюшина.

Вмѣстѣ съ раненіемъ всей толщи стѣнки матки можетъ произойти и поврежденіе ребенка. Л. Н. Варнекъ описалъ случай сквозного раненія матки пулей Браунинга въ концѣ беременности. Благополучные роды живымъ ребенкомъ, прожившимъ 2 сутокъ, несмотря на сквозную рану груди. Родильница поправилась безъ особыхъ осложнений.

Первые признаки разрыва матки—наружное или внутреннее кровотеченіе и боли; боли могутъ быть очень ничтожными. При большихъ потеряхъ крови развиваются явленія остраго малокровія; иногда наступаетъ коллапсъ. Въ случаѣ обширныхъ поврежденій весь плодъ или часть его выходитъ въ брюшную полость. Описаны случаи разрыва матки съ выпаденіемъ въ брюшную полость плода, который здѣсь продолжалъ развиваться, получая кислородъ и питаніе черезъ плаценту, оставшуюся въ маткѣ.

Распознаваніе иногда можетъ быть труднымъ. Для разрыва матки характерны явленія остраго малокровія, шока и оцупываніе частей плода тотчасъ подъ брюшными покровами.

Предсказаніе при разрывѣ большею частью неблагоприятно; смерть можетъ наступить отъ кровотеченія и отъ зараженія раны (воспаленіе брюшины).

Лѣченіе при полныхъ разрывахъ должно быть оперативное: дѣлаютъ чревосѣченіе, удаляютъ плодъ, накладываютъ швы на разорванную стѣнку матки. Если зашиваніе невозможно—удаляютъ матку.

Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

Зудъ (*pruritus vulvae*) въ наружныхъ половыхъ частяхъ можетъ зависѣть отъ несоблюденія чистоты, отъ паразитовъ, отъ гнойнаго выдѣленія, зависящаго отъ перелоя; зудъ бываетъ также при сахарной болѣзни. Въ рѣдкихъ случаяхъ зудъ во время беременности представляетъ заболѣваніе, свойственное беременности, причина котораго остается неизвѣстною. Въ этихъ случаяхъ половыя части припухаютъ, и на нихъ нѣтъ ничего, кромѣ ссадинъ и царапинъ, зависящихъ отъ расчесыванія.

Лѣченіе назначается сообразно причинамъ: частыя обмыванія растворомъ соды, или сулемы, иногда присыпки изъ *Zincum oxydatum* и талька; также хорошо помогаетъ мазь изъ ихтіола (10% съ вазелиномъ).

Варикозные узлы на половыхъ губахъ встрѣчаются часто у многорожавшихъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности; при нихъ часто бываетъ одновременное расширеніе венъ на нижнихъ конечностяхъ и въ заднемъ проходѣ. При значительномъ расширеніи венъ на половыхъ частяхъ больныя жалуются на чувство тяжести при ходьбѣ и стояніи, а также на зудъ. Эти узлы могутъ разорваться во время беременности и вызвать сильное, иногда смертельное кровотеченіе.

Лѣченіе состоитъ въ покоѣ, правильномъ опорожненіи кишечника, бинтованіи ногъ; расширенія исчезаютъ сами собою съ окончаніемъ беременности. При разрывѣ узла и кровотеченіи достаточно бываетъ простого прижатія марлей, но можетъ потребоваться и наложеніе швовъ.

Острыя кондиломы или папилломы могутъ зависѣть отъ перелоя, но также наблюдаются въ случаяхъ, гдѣ нельзя доказать гонорейнаго зараженія. Иногда папилломы достигаютъ большихъ размѣровъ, имѣютъ видъ цвѣтной капусты, производятъ отдѣленія съ противнымъ запахомъ и вызываютъ зудъ.

Эти разраженія послѣ родовъ подвергаются быстрому обратному развитію, сморщиваются и отпадаютъ. Лучше ихъ удалить во время беременности оперативнымъ путемъ: срѣзать ножницами и, въ случаѣ кровотеченія, прижечь термокаутеромъ. Небольшія кондиломы исчезаютъ послѣ смазыванія хлористымъ цинкомъ пополамъ съ водою или хромовою кислотою.

Перелой (gonorrhoe), полученный женщиной во время беременности, большею частію ограничивается пораженіемъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, вульвы, влагалища и нижней части шейки; дальнѣйшаго распространенія гонококковъ въ матку, выполненную яйцомъ, не происходитъ, и беременность доходит до конца. Такимъ образомъ рѣдки случаи беременности и перелоя, выражающагося только уепленными бѣлями. Впрочемъ при свѣжемъ зараженіи, наступившемъ въ первые мѣсяцы беременности, гонококки могутъ проникнуть до отпадающей оболочки и вызвать въ ней воспалительный процессъ (*endometritis decidua gonorrhoeica*), вслѣдствіе чего можетъ наступить выкидышъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ беременности, начавшейся при хроническомъ страданіи матки, воспалительныя явленія стихаютъ послѣ сращенія *decidua vera* и *reflexa*, и беременность доходит до конца.

При заболѣваніи влагалища (vaginitis) появляются гнойныя отдѣленія, а иногда припухаютъ и гипертрофируются сосочки слизистой оболочки такъ, что поверхность влагалища представляется зернистой (vaginitis granulosa). Впрочемъ зернистость влагалища можетъ быть и при отсутствіи гоноррейнаго зараженія. Одновременно съ заболѣваніемъ влагалища почти всегда бываетъ гнойное отдѣленіе изъ канала шейки матки.

Діагнозъ гонорреи легко поставить при совмѣстномъ заболѣваніи слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, наружныхъ половыхъ частей, влагалища и шейки матки; воспаленіе бартолиновыхъ железъ и образованіе острыхъ кондиломъ еще болѣе подтверждаетъ діагнозъ. Точное распознаваніе устанавливается при микроскопическомъ изслѣдованіи на присутствіе гонококковъ.

Лѣченіе должно состоять въ покой, обмываніяхъ половыхъ частей, ваннахъ, влагалищныхъ спринцеваніяхъ сулемой, астеролемъ (1:1000); при эрозіяхъ влагалищной части умѣстны прижиганія 50% растворомъ молочной кислоты или 10% ляписа.

Сношенія должны быть безусловно запрещены. Во время родовъ должно произвести самое тщательное обеззараживаніе половыхъ частей и влагалища для предупрежденія восходящаго гоноррейнаго заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ, а также для предотвращенія болѣзни глазъ у ребенка; при малѣйшемъ подозрѣніи на перелой у матери необходимо ребенку тотчасъ послѣ рожденія хорошенько вытереть вѣки и пустить въ каждый глазъ по каплѣ 2% раствора *argent. nitric.*

Въ послѣродовомъ періодѣ гоноррейный процессъ имѣетъ наклонность подниматься въ полость матки и поражать также фаллопиевы трубы.

Размноженію гонококковъ въ это время благопріятствуютъ послѣродовыя очищенія, которыя представляютъ для нихъ хорошую питательную среду; а распространеніе ихъ вверхъ въ полость матки происходитъ легко вслѣдствіе зіянія внутренняго отверстія. Обыкновенно гоноррея поражаетъ придатки матки въ болѣе поздній періодъ, спустя много дней, а иногда недѣль послѣ родовъ, когда родильница уже встала съ постели. Надо совѣтовать родильницамъ, у которыхъ во время беременности былъ перелой, какъ можно дольше не вставать съ постели; кромѣ того, такимъ родильницамъ не слѣдуетъ назначать спринцеваній, съ помощью которыхъ гонококки легко могутъ быть внесены въ матку.

Воспаленіе матки и ея придатковъ.

Воспаленіе слизистой оболочки маточной шейки (endocervicitis) чаще всего зависитъ отъ гонорреи. При заболѣваніи шейки

женщина жалуется на бѣли, а иногда и боли въ поясницѣ. Распознаваніе ставится послѣ осмотра влагалищной части зеркаломъ.

Беременность обыкновенно доходить до срока.

Лѣчение—спринцеванія различными обеззараживающими растворами, древеснымъ уксусомъ и прижиганія растворомъ ляписа или молочной кислоты.

Воспаленіе слизистой оболочки матки (*endometritis*) часто сопровождается бесплодіемъ, но при этомъ заболѣваніи можетъ наступить и беременность. Эндометритъ можетъ возникнуть также въ ранніе мѣсяцы беременности, причемъ наступаютъ измѣненія въ отпадающей оболочкѣ.

Причину развитія *endometritis decidualis* во время беременности могутъ быть инфекціонныя заболѣванія, сифилисъ и гоноррея.

Болѣзненный процессъ выражается въ **равномѣрномъ** разрастаніи и утолщеніи *decidua vera*, а иногда также и *reflexa* (*endometritis deciduae diffusa*); подъ микроскопомъ кѣтки отпадающей оболочки представляются сильно развитыми, и среди нихъ замѣчается скопленіе круглыхъ кѣтокъ, а также расширеніе и удлинненіе железъ. Въ другихъ случаяхъ отпадающая оболочка утолщена только мѣстами и состоитъ изъ шишкообразныхъ или полипозныхъ разрастеній (*endometritis deciduae tuberosa s. poliposa* Вирхова). При воспалительномъ заболѣваніи отпадающей оболочки обыкновенно происходятъ кровоизліянія или въ толщю ея или между нею и стѣнкой матки. Распознаваніе *endometritis decidualis* возможно только послѣ микроскопическаго изслѣдованія вышедшей отпадающей оболочки.

При сильно выраженномъ заболѣваніи появляются въ теченіе беременности кровотеченія, которыя ведутъ къ смерти плода и къ выкидышу, воспалительный процессъ можетъ также перейти на дѣтское мѣсто. Эндометритъ, бывшій до беременности, можетъ служить причиной возникновенія предлежанія дѣтскаго мѣста (*placenta praevia*).

Катарральное воспаленіе отпадающей оболочки сопровождается періодическимъ выдѣленіемъ изъ матки слизисто-водянистой жидкости, которая, скопляясь между *dec. vera* и *reflexa*, препятствуетъ срастанію этихъ оболочекъ. Такое заболѣваніе носитъ названіе **hydropsa gravidarum**. Беременность достигаетъ до срока, иногда прерывается раньше.

Отличить такое истеченіе отъ околоплодной жидкости можно при помощи микроскопическаго изслѣдованія (въ околоплодной жидкости можно найти пушокъ и сыровидную смазку).

Воспаленіе **придатковъ** матки (яичниковъ и трубъ) обыкновенно

венно ведетъ къ бесплодію; однако при небольшомъ пораженіи ихъ можетъ наступить вѣматочная или маточная беременность. Въ послѣднемъ случаѣ беременность часто оканчивается выкидышемъ.

Новообразованія беременной матки и яичниковъ.

1. **Фиброміомы матки.** Различаютъ подсерозныя, интерстиціальныя и подслизистыя фиброміомы. Беременность при этихъ новообразованіяхъ встрѣчается нерѣдко. Часто фибромы значительно увеличиваются во время беременности, а послѣ родовъ уменьшаются и иногда даже исчезаютъ. Большія опухоли по мѣрѣ роста беременной матки могутъ производить давленіе на діафрагму и вызывать боли и затрудненія дыханія. Небольшія фибромы, особенно подсерозныя, не нарушаютъ теченія беременности, и послѣдняя можетъ дойти до срока. Иногда же беременность сопровождается кровотеченіями, зависящими отъ измѣненія эндометрія, и оканчивается выкидышемъ. Сами фибромы подъ вліяніемъ беременности могутъ измѣняться; вслѣдствіе разстройства питанія въ нихъ наступаетъ размягченіе и распаденіе. Подслизистыя фибромы стѣсняютъ полость матки и тѣмъ нарушаютъ теченіе беременности; кромѣ того онѣ способствуютъ неправильному положенію плода. Подсерозныя фибромы оказываютъ меньшее вліяніе на теченіе беременности, но нерѣдко онѣ вызываютъ боли.

Распознаваніе беременности въ первые мѣсяцы при наличности фибромы бываетъ труднымъ; большія фибромы, находящіяся впереди или сзади матки, затрудняютъ ощупываніе беременной матки. Для опредѣленія беременности надо обращать вниманіе на размягченіе влагалищной части, а также на неравномѣрную консистенцію самой матки. Неправильности менструацій еще болѣе затрудняютъ распознаваніе беременности. Отсутствие менструацій при фибромахъ далеко не надежный признакъ наступившей беременности, такъ какъ при этихъ новообразованіяхъ менструаціи не бываютъ правильными, часто онѣ приходятъ раньше срока, но иногда запаздываютъ и безъ беременности. Фибромы задней стѣнки матки можно смѣшивать съ ретрофлексіей беременной матки. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности трудно бываетъ опредѣлить существованіе небольшихъ фибромъ; подсерозныя фибромы иногда принимаютъ за части плода.

Во время беременности, если фиброма не вызываетъ болѣзненныхъ явленій, выжидаютъ до срока и ничего не предпринимаютъ. Если же наступаютъ тяжелыя разстройства, то вызываютъ преждевременные роды, или производятъ чревосѣченіе, причемъ, если возможно, удаляютъ только опухоль и оставляютъ матку. Послѣ

удаленія фибромы беременность можетъ дойти до срока, и роды— окончатся самопроизвольно. Въ случаѣ невозможности вылучить новообразование безъ вскрытія полости матки удаляютъ всю матку.

Роды при фиброміомахъ см. въ главѣ: «Препятствія для родо- разрѣшенія со стороны мягкихъ частей родового пути».

Въ послѣродовомъ періодѣ фибромы могутъ повести къ значительнымъ кровотечениямъ; также можетъ наступить нагноеніе фибромы, вслѣдствіе чего развивается піэмія.

Послѣ родовъ фибромы, вдавшіяся въ маточную полость, иногда изгоняются изъ матки, какъ говорятъ, «родятся».

2. Ракъ маточной шейки. Наступленіе беременности при ракѣ шейки встрѣчается не часто; мнѣ пришлось видѣть десятокъ такихъ случаевъ. Ракъ шейки можетъ также начать развиваться послѣ наступленія беременности. Ростъ новообразования обыкновенно бываетъ очень быстрый. Часто беременность доходит до срока, но сопровождается бѣлями и кровотечениями; иногда даже при распаденіи раковыхъ узловъ беременность не прерывается. Впрочемъ возможно наступленіе выкидыша или преждевременныхъ родовъ.

При начинающемся ракѣ слѣдуетъ поступать въ интересахъ матери, и потому необходимо немедленно удалять матку. Въ первые мѣсяцы беременности возможно полное удаленіе беременной матки черезъ влагалище; въ болѣе поздніе мѣсяцы раньше удаленія матки вызываютъ преждевременные роды, или дѣлаютъ кесарское сѣченіе, а затѣмъ удаляютъ матку. Дюрессенъ предложилъ удалять плодъ черезъ разрѣзъ, сдѣланный въ переднемъ сводѣ влагалища и въ передней стѣнкѣ матки (влагалищное кесарское сѣченіе), и затѣмъ тотчасъ же удалять и самую матку.

Въ болѣе позднихъ стадіяхъ развитія рака, когда новообразование не можетъ быть удалено кореннымъ образомъ, надо поступать въ интересахъ плода и оставить теченіе беременности до срока, причемъ, конечно, надо постараться ограничить кровотеченіе и распаденіе опухоли.

Роды при ракѣ матки см. Патологию родовъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ новообразование растетъ быстро; можетъ произойти распаденіе раковыхъ массъ, что поведетъ къ септическому процессу.

Распознаваніе рака, особенно въ начальныхъ стадіяхъ, должно подтверждаться микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

3. Кисты яичника. Беременность можетъ наступить при существованіи кисты въ одномъ или даже обоихъ яичникахъ; при двухстороннемъ пораженіи яичниковъ беременность можетъ наступить только въ томъ случаѣ, если въ одномъ изъ нихъ осталось хотя

небольшое количество здоровой ткани, въ которой продолжаютъ созрѣвать граафовы пузырьки. Беременность при небольшихъ кистахъ яичника можетъ протекать совершенно правильно, и женщины иногда не подозреваютъ существованія опухоли. Въ другихъ случаяхъ можетъ произойти выкидышъ или преждевременные роды; иногда опухоль яичника смѣщаетъ матку, и образуется загибъ ея къзади (*retroflexio uteri*). Большія кисты, стѣсняя брюшную полость и оказывая давленіе на діафрагму, въ концѣ беременности вызываютъ сильную одышку и явленія, угрожающія жизни больной; иногда замѣчаются отеки ногъ и альбуминурія. Въ свою очередь беременность можетъ оказывать вліяніе на кисту; кисты могутъ больше увеличиваться въ ростѣ, можетъ произойти перекручиваніе ножки, кровоизліяніе въ кисту и разрывъ ея.

Распознать кисту во время беременности не всегда легко; можно смѣшать ее съ многоводіемъ (*hydramnion*), а также съ беременностью двойниами, когда въ одномъ яйцѣ существуетъ *hydramnion*.

Кисты яичника должны быть удаляемы во время беременности. Послѣ оваріотоміи беременность большею частью достигаетъ нормальнаго срока, но также можетъ наступить выкидышъ.

Роды при кистахъ яичника см. Патологію родовъ.

Особенно опасныя осложненія со стороны кисты наступаютъ тотчасъ послѣ родовъ и въ первое время послѣродового періода. Здѣсь наблюдались: перекручиваніе ножки, разрывъ кисты, нагноеніе, прорываніе ея въ кишку, въ мочевой пузырь и воспаленіе брюшины.

Внѣматочная беременность. (*Graviditas extrauterina s. ectopica*).

Внѣматочная беременность встрѣчается сравнительно нерѣдко: въ Московскои Акушерскои клиникѣ приблизительно на 500 родовъ 1 разъ. Различаютъ трубную беременность (*gr. tubaria*) и яичниковую (*gr. ovarica*). Первичная брюшная беременность (первичное развитіе яйца на брюшинѣ) едва ли бываетъ.

При маточной беременности яйцо, оплодотворенное въ трубѣ, отсюда поступаетъ въ матку и въ ней развивается. (Развитіе яйца въ шейкѣ матки недоказано). Въ случаѣ трубной беременности оплодотворенное яйцо не переходитъ изъ трубы въ матку, а поселяется въ трубѣ, и здѣсь начинается развиваться плодъ вмѣстѣ съ оболочками и дѣтскимъ мѣстомъ. Во время развитія плода въ трубѣ матка также обыкновенно увеличивается, и въ ней образуется отпадающая оболочка (*decidua vera*). Трубная беременность—самый частый видъ внѣматочной беременности. Яичниковая беременность встрѣчается крайне рѣдко; при ней яйцо оплодотворяется

въ томъ пузырькѣ, гдѣ оно созрѣло, и ткань яичника служить мѣстомъ дальнѣйшаго развитія яйца (рис. 68).

Смотря по мѣсту трубы, гдѣ развилось яйцо, различаютъ слѣдующіе виды трубной беременности: *graviditas ampullaris*, *graviditas isthmica*, s. *tubaria propria* и *graviditas interstitialis*. 1. Всего чаще встрѣчается *gr. ampullaris*, при которой яйцо развивается въ широкой части трубы вблизи брюшного ея конца; въ этомъ случаѣ при дальнѣйшемъ развитіи яйцо можетъ вырастать въ полость

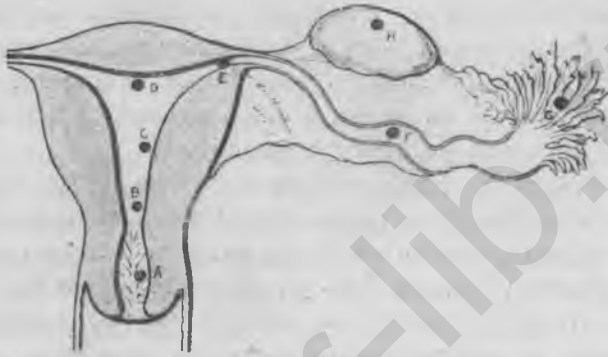


Рис. 68.

Различные виды внѣматочной беременности.

А. беременность въ шейкѣ матки (?). В. беременность въ нижнемъ сегментѣ матки (*plac. praevia*). С. и D. маточная нормальная беременность, Е. интерстициальная трубная беременность. F. настоящая трубная (*isthmica*) беременность. G. Ампулярная (*tuboabdominalis*) беременность. H. Яичниковая беременность.

брюшины, вслѣдствіе чего образуется трубно-брюшная беременность (*gr. tuboabdominalis*), при которой яйцо находится частью въ трубѣ, частью въ брюшной полости. 2. При настоящей трубной беременности (*gr. isthmica*), тоже встрѣчающейся довольно часто, яйцо развивается въ средней части трубы, большею частью растеть вверхъ въ брюшную полость или внизъ въ широкую связку. 3. Крайне рѣдко яйцо поселяется въ той части трубы, которая проходитъ въ толщѣ маточной стѣнки—*graviditas interstitialis*. Въ томъ случаѣ, когда яйцо развивается по направленію къ маточной полости, возможно допустить переходъ его черезъ маточное отверстіе трубы въ полость матки (*gr. tubo—uterina*).

Беременность можетъ быть въ одной трубѣ и одновременно или разновремено въ обѣихъ; кромѣ того въ одной трубѣ могутъ развиться двойни.

Этіологія. До сихъ поръ точно неизвѣстно, почему оплодотворившееся въ трубѣ яичко не переходитъ въ матку, а продолжаетъ развиваться въ трубѣ. Предрасполагающія причины: продолжительное безплодіе до наступленія внѣматочной беременности; бывшее

раньше заболѣваніе гонорреей, при чемъ при трубной беременности встрѣчаются также воспалительныя измѣненія не беременной трубы (*salpingo-oophoritis*, *pyosalpinx*). Вообще, **причиной** трубной беременности надо считать **измѣненія трубъ**, бывшія до наступленія беременности: 1. Смѣщенія и искривленія трубъ въ зависимости отъ ихъ приращеній. 2. Извилистость трубы, свойственная младенческой стадіи ея развитія, у женщинъ, бывшихъ бесплодными до наступленія трубной беременности.

Измѣненія трубы и матки. Вслѣдствіе особаго строенія слизистой оболочки трубы, отличнаго отъ слизистой оболочки матки, яйцо при своемъ виѣдреніи подъ эпителией трубы проникаетъ прямо до мышечной оболочки и здѣсь развивается внутри стѣнки трубы. Затѣмъ въ трубѣ настоящая отпадающая оболочка не образуется; *dec. reflexa* слабо развита. Ворсинистая оболочка, дѣтское мѣсто и плодъ могутъ правильно развиваться. Вначалѣ мышечная оболочка трубы разрыхляется, а затѣмъ стѣнки ея подъ вліяніемъ прорастанія въ ихъ толщю ворсинокъ истончаются и въ заключеніе часто разрываются.

Матка при трубной беременности обыкновенно увеличивается на счетъ гипертрофіи ея мышечнаго и слизистаго слоя; въ маткѣ развивается отпадающая оболочка съ клѣтками, похожими на децидуальныя, но ворсинокъ въ ней никогда не образуется.

Симптомы и теченіе. Съ наступленіемъ виѣматочной беременности менструація обыкновенно не появляется вовсе или только въ слабой степени (1—2 дня). Въ дальнѣйшемъ теченіи появляются сильныя схваткообразныя боли, которыя иногда сопровождаются наружнымъ, а иногда и внутреннимъ кровотеченіемъ; эти боли зависятъ скорѣе всего отъ кровоизліяній въ плаценту и сокращеній трубы, при чемъ происходятъ кровоизліянія внутрь трубы. Въ однихъ случаяхъ такія повторныя кровоизліянія ведутъ къ смерти плода и образованію въ трубѣ **мясистаго заноса** (*mola carnosae*), который можетъ остаться въ ней и подвергнуться расцѣпыванію. Въ другихъ случаяхъ, несмотря на повторныя кровоизліянія, плодъ продолжаетъ развиваться въ трубѣ. Если яйцо продолжаетъ расти, то, вслѣдствіе глубокаго виѣдренія ворсинокъ въ стѣнку трубы, послѣдняя истончается и наступаетъ **разрывъ трубы**. Другой довольно частый исходъ трубной беременности **трубный выкидышъ**.

Разрывъ трубы болѣею частію происходитъ на 2—3 мѣсяцѣ беременности подъ вліяніемъ какого-нибудь незначительнаго виѣшняго воздѣйствія или безъ всякой причины. Разрывъ сопровождается внутреннимъ кровотеченіемъ, которое можетъ быть чрезвычайно сильнымъ и быстро заполнить брюшную полость. Разрывъ

наступает большею частью внезапно, сопровождается обморочным состоянием и признаками острого малокровия; при этомъ появляется маточное кровотеченіе, вмѣстѣ съ которымъ изъ матки выходитъ отпадающая оболочка. Иногда разрыву предшествуютъ схваткообразныя боли, лихорадка, рвота, и только черезъ нѣсколько дней наступаетъ разрывъ. Обильное внутреннее кровотеченіе въ полость брюшины нерѣдко оканчивается смертью женщины; иногда кровотеченіе происходитъ между листками широкой связки, и образуется гематома широкой связки.

Черезъ разрывъ плодное яйцо выпадаетъ изъ трубы въ брюшную полость, гдѣ оно и погибаетъ. Однако послѣ разрыва яйцо можетъ остаться въ трубѣ и продолжать здѣсь развиваться. Иногда же въ трубѣ остается только дѣтское мѣсто, а плодъ выходитъ изъ разрыва въ брюшную полость, гдѣ онъ можетъ развиваться до полной зрѣлости. Такимъ образомъ вмѣсто трубной образуется **вторичная брюшная беременность**. Въ этомъ случаѣ при дальнѣйшемъ развитіи беременности, дѣтское мѣсто разрастается изъ трубы въ брюшную полость, при чемъ образуются сращенія его съ брюшиной, покрывающей матку, мочевоіу пузырь, кишки.

Трубный выкидышъ состоитъ въ томъ, что оплодотворенное яйцо, отдѣлившись отъ стѣнки трубы, выбрасывается черезъ брюшное отверстіе трубы. Такое явленіе обыкновенно сопровождается кровотеченіемъ какъ внутрь самой трубы, такъ и въ полость брюшины, при чемъ такъ же, какъ и при разрывѣ трубы, можетъ образоваться скопленіе крови позади матки въ Дугласовомъ пространствѣ (*haematocele retrouterinum*). Внутреннее кровотеченіе при трубномъ выкидышѣ сопровождается также общими грозными явленіями острого малокровія, отъ котораго женщина можетъ быстро погибнуть; вмѣстѣ съ внутреннимъ кровотеченіемъ появляется и наружное изъ матки, сопровождающееся выдѣленіемъ отпадающей оболочки. Если женщина поправляется послѣ внутренняго кровотеченія, то плодъ обыкновенно погибаетъ, и яйцо представляется въ видѣ мяснатога заноса, какъ это бываетъ при маточномъ выкидышѣ. Вслѣдъ за выхожденіемъ яйца наступаетъ то ограниченное, то разлитое реактивное воспаленіе брюшины. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не все яйцо цѣликомъ выходитъ изъ трубы, а часть его задерживается въ трубѣ, и такимъ образомъ получается **трубно-брюшная беременность**.

Кромѣ образованія заноса въ трубѣ, разрыва трубы, трубнаго выкидыша, можетъ быть еще одинъ рѣдкій исходъ съ образованіемъ такъ наз. **каменнаго плода**—литопэдіона (*lithopaedion*). Въ этихъ случаяхъ беременность можетъ дойти до срока; въ концѣ беременности наступаютъ родовыя боли, которыя, конечно, не

могутъ вести къ рожденію плода. Послѣдній погибаетъ; а у женщины развиваются явленія воспаленія брюшины. Когда острия явленія стихнутъ, общее состояніе женщины поправляется. Въ это время животъ начинаетъ постепенно уменьшаться вслѣдствіе измѣненій, наступающихъ въ плодномъ мѣшкѣ; плодныя воды всасываются, самъ плодъ высыхаетъ, сморщивается и подвергается мумификаціи съ отложеніемъ известковыхъ солей. Такой окаменѣлый плодъ можетъ оставаться въ брюшной полости въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Иногда въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ нагноеніе плоднаго мѣшка, и изъ него образуется свищевой ходъ въ кишку или во влагалище, въ мочевой пузырь, или въ брюшные покровы. Черезъ образовавшійся свищъ временами выходитъ гной и части плода.

Распознаваніе внѣматочной беременности въ первые мѣсяцы не всегда легко. Задержка менструацій, субъективныя ощущенія (тошнота, рвота и пр.), увеличеніе матки, ея разрыхленіе, характерное окрашиваніе входа во влагалище, присутствіе молозива при внѣматочной беременности наблюдаются такъ же, какъ и при маточной. Для внѣматочной беременности характерны періодическія схваткообразныя боли и ощупываніе рядомъ съ увеличенной маткой мягкой опухоли трубы. Беременную трубу можно смѣшать съ воспалительными и нагноившимися опухолями трубы и яичниковъ; при нагноеніяхъ въ придаткахъ также могутъ быть схваткообразныя боли, задержка менструаціи, тошнота и другія явленія, свойственныя беременности. Ощупываніе сильно растянутой беременной трубы, готовой къ разрыву, можетъ быть невозможнымъ вслѣдствіе чрезвычайной болѣзненности; самое изслѣдованіе должно производить очень осторожно, потому что грубое ощупываніе можетъ вести къ разрыву трубы.

Зондированія, расширенія матки, выскабливанія слизистой оболочки съ цѣлью микроскопическаго изслѣдованія ея дѣлать не слѣдуетъ.

Распознаваніе совершившагося **разрыва трубы** большею частію легко. Острое малокровіе, зависящее отъ внутренняго кровотеченія, и предшествовавшая задержка менструаціи—главныя явленія, указывающія на разрывъ беременной трубы. Легкая перкуссія живота даетъ тупой звукъ въ нижнихъ боковыхъ частяхъ и тимпаническій въ серединѣ; при внутреннемъ изслѣдованіи задній сводъ оказывается уплощеннымъ. Комбинированнымъ изслѣдованіемъ большею частію нельзя ощупать беременную трубу.

Трубный выкидышъ характеризуется также явленіями остраго малокровія и схваткообразными болями въ области беременной трубы. Плодный мѣшокъ вслѣдствіе кровоизліяній, происходящихъ въ него, становится плотнымъ и ощупывается легче. **Опредѣлить заматоч-**

ную кровяную опухоль (haematocoele retrouterinum) обыкновенно не трудно: при этом матка отклонена вперед, несколько приподнята, задний сводъ уплощенъ или выпяченъ опухолью, консистенція которой (мягкая или болѣе плотная) находится въ зависимости отъ времени случившагося кровоизліянія. Заматочную кровяную опухоль при поверхностномъ изслѣдованіи можно смѣшать съ retroflexio uteri gravidi, при которой задній сводъ выпячивается загнутой кзади маткой. Отпадающая оболочка, выходящая изъ матки при наступленіи трубнаго выкидыша или разрыва трубы, должна быть обслѣдована подъ микроскопомъ. Она представляется характерною: въ ней находятъ децидуальныя клѣтки и покровный эпителий слизистой оболочки въ видѣ низкихъ кубическихъ клѣтокъ, ворсинокъ же никогда не бываетъ. Выхожденіе отпадающей оболочки большей частью указываетъ на происшедшую смерть плода и прекращеніе беременности.

Распознаваніе внѣматочной беременности во второй половинѣ: ощупываніе матки, мало увеличенной, не соотвѣтственно сроку беременности, и ощупываніе частей плода въ опухоли, лежащей болѣею частью сзади или сбоку отъ матки. Однако не всегда легко ощупать и отграничить матку отдѣльно отъ мѣшка, заключающаго въ себѣ плодъ.

Въ концѣ внѣматочной беременности наружное отверстіе матки иногда бываетъ раскрыто, и каналъ шейки расширенъ. Внѣматочная беременность въ поздніе мѣсяцы можетъ сопровождаться значительными болями, которыя зависятъ отъ воспаленія брюшины.

Предсказаніе при внѣматочной беременности для матери и плода неблагоприятно. Вслѣдствіе обильнаго внутренняго кровоизліянія, происходящаго при трубномъ выкидышѣ или разрывѣ трубы, женщина быстро можетъ погибнуть. Также можетъ произойти нагноеніе плоднаго мѣшка и послѣдующее тяжелое заболѣваніе, угрожающее жизни матери. Въ послѣднее время съ усовершенствованіемъ оперативныхъ приемовъ предсказаніе для матери значительно улучшилось. Внѣматочный плодъ часто погибаетъ въ ранніе мѣсяцы своего развитія; если же онъ и продолжаетъ развиваться до срока и извлекается живымъ съ помощью чревосѣченія, то болѣею частью оказывается слабо развитымъ или нежизнеспособнымъ.

Лѣченіе. Если внѣматочная беременность опредѣлена навѣрное, и развитіе ея продолжается, то лучше всего немедленно удалить плодный мѣшокъ путемъ чревосѣченія, не выжидая конца беременности или самопроизвольнаго исцѣленія. Жизнь матери должна быть поставлена на первомъ мѣстѣ, и не слѣдуетъ подвергать ее случайностямъ. Даже при подозрѣніи на внѣматочную беременность необходимо постоянное наблюденіе врача, причемъ все должно быть приготовлено для чревосѣченія.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность достигла послѣднихъ мѣсяцевъ, при чревосѣченіи не всегда легко удалить весь плодный мѣшокъ. Онъ можетъ быть очень плотно сращенъ съ окружающими частями, и отдѣленіе его, а особенно дѣтскаго мѣста, можетъ сопровождаться смертельнымъ кровотеченіемъ. Поэтому при невозможности полного удаленія мѣшка послѣ чревосѣченія пришиваютъ переднюю стѣнку его къ брюшной ранѣ, затѣмъ удаляютъ плодъ и оставшуюся полость тампонируютъ.

Чревосѣченіе также должно быть сдѣлано при разрывѣ трубы или трубномъ выкидышѣ тотчасъ, какъ только наступили грозныя явленія, указывающія на внутреннее кровотеченіе въ брюшную полость.

Въ случаѣ образованія заноса и ограниченнаго haematocеле можно держаться выжидательно: вначалѣ покойное положеніе въ постели, ледъ на животъ и наркотическія средства; впослѣдствіи для рассасыванія опухоли нужно перейти къ теплу, горячимъ спринцеваніямъ и ваннамъ. Если же кровоизліянія повторяются, или рассасыванія не совершается, и появляются признаки, указывающіе на нагноеніе, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству.

Пороки развитія, воспаленія, опухоли и дегенеративные процессы дѣтскаго мѣста.

Добавочныя дольки дѣтскаго мѣста (*placenta succenturiata*) встрѣчаются рѣдко; онѣ обыкновенно бываютъ невелики, располагаются на ворсистой оболочкѣ недалеко отъ края дѣтскаго мѣста и соединены съ нимъ при помощи сосудовъ. Такія прибавочныя дольки послѣ выхожденія главной массы дѣтскаго мѣста легко могутъ остаться въ маткѣ незамѣченными и вызвать серьезное осложненіе въ послѣродовомъ періодѣ.

Дѣтское мѣсто можетъ состоять изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ частей (*placenta dimidiata, tripartita*), раздѣленныхъ оболочками. *Placenta fenestrata* характеризуется присутствіемъ среди дѣтскаго мѣста островка, состоящаго изъ однѣхъ оболочекъ.

Большое дѣтское мѣсто бываетъ при большомъ скопленіи водъ (*hydramnion*), при мацерированныхъ, а также и живыхъ крупныхъ плодахъ.

Воспаленіе дѣтскаго мѣста (*placentitis*) врядъ ли бываетъ. Прежде полагали, что воспаленіе отпадающей запоздалой оболочки ведетъ къ приращенію послѣда.

Приращеніе послѣда (*placenta accreta*) въ настоящее время объясняется вращаніемъ ворсинокъ *chorion'a* за предѣлы *dec. serotina* въ мышечную оболочку. Такое разрастаніе ворсинокъ зависитъ,

повидимому, отъ атрофіи или недостаточнаго развитія слизистой (отпадающей) оболочки. Полное приращеніе встрѣчается очень рѣдко и не сопровождается никакими явленіями ни во время беременности, ни во время родовъ; только долгое задержаніе послѣда въ послѣдовомъ періодѣ указываетъ на возможность его приращенія. При частичномъ же приращеніи въ послѣдовомъ періодѣ всегда появляется болѣе или менѣе значительное кровотеченіе.

Бѣлыми инфарктами называются бѣловатые или желтоватые узлы на плодной поверхности дѣтскаго мѣста подъ водной оболочкой; они имѣютъ то мягкую, то болѣе плотную консистенцію, что зависитъ отъ отложенія въ нихъ извести. Инфаркты встрѣчаются довольно часто въ плацентѣ въ послѣднее время беременности и, повидимому, не оказываютъ вліянія на развитіе плода. Впрочемъ, если они занимаютъ большую поверхность дѣтскаго мѣста, то плодъ можетъ умереть вслѣдствіе прекращенія его питанія. Образование инфаркта зависитъ отъ свертыванія крови въ межворсинчатыхъ пространствахъ и некроза ворсинокъ. Ближайшая причина образованія инфарктовъ остается неизвѣстной. Одни указываютъ на измѣненіе артерій болѣе крупныхъ ворсинокъ. Другіе считаютъ, что первично заболѣваютъ отпадающая оболочка и ея внутриплацентарные отростки, а затѣмъ и самыя ворсы. Наконецъ, третьи полагаютъ, что процессъ начинается съ некроза ворсинчатаго эпителия.

Бѣлое кольцо плаценты или окаймленное дѣтское мѣсто (*placenta marginata*) выражается тѣмъ, что на мѣстѣ прикрѣпленія яйцевыхъ оболочекъ къ краямъ дѣтскаго мѣста образуется бѣлое кольцо, шириною отъ одного до нѣсколькихъ сантиметровъ. При отложеніи въ кольцо фибрина оно получаетъ видъ вала и тогда называется *placenta circumvallata*.

Согласно наиболѣе распространенной теоріи (Клейна), образованіе окаймленнаго дѣтскаго мѣста зависитъ отъ утолщенія завороченной оболочки (*Rand-reflexa*) и образованія ею складокъ на ворсистой оболочкѣ. Причины точно неизвѣстны.

Placenta marginata часто встрѣчается на послѣдахъ недоносковъ. При выхожденіи окаймленнаго дѣтскаго мѣста легко можетъ наступить отрывъ оболочекъ отъ края дѣтскаго мѣста и задержаніе ихъ въ маткѣ, особенно если плацента развивалась въ углу матки, вблизи отхожденія фаллопиевой трубы.

Кисты встрѣчаются крайне рѣдко; онѣ помѣщаются на плодной поверхности дѣтскаго мѣста. Относительно образованія кистъ и ихъ строенія взгляды авторовъ до сихъ поръ расходятся. Образованіе кистъ можетъ зависѣть отъ слизистаго перерожденія клѣточныхъ скопленій ворсистой оболочки или отъ распаденія бѣлыхъ инфарк-

товъ. Кисты, повидимому, не оказываютъ никакого вліянія на теченіе беременности и на плодъ.

Отложенія извести встрѣчаются нерѣдко какъ на материнской, такъ и на плодной поверхности, но никакого практическаго значенія не имѣютъ.

Сифилитическія измѣненія состоятъ или въ образованіи узловъ, т.-н. гуммъ, что впрочемъ встрѣчается рѣдко, или въ заболѣваніи вѣтвей пуочныхъ сосудовъ и сосудовъ крупныхъ ворсинокъ. Въ сосудахъ происходитъ мелкокѣлочная инфильтрація съ послѣдующей облитераціей ихъ; при этомъ межворсинчатыя пространства запусътваютъ. Дѣтское мѣсто, пораженное сифилисомъ, часто бываетъ больше и плотнѣе нормальнаго.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста. (Placenta praevia.)

Предлежаніемъ дѣтскаго мѣста называется прикрѣпленіе его въ нижней части матки надъ внутреннимъ отверстіемъ, при чемъ оно находится впереди предлежащей части плода и вполнѣ или отчасти закрываетъ внутреннее отверстіе.

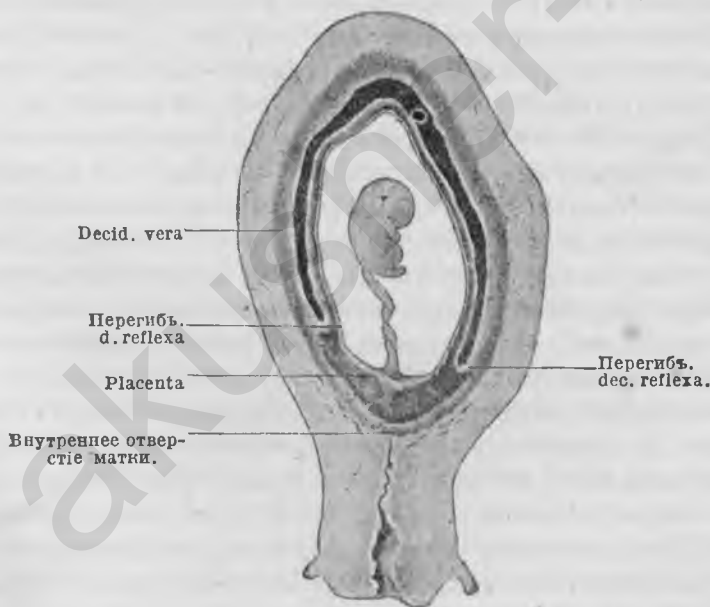


Рис. 69.

Полное предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Различаютъ полное предлежаніе плаценты (pl. praevia totalis или centralis, рис. 69), когда внутреннее отверстіе вполнѣ закрыто дѣтскимъ мѣстомъ, и неполное или краевое (pl. praevia partialis или

marginalis), при которомъ внутреннее отверстіе частью закрыто краемъ дѣтскаго мѣста, а частью оболочками.

Кромѣ этихъ двухъ видовъ къ предлежанію дѣтскаго мѣста относятся еще **низкое** или **боковое** прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста, когда край послѣда прикрѣпляется вблизи внутренняго отверстія, но не закрываетъ его; въ этихъ случаяхъ нѣтъ предлежанія дѣтскаго мѣста въ собственномъ смыслѣ слова, такъ какъ надъ внутреннимъ отверстіемъ лежатъ оболочки.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣчается (по даннымъ Московской Акушерской клиники) приблизительно 1 разъ на 250 родовъ, причемъ полное предлежаніе бываетъ втрое рѣже, чѣмъ неполное. Предлежаніе дѣтскаго мѣста наблюдается всего чаще у многорожавшихъ женщинъ и въ возрастѣ за 30 лѣтъ.

Вопросъ о происхожденіи предлежанія дѣтскаго мѣста остается открытымъ. Весьма вѣроятно, что хроническій **эндометритъ** представляетъ одну изъ главныхъ причинъ образованія этой неправильности; вслѣдствіе измѣненія слизистой оболочки матки, ея гладкости, яичко не удерживается въ верхней части полости матки, соскальзываетъ книзу и прикрѣпляется надъ внутреннимъ отверстіемъ. Такимъ образомъ предлежаніе послѣда образуется вслѣдствіе первичнаго виѣдренія оплодотвореннаго яйца вблизи внутренняго отверстія. Гофмейеръ предложилъ другую теорію, согласно которой дѣтское мѣсто при *placenta praevia* развивается также надъ внутреннимъ отверстіемъ, но на нижнемъ полюсѣ яйца въ **области завороченной оболочки** (*dec reflexa*). Ненормальности дѣтскаго мѣста—большіе размѣры, недостаточное развитіе его въ толщину, прибавочныя доли, бѣлое кольцо (*placenta marginata*)—встрѣчаются нерѣдко.

Теченіе беременности осложняется **кровоотеченіями**, которыя при полномъ предлежаніи наступаютъ въ болѣе ранніе мѣсяцы беременности, на 7—8 мѣсяцѣ, а при неполномъ—въ концѣ беременности, или только во время родовъ. Кромѣ того при этой аномалии беременность часто прерывается раньше срока. Кровоотеченіе происходитъ вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста; а отдѣленіе дѣтскаго мѣста зависитъ отъ растяженія нижняго отрѣзка матки и отъ начинающаго раскрытія внутренняго отверстія, надъ которымъ прикрѣпилось дѣтское мѣсто. Источникомъ кровоотеченія служатъ материнскіе сосуды плаценты.

Обыкновенно кровоотеченіе во время беременности наступаетъ внезапно, среди полнаго здоровья, безъ всякихъ болей; первое кровоотеченіе большею частью бываетъ незначительно, но вслѣдъ за нимъ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время появляются повторныя кровоотеченія, вслѣдствіе которыхъ развивается сильное ма-

локровіе. Иногда послѣ перваго или одного изъ повторныхъ кровотеченій начинаются родовыя боли, которыя ведутъ къ **преждевременнымъ родамъ**. Во время родовъ, по мѣрѣ раскрытія внутренняго зѣва, дѣтское мѣсто отдѣляется на большемъ протяженіи, вслѣдствіе чего кровотеченіе усиливается, если не будутъ приняты мѣры. Въ рѣдкихъ случаяхъ кровотеченіе прекращается самопроизвольно, что можетъ зависѣть отъ разрыва оболочекъ и послѣдующаго спущенія головки плода, которая производитъ прижатіе кровоточащей поверхности. Отдѣлившаяся доля дѣтскаго мѣста можетъ выпасть во влагалище (*prolapsus placentae*). Тазовыя и поперечныя положенія встрѣчаются при *placenta praevia* гораздо чаще, чѣмъ при нормальной беременности.

Роды большею частью бываютъ очень продолжительны вслѣдствіе слабости маточныхъ сокращеній и неблагоприятныхъ условий для раскрытія шейки. Вообще самопроизвольное окончаніе родовъ бываеъ рѣдко, и большею частью требуется оперативное пособіе.

Распознаваніе во время беременности, когда внутреннее отверстіе шейки закрыто, не легко; въ это время предлежаніе дѣтскаго мѣста узнается по утолщенію нижняго сегмента матки и ощупыванію черезъ сводъ мягкаго тѣла, закрывающаго предлежащую часть. При распознаваніи надо имѣть въ виду, что кровотечения во второй половинѣ беременности могутъ также зависѣть и отъ другихъ причинъ: отъ пузырьнаго заноса, полипа, рака, язвъ шейки, разрыва варикознаго узла и отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста при нормальномъ его положеніи въ маткѣ.

Распознаваніе предлежащаго дѣтскаго мѣста во время родовъ при достаточномъ раскрытіи маточнаго зѣва не представляетъ трудности: въ это время надъ внутреннимъ зѣвомъ пальцемъ ощупываются дольки плаценты.

При полномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста одинъ край его, по мѣрѣ раскрытія маточнаго зѣва, можетъ отдѣлиться, и тогда изъ полного предлежанія образуется краевое.

Предсказаніе при *placenta praevia* какъ для матери, такъ и для плода весьма неблагоприятно. Во-первыхъ, мать можетъ умереть во время беременности или родовъ отъ остраго малокровія, развивающагося вслѣдствіе сильныхъ кровотеченій; также тотчасъ послѣ родовъ бываютъ очень сильныя и опасныя для жизни кровотечения. Во-вторыхъ, при предлежаніи дѣтскаго мѣста во время родовъ и послѣ нихъ вслѣдствіе благоприятныхъ условий легко можетъ произойти вхожденіе воздуха въ вены матки и затѣмъ воздушная эмболія, которая ведетъ къ внезапной смерти. Наконецъ, въ послѣ-родовомъ періодѣ легко можетъ развиваться септическое заболѣваніе

родильницы, вслѣдствіе низкаго положенія плацентарныхъ сосудовъ, частыхъ изслѣдованій во время родовъ и оперативнаго вмѣшательства.

Плодъ можетъ погибнуть еще до окончанія родовъ, вслѣдствіе нарушенія кровообращенія; послѣ преждевременныхъ родовъ дѣти часто умираютъ отъ нежизнеспособности. Кроме того на ихъ жизнь оказываютъ вліяніе различныя оперативныя пособія, которыя часто примѣняются для окончанія родовъ.

Терапія. Въ случаяхъ кровотеченія во время беременности необходимо покойное положеніе и тампонація влагалища кольпейринтеромъ или марлею. Подъ вліяніемъ плотной тампонаціи кровотеченіе ослабѣваетъ или останавливается, появляются схватки, и маточный зѣвъ раскрывается. Если роды начались, и маточный зѣвъ будетъ открытъ настолько, что черезъ него можно провести два пальца, то при неполномъ предлежаніи слѣдуетъ **разорвать плодную оболочку**, прилегающія къ маточному зѣву. Послѣ разрыва оболочекъ дѣтское мѣсто вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки отходитъ вверхъ, а головка плода опускается и тампонируетъ кровоточащее мѣсто. Если же кровотеченіе продолжается несмотря на разрывъ оболочекъ, то слѣдуетъ ввести въ матку гуттаперчевый баллонъ (метрейринтеръ), который также останавливаетъ кровотеченіе и вмѣстѣ съ тѣмъ способствуетъ быстрому раскрытію маточнаго зѣва, послѣ чего роды могутъ окончиться самопроизвольно или съ помощью поворота плода на ножку.

Въ случаяхъ же **полнаго** предлежанія дѣтскаго мѣста лучше всего также ввести метрейринтеръ въ матку, но предварительно отдѣлить край плаценты съ одной стороны и такимъ образомъ измѣнить полное предлежаніе въ неполное и затѣмъ разорвать у края плаценты оболочку. Если отдѣлить дѣтское мѣсто не удастся, можно разорвать ткань его въ центрѣ. Вмѣсто метрейриза при открытіи маточнаго зѣва на 2, на 3 пальца можно сдѣлать **комбинированный поворотъ** на ножку по способу Брактонъ-Гикса. Послѣ того какъ ножка низведена въ маточный зѣвъ, тазовой конецъ плода вмѣстѣ съ пригнутой другой ножкой прижимаетъ дѣтское мѣсто, и кровотеченіе останавливается; дальѣйшее изгнаніе ребенка нужно предоставить силамъ природы. **Искусственнаго и быстрого извлеченія плода при маломъ раскрытіи зѣва никогда не слѣдуетъ дѣлать**, такъ какъ шейка матки при этомъ легко разрывается, вслѣдствіе чего можетъ произойти послѣ родовъ смертельное кровотеченіе. Хотя при выжиданіи самопроизвольнаго рожденія младенца жизнь его подвергается опасности, однако надо всегда ставить жизнь матери на первомъ мѣстѣ и не торопиться съ быстрымъ родоразрѣшеніемъ. Предложеніе оканчивать роды съ помощью влагалищнаго или брюшнаго кесарскаго сѣченія до сихъ

порь не находить большого распространія. При влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи есть опасность сильнаго кровоточенія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ плацента прикрѣплена на передней стѣнкѣ въ области разрѣза; брюшное кесарское сѣченіе очень серьезная операція, которая можетъ быть сдѣлана только въ случаяхъ чистыхъ и не подозрительныхъ въ смыслѣ инфекціи, также при доношенномъ плодѣ и у необезкровленныхъ женщинъ.

Кровоточеніе изъ матки послѣ рожденія ребенка хорошо останавливается **тампонаціей матки** и влагалища; при большихъ же разрывахъ шейки необходимо немедленное наложеніе швовъ. Въ крайнихъ случаяхъ можетъ быть полезно временное прижатіе аорты при помощи эластическаго жгута по способу Момбурга. Острое малокровіе, развившееся послѣ значительныхъ кровоточеній, требуетъ немедленнаго лѣченія. Женщину слѣдуетъ положить такъ, чтобы голова ея лежала низко, а ноги были приподняты; затѣмъ нужно закрыть ее теплыми одѣялами и грѣлками. Подъ кожу слѣдуетъ впрыскивать кофеинъ, эфиръ или камфору. Для возбужденія дѣятельности сердца особенно полезно подкожное вливаніе фізіологическаго (0,6%) обезпложеннаго теплаго раствора поваренной соли отъ 500 до 1000 граммъ. Однако, при очень большой потерѣ крови, и такія вливанія могутъ оказаться недѣйствительными.

Несмотря на всѣ предложенные способы окончанія родовъ до сихъ поръ смертность матерей, особенно въ зависимости отъ остраго малокровія, высока, а именно 8,05%, а смертность дѣтей доходитъ до 54,12% (на 5615 случаевъ). Эта и послѣдующая статистика была приведена въ 1913 году на Лондонскомъ международномъ конгрессѣ. Разрывъ пузыря далъ 0,9% смертности матерей и 25% дѣтей. Наилучшіе результаты получаются отъ этого способа, такъ какъ онъ примѣняется въ легкихъ случаяхъ, при краевомъ предлежаніи.

Способъ поворота по Брактонъ-Гиксу далъ 7,8% смертности матерей, при 73,7% смертности дѣтей, а метрейризъ—6,5% смертности матерей и 45,4% смертности дѣтей. Такимъ образомъ при первомъ способѣ получается очень много мертвыхъ дѣтей.

Насильственное родоразрѣшеніе, такъ называемое *accouchement forcé*, дало 42,2% смертности матерей.

При влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи (159 случ.) смертность матерей—11,3%, а смертность дѣтей—21,7%; при брюшномъ кесарскомъ сѣченіи (146 случ.) смертность матерей—8,9% и смертность дѣтей—30%.

Для тампонаціи влагалища нѣтъ точныхъ данныхъ, такъ какъ къ ней прибѣгаютъ большею частію, какъ къ временной мѣрѣ для перевозки больной въ благоустроенный родильный домъ, и очень рѣдко она примѣняется безъ другихъ мѣропріятій. Во всякомъ случаѣ тампонъ не долженъ оставаться долго (часовъ 10), иначе онъ легко можетъ послужить причиной инфекціи.

Пузырчатый заносъ. (Mola hydatidosa.)

Пузырчатый заносъ, состоящій въ своеобразномъ измѣненіи ворсинокъ хоріона, встрѣчается рѣдко. Причины его происхожденія до сихъ поръ неизвѣстны. Это заболѣваніе плоднаго яйца можетъ иногда повлечь за собою опасное заболѣваніе матери.

Пузырный заносъ, выраженный въ сильной степени, выполняетъ всю полость беременной матки, при чемъ плодъ обыкновенно погибаетъ. Такъ какъ пузырный заносъ развивается въ ранніе мѣсяцы беременности, то дѣтское мѣсто не образуется. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣваніе не поражаетъ всей ворсистой оболочки, а только часть ея; тогда часть плаценты остается здоровой, и плодъ можетъ продолжать развиваться.

Пузырный заносъ состоитъ изъ большого количества пузырей разныхъ размѣровъ, начиная отъ хлѣбнаго зерна до грецкаго орѣха. Пузырьки эти наполнены свѣтлой, большею частью прозрачной, жидкостью и соединены между собою стебельками, состоящими изъ ворсистой оболочки. По виду пузырный заносъ сраганиваются виноградной кистью; но въ дѣйствительности пузырьки соединены непосредственно между собою стебельками. Пузырьки представляютъ изъ себя перерожденные ворсинки хоріона. Прежде полагали, что при этомъ заболѣваніи происходитъ размноженіе ядеръ и клѣтокъ, а также накопленіе слизи въ самой стромѣ ворсинъ. Въ настоящее время взгляды на заносъ, какъ на миксому, оставлены. Позднѣйшія изслѣдованія указываютъ, что вначалѣ происходитъ неправильное разрастаніе двухъ слоевъ, покрывающихъ ворсы (синцитія и слоя Лангганса), а затѣмъ уже въ разрастаніи принимаетъ участіе и строма ворсѣ. Пузырьки образуются вслѣдствіе отека (слизистаго) набуханія разросшейся соединительной ткани ворсѣ. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ разрастающіяся ворсинки начинаютъ проникать въ глубокіе слои запоздалой оболочки (*dec. serotina*), въ мышечный слой матки и доходятъ до серознаго покрова, а иногда вѣдряются въ просвѣтъ венечныхъ сосудовъ. Такой заносъ носитъ названіе **разъѣдающаго** (*mola destruens*) (рис. 70).

Пузырный заносъ можетъ повести къ другому, довольно рѣдкому и опасному заболѣванію—злокачественному новообразованію матки.

Прежде такія новообразованія назывались децидуомами (*decidua malignum*), въ послѣднее время они получили болѣе правильное названіе *chorion-epithelioma*. Эти злокачественныя опухоли имѣютъ эпителиальный характеръ и происходятъ, повидимому, вслѣдствіе патологическаго разрастанія клѣтокъ Лангганса и синцитія ворсистой оболочки. *Chorion-epithelioma* растетъ чрезвычайно быстро, при чемъ появляются маточныя кровотеченія, бѣли, иногда лихорадка; эта опухоль даетъ метастазы въ различные органы, которые быстро ведутъ къ роковому исходу. Такія же злокачественныя новообразованія могутъ развиваться также послѣ выкидыша,

послѣ правильныхъ срочныхъ родовъ и послѣ трубной беременности; въ случаяхъ продолжительныхъ кровотеченій нужно всегда имѣть въ виду хоріонэпителиому.

Теченіе пузырнаго заноса характеризуется повторными кровотечениями и быстрымъ увеличеніемъ матки, не соотвѣствующимъ

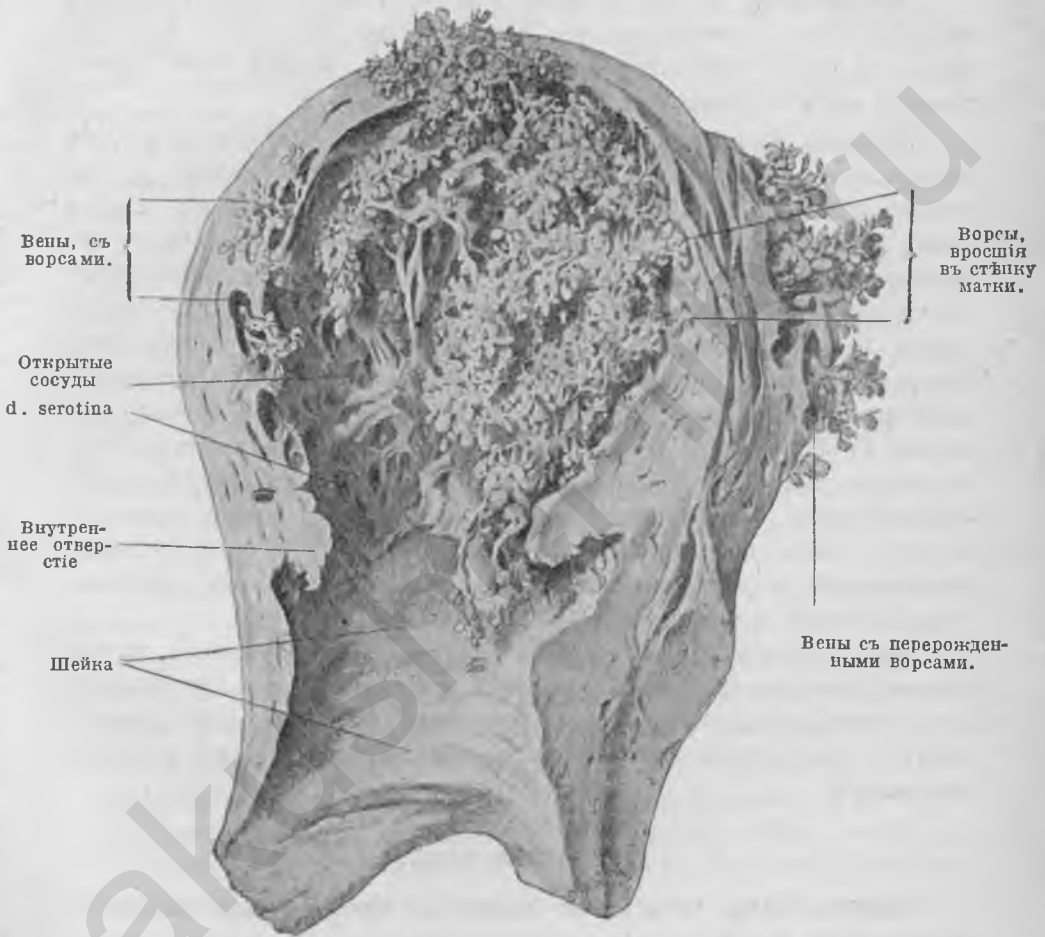


Рис. 70.

Матка съ разрушительнымъ пузырнымъ заносомъ. (Препаратъ клиники въ Галле.)

сроку беременности. вмѣстѣ съ кровью изъ матки временами выходятъ части пузырнаго заноса. Вслѣдствіе кровотеченій общее состояніе ухудшается, и появляются признаки малокровія. Изгнаніе пузырнаго заноса происходитъ большею частью на 4—5 мѣсяцѣ беременности; къ этому времени величина матки можетъ достигнуть размѣровъ матки, беременной на послѣднемъ мѣсяцѣ.

Признаки пузырьного заноса: быстрое увеличеніе матки не соотвѣтственно сроку беременности, напряженіе стѣнокъ матки и отсутствіе зыбленія, а также невозможность опупать части плода и прослушать его сердцебіеніе. Распознаваніе становится несомнѣннымъ, когда изъ матки выходятъ части заноса.

Предсказаніе нельзя назвать благопріятнымъ, такъ какъ пузырьный заносъ можетъ принять разрушающій характеръ или повлечь за собою развитіе chorion-epithelioma. Кромѣ того кровотеченія могутъ вызвать значительное малокровіе.

Лѣченіе. Нужно ограничить кровотеченіе и вызвать раскрытіе шейки матки; для этого назначаютъ горячія спринцеванія, а еще лучше—дѣлаютъ тампонацію влагалища. Если тампонація влагалища не вызываетъ маточныхъ сокращеній и послѣдующаго изгнанія заноса, а кровотеченіе все продолжается, то необходимо раскрыть шейку матки съ помощью расширителей или гутталерчеваго баллона, введеннаго въ матку (метрейриза), и затѣмъ постараться пальцами удалить части пузырьнаго заноса. Съ помощью кюретки можно лучше очистить стѣнки матки, но примѣнять ее нужно съ большой осторожностью, такъ какъ въ случаяхъ разѣдающаго заноса легко можно произвести прободеніе измѣненной стѣнки матки. Послѣ удаленія пузырьнаго заноса нужно затампонировать полость матки, а внутрь давать спорынью и ея препараты. Промываній полости матки лучше не дѣлать; слѣдуетъ вытирать стѣнки матки іодистой настойкой.

При подозрѣніи на хоріонэпителиому выскабливаніе матки должно производиться съ величайшей осторожностью во избѣжаніе метастазовъ, сопровождающихся ознобами и повышеніемъ температуры. Въ случаѣ несомнѣннаго діагноза необходимо удалить всю матку.

Водянка яйца.

Водянка яйца, чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости (hydramnion) встрѣчается не часто. Количество околоплодной жидкости въ нормальныхъ случаяхъ не превышаетъ 1—1½ литровъ; въ случаяхъ рѣзко выраженнаго многоводія оно достигаетъ 10—15 литровъ. Различаютъ острое многоводіе, при которомъ количество жидкости увеличивается очень быстро, и постепенное накопленіе водъ.

Причины многоводія до сихъ поръ недостаточно выяснены. Незарощеніе сосудовъ Юнгблота считается одной изъ причинъ. Нерѣдко многоводіе наблюдается при уродствахъ плода (haemise-

phalia, spina bifida), при суженіяхъ пупочной вены, а также при беременности двойнями, происходящими изъ одного яйца. Заболѣванія матери, какъ на примѣръ разстройство ея кровообращенія, обыкновенно не сопровождаются многоводіемъ.

Вслѣдствіе накопленія водъ объемъ матки значительно увеличивается, и вмѣстѣ съ тѣмъ растягиваются брюшныя покровы. Появляются отеки ногъ, наружныхъ половыхъ частей и брюшныхъ покрововъ; развивается одышка, и начинаются боли въ поясницѣ и внизу живота. Роды большею частью наступаютъ раньше срока. Положеніе плода нерѣдко неправильное. Періодъ раскрытія во время родовъ бываетъ продолжительнымъ, что зависитъ отъ слабости сокращеній растянутой матки. Послѣ родовъ можетъ развиваться атонія матки, сопровождающаяся кровотеченіемъ.

Распознаваніе не всегда легко. Чрезмѣрное увеличеніе живота и матки, явственнае зыбленіе въ ней, трудное прощупываніе частей плода указываютъ на многоводіе. Многоводіе можно смѣшать съ брюшной водянкой (ascites) и кистами яичника. Особенно трудно распознаваніе многоводія, развивающагося при двойняхъ только въ одномъ яйцѣ; въ этомъ случаѣ легко принять многоводіе за нормальную беременность, осложненную кистой яичника. Также извѣстны случаи, когда нормальная беременность, осложненная кистой яичника, принималась за чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости въ маткѣ.

Лѣченіе. Выкидышъ или преждевременные роды производятся только въ тѣхъ случаяхъ, когда развиваются тяжелыя явленія; въ легкихъ случаяхъ выжидаютъ конца беременности. Преждевременные роды производятъ при помощи прокола оболочекъ, при чемъ необходимо выпускать околоплодную жидкость не сразу, а постепенно, такъ какъ при быстромъ истеченіи водъ можетъ наступить преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Въ виду такой возможности раньше прокола нужно раскрыть шейку матки на 2—3 пальца. Дальнѣйшее изгнаніе плода послѣ излитія водъ можетъ окончиться самопроизвольно.

Недостатокъ околоплодной жидкости.

Слишкомъ малое количество околоплодныхъ водъ обыкновенно оказываетъ неблагопріятное вліяніе на развитіе плода. Онъ большею частью бываетъ плохо упитанъ; кромѣ того встрѣчаются искривленія ногъ, рукъ, особенно часто косолапость (pes varus et valgus); это происходитъ вслѣдствіе того, что части плода прилежатъ непосредственно къ маточной стѣнкѣ и подвергаются давленію. Малому

количеству водѣ приписывается также образование амниотическихъ т.-наз. Симонартовскихъ нитей, т.-е. сращеній частей водной оболочки, прилегающей близко къ плоду, съ его поверхностью; эти сращенія при дальнѣйшемъ ростѣ плода вытягиваются въ видѣ шнурковъ. Вслѣдствіе такихъ сращеній происходятъ различныя уродства плода и даже внутриутробная ампутація членовъ плода.

Причины недостатка плодной жидкости неизвѣстны. Роды при этой ненормальности протекають обыкновенно благополучно.

Неправильности пуповины.

Плевистое или бахромчатое прикрѣпленіе пуповины (*Insertio velamentosa*). Пуповина прикрѣпляется къ яйцевымъ оболочкамъ близко у края дѣтскаго мѣста, при чемъ пупочные сосуды, раздѣляясь на вѣтви, идутъ къ дѣтскому мѣсту между оболочками. При этой аномаліи плодъ развивается плохо и беременность прерывается раньше срока.

Распознаваніе этой неправильности до окончанія родовъ возможно только въ то время, когда часть оболочекъ, заключающая въ себѣ пупочные сосуды, вставляется во время родовъ въ маточный зѣвъ; тогда при внутреннемъ изслѣдованіи замѣчается въ оболочкахъ пульсація сосудовъ. Исходъ для плода можетъ быть неблагоприятенъ. Пупочные сосуды, находящіеся вблизи маточнаго зѣва, легко разрываются вмѣстѣ съ оболочками, вслѣдствіе чего наступаетъ кровотеченіе, отъ котораго плодъ погибаетъ. Для спасенія плода часто необходимо искусственное окончаніе родовъ; надо разорвать оболочки дальше отъ того мѣста, гдѣ находятся пупочные сосуды, и не раньше, какъ маточный зѣвъ будетъ порядочно раскрытъ. Если головка стоитъ подвижно надъ входомъ, то дѣлають поворотъ на ножку и послѣдующее извлеченіе; если головка опустилась въ тазъ, то извлекають плодъ щипцами.

Короткость пуповины. Различають абсолютную и относительную короткость пуповины. Абсолютно короткая пуповина, при которой наблюдаются серьезныя осложненія (замедленіе и болѣзненность родовъ, преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, выворотъ матки), встрѣчается очень рѣдко. Относительно короткая пуповина можетъ образоваться изъ длинной вслѣдствіе обвитія ея вокругъ плода.

Длинная пуповина можетъ обусловить также предлежаніе ея или выпаденіе во время родовъ.

Обвитіе пуповины встрѣчается нерѣдко: въ 5,6% всѣхъ родовъ (клиническая статистика С. В. Сазонова); у другихъ до 20%. Большею частію обвитіе происходитъ вокругъ шеи, при чемъ оно можетъ быть

одиночнымъ или многократнымъ; кромѣ того иногда пуповина обвивается вокругъ туловища, ручки или ножки плода. Благопріятствующимъ моментомъ, кромѣ увеличенной длины пуповины, являются повышенная подвижность плода въ маткѣ и узкій тазъ.

Распознаваніе нелегко. Болѣе или менѣе вѣроятные признаки: высокое стояніе головки въ началѣ родовъ, раннее прохожденіе водъ, затяжной характеръ родовъ, особенно въ періодѣ раскрытія, постоянная боль во время родовъ въ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, неправильные повороты головки и кровотеченіе въ періодѣ изгнанія. Распознаваніе становится наиболѣе вѣроятнымъ, если появляются безпричинные признаки внутриутробной асфиксіи плода. Вообще расстройства кровообращенія плода встрѣчаются довольно часто, но только въ рѣдкихъ случаяхъ ведутъ къ смерти плода. Въ зависимости отъ натяженія пуповины можетъ произойти частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста и даже полный разрывъ пупочнаго канатика. (Случай быстро и самопроизвольно окончившихся родовъ, бывшій у насъ въ клиникѣ). Сазоновъ не могъ подтвердить вліянія обвитія на происхожденіе неправильныхъ положеній плода.

При опасныхъ осложненіяхъ необходимо, по возможности, скорѣе окончить роды.

Предлежаніе и выпаденіе пуповины. Предлежаніемъ пуповины называется положеніе пупочнаго канатика въ цѣломъ плодномъ пузырьѣ впереди предлежащей части, а выпаденіемъ ея—выхожденіе изъ маточнаго зѣва послѣ разрыва пузыря. Выпаденіе пуповины образуется обыкновенно изъ ея предлежанія; но иногда пуповина можетъ выскользнуть изъ-за предлежащей части только послѣ излитія водъ. Выпаденіе пуповины встрѣчается при различныхъ положеніяхъ плода, но чаще бываетъ при неправильныхъ поперечныхъ положеніяхъ. Кромѣ большой длины пуповины ея выпаденію благопріятствуютъ всѣ тѣ условія, при которыхъ предлежащая часть уклоняется отъ входа въ тазъ или не выполняетъ его; такъ, оно часто встрѣчается при узкомъ тазѣ и неправильныхъ вставленіяхъ головки, а также при поперечныхъ, тазовыхъ положеніяхъ плода и при многоводіи.

Выпаденіе пуповины во время родовъ представляетъ серьезную опасность для жизни плода, особенно при головныхъ положеніяхъ его. Петля пуповины придавливается головкой плода къ стѣнкамъ таза, кровообращеніе въ ней прекращается, и ребенокъ умираетъ раньше рожденія (см. мнимая смерть плода). При предлежаніи пуповины ребенокъ не подвергается опасности до тѣхъ поръ, пока головка не вступила въ малый тазъ.

Распознаваніе выпаденія пуповины легко.

Въ случаѣ предлежанія пуповины женщина должна лежать на противоположномъ боку, при чемъ нужно стараться сохранить плодный пузырь.

Если пуповина выпала въ началѣ родовъ при маломъ раскрытіи маточнаго зѣва, надо ее вправить, для чего предложены различные репозитории, которые впрочемъ рѣдко примѣняются. Можно также воспользоваться обыкновеннымъ эластическимъ катетеромъ: черезъ катетеръ проводятъ снизу вверхъ петлю изъ тесемки, вкладываютъ выпавшую пуповину между петлей и концомъ катетера, затѣмъ петлю надѣваютъ на конецъ катетера и вводятъ его вверхъ въ полость матки. Послѣ этого роды могутъ быть предоставлены естественному теченію. При маломъ раскрытіи матки можно воспользоваться метрейризомъ, т.-е. ввести въ полость матки каучуковый баллонъ, съ помощью котораго маточный зѣвъ раскрывается. Послѣ того какъ баллонъ выйдетъ, и наступитъ полное раскрытіе, надо произвести поворотъ на ножку и приступить къ немедленному извлеченію плода.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда пуповина выпадаетъ при полномъ или почти полномъ раскрытіи зѣва, надо, по возможности, скорѣе оканчивать роды; при низкостоящей головкѣ плода умѣстно извлеченіе щипцами, а при высокой и подвижной—поворотъ на ножку съ послѣдующимъ ручнымъ извлеченіемъ.

Скручиваніе пуповины можетъ быть иногда чрезвычайно сильнымъ и встрѣчается обыкновенно у недоношенныхъ плодовъ, при чемъ скручивается весь пупочный канатикъ или только часть его. При сильномъ скручиваніи происходитъ суженіе и даже закрытіе просвѣтовъ сосудовъ. Скручиваніе пупочнаго канатика можетъ повести къ смерти плода, но оно можетъ быть также и посмертнымъ явленіемъ.

Узлы пуповины бываютъ истинные и ложные. Истинные узлы образуются или во время беременности или во время родовъ вслѣдствіе проскальзыванія плода въ петлю пуповины. Обыкновенно такіе узлы бываютъ слабо затянуты и потому не оказываютъ вліянія на жизнь плода; только крайне рѣдко они вызываютъ у негостройство кровообращенія. Ложные узлы представляютъ мѣстныя утолщенія, образуемая извитыми сосудами пупочнаго канатика, или чрезмѣрнымъ скопленіемъ Вартоновой студени. Эти узлы на плодъ вліянія не оказываютъ.

Выкидышъ. (Abortus).

Выкидышемъ называется изгнаніе плоднаго яйца въ первые 7 мѣсяцевъ беременности; рожденный въ это время плодъ нежизнеспособенъ.

Выкидышъ въ послѣднее время сталъ встрѣчаться гораздо чаще, чѣмъ раньше. По прежней статистикѣ до 1888 года въ Моск. акуш. клиникѣ раннихъ выкидышей, до 4-го мѣсяца, было 1,3%, а за послѣдніе годы процентное отношеніе къ срочнымъ родамъ гораздо больше—17%—20%. Такое увеличеніе надо отнести на счетъ большаго количества такъ-называемыхъ незаконныхъ искусственныхъ выкидышей. Однако точная статистика невозможна. Нѣкоторыя женщины даютъ неточныя свѣдѣнія по незнанію (очень ранніе выкидыши) или умышленно. Чаще всего встрѣчаются выкидыши на 2—3 мѣсяцѣ, особенно у многородящихъ и въ возрастѣ за 25 лѣтъ.

Причины выкидыша:

1) Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуетъ извѣстное **предрасположеніе** къ выкидышамъ, особенно во время ожидаемой менструаціи; также вліяютъ душевныя волненія, ношеніе тяжестей, паденіе, восхожденіе на горы, частыя половыя сношенія и т. п.

2) **Заболѣванія яйца:** пороки развитія плода, водянка яйца, перерожденіе ворсинокъ, измѣненіе сосудовъ, скручиваніе и обвитіе пуповины, пузырный заносъ.

3) **Острыя инфекціонныя заболѣванія матери:** (тифъ, воспаленіе легкаго, малярія, рожа, иногда инфлюэнца), при чемъ можетъ вліять на мать и плодъ температура, токсины или микроорганизмы, поступающіе къ плоду черезъ плаценту (напр. при тифѣ), а также геморрагической эндометритъ, развивающійся при холерѣ.

4) **Хроническія заболѣванія:** сифились, причемъ выкидышъ чаще наступаетъ на 5—7 мѣсяцѣ, болѣзни почекъ, сердца, рѣдко туберкулезъ.

5) **Заболѣванія половыхъ органовъ, бывшія раньше:** хронической эндометритъ и метритъ, неправильное положеніе матки, обращенія ея, фибромы и другія опухоли.

Но **преступный выкидышъ** встрѣчается всего чаще. Сюда надо отнести не менѣе 80% септическихъ выкидышей.

Чаще всего выкидышъ зависитъ отъ сифилиса и эндометрита.

Привычнымъ выкидышемъ называется преждевременное изгнаніе плоднаго яйца въ теченіе нѣсколькихъ беременностей приблизительно въ одно и то же время.

Выкидышь наступает или послѣ смерти плода и измѣненій, происшедшихъ въ немъ, или же непосредственно вслѣдъ за вызвавшею его причиною, причемъ плодъ родится живымъ, и само яйцо не представляетъ замѣтныхъ измѣненій.

Большею частію раньше наступленія выкидыша происходятъ кровотеченія въ оболочки яйца, особенно между отпадающей и ворсистой оболочками, вслѣдствіе чего яйцо разрушается, и плодъ умираетъ. Если кровоизліянія свѣжія, недавняго происхожденія, то яйцо носитъ названіе **кровоаноса** (*mola cruenta*). Если же кровоизліяніе въ оболочки произошло задолго до изгнанія яйца, то яйцо носитъ названіе **мясистой аноса** (*mola carnea*). Послѣдній состоитъ изъ плотныхъ, уже обезцвѣтившихся сгустковъ крови, лежащихъ въ измѣнившихся яйцевыхъ оболочкахъ, причемъ внутри находится небольшая полость водной оболочки, въ которой плода обыкновенно не находятъ. Погибшій въ первыя недѣли беременности плодъ можетъ затѣмъ совершенно раствориться въ околоплодной жидкости. Въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности, когда части плода плотнѣе, обыкновенно послѣ смерти его наступаетъ **мацерация**. При этомъ процессѣ происходитъ пропитываніе тканей плода околоплодной жидкостью и составными частями крови. Весь плодъ сплюсчивается и размягчается. Кожа его отдѣляется въ видѣ пузырей и лоскутовъ; мягкіе покровы головки пропитываются кровянистою жидкостью, черепъ представляетъ изъ себя вялый кожный мѣшокъ съ подвижными костями. Внутренніе органы также разбухаютъ и разрыхляются. Только кости противостоятъ этому процессу. Околоплодная жидкость принимаетъ грязновато-бурый цвѣтъ и получаетъ приторный, непріятный запахъ.

Эти измѣненія иногда совершаются чрезвычайно быстро послѣ смерти плода, а иногда медленно. Мацерация плода не сопровождается гніеніемъ его; послѣднее наступаетъ только при доступѣ воздуха. Чаще всего у мацерированныхъ плодовъ находятъ признаки сифилиса.

Кромѣ мацерации умершій плодъ, заключенный въ неповрежденныхъ оболочкахъ, можетъ подвергнуться еще другому процессу—сморщиванію, такъ-называемой **мумификаціи**. При этомъ околоплодная жидкость всасывается, самый плодъ подвергается высыханію, становится плотнымъ и представляетъ изъ себя **бумажный плодъ** (*foetus papiraceus*). Процессъ мумификаціи встрѣчается чаще всего при двойняхъ, когда одинъ изъ близнецовъ умираетъ.

Гніеніе умершаго плода (гнилой плодъ) наступаетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда яйцевыя оболочки разрываются, и къ плоду черезъ каналъ шейки можетъ быть доступъ воздуха и микробовъ.

Задержка мертвого плода. Мацерированный или мумифицированный плодъ при цѣлости оболочекъ можетъ оставаться довольно долгое время въ полости матки безъ особаго вреда для здоровья матери. Такіе случаи, когда плодъ послѣ смерти еще долгое время остается въ маткѣ, носятъ названіе *missed abortion* или *abortus interruptus*. Извѣстны случаи, когда рано умершій плодъ задерживается въ маткѣ даже дольше нормальнаго срока беременности; въ то время, когда наступаетъ срокъ родовъ, появляются родовыя боли, которыя не ведутъ къ изгнанію плода. Это явленіе называется несостоявшимися родами (*missed labour*). Послѣ смерти плода ворсы дѣтскаго мѣста могутъ продолжать расти. Причины такой долгой задержки мертваго плода неизвѣстны ¹⁾.

Признаки выкидыша: кровотеченіе, боли, похожія на родовыя и раскрытіе маточнаго зѣва.

Теченіе выкидыша въ первыя недѣли беременности сопровождается небольшими болями и не очень сильнымъ кровотеченіемъ; маточный зѣвъ раскрывается не широко. Кровотеченія зависятъ отъ кровоизліяній, происходящихъ въ отпадающей оболочкѣ; они могутъ продолжаться довольно долгое время раньше, чѣмъ наступитъ выкидышъ. Яйцо можетъ выйти изъ матки вмѣстѣ съ сгустками крови и остаться незамѣченнымъ. Въ такихъ случаяхъ выкидышъ принимаютъ за усиленную менструацію. Яйцо выходитъ цѣликомъ или по частямъ.

Выкидышъ на **второмъ и третьемъ мѣсяцѣ** беременности, когда уже образуется дѣтское мѣсто, сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ и довольно сильными болями. Если яйцо отдѣляется отъ матки на небольшомъ протяженіи, то кровотеченіе бываетъ не сильное, и беременность можетъ продолжаться. Если же яйцо большею частію уже отдѣлилось, то вслѣдъ за болѣе или менѣе продолжительнымъ кровотеченіемъ наступаютъ схватки, и яйцо изгоняется изъ матки въ раскрытый каналъ шейки (такъ наз. *цервикальный выкидышъ*), а затѣмъ во влагалище. Такое изгнаніе яйца можетъ произойти двумя способами: 1) **полный или односрочный**

¹⁾ Съ *missed abortion* можно смѣшать особую форму, описанную Брейсомъ подъ названіемъ: **Бугристая субхоріальная гематома** (*Mola haematomata*). При этомъ заболѣваніи вышедшее яйцо никогда не превышаетъ величины мужского кулака, несмотря на долгое отсутствіе мѣсячныхъ, зародышъ также мало развитъ по отношенію къ продолжительности беременности и къ размѣрамъ яйцевыхъ оболочекъ; самое существенное измѣненіе—образованіе гематомъ разной формы, покрытыхъ водной и ворсистой оболочками въ области плаценты или всего *chorion'a*. Матка не больше 3-хъ мѣсячной; наружнаго кровотеченія не бываетъ.

А. Э. Рейтлингеръ описалъ клиническій случай рѣдкаго сочетанія этой формы съ пузырьнымъ заносомъ.

выкидышъ,—когда яйцо отдѣляется отъ матки (рис. 71), затѣмъ подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній расширяетъ каналъ шейки (рис. 72) и выходитъ цѣликомъ изъ него вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ и оболочками. Такое теченіе—самое благопріятное. На рисункахъ 73, 74 и 75 изображены всѣ періоды выкидыша на 3-мъ мѣсяцѣ,



Рис. 71.

Выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ.

Отдѣленіе *dec. serotina* и *vera*, начало раскрытія шейки матки.

1. *Dec. serotina* и плацента. 2. *Dec. vera*. 3. *Orific. intern.* 4. *Orific. extern.* 5. Кровоизліяніе въ *dec. reflexa*.



Рис. 72.

Выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ.

Яйцо вполне отдѣлилось и опустилось въ расширенную шейку: такъ наз. цервикальный выкидышъ.

1. Полость тѣла матки. 2. *Orif. int.* 3. Зачатокъ плаценты. 4. *Dec. reflexa*. 5. *Dec. vera*. 6. *Orif. ext.* 7. Влагалище. 8. *Orif. int.*

причемъ яйцо постепенно отдѣляется отъ стѣнокъ матки, и шейка матки раскрывается.

2) **Неполный** или **двухсрочный выкидышъ**. При этомъ яйцо также сначала расширяетъ шейку, но не выходитъ цѣликомъ. Сначала разрываются плодныя оболочки, и вытекаетъ околоплодная жидкость, а затѣмъ выходитъ плодъ. Оболочки же яйца и дѣтское мѣсто остаются въ маткѣ. Черезъ болѣе или менѣе значительный промежутокъ

времени онѣ также выходятъ изъ матки; однако, нерѣдко раньше ихъ выхожденія наступаютъ осложненія: 1) Задержка оболочекъ вызываетъ обыкновенно довольно сильное **кровотеченіе**; кромѣ того вокругъ оставшихся оболочекъ можетъ скопиться свернувшаяся



Рис. 73.

**Выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ.
1-й періодъ.**

Начало отдѣленія плаценты и раскрытіе шейки.

1. Складка dec. reflexa.
- 2 и 3. Dec. vera.
4. Пполость матки.
5. Пполость яйца.
6. Верхняя часть шейки.
7. Наружное отверстіе.
8. Прикрѣпленная часть плаценты.
9. Dec. serotina.
- 10 и 11. Отдѣлившаяся часть плаценты.
12. Внутреннее отверстіе.



Рис. 74.

**Выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ.
2-й періодъ.**

Часть плаценты за исключеніемъ трубнаго угла отдѣлилась, начало отдѣленія dec. vera. Шейка матки раскрыта, и въ нее опустилась нижняя часть яйца.

1. Начало отслоенія dec. vera.
2. Пполость матки.
3. Пполость яйца.
4. Плацента еще прикрѣплена.
- 5 и 6. Отдѣлившаяся часть плаценты.
7. Внутреннее отверстіе.
8. Dec. reflexa, пропитанная кровью.
9. Наружное отверстіе.

кровь и образовать такъ-называемый **фибринозный полипъ**. 2) Другой чрезвычайно неблагоприятный исходъ неполнаго выкидыша — **гнилостное разложеніе** оставшихся частей яйца, вслѣдствіе чего можетъ наступить септицемія. Кромѣ того, послѣ сильнаго и продолжитель-

наго кровотеченія наступаетъ общее малокровіе, которое, впрочемъ, рѣдко угрожаетъ жизни матери.

Въ случаяхъ выкидыша на 4—6 мѣсяцѣ беременности кровоте-



Рис. 75.

Выкидышъ на 3-мъ мѣс. 3-й періодъ.

Отдѣлившееся яйцо вышло изъ матки, лежитъ въ шейкѣ и сводѣ влагалища и тянетъ за собою d. vena. 1. Dec. vena. 2 и 3. Полость яйца. 4. Нижняя часть яйца. 5. Полость матки. 6. Внутреннее отверстие. 7 и 8. Плацента. 9. Сводъ влагалища. 10. Оболочки яйца (reflexa, chorion, amnion), пропитанныя кровью.

ченіе бываетъ большею частію незначительнымъ. Яйцо послѣ раскрытія маточнаго зѣва выходитъ изъ матки цѣликомъ вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ. Но нерѣдко выкидышъ совершается также въ два срока: сначала проходятъ воды, затѣмъ рождается плодъ, а за нимъ выходитъ дѣтское мѣсто съ оболочками. Послѣдъ можетъ задержаться въ полости матки въ теченіе долгаго времени послѣ выхожденія плода. Мы извѣстны случаи задержанія послѣда въ маткѣ въ теченіе 34-хъ дней послѣ 4-хъ мѣсячнаго выкидыша. Такое долгое пребываніе послѣда не сопровождалось никакими осложненіями, кромѣ незначительныхъ періодическихъ кровотеченій. Послѣдъ вышелъ произвольно.

Распознаваніе выкидыша довольно легко. Если послѣ задержки регулъ наступаетъ кровотеченіе, сопровождающееся болями въ поясницѣ и внизу живота, то и безъ комбинированнаго изслѣдованія съ большою вѣроятностію можно предположить наступающій выкидышъ. При изслѣдованіи находятъ увеличенную разрыхленную матку, укороченную шейку матки и открытый наружный зѣвъ; иногда и внутреннее отверстіе также открыто, и черезъ него можно ввести въ матку палецъ и ощупать части яйца.

Начинающійся выкидышъ можно смѣшать съ полипомъ, находящимся въ шейкѣ беременной матки. Иногда трудно бываетъ опре-

дѣлать, вышло ли изъ матки все яйцо, или части его задержались; на неполный выкидышъ указываютъ продолжающіяся кровотеченія и раскрытiе канала шейки.

Предсказанiе при выкидышѣ нельзя назвать благопрiятнымъ. Кромѣ малокровiя, зависящаго отъ большой потери крови, женщинѣ угрожаетъ опасность зараженiя. Послѣ выкидышей нерѣдко развивается эндометритъ. Если эндометритъ принимаетъ хроническое теченiе, онъ вызываетъ бѣли и кровотеченiя, которыя ведутъ къ истощенiю организма. Эндометритъ септического происхожденiя ведетъ часто къ смертельному исходу. Продолжительное и временами сильное кровотеченiе послѣ выкидыша можетъ указывать на развитiе злокачественной опухоли, т. наз. chorionepithelioma (стр. 170).

Лѣченiе выкидыша въ первые мѣсяцы беременности. При лѣченiи выкидыша необходимо строгое соблюденiе правилъ обеззараживанiя. Если яйцо вышло цѣликомъ, то женщинѣ назначаютъ покойное положенiе въ постели въ теченiе нѣсколькихъ дней и при плохомъ сокращенiи матки назначаютъ спорынью или эрготинъ. Если выкидышъ только начинается, кровотеченiе не сильное, и наружный зѣвъ закрытъ, то надо стараться сохранить беременность. Для этого женщина должна лечь въ постель; назначаютъ Extr. fluid. Viburni prunifolii по 20 капель 3—4 раза въ день и суппозиторiи изъ опiя. Спринцеванiя влагалища и тампонацiя его не должны примѣняться. Въ случаяхъ значительнаго кровотеченiя, когда нѣтъ надежды на сохраненiе беременности, при закрытомъ или мало открытомъ маточномъ зѣвѣ нужно произвести съ помощью зеркала плотную тампонацiю влагалища асептической марлей. Предварительно наружные половые органы должны быть тщательно вымыты, и влагалище промыто обеззараживающимъ растворомъ (1/2% лизоля или 1‰ сулемы). Тампонацiя влагалища останавливаетъ кровотеченiе и вызываетъ сокращенiя матки, которыя способствуютъ раскрытiю маточной шейки и изгнанiю яйца изъ матки. Тампонъ оставляютъ на сутки; въ случаѣ надобности тампонацiя можетъ быть повторена. Послѣ удаленiя тампона иногда во влагалищѣ находятъ яйцо, цѣликомъ вышедшее изъ матки; въ другихъ случаяхъ маточный зѣвъ оказывается раскрытымъ настолько, что черезъ него можно ввести палецъ въ матку и удалить яйцо. Если яйцо отдѣлилось отъ матки и вступило въ каналъ шейки, то его можно выдавить. Съ этою цѣлью двумя пальцами одной руки, введенными во влагалище въ заднiй сводъ, надавливаютъ на нижнiй сегментъ матки, а другой рукой черезъ брюшные покровы одновременно надавливаютъ на матку. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда каналъ шейки достаточно открытъ, надо ввести въ матку палецъ и, дойдя до дна ея, отдѣлить тѣ части

яйца, которыя еще находятся въ связи съ ея стѣнками. (Рис. 76.) Иногда пальцемъ трудно бываетъ отдѣлить разросшуюся отпадающую оболочку; тогда производятъ осторожное выскабливаніе стѣнокъ матки съ помощью кюретки. Если остатки яйца подверглись гнилостному разложенію, или если есть вѣроятность зараженія, то закрытую шейку матки немедленно расширяютъ съ помощью расширителей, затѣмъ удаляютъ части плоднаго яйца, промываютъ полость матки, смазываютъ стѣнки матки іодистой настойкой и тампонируютъ полость матки.

Эти же мѣры примѣняютъ въ случаяхъ долгаго задержанія оболочекъ и образованія полипа.

Въ послѣднее время сторонники консервативнаго лѣченія въ



Рис. 76.

Отдѣленіе пальцемъ яйца при выкидышѣ на 2-мъ мѣсяцѣ.

случаяхъ септического зараженія избѣгаютъ удаленія частей яйца, особенно съ помощью выскабливанія, изъ боязни дальнѣйшаго распространенія инфекціи по сосудамъ. Однако такой выжидательный образъ дѣйствія не можетъ быть безусловно принятъ, и осторожное удаленіе остатковъ яйца часто сопровождается хорошимъ исходомъ.

Лѣченіе выкидыша въ болѣе поздніе мѣсяцы. Тампонація влагалища и въ этихъ случаяхъ способствуетъ остановкѣ кровотока и раскрытію маточной шейки. Однако, для скорѣйшаго раскрытія шейки и остановки кровотечения можно ввести въ матку небольшой каучуковый баллонъ. Никогда не слѣдуетъ приступать къ уда-

ленію плода при маломъ раскрытіи шейки, такъ какъ при этомъ части плода легко открываются; удаленіе оторвавшейся головки плода, оболочекъ и дѣтскаго мѣста можетъ представить большія затрудненія.

Лѣченіе привычнаго выкидыша (*abortus habitus*) производится сообразно вызывающей его причинѣ. Назначаютъ покойное положеніе въ постели въ тѣ мѣсяцы, когда обычно раньше наступалъ выкидышъ. Необходимо противосифилитическое лѣченіе въ случаѣ указаній на сифились. При заболѣваніяхъ эндометрія должно быть примѣнено соотвѣтствующее лѣченіе до наступленія беременности.

Преждевременные роды.

Преждевременными родами называются роды, наступившіе по истеченіи 28 недѣль беременности; плодъ, родившійся послѣ этого времени, можетъ продолжать жить и считается жизнеспособнымъ.

Причины преждевременныхъ родовъ тѣ же, какія вызываютъ выкидышъ.

Въ однихъ случаяхъ плодъ рождается живымъ; въ другихъ случаяхъ раньше наступленія преждевременныхъ родовъ плодъ умираетъ, подвергается мацерации, и затѣмъ черезъ нѣкоторое время наступаютъ роды.

При преждевременныхъ родахъ кровотеченія обыкновенно не бываетъ, оно появляется только въ случаѣ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Теченіе родовъ обыкновенно ничѣмъ не отличается отъ теченія срочныхъ родовъ; подъ вліяніемъ родовыхъ болей маточный зѣвъ раскрывается, происходитъ разрывъ плоднаго пузыря, затѣмъ родится плодъ, и черезъ нѣкоторое время выходитъ дѣтское мѣсто съ оболочками. Ягодичное или поперечное положеніе плода встрѣчается чаще, чѣмъ при срочныхъ родахъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ выходитъ сразу все яйцо вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ и оболочками, въ которыхъ заключенъ плодъ. (Запоздалый разрывъ плоднаго пузыря.) Теченіе родовъ иногда бываетъ длительнымъ вслѣдствіе слабости сокращенія матки; дѣтское мѣсто также нерѣдко задерживается въ маткѣ долго послѣ рожденія плода. Теченіе послѣродового періода часто сопровождается различными осложненіями, что иногда зависитъ отъ тѣхъ заболѣваній, которыя обуславливаютъ прекращеніе беременности.

При правильномъ теченіи родовъ примѣняются тѣ же пособія, какія и при срочныхъ родахъ. Въ началѣ періода раскрытія матки тампонація влагалища или введеніе каучуковаго баллона въ матку (метрейризь) лучше всего останавливаютъ кровотеченіе и способ-

ствуютъ быстрому раскрытію шейки. Вообще метрейризы примѣняется тамъ, гдѣ нужно ускорить роды, какъ, напр., при раннемъ разрывѣ пузыря, преждевременномъ отдѣленіи плаценты и гнило-стномъ разложеніи плода.

Въ случаѣ неправильнаго положенія плода нужно измѣнить его въ правильное.

Дѣти, родившіяся живыми раньше 32 недѣль, могутъ жить, но часто умираютъ вслѣдствіе малой жизнеспособности. Поэтому они требуютъ особенно тщательнаго ухода, правильнаго кормленія и содержанія въ теплѣ. Для послѣдней цѣли употребляютъ различныя грѣлки, въ которыхъ поддерживается, по возможности, постоянная температура. Недоношенныя дѣти часто не могутъ сосать; поэтому приходится ихъ кормить съ ложечки молокомъ, которое предварительно выжимается изъ груди. При хорошемъ уходѣ остаются въ живыхъ даже дѣти, рожденныя раньше 32 недѣль, имѣющія вѣсъ 1000 граммъ.

Смерть матери во время беременности и родовъ.

Смерть беременныхъ и роженицъ можетъ зависѣть отъ болѣзней сердца и легкихъ, ухудшающихся во время беременности и родовъ, отъ другихъ общихъ острыхъ заболѣваній, отъ эклампсіи, апоплексіи, разрыва матки. Кромѣ того смерть можетъ произойти вслѣдствіе остраго малокровія при предлежаніи дѣтскаго мѣста или преждевременномъ отдѣленіи его. **Внезапная** смерть во время родовъ или вскорѣ послѣ нихъ наступаетъ вслѣдствіе вхожденія воздуха въ вены матки, а черезъ нихъ въ нижнюю полую вену и въ сердце (воздушная эмболія). Вхожденіе воздуха можетъ произойти при предлежаніи дѣтскаго мѣста и особенно послѣ неосторожныхъ спринцеваній, при чемъ вмѣстѣ съ водой въ половые органы входитъ воздухъ, находившійся въ трубкѣ или наконечникѣ; поэтому нужно вводить во влагалище наконечникъ послѣ того, какъ изъ него будетъ выпущенъ воздухъ.

Вскорѣ послѣ смерти матери плодъ также умираетъ. Чѣмъ быстрѣ наступаетъ смерть матери, тѣмъ скорѣе прекращается и жизнь плода; при продолжительной агоніи ребенокъ можетъ погибнуть раньше, чѣмъ наступитъ смерть матери. Для спасенія ребенка нужно дѣлать немедленно кесарское сѣченіе, при чемъ между смертью матери и операціей должно пройти не болѣе 10—15 минутъ. Даже на мертвой кесарское сѣченіе должно производиться съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ обеззараживанія, такъ какъ нужно принимать въ расчетъ возможность оперированія на мнимоумершей. Осо-

бенно нужна осторожность при кесарскомъ сѣченіи, если женщина находится только въ агоніи.

Послѣ смерти роженицы, черезъ нѣсколько часовъ или дней можетъ произойти рожденіе мертваго ребенка вмѣстѣ съ послѣдомъ (роды въ гробу). Такіе роды могутъ зависѣть отъ давленія развивающихся гнилостныхъ газовъ, а также отъ посмертныхъ маточныхъ сокращеній.

Патологія родовъ.

Патологическое теченіе родовъ вызываютъ слѣдующія причины:

- 1) Неправильность изгоняющихъ силъ, т.-е. сокращеній матки и брюшного пресса.
- 2) Препятствія со стороны мягкихъ родовыхъ путей (шейки матки, влагалища, дна таза) и со стороны таза.
- 3) Препятствія со стороны плода вслѣдствіе его величины, уродствъ и неправильнаго положенія.
- 4) Неправильное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста и преждевременное его отдѣленіе.

Перечисленныя неправильности могутъ вызвать серьезныя уклоненія отъ нормальнаго теченія родовъ, которыя могутъ угрожать жизни матери и плода.

Неправильность изгоняющихъ силъ.

1) **Слабость схватокъ** бываетъ первичная и вторичная. **Первичная** слабость схватокъ выражается тѣмъ, что съ самаго начала родовъ сокращенія матки слабы, промежутки между болями больше; вслѣдствіе этого періодъ раскрытія шейки матки, а затѣмъ періодъ изгнанія замедляются, и продолжительность родовъ увеличивается. **Первичная** слабость схватокъ бываетъ у слабыхъ истощенныхъ, а также ожирѣвшихъ женщинъ, у часто и много рожавшихъ, при чрезмѣрномъ растяженіи матки (двойни, очень большой ребенокъ, многоводіе), при міомахъ и воспалительныхъ измѣненіяхъ матки, а также при сильно наполненныхъ мочевомъ пузырьѣ и кишкахъ. Слабость потугъ бываетъ часто **относительной**, т.-е. онѣ слабы по отношенію къ тому сопротивленію, которое имъ нужно преодолѣть, какъ, напр. бываетъ при ригидности, плохой растяжимости шейки матки и вообще мягкихъ родовыхъ путей или при узкомъ тазѣ.

Вторичная слабость потугъ обыкновенно наблюдается во второмъ періодѣ родовъ, въ періодѣ изгнанія плода. Въ этихъ случаяхъ въ періодѣ раскрытія дѣятельность сокращеній матки бываетъ вполне

удовлетворительной, но послѣ полного раскрытія зѣва маточныя сокращенія ослабѣваютъ, или вовсе прекращаются, и дѣйствіе брюшнаго пресса не наступаетъ; такимъ образомъ подлежащая часть плода не совершаетъ поступательнаго движенія. Такая вторичная слабость потугъ встрѣчается нерѣдко у первородящихъ въ пожиломъ возрастѣ, а также и у многородящихъ при отвисломъ животѣ, растяженіи брюшныхъ стѣнокъ и расхожденіи прямыхъ брюшныхъ мышцъ.

Первичная слабость во время открытія зѣва при цѣлости плоднаго пузыря ведетъ къ тому, что роды замедляются, и роженица къ концу родовъ можетъ ослабѣть. Слабость потугъ въ періодѣ изгнанія можетъ быть опасной какъ для матери, такъ и для плода. Опасность для матери заключается въ томъ, что мягкія части подвергаются продолжительному давленію, а иногда и ущемленію, что можетъ повести къ послѣдующему ихъ омертвѣнію. Плодъ при замедленіи періода изгнанія послѣ прохожденія водъ подвергается опасности асфиксіи, такъ какъ наступаютъ разстройства его кровообращенія.

Слабость маточныхъ сокращеній, продолжающаяся и послѣ рожденія ребенка, можетъ быть роковою для родильницы: вслѣдствіе вялости (атоніи) матки появляется сильное послѣродовое кровотеченіе, которое при отсутствіи надлежащей помощи ведетъ къ смерти матери.

Леченіе первичныхъ слабыхъ родовыхъ болей должно быть направлено на производящую причину. Нужно позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки. Иногда роженица должна вставать съ постели и ходить, что способствуетъ болѣе сильнымъ сокращеніямъ матки; иногда же при общей слабости нужно назначить покойное положеніе, возбуждающія средства (вино, кофеинъ). Влагалищныя спринцеванія выше 30° Р и общія ванны въ 28° Р въ нѣкоторыхъ случаяхъ усиливаютъ дѣятельность матки. Лучшимъ средствомъ для усиленія родовыхъ болей и скорѣйшаго раскрытія маточнаго зѣва надо признать введеніе каучуковыхъ расширителей въ матку (**метрейризь**), особенно при раннемъ излитіи водъ. Этотъ способъ гораздо дѣйствительнѣе введенія бука въ матку.

Разрывъ оболочекъ можетъ также оказаться полезнымъ, особенно при многоводіи, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда оболочки плохо отдѣляются и не образуютъ плоднаго пузыря. Но разрывъ плоднаго пузыря не всегда усиливаетъ сокращеніе матки; проколъ оболочекъ, сдѣланный въ началѣ родовъ при маломъ раскрытіи маточнаго зѣва, часто замедляетъ періодъ раскрытія. Разрывъ пузыря можетъ быть произведенъ безъ вредныхъ послѣдствій при достаточномъ раскрытіи маточнаго зѣва (не менѣе, какъ пальца на три), при про-

дольномъ положеніи плода и при плотно установившейся въ тазу подлежащей части.

Въ случаѣ вторичной слабости потугъ, наступающей уже послѣ излитія водъ въ періодѣ изгнанія, можно извлечь головку щипцами, или прибѣгнуть въ **выжиманію** плода, или предварительно впрыснуть подъ кожу **вытяжку мозгового придатка**. **Выжиманіе** плода съ успѣхомъ примѣняется во время начавшагося врѣзыванія или прорѣзыванія подлежащей части, а особенно въ случаяхъ замедленнаго прорѣзыванія плечиковъ; при чувствительности и неподатливости брюшныхъ покрововъ оно не сопровождается успѣхомъ.

Выжиманіе плода (по Кристеллеру) совершается слѣдующимъ образомъ: акушеръ становится сбоку роженицы, обхватываетъ черезъ брюшные покровы дно матки обѣими руками такъ, чтобы большіе пальцы лежали на передней поверхности матки, а остальные—на днѣ и задней поверхности, и во время потуги производитъ давленіе на матку по направленію оси таза; если потугъ нѣтъ, или онѣ рѣдки, то для вызванія ихъ производятъ растираніе брюшныхъ покрововъ.

Вытяжки изъ задней части придатка мозга (*glandula pituitaria s. hypophysis cerebri*) получили за послѣднее время довольно широкое распространеніе, какъ надежное средство для усиленія родовой дѣятельности. Наилучшимъ—по моимъ наблюденіямъ—является **Ju-fundin (Vaporole)** фирмы Burroughs Wellcome, затѣмъ Pituitrin и нѣкоторые другіе препараты, примѣняемые въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній.

Наиболѣе удовлетворительные результаты отъ этихъ препаратовъ получаютъ во второмъ періодѣ родовъ и въ концѣ періода раскрытія, когда и слѣдуетъ главнымъ образомъ ихъ примѣнять. Противопоказаніемъ къ назначенію препаратовъ мозгового придатка могутъ быть болѣзни сердца, кровеносной системы, а также почекъ. Впрочемъ нѣкоторые примѣняли ихъ съ успѣхомъ при эклампсиі. Неумѣстно примѣненіе вытяжекъ при значительныхъ рубцовыхъ суженіяхъ мягкихъ родовыхъ путей и при суженіяхъ таза. На плодъ вытяжка мозгового придатка дурного дѣйствія не оказываетъ за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ. Рѣдко отмѣчались осложненія: спазматическія и даже тетаническія боли и вторичная послѣродовая атонія матки.

Впрочемъ необходима еще дальнѣйшая клиническая и экспериментальная разработка. П. К. Унтиловъ на изолированной маткѣ кролика нашелъ, что подъ вліяніемъ питуитрина волны сокращеній выражены рѣзче, а промежутки меньше, но самыя сокращенія не теряютъ своего характера.

Спорнью и ея препараты не слѣдуетъ употреблять въ первые два періода родовъ, такъ какъ они вызываютъ тетаническое сокращеніе матки, которое препятствуетъ изгнанію младенца; кромѣ того, они ограничиваютъ кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ, что ведетъ къ асфиксиі плода.

2) **Слишкомъ сильныя потуги** способствуютъ быстрому окончанію родовъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ вызывать неблагопріятныя осложненія. Причины сильныхъ потугъ неизвѣстны; онѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ развиваются подѣ влияніемъ сильного сопротивленія, какъ напр., при узкомъ тазѣ. Быстрое окончаніе родовъ зависитъ не только отъ силы потугъ, но и отъ небольшого сопротивленія: такъ, при небольшомъ ребенкѣ, широкомъ тазѣ и растяжимости мягкихъ частей, роды оканчиваются скоро, даже несмотря на умѣренные сокращенія матки.

Къ вреднымъ послѣдствіямъ быстрыхъ родовъ для матери надо отнести разрывы шейки матки, влагалища и промежности. Кроме того, вслѣдствіе частыхъ болей и быстрого опорожненія матки можетъ наступить глубокой обморокъ. Опасность для ребенка является въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина родитъ, стоя: можетъ произойти разрывъ пуповины и поврежденіе плода при паденіи его на полъ.

При сильныхъ потугахъ роженица должна лежать въ постели въ положеніи на боку. Въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица приходитъ въ состояніе сильного возбужденія вслѣдствіе постоянныхъ болей и полного отсутствія отдыха, приходится прибѣгать къ наркотическимъ (хлороформъ, впрыскиваніе морфія).

3) **Судорожныя потуги** могутъ распространяться на всю матку или только на нижній сегментъ ея и наружный зѣвъ.

Общія судорожныя сокращенія матки во время родовъ могутъ быть вызваны спорынѣй, горячими спринцеваніями влагалища, частыми и грубыми изслѣдованіями.

Каждое сокращеніе матки чрезвычайно болѣзненно, продолжается долго, и промежутки между болями бываютъ очень короткими. Матка вполнѣ не расслабляется, находится постоянно въ напряженномъ состояніи, и такимъ образомъ развивается столбнякъ ея (*tetanus uberi*). Тогда роды не подвигаются впередъ, плацентарное кровообращеніе подѣ влияніемъ повышеннаго давленія въ маткѣ разстраивается, и жизнь плода подвергается опасности. Общее состояніе роженицы также ухудшается: температура повышается, пульсъ учащается, роженица становится безпокойной.

Частичныя судорожныя сокращенія шейки матки въ періодѣ раскрытія сопровождаются мучительными болями въ крестцѣ; при этомъ края маточнаго зѣва сильно напряжены и не расслабляются во время короткихъ промежутковъ между сокращеніями матки. Несмотря на сильныя боли, шейка матки нисколько не раскрывается; общее состояніе роженицы становится возбужденнымъ. Такое судорожное сокращеніе маточнаго зѣва почти исключительно встрѣчается у родящихъ въ первый разъ и зависитъ обыкновенно отъ механи-

ческаго раздраженія шейки, особенно послѣ частыхъ изслѣдованій.

Общія и частичныя судорожныя сокращенія всего лучше уступаютъ дѣйствию глубокаго хлороформнаго наркоза; въ легкихъ случаяхъ полезны небольшія клизмы изъ 10—15 капель настойки опія (t-ra opii simpl.) или подкожныя впрыскиванія морфія (0,01—0,015). Всякія изслѣдованія и попытки введенія руки въ матку должны быть оставлены до тѣхъ поръ, пока не наступитъ полное расслабленіе матки.

Препятствія для родоразрѣшенія со стороны мягкихъ частей родового пути.

1. Суженія шейки матки могутъ быть или въ видѣ рубцоваго стеноза ея, или въ видѣ склеиванія наружнаго маточнаго зѣва.

Рубцовыя суженія шейки происходятъ послѣ язвенныхъ процессовъ, бывшихъ въ предшествовавшемъ родильномъ періодѣ, послѣ неудачныхъ операцій на влагалищной части матки (ампутаціи и клиновиднаго иссѣченія), а также послѣ сильныхъ прижиганій ея. Эти суженія обыкновенно ограничиваются маточнымъ зѣвомъ, причемъ заращеніе можетъ быть полнымъ и неполнымъ. При полномъ закрытіи канала шейки (атрезія) беременность не можетъ наступить. Поэтому полное закрытіе происходитъ послѣ начала беременности вслѣдствіе сильнаго и продолжительнаго язвеннаго катарра шейки.

Если суженный маточный зѣвъ, несмотря на сильныя схватки, не раскрывается, необходимо произвести расширеніе его; при ограниченномъ развитіи рубцовой ткани удастся расширить зѣвъ съ помощью расширителей Хегара. Въ рѣдкихъ случаяхъ можно произвести разсѣченіе поверхностныхъ рубцовъ съ помощью ножа.

Склеиваніе наружнаго отверстія (conglutinatio orificii externi) отличается отъ истиннаго рубцоваго суженія отсутствіемъ рубцовой ткани. Причины такого склеиванія точно неизвѣстны. Вѣроятно, настоящаго склеиванія не происходитъ, а существуетъ только неподатливость краевъ отверстія. Вслѣдствіе плотности краевъ маточнаго зѣва остальная влагалищная часть шейки, представляющая меньшее сопротивленіе, растягивается и истончается, а зѣвъ не раскрывается. При этомъ истонченная шейка такъ тѣсно прилегаетъ къ подлежащей части, что при изслѣдованіи кажется, что подлежащая часть покрыта только оболочками. Отыскать наружное отверстіе матки часто бываетъ очень трудно; однако во всѣхъ случаяхъ удавалось въ теченіе родовъ съ помощью пальца или зеркала найти небольшое углубленіе, указывающее на мѣсто, гдѣ находится наружное

отверстіе. Найденное отверстие расширяютъ съ помощью зонда или пальца.

Кромѣ склеиванія краевъ зѣва, раскрытіе его можетъ замедлиться вслѣдствіе плотнаго прилеганія оболочекъ къ нижнему сегменту матки, отъ чего плодный пузырь не образуется. Въ этихъ случаяхъ надо отдѣлить оболочки пальцемъ или зондомъ.

Препятствіемъ для раскрытія шейки матки можетъ быть еще **ригидность** ея, встрѣчающаяся при гипертрофіи шейки и хроническомъ ея воспаленіи.

2. **Суженія влагалища**, врожденныя или пріобрѣтеныя, также составляютъ препятствіе для родовъ. Пріобрѣтеныя суженія чаще всего называются воспалительными процессами и послѣдующимъ образованіемъ рубцовъ въ предшествовавшемъ послѣродовомъ періодѣ. Нерѣдко такія суженія рукава осложняются рубцовыми суженіями шейки. Рубцовыя суженія влагалища, препятствующія окончанію родовъ, должны быть устранены; иногда можно еще до родовъ произвести изсѣченіе рубца. (Случай оперированный мною.) А. И. Балашовъ собралъ клиническіе случаи и высказывается за вызываніе рубца у беременныхъ.

При **врожденныхъ суженіяхъ** рукава, иногда даже рѣзко выраженныхъ, можно ограничиться только выжиданіемъ, такъ какъ подъ вліяніемъ родовой дѣятельности нерѣдко можетъ произойти полное расширеніе суженнаго мѣста. Въ другихъ случаяхъ расширеніе суженнаго мѣста легко производится при помощи растяженія пальцами, расширителями или кольпейринтеромъ. Если же перепонка толста, плотна, и отверстие въ ней очень мало—нужно прибѣгнуть къ разрѣзу. Разрѣзъ долженъ быть произведенъ съ большою осторожностью, чтобы не повредить сосѣднихъ органовъ—мочевого канала, пузыря, прямой кишки, а также подлежащей части плода. Послѣ разрѣза роды могутъ быть предоставлены силамъ природы, но чаще приходится извлекать плодъ щипцами, а иногда даже производить перфорацию головки мертваго плода.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ **обширныя пріобрѣтеныя рубцовыя суженія** влагалища или шейки матки, разрѣзы могутъ быть опасны; поэтому для сохраненія жизни матери и плода слѣдуетъ окончить роды съ помощью кесарскаго сѣченія (консервативнаго или по Рого); при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи надо позаботиться о достаточномъ стогѣ послѣродовыхъ очищеній.

3. **Плотная дѣвственная плева** у первороженицъ можетъ представлять нѣкоторое препятствіе изгнанію плода; для устраненія его нужно сдѣлать крестообразный разрѣзъ плевы въ то время, когда, головка подъ вліяніемъ потугъ уже начинаетъ напирать на нее.

4. **Ракъ шейки матки** можетъ препятствовать раскрытію маточнаго зѣва; послѣднее совершается послѣ разрывовъ шейки, сопровождающихся сильнымъ кровотеченіемъ. Однако, если новообразование захватываетъ не всю шейку, то зѣвъ можетъ удовлетворительно раскрыться на счетъ здоровой части, и тогда роды могутъ окончиться *per vias naturales*. Если же ракъ захватываетъ всю влагалищную часть шейки матки, то не слѣдуетъ дожидаться раскрытія зѣва или расширять шейку при помощи разрѣзовъ, а нужно приступить къ кесарскому сѣченію.

Въ запущенныхъ случаяхъ рака кесарское сѣченіе производится для спасенія плода. Если возможно удалить все новообразование, слѣдуетъ послѣ родовъ или велѣдь за кесарскимъ сѣченіемъ вырѣзать матку. Кесарское сѣченіе можно произвести и черезъ влагалище, затѣмъ извлечь плодъ и удалить всю матку.

5. **Фибромы матки**, находящаяся въ верхней ея части, не служатъ препятствіемъ для родовъ; послѣдніе могутъ окончиться благопріятно для матери и плода безъ всякаго оперативнаго пособія. Иногда только наблюдается слабость родовыхъ болей и продолжительность родовъ. Препятствіе для родовъ представляютъ **низко-сидящія фибромы**, особенно фибромы шейки, а также подбрюшинныя опухоли, смѣстившіяся въ тазъ. Впрочемъ, при небольшихъ низкосидящихъ опухоляхъ, загораживающихъ малый тазъ, роды, предоставленные силамъ природы, могутъ окончиться благополучно. Такой благопріятный исходъ родовъ зависитъ или отъ сжимаемости опухоли, или отъ сильнаго сжатія черепа плода послѣ его смерти, или отъ самопроизвольнаго поднятія фибромы въ концѣ перваго или въ началѣ втораго періода родовъ. Такое поднятіе опухоли происходитъ вмѣстѣ съ растяженіемъ нижняго сегмента во время раскрытія шейки.

Во время родовъ слѣдуетъ испробовать осторожно поднять опухоль вверхъ изъ малаго таза; послѣ отхожденія опухоли кверху роды могутъ окончиться самопроизвольно. Иногда можно окончить роды съ помощью щипцовъ или поворота на ножку; выборъ операціи зависитъ отъ условій, благопріятныхъ для той или другой операціи. Перфорация головки и эмбриотомія показаны при мертвомъ плодѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда фибромы оставляютъ мало свободнаго мѣста въ тазу и не могутъ быть вправлены или удалены черезъ влагалище, надо произвести кесарское сѣченіе, извлечь плодъ и затѣмъ удалить опухоль или всю матку вмѣстѣ съ опухолью. Такое кесарское сѣченіе съ удаленіемъ одной фибромы было произведено мною съ успѣхомъ.

6. **Кисты яичника**. Роды при существованіи небольшой кисты

могутъ окончиться благополучно. Кисты, опустившіяся въ тазъ, представляютъ препятствіе для вступленія подлежащей части, вельдствіе чего происходятъ осложненія, опасныя для матери и плода; возможенъ разрывъ кисты. Во время родовъ можно попытаться осторожно поднять опухоль изъ таза. Если это не удастся, то дѣлаютъ проколъ или разрѣзъ опухоли черезъ сводъ; но лучше произвести полное удаленіе опухоли, если можно—черезъ влагалище. Въ другихъ случаяхъ для окончанія родовъ необходимо произвести кесарское сѣченіе и тотчасъ же удалить кисту.

7. **Болѣе рѣдкія осложненія, представляющія препятствія для родоразрѣшенія.** Кисты и эхинококки влагалища, камни мочевого пузыря, ракъ прямой кишки, окаменѣвшій плодъ послѣ вѣнчаточной беременности. Для устраненія этихъ препятствій производятъ вправленіе, проколъ, удаленіе опухоли, а иногда даже кесарское сѣченіе.

Узкіе тазы.

Къ узкимъ тазамъ относятся такіе тазы, у которыхъ хотя одинъ какой-либо размѣръ укороченъ болѣе, чѣмъ на 2 см., сравнительно съ нормальнымъ размѣромъ; чаще всего бываетъ укороченъ прямой размѣръ входа въ тазъ (истинная конъюгата). Нѣкоторые считаютъ узкимъ даже такой тазъ, истинная конъюгата котораго равна 10 см. Узкій тазъ встрѣчается нерѣдко. Въ Московской клиникѣ отношеніе узкаго таза къ нормальному въ среднемъ составляетъ 20%, но затрудненія при родахъ встрѣчаются только приблизительно въ 20% случаевъ всѣхъ суженныхъ тазовъ.

Всѣ узкіе тазы можно раздѣлить на двѣ группы: 1) **Равномѣрно** суженные тазы, въ которыхъ всѣ размѣры таза укорочены, при чемъ взаимное отношеніе размѣровъ таза мало или совсѣмъ не измѣнено. 2) **Неравномѣрно** суженные тазы, въ которыхъ измѣнена нормальная форма, и отношеніе размѣровъ нарушено. Къ первой группѣ принадлежатъ обще-равномѣрно суженные тазы, а ко второй—остальные: плоскіе, остеомалатическіе, косые, поперечно-суженные, спондилолистетическіе, и тазы съ опухолями.

Чаще всего встрѣчаются слѣдующія формы узкаго таза: обще-равномѣрно-суженные тазы, рахитическіе плоскіе, просто плоскіе и обще-суженные плоскіе.

Общесуженные тазы.

Эти тазы дѣлятся на чисто-общесуженные (*pelvis aequabiliter justo minor*), дѣтскіе (*pelvis infantilis*) и тазы карлицъ (*pelvis nana*).

Чисто-общесуженные тазы нерѣдко встрѣчаются у женщинъ

роста ниже средняго, но иногда и при хорошемъ ростѣ. Такой тазъ имѣетъ нормальную форму, при чемъ все размѣры во всехъ частяхъ таза укорочены равномерно. Однако, укороченіе каждаго размѣра большею частью не бываютъ больше 3 см.

Дѣтскіе тазы бываютъ обыкновенно у женщинъ, имѣющихъ видъ ребенка, недостаточно развитыхъ въ общемъ физическомъ отношеніи, съ недоразвитыми половыми органами. Причина ихъ происхожденія—замедленное развитіе или остановка роста всего организма, но главнымъ образомъ тазовыхъ костей въ дѣтскомъ возрастѣ. Дѣтскій тазъ отличается тонкостью костей, узостью и прямолинейностью крестца, высокимъ стояніемъ мыса; равномерность укороченія всехъ размѣровъ не такъ рѣзко выражена, какъ при чисто-общесуженныхъ тазахъ: поперечные размѣры укорочены больше прямыхъ, поэтому входъ таза круглый, а не поперечно-овальный.

Тазъ карлицъ близко подходитъ къ дѣтскому тазу; въ немъ также кости таза тонки, и на мѣстѣ ихъ соединенія находится тонкій слой хряща, все размѣры таза значительно укорочены, но не всегда равномерно. Общее суженіе можетъ достигать болѣе сильной степени, чѣмъ въ другихъ общесуженныхъ тазахъ. Причины неизвѣстны. Предполагають врожденный рахитъ или измѣненія роста хряща (chondro—dystrophia foetalis). Такія карлицы отличаются чрезвычайной короткостью ногъ.

Кромѣ этихъ трехъ формъ обще-суженнаго таза, сюда относятъ еще мужской или воронко-образный тазъ, въ которомъ все размѣры укорочены, но особенно уменьшены размѣры выхода таза. Такой тазъ встрѣчается у женщинъ хорошаго роста и тѣлосложенія. Форма таза приближается къ мужскому: лонная дуга узка, крестецъ тоже узокъ, мысъ стоитъ высоко, бугры сѣдалищныхъ костей сближены, а полость таза имѣетъ видъ воронки, обращенный узкимъ концомъ книзу. Этотъ тазъ можно отнести къ тазамъ поперечно-суженнымъ въ выходѣ. При значительномъ суженіи выхода таза головка плода, опустившись въ полость таза, не можетъ подвигаться впередъ. Роды при умѣренномъ суженіи таза могутъ окончиться самопроизвольно, но иногда необходимо излеченіе при помощи щипцовъ и даже перфорацин.

Плоско-суженные тазы.

Плоско-суженные тазы (pelvis plana) дѣлятся на простые плоскіе и рахитическіе плоскіе.

Простой плоскій тазъ характеризуется тѣмъ, что вся крестцовая кость подалась впередъ и вдвинута глубоко между подвздошными костями, но не повернута около своей поперечной оси, какъ

въ рахитическомъ плоскомъ тазу. Вслѣдствіе такого приближенія крестца къ лонному соединенію укорочены все прямые размѣры таза, а особенно прямой размѣръ входа (конъюгата); поперечные же и косые размѣры таза нормальны. Прямой размѣръ входа въ тазъ крайне рѣдко бываетъ меньше 8 см. Причину происхожденія плоскихъ тазовъ считаютъ непосильное пошеніе тяжестей дѣвочками въ раннемъ возрастѣ, вслѣдствіе чего крестецъ вдвигается между подвздошными костями. Простые плоскіе тазы встрѣчаются нѣ-

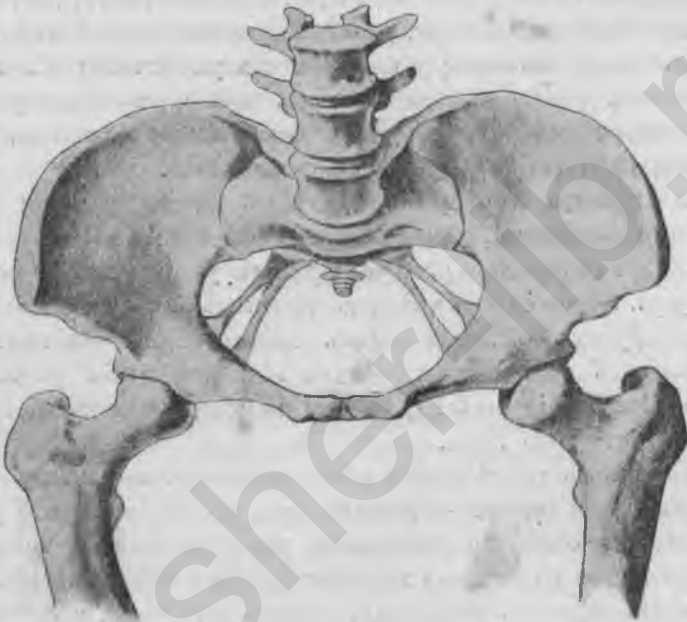


Рис. 77.

сколько чаще, чѣмъ рахитическіе плоскіе; но возможно, что въ образованіи простыхъ плоскихъ тазовъ играетъ роль слабо выраженное заболѣваніе рахитомъ. Общее тѣлосложеніе женщинъ ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго; крестецъ и остальные кости таза не измѣняютъ ни своей формы, ни своего строенія; также и наружные размѣры таза мало измѣнены; только выступающая крестцовая кость при внутреннемъ изслѣдованіи указываетъ на суженіе таза.

Плоскій рахитическій тазъ (рис. 77) отличается отъ простаго плоскаго таза тѣмъ, что суженіе прямого размѣра выражено главнымъ образомъ только во входѣ въ тазъ; прямые же размѣры полости и выхода нормальны и даже увеличены. Такое соотношеніе прямыхъ размѣровъ таза зависитъ отъ того, что не весь крестецъ вдвинутъ въ малый тазъ, какъ въ простомъ плоскомъ тазу, а только его верх-

няя часть, такъ что крестецъ какъ бы повернуть около своей поперечной оси. Самая форма крестца также измѣнена; онъ «уплощенъ, укороченъ, утонченъ, и какъ бы уширенъ». Въ рѣдкихъ случаяхъ образуется второй или ложный мысъ въ мѣстѣ соединенія 1-го и 2-го крестцовыхъ позвонковъ вслѣдствіе отсутствія окостѣлѣнія. Въ нѣкоторыхъ рахитическихъ тазахъ нижняя часть крестца вмѣстѣ съ кончикомъ загнута впередъ въ видѣ крючка, вслѣдствіе чего прямой размѣръ выхода таза уменьшается. Другое существенное измѣненіе бываетъ въ безыменныхъ костяхъ; гребешки подвздошныхъ костей не имѣютъ нормальной вогнутости, вслѣдствіе чего разстояніе между передне-верхними костями оказывается равнымъ разстоянію между гребешками. Особенно рѣзко укорочена *pars ilaca* полукружной линіи, что является характернымъ признакомъ рахитической безымянной кости. Сѣдалищные бугры отклонены кнаружи, вслѣдствіе чего лобковая дуга становится шире, и поперечный размѣръ выхода въ тазъ увеличивается.

Вообще, рахитическій тазъ представляется уплощеннымъ и низкимъ. Распознаваніе его основывается главнымъ образомъ на слѣдующихъ признакахъ: сильно выдающійся и низко стоящій мысъ, увеличеніе разстоянія между передне-верхними остями (разстояніе *sp. ant. sup.* бываетъ равнымъ, или даже большимъ, чѣмъ разстояніе *cris. oss. ilei*), укороченіе разстоянія между задними верхними остями и расширеніе поперечнаго размѣра выхода таза.

Измѣненія рахитическаго таза объяснялись прежде главнымъ образомъ съ помощью механической теоріи, которая главное вліяніе приписывала тяжести туловища въ первые годы жизни ребенка. Вслѣдствіе мягкости и податливости костей и хрящей въ зависимости отъ рахита давленіе туловища отбѣсняетъ крестецъ книзу и впередъ, при чемъ верхняя часть его смѣщается впередъ, а нижняя отступаетъ назадъ; такимъ образомъ крестецъ повертывается около своей поперечной оси. Крестцовая кость, подавшись впередъ, натягиваетъ *lig. ileo-sacralia*; поэтому *spin. post. sup. oss. ilei* сближаются и выступаютъ надъ задней поверхностью крестца. Одновременно передняя часть тазоваго кольца вслѣдствіе натяженія заднихъ связокъ растягивается, и подвздошныя кости расходятся въ стороны; такимъ образомъ разстояніе между передними верхними остями (*sp. ant. sup.*) увеличивается, а между гребешками уменьшается. При сидячемъ положеніи ребенка давленіе туловища, передаваясь на размягченныя сѣдалищныя бугры, отклоняетъ ихъ кнаружи, вслѣдствіе чего лобковая дуга растягивается. Такимъ же вліяніемъ объяснялся и загибъ кончика внутрь въ видѣ крючка.

За послѣднее время существуетъ другая теорія, объясняющая

уплощеніе таза главнымъ образомъ нарушеніемъ правильнаго роста костей, въ особенности подвздошной; при этомъ существенное значеніе приписывается размягченію кости, расслабленію и смѣщенію тазовыхъ сочлененій, особенно крестцовоподвздошныхъ; тяжести же туловища и другимъ механическимъ моментамъ отводится второстепенное мѣсто.

У женщинъ съ рахитическимъ тазомъ, кромѣ небольшого роста и слабого тѣлосложенія, нерѣдко можно отмѣтить слѣды перенесеннаго въ дѣтствѣ рахита и на другихъ костяхъ: куриная грудь, рахитическія четки на ребрахъ, саблевидное искривленіе нижнихъ конечностей, утолщеніе эпифизовъ костей, широкій лобъ и углубленіе на мѣстѣ большого родничка.

Обще-суженный плоскій тазъ отличается тѣмъ, что въ немъ всѣ размѣры таза укорочены, но главнымъ образомъ уменьшенъ прямой размѣръ входа въ тазъ (конъюгата). Происхожденіе такого таза можно объяснить заболѣваніемъ рахитомъ такой дѣвочки, у которой безъ рахита развился бы простой обще-суженный тазъ. Эти тазы встрѣчаются у женщинъ небольшого роста. Самый тазъ малъ, представляетъ характерныя особенности рахитическаго таза; размѣры ср. ил. и ср. ил. уменьшены, но разница между ними не велика, прямой размѣръ входа значительно укороченъ по отношенію къ другимъ, менѣе укороченнымъ размѣрамъ.

Отличаютъ еще церахитическую форму обще-суженнаго плоскаго таза, при которой также укорочены всѣ размѣры таза, при чемъ болѣе всего укороченъ прямой размѣръ тазоваго входа; распознаваніе этой очень рѣдкой формы трудно.

Остеомалятическая тазъ.

Остеомалятическіе или мягкостные тазы происходятъ вслѣдствіе заболѣванія остеомаляціей, проявляющейся въ своеобразномъ измѣненіи костей не только таза, но и всего скелета. Остеомаляція развивается всего чаще у женщинъ во время беременности, сплываетъ послѣ родовъ и вновь появляется съ болѣею силой при слѣдующей беременности. Беременныхъ въ первый разъ это заболѣваніе поражаетъ крайне рѣдко; такъ же рѣдко оно бываетъ и у женщинъ, никогда не родившихъ. Остеомаляція въ нѣкоторыхъ странахъ встрѣчается довольно часто и особенно по берегамъ большихъ рѣкъ: Рейна, Дуная, По. Въ Россіи опубликовано 71 случай остеомаляціи, развившейся во время беременности, при чемъ оказывается, что она часто встрѣчается у жительницъ Кавказа, Поволожья и особенно у татарокъ.

Причины происхожденія этого страданія до сихъ поръ неизвѣстны. Плохія гигиеническія условія жизни, несомнѣнно, играютъ роль въ происхоженіи болѣзни. Гипотезъ для объясненія патогенеза остеомалачіи было предложено много. Такъ, одни предполагали, что размягченіе костей и всасываніе изъ нихъ извести во время беременности зависитъ отъ усиленнаго потребленія известковыхъ солей плодомъ; другіе указывали на уменьшеніе щелочности крови; третьи видѣли причину въ микробѣ нитрификаціи. Фелингъ (Fehling) предложилъ теорію, получившую большое распространеніе. Онъ обратилъ вниманіе на излѣченіе остеомалачіи послѣ оскопленія и считаетъ остеомалачію за трофоневрозъ костной системы, зависящей отъ болѣзненной дѣятельности яичниковъ. Вѣроятно, болѣзнь происходитъ отъ заболѣванія крови влѣдствіе нарушенія внутренней секреторной дѣятельности яичниковъ.



Рис. 78.

При остеомалачіи со стороны костнаго мозга и гаверсовыхъ каналовъ происходитъ постепенное исчезаніе изъ костей солей извести, при чемъ въ костяхъ остается только тонкій корковый слой; такія кости очень хрупки и легко ломаются (*osteomalacia fracturosa*). Впослѣдствіи при размягченіи этого коркового слоя кости становятся мягкими и гибкими, какъ воскъ (*osteomalacia cerea*). Размягченіе костей происходитъ не только въ костяхъ таза,—одновременно происходятъ измѣненія въ длинныхъ трубчатыхъ костяхъ, въ грудной клѣткѣ и въ позвоночникѣ, который дугообразно искривляется. Ростъ больной уменьшается, нерѣдко происходятъ полные переломы или надломы костей.

Остеомалачію вначалѣ часто смѣшиваютъ съ ревматизмомъ или заболѣваніемъ спиннаго мозга. При распознаваніи слѣдуетъ обращать вниманіе на чувствительность костей таза и реберъ при давленіи, на тяжесть въ ногахъ, дрожаніе мышцъ, парезы сгибателей и приводящихъ мышцъ бедра.

Въ случаяхъ выраженной остеомалачіи женщины не могутъ передвигаться и должны лежать въ постели влѣдствіе болей и по-

датливости костей. Внимательное обследование таза часто помогает решить, съ чѣмъ имѣешь дѣло. Тазъ суживается въ поперечномъ размѣрѣ вслѣдствіе давленія на него бедеръ, при чемъ вѣтви лонныхъ костей сближаются и образуютъ вмѣстѣ съ лоннымъ соединеніемъ клювовидную форму передней стѣнки таза (рис. 78). Сѣдалищные бугры также сближаются и могутъ даже соприкасаться



Рис. 79.

другъ съ другомъ. Такимъ образомъ получается суженіе во всѣхъ поперечныхъ размѣрахъ таза. Но и прямой размѣръ тоже укорачивается вслѣдствіе отъиспненія крестца впередъ въ полость таза, что происходитъ отъ давленія тяжести туловища (рис. 79). Нижний конецъ крестца загибается впередъ. При сильномъ измѣненіи таза полость его можетъ отсутствовать, и тазъ представляется сжавшимся.

Для остеомалитического таза характерно: клювовидная форма

лоннаго соединенія, сближеніе сѣдалищныхъ бугровъ, укороченіе всѣхъ размѣровъ таза, особенно поперечныхъ, а также низкое стояніе мыса крестцовой кости.

Для остеомалитического таза характерно: клювовидная форма лоннаго соединенія, сближеніе сѣдалищныхъ бугровъ, укороченіе всѣхъ размѣровъ таза, особенно поперечныхъ, а также низкое стояніе мыса крестцовой кости.

Надо отличать ложно-остеомалитическій тазъ, который образуется вслѣдствіе рахитическихъ измѣненій. Такой тазъ отличается отъ настоящаго остеомалитическаго тѣмъ, что разстояніе между spin. anter. sup. увеличено, и подвздошныя кости въ немъ не загнуты внутрь.

Большія размягченіемъ костей погибають или отъ послѣдствій трудныхъ родовъ или отъ кахексіи.

Ухудшеніе процесса остеомаліаціи при беременности даетъ поводъ къ искусственному ея прерыванію въ любой мѣсяцъ беременности, при чемъ показаніемъ служить не суженіе таза, а самый процессъ. Предварительно совѣтують испытать дѣйствіе фосфора.

Въ послѣднее время особеннымъ вниманіемъ пользуется лѣченіе адрепаліномъ: впрыскиваніе отъ 1/2—1 см. 10%-го раствора 1—2 раза въ день съ переры-

вомъ въ 2—4 дня послѣ 10-дневнаго лѣченія. Это лѣченіе между прочимъ основано на опытахъ надъ животными, у которыхъ послѣ экстирпаціи лѣваго надпочечника развивалась картина остеомаляціи съ фосфатуріей. Однако кастрація все-таки представляется наиболѣе надежнымъ средствомъ, послѣ котораго рецидивы болѣзни наступаютъ крайне рѣдко.

Даже при значительномъ суженіи таза роды могутъ окончиться благопріятно для матери и плода вслѣдствіе растяжимости мягкихъ костей таза. Изслѣдованіемъ подѣ наркозомъ можно убѣдиться въ растяжимости таза. Но на растяжимость таза далеко не всегда можно рассчитывать. При хрупкости костей таза кесарское сѣченіе показано даже при не абсолютно суженномъ тазѣ, причемъ вслѣдъ за кесарскимъ сѣченіемъ слѣдуетъ удалять яичники, такъ какъ послѣ оскпленія процессъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ стихаетъ. Такъ, 4 больныхъ послѣ надвлагалищнаго удаленія матки и придатковъ, произведеннаго мѣою въ Моск. акушерской клиникѣ, совершенно поправились.

Косо-суженные тазы.

Сюда относятся: анкилотическій тазъ, или тазъ Негеле (Naegele), коксалгическій и сколіотическій.

Анкилотическій тазъ Негеле (рис. 80) отличается отсутствіемъ или недоразвитіемъ крыла крестцовой кости и анкилозомъ крестцово-подвздошнаго сочлененія съ одной стороны. Отсутствие крыла крестцовой кости происходитъ вслѣдствіе первичнаго недоразвитія его въ утробной жизни плода. Оно можетъ также зависѣть отъ хроническаго воспаленія въ крестцовоподвздошномъ сочлененіи, бывшаго въ раннемъ дѣтствѣ. Во всякомъ случаѣ въ такихъ тазaxъ обыкновенно образуется анкилозъ крестцовоподвздошнаго сочлененія.



Рис. 80.

Такой анкилотическій тазъ имѣетъ слѣдующія особенности: тазъ не симметриченъ, большая половина его сужена, подвздошная кость большой стороны поднята и иногда смѣщена кзади; вертлужная впадина на большой сторонѣ стоитъ выше, чѣмъ на здоровой. Лонное соединеніе отклонено въ сторону здоровой половины таза. Безымян-

ная линия на больной сторонѣ не имѣетъ нормальной округлости и представляется выпрямленной. Форма входа въ тазъ овальная, прямые размѣры обыкновенно нормальны, поперечные уменьшены, и косою размѣръ, идущій отъ здороваго крестцовоподвздошнаго сочлененія къ больной сторонѣ также короче, чѣмъ противоположный. Косые размѣры полости и выхода таза также могутъ быть значительно укорочены и повести къ рѣзкому суженію его.

Коксалгическій тазъ (рис. 81) происходитъ вслѣдствіе врожденнаго или приобрѣтеннаго односторонняго вывиха бедра, а также вслѣдствіе долго продолжавшагося коксита или перелома ноги съ



Рис. 81.

послѣдующимъ ея укороченіемъ. Измѣненія въ тазу различны и зависятъ отъ различныхъ причинъ: отъ возраста, въ которомъ развилось заболѣваніе, отъ степени подвижности тазобедреннаго сочлененія и отъ положенія больной во время болѣзни; особенное вліяніе на форму таза оказываетъ степень нарушенія дѣятельности нижней конечности.

Такимъ образомъ, если тяжесть туловища при стояніи и ходьбѣ направлена почти исключительно на здоровую конечность, получается суженіе таза въ соответствующей половинѣ таза; противоположная половина таза, на которой находится больная конечность, остается нормальной, подвздошная кость здоровой стороны стоитъ выше, во входѣ таза обыкновенно сужена здоровая, а не больная половина. Мысль повернуть къ здоровой половинѣ таза, а лонное соединеніе—въ сторону больной половины. Въ выходѣ таза сѣдалищный бугоръ здоровой половины смѣщенъ кверху и кнутри, а на больной половинѣ кпереди и нѣсколько вывороченъ кверху и кнаружи. Однако встрѣчаются исключенія изъ типичной формы таза. Такъ, напр., если при ходьбѣ употреблялась больная нога, на которую передавалось давленіе туловища, то и смѣщеніе бываетъ на больной сторонѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣти при заболѣваніяхъ тазобедреннаго сочлененія долго лежали въ постели, больная половина таза суживается вслѣдствіе атрофіи костей; при этомъ лонное соединеніе можетъ быть отклонено въ здоровую сторону.

Сколиотическій тазъ происходитъ вслѣдствіе сколіоза въ грудной части позвоночника. при чемъ поясничная часть также компенса-

21/9/2

FENTON
17b

2048
1892
1892
1892



торно искривлена. Въ сколіотическомъ тазу мысь крестца смѣщается въ сторону сколіоза, куда наклонена и вся крестцовая кость. Вертлужная впадина въ сторонѣ сколіоза немного приподнята; сѣдалищный бугоръ сплющенъ, часто смѣщенъ вверхъ и загнутъ книзку. Безымянная линія въ задней части круто изогнута, а въ передней вытянута. Лонное сочлененіе смѣщено въ сторону, противоположную сколіозу. Входъ въ малый тазъ представляется суженнымъ въ сторонѣ сколіоза, а выходъ таза расширенъ въ этой сторонѣ. Очень часто сколіотическіе тазы принимаютъ весьма разнообразныя формы въ зависимости отъ измѣненій, обусловленныхъ рахитомъ, и тогда носятъ названіе сколіозо-рахитическихъ тазовъ.

Теченіе родовъ при косьихъ тазахъ зависитъ отъ степени суженія. При небольшихъ суженіяхъ роды могутъ окончиться самопроизвольно, при чемъ головка своимъ наибольшимъ размѣромъ должна вставиться въ наибольшій косой размѣръ таза. При значительномъ суженіи одной половины таза головка плода проходитъ черезъ другую половину его по тому механизму, который свойственъ общесуженному тазу, т. е. съ низко опущеннымъ малымъ родничкомъ. Если тазъ сильно суженъ, то роды могутъ быть окончены только при помощи кесареваго сѣченія.

Поперечно-суженные тазы.

Къ поперечно-суженнымъ тазамъ кромѣ описаннаго воронкообразнаго принадлежатъ кифотическій тазъ и тазъ Роберта. Остеомалягическій тазъ не можетъ быть причисленъ къ чисто поперечно-суженнымъ тазамъ.

Кифотическій тазъ. При кифозѣ въ поясничной части позвоночника тазъ представляетъ значительныя измѣненія, тогда какъ при кифозѣ грудной части позвоночника измѣненія ничтожны. Верхняя часть крестца въ кифотическомъ тазу отодвинута кзади, вследствие чего прямой размѣръ входа значительно удлиненъ; прямой размѣръ выхода не уменьшенъ. Поперечные размѣры во входѣ укорочены меньше, чѣмъ въ выходѣ таза, гдѣ разстояніе между сѣдалищными буграми бываетъ очень уменьшено. Лонная дуга имѣетъ остроугольную форму. Кифотическій тазъ представляется высокимъ. Въ нѣкоторыхъ тазахъ замѣчается ненормальная подвижность сочлененій. При кифозѣ въ крестцовой области, вследствие компенсирующаго лордоза поясничной части нижніе поясничные позвонки могутъ закрыть входъ въ тазъ; такимъ образомъ получаютъ закрытые тазы (*pelvis obtecta*).

Кифотическій тазъ распознается по кифотическимъ измѣненіямъ

позвочника и по уменьшенію поперечныхъ размѣровъ таза. При суженіи выхода таза ниже 8 см. показаны преждевременные роды. Роды при небольшихъ суженіяхъ могутъ окончиться благопріятно для матери и плода. При значительныхъ суженіяхъ таза, особенно при закрытыхъ тазахъ, можетъ понадобиться кесарское сѣченіе.

Происхожденіе измѣненій въ кифотическомъ тазѣ объясняется смѣщеніемъ центра тяжести туловища кпереди. Для того, чтобы можно было спокойно стоять или ходить, центръ тяжести долженъ перемѣститься къзади; поэтому верхняя часть туловища отклоняется назадъ, увеличивается лордозъ позвоночника и уменьшается накло-

неніе таза. Крестецъ же поворачивается такимъ образомъ что основаніе его отклоняется къзади, вслѣдствіе чего верхнія части подвздошныхъ костей расходятся, а нижнія сближаются.



Рис. 82.

Тазъ Роберта (рис. 82) впервые описанъ этимъ авторомъ и носить его имя. Это — анкилотическій поперечно-суженный тазъ, который, по своему происхожденію, похожъ на анкилотическій кососуженный тазъ и отличается отъ него тѣмъ, что въ

немъ существуетъ анкилозъ не одного, а **обоихъ** крестцовоподвздошныхъ сочлененій. Такимъ образомъ эта форма таза образуется вслѣдствіе недоразвитія **обоихъ** крыльевъ крестца съ послѣдующимъ анкилозомъ; возможна также послѣдующая атрофія крыльевъ крестца вслѣдствіе бывшаго воспаленія крестцовоподвздошныхъ сочлененій. Въ зависимости отъ узости крестца, обусловленной отсутствіемъ крыльевъ его, уменьшены всѣ поперечные размѣры таза: во входѣ, въ полости, въ выходѣ; прямые размѣры близки къ нормѣ. Самопроизвольное окончатіе родовъ при этой формѣ таза невозможно; поэтому производятъ кесарское сѣченіе. Такіе тазы крайне рѣдки.

Спондилолистетическій тазъ.

Эта форма также встрѣчается рѣдко; суженіе въ такомъ тазу зависитъ отъ соскальзыванія послѣдняго поясничнаго позвонка (spondylolisthesis) съ перваго крестцоваго, однако при соскальзываніи позвонка смѣщается только передняя его часть, т.-е. тѣло,

которое опускается въ полость таза, задняя же часть дуги остается на мѣстѣ. Такое разъединеніе тѣла позвонка отъ дуги можетъ быть врожденнымъ или приобретеннымъ вслѣдствіе травмы (паденіе, поднятіе тяжестей) въ дѣтскомъ возрастѣ; однако существенной причиной для такого смѣщенія надо считать недостатокъ окостенѣнія въ поясничныхъ позвонкахъ. Различаютъ разныя степени смѣщенія позвонка; при первой степени соскальзыванія поясничный позвонокъ только слегка выступаетъ надъ краемъ перваго крестцоваго. При рѣзко выраженномъ соскальзываніи нижняя поверхность тѣла поясничнаго позвонка закрываетъ переднюю поверхность перваго крестцоваго позвонка, при чемъ прочіе поясничные позвонки выдаются впередъ и закрываютъ входъ въ тазъ (закрытые тазы). Дальнѣйшему соскальзыванію позвоночника препятствуетъ образованіе сплюстоза между нижней частью поясничнаго позвонка и передней поверхностью крестца.

Въ спондилолистетическомъ тазу прямой размѣръ тазоваго входа болѣе или менѣе значительно суженъ: самымъ узкимъ мѣстомъ будетъ не конъюгата, а кратчайшее разстояніе между верхнимъ краемъ лоннаго соединенія и выдающейся въ тазъ частью поясничнаго позвонка (*Conjugata pseudovera*). Отличительнымъ признакомъ спондилолистеза отъ похожаго на него пояснично-крестцоваго кифоза служить то, что боковыя массы крестца при спондилолистезѣ можно прослѣдить выше выступа и по обѣимъ сторонамъ послѣдняго поясничнаго позвонка.

Тѣлосложеніе женщины представляетъ характерныя особенности. Наклоненіе таза обыкновенно уменьшено, животъ замѣтно укороченъ, поясничная область имѣетъ сѣдловидную форму.

При значительномъ соскальзываніи производятъ искусственный выкидышъ, а во время родовъ—кесарское сѣченіе. При умѣренномъ суженіи (7—8 см.) возможны преждевременные роды. Въ случаѣ суженія отъ 8—9 см. предложено выжидать нормальнаго конца родовъ. Однако поворотъ на ножку при этой формѣ таза не рекомендуется.

Тазы при вывихахъ бедра.

Вслѣдствіе врожденнаго двухсторонняго вывиха въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ, головки бедренныхъ костей смѣщаются кзади и кверху, вслѣдствіе чего форма таза измѣняется. Образуется сильное наклоненіе таза; крестцовая кость вдается въ полость таза. Прямой размѣръ укорачивается, и тазъ становится плоскимъ; поперечные размѣры удлиняются.

Роды при такихъ тазахъ могутъ окончиться благополучно, если укороченіе прямого размѣра незначительно.

Опухоли таза.

Опухоли таза встрѣчаются нечасто. Экзостозы развиваются обыкновенно въ мѣстахъ соединенія тазовыхъ костей: въ области крестцовоподвздошныхъ сочлененій, лоннаго соединенія и у мыса. Костные разращенія рѣдко достигаютъ большихъ размѣровъ.

Изъ другихъ опухолей чаще встрѣчаются энхондромы и остеосаркомы. Фибромы проходятъ изъ надкостницы костей таза и помѣщаются на гребешкахъ подвздошной кости, хотя могутъ развиваться и въ самомъ тазу.

Раковые опухоли не развиваются первично въ костяхъ таза, а обыкновенно представляютъ изъ себя метастазы.

Опухоли таза могутъ настолько заполнить его полость, что окончаніе родовъ возможно только съ помощью прободенія головки плода (случай проф. А. М. Макѣева) или даже кесарскаго сѣченія.

Остистый тазъ.

Остистый тазъ (*pelvis spinosa* или *akanthopelys*) характеризуется присутствіемъ костныхъ заостренныхъ шиповъ или разращеній; они находятся обыкновенно на гребешкахъ лонной кости или на мѣстѣ подвздошно-лоннаго бугорка и рѣдко въ другихъ мѣстахъ. Относительно происхожденія такихъ остей мнѣнія расходятся; наиболѣе вѣроятно, что онѣ представляютъ усиленное развитіе возвышеній на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ прикрепляется *m. psoas* или *fascia iliaca*. Это предположеніе подтверждается тѣмъ, что разращенія находятся въ тѣсной органической связи съ краемъ лонной кости.

Такія ости, расположенныя у края входа въ тазъ, не служатъ обыкновенно препятствіемъ для родовъ, но могутъ во время родовъ поранить растянутой нижней отрѣзокъ матки.

Расщепленный тазъ.

Расщепленный тазъ встрѣчается крайне рѣдко. Эти тазы характеризуются: 1) врожденнымъ отсутствіемъ лоннаго соединенія и 2) расщепленіемъ передней стѣнки мочевого пузыря, вследствие чего происходитъ выворотъ пузыря. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается полное выпаденіе матки и влагалища.

Верхняя часть крестца вдается въ полость таза; поперечные размѣры увеличены. Такіе тазы относятся къ широкимъ. Роды могутъ окончиться самопроизвольно, но послѣ родовъ происходитъ обыкновенно выпаденіе матки.

Распознаваніе неправильныхъ тазовъ.

Тазоизмѣреніе.

Для распознаванія узкихъ тазовъ необходимы: разпросъ, осмотръ всего тѣла и особенно изслѣдованіе таза. При разпросѣ обращаютъ вниманіе: 1) на болѣзни дѣтскаго возраста, —рахитъ, страданія позвоночника и ногъ; 2) на теченіе предшествовавшихъ родовъ—ихъ продолжительность, оперативные приемы и исходъ для матери и плода; 3) на первые признаки, характерные для остеомаляціи.

При осмотрѣ тѣла указаніями на узкіи тазъ служатъ: небольшой ростъ, сколіотическія и кифотическія искривленія позвоночника, измѣненія нижнихъ конечностей, также походка и рахитическія или остеомалятическія измѣненія скелета.

При изслѣдованіи таза самое важное — тазоизмѣреніе. (См. стр. 53 и 57). Слѣдуетъ измѣрить тазъ во всѣхъ случаяхъ, если бы даже при разпросѣ и осмотрѣ мы не получили данныхъ, указывающихъ на узкіи тазъ.

Обыкновенно измѣряютъ слѣдующіе размѣры таза:

- 1) Разстояніе передне-верхнихъ остей подвздошныхъ костей.
- 2) Разстояніе гребешковъ подвздошныхъ костей.
- 3) Разстояніе обоихъ вертеловъ.
- 4) Наружную конъюгату или діаметръ Боделока.
- 5) Діагональную конъюгату.
- 6) Поперечный размѣръ выхода таза.
- 7) Прямой размѣръ выхода таза.

По наружнымъ измѣреніямъ нельзя сдѣлать точныхъ выводовъ о внутреннихъ размѣрахъ таза, но по отношенію отдѣльныхъ размѣровъ другъ къ другу можно судить о формѣ таза.

Для непосредственнаго измѣренія весьма важной въ практическомъ отношеніи истинной конъюгаты предложены различные инструменты, какъ-то: палочки Былицкаго и другіе, но они не могутъ замѣнить ручного способа опредѣленія діагональной конъюгаты и вычисленія по ней истинной.

При обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ всѣ размѣры равномѣрно уменьшены на нѣсколько (2—3) сантиметровъ.

При плоскомъ рахитическомъ тазѣ разница между разстояніемъ передне-верхнихъ остей и размѣромъ гребешковъ незначительна, или оба размѣра даже равны между собою; кромѣ того діагональная конъюгата значительно укорочена.

При общесуженномъ плоскомъ тазѣ всѣ размѣры уменьшены, и, кромѣ того, разница между размѣрами остей и гребешковъ меньше, чѣмъ въ нормальномъ тазу. (См. описаніе этихъ тазовъ выше).

Въ слѣдующей таблицѣ приведено типическое измѣненіе различныхъ размѣровъ въ общесуженомъ, простомъ плоскомъ, плоскомъ рахитическомъ и общесуженомъ плоскомъ тазѣ.

Размѣры таза.	Нормальный тазъ	Общеравномѣрный суженный тазъ.	Простой плоскій тазъ.	Плоскій рахитическій тазъ.	Общесуженный плоскій тазъ.
D. sp.	26	23	26	28	25
D. cr.	29	26	29	29	26
C. ext.	20	17	17	17	16
C. diag.	13	10	10	10	9
C. vcr.	11	8	8	8	7

Исслѣдованіе съ помощью рентгеновскихъ лучей еще не приспособлено для точнаго измѣренія таза; между прочимъ во время беременности и родовъ этому препятствуетъ подлежащая часть плода, закрывающая входъ въ тазъ.

Для распознаванія косога таза измѣряютъ слѣдующіе косые наружные размѣры таза:

- 1) Разстояніе отъ сѣдалищнаго бугра одной стороны до задней верхней ости подвздошной кости другой стороны.
- 2) Разстояніе отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка до обѣихъ передневерхнихъ остей.
- 3) Разстояніе отъ передневерхней ости одной стороны до задней верхней ости противоположной стороны.
- 4) Разстояніе отъ нижняго края лоннаго соединенія до обѣихъ заднихъ верхнихъ остей.
- 5) Разстояніе отъ вертела до задней верхней ости противоположной стороны.

Кромѣ того, нужно произвести внутреннее исслѣдованіе каждой половины таза одноименной рукой; такимъ образомъ, убѣждаются въ неравномѣрность величинъ обѣихъ половинъ таза, а также въ отклоненіи лоннаго соединенія отъ средней линіи въ ту или другую сторону.

Теченіе беременности и родовъ при узкомъ тазѣ.

Въ началѣ беременности узкій тазъ не оказываетъ вліянія на ея теченіе; только при наклоненіи матки назадъ сильно выдающійся мысъ можетъ способствовать ея ущемленію на 3—4 мѣсяцѣ. Въ концѣ беременности головка продолжаетъ оставаться высоко и подвижно надъ суженнымъ входомъ въ тазъ, вслѣдствіе чего дно матки на послѣднемъ мѣсяцѣ не опускается внизъ, а сильно наклоняется впередъ, и образуется такъ-называемый отвислый животъ (*venter propendens*), чему еще болѣе способствуетъ увеличенное на-

клоненіе таза. Высокое стояніе головки, отвислый животъ и увеличенная подвижность матки особенно характерны для узкаго таза беременныхъ въ 1-й разъ.

Неправильныя положенія плода (поперечныя и косыя, а также тазовыя, лицевыя и лобныя предлежанія) въ концѣ беременности и при родахъ встрѣчаются гораздо чаще въ зависимости отъ препятствій вставленію головки со стороны входа въ тазъ.

Во время родовъ довольно часто наблюдается преждевременное излитіе водъ вслѣдствіе того, что подлежащая часть не закрываетъ тазового входа, и воды скопляются въ передней части нузыря, растягиваютъ его и способствуютъ его разрыву. Послѣдствіемъ ранняго излитія водъ можетъ быть придавливаніе головкой краевъ маточнаго зѣва къ стѣнкамъ таза, вслѣдствіе чего схватки становятся очень болѣзненными.

Также въ зависимости отъ высокаго стоянія головки нерѣдко происходитъ **выпаденіе ручки или пуповины**, чему особенно должно благоприятствовать быстрое излитіе водъ въ большомъ количествѣ.

Роды продолжаются обыкновенно очень долго; на продолжительность ихъ теченія вліяютъ разныя причины: главнымъ образомъ механическое препятствіе со стороны стѣнокъ таза, затѣмъ неправильное вставленіе головки, раннее прохожденіе водъ, отвислость живота. Чѣмъ уже тазъ, чѣмъ больше величина плода и чѣмъ слабѣ сокращенія матки, тѣмъ дольше продолжаются роды.

а) При **абсолютномъ** суженіи таза (истинная конъюгата не превышаетъ 6 см.) роды доношеннаго плода произойти не могутъ; единственно возможнымъ способомъ родоразрѣшенія будетъ кесарское сѣченіе.

б) При **среднихъ** степеняхъ суженія (отъ 6—9 см.) роды часто оканчиваются съ помощью операций (преждевременныхъ родовъ, щипцовъ, поворота на ножку, иногда прободенія головки плода, симфизиотоміи и также кесарскаго сѣченія). Но и самопроизвольные роды могутъ иногда сопровождаться осложнениями. Самопроизвольные роды доношеннаго развитаго плода при с. в. ниже 8 см. обычно не наблюдаются.

Въ случаяхъ болѣе или менѣе значительнаго суженія таза особенно до 7½ см., предсказаніе для матери и плода неблагоприятно, если своевременно не будетъ сдѣлано кесарское сѣченіе.

Слабая родовая дѣятельность особенно дурно вліяетъ на правильное окончаніе родовъ. Кромѣ того во время родовъ могутъ встрѣтиться слѣдующія серьезныя осложненія:

1) Прижатіе мягкихъ частей (влагалища и шейки матки) между

головкой плода и стѣнками таза. Такое сильное и продолжительное давление можетъ повести къ омертвѣнію стѣнокъ влагалища и мочевого пузыря, вслѣдствіе чего въ послѣродовомъ періодѣ образуются пузырьно-влагалищные свищи. Шейка матки также можетъ быть ущемлена между головкой и тазомъ, при чемъ образуется отекъ и кровоизліяніе передней губы, и даже иногда происходитъ полное отдѣленіе ея во время родовъ или омертвѣніе послѣ родовъ. Задняя губа также можетъ пострадать отъ давленія мыса крестцовой кости.

2) Разрывы матки. Они зависятъ отъ сильнаго растяженія нижняго маточнаго сегмента; высокое стояніе контракціоннаго кольца указываетъ на опасность угрожающаго разрыва матки.

3) Поврежденія тазовыхъ сочлененій часто стоятъ въ связи съ неправильной подачей помощи.

4) *Tumpania uteri* или *physometra* происходитъ вслѣдствіе скопленія гнилостныхъ газовъ въ маткѣ. Послѣдніе развиваются въ зависимости отъ гнилостнаго разложенія плода, умершаго во время трудныхъ и долгихъ родовъ. Всасываніе гнилостныхъ веществъ можетъ повести къ тяжелому заболѣванію матери.

Кромѣ того, въ связи съ долгими родами, разстройствомъ кровообращенія въ мягкихъ родовыхъ путяхъ и различными оперативными приѣмами, легко можетъ наступить зараженіе во время родовъ, которое въ послѣродовомъ періодѣ обнаружится септическимъ заболѣваніемъ.

Жизнь младенца во время родовъ также подвергается опасности. Чаще всего смерть плода зависитъ отъ асфиксії, которая наступаетъ вслѣдствіе выпаденія пуповины, преждевременнаго излитія водъ и продолжительности родовъ. Кромѣ того, смерть плода можетъ произойти отъ давленія узкаго таза на головку при ея прохожденіи. Поврежденія головки, зависящія отъ узкаго таза, состоятъ въ трещинахъ, вдавленіяхъ и переломахъ костей черепа. Значительныя поврежденія черепа большею частью сопровождаются кровоизліяніемъ въ мозгъ, вслѣдствіе чего и наступаетъ смерть плода. Особенно опасны кровоизліянія на основаніи черепа. Кровяныя опухоли головки, состоящія изъ кровоизліянія между черепной костью и надкостницей, не представляютъ опасности для жизни плода, если одновременно не произошло внутренняго кровоизліянія между костью и твердой мозговой оболочкой. Также умѣренная конфигурація черепа не влечетъ за собой тяжелыхъ послѣдствій. Глубокія вдавленія костей желобоватой или ложкообразной формы не всегда ведутъ къ смерти плода.

в) При небольшихъ суженіяхъ таза (9—11 см.) роды большею частью оканчиваются благополучно и самопроизвольно.

Другіе раздѣляютъ узкіе тазы иначе. Такъ, **Литцманъ** отличаетъ 4 степени 1-я степень—сop. чегa не болѣе 5,5 см., т. н. абсолютное суженіе, при которомъ невозможно извлеченіе естественнымъ путемъ даже уменьшеннаго послѣ перфорачіи зрѣлаго плода, такъ какъ оно сопряжено съ большой опасностью для матери. 2-я степень с. ч. отъ 5,5—7,3; хотя при такомъ суженіи рожденіе доношеннаго, но уменьшеннаго плода возможно, однако опасно для матери; даже роды недоошеннаго живого плода мало вѣроятны и небезопасны для матери. 3-я степень отъ 7,4—8,25. Рожденіе доношеннаго живого плода возможно, но теченіе родовъ можетъ быть неправильнымъ и опаснымъ для матери и плода. 4-я степень отъ 8,25 съ переходомъ къ нормальному тазу. Роды живого доношеннаго плода болышею частью происходятъ самопроизвольно, но иногда бывають осложненія: неправильныя положенія плода, выпаденіе пуповины и пр.

Хегаръ различаетъ тоже 4 степени. При 1-й степени—ниже 7 см. нельзя ожидать ни при срочныхъ, ни при преждевременныхъ родахъ рожденія естественнымъ путемъ живого и жизнеспособнаго ребенка.

При 2-й степени отъ 7—8 см. нельзя рассчитывать на роды естественнымъ путемъ живого доношеннаго ребенка, но недоошенный жизнеспособный можетъ пройти легко.

При 3-й степени отъ 8—9 см. возможны какъ самопроизвольные, такъ и оперативные роды живого ребенка, но болѣе или менѣе часто бывають осложненія.

При 4-й степени—болыше 9 см. механическія препятствія не наблюдаются.

Конечно, всякое дѣленіе тазовъ на группы по степенямъ суженія съ цѣлью предсказанія теченія родовъ—искусственно и не можетъ быть точнымъ, такъ какъ исходъ родовъ зависитъ еще отъ величины плода и силы маточныхъ сокращеній. Кроме того при офѣнкѣ каждаго таза слѣдуетъ принимать во вниманіе не только конъюгату, но и другіе размѣры таза. Однако такое дѣленіе имѣетъ за собой то основаніе, что истинная конъюгата—есть единственный размѣръ таза, который можетъ быть опредѣленъ довольно точно.

Механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ.

При небольшихъ и среднихъ степеняхъ суженія плоскаго таза, при небольшой головкѣ плода, при хорошихъ сокращеніяхъ матки и потугахъ, роды могутъ окончиться самопроизвольно. Механизмъ прохожденія головки черезъ входъ въ тазъ будетъ значительно отличаться отъ механизма родовъ при нормальныхъ условіяхъ. **Особенности механизма родовъ при плоскомъ тазѣ слѣдующія:**

1) Происходитъ болѣе или менѣе значительное **разгибаніе головки**, вступающей своимъ прямымъ размѣромъ въ поперечный размѣръ входа въ тазъ; вслѣдствіе этого большой родничокъ опускается, а малый поднимается. Такимъ образомъ въ прямой размѣръ таза вступаетъ малый поперечный размѣръ головки (*d. bitemporalis*), а не большой поперечный (*d. biparietalis*), какъ это бываетъ при нормальныхъ родахъ. 2) Прежде опускается передняя теменная кость, а задняя остается прижатой къ мысу, причемъ стрѣловидный шовъ лежитъ ближе къ мысу; такимъ образомъ происходитъ вставленіе передней теменной кости (Негелевское боковое

наклоненіе головки). 3) Послѣ опущенія передней теменной кости начинаетъ опускаться въ полость таза задняя теменная кость, которая затѣмъ и соскальзываетъ съ мыса, причемъ стрѣловидный шовъ приближается къ лонному соединенію. Въ это время происходитъ конфигурація головки, состоящая въ захожденіи теменныхъ костей другъ за друга и въ уплощеніи задней теменной кости. 4) Въ заключеніе совершается сгибаніе головки, вслѣдствіе котораго опускается малый родничокъ. Дальнѣйшее прохожденіе головки совершается такъ же, какъ при затылочныхъ положеніяхъ въ нормальныхъ тазахъ. Описанный механизмъ родовъ объясняется слѣдующимъ образомъ:

1) Разгибаніе головки въ началѣ родовъ зависитъ оттого, что большой поперечный размѣръ, при нормальныхъ отношеніяхъ вступающій въ прямой размѣръ таза, при плоскомъ тазѣ встрѣчаетъ препятствіе, и затылокъ уже не можетъ опуститься, а отклоняется въ боковыя, болѣе просторныя части входа въ тазъ; поэтому въ дальнѣйшемъ изгоняющая сила будетъ дѣйствовать не на затылокъ, а на переднюю часть головки, вслѣдствіе чего она и опускается ниже затылка.

2) Вставленіе головки передней теменной костью объясняется отвисаніемъ живота и измѣненіемъ направленія изгоняющей силы, вслѣдствіе чего головка придавливается къ мысу крестца, и задняя теменная кость сначала отстаётъ въ своемъ поступательномъ движеніи. Послѣдующее вступленіе головки въ полость таза происходитъ большею частью медленно, сопровождается конфигураціей и соединено съ вращеніемъ ея около неподвижной точки височной области, лежащей впереди.

Въ случаяхъ уклоненій отъ такого типическаго вставленія головки, роды не могутъ окончиться благополучно. Неблагоприятныя вставленія головки слѣдующія:

1) Вставленіе задней теменной кости, причемъ стрѣловидный шовъ находится ближе къ лонному соединенію, а не къ мысу крестцовой кости; при сильной степени такого наклоненія головки можно прощупать у мыса ухо (ушное положеніе). Въ случаяхъ вставленія задней теменной кости можетъ произойти разрывъ нижняго сегмента матки, если своевременно не будутъ окончены роды.

2) Вставленіе лбомъ (лобное положеніе) происходитъ вслѣдствіе низкаго опущенія передней части головки. Роды при такомъ положеніи также не могутъ окончиться безъ помощи искусства.

Терапія родовъ при плоскомъ тазѣ зависитъ отъ степени суженія. Различаютъ три степени суженія таза.

1) При абсолютномъ суженіи единственная возможная операція—кесарское сѣченіе.

2) При средней степени сужения таза съ истинной конъюгатой— 6—9 см., примѣняются и другія операціи; уменьшеніе головки плода (перфорация), симфизеотомія, пубитомія, искусственные преждевременные роды. У женщины, имѣющей плоскій тазъ съ конъюгатой 6—7½ см., обыкновенно роды оканчиваются *per vias naturales* только съ помощью перфорации головки. Получить живого ребенка возможно, навѣрное, только послѣ кесарскаго сѣченія и иногда послѣ симфизеотоміи или пубитоміи. Эти двѣ послѣднія операціи производятся съ успѣхомъ всего чаще при конъюгатахъ 7½—8½ см. и у многородящихъ. При суженіяхъ отъ 7½—9 см. довольно хорошіе результаты въ послѣдніе мѣсяцы беременности даютъ преждевременные роды. Впрочемъ, при суженіи таза отъ 7½—9 см. даже срочные роды могутъ окончиться благополучно и самопроизвольно, но только при благоприятныхъ условіяхъ—небольшомъ плодѣ, сильныхъ родовыхъ боляхъ, хорошей конфигураціи головки и при отсутствіи другихъ осложненій. Вообще при суженіяхъ отъ 7½—9 см. нельзя навѣрное предсказать, могутъ ли роды окончиться самопроизвольно, и какая операція будетъ наиболѣе подходящей; только внимательное наблюденіе за теченіемъ родовъ покажетъ, какимъ способомъ лучше всего окончить роды, при чемъ сохраненіе здоровья и жизни матери всегда должно быть на первомъ мѣстѣ. Выжидательное веденіе родовъ особенно показано у первородящихъ, у которыхъ, въ случаѣ высокаго стоянія головки надъ входомъ во 2-мъ періодѣ родовъ, можно предложить кесарское сѣченіе при отсутствіи инфекции. Въ случаѣ же таковой или несогласія на кесарское сѣченіе, надо производить перфорацию. При повторныхъ родахъ, особенно при неблагоприятномъ вставленіи головки, иногда удается окончить роды и получить живого ребенка послѣ измененія головнаго положенія въ ножное, т.-е. послѣ поворота плода на ножку. Если же головка вступаетъ во входъ въ тазъ, то можно при надлежащихъ показаніяхъ наложить щипцы; въ случаѣ же неудачи—нужно сдѣлать перфорацию. Но никогда не слѣдуетъ накладывать щипцы на подвижную головку съ цѣлью провести ее черезъ суженный входъ таза; щипцами возможно извлечь головку плода безъ риска для него и матери только послѣ того, какъ она, по крайней мѣрѣ, большею своею частью прошла суженное мѣсто.

3) При небольшихъ суженіяхъ таза, съ конъюгатой отъ 9—11 см. въ громадномъ большинствѣ случаевъ роды оканчиваются самопроизвольно и благополучно для матери и плода, если нѣтъ другихъ осложненій: слабости потугъ, большихъ размѣровъ плода, неправильнаго его положенія, выпаденія пуповины и т. под.

Современная терапия при средних степенях сужения таза характеризуется главным образом: 1) долгим выжиданием съ целью самопроизвольнаго окончанія родовъ, 2) изгнаніемъ операціи прободенія головки живого плода, и 3) производствомъ большихъ хирургическихъ операцій: тазорасширяющихъ и кесарскаго сѣченія. Теперь принято отличать два направленія: одно—т. наз. **выжидательно-хирургическое** состоитъ въ томъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ продолжительнаго выжиданія головка не вступаетъ во входъ таза, примѣняютъ или кесарское сѣченіе—особенно у первородящихъ, или тазорасширяющія операціи у многородящихъ и при суженіяхъ болѣе 7 см. Нѣкоторые же рекомендуютъ также примѣнять и высокіе щипцы послѣ долгаго выжиданія. Другое направленіе можно назвать **профилактическимъ**, такъ какъ сторонники его кромѣ высокихъ щипцовъ часто примѣняютъ еще профилактическія операціи, т.-е. искусственные преждевременные роды и т. наз. профилактическій поворотъ. Кесарское же сѣченіе производятъ въ случаяхъ значительнаго суженія таза. Сторонники перваго направленія преимущества его видятъ въ увеличеніи числа самопроизвольныхъ родовъ и въ уменьшеніи смертности матерей и дѣтей. Однако статистическія данныя еще нельзя признать доказательными; кромѣ того такія операціи,—какъ кесарское сѣченіе, симфизиотомія и пубитомія — представляютъ очень серьезное вмѣшательство, послѣ котораго женщины должны долго лежать въ постели, а иногда вслѣдствіе наступающихъ осложненій дѣлаются даже неработоспособными. Между тѣмъ искусственные преждевременные роды представляются безопасными для матери и, произведенные при небольшихъ суженіяхъ и своевременно, сопровождаются рожденіемъ живыхъ дѣтей, которыя при надлежащемъ уходѣ умираютъ въ первый годъ жизни не чаще, чѣмъ доношенныя. Также и профилактическій поворотъ—особенно при плоскомъ тазѣ отъ 8—9 см.—у многородящихъ и при цѣлыхъ водахъ—даетъ недурные результаты: заболѣваемость матерей очень невелика, а процентъ мертвыхъ дѣтей не слишкомъ высокъ (клиническая статистика К. А. Липскаго). Такимъ образомъ надо признать, что особенно при небольшихъ суженіяхъ необходимо выжидать окончанія родовъ силами природы. Но вмѣстѣ съ тѣмъ не слѣдуетъ отказываться и отъ профилактическихъ операцій: кесарское же сѣченіе слѣдуетъ производить при болѣе значительныхъ суженіяхъ таза. Высокіе щипцы могутъ быть допустимы только для опытнаго акушера, какъ «пробная» операція передъ перфорацией живого плода. Тазорасширяющія операціи и кесарское сѣченіе, правда, даютъ намъ возможность довести выжиданіе до крайней степени, однако

возможно пропустить надлежащее время для их примѣненія, особенно въ случаяхъ внезапнаго паденія сердечной дѣятельности плода или повышения температуры матери. Прободеніе же головки живого плода далеко не всегда можетъ быть замѣнено кесарскимъ сѣченіемъ—хотя бы и внѣбрюшиннымъ—напр., при несогласіи роженицы на эту операцію или при завѣдомой инфекции. При установкѣ же показаній приходится имѣть въ виду не только степень суженія таза, но и другія условія: величину головки плода, ея конфигурацію и установку, особенности родовъ у первородящихъ, предшествовавшіе роды, время прохожденія водъ, силу сокращеній матки и т. п.

Механизмъ родовъ при общеравномѣрно-суженномъ тазѣ.

Въ началѣ родовъ головка устанавливается во входъ таза въ поперечномъ или, чаще, въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ, какъ при нормальномъ тазѣ, въ состояніи сгибанія. При дальнѣйшемъ спусканіи головки въ тазъ происходитъ усиленное сгибаніе ея, такъ что малый родничокъ стоитъ очень низко; затѣмъ онъ поворачивается, какъ при нормальныхъ родахъ, большею частію впереди и рѣдко къзади. Большой родничокъ отходитъ кверху и вовсе не прощупывается. Такимъ образомъ, характернымъ явленіемъ въ теченіи родовъ при общесуженномъ тазѣ будетъ низкое стояніе малаго родничка въ проводной линіи таза.

Теченіе родовъ большею частью медленное, но при среднихъ степеняхъ суженія таза роды могутъ окончиться самопроизвольно и благополучно. Поворота на ножку лучше не дѣлать, такъ какъ извлеченіе послѣдующей головки при этой формѣ суженія таза обыкновенно представляетъ большія затрудненія. Щипцы можно наложить при ослабленіи родовыхъ болей, но только въ томъ случаѣ, когда головка уже вступила въ выходъ или, по крайней мѣрѣ, въ полость таза. Рѣдко приходится оканчивать роды прободеніемъ головки съ послѣдующей краниоклазіей. Преждевременные роды наиболѣе умѣстны при суженіи отъ 8—9 см.

Механизмъ родовъ при общесуженномъ плоскомъ тазѣ.

Этотъ механизмъ представляется нехарактернымъ. Чѣмъ больше тазъ уплощенъ, тѣмъ болѣе механизмъ родовъ соотвѣтствуетъ механизму при плоскомъ тазѣ. Если же болѣе выражено равномѣрное укороченіе всѣхъ размѣровъ, то механизмъ родовъ больше походитъ на механизмъ при общеравномѣрно-суженномъ тазѣ. Вообще роды при такихъ тазахъ бываютъ очень трудными и обыкновенно

венно оканчиваются съ помощью различныхъ операцій. При легкихъ степеняхъ суженія производятся преждевременные роды, или срочные роды оканчиваются щипцами; при болѣе значительномъ суженіи дѣлають кесарское сѣченіе или перфорацию.

Измѣненіе формы головки при узкихъ тазахъ.

При плоскомъ тазѣ форма головки новорожденнаго представляется неправильной, скошенной въ направленіи отъ одного изъ теменныхъ бугровъ къ противоположной лобной кости; такая несимметричность головки зависитъ отъ захожденія теменныхъ костей черепа. Та теменная кость, которая была обращена впередъ, болѣе выпукла, задняя теменная кость уплощена; въ области вѣнечнаго шва находятъ слѣды отъ давленія на кожѣ въ видѣ краснаго пятна или красной полосы; иногда здѣсь наблюдаются глубокія ложкообразныя или желобоватыя вдавленія кости, зависящія отъ прижатія мысомъ.

Головка новорожденнаго при общесуженномъ тазѣ сильно вытянута въ длину, имѣетъ коническую форму съ заостреннымъ затылкомъ (сахарная голова). Обѣ теменные кости равномерно уплощены и подходятъ одна подъ другую; лобныя кости болѣе выпуклы, вслѣдствіе чего личико младенца выдается впередъ. Слѣдовъ вдавленія на головкѣ не наблюдается, какъ это бываетъ при плоскомъ тазѣ; но нерѣдко встрѣчаются кровяныя опухоли между надкостницей и черепной костью.

Неправильное образованіе плода.

Различныя уродства плода происходятъ вслѣдствіе неправильнаго образованія плода въ утробной жизни.

Нѣкоторыя уродства зависятъ отъ воспаленія водной оболочки и послѣдующаго сращенія ея съ поверхностью тѣла плода. Такимъ образомъ водная оболочка и вмѣстѣ съ нею дѣтское мѣсто можетъ прирасти къ черепу, причемъ одновременно существуетъ гѣмицефалія. Также можетъ произойти сращеніе водной оболочки съ поверхностью грудной клѣтки и образоваться эктопія сердца. Вслѣдствіе сращенія водной оболочки съ поверхностью тѣла на небольшомъ протяженіи получаютъ амніотическія или Симонартовы нити; эти нити могутъ обхватывать конечности и производить самопроизвольную ампутацію ихъ.

Другія уродства состоятъ въ недоразвитіи отдѣльныхъ частей.

Сюда относятся: *hemicephalus*, *spina bifida*, *amelus*, *labium leporinum*, *faux lupina*, *atresia ani* и многія другія.

Hemicephalus отличается отсутствіемъ черепныхъ костей, а также часто и кожныхъ покрововъ, при этомъ головной мозгъ совсѣмъ отсутствуетъ или находится въ зачаточномъ состояніи. Распознаваніе этого уродства во время родовъ, даже въ случаѣ головного положенія, не совсѣмъ легко. Нерѣдко при этомъ уродствѣ встрѣчается многоводіе. Во время родовъ извлеченіе плечиковъ можетъ быть очень труднымъ. Плодъ, родившійся съ такимъ недоразвитіемъ, не можетъ остаться въ живыхъ.

Spina bifida, встрѣчающаяся въ шейной и крестцовой части позвоночника, сопровождается выпячиваніемъ мозговыхъ оболочекъ—*meningocele*. Это уродство обыкновенно не служитъ препятствіемъ для родовъ. Дѣти съ такимъ порокомъ развитія большею частью погибаютъ: однако въ послѣднее время оперативное лѣченіе стало давать хорошіе результаты.

Amelus—уродство плода, состоящее въ отсутствіи конечностей. Отсутствие ножекъ можетъ оказаться неблагоприятнымъ для окончанія родовъ въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ показанія къ повороту на ножки; въ этихъ случаяхъ производится поворотъ на ягодицы.

Labium leporinum и **faux lupina**—заячья губа и волчья пасть. Дѣти, рожденные съ такимъ порокомъ, не могутъ хорошо сосать, и потому ихъ приходится кормить съ ложечки. Необходима операція.

Atresia ani должна быть устранена немедленно послѣ рожденія ребенка; при одновременномъ отсутствіи прямой кишки, конечно, невозможно сдѣлать заднепроходное отверстіе на нормальномъ мѣстѣ.

Закрытіе наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала состоитъ обыкновенно только въ слипаніи его и легко устраняется съ помощью тонкаго катетера.

Къ уродствамъ также относятся **сросшіяся двойни**. Наиболѣе часто встрѣчается сращеніе близнецовъ грудными клѣтками—*thoracopagus*. При этомъ видѣ двойнаго уродства роды всего лучше происходить въ тазовомъ положеніи. Въ случаѣ головного положенія для окончанія родовъ нужно сдѣлать поворотъ на всѣ четыре ножки. Если нельзя произвести поворотъ на ножки вслѣдствіе вступленія головки въ тазъ, то необходимо произвести перфорацию головки.

Двойни могутъ срастись также и другими частями: головками (*craniopagus*), тазовыми концами (*ischiopagus*) и т. п. Извѣстные сіамскіе близнецы были соединены между собою при посредствѣ

мечевидныхъ отростковъ (xiphoragus). Одинъ изъ близнецовъ родился въ головномъ положеніи, а другой въ тазовомъ. Такое выхожденіе было возможно вслѣдствіе сращенія на небольшомъ протяженіи и подвижности плодовъ.

Своеобразныя измѣненія представляютъ такъ называемые безсердечныя уроды—*acardiaci* (*acerphalus*, *amorphus*, *acomus*, *ancers*). Эти паразиты, у которыхъ сердце совсѣмъ не образуется или же атрофируется, соединены съ здоровымъ плодомъ при помощи широкихъ анастомозовъ сосудистой системы; сосѣдніе съ сердцемъ органы и части туловища у нихъ также не развиваются.

Рудименты близнеца встрѣчаются еще въ видѣ такъ называемыхъ тератомъ тазоваго конца, достигающихъ иногда большихъ размѣровъ. Удаленіе ихъ опасно, такъ какъ можно вскрыть позвоночный каналъ.

Чрезмѣрная величина плода и отдѣльныхъ его частей.

Чрезмѣрно развитыя дѣти, имѣющія вѣсъ больше 5000 гр., встрѣчаются не часто. Роды такихъ дѣтей-великановъ обыкновенно очень продолжительны и требуютъ помощи искусства. Главнымъ препятствіемъ служить головка плода, которая отличается плотностью костей и неспособностью къ конфигураціи; поэтому не всегда удается извлечь такихъ дѣтей живыми, и можетъ потребоваться剖腹деніе головки. Извлечение плечиковъ также очень затруднительно.

Водянка головки (*Hydrocephalus*) встрѣчается рѣдко; она сопровождается значительнымъ увеличеніемъ объема черепа. Распознаваніе этой неправильности во время родовъ не всегда легко. Головная водянка отличается отъ нормальной чрезмѣрно развитой головки дѣтей-великановъ тѣмъ, что при водянкѣ швы и роднички широки и кости черепа уступчивѣе; во время потуги подлежащая часть головки напрягается и становится похожей на плодный пузырь. Можно предположить существованіе головной водянки, если головка, несмотря на хорошія потуги, не вступаетъ въ тазъ имѣющій нормальные размѣры. Теченіе родовъ продолжительное; нерѣдко наступаетъ раннее прохожденіе воды. Нижний маточный сегментъ чрезмѣрно растягивается еще въ первомъ періодѣ родовъ, вслѣдствіе чего легко можетъ наступить разрывъ матки. При головной водянкѣ плодъ часто устанавливается въ ягодичномъ положеніи, и тогда распознаваніе очень затрудняется. Для извлечения головки никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ щипцамъ. Прежде всего надо произвести проколъ черезъ шовъ или родничокъ.

Увеличенія остальныхъ частей плода также могутъ служить препятствіемъ для родовъ. Сюда относятся: грудная водянка (*hydrothorax*), брюшная водянка, чрезмѣрное скопленіе жидкости въ мочевомъ пузырьѣ и различныя опухоли на туловищѣ. При скопленіяхъ жидкости необходимъ проколъ.

Косое положеніе плода. Самоизворотъ.

Косыми положеніями плода называются такія, при которыхъ продольная ось плода косвенно пересѣкаетъ продольную ось матки; при этомъ головка большею частью лежитъ ниже ягодиць. Если головка и тазовой конецъ лежатъ на одномъ уровнѣ, и оси плода и матки пересѣкаются подъ прямымъ угломъ, то такое положеніе называется **поперечнымъ**.

При первомъ косомъ или поперечномъ положеніи головка находится влѣво, при второмъ—вправо. Переднимъ видомъ называется такое положеніе плода, когда спинка его обращена кпереди; при заднемъ видѣ спинка обращена кзади, а брюшко—кпереди. При косыхъ положеніяхъ надъ входомъ въ тазъ большею частью лежитъ плечо; поэтому принято косое положеніе называть также плечевымъ.

Причины. Косыя и поперечныя положенія встрѣчаются обыкновенно у многородящихъ при вялости матки, а также въ случаѣ препятствій вступленію головки въ тазъ, какъ-то при узкомъ тазѣ, предлежаніи дѣтскаго мѣста, двойняхъ, опухоляхъ. При преждевременныхъ родахъ эти положенія бываютъ чаще, чѣмъ при срочныхъ, что зависитъ отъ небольшой величины и значительной подвижности плода въ это время.

Наружнаго изслѣдованія обыкновенно достаточно для распознаванія косыхъ положеній. Матка представляется растянутой въ поперечномъ размѣрѣ болѣе, чѣмъ въ прямомъ. Головка и тазовой конецъ находятся въ боковыхъ частяхъ матки; въ днѣ матки и надълоннымъ соединеніемъ крупныхъ частей плода не прощупывается. Мелкія части плода—ручки и ножки—ощупываются хорошо только въ томъ случаѣ, если брюшко обращено кпереди. Сердцебиеніе плода слышнѣе всего на уровнѣ пупка въ правой или лѣвой сторонѣ ближе къ головкѣ плода.

При **внутреннемъ изслѣдованіи**, если плодный пузырь цѣлъ, обыкновенно не удастся ясно ощупать плечо или бокъ плода, такъ какъ они стоятъ высоко надъ входомъ таза.

Послѣ разрыва плоднаго пузыря плечико опускается въ тазъ и тогда становится доступнымъ для изслѣдованія. При изслѣдованіи ощупываются ребра, ключица и лопатка. По направленію подмышечной впадины опредѣляютъ, куда обращена головка и куда ягодицы. Если подмышка обращена вправо, то головка лежитъ влѣво и наоборотъ (рис. 83). Прощупываніе лопатки спереди, а ключицы—сзади указываетъ на положеніе спинки кпереди; при обратномъ положеніи лопатки и ключицы плодъ лежитъ спинкой кзади.

Выпаденіе ручки. При косыхъ положеніяхъ послѣ разрыва плоднаго пузыря во влагалище можетъ выпасть ручка. По положенію ручки можно узнать, какъ лежитъ плодъ: куда обращенъ большой палець, въ той сторонѣ лежитъ головка; если тыльная поверхность ручки обращена кпереди, то спинка плода лежитъ кпереди, а если ладонь обращена кпереди, то брюшко находится кпереди. Впрочемъ, ручка можетъ быть перевернута, или сломана, или вывихнута; тогда для опредѣленія расположенія головки и



Рис. 83.

спинки надо дойти до подмышечной впадины и выправить ручку или ощупать лопатку или ключицу. Чтобы опредѣлить, выпала правая или лѣвая ручка, надо подать плоду свою руку; если руки совпадаютъ, какъ это бываетъ при рукопожатіи, то ручка выпала одноименная.

Роды при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ доношеннаго плода не могутъ окончиться самопроизвольно, такъ какъ въ тазу нѣтъ ни одного такого размѣра, черезъ который ребенокъ въ такомъ

положеніи могъ бы пройти. Поэтому исходъ родовъ, представленныхъ силамъ природы, будетъ неблагопріятенъ какъ для матери, такъ и для плода; при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ происходитъ разрывъ матки, и плодъ умираетъ. Разрывъ матки наступаетъ послѣ разрыва плоднаго пузыря вслѣдствіе того, что плечо и часть туловища чрезмѣрно растягиваютъ нижній сегментъ матки. Послѣ разрыва матки плодъ выпадаетъ въ брюшную полость. Впрочемъ, плодъ умираетъ часто еще раньше, чѣмъ произойдетъ разрывъ матки, что зависитъ отъ выпаденія пуповины, отдѣленія плаценты во время родовъ или отъ сильныхъ, иногда тетаническихъ сокращеній матки.

Вслѣдствіе смерти плода можетъ развиваться *tympania uteri*.

При *tumpania uteri* въ маткѣ развиваются гнилостные газы, схватки прекращаются, температура повышается, пульсъ учащается, и наступает острое септическое зараженіе, отъ котораго роженица, не разрѣшившись, погибаетъ.

Косое и поперечное положеніе для благополучнаго окончанія родовъ должно быть своевременно пзмѣнено въ продольное. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ роды могутъ окончиться благополучно для матери при помощи произвольнаго поворота или самоизворота.

Въ началѣ родовъ до излитія околоплодной жидкости можетъ совершиться произвольный поворотъ плода (*versio spontanea*), и косое положеніе переходитъ въ продольное головное или ягодичное, послѣ чего роды оканчиваются, какъ при обыкновенномъ положеніи, головкой или ягодицами. Такое произвольное измѣненіе положенія плода происходитъ при подвижности плода подъ вліяніемъ сокращеній матки. Произвольному повороту плода можетъ способствовать положеніе женщины на томъ боку, гдѣ лежитъ нижележащая крупная часть (головка или ягодицы).

Кромѣ произвольнаго поворота, роды при косыхъ положеніяхъ могутъ окончиться путемъ самоизворота (*evolutio spontanea*). При самоизворотѣ плодъ родится послѣ излитія водъ вслѣдствіе особаго механизма, съ помощью котораго совершается сгибаніе туловища. Механизмъ выходненія плода, называемый также родами **скользящаго** плода, дѣлится на **четыре** момента. **Первый** моментъ состоитъ въ томъ, что предлежащее плечико вѣдряется въ полость таза, при этомъ головка пригибается къ груди, а ягодицы—къ животу плода (рис. 84). **Второй** моментъ состоитъ въ томъ, что плечико подходит подъ лонную дугу, а головка задерживается надъ горизонтальной вѣтвью лонной кости (рис. 85 и 86). Одновременно, а иногда и раньше, выпадаетъ предлежащая ручка. При **третьемъ** моментѣ въ полость таза по задней стѣнкѣ опускается предлежащій бокъ, а затѣмъ ягодицы (рис. 87); плечико и головка плода при этомъ остаются неподвижны. Со стороны промежности прорѣзываются сначала боковыя и верхняя части туловища, затѣмъ нижняя часть туловища и ягодицы, почки и вторая ручка. При **четвертомъ** моментѣ совершается наружный поворотъ туловища и внутренній поворотъ головки, и роды оканчиваются, какъ при обыкновенныхъ ягодичныхъ положеніяхъ.

Самоизворотъ можетъ произойти только при благоприятныхъ условіяхъ; при небольшой величинѣ плода, широкомъ тазѣ и сильныхъ сокращеніяхъ матки. Плодъ часто бываетъ мацерированнымъ.

Третій способ самопроизвольнаго рожденія плода при косыхъ положеніяхъ называется *partus conduplicato corpore*. При этомъ послѣ вступленія плечика въ тазъ опускается головка вмѣстѣ съ пригнутой къ ней грудной клеткой. Такимъ образомъ сначала выходитъ плечико, потомъ головка съ грудью, и наконецъ, — ягодицы. Такіе роды возможны только при мацерированномъ плодѣ.

Акушерская помощь. При своевременномъ распознаваніи косыхъ или поперечныхъ положеній плода никогда не слѣдуетъ выки-



Рис. 84.



Рис. 85.



Рис. 86.



Рис. 87.

дать окончанія родовъ путемъ самоизворота. Если роды въ началѣ, и плодныя оболочки еще не разорвались, можно попытаться наружными приѣмами произвести поворотъ и придать плоду продольное положеніе. Если наружный поворотъ не удастся, то надо выждать болѣе или менѣе полнаго раскрытія маточнаго зѣва, и тогда при цѣлости плоднаго пузыря произвести поворотъ на ножку (см. Аку-

шерскія операци). Если плодный пузырь разорвался при маломъ открытіи маточнаго зѣва, слѣдуетъ ввести въ матку метрейринтеръ, а затѣмъ, когда зѣвъ раскроется, сдѣлать поворотъ на ножку.

При запущенныхъ косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ, когда воды излились давно, плечико вколотилось въ тазъ, и плодъ уже неподвиженъ, поворота дѣлать не слѣдуетъ, такъ какъ при насильственномъ поворотѣ легко можетъ произойти разрывъ матки. Поэтому при запущенныхъ косыхъ положеніяхъ слѣдуетъ оканчивать роды съ помощью эмбриотоміи, тѣмъ болѣе что въ это время плодъ обыкновенно бываетъ мертвымъ.

Преждевременныя дыхательныя движенія. Мнимая и настоящая смерть плода во время родовъ.

Преждевременныя дыхательныя движенія плода внутри матки ведутъ къ мнимой, а потомъ и настоящей, смерти его. Они происходятъ вслѣдствіе недостатка кислорода въ крови плода и переполненія ея углекислотой. При такомъ измѣненіи крови происходитъ раздраженіе дыхательнаго центра въ продолговатомъ мозгу плода. и затѣмъ начинаются дыхательныя движенія. Во время дыханія плода въ маткѣ въ дыхательныя пути вмѣсто воздуха попадаютъ околоплодная жидкость, слизь, кровь. Вмѣстѣ съ наступленіемъ дыханія усиливается перистальтика кишекъ, сфинктеры прямой кишки расслабляются и происходитъ выдѣленіе первороднаго кала. Преждевременныя дыхательныя движенія вызываютъ такъ наз. а с ф и к с і ю плода, мнимую смерть его.

а) **Мнимая смерть.** Выраженіе асфиксія—неточное: оно означаетъ, что ребенокъ безъ пульса. Между тѣмъ только въ тяжелыхъ случаяхъ сердцебіеніе совершенно прекращается, и тогда наступаетъ уже смерть плода. Еще раньше появленія преждевременнаго дыханія вслѣдствіе недостатка кислорода замѣчается учащеніе и ослабленіе сердечной дѣятельности плода. Вслѣдъ за учащеніемъ сердцебіенія начинается замедленіе сердечныхъ тоновъ до 80 ударовъ въ минуту и даже ниже.

Главную причину мнимой смерти составляетъ прекращеніе или уменьшеніе притока кислорода къ плоду. Она наступаетъ при слѣдующихъ осложненіяхъ во время родовъ.

1) При выпаденіи и обвитіи пуповины, если происходитъ прижатіе ея, при образованіи истинныхъ узловъ—сдавленіе ея.

2) При предлежаніи дѣтскаго мѣста и преждевременномъ отдѣленіи его.

3) При сильныхъ тетаническихъ сокращеніяхъ матки.

4) Вслѣдствіе рѣзкихъ измѣненій дѣтскаго мѣста, состоящихъ въ суженіи и облитераціи значительной части сосудовъ.

5) Вслѣдствіе тяжелыхъ заболѣваній роженицы эклампсіей, сильными кровотечениями, болѣзнями дыхательныхъ путей и т. п.

Вторая причина внутриутробной мнимой смерти—давленіе на мозгъ. Оно можетъ произойти вслѣдствіе сжатія черепа и мозговыхъ кровозліяній. Давленіе на мозгъ бываетъ при узкихъ тазахъ, при неподатливой шейкѣ и влагалищѣ, а также послѣ труднаго извлеченія головки щипцами или ручными приемами.

Распознаваніе внутриутробной асфиксіи основывается главнымъ образомъ на выслушиваніи сердцебіенія плода. Вначалѣ сердцебіеніе значительно учащается, а затѣмъ рѣзко замедляется; кромѣ того на асфиксію указываетъ отхожденіе первороднаго кала при головныхъ положеніяхъ плода.

Выхожденіе первороднаго кала при ягодичныхъ положеніяхъ, а также равномерная темно-зеленая окраска околоплодной жидкости при правильномъ сердцебіеніи плода еще не служатъ признакомъ угрожающей смерти плода.

Различаютъ двѣ степени мнимой смерти.

Первая степень—легкая (*asphyxia cyanotica*); при ней ребенокъ представляется ціанотичнымъ; лицо—сине-багроваго цвѣта, дыханія нѣтъ, сердцебіеніе замедлено; однако рефлексы сохранены. Такъ, введеніе пальца въ зѣвъ вызываетъ тошнотныя, дыхательныя или глотательныя движенія. При первой степени мнимой смерти надо вытереть слизь изо рта и зѣва ребенка, опустить его головкой книзу и похлопывать по ягодицамъ. Если ребенокъ начинаетъ кричать, то перевязываютъ пуповину, переносятъ его въ теплую ванну и поливаютъ на грудь струю холодной воды. Обыкновенно этихъ мѣръ достаточно для оживленія въ легкихъ случаяхъ; иначе примѣняютъ искусственное дыханіе, какъ въ тяжелыхъ случаяхъ.

Вторая степень (*asphyxia palida*)—состояніе очень опасное, изъ котораго не всегда можно оживить ребенка. Кожа блѣдна, рефлексы исчезли, мышцы расслаблены. Въ этихъ случаяхъ, кромѣ удаленія слизи пальцемъ и встряхиванія головой книзу, слѣдуетъ сдѣлать высасываніе слизи изъ трахеи съ помощью катетера; введеніе катетера въ трахею требуетъ навыка, и, по ошибкѣ, можно провести его въ пищеводъ. Затѣмъ немедленно приступаютъ къ искусственному дыханію по способу Шульце. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: обращаютъ ребенка спиной къ своему лицу, помѣщаютъ руки на плечахъ такимъ образомъ, что большіе пальцы лежатъ на передней поверхности груди, указательные—въ подмышкахъ, а остальные на спинѣ. Затѣмъ подбрасываютъ ребенка головой книзу такъ, что ребенокъ сплывается пополамъ, и ножки его

приближаются къ лицу; при этомъ происходитъ сжатіе грудной клѣтки, способствующее **выдыханію**. Послѣ этого опускаютъ ребенка ногами книзу, вслѣдствіе чего діафрагма опускается, и происходитъ **вдыханіе**. Такихъ равномерныхъ качаній дѣлаютъ 8—10, а затѣмъ кладутъ ребенка на короткое время въ теплую ванну для согрѣванія. Если послѣ этого ребенокъ не начинаетъ хорошо дышать, то качанія возобновляются.

Въ случаяхъ мнимой смерти, зависящей отъ сдавленія и поврежденій черепа, въ виду возможности внутренняго кровоизліянія не слѣдуетъ производить качанія по способу Шульце. Въ этихъ случаяхъ надо положить ребенка въ теплую ванну, поливать на грудь струю холодной воды, растирать поверхность тѣла и дѣлать искусственное дыханіе по способу **Сильвестера**: поднимаютъ обѣ ручки ребенка кверху и способствуютъ вдыханію, а затѣмъ проводятъ ихъ къ туловищу для выдыханія.

б) Настоящая смерть плода. Если плодъ умеръ до родовъ или во время нихъ при цѣлости плодныхъ водъ, то онъ подвергается **мацерации**. **Гніеніе** плода наступаетъ только послѣ излітія водъ подъ вліяніемъ доступа воздуха.

Причины смерти плода тѣ же, какія вызываютъ мнимую смерть его.

Признаки внутриутробной смерти: прекращеніе сердцебіенія и движеній плода, размягченіе головной опухоли и уступчивость черепныхъ костей, отсутствіе пульсаціи въ выпавшей петлѣ пуповины, зіяніе заднепроходнаго отверстія при ягодичныхъ положеніяхъ. Если наступаетъ гніеніе плода, то въ отдѣленіяхъ изъ матки появляется приторный запахъ. Гніеніе плода сопровождается повышеніемъ температуры у роженицы и развитіемъ газовъ въ маткѣ (*tumpania uteri*), вслѣдствіе чего жизнь матери подвергается опасности.

Въ случаѣ смерти плода роды, по возможности, скорѣе должны быть окончены.

Преждевременный и запоздалый разрывъ пузыря.

1. Надо различать раннее прохожденіе плодныхъ водъ и преждевременное ихъ излітіе. **Преждевременнымъ** прохожденіемъ водъ называютъ разрывъ оболочекъ во время беременности до наступленія родовыхъ болей; подъ **раннимъ** излітіемъ водъ понимаютъ разрывъ оболочекъ въ самомъ началѣ родовъ при маломъ раскрытіи маточнаго зѣва.

Причины ранняго и преждевременнаго излітія водъ: тонкость

оболочекъ, низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста и неравномѣрное растяженіе нижняго маточнаго сегмента. Последнее бываетъ при узкихъ тазахъ, при чрезмѣрной величинѣ плода и при неправильныхъ его положеніяхъ. Разрывъ оболочекъ можетъ такъ же произойти подъ вліяніемъ случайныхъ причинъ: ударовъ по животу, поднятія тяжестей, сильнаго кашля, поноса и т. п. Оболочки могутъ разорваться или внизу надъ внутреннимъ зѣвомъ или выше; въ последнемъ случаѣ послѣ разрыва оболочекъ часть водъ можетъ задержаться въ маткѣ.

Роды часто наступаютъ не тотчасъ послѣ преждевременнаго излитія водъ; иногда проходитъ нѣсколько дней между излитіемъ водъ и наступленіемъ родовъ. Теченіе родовъ послѣ преждевременнаго или ранняго излитія водъ можетъ быть вполне правильнымъ, но въ рѣдкихъ случаяхъ оно осложняется очень болѣзненными сокращеніями матки и ущемленіемъ шейки матки. Такія осложненія происходятъ вслѣдствіе того, что шейка матки раскрывается не такъ нѣжно и равномерно головкой плода, какъ плоднымъ пузыремъ. Послѣ излитія водъ плодный пузырь замѣняется образованіемъ головной опухоли, которая и способствуетъ раскрытію маточнаго зѣва.

Продолжительность родовъ значительно увеличивается, но далеко не всегда; часто наблюдается даже ускореніе родовъ. Послѣ ранняго излитія водъ **жизнь плода** можетъ подвергнуться опасности вслѣдствіе неравномѣрнаго сжатія подлежащей части, сдавленія пуповины, а также неравномѣрнаго распредѣленія крови во внутреннихъ органахъ плода. Мертвый плодъ послѣ излитія водъ очень скоро подвергается гніенію, такъ какъ полость матки открыта доступу воздуха. Указываютъ, что раннее прохождение водъ способствуетъ выпаденію пуповины и разрывамъ шейки, вызываетъ атоническое кровотеченіе, а также увеличиваетъ заботливость родильницъ. Однако зависимость этихъ осложненій отъ времени излитія водъ еще не можетъ считаться общепризнанной и требуетъ болѣе тщательной провѣрки.

При распознаваніи надо имѣть въ виду возможность излитія такъ-назыв. ложныхъ водъ, т.е. жидкости, скопившейся между оболочками (см. *Hydorrhoea gravidarum*).

Лѣченіе. Прежде всего надо принять мѣры къ прекращенію дальнѣйшаго истеченія водъ, для чего надо уложить женщину въ постель. Слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на температуру роженицы и сердцебіеніе плода. Въ случаѣ повышенія температуры и измѣненія сердцебіенія, а также при обильномъ истеченіи водъ, при неправильныхъ положеніяхъ плода, ригидности влагалищной

части матки, надо немедленно вызвать роды съ помощью метрей-риза.

2. **Запоздалый разрывъ пузыря.** Сюда относятся тѣ случаи, въ которыхъ послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва плодный пузырь не разрывается. Послѣдствіемъ такого запоздалаго разрыва можетъ быть выпаденіе плоднаго пузыря въ наружныя половыя части и рожденіе плода, покрытаго оболочками (рожденіе въ сорочкѣ). Иногда разрывается только одна ворсистая оболочка, а водная остается неповрежденной. Въ періодѣ изгнанія плода оболочки сильно натягиваются, вслѣдствіе чего можетъ отдѣлиться часть плаценты и появиться кровотеченіе.

Причины запоздалаго разрыва пузыря: плотность оболочекъ и недостаточное количество переднихъ водъ. Эта аномалія чаще всего встрѣчается при преждевременныхъ родахъ.

При **распознаваніи** плоднаго пузыря надо имѣть въ виду возможность смѣшать его съ сильно отечной мошонкой плода и съ головной водяжкой.

Если плодный пузырь не разрывается самопроизвольно послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва, то его надо разорвать искусственно. Разрывъ производится безопаснѣе всего съ помощью пальца; но при очень плотныхъ оболочкахъ для этой цѣли употребляютъ тонкій корнцангъ или вязальную иглу. Если головка плода уже вышла изъ половыхъ частей, а оболочки еще цѣлы, необходимо немедленно разорвать ихъ, такъ какъ иначе плодъ родится въ асфиксіи.

Кровотеченія изъ матки во время родовъ и тотчасъ по ихъ окончаніи.

Кровотеченія изъ матки могутъ наступить во время родовъ: въ періодахъ раскрытія матки и изгнанія плода, въ послѣдовомъ періодѣ и тотчасъ послѣ родовъ.

I. Кровотеченія въ періодѣ раскрытія.

Кровотеченія въ это время родовъ бывають при предлежаніи дѣтскаго мѣста (стр. 165), при преждевременномъ его отдѣленіи, при разрывахъ матки, при ракѣ шейки матки (стр. 193).

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается какъ во время срочныхъ, такъ и преждевременныхъ родовъ; въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣтское мѣсто начинаетъ отдѣляться еще во время беременности. Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста

можетъ произойти: 1) вслѣдствіе случайныхъ причинъ, какъ-то, паденія, ударовъ по животу и т. п., которыя, впрочемъ, безъ другихъ причинъ очень рѣдко вызываютъ преждевременное отдѣленіе послѣда; 2) вслѣдствіе натяженія короткой пуповины и 3) вслѣдствіе заболѣванія (эндометрита) запоздалой оболочки, которое ставятъ въ зависимость съ болѣзнями почекъ, сифилисомъ. Въ однихъ случаяхъ кровотеченіе можетъ быть только внутреннимъ, когда излившаяся кровь, отдѣляя дѣтское мѣсто, скопляется въ маткѣ, но не вытекаетъ наружу. Въ другихъ случаяхъ кровоизліяніе отдѣляетъ также и ворсистую оболочку отъ отпадающей, и тогда кровь выходитъ черезъ шейку матки и влагалище наружу. Полное отдѣленіе послѣда при срочныхъ родахъ бываетъ рѣдко и выражается грозными явленіями остраго малокровія, частичное же отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается довольно часто и большею частью оканчивается благополучно.

Признаки внутриматочнаго кровотечения: явленія остраго малокровія, быстрое увеличеніе матки, напряженіе и болѣзненность той части матки, гдѣ была прикрѣплена плацента. Вслѣдствіе напряженія стѣнокъ матки, зависящаго отъ кровоизліянія, части плода плохо ощупываются, и сердечные тоны не могутъ быть слышными. При распознаваніи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста надо исключить возможность предлежанія его, разрыва матки, пузырнаго заноса или другихъ причинъ, которыя могли бы вызвать кровотеченіе.

Предсказаніе для матери и плода находится въ зависимости отъ величины отдѣлившагося дѣтскаго мѣста; въ случаѣ отдѣленія плаценты на большомъ протяженіи плодъ погибаетъ отъ недостатка кислорода, а здоровье матери подвергается опасности вслѣдствіе остраго малокровія. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ роженица погибаетъ раньше, чѣмъ произойдутъ роды.

Лѣченіе должно состоять въ скорѣйшемъ родоразрѣшеніи. При небольшомъ кровотеченіи достаточно разорвать плодныя оболочки въ области внутренняго зѣва; тогда маточныя сокращенія усиливаются, кровотеченіе прекращается, и роды оканчиваются самопроизвольно. При не очень значительныхъ кровотеченияхъ и малооткрытомъ маточномъ зѣвѣ надо разорвать оболочки и ввести въ матку метрейринтеръ. Въ случаѣ достаточнаго раскрытія маточнаго зѣва и сильнаго кровотечения надо вслѣдъ за разрывомъ оболочекъ сдѣлать поворотъ на ножку и извлеченіе плода. Если сильное кровотеченіе началось во время беременности при закрытой шейкѣ матки или въ самомъ началѣ родовъ, то для спасенія жизни матери умѣстно влагалищное кесарское сѣченіе.

II. Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ.

Въ промежуткѣ времени между рожденіемъ ребенка и выхожде-ніемъ послѣда женщина обыкновенно теряетъ немного крови; общая потеря крови во время родовъ до выхожденія послѣда и послѣ него въ нормальныхъ случаяхъ не превышаетъ 400—500 граммъ. Болѣе значительныя кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ зависятъ отъ неправильности въ процессѣ отдѣленія плаценты. Такъ, если матка, во время начавшагося отдѣленія дѣтскаго мѣста, сокращается плохо, то кровеносные сосуды плацентарной площадки не могутъ закрыться, и потому кровотеченіе изъ нихъ будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока не отдѣлится остальная часть дѣтскаго мѣста, и не наступитъ стойкое сокращеніе матки.

Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ могутъ зависѣть отъ разныхъ причинъ: 1) отъ частичныхъ приращеній дѣтскаго мѣста, 2) отъ атоніи матки и 3) отъ неправильнаго веденія третьяго періода родовъ.

1) **Частичныя приращенія дѣтскаго мѣста** состоятъ въ слишкомъ плотномъ прикрѣпленіи отдѣльныхъ долекъ къ стѣнкамъ матки въ зависимости отъ атрофіи ея слизистой (ст. 163).

Приращенія встрѣчаются чаще всего при предлежаніи дѣтскаго мѣста или при прикрѣпленіи его вблизи маточнаго отверстія трубы; вообще же приращенія плаценты встрѣчаются очень рѣдко. Въ случаяхъ **полнаго приращенія дѣтскаго мѣста** кровотеченія обыкновенно не наступаютъ.

2) **Атонія матки** состоитъ въ слабомъ или неравномѣрномъ ея сокращеніи. Такое ея состояніе чаще всего наблюдается послѣ оперативнаго окончанія родовъ, особенно послѣ продолжительнаго наркоза, послѣ сильнаго растяженія матки двойнями, многоводіемъ, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда еще во время родовъ произошло преждевременное частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста; сильное наполненіе мочевого пузыря также мѣшаетъ стойкому сокращенію матки.

3) **Неправильное веденіе 3-го періода родовъ** заключается въ томъ, что стараются безъ всякой надобности ускорить выхожденіе послѣда, для чего тотчасъ послѣ рожденія ребенка примѣняютъ массажъ матки и выжиманіе послѣда по способу Креде. Вслѣдствіе этихъ пріемовъ получается нарушеніе въ процессѣ правильнаго отдѣленія послѣда, и появляются болѣе или менѣе значительныя кровотеченія.

Спазмическое сокращеніе матки ведетъ къ продолжительному задержанію послѣда, но обыкновенно не сопровождается кровотеченіемъ, такой спазмъ.

происходить въ области контракціоннаго кольца или внутренняго зѣва. При этомъ послѣдъ, уже отдѣлившійся, не можетъ выйти черезъ сократившійся нижній сегментъ матки.

Спазмотическое сокращеніе матки можетъ наступить послѣ потягиванія за пуповину при неотдѣлившемся еще послѣдѣ, послѣ неумѣлыхъ попытокъ удаленія плаценты внутренними приѣмами или съ помощью способа Креде.

Лѣченіе. Для остановки кровотеченія, зависящаго отъ нарушенія процесса отдѣленія дѣтскаго мѣста, вызываютъ сокращеніе матки съ помощью массажа; затѣмъ надавливаютъ на дно сокращенной матки, т.-е. примѣняютъ способъ Креде, и такимъ образомъ способствуютъ изгнанію накопившейся въ маткѣ крови, а также и послѣда. Если же съ помощью приѣма Креде не удастся удалить послѣдъ, и кровотеченіе продолжается, то дѣтское мѣсто, вѣроятно, приращено къ стѣнкѣ матки. Тогда слѣдуетъ приступить къ отдѣленію и выведенію его изъ матки внутренними приѣмами. Для этого вводятъ обеззараженную руку въ полость матки, причемъ другой рукой поддерживаютъ дно ея черезъ брюшныя покровы; затѣмъ пилообразнымъ движеніемъ концевъ пальцевъ осторожно отдѣляютъ ткань плаценты отъ стѣнки матки. Послѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста захватываютъ послѣдъ всей рукой и выводятъ его изъ матки черезъ влагалище наружу. Въ заключеніе необходимо еще разъ ввести руку въ полость матки и убѣдиться, не осталось ли тамъ частей дѣтскаго мѣста или оболочекъ. Отдѣленіе послѣда лучше всего производить подъ наркозомъ. Затѣмъ промываютъ полость матки обезпложенной водой или слабымъ растворомъ лизола и кладутъ пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота. Въ случаяхъ задержки дѣтскаго мѣста, зависящей отъ спазматическаго сокращенія въ области внутренняго зѣва, невозможно ввести въ полость матки не только всей руки, но даже и пальца. Лучшее средство для расслабленія матки—легкій хлороформный наркозъ или подкожное впрыскиваніе морфія. Послѣ этого матка расслабляется, и тогда послѣдъ можетъ быть выведенъ при помощи способа Креде или рукою, введенной въ матку. Въ тѣхъ случаяхъ задержанія дѣтскаго мѣста, когда кровотеченія нѣтъ, можно выжидать въ теченіе двухъ—трехъ часовъ. Если же послѣдъ остается въ маткѣ долгое время, то онъ можетъ быть вполне приращенъ и подвергнутъ разложенію, что поведетъ къ тяжелому заболѣванію роженицы. Поэтому послѣ выжиданія 2—3 часовъ надо примѣнять способъ Креде, а въ заключеніе отдѣлить послѣдъ рукой.

III. Кровотеченія тотчасъ послѣ родовъ.

Кровотеченія тотчасъ по выходѣ послѣда вызываются слѣдующими причинами: а) задержкой части дѣтскаго мѣста или

оболочекъ, б) атоніей матки, кромѣ того разрывами шейки матки, влагалища или наружныхъ половыхъ частей (см. 235—7 стр.).

а) **Задержка части дѣтскаго мѣста или оболочекъ** можетъ произойти вслѣдствіе неправильнаго примѣненія способа Креде или вслѣдствіе потягиванія за пуповину, при чемъ большая часть плаценты выходитъ, а меньшія части ея или оболочки остаются прикрѣпленными и мѣшаютъ стойкому сокращенію матки. При осмотрѣ вышедшаго послѣда большею частью легко можно убѣдиться, что онъ вышелъ не весь. Впрочемъ на основаніи осмотра вышедшаго послѣда нельзя быть увѣреннымъ, что въ маткѣ не осталась прибавочная долька дѣтскаго мѣста. Если возникаетъ подозрѣніе, что въ маткѣ осталась часть дѣтскаго мѣста или оболочекъ, необходимо немедленно войти въ матку рукой и удалить оставшіяся части.

б) **Атонія матки** выражается въ вялости сокращеніи матки и наполненія ея сгустками крови. Въ случаѣ отсутствія стойкаго сокращенія матки дно ея стоитъ высоко, и стѣнки ея представляются настолько мягкими, что съ трудомъ можно опредѣлить границы матки. Кромѣ того, извѣстны случаи частичной атоніи матки въ области плацентарной площадки (параличъ плацентарной площадки); при этомъ матка сокращена плотно, за исключеніемъ мѣста прикрѣпленія плаценты.

Кровотеченіе вслѣдствіе атоніи матки зависитъ оттого, что маточно-плацентарные сосуды остаются открытыми, и образованія тромбовъ въ нихъ не происходитъ.

Причины атоніи матки послѣ выхожденія послѣда тѣ же, какія указаны при атоніи матки до его выхожденія.

Лѣченіе. Массажъ матки и одновременное приложеніе пузыря со льдомъ на нижнюю часть живота; кромѣ того горячія влагалищныя спринцеванія до 40° R. Внутрь даютъ спорынью до 1,5 граммъ въ 2 пріема, впрыскиваютъ подъ кожу эрготинъ (0,06—0,2) или препаратъ мозгового придатка. Если эти средства остаются безъ успѣха, то надо ввести въ полость матки руку. Въ маткѣ могутъ находиться кровяные сгустки, прибавочныя дольки дѣтскаго мѣста, части оболочекъ, бумажный плодъ, которые препятствуютъ стойкому сокращенію матки и должны быть удалены. Сдавливаніе матки между наружной рукой и двумя пальцами, введенными въ передній сводъ влагалища, также способствуетъ остановкѣ кровотеченія. Въ случаѣ упорныхъ кровотеченій необходимо приступить къ **тампонаціи полости матки** асептической марлей. Для тампонаціи берутъ полосу марли шириной въ 8—10 смтм. и длиной въ 5 метровъ, проводятъ ее съ помощью длиннаго пинцета и пальцевъ черезъ шейку матки до дна ея и выполняютъ всю матку, а затѣмъ и влагалище. Тампонируютъ

вать только влагалище не слѣдуетъ, такъ какъ при этомъ внутреннее кровотеченіе въ полость матки будетъ продолжаться. При значительныхъ послѣродовыхъ кровотеченияхъ предложено ручное прижатіе нисходящей аорты къ поясничной части позвоночника, вслѣдствіе чего происходитъ малокровіе матки, вызывающее сильныя и продолжительныя ея сокращенія. Для этой же цѣли можно примѣнять тугое перетягиваніе живота сложенной вдвое резиновой трубкой до тѣхъ поръ, пока не исчезнетъ пульсація въ бедренной артеріи. Такая временная остановка кровотечения даетъ возможность приготовить все необходимое для дальнѣйшихъ мѣропріятій (напримѣръ, зашиваніе разрыва). Однако этотъ способъ (Момбурга) имѣетъ и дурныя стороны: такъ, быстрая остановка кровообращенія въ нижней части туловища можетъ повліять на дѣятельность даже здороваго сердца, возможно поврежденіе кишекъ и почки, особенно при ея опущеніи. Поэтому къ нему прибѣгаютъ только въ крайнихъ случаяхъ. Послѣ остановки кровотечения необходимо принять мѣры противъ явленій общаго малокровія.

Въ случаѣ признаковъ наступающаго остраго малокровія— учащенія и ослабленія пульса, головокруженія, потемнѣнія въ глазахъ, зѣвоты—необходимо низкое положеніе головы, поднятіе ногъ кверху, согрѣваніе тѣла грѣлками, возбуждающія средства, крѣпкій кофе и вино внутрь, впрыскиваніе подъ кожу эвѳира, камфоры, кофеина, а также подкожное вливаніе теплаго физиологическаго раствора поваренной соли 1000 куб. см. и болѣе.

Однако въ случаяхъ значительныхъ кровопотерь, когда появляются похолоданіе конечностей, холодный потъ, недостатокъ воздуха и сильная тоска при очень слабомъ пульсѣ, никакія возбуждающія уже не приносятъ пользы. Послѣ повторныхъ обмороковъ наступаетъ безсознательное состояніе, дыханіе становится прерывистымъ, что указываетъ на скорое наступленіе смерти.

Выворотъ матки (Inversio uteri).

Выворотъ матки наступаетъ послѣ рожденія плода, причемъ послѣдъ можетъ уже отдѣлиться или же остаться еще прикрѣпленнымъ.

Причины. Это опасное состояніе встрѣчается крайне рѣдко. Большею частью выворотъ матки происходитъ при попыткахъ къ насильственному выжиманію послѣда изъ вялой несократившейся матки, а также при сильномъ потягиваніи за пуповину въ то время, когда дѣтское мѣсто еще не отдѣлилось. Выворотъ матки можетъ

произойти также самопроизвольно при быстрыхъ родахъ въ стоячемъ положеніи роженицы вслѣдствіе сильнаго натяженія пуповины во время выхожденія ребенка.

Явленія при выворотѣ матки: обморочное состояніе, шокъ и болѣе или менѣе значительное кровотеченіе.

Различаютъ **полный** и **неполный** выворотъ матки. При полномъ выворотѣ вся внутренняя поверхность ея выходитъ изъ половой щели, а черезъ брюшные покровы на мѣстѣ матки прощупывается воронкообразное углубленіе. При неполномъ выворотѣ дно матки опускается только къ маточному зѣву, но не выходитъ черезъ него; въ этихъ случаяхъ ощупывается только воронкообразное углубленіе дна матки со стороны брюшныхъ покрововъ.

Лѣченіе. Вывернутая матка должна быть немедленно вправлена тщательно обеззараженной рукой. Если дѣтское мѣсто большею частію отдѣлилось, то раньше вправленія нужно отдѣлить его. Въ случаѣ плотнаго прикрѣпленія плаценты ее вправляютъ вмѣстѣ съ маткой, а затѣмъ уже отдѣляютъ послѣдь. Послѣ вправленія матки необходимо позаботиться о стойкомъ сокращеніи ея, для чего дѣлаютъ легкій массажъ, назначаютъ спорынью, впрыскиваютъ эрготинъ и тампонируютъ полость матки.

Въ свѣжихъ случаяхъ матка вправляется легко; если же послѣ выворота прошло много времени, то вправленіе предпринимаютъ подъ наркозомъ.

Разрывы во время родовъ: матки, ея шейки, рукава, наружныхъ половыхъ частей и промежности.

1. Разрывы матки бываютъ рѣдко при своевременной разумной помощи во время родовъ. Различаютъ самопроизвольные и послѣдственные разрывы.

Разрывы самопроизвольные встрѣчаются чаще у многородящихъ при узкомъ тазѣ, при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, при hydrocephalus и при сросшихся двойняхъ. Въ этихъ случаяхъ послѣ излитія водъ нижній сегментъ матки въ концѣ періода раскрытія подвергается сильному растяженію и истонченію вслѣдствіе того, что большая часть плода изгоняется въ эту часть матки сильными сокращеніями полаго мускула; при этомъ контракціонное кольцо поднимается высоко. Если растяженіе достигаетъ сильной степени, то наступаетъ разрывъ. Большею частію разрывъ имѣетъ косвенное или поперечное направленіе, находится въ нижней части матки, начинаясь отъ контракціоннаго кольца и захватывая шейку матки, а иногда влагалище.

Насильственный разрывъ матки происходитъ чаще всего во время попытокъ произвести поворотъ плода на ножку при зацущенномъ поперечномъ или головномъ положеніи послѣ полного излітія водъ, въ то время когда нижній сегментъ чрезмѣрно растянутъ.

Кромѣ этихъ перечисленныхъ главныхъ причинъ разрывовъ матки, предрасполагающимъ моментомъ можетъ быть ненормальное состояніе мышечнаго слоя матки, рубцы послѣ кесарскаго сѣченія, хроническіе воспалительные процессы матки и, можетъ-быть, уменьшеніе эластической соединительной ткани.

Я. Ф. Вербовъ считаетъ главной причиной не механическое несоответствіе, а измѣненія мышечной ткани, напр., происшедшія при прежнихъ родахъ вслѣдствіе чрезмѣрной работы. По его мнѣнію, разрывъ нерѣдко наступаетъ въ случаяхъ слабой родовой дѣятельности и при отсутствіи явленій растяженія нижняго сегмента матки.

Разрывы бываютъ полные и неполные. При полномъ разрывѣ матки разрываются всѣ три слоя ея—слизистый, мышечный и брюшина, при чемъ весь плодъ или часть его, а также и послѣдъ выпадаютъ черезъ разрывъ въ брюшную полость. При неполномъ разрывѣ брюшинный покровъ остается цѣлымъ, и плодъ съ послѣдомъ остается въ маткѣ.

Явленія угрожающаго разрыва: Растяженіе и болѣзненность нижняго сегмента матки, высокое стояніе контракціоннаго кольца и напряженіе круглыхъ маточныхъ связокъ; кромѣ того сильныя и частыя, иногда тетаническія сокращенія матки.

Явленія наступившаго разрыва матки: Внезапная рѣзкая боль во время одной изъ потугъ, а затѣмъ полное прекращеніе потугъ, наружное кровотеченіе и обморочное состояніе роженицы, упадокъ силъ, частый пульсъ, похолоданіе конечностей. Послѣднія явленія зависятъ отъ внутренняго кровотеченія или шока. Въ случаяхъ неполнаго разрыва при внутреннемъ изслѣдованіи замѣчается отхожденіе подлежащей части отъ входа въ тазъ. При полномъ разрывѣ, когда плодъ вполне выпалъ въ брюшную полость, то черезъ брюшные покровы ясно ощупывается плотно сокращенная болѣзненная матка и части плода.

Распознаваніе происшедшаго разрыва основывается на перечисленныхъ признакахъ; иногда разрывъ принимаютъ за преждевременное отдѣленіе послѣда. Для болѣе точнаго діагноза и характера разрыва умѣстно иногда осторожное изслѣдованіе рукой подъ наркозомъ, прежде чѣмъ приступить къ той или другой операци.

Предсказаніе очень неблагоприятно для матери и плода. Мать можетъ погибнуть отъ шока, внутренняго кровотеченія или септического воспаленія брюшины.

Лѣченіе. При угрожающемъ разрывѣ необходимо немедленно

окончить роды съ помощью самыхъ осторожныхъ пріемовъ подъ глубокимъ наркозомъ. Въ случаѣ сильнаго растяженія нижняго сегмента отнюдь не слѣдуетъ дѣлать поворота на ножку, чтобы не произвести разрыва. При наступившемъ разрывѣ роды должны быть немедленно окончены. Если плодъ не выпалъ въ брюшную полость, то извлекаютъ ребенка щипцами, или дѣлаютъ перфوراцію или эмбриотомію; иногда возможно произвести осторожно поворотъ на ножку и потомъ извлечь за нее ребенка. Родоразрѣшеніе *per vias naturales* надо производить какъ можно осторожнѣе, чтобы не увеличить разрыва. Послѣ окончанія родовъ полость матки и влагалище дренируются при помощи асептической марли, а снаружи кладутъ пузырь со льдомъ и туго забинтовываютъ нижнюю часть живота. Внутри даютъ опиій.

Такое лѣченіе даетъ удовлетворительные результаты, если зараженія во время родовъ не произошло. Однако, если послѣ тампонаціи кровотеченіе не прекратилось, то надо сдѣлать чревосѣченіе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ выпалъ въ брюшную полость, также необходимо чревосѣченіе. Послѣ удаленія плода и послѣда поступаютъ, смотря по величинѣ и характеру разрыва. Если разрывы велики, и существуютъ признаки зараженія, то надо вырѣзать всю матку или сдѣлать надвлагалищную ампутацію ея. Въ противномъ случаѣ можно зашить разрывъ и сохранить матку.

Извѣстны счастливые случаи выздоровленія послѣ поворота на ножку плода, выпавшаго уже въ брюшную полость, и извлеченія его вмѣстѣ съ послѣдомъ черезъ разрывъ. Дальнѣйшее лѣченіе въ такихъ случаяхъ состоитъ въ наложеніи на животъ давящей повязки для укрѣпленія и опусканія матки съ цѣлью соединенія краевъ разрыва. Однако такой способъ нельзя считать цѣлесообразнымъ въ виду возможности увеличенія разрыва, трудности остановки кровотеченія и неблагоприятныхъ условій для заживленія раны. Онъ можетъ быть примѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя произвести чревосѣченія, напр., вслѣдствіе неподходящей обетановки для операціи.

2. Разрывы шейки матки. Небольшіе разрывы шейки происходятъ очень часто при самопроизвольныхъ родахъ и не сопровождаются кровотеченіемъ. Большіе разрывы шейки, простирающіеся до сводовъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ происходятъ вслѣдствіе оперативныхъ пособій: извлеченія щипцами головки плода или ручнаго извлеченія послѣдующей головки при мало раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. При большихъ разрывахъ шейки, особенно въ случаѣ предлежанія дѣтскаго мѣста, кровотеченіе можетъ быть смертельнымъ.

Сильныя кровотеченія изъ разрыва шейки зависятъ отъ поврежденія вѣточки маточной артеріи, проходящей близъ влагалищнаго свода. Если наступило сильное кровотеченіе при хорошо сокращенной маткѣ, то источникъ его обыкновенно надо искать въ разрывахъ

наружныхъ половыхъ органовъ или шейки матки. Если въ наружныхъ половыхъ частяхъ, особенно въ области клитора, поврежденій нѣтъ, то мы имѣемъ дѣло съ кровотеченіемъ изъ шейки матки. Тогда необходимо немедленно зашить происшедшій разрывъ. Съ этой цѣлью низдавливаютъ матку черезъ брюшные покровы и съ помощью ложкообразныхъ зеркалъ и щипцовъ Мюзе осматриваютъ влагалищную часть шейки, находятъ мѣсто поврежденія и затѣмъ накладываютъ швы на края разрыва. Иногда уже послѣ удачнаго наложенія перваго шва кровотеченіе совершенно прекращается. Для временной остановки очень сильныхъ кровотеченій рекомендуютъ передъ зашиваніемъ разрыва сначала наложить резиновый жгутъ (см. стр. 232).

3. Разрывы рукава бываютъ глубокіе и поверхностные. Они происходятъ во время трудныхъ или неосторожныхъ операцій: при неправильныхъ тракціяхъ щипцами, при соскальзываніи щипцовъ, перфоратора, или вслѣдствіе пораненія осколками костей черепа при извлеченіи краниокластомъ. Неподатливость тканей, особенно у старыхъ первородящихъ, рубцовыя суженія, служатъ предрасполагающимъ условіемъ для нарушенія цѣлости влагалища.

Глубокіе разрывы верхней части рукава могутъ быть сквозными и сопровождаться разрывомъ брюшины, при чемъ происходитъ **отрывъ матки отъ сводовъ** (*colporrhexis*). Такіе отрывы иногда присоединяются къ разрывамъ матки, а также могутъ произойти при неосторожномъ проведеніи руки въ матку для поворота.

Разрывы влагалища въ нижней его трети часто сопровождаются разрывами промежности. Они идутъ обыкновенно по задней его стѣнкѣ сбоку *columnae rugarum*. Глубокіе разрывы проникаютъ черезъ слизистый и мышечный слои и въ околослагалищную клетчатку; въ родильномъ періодѣ вслѣдствіе нарушенія цѣлости можетъ произойти нагноеніе и даже омертвѣніе стѣнокъ влагалища, вслѣдствіе чего образуются кишечно-влагалищныя фистулы.

Разрывы влагалища рѣдко сопровождаются кровотеченіемъ. Заживленіе поверхностныхъ поврежденій происходитъ хорошо, если не произошло зараженія. Всѣ значительныя пораненія рукава нужно зашивать по общимъ хирургическимъ правиламъ.

Однако даже безъ поверхностныхъ поврежденій могутъ быть внутреннія кровотечения въ зависимости отъ поврежденія сосудовъ околослагалищной клетчатки и подкожной клетчатки половыхъ губъ, вслѣдствіе чего образуется **haematoma vaginae** или **vulvae**. Кровоизліяніе происходитъ большею частью изъ какой-нибудь вены.

При образованіи гѣматомы замѣчается постепенное учащеніе пульса, появляются потугообразныя боли, и въ просвѣтѣ рукава выступаетъ синеваато-багровая опухоль. Лѣченіе гѣматомы выжидательное, такъ какъ кровоизліяніе большею частью всасывается произвольно; если кровяная опухоль очень велика, то она можетъ разорваться, причемъ наступаютъ опасныя и даже смертельныя кровотечения.

4. Разрывы промежности происходят вслѣдствіе неправильнаго поддерживанія промежности, вслѣдствіе недостаточной ея растяжимости, быстрого періода изгнаія и вслѣдствіе большой величины головки плода. Промежность можетъ быть повреждена также щипцами, особенно при извлеченіи высоко стоящей головки плода.

Различаютъ неполный, полный и центральный разрывъ промежности.

Неполный разрывъ промежности не доходитъ до сфинктера задняго прохода, при чемъ можетъ произойти или разрывъ одной спайки или же болѣе глубокій разрывъ всей промежности. Въ послѣднемъ случаѣ разрывъ, начавшись со спайки, идетъ черезъ кожу по гархе, захватываетъ мышцы тазоваго дна и заднюю стѣнку влагалища, но сфинктеръ остается неповрежденнымъ.

Полный разрывъ промежности захватываетъ сфинктеръ, при чемъ передняя стѣнка кишки можетъ также разорваться; такимъ образомъ весь нижній отдѣлъ влагалищно-кишечной перегородки оказывается поврежденнымъ.

Центральный разрывъ встрѣчается крайне рѣдко. Такіе разрывы начинаются въ срединѣ промежности и могутъ остаться ограниченными спереди спайкой, а сзади сфинктеромъ; въ такихъ случаяхъ плодъ проходитъ черезъ отверстие, образовавшееся въ центрѣ промежности. Но болѣею частію центральный разрывъ превращается въ неполный, при чемъ спайка также разрывается; кромѣ того можетъ разорваться также сфинктеръ, и тогда получается полный разрывъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходятъ глубокіе разрывы мышцъ промежности (наичае *m. levator ani*) безъ поврежденій кожи.

Всѣ разрывы промежности, за исключеніемъ поверхностныхъ разрывовъ спайки, должны быть обязательно зашиты. Незашитые разрывы промежности болѣею частію не срастаются. Кромѣ того, пораненія, остающіяся открытыми, могутъ легко повести къ зараженію. Послѣдствіемъ полныхъ разрывовъ можетъ быть недержание газовъ и даже кала.

Слѣдуетъ зашивать разрывы тотчасъ послѣ родовъ. Предварительно очищаютъ раненую поверхность отъ сгустковъ и выравниваютъ края раны съ помощью ножницъ. Для зашиванія лучше всего примѣнять узловатые швы изъ обезпложеннаго шелка. Каждый глубокій шовъ долженъ проходить подъ основаніемъ раны, при чемъ вколъ и выколъ дѣлаются на разстояніи 1 см. отъ края раны.

При неполныхъ разрывахъ сначала накладываютъ швы на промежность и не завязываютъ ихъ; затѣмъ накладываютъ швы на влагалищный разрывъ, начиная сверху, и каждый шовъ тотчасъ завязываютъ. Въ заключеніе завязываютъ промежностные швы.

При полныхъ разрывахъ сначала накладываютъ швы на разорванную стѣнку прямой кишки и завязываютъ ихъ со стороны кишки; дальнѣйшее зашиваніе производятъ такъ же, какъ при неполныхъ разрывахъ.

При центральныхъ разрывахъ разрѣзаютъ мостикъ со стороны влагалища и превращаютъ центральный разрывъ въ неполный, а затѣмъ зашиваютъ по общимъ правиламъ.

Послѣ зашиванія промежности связываютъ ноги съ помощью полотенца и обмываютъ промежность 2—3 раза въ день обезпложенной водой.

Родильницѣ назначаютъ жидкую пищу и съ 3—5 дня при помощи слабительныхъ и клистировъ опоражниваютъ кишечникъ. Швы снимаютъ на 6—8 день. Если разрывъ не сросся, то послѣ снятія швовъ можно сдѣлать вторичное зашиваніе промежности. Съ этой цѣлью гранулирующую поверхность раны предварительно оживляютъ при помощи выскабливанія острой ложечкой и затѣмъ соединяютъ края раны по вышеописаннымъ правиламъ. При вторичномъ зашиваніи разрывы обыкновенно срастаются хорошо. (Наблюденія С. С. Холмогорова, Г. Ф. Матвѣева и другихъ).

5. Разрывы въ области **клитора** большею частію бываютъ косвенные между клиторомъ и мочеиспускательнымъ каналомъ. При нихъ кровотеченіе бываетъ довольно значительнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для остановки кровотеченія достаточно простого прижатія ватой, но лучше производить зашиваніе такого разрыва тонкимъ шелкомъ.

Поврежденія лоннаго соединенія.

Такія поврежденія чаще всего бываютъ послѣ оперативныхъ родовъ, особенно при общесуженномъ тазѣ; но они могутъ быть иногда и при произвольныхъ родахъ. вмѣстѣ съ разрывомъ лоннаго соединенія можетъ произойти поврежденіе крестцово-подвздошнаго сочлененія. При разрывѣ лоннаго соединенія женщина жалуется на боль, невозможность передвигать ногами, которыя остаются повернутыми кнаружи. Въ области лоннаго соединенія можно ощупать углубленіе, образовавшееся вслѣдствіе расхожденія лонныхъ костей.

Послѣ разрыва нужно наложить тугой поясъ вокругъ таза и съ наружной стороны ногъ положить мѣшки съ пескомъ. При такомъ лѣченіи черезъ продолжительное время наступаетъ полное соединеніе концовъ лоннаго соединенія. Только въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ нагноеніе въ этой области, требующее оперативнаго вмѣшательства.

Патологія послѣродового періода.

Болѣзни, обусловленныя зараженіемъ раненій половыхъ органовъ. (Родильная горячка).

Родильной горячкой называются такія заболѣванія организма, которыя зависяютъ отъ зараженія раненій полового канала.

Впрочемъ до сихъ поръ нѣтъ согласія относительно опредѣленія родильной горячки. Прежде родильной горячкой назывались только тяжелыя формы, какъ піемія и септицемія. Въ послѣднее время предлагали относить сюда только такую лихорадку, которая вызывается внесеніемъ въ половой каналъ женщины патогенныхъ чуждыхъ микроорганизмовъ, главнымъ образомъ гемолитическихъ вирулентныхъ стрептококковъ. Однако значеніе непатогенныхъ бактерій въ этиологіи т. наз. родильной горячки еще не достаточно выяснено, и до сихъ поръ у насъ нѣтъ ни одного вѣрнаго способа для отличія патогенныхъ постороннихъ стрептококковъ отъ собственныхъ сапрофитовъ. Вотъ почему мы не имѣемъ возможности опредѣлять родильную горячку на основаніи однихъ бактериологическихъ изслѣдованій. Сапрофиты обычно вызываютъ легкія мѣстныя заболѣванія и такъ называемую сапрэмію, зависящую отъ гнилостнаго разложенія частей послѣда, кровяныхъ сгустковъ и т. п. Вирулентные же стрептококки способны уничтожать живыя клѣтки, проникать глубоко въ живыя ткани и вызывать тяжелую форму септицеміи.

Кромѣ стрептококковъ,—особенно попадающихъ въ половой каналъ черезъ переносъ ихъ отъ больныхъ родильной горячкой, рожей, флегмоной—тяжелыя формы могутъ вызывать стафилококки, происходящія изъ свѣжихъ гноиниковъ, и кишечныя палочки. Гонкокки, дифтерійная палочка Löffler'a, пнеймококки Frankel'я тоже могутъ служить причиной серьезныхъ послѣродовыхъ заболѣваній.

Микробы, внесенные въ половые органы роженицы, вызываютъ зараженіе раненій наружныхъ половыхъ частей, влагалища, шейки матки, самой матки, и плацентарной площадки. Дальнѣйшее общее зараженіе организма происходитъ черезъ кровеносные и лимфатическіе сосуды. Такимъ образомъ возникаютъ мѣстныя заболѣванія (*vulvitis, colpitis, endometritis* и т. д.) и общія (*pyaemia et septicaemia*).

Инфекція можетъ быть внесена не только акушеркой и врачомъ; возможно зараженіе пальцами самой женщины или же при половомъ сношеніи, бывшемъ незадолго до родовъ; также можно допустить продвиганіе чистыми руками микробовъ съ наружныхъ половыхъ частей, съ промежности въ болѣе глубокіе отдѣлы родового

канала. Встрѣчаются еще рѣдкіе случаи заноса въ матку патогенныхъ микроорганизмовъ черезъ кровь при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ-то, при воспаленіи легкихъ, жабѣ, рождѣ, тифѣ и т. п.

Но до сихъ поръ не доказана возможность **самозараженія**, т.-е. чтобы родильница могла заболѣть родильной горячкой, если ни въ кровь, ни въ половой каналъ ея не были внесены микроорганизмы извнѣ. Зараженія во время родовъ микробами, постоянно находящимися во влагалищѣ, не происходитъ, можетъ-быть, вслѣдствіе того, что сами микробы мало вирулентны, или вслѣдствіе того, что во влагалищѣ существуютъ неблагоприятныя для нихъ условія (есть указанія на особыя приспособленія для самоочищенія влагалища). Полость матки и верхняя часть шейки до родовъ не содержатъ бактерій; распространенію ихъ изъ влагалища вверхъ препятствуетъ слизистая тягучая пробка, находящаяся въ шейкѣ матки. Во время родовъ слизь и околоплодная жидкость, а также дѣтское мѣсто при своемъ выходѣ, уносятъ съ собою микроорганизмовъ, находящихся во влагалищѣ.

Однако нельзя отрицать возможности зараженія обычно находящимися во влагалищѣ микробами, которые при неблагоприятныхъ условіяхъ могутъ сдѣлаться вирулентными; также можно допустить и самостоятельное прониканіе во внутренніе половые органы вирулентныхъ микробовъ съ наружныхъ половыхъ частей, промежности и даже черезъ мочу.

Условія, благоприятствующія зараженію, слѣдующія: 1) Поврежденія промежности, наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища и шейки, а особенно самой матки. 2) Катарральныя измѣненія слизистой оболочки влагалища и шейки, чаще всего зависящія отъ перелойнаго зараженія. 3) Предлежаніе дѣтскаго мѣста, преждевременное излитіе водъ, выпаденіе пуповины, продолжительные роды, особенно при узкомъ тазѣ. 4) Задержаніе частей дѣтскаго мѣста или оболочекъ. 5) Большая потеря крови, заболѣванія почекъ, сахарная болѣзнь и другія заболѣванія, при которыхъ сопротивляемость организма понижена. 6) Различныя акушерскія операціи, особенно операція отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Чрезвычайно важно соблюдать предохранительныя противъ зараженія мѣры (см. уходъ за роженицей стр. 104). Еще во время **беременности** необходима особая чистота половыхъ органовъ; половыя сношенія, которыя могутъ быть источникомъ зараженія, должны быть оставлены не менѣе, какъ за два мѣсяца до родовъ. Особенная осторожность нужна при существованіи гнойныхъ процессовъ у самой женщины или у близкихъ къ ней лицъ; также беременныя не должны ухаживать за больными скарлатиной, дифтеритомъ,

рожей и т. п. Необходимо немедленное лѣчение всякихъ кишечныхъ разстройствъ и заболѣваній мочевыхъ органовъ.

Земмельвейсу (1847) приписываютъ честь начала развитія настоящихъ воззрѣній на происхожденіе родильной горячки. Но еще раньше въ 18-мъ вѣкѣ англичанинъ Денманъ высказалъ мнѣніе о переносѣ родильной горячки врачами и акушерками на здоровыхъ роженицъ. Листеру принадлежитъ дальнѣйшая разработка антисептики, благодаря которой постепенно исчезла эпидемія родильной горячки.

Различныя формы послѣродовыхъ заболѣваній.

Vulvitis et colpitis puerperalis. Раненія наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища во время родовъ могутъ подвергнуться зараженію различными микробами, вслѣдствіе чего они не остаются чистыми, но покрываются грязноватымъ, сальнымъ налетомъ и впослѣдствіи изъязвляются. Такія измѣненія называются пуэрперальными язвами—**ulcera puerperalia**; онѣ сопровождаются отекомъ окружающихъ частей. Если зараженные разрывы были защиты, то они не срастаются. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается, что сѣрый налетъ раны состоитъ изъ омертвѣвшей ткани, въ которой находятся микроорганизмы. Некротизировавшіяся части отграничиваются отъ здоровой ткани инфильтратомъ, состоящимъ изъ бѣлыхъ кровяныхъ клѣтокъ, что и препятствуетъ дальнѣйшему прониканію зародышей. Изъ инфильтрата образуется грануляціонный валъ, съ помощью котораго происходитъ отторженіе всѣхъ омертвѣвшихъ частей. Температура большею частію не поднимается высоко, если процессъ ограничивается нижними отдѣлами полового канала и не переходитъ въ шейку и полость матки. При зараженіи патогенными микроорганизмами мѣстный процессъ быстро можетъ сдѣлаться общимъ и повести къ тяжелому заболѣванію.

Лѣчение состоитъ въ частомъ обмываніи и повторномъ смазываніи язвенныхъ поверхностей іодной настойкой, перекисью водорода и т. п.

Endometritis puerperalis встрѣчается всего чаще. Различаютъ доброкачественную и злокачественную форму воспаленія внутренней поверхности матки.

Доброкачественный эндометритъ выражается или въ формѣ «лихорадки отъ всасыванія» или «лохіометръ». Обѣ эти формы называются доброкачественными, потому что онѣ остаются обыкновенно мѣстнымъ процессомъ, который ограничивается только полостью матки и большею частью оканчивается самопроизвольнымъ выздоровленіемъ.

а) Эндометритъ отъ всасыванія (*endometritis putrida*) или т. наз. резорпціонная лихорадка зависитъ оттого, что оставшіеся сгустки крови, оболочки и части послѣда подвергаются гнилостному процессу вслѣдствіе попаданія въ полость матки сапрофитовъ. Такой процессъ носитъ также названіе *сапрэміи*. Эта форма характеризуется небольшимъ подъемомъ температуры на 2—3 сутки, затѣмъ быстрымъ поднятіемъ на 3—4 сутки и послѣдующимъ быстрымъ паденіемъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываютъ еще повторные (1—2) подъемы температуры. Большинство однодневныхъ лихорадокъ, которыя прежде объяснялись приливомъ молока, зависятъ отъ гнилостнаго разложенія небольшихъ кусочковъ плодныхъ оболочекъ. Рѣдко температура поднимается выше 39 градусовъ. Вмѣстѣ съ лихорадкой появляются пахучія грязныя или бурныя выдѣленія, но полной задержки лохій не бываетъ. Сама матка нѣсколько больше нормальной, но не болѣзненна. Такой эндометритъ большею частью проходитъ безъ лѣченія. Но если температура не падаетъ, то назначаютъ постоянное влагалитное орошеніе, съ помощью котораго обыкновенно выходятъ остатки послѣда, и температура падаетъ. Удаленіе же рукой, тупой кюреткой и промываніе полости матки можетъ быть необходимо въ случаяхъ кровотеченій.

б) Лохіометра развивается вслѣдствіе гнилостнаго процесса въ жидкихъ лохіяхъ, задерживающихся вслѣдствіе суженія просвѣта внутренняго отверстія чаще всего въ зависимости отъ сильнаго перегиба матки вперед (*anteflexio*). Въ первые дни послѣ родовъ лихорадки не бываетъ; на 4—7-й день вдругъ, большею частью съ ознобомъ, температура поднимается до 39—40 град., въ то же время выдѣленія изъ влагалитца совершенно прекращаются, а затѣмъ появляются въ обильномъ количествѣ и съ сильнымъ запахомъ. Вслѣдъ за этимъ и температура быстро падаетъ вмѣстѣ съ обильнымъ потомъ, но можетъ вскорѣ и вновь подняться. При комбинированномъ изслѣдованіи тѣло матки оказывается сильно отклоненнымъ къ переднему своду и образуетъ съ шейкой острый уголъ. Лѣченіе состоитъ въ выпрямленіи матки, назначеніи спорыни и влагалитныхъ спринцеванійхъ.

Злокачественная форма эндометрита развивается при зараженіи патогенными микробами, главнымъ образомъ стрептококками, которые обладаютъ способностью вступать въ борьбу съ живыми клѣтками, могутъ уничтожать ихъ и проникать глубоко въ ткани. Эта форма всегда представляется серьезнымъ заболѣваніемъ, которое можетъ во многихъ случаяхъ окончиться выздоровленіемъ, но при неблагоприятныхъ условіяхъ инфекция распространяется

за предѣлы матки и вызываетъ общее зараженіе, оканчивающееся смертельно. Оставшіяся въ маткѣ оболочки и части дѣтскаго мѣста сами по себѣ не вызываютъ септического тяжелаго эндометрита. Такое заболѣваніе возникаетъ вслѣдствіе зараженія во время родовъ, или болѣзненный процессъ можетъ перейти послѣдовательно изъ нижнихъ отдѣловъ полового канала послѣ родовъ. При эндометритѣ на внутренней поверхности матки образуется такой же грязно-сѣрый налетъ, какой бываетъ при пуэрперальныхъ язвахъ наружныхъ половыхъ частей; послѣродовыя очищенія становятся обильными, иногда имѣютъ грязный цвѣтъ и дурной запахъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи поверхностный слой состоитъ изъ омертвѣвшей децидуальной ткани съ гнѣздами стрептококковъ; подъ этимъ слоемъ находится инфильтратъ изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, служащій препятствіемъ для дальнѣйшаго прониканія бактерій. Въ этомъ т. наз. защитительномъ грануляціонномъ слое и происходитъ борьба между клѣтками и микроорганизмами. Распознаваніе основывается на общемъ видѣ больныхъ и на явленіяхъ со стороны половой сферы; присутствіе гемолитическихъ стрептококковъ еще не служитъ признакомъ септического эндометрита. Также мы не имѣемъ вѣрнаго способа для отличія вирулентныхъ стрептококковъ отъ сапрофитовъ въ лохіяхъ влагалища. Матка велика, мягка и чувствительна. Заболѣваніе обыкновенно начинается знобомъ, иногда потрясающимъ, послѣ чего температура можетъ быстро подняться до 40°, пульсъ становится частымъ. Общее состояніе рѣзко и быстро измѣняется: аппетитъ пропадаетъ, появляется усиленная жажда, сухость кожи и языка, развивается бессонница.

Предсказаніе становится неблагоприятнымъ, если процессъ не ограничивается внутреннею поверхностью матки, а переходитъ въ вены, трубы, окружающую клѣтчатку и брюшину. Однократное нахожденіе въ крови бактерій—даже гемолитическихъ стрептококковъ—особенно не ухудшаетъ предсказанія, такъ какъ нерѣдко такія больныя поправляются.

Лѣченіе. Постоянное влагалищное орошеніе по способу проф. В. Ф. Снегирева. Это послѣднее оказываетъ во многихъ случаяхъ цѣлебное дѣйствіе тѣмъ, что сокращаетъ матку, отсасываетъ изъ нея гнилостныя вещества и части послѣда и тѣмъ прекращаетъ ихъ всасываніе въ организмъ; кромѣ того благотворно вліяетъ на общее состояніе больной. Осторожное промываніе полости матки дезинфицирующими растворами (Kali hypermanganic., спиртъ, іодистая настойка и др.) съ помощью особаго маточнаго катетера. Дренажъ матки посредствомъ марли или резиновыхъ, а также стеклянныхъ трубокъ. Съ той же цѣлью для обезпеченія непрерывнаго выведенія

изъ матки патологическихъ лохий проф. А. А. Сицинской предложилъ т. наз. перевязку матки, которая состоитъ главнымъ образомъ изъ марлеваго дренажа. Но предварительно съ помощью зеркалъ промывается матка растворомъ сулемы (1:2000 или 1:3000) или кали гиперманган. (1:1000) въ 15° — 16° R, затѣмъ 2% борной или стерилизованной водой 38° — 40° R, и, наконецъ 90° спиртомъ 15° — 16° R. Послѣ осторожнаго промыванія вводится не широкая полоса марли, рыхло выполняющая полость матки. Такая перевязка, произведенная безъ поврежденія грануляціоннаго слоя, нерѣдко послѣ однократнаго ея примѣненія даетъ хорошіе результаты. Въ случаяхъ же присутствія оболочекъ или долекъ послѣда лучше удалить ихъ ручнымъ способомъ. Выскабливаніе даже тупой кюреткой, съ цѣлью удаленія инфицированной отпадающей оболочки, иногда вызываетъ ухудшеніе болѣзни, что можно объяснить разрушеніемъ защитительнаго грануляціоннаго слоя, вскрытіемъ сосудовъ и болѣе глубокимъ внѣдреніемъ инфекции. Кромѣ того при выскабливаніи иногда наблюдается сильная потеря крови и возможно поврежденіе стѣнокъ матки даже съ полнымъ ея прободеніемъ. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ выскабливаніе оказываетъ благопріятное вліяніе на излѣченіе процесса, а потому до сихъ поръ находитъ примѣненіе и при септическомъ эндометритѣ.

На основаніи клиническихъ и литературныхъ данныхъ Н. А. Цовьяновъ пришелъ къ заключенію, что раннее (на 3—4 день послѣ родовъ) выскабливаніе тупой ложечкой оказываетъ благопріятное вліяніе, особенно въ случаяхъ задержанія въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца. Присутствіе стрептококковъ—даже гемолитическихъ—въ лохіяяхъ не служитъ противопоказаніемъ къ операціи. Выскабливаніе не должно производиться при общей инфекціи, при воспалительныхъ заболѣваніяхъ около матки и при налетахъ на шейкѣ.

Лучше воздержаться отъ усиленнаго мѣстнаго лѣченія эндометрита, оставить матку въ покоѣ, назначить постоянное орошеніе и поддерживать защитительныя силы организма. Кромѣ укрѣпляющаго питанія назначаютъ большое количество вина, пивныхъ дрожжи, хининъ. Для возбужденія искусственнаго лейкоцитоза прибѣгаютъ къ подкожному вливанію физиологическаго раствора или нормальной лошадиной сыворотки. Съ цѣлью образованія искусственнаго т. наз. фиксаціоннаго абсцесса (Fochier) впрыскиваютъ подъ кожу 1—4 куб. сант. ol terebinth. Примѣняется также серотерапія и вакцинотерапія, но результаты до сихъ поръ мало утѣшительны. Предложеніе удалять матку до сихъ поръ не получило общаго признанія, такъ какъ ограниченный эндометритъ въ большинствѣ случаевъ излѣчивается и безъ такого серьезнаго вмѣшательства, слѣдовательно

операция можетъ быть сдѣлана безъ нужды и окажется лишней; между тѣмъ экстирпация матки представляется очень серьезной и даже опасной, потому что при сепсисѣ легко возможно зараженіе операционной раны и брюшины. Удаленіе же матки въ случаяхъ распространенія процесса на окружающія части представляется бездѣльнымъ и только ускорять роковой исходъ.

Metritis dissecans или послѣродовая гангрена матки выражается въ омертвѣніи внутренней поверхности матки вмѣстѣ съ мышечнымъ ея слоемъ и въ выдѣленіи омертвѣвшихъ частей въ болѣе поздніе дни родильнаго періода.

Заболѣваніе встрѣчается рѣдко. При этомъ процессѣ сначала развивается септический эндометритъ, затѣмъ образуется грануляціонный слой въ глубокихъ частяхъ мускулатуры матки съ послѣдующимъ некрозомъ верхнихъ слоевъ. Теченіе болѣзни длительное, выражается тяжелымъ общимъ состояніемъ, упадкомъ силъ, высокой температурой и частымъ пульсомъ. Матка очень плохо сокращается, стоитъ высоко, лохіи обильны съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. Омертвѣвшій кусокъ выходитъ изъ матки на 3-й недѣлѣ и позже; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ представляется въ видѣ полного слѣпка всей внутренней поверхности матки съ отверстіями обѣихъ трубъ. Распознаваніе въ началѣ очень трудное. Предсказаніе далеко не безнадежное, въ случаѣ выздоровленія наступаетъ атрофія матки и безплодіе. Лѣченіе выжидательное: лежъ на низѣ живота, эрготинъ и влагаліищныя спринцеванія или постоянное орошеніе. Активная терапія—особенно удаленіе омертвѣвшихъ кусковъ изъ матки—опасна въ виду возможности перфорации матки.

Parametritis. Параметритомъ называется воспаленіе клѣтчатки, окружающей матку, при чемъ образуется инфильтратъ или экссудатъ сбоку матки, а также спереди или сзади нея. Это заболѣваніе болѣею частью вызывается стрептококками или стафилококками.

Parametritis часто происходитъ вслѣдствіе зараженія разрывовъ шейки матки, и рѣже отъ пуэрперальныхъ язвъ наружныхъ половыхъ частей и влагалища. Заболѣваніе начинается обыкновенно въ первые дни (3—5) послѣ родовъ, температура послѣ зноба быстро достигаетъ высокихъ цифръ, пульсъ учащается. Болѣзнь продолжается въ теченіе многихъ дней и даже недѣль, причѣмъ температура колеблется: то опускается на короткое время, то вновь поднимается. Наблюдаются случаи съ небольшимъ повышеніемъ t° . Сильныхъ болей обыкновенно не бываетъ. Только при значительномъ выпотѣ наблюдаются боли, зависящія отъ раздраженія брюшины. При комбинированномъ изслѣдованіи въ началѣ опредѣляется набухлость сводовъ, а затѣмъ присутствіе экссудата и смѣщеніе матки въ здоровую сторону.

Такое заболѣваніе обыкновенно оканчивается выздоровленіемъ. Образовавшійся выпотъ можетъ рассосаться, но часто при значительномъ нагноеніи происходитъ прободеніе и излитіе гноя во влагалище, или кишку, или мочевою пузырь. Гной изъ большихъ эксудатовъ можетъ вскрыться также черезъ брюшные покровы надъ Пупартовой связкой. Послѣ параметрита остаются плотные рубцовые тяжи, которые притягиваютъ матку въ больную сторону.

Лѣченіе въ началѣ заболѣванія должно состоять въ полномъ покоѣ; на низъ живота кладутъ мѣшокъ со льдомъ и для успокоенія болей назначаютъ опій внутрь или въ суппозиторіяхъ. Промыванія матки не слѣдуетъ дѣлать, теплыя влагалищныя спринцеванія должно производить съ большою осторожностью. Въ виду продолжительности болѣзни необходимо правильное питаніе больной, вино и укрѣпляющія средства. Когда острія явленія стихнуть, то для рассасыванія эксудата кладутъ на низъ живота мѣшки съ горячей водой и дѣлаютъ горячія влагалищныя спринцеванія до 40°. Рассасыванію способствуютъ также влагалищныя тампоны, пропитанные 10% ихтіоло-глицериномъ, и горячія ванны. Если въ опухоли появляется зыбленіе, то для удаленія гноя слѣдуетъ сдѣлать разрѣзъ черезъ влагалище или брюшные покровы.

Sepsis puerperalis acuta—самое тяжелое послѣродовое заболѣваніе, вызываемое стрептококками. Зараженіе сначала поражаетъ внутреннюю поверхность матки, затѣмъ переходитъ по лимфатическимъ путямъ на брюшину и на всѣ внутренніе органы; развивается *nephritis, hepatitis, pleuritis, pneumonia, pericarditis, myocarditis etc.*

Болѣзнь начинается большею частью съ 1-го или 2-го дня послѣ родовъ ознобомъ, очень высокой температурой при частомъ пульсѣ. Общее состояніе рѣзко измѣняется: отсутствіе аппетита, бессонница, жажда, дыханіе становится частымъ и поверхностнымъ, появляется безпокойство и временами безсознательное состояніе, черты лица обостряются, глаза глубоко западаютъ. Смертельный исходъ при тяжелой формѣ наступаетъ къ концу первыхъ или на вторыя сутки болѣзни.—раньше, чѣмъ обнаружатся мѣстныя измѣненія въ половыхъ органахъ, при этомъ t° иногда не повышается, а только учащается пульсъ, и больныя погибаютъ при явленіяхъ тяжелаго отравленія. Въ другихъ случаяхъ вслѣдъ за септическимъ эндометритомъ развивается воспаленіе брюшины (*peritonitis*); тогда образуется фибринозно-гнойный эксудатъ и появляются отечность, инфильтрація и параличъ кишокъ. Кишки раздуваются газами, наступаютъ упорные запоры, брюшные покровы сильно напрягаются, и животъ становится очень болѣзненнымъ; появляются тошнота, упорная рвота и холодный, клейкій потъ. Пульсъ становится очень

частымъ и слабымъ. Незадолго до смерти нерѣдко наступаетъ улучшение самочувствія: больная приходитъ въ сознание, прощается съ окружающими, отдастъ послѣднїя распоряженія.

Лѣченіе остраго сепсиса до сихъ поръ остается безсильнымъ. Антистрептококковая сыворотка и вакцинотерапія примѣнялись до сихъ поръ съ сомнительнымъ успѣхомъ. Препараты серебряныхъ солей (*argent. nitric.*, *collargol*, *electrargol*) также не даютъ утѣшительныхъ результатовъ, и самое дѣйствіе ихъ недостаточно изучено; оно, повидимому, основано на тонкихъ химическихъ процессахъ въ крови (на образованіи металлферментовъ), а не на бактерицидности и не на фагоцитарной дѣятельности лейкоцитовъ. Тѣмъ не менѣе опубликовано нѣсколько случаевъ излѣченія съ помощью внутривеннаго впрыскиванія 500 куб. сант. 1:10000 раствора *argent. nitric.* Также мало дѣйствительно примѣненіе *collargol'*я въ видѣ мази (*ung. Crede*) для втиранія по 3 грамма или въ суппозиторіяхъ *per rectum* (0,15—0,3 *pro dosi*) или подъ кожу (5—10 куб. сант. 1% раств.). Не лучше оказался и *electrargol* по 5—10 куб. с. подъ кожу или въ вену.

Въ началѣ воспаленія брюшины примѣняютъ ледъ снаружи и опій внутрь; для отхожденія газовъ вводятъ въ кишку длинную трубку. Внутрь назначаютъ вино въ большихъ количествахъ. Охлаждающія ванны, иногда примѣняемыя при общемъ сепсисѣ, при воспаленіи брюшины не показаны.

Для удаленія изъ брюшной полости гнойнаго экссудата предложено возможно раннее чревосѣченіе. Съ этой цѣлью производятъ широкіе разрѣзы по средней линіи и въ поясничныхъ областяхъ, а иногда и въ заднемъ сводѣ влагалища, затѣмъ удаляютъ экссудатъ марлевыми шариками и вводятъ дренажныя трубки. Однако большія обыкновенно погибаютъ въ зависимости отъ общей инфекціи.

Pyæmia или **Metrophlebitis puerperalis** большею частью начинается въ концѣ первой недѣли послѣродового періода. Однако уже въ первые дни послѣ родовъ наблюдается лихорадка (правда, иногда незначительная), затѣмъ t° становится нормальной или немного повышенной до перваго потрясающаго озноба. При этомъ заболѣваніи происходитъ тяжелое инфекціонное воспаленіе венъ половыхъ органовъ подъ вліяніемъ стрептококковъ. Зараженіе идетъ по маточнымъ венамъ, переходитъ на вены *plexus ramiformis* и *v. hypogastrica*. Вслѣдствіе воспаленія венъ происходитъ свертываніе крови и тромбозъ; затѣмъ тромбы распадаются, и микробы попадаютъ въ сердце, въ легкія, разносятся по большому кругу кровообращенія и вызываютъ піэмію съ образованіемъ метастазовъ въ различныхъ органахъ: появляется язвенный эндо-

кардитъ, образуются инфаркты въ легкихъ и гнойники въ различныхъ органахъ и суставахъ.

Пиэмія особенно часто развивается на мѣстѣ плацентарной площадки послѣ задержанія частей послѣда, послѣ предлежанія и искусственнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Заболѣваніе начинается сильнымъ потрясающимъ ознобомъ и высокой температурой; температура вскорѣ падаетъ и черезъ короткое время снова послѣ озноба достигаетъ высокихъ цифръ. Повторные ознобы, рѣзкія колебанія температуры и поты характерны для этой формы заболѣванія. Мѣстные явленія въ половыхъ органахъ большею частію отсутствуютъ, хотя иногда можно прощупать затромбозированныя вены въ видѣ дождевыхъ червей или небольшихъ экссудатовъ въ околوماتочной клѣтчаткѣ. Пораженія брюшины обыкновенно не бываетъ, но наблюдаются метастазы и гнойники въ различныхъ органахъ. Общее состояніе рѣзко измѣняется. Появляются бессонница, головныя боли, отсутствіе аппетита и пролежни. Изслѣдованіе крови большею частью даетъ отрицательные результаты.

При лѣченіи пиэміи необходимо покойное положеніе больной, хорошее питаніе, дрожжи, укрѣпляющія средства, хининъ; специфическихъ средствъ нѣтъ. Однако примѣняютъ также сыворотку, вакцину, препараты серебра и скипидаръ для образованія абсцессовъ съ цѣлью фиксаціи бактерій. При развитіи гнойниковъ слѣдуетъ своевременно вскрывать ихъ. Предложено также и оперативное вмѣшательство по внутрибрюшинному способу съ цѣлью перевязки *v. v. spermaticae* и *v. v. hypogastricae*: изсѣченіе же тромбозированныхъ венъ не производятъ, такъ какъ при этомъ легко можетъ произойти зараженіе брюшины. Результаты оперативнаго лѣченія далеко не блестящи: только $\frac{1}{3}$ больныхъ выздоровѣла; однако при консервативномъ лѣченіи поправляется еще меньше. Для сравненія необходимо большее число наблюдений.

Phlegmasia alba dolens или *endophlebitis streptococcica* (Буммъ). Зараженіе переходитъ изъ венъ матки въ *vena iliaca* и отсюда въ *vena femoralis*. Но по Ольсгаузену и Фелингу это—флегмона бедра, исходящая изъ параметрита. Заболѣваніе чаще начинается на 2—4-й недѣлѣ послѣ родовъ и обнаруживается повышенной температурой, отечностью бедра, а затѣмъ всей ноги; кожа на ногѣ становится гладкой и восковидно-блѣдной. Опухоль остается напряженной и болѣзненной рѣдко болѣе 7—10 дней, но припухлость остается очень долго; склонность къ отекамъ можетъ продолжаться годами. Заболѣваніе иногда ограничивается одной ногой, иногда же заболѣваетъ и другая. Теченіе болѣзни продолжительное, 6—8 не-

дѣль, но исходъ почти всегда благопріятный. Однако опасность заключается въ томъ, что кусочки тромбовъ могутъ оторваться и попасть въ правое сердце и отсюда въ видѣ эмболовъ въ легочную артерію; вслѣдъ за закупоркой большихъ вѣтвей артерій можетъ наступить мгновенная смерть.

Лѣченіе состоитъ въ покойномъ положеніи съ приподнятой больной конечностью, въ наложеніи ватной повязки и въ примѣненіи льда на паховую область; всякія рѣзкія движенія на постели должны быть строго воспрещены. При сильныхъ боляхъ и безсонницѣ назначаютъ морфій.

Кромѣ септического тромбо-флебита наблюдается еще другая форма—асептический тромбовъ тазовыхъ и бедренныхъ венъ, а также варикозныхъ расширеній на ногахъ. При этой формѣ повышения температуры не бываетъ, отечность, и болѣзненность ногъ можетъ быть слабо выражена; но пульсъ всегда бываетъ учащенъ. Безусловно покойное положеніе и при этой формѣ необходимо во избѣжаніе послѣдующихъ эмболій.

Гоноррейныя заболѣванія см. выше, стр. 153.

Изъ другихъ заболѣваній встрѣчаются слѣдующія:

Endocarditis ulcerosa. Это заболѣваніе обыкновенно появляется, какъ слѣдствіе общаго тяжелаго септического зараженія. При эндокардитѣ микробы вызываютъ утолщенія и изъязвленія клапановъ, при чемъ могутъ образоваться небольшіе гнойники въ сердцѣ. Эта болѣзнь большею частью начинается ознобомъ, сравнительно высокой температурой и частымъ, неровнымъ пульсомъ. Общее состояніе рѣзко измѣняется: больныя или находятся въ возбужденномъ состояніи, или совершенно теряютъ сознание. Предсказаніе безусловно неблагопріятное.

Лѣченіе болѣзни—симптоматическое: ледъ на сердце и сердечныя средства (дигиталисъ и др.).

Рожа встрѣчается крайне рѣдко. Она можетъ присоединиться къ каждому раненію на наружныхъ половыхъ органахъ; но иногда она появляется также и на другихъ частяхъ тѣла, отдаленныхъ отъ половыхъ органовъ. Въ послѣднемъ случаѣ нуженъ особенно тщательный уходъ за родильницей, чтобы предотвратить зараженіе половыхъ органовъ. Ребенокъ долженъ быть немедленно удаленъ отъ матери, иначе легко можетъ произойти зараженіе пупочной раны, что крайне опасно.

Септическія сыпи иногда очень напоминаютъ скарлатину и большею частью встрѣчаются вмѣстѣ съ другими заболѣваніями половыхъ органовъ. Настоящая скарлатина встрѣчается крайне рѣдко.

Tetanus также можетъ присоединиться къ раненіямъ половыхъ органовъ и вызвать грозныя явленія: тризмъ, тетаническія судороги и высокую температуру. Исходъ этого заболѣванія крайне

неблагоприятенъ. Лѣчение такое же, какое производится и въ родильнаго періода.

Душевные разстройства въ послѣродовомъ періодѣ могутъ развиться подъ вліяніемъ септическихъ заболѣваній половыхъ органовъ, а также послѣ бывшей эклампсіи. Благоприятствующими условіями для развитія психоза служатъ: кровотеченія въ родильномъ періодѣ и другія осложненія, вызывающія общее ослабленіе и истощеніе организма. Иногда психозы развиваются даже и при благоприятномъ теченіи родильнаго періода у женщинъ съ неустойчивой нервной системой.

Чаще всего душевные заболѣванія являются въ формѣ мании и выражаются сильнымъ общимъ возбужденіемъ; встрѣчаются также меланхолія, ипохондрія и другія формы.

Катарръ мочевого пузыря (Cystitis)—одно изъ неприятныхъ осложненій послѣродового періода. Онъ происходитъ обыкновенно вслѣдствіе катетеризаціи, произведенной безъ соблюденія правилъ асептики; раньше введенія катетера необходимо очистить отверстіе мочеиспускательнаго канала отъ лохий.

Болѣзненные явленія состоятъ въ боляхъ въ области пузыря, частомъ и болѣзненномъ мочеиспусканіи. Моча мутна, нейтральной или щелочной реакціи; въ осадкѣ находятся гнойныя и красныя кровяныя тѣльца, эпителии мочевого пузыря и различные виды бактерій.

Лѣчение: покойное положеніе, тепло на область мочевого пузыря въ видѣ компресса или мѣшка съ горячей водой, строгая молочная діета. Внутрь даютъ декоктъ изъ *Fol. uvae ursi*, *salol* и щелочныя воды (Боржомъ, Contrexeville и др.). Въ случаѣ сильно выраженнаго катарра слѣдуетъ дѣлать ежедневныя промыванія пузыря 2% растворомъ борной кислоты.

Фистулы мочевого пузыря образуются обыкновенно послѣ длительныхъ родовъ при узкомъ тазѣ. Недержаніе мочи наступаетъ не въ первые дни родильнаго періода, а послѣ того, какъ произойдетъ отторженіе омертвѣвшихъ частей передней стѣнки влагалища.

Кровотеченія родильницъ.

Кровотеченія въ первые дни послѣродового періода чаще всего зависятъ отъ задержанія въ маткѣ частей послѣда (т.-е. дѣтскаго мѣста или оболочекъ), затѣмъ отъ плохого обратнаго развитія матки и рѣдко отъ незащитыхъ разрывовъ.

Задержавшіяся въ маткѣ части оболочекъ большею частью выходятъ самопроизвольно въ первые дни, при чемъ отхожденіе ихъ сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ кровотече-

ніемъ. Если же части послѣда находятся въ тѣсной связи съ внутренней поверхностью матки, то онѣ могутъ долгое время (нѣсколько недѣль) оставаться въ маткѣ, причѣмъ образуется такъ называемый плацентарный полипъ. Послѣдній большею частью развивается въ маткѣ вблизи отхожденія фаллопиевыхъ трубъ. Онъ состоитъ изъ остатковъ децидуальной ткани, а также ворсистой оболочки, при чемъ вокругъ него отлагается фибринъ изъ свернувшейся крови. Такой полипъ питается при посредствѣ вновь образованныхъ сосудовъ. Матка обыкновенно очень плохо сокращается и долгое время сохраняетъ большіе размѣры. Кровотеченіе можетъ быть и не сильнымъ, но часто повторяется, причѣмъ кровь большею частью имѣетъ ярко-красный цвѣтъ.

Лѣченіе должно состоять въ удаленіи полипа, для чего надо ввести въ матку палецъ и отдѣлить полипъ отъ стѣнокъ матки; можно также осторожно удалить его кюреткой. Если шейка матки закрыта, то надо предварительно расширить ее расширителями Негар'а.

При плохомъ обратномъ развитіи матки (*subinvolutio uteri*) кровотеченіе рѣдко бываетъ сильнымъ. Матка при этомъ состояніи велика и мягка, вслѣдствіе чего иногда трудно бываетъ опредѣлить ея границы. Родильница должна лежать въ постели; внутрь даютъ спорыню или эрготинъ и дѣлаютъ горячія влагаліщныя спринцеванія.

Кровотеченія въ болѣе позднее время родильнаго періода, спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ или выкидыша, могутъ быть вызваны злокачественнымъ новообразованіемъ, т. наз. *chorion-epithelioma malignum*. При этомъ заболѣваніи (см. выше, стр. 170) кромѣ первичной опухоли въ маткѣ, развиваются метастазы въ другихъ органахъ. Лѣченіе должно состоять въ полномъ удаленіи матки послѣ пробнаго выскабливанія. При появленіи метастазовъ оперативное пособіе остается недѣйствительнымъ.

Неправильности положенія послѣдородовой матки.

Anteflexio послѣродовой матки; если перегибъ матки впереди значителенъ, то можетъ наступить задержка послѣродовыхъ очищений, такъ наз. *lochometra*. При такомъ положеніи матки обратное развитіе ея совершается медленно.

Retroflexio послѣродовой матки можетъ произойти только послѣ того, какъ матка уменьшится настолько, что можетъ помѣститься въ маломъ тазу, т.-е. не ранѣе 8-го дня послѣ родовъ.

Причины неправильнаго положенія: слабость маточныхъ связокъ или воспаленіе тазовой брюшины съ образованіемъ сращеній матки.

Предрасполагающія условія: продолжительное лежаніе на спинѣ и переполненіе мочевого пузыря. Перегибъ матки кзади иногда вызываетъ боли въ поясницѣ и довольно сильныя кровянистыя выдѣленія.

Распознаваніе такого неправильнаго положенія ставится на основаніи соединеннаго изслѣдованія, причемъ дно матки оказывается опущеннымъ кзади въ малый тазъ, а влагалищная часть обращена къ лонному соединенію.

Лѣченіе состоитъ въ вправленіи матки и введеніи пессарія Ходже. Въ случаѣ воспалительныхъ явленій необходимо соотвѣтствующее лѣченіе. Отдѣляютъ матку отъ сращеній съ помощью массажа только послѣ того, какъ воспалительный процессъ совершенно стихнетъ.

Опущеніе матки и выпаденіе ея (*descensus et prolapsus uteri*) наступаетъ послѣ родовъ легко вслѣдствіе плохой инволюціи маточныхъ связокъ и стѣнокъ влагалища, особенно у тѣхъ женщинъ, которыя еще до беременности страдали легкимъ опущеніемъ. Опущеніе и выпаденіе чаще совершается медленно, но оно можетъ наступить вдругъ, напримѣръ, послѣ поднятія большихъ тяжестей. Значительное растяженіе влагалища во время родовъ и несросшіеся разрывы промежности могутъ способствовать такому измѣненію положенія матки.

Лѣченіе состоитъ въ покойномъ положеніи, въ примѣненіи вяжущихъ влагалищныхъ спринцеваній и тампоновъ. Для удержанія матки послѣ ея вправленія слѣдуетъ вложить подходящій пессарій. Если всѣ эти мѣры оказываются недействительными, то укрѣпленіе матки производится оперативнымъ путемъ.

Болѣзни сосковъ и груди у родильницъ.

Болѣзни сосковъ происходятъ вслѣдствіе сильныхъ сосательныхъ движеній ребенка, особенно при нѣжной кожѣ сосковъ и плохомъ уходѣ за ними. Соски заболѣваютъ чаще у кормящихъ въ первый разъ. Схожденіе поверхностнаго слоя эпителія и скопленіе въ этомъ мѣстѣ крови и молока ведетъ къ образованію корочекъ (*excoriatio*), подъ которыми развиваются язвочки.

Кромѣ поверхностнаго схожденія эпителія, подъ вліяніемъ сосанія или ущемленія соска между челюстями, могутъ образоваться глубокія трещины; иногда наблюдаются глубокіе поперечные надрывы у основанія соска. Трещины и язвочки сосковъ не легко поддаются лѣченію, такъ какъ поврежденія, начинающія заживать, при сосаніи ребенкомъ вновь надрываются.

Вслѣдствіе зараженія трещинъ легко можетъ присоединиться воспаленіе грудной железы (mastitis). Для предупрежденія заболѣваній сосковъ еще во время беременности необходимо приготовленіе ихъ (обтираніе спиртомъ, вяжущими и вытягиваніе плоскихъ сосковъ). Во время кормленія необходимо тщательный уходъ за сосками (обмываніе ихъ 2% растворомъ борной кислоты) и вытираніе рта ребенка. При образованіи поверхностныхъ ссадинъ слѣдуетъ кормить ребенка черезъ стеклянные колпачки, надѣваемые на соски.

При глубокихъ трещинахъ нужно прекратить кормленіе. Для заживленія трещинъ на соскахъ предложено много средствъ; хорошее дѣйствіе оказываетъ мазь съ висмутомъ (8:30).

Воспаленіе грудной железы, такъ наз. грудица (mastitis). Это заболѣваніе зависитъ отъ зараженія микробами (стафилококками или стрептококками), поступающими черезъ трещины сосковъ въ млечные ходы, и по лимфатическимъ сосудамъ. Застой молока въ грудныхъ железахъ не производитъ воспаленія, но можетъ благоприятствовать развитію микробовъ. Грудница большею частью появляется на 2—4 недѣлѣ послѣ родовъ, но иногда и въ болѣе поздній періодъ.

Болезнь начинается ознобомъ и быстрымъ повышеніемъ температуры, нерѣдко до 40°. Боли въ грудной железнѣ вначалѣ рѣдко бываютъ сильными. Появляется припухлость отдѣльныхъ долекъ и краснота наружныхъ покрововъ. Рѣдко заболѣваетъ вся железа, еще рѣже процессъ развивается въ клетчаткѣ подъ железой (Retro-mastitis).

При начавшемся воспаленіи слѣдуетъ прекратить кормленіе, поднять грудь къверху и положить пузырь со льдомъ. Внутри назначаютъ слабительное. Впослѣдствіи переходятъ къ теплымъ припаркамъ или согрѣвающему компрессу. Если появилось зыбленіе, то необходимо вскрыть нарывъ продольнымъ разрѣзомъ, направленнымъ къ соску; затѣмъ полость дренируютъ полоской марли и кладутъ асептическую повязку.

Galactorrhoea называется постоянное истеченіе молока какъ въ промежуткахъ между кормленіемъ, такъ и послѣ отнятія ребенка отъ груди. Причины такого заболѣванія неизвѣстны. Вслѣдствіе постояннаго истеченія молока развиваются малокровіе, нервная слабость и истощеніе; поэтому надо прекратить кормленіе. Если же и послѣ отнятія ребенка отъ груди истеченіе молока не прекратится, слѣдуетъ наложить на грудь давящую повязку и назначить общее укрѣпляющее лѣченіе.

Акушерскія операціи.

Акушерскія операціи раздѣляются на операціи подготовительныя и родоразрѣшающія. Къ подготовительнымъ операціямъ принадлежатъ: расширеніе маточнаго зѣва, влагалища и наружныхъ половыхъ частей, разрывъ плоднаго пузыря, возбужденіе преждевременныхъ родовъ и выкидыша, поворотъ плода, прободеніе головки плода, лонософченіе и пубитомія, низведеніе ножки, вправленіе пуповины и конечностей плода, измѣненіе лобнаго положенія въ лицевое или затылочное. Родоразрѣшающія операціи: извлеченіе за ножки и тазовой конецъ, извлеченіе головки щипцами, извлеченіе уменьшенной головки краніокластомъ и кесарское сѣченіе. Эмбриотомія, т.-е. раздѣленіе плода на части, есть операція подготовительная и вмѣстѣ съ тѣмъ родоразрѣшающая. Кромѣ того, совершенно отдѣльную группу составляютъ операціи зашиванія разрывовъ матки, шейки, влагалища, промежности и наружныхъ половыхъ частей.

За послѣднее время стали разграничивать акушерскія операціи на клиническо-хирургическія и операціи, возможные въ частной практикѣ. Къ первымъ относятъ тазорасширяющія операціи, всѣ виды кесарскихъ сѣченій на живыхъ, чревософченія при разрывахъ матки и внѣматочной беременности, а также преждевременное прерываніе беременности (искусственный выкидышъ и преждевременные роды). Эти операціи называются также операціями свободнаго выбора, такъ какъ онѣ большею частью могутъ быть замѣнены другими или отложены для производства въ благоустроенномъ учрежденіи съ достаточнымъ количествомъ помощниковъ. Всѣ остальные операціи должны быть производимы по мѣрѣ необходимости въ любомъ мѣстѣ всякимъ врачомъ, занимающимся акушерствомъ; но и при этихъ операціяхъ помощь втораго врача часто бываетъ необходимой, главнымъ образомъ для наркоза.

Всякую акушерскую операцію слѣдуетъ предпринимать на основаніи извѣстныхъ показаній, а также при наличности необходимыхъ условій для ея выполненія. Такъ, показанія бываютъ одни

и тѣ же для нѣсколькихъ операцій, а условія для каждой операціи различны. Поэтому, напр., эклампсія можетъ служить показаніемъ къ различнымъ операціямъ, сообразно условіямъ; такъ, въ однихъ случаяхъ мы извлекаемъ плодъ щипцами, а въ другихъ—дѣлаемъ поворотъ и извлекаемъ за ножку, въ третьихъ—уменьшаемъ головку плода и извлекаемъ ее краніокластомъ и т. п. Въ дальнѣйшемъ изложеніи при каждой операціи будутъ перечислены какъ показанія, такъ и необходимыя для нея условія.

Акушерскія операціи отличаются слѣдующими особенностями: 1) большая часть ихъ производится подъ руководствомъ осязанія, а не зрѣнія, 2) опасность кровотеченія очень значительна, а остановка вслѣдствіе трудной доступности не легка, 3) опасность зараженія довольно велика, вслѣдствіе положенія операціоннаго поля, изобилія сосудовъ и близости брюшины, 4) выборъ времени и мѣста операціи большей частью не зависитъ отъ врача, 5) при операціяхъ принимается во вниманіе жизнь и здоровье не только матери, но и плода.

Такимъ образомъ акушеръ долженъ большей частью быстро взвѣсить всѣ показанія и условія даннаго случая и непосредственно вслѣдъ за рѣшеніемъ спокойно и увѣренно произвести необходимую операцію. Для успѣха важно еще педантическое соблюденіе антисептики и асептики.

Врачъ, виновный въ неосторожно произведенной операціи, вслѣдствіе которой послѣдуетъ смерть больной, по закону (т. XV, ст. 1468) подлежитъ,—смотря по обстоятельствамъ,—заключенію въ тюрьмѣ, или аресту, или строгому выговору.

Наиболѣе удобное положеніе роженицы при акушерскихъ операціяхъ—положеніе на спинѣ на прочномъ столѣ или на поперечной кровати. Кровать должна быть высокая, чтобы оперирующему не нужно было сгибаться или становиться на колѣни. Тазъ роженицы долженъ лежать у края кровати на чистой клеенкѣ, конецъ которой опускается въ тазъ или ведро. Боковое положеніе роженицы удобно для совершенія трудныхъ поворотовъ, особенно при заднихъ видахъ поперечныхъ положеній.

Тѣло роженицы, а особенно брюшные покровы и ноги должны быть вымыты мыломъ; передъ операціей животъ закрываютъ обезпложенною салфеткою или марлею, а на ноги надѣваютъ чистые чулки. Кишечникъ долженъ быть опорожненъ, моча выпущена, наружные половые органы и влагалище тщательно вымыты.

Инструменты для акушерскихъ операцій. Щипцы Симпсонъ-Брауна. Перфораторъ пожницеобразный Бло или Негеле и трепановидный. Краніокласть Брауна. Декапитационный крючокъ. Ту-

пой крючокъ для извлеченія за тазовой конецъ. Длинные ножницы Сканцони для разрывовъ маточнаго зѣва, длинная крѣпкія ножницы для эмбриотоміи и небольшія ножницы, искривленные по плоскости. Ложкообразныя зеркала и боковые подъемники. Двое щипцовъ Мюзе и двое крѣпкихъ щипцовъ Дуаена. Двѣ тупыхъ и двѣ острыхъ кюретки различной величины. Два корницанга. Два маточныхъ катетера Фритча различной величины. Иглодержатель, иглы. Пинцеты анатомическіе и кровоостанавливающіе, разныхъ размѣровъ скальпели. Бужи. Кольеирицтеръ и небольшіе эластическіе метрейринтеры, а также большой не эластическій баллонъ Шампетье (Champretier de Ribes). Шприць вмѣстимостью 200 куб. сантим. для наполненія метрейринтера. Мягкій катетеръ Нелатона и металлическій катетеръ. Шприць Праваца. Аппаратъ для подкожнаго вливанія раствора поваренной соли. Маска для хлороформнаго наркоза и языкодержатель. Кромѣ того двѣ щетки для мытья рукъ, бритва, кружка Эсмарха и два стеклянныхъ наконечника. Стерилизованный перевязочный матеріалъ (вата и марля) въ небольшихъ, хорошо закрытыхъ металлическихъ коробкахъ и стерилизованный шелкъ.

Лѣкарства: сулема въ пастилкахъ по 0,5 гр., 100 гр. ливоля или лизоформа. 100 гр. хлороформа. Для подкожнаго впрыскиванія: 1 % sol. morphii muriatici. 4.0 Div. in ampullis № 3. 1 % sol. cocain muriat. 20% sol. coffeini natrobenzoici. 5% sol. ergotini Wernich. Камфора съ эвпромъ (Camphorae 2, Aether sulfuric 3. Ol. olivar 10). Поваренная соль по 6 гр., Natr carbonic. sicc. по 1 гр., въ пастилкахъ. T-rae opii. T-rae iodi. 1 % sol. argenti nitrici. Vaporole (extr. hypophysis).

Искусственное расширеніе маточной шейки.

Искусственное расширеніе маточной шейки производится во время беременности и во время родовъ.

Расширеніе во время беременности предпринимается, какъ подготовительная операція для возбужденія выкидыша и преждевременныхъ родовъ. Способы, употребляющіеся съ этою цѣлью, изложены въ соответствующихъ главахъ.

Искусственное расширеніе во время родовъ можетъ быть необходимымъ въ различные моменты періода раскрытія шейки матки для скорѣйшаго родоразрѣшенія: 1) При патологическомъ состояніи шейки матки, какъ-то: при ригидности ея, обуславливающей продолжительность періода раскрытія, при рубцовыхъ суженіяхъ и при такъ назыв. склеиваніи (conglutinatio) наружнаго зѣва. 2) При нормальномъ состояніи шейки матки въ случаяхъ различныхъ

осложнений, угрожающих жизни и здоровью роженицы или плода, какъ, напр.: при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста или отъ предлежанія его, при эклампсiи, при зараженiи, такъ назыв. *endometritis sub partu* и т. под.

Способы раздѣляются на **некровавые** и **кровавые**. Къ некровавымъ способамъ расширенiя во время родовъ принадлежатъ: 1) ручное расширенiе, 2) расширенiе съ помощью каучуковыхъ баллоновъ, такъ назыв. метрейризы, 3) расширенiе при помощи металлическихъ расширителей.

1) **Ручное расширенiе** маточнаго зѣва особенно легко производится при значительномъ открытiи зѣва и хорошей растяжимости шейки матки. Такъ, при раскрытiи маточнаго зѣва на 2—3 пальца, при сглаженной и растяжимой шейкѣ довольно быстро можно расширить зѣвъ до полнаго открытiя. Ручное расширенiе чаще всего производится подъ нарѣзомъ, такъ какъ велѣдъ за расширенiемъ обыкновенно предпринимаютъ ту или другую операцiю съ цѣлью родоразрѣшенiя.

Расширенiе производится слѣдующимъ образомъ: сначала вводятъ половину руки или всю руку во влагалище, поворачиваютъ тыльную ея поверхность въ крестцовую впадину; затѣмъ вводятъ въ маточный зѣвъ указательный палецъ, а потомъ среднiй и медленно растягиваютъ зѣвъ обоими пальцами, раздвигая ихъ въ стороны. Послѣ достаточнаго расширенiя двумя пальцами вводятъ третiй и четвертый пальцы, а въ заключенiе всю руку. Осторожное расширенiе и постепенное введенiе пальцевъ вполне безопасно; при грубомъ же и насильственномъ расширенiи, особенно въ случаяхъ неподатливости шейки, легко можно произвести большiе разрывы шейки и даже самой матки.

Кромѣ описаннаго есть еще другой способъ двуручнаго расширенiя, извѣстный очень давно, но теперь описываемый, какъ методъ Боннера. Онъ состоитъ въ томъ, что при содѣйствiи щипцовъ Мюзе вводятъ въ зѣвъ матки конецъ указательнаго пальца одной руки, затѣмъ постепенно рядомъ продвигаютъ указательный палецъ другой руки, обращаютъ тыльныя ихъ поверхности другъ къ другу, и раздвигаютъ оба пальца въ разныя стороны до тѣхъ поръ, пока не помѣстятся свободно оба пальца, а затѣмъ вводятъ третiй и четвертый пальцы. Такимъ образомъ черезъ 5—10 минутъ безъ нарѣза можно



Рис. 88.

при растяжимой и сглаженной шейкѣ расширить зѣвъ до полного его раскрытія.

2. **Метрейризь** въ послѣднее время получилъ большое распространіе. Съ помощью его въ огромномъ большинствѣ случаевъ легко можно раскрыть шейку матки тогда, когда она еще не сглажена, и зѣвъ мало открытъ, т.-е. когда ручное расширеніе трудно исполнимо. Метрейринтеры представляютъ изъ себя баллоны различной формы и величины; они должны быть сдѣланы изъ прочной гуттаперчи и не склеены, т.-е. баллонъ и трубка должны составлять одно цѣлое. Мы чаще всего примѣняемъ обыкновенный кольпейринтеръ Брауна, но меньшихъ размѣровъ. (Рис. 88). Скрипкообразный гуттаперчевый расширитель Барнеса не такъ удобенъ, потому что плохо удерживается въ шейкѣ матки, кромѣ того для достаточнаго расширенія необходимо повторное введеніе расширителей различной величины¹). Баллонъ Шампетье (Champetier de Ribes) сдѣланъ изъ шелковой матеріи, покрытой снаружи и внутри слоемъ каучука; объемъ его въ сложенномъ состояніи больше кольпейринтера, и потому онъ при мало открытой шейкѣ не можетъ быть введенъ за внутренней зѣвъ такъ легко, какъ небольшой кольпейринтеръ Брауна.

Введеніе метрейринтера. Передъ употребленіемъ метрейринтеръ долженъ быть обезпложенъ кипяченіемъ. Наружныя половыя части, влагалище и влагалищная часть должны быть тщательно обеззаражены. Послѣ введенія ложкообразныхъ зеркалъ влагалищная часть матки захватывается щипцами Мюзе. Затѣмъ зажимаютъ край метрейринтера особымъ корнцангомъ (Рис. 89), свертываютъ



Рис. 89.

баллонъ вокругъ корнцанга и такимъ образомъ вводить за внутренней зѣвъ. Если зѣвъ мало открытъ, то нужно предварительно расширить

¹) «Идея подобнаго изобрѣтенія родилась еще раньше у нашего русскаго доктора Трубницкаго, который въ диссертациі (О предложеніи дѣтскаго мѣста) описалъ свой тампона-расширитель, состоящій изъ животнаго пузыря и трубки для впрыскиванія черезъ нее жидкости» (Проф. И. П. Лазаревичъ).

шейку съ помощью расширителей Хегара. Послѣ введенія метрейринтера за внутреннее отверстие, въ баллонъ вливаютъ черезъ трубку при помощи шприца небольшое количество, около 200—300 куб. смт. слабого раствора лизоля или стерилизованной воды и вынимаютъ корнцангъ. Обыкновенно довольно скоро послѣ введенія баллона наступаютъ правильныя схватки, и маточный зѣвъ начинаетъ раскрываться, какъ при нормальныхъ родахъ. Если матка достаточно открылась, то надо влить въ баллонъ еще 200—300 куб. смт., иначе метрейринтеръ выпадаетъ изъ матки раньше полнаго открытія зѣва.

Расширеніе шейки при помощи метрейринтера происходитъ не только вслѣдствіе пассивнаго растяженія ея, но также вслѣдствіе возбужденія и усиленія сокращеній матки (схватокъ).

Для увеличенія полезнаго дѣйствія метрейринтера нужно постоянное притяженіе его; съ этою цѣлью привязываютъ конецъ трубки марлевымъ бинтомъ къ ножному краю кровати, или съ помощью блока подвѣшиваютъ тяжесть въ 1—2 фунта. Въ большинствѣ случаевъ подъ вліяніемъ метрейринтера скоро наступаетъ полное раскрытіе маточнаго зѣва, послѣ чего баллонъ выпадаетъ во влагалище. Дальнѣйшее теченіе родовъ при правильномъ положеніи плода оканчивается самопроизвольнымъ рожденіемъ плода. Только въ исключительныхъ случаяхъ метрейринтеръ не вызываетъ хорошихъ схватокъ и медленно раскрываетъ маточный зѣвъ.

Метрейринтеръ примѣняется: 1) для ускоренія родовъ при опасности, угрожающей матери или плоду, какъ напр. при эклампсiи, общемъ заболѣваніи и зараженіи роженицы; 2) для механическаго растяженія ригидной малорастяжимой шейки матки; 3) для раскрытія шейки матки въ случаяхъ преждевременнаго излитія водъ при неправильномъ положеніи плода; 4) при долгихъ родахъ, осложненныхъ преждевременнымъ излитіемъ водъ и слабостью родовыхъ болей; 5) при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста или предлежанія его. Для введенія метрейринтера при предлежаніи дѣтскаго мѣста нужно предварительно разорвать оболочки или же пробуровать дѣтское мѣсто.

Неблагопріятныя осложненія при метрейринтерѣ встрѣчаются не часто. Такъ, положеніе плода измѣняется рѣдко; метрейринтеръ, правда, можетъ смѣстить предлежащую часть плода, но послѣ выхожденія его изъ матки она часто занимаетъ прежнее мѣсто. Разрывъ метрейринтера въ маткѣ не опасенъ, такъ какъ въ немъ должна быть антисептическая жидкость и не должно быть воздуха. Внесеніе вмѣстѣ съ метрейринтеромъ инфекціи въ матку можетъ

быть предотвращено, если самый баллонъ тщательно обезпложенъ, и половые органы женщины основательно дезинфицированы.

3. **Расширеніе съ помощью металлическихъ расширителей или быстрое расширеніе.** Для быстрого расширенія пользуются или расширителями Хегара или расширителями Босси. Расширители Хегара, имѣющие видъ зондовъ различной толщины, вводятся послѣдовательно одинъ за другимъ черезъ наружный зѣвъ въ каналъ шейки и внутреннее отверстіе. Каждый расширитель остается въ шейкѣ матки приблизительно въ теченіе минуты и затѣмъ замѣняется другимъ, болѣе толстымъ. Такое расширеніе продолжается до тѣхъ поръ, пока черезъ каналъ шейки за внутреннее отверстіе можно будетъ свободно провести палець.

Показанія: раскрытіе шейки для удаленія частей яйца при позднемъ выкидышѣ, а также предварительное раскрытіе ея для введенія метрейриптера.

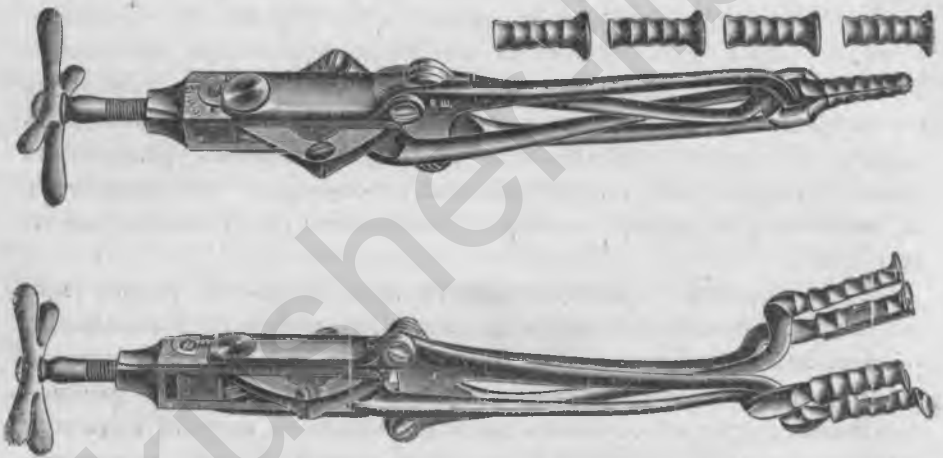


Рис. 90.

Расширитель Босси (Рис. 90) предназначенъ для быстрого расширенія шейки до полного ея раскрытія съ цѣлью дальнѣйшаго извлеченія плода. Такой расширитель состоитъ изъ 4-хъ вѣтвей (другія модификаціи изъ 8-ми вѣтвей), которыя вводятся въ сложенномъ состояніи въ каналъ шейки за внутреннее отверстіе и затѣмъ постепенно раздвигаются при помощи винта. Этотъ инструментъ не безопасенъ, такъ какъ даже при медленномъ растяженіи легко могутъ произойти глубокіе разрывы шейки и нижняго сегмента матки вплоть до брюшины. Если онъ можетъ быть пригоденъ, то только при сглаженной шейкѣ матки.

Кровавое расширеніе. Разрѣзы краевъ маточнаго зѣва еще скорѣе могутъ содѣйствовать раскрытію матки, чѣмъ расширитель Босси. Однако разрѣзы слѣдуетъ дѣлать также только въ то время, когда шейка въ полнѣйшій изгладится. Если же шейка не сглажена и мало открыта, то вмѣсто такихъ разрѣзовъ лучше дѣлать такъ наз. влагалищное кесарское сѣченіе. Разрѣзы производятъ послѣ введенія во влагалище зеркала и захватыванія краевъ зѣва пулевыми щипцами, хотя можно дѣлать ихъ и наощупъ. Въ послѣднемъ случаѣ край маточнаго зѣва захватываютъ между двумя пальцами и съ помощью ножницъ дѣлаютъ двусторонніе боковые разрѣзы.

Эта операція обыкновенно бываетъ подготовительной для извлечения ребенка и производится при слѣдующихъ показаніяхъ: 1) при закрытіи маточнаго зѣва (*conglutinatio*), если не удастся съ помощью пальца или зонда раскрыть ямочку, находящуюся на мѣстѣ бывшаго зѣва; 2) при рубцовыхъ суженіяхъ зѣва, и 3) при ригидности, неподатливости или отечности краевъ маточнаго зѣва.

Искусственный разрывъ плоднаго пузыря.

Разрывъ плоднаго пузыря представляетъ обыкновенно очень легкую операцію и потому, вѣроятно, производится гораздо чаще, чѣмъ слѣдуетъ. Однако эта операція, сдѣланная безъ показаній, нерѣдко можетъ оказать неблагопріятное вліяніе на теченіе родовъ. Такъ, вслѣдствіе ранняго разрыва пузыря роды могутъ замедлиться, также иногда образуются глубокіе разрывы краевъ маточнаго зѣва.

Разрывъ плоднаго пузыря большею частью можно легко сдѣлать пальцемъ. Для этого во влагалище вводятъ указательный палецъ, приставляютъ конецъ его къ наиболѣе выдающейся части плоднаго пузыря и во время схватки надавливаютъ на пузырь снизу вверхъ. При слабыхъ схваткахъ предварительно вызываютъ сокращеніе матки растираніемъ дна ея рукою черезъ брюшныя покровы. Впрочемъ пальцемъ трудно разорвать плотныя оболочки, особенно при мало напряженномъ, такъ наз. плоскомъ пузырьѣ. Въ этихъ случаяхъ проколъ оболочекъ производится зондомъ, вязальной иглой и другими подобными инструментами, которые раньше должны быть тщательно обезпложены. Передъ разрывомъ пузыря надо убѣдиться, не предлежитъ ли пуповина. Кромѣ того слѣдуетъ осторожно производить проколъ инструментами, чтобы не повредить головки или другой предлежащей части плода. Въ случаѣ малаго количества переднихъ водъ оболочки могутъ прилегать къ головкѣ плода настолько близко, что трудно рѣшить, ощупывается ли головка черезъ оболочки, или онѣ уже разорваны.

Показанія: 1) Проколъ оболочекъ дѣлають при водянкѣ яйца (hydramnion) въ началѣ періода раскрытія для удаленія большого количества околоплодной жидкости, которая, растягивая матку, обусловливаетъ слабыя сокращенія ея. Послѣ прокола не слѣдуетъ вдругъ выпускать всей жидкости, такъ какъ легко могутъ выпасть пуповина и медкія части плода или наступить кровотеченіе. Поэтому во избѣжаніе быстрого излітія водъ слѣдуетъ дѣлать небольшое отверстіе въ оболочкахъ выше зѣва.

2) При плотныхъ оболочкахъ, не разрывающихся послѣ полного или почти полного раскрытія зѣва, разрывъ оболочекъ способствуетъ быстрому изгнанію плода. Немедленно нужно разорвать оболочки, если плодъ родится покрытымъ оболочками, какъ говорятъ «въ сорочкѣ».

3) При кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ краевого или низкаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, разрывъ оболочекъ можно дѣлать и при мало открытомъ маточномъ зѣвѣ (на $1\frac{1}{2}$ —2 попер. пальца). Въ этихъ случаяхъ послѣ разрыва кровотеченіе обыкновенно прекращается вслѣдствіе того, что дѣтское мѣсто больше не отдѣляется отъ нижняго сегмента, а также вслѣдствіе того, что подлежащая часть опускается и прижимаетъ кровоточащее мѣсто.

4) Послѣ исправленія косога положенія плода съ помощью наружныхъ пріемовъ проколъ оболочекъ дѣлается съ той цѣлью, чтобы удержать плодъ въ продольномъ, т.-е. головномъ или тазовомъ положеніи.

5) Проколъ оболочекъ дѣлають передъ совершеніемъ поворота на ножку и наложеніемъ щипцовъ.

При слабости маточныхъ сокращеній или при маломъ количествѣ переднихъ водъ разрывъ пузыря далеко не всегда ускоряетъ роды.

Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

Возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ называется искусственное прерываніе беременности послѣ 7-ми лунныхъ мѣсяцевъ, или 28 недѣль, т.-е. въ то время, когда ребенокъ уже жизнеспособенъ. Однако дѣти, рожденныя раньше 33-й недѣли, часто погибають въ первые дни жизни, даже несмотря на хорошій уходъ; поэтому въ виду сохраненія ребенка живымъ эту операцію всего лучше производить на 34—36 недѣль беременности. Эта операція производится въ интересахъ матери и плода, когда жизнь той или другого, или обонхъ вмѣстѣ, подвергается опасности при дальнѣйшемъ теченіи беременности или же во время срочныхъ родовъ.

Эту операцію впервые произвелъ въ 1756 году шотландскій врачъ Маколей; вслѣдъ за нимъ Денманъ, сдѣлавши операцію 20 разъ, содѣйствовалъ ея рас-

пространенію. Въ 1796 году въ Лондонѣ на съѣздѣ англійскихъ акушеровъ обсуждался вопросъ о допустимости этой операціи съ нравственной и практической точки зрѣнія. Во Франціи операція, какъ прежде, такъ и въ послѣднее время, находитъ много противниковъ. Въ Россіи она получаетъ все большее распространеніе.

Показанія къ этой операціи:

1) **Узкіе тазы** съ суженіями средней степени, чаще всего плоскіе тазы, съ конъюгатой отъ $7\frac{1}{2}$ до 9 смт. и общесуженные отъ 8—9 смт. Такъ какъ при такихъ суженіяхъ срочные роды большею частью не могутъ окончиться рожденіемъ живого ребенка, то приходится или жертвовать жизнью ребенка, т.-е. дѣлать перфорацию его головки, или же производить кесарское сѣченіе. Во избѣжаніе этихъ операцій для полученія живого ребенка вызываютъ преждевременные роды на 34—36 недѣль. При болѣе высокихъ степеняхъ суженія таза иногда производятъ преждевременные роды раньше 34 недѣли, но въ этихъ случаяхъ родившійся ребенокъ рѣдко остается въ живыхъ. Въ случаяхъ чрезмѣрной величины плода приходится иногда вызывать преждевременные роды и при суженіяхъ таза больше 9 сантим.

2) **Болѣзни матери**, угрожающія ей жизни или здоровью: пороки сердца, если они становятся опасными для жизни матери при дальнѣйшемъ продолженіи беременности; болѣзни почекъ и ихъ лоханокъ, не уступающія общему лѣченію; тяжелыя формы хорей, эклампсія, а также остеомаляція. Туберкулезъ легкихъ рѣдко можетъ быть показаніемъ къ этой операціи.

3) **Острыя заболѣванія плода или яйца**, водянка яйца (hydramnion), если она быстро развивается и вызываетъ тяжелыя припадки.

4) **Привычное умираніе плода** въ такое время, когда онъ жизнеспособенъ, если такое умираніе не зависить отъ сифилиса.

5) **Предлежаніе или низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста**, обусловливающее повторныя кровотеченія. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ большею частью наступаетъ произвольное прерываніе беременности, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо способствовать остановкѣ кровотеченія съ помощью тѣхъ средствъ (тампонація, метрейризы), которыя вмѣстѣ съ тѣмъ ведутъ къ прерыванію беременности.

Способы возбужденія родовъ. Среди большого числа способовъ можно отмѣтить слѣдующіе, наиболѣе употребительные и надежные: введеніе бужа въ матку, введеніе метрейринтера и проколь оболочекъ.

1) **Введеніе эластическаго бужа** черезъ шейку матки между оболочками и внутренней поверхностью матки (способъ Краузе). Этотъ способъ можно назвать вполне безопаснымъ. Внесеніе заразныхъ началъ въ полость матки можно избѣгать при надлежащемъ соблюденіи асептики. Случайное отдѣленіе бужемъ дѣтскаго мѣста можетъ вызвать кровотеченіе; но это также не опасно, такъ какъ по удаленіи

бужа кровотеченіе быстро останавливается; затѣмъ бужъ надо ввести по противоположной стѣнкѣ матки. Но способъ имѣть только тотъ недостатокъ, что бужъ нерѣдко остается нѣсколько дней въ маткѣ, не вызывая родовъ, или вызывая очень слабыя схватки: поэтому приходится вводить по 2—3 бужа, и все-таки роды наступаютъ не скоро.

2) **Введеніе метрейринтера** (каучуковаго баллона, или баллона Шампетье) за внутреннее отверстіе матки. Метрейринтеръ, введенный въ матку и наполненный жидкостью, вызываетъ родовыя схватки скорѣе, чѣмъ бужъ; для усиленія сокращеній матки примѣняютъ еще постоянное притяженіе за трубочку. Введеніе баллона можетъ быть затруднительнымъ у беременныхъ въ первый разъ, такъ какъ у нихъ каналъ шейки мало открытъ. Поэтому у первобеременныхъ часто необходимо предварительное расширеніе шейки матки расширителями Хегара, или съ помощью бужа, который оставляется въ маткѣ на нѣсколько часовъ. Способъ введенія метрейринтера и осложненія при этомъ способѣ описаны выше (см. Искусственное расширеніе маточной шейки). Роды, вызванные этимъ способомъ, оканчиваются большею частью скоро, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ періодъ раскрытія происходитъ медленно. Теченіе родовъ слѣдующее: послѣ полного раскрытія баллонъ выпадаетъ во влагалище и изгоняется наружу, затѣмъ самостоятельно или искусственно разрывается плодный пузырь, и при правильномъ положеніи плода роды оканчиваются самопроизвольно. Только въ случаѣ осложненій (косое или поперечное положеніе плода, выпаденіе пуповины и т. п.) приходится дѣлать поворотъ на ножку или при ослабленіи потугъ извлекать ребенка ручнымъ способомъ или щипцами.

3) **Проколъ оболочекъ** тоже представляется надежнымъ средствомъ для вызванія родовъ. Но иногда можетъ пройти довольно долгое время прежде, чѣмъ наступятъ роды. Этотъ способъ имѣетъ тѣ невыгоды, съ которыми связано теченіе родовъ при раннемъ прохожденіи водъ. Поэтому проколъ оболочекъ слѣдуетъ дѣлать только при многоводіи и при правильномъ положеніи плода.

4) **Влагалищное кесарское сѣченіе** въ случаяхъ, требующихъ быстрого окончанія родовъ, напр. при эклампсін, но только не при очень узкомъ тазѣ.

Благоприятный для матери и плода исходъ преждевременныхъ родовъ зависитъ отъ строжайшаго соблюденія антисептики и асептики, отъ способа вызванія родовъ, отъ удачнаго выбора времени операціи, а также отъ самопроизвольнаго окончанія родовъ.

Выборъ времени зависитъ не только отъ указаній самой женщины о времени послѣднихъ мѣсячныхъ, движенія ребенка, но также отъ

опредѣленія величины матки и высоты стоянія ея дна, состоянія шейки матки, открытія ея зѣва, измѣренія внутриутробной длины ребенка и лобнозатылочнаго его размѣра.

Противники этой операціи видятъ недостатки ея въ томъ, что вторичная смертность недоношенныхъ дѣтей въ первый годъ жизни очень велика. Заболѣваемость же и смертность матерей отъ операціи незначительна.

Слѣдующіе способы вызыванія родовъ не получили большого распространенія:

а) Теплые или горячіе влагалищныя души (способъ Кивиша). Вода въ 30—32° R. впрыскивается во влагалище нѣсколько разъ въ день изъ кружки съ довольно значительной высоты. Такія спринцеванія большею частію не вызываютъ родовъ, но они могутъ служить для подготовленія неуступчивыхъ половыхъ частей у первородящихъ, послѣ чего примѣняютъ метрейринтеръ. Повторныя горячія спринцеванія въ 40° R. или перемѣнные души (то въ 6°, то въ 35° R.) также принадлежатъ къ ненадежнымъ средствамъ для вызыванія родовъ, кромѣ того они производятъ раздраженіе влагалища.

б) Тампонація влагалища производится съ помощью марли, ваты или каучуковаго баллона, такъ наз. кольнейринтера. Этотъ способъ принадлежитъ къ ненадежнымъ средствамъ для вызыванія преждевременныхъ родовъ. Тампонація употребляется только въ случаѣ сильнаго кровотеченія при закрытой шейкѣ.

в) Тампонація шейки марлей, ватой и введеніе разбухающихъ палочекъ (ламинарий или тупело) также мало употребительны и скорѣе могутъ служить подготовительными средствами для раскрытія шейки.

г) Впрыскиваніе жидкости между оболочками яйца и маткой (способъ Когэна) считается дѣйствительнымъ средствомъ, но не безопаснымъ, такъ какъ при этомъ воздухъ можетъ попасть въ маточныя вены и вызвать смертельную эмболию легкихъ.

д) Внутреннія средства (спорынья и пилокарпинъ) не дѣйствительны и не безопасны; также не дѣйствительны препараты придатка мозга (pituitrin и др.).

Искусственный выкидышъ.

Искусственнымъ выкидышемъ называется искусственное прерываніе беременности раньше 28 недѣль, т.-е. въ то время, когда ребенокъ еще не жизнеспособенъ. Слѣдовательно, эта операція производится въ интересахъ матери, плодъ же заранѣе обреченъ на смерть. Въ виду такого исхода этой операціи для плода показанія къ искусственному выкидышу, конечно, необходимо ставить чрезвычайно осторожно. Прежде, чѣмъ рѣшиться на эту операцію, врачъ долженъ обсудить съ товарищами, дѣйствительно ли она необходима. Эта операція по научнымъ показаніямъ производится только въ видахъ спасенія жизни беременной; но если ее производятъ съ цѣлью сокрытія беременности, или по нежеланію быть беременной, то она составляетъ тяжкое преступленіе.

Въ древности искусственный выкидышъ производился обыкновенно не по медицинскимъ показаніямъ,—особенно часто въ Римѣ въ періодъ упадка общественной нравственности. Съ распространеніемъ христіанства это дѣяніе стало считаться преступленіемъ. Мысль о научныхъ показаніяхъ высказывалась давно (Сорапъ во 2-омъ вѣкѣ, Азій); Вильямъ Куперъ первый (1772) пред-

ложилъ эту операцію вмѣсто кесарскаго сѣченія при узкомъ тазѣ. Законы всѣхъ цивилизованныхъ странъ строго караютъ лицъ, производящихъ изгнаніе плода. Впрочемъ врачъ, совершившій *lege artis* эту операцію по научнымъ показаніямъ и *ex consilio*, никогда не подлежалъ отвѣтственности.

Въ настоящее время среди врачей и юристовъ замѣчается стремленіе расширить показанія къ выкидышу и принимать въ соображеніе не только медицинскія, но также социальныя условія: бѣдность, позоръ. Нѣкоторые врачи высказываются даже за полную ненаказуемость аборта на томъ основаніи, что: 1) преслѣдованія закона не уменьшаютъ числа выкидышей, а только создаютъ ненормальныя условія ихъ производства, что 2) женщина можетъ сама распоряжаться своимъ организмомъ, что 3) большое количество дѣтей ведетъ къ преждевременной смерти матери и часто къ окончательному разоренію семьи. Однако нельзя признать правильнымъ, чтобы врачи съ помощью операцій рѣшали социальныя вопросы.

Показаніемъ къ этой операціи—говоря вообще—служатъ такія осложненія, которыя при дальнѣйшемъ теченіи беременности угрожаютъ жизни матери или наносятъ непоправимый вредъ ея здоровью, при чемъ такая опасность можетъ быть устранена только при посредствѣ этой операціи. Эти осложненія слѣдующія: 1) Абсолютное суженіе таза, т. е. такіе тазы, въ которыхъ хотя одинъ изъ размѣровъ равенъ 6 смт. или меньше. При такомъ суженіи дѣлаютъ выкидышъ въ виду того, чтобы избавить женщину отъ необходимости подвергнуться кесарскому сѣченію во время срочныхъ родовъ, такъ какъ при абсолютномъ суженіи таза даже послѣ уменьшенія объема плода (прободеніе головки) извлеченіе его черезъ родовые пути представляется труднымъ и опаснымъ для роженицы. Однако это показаніе многими не признается въ виду ничтожной опасности кесарскаго сѣченія въ настоящее время.

2) Неукротимая рвота беременныхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда не удастся прекратить ее съ помощью различныхъ внутреннихъ средствъ, но если общее состояніе больной не совсѣмъ безнадежно. Послѣ выкидыша рвота обыкновенно прекращается.

3) Серьезныя разстройтва со стороны важныхъ внутреннихъ органовъ, какъ-то: почка беременныхъ, нефритъ, некомпенсированные пороки сердца, хорей и пр. Однако при всѣхъ такихъ заболѣваніяхъ во время беременности предварительно необходимо лѣчить болѣзнь и стараться сохранить беременность.

Мнѣнія врачей относительно туберкулеза легкихъ расходятся. Одни полагаютъ, что во всѣхъ случаяхъ туберкулезъ служить показаніемъ къ выкидышу, такъ какъ онъ почти всегда ухудшается или во время беременности или послѣ родовъ. Другіе же не считаютъ необходимымъ при этомъ заболѣваніи прерывать беременность, такъ какъ при среднихъ и тяжелыхъ формахъ туберкулезъ ухудшается почти всегда, какъ внѣ беременности, такъ и несмотря на сдѣланный выкидышъ; въ легкихъ же случаяхъ и особенно при остановившемся процессѣ ухудшеніе во время беременности наступаетъ крайне рѣдко.

Статистика, доказывающая улучшение туберкулеза послѣ выкидыша, не убѣдительна. Правильнѣе всего мнѣніе тѣхъ врачей, которые считаютъ необходимымъ индивидуализировать случаи. При скрытыхъ формахъ выкидышъ можетъ понадобиться рѣдко: только въ случаѣ сильной рвоты, отсутствія аппетита, паденія вѣса и т. под. При активномъ туберкулезѣ—даже въ начальной стадіи, особенно при повышеніи температуры, кровохарканьи и рѣзкомъ похуданіи,—выкидышъ безусловно показанъ. Но при распространенномъ процессѣ выкидыша можно и не дѣлать, такъ какъ тутъ уже ничто не поможетъ. Вліяніе туберкулеза на плодъ остается до сихъ поръ мало изученнымъ; во всякомъ случаѣ неправильно бы было дѣлать выкидышъ только изъ боязни рожденія туберкулезнаго ребенка.

4) Ущемленіе матки при загибѣ ея назадъ. Въ этихъ случаяхъ нужно дѣлать выкидышъ только тогда, если не удастся вправить матку ручными приѣмами подъ наркозомъ. вмѣсто выкидыша совѣтуютъ дѣлать кольпотомію или чревосѣченіе съ той цѣлью, чтобы исправить положеніе матки и сохранить беременность.

5) Ракъ влагалищной части матки въ томъ случаѣ, если нельзя удалить беременную матку черезъ влагалище безъ предварительнаго ея опорожненія. Если же раковое новообразование распространилось и не можетъ быть радикально удалено, то не слѣдуетъ прерывать беременность, а въ началѣ родовъ дѣлають кесарское сѣченіе для того, чтобы получить плодъ живымъ.

6) Опухоли живота и таза (кисты, фибромы и пр.), вызывающія во время беременности тяжелые припадки. Хотя въ этихъ случаяхъ и производятъ выкидышъ, но его нельзя считать за радикальную операцію, такъ какъ послѣ выкидыша все-таки остаются опухоли, которыя впоследствии должны быть удалены. Поэтому вмѣсто выкидыша лучше удалить самую опухоль, а беременность, по возможности, сохранить.

7) Заболѣванія плоднаго яйца (*mola hydatidosa*, *mola carnososa*), сопровождающіяся кровотеченіемъ. Хотя въ этихъ случаяхъ выкидышъ обыкновенно рано или поздно наступаетъ самопроизвольно, однако часто слѣдуетъ ускорить его наступленіе.

Опухоли матки и придатковъ, а также заболѣваніе плоднаго яйца считаются условными показаніями. Къ условнымъ показаніямъ относятся также нѣкоторыя другія заболѣванія, какъ-то: задержаніе мертваго яйца, Базедова болѣзнь, различныя тяжелыя формы болѣзни крови, малярійная кахексія, острая гипертрофія грудныхъ железъ, опущеніе и выпаденіе матки, расширение вены, *paratyphlitis*, невраимая ущемленная грыжа, эпилепсія. Но большей частью при этихъ заболѣваніяхъ выкидышъ приноситъ очень мало пользы. Инфекціонныя болѣзни (тифъ, воспаленіе легкихъ и друг.) безусловно не требуютъ прерыванія беременности.

Способы возбужденія выкидыша. Теченіе выкидыша проходитъ

всего благоприятнѣе, если удастся вызвать правильныя сокращенія матки, которыя изгоняють яйцо цѣликомъ вмѣстѣ съ послѣдомъ. Съ этой цѣлью пользуются слѣдующимъ способомъ:

1) Расширяють шейку матки съ помощью металлическихъ расширителей (до № 8), затѣмъ вводятъ въ полость матки зондъ и обводятъ имъ по стѣнкамъ матки вокругъ яйца для того, чтобы отдѣлить его, но не разрушить. Въ заключеніе плотно тампонируютъ нижнюю часть матки и каналъ шейки полоской асептической или ксероформной марли и также выполняютъ тампономъ влагалище. Этимъ способомъ вызываютъ сокращенія матки, которыя способствуютъ изгнанію всего яйца. Однако, во многихъ случаяхъ, несмотря на повторную тампонацію, выкидышъ не наступаетъ. Въ другихъ случаяхъ яйцо выходитъ не цѣликомъ, а въ маткѣ остаются части его, которыя приходится удалять или пальцемъ или кюреткой. Въ виду этого предложень другой быстрый способъ опорожненія матки, который состоитъ въ слѣдующемъ:

2) Расширяють шейку матки до №№ 12—18, затѣмъ вводятъ въ полость матки палецъ и стараются съ помощью его отдѣлить яйцо. Если это не удается, то пользуются тупой ложечкой Винтера (Рис. 91), съ помощью которой яйцо выводится по частямъ. Въ заключеніе кюреткой производятъ выскабливаніе стѣнокъ матки. Однако



Рис. 91.

этотъ способъ нельзя признатъ вполне безопаснымъ. Во время быстрого расширения шейки матки могутъ произойти разрывы ея. При выскабливаніи матки также легко можно произвести поврежденія и даже прободенія стѣнокъ матки. Поэтому во время отдѣленія яйца и выскабливанія необходимо слѣдить рукой, положенной на брюшныя покровы, за движеніями ложки. Особенно опасно введеніе корнцанга въ полость матки и захватываніе имъ наощупъ частей яйца; такимъ способомъ, какъ извѣстно, вмѣстѣ съ частями яйца захватывали стѣнку матки, проникали въ брюшную полость и извлекали оттуда кишки или сальникъ. Корнцангомъ можно удалять только изъ шейки матки тѣ части яйца, которыя видны или находятся у внутренняго отверстія.

Вмѣсто быстрого расширения металлическими расширителями можно пользоваться обезпложенными палочками *tupello* или *laminae*, которыя разбухаютъ и постепенно (въ теченіе 12 часовъ) расширяють шейку матки. Послѣ такого подготовительнаго раскрытія

шейки дальнѣйшее расширеніе ея металлическими расширителями и выскабливаніе матки болѣе безопасно.

Когда яйцо удалено тѣмъ или другимъ способомъ, матку промываютъ горячей водой, смазываютъ іодной настойкой внутреннюю ея поверхность и вводятъ въ полость ея полоску марли.

Описанные способы примѣняются въ ранніе мѣсяцы беременности—не позже 4 мѣсяца. Позднѣ этого времени выкидышъ производятъ такимъ же способомъ, какъ искусственные преждевременные роды, т.-е. лучше всего введеніемъ метрейринтера небольшого размѣра. Раньше введенія метрейринтера приходится также расширять шейку металлическими расширителями.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ—особенно неотложныхъ—также при ригидной шейкѣ, начиная съ 3—4 мѣсяца можно быстро опорожнить матку съ помощью такъ наз. влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Вслѣдъ за этой операціей совѣтуютъ при туберкулезѣ—во избѣжаніе послѣдующихъ беременностей—удалять черезъ влагалище или матку или трубы. Однако въ виду пвлчимости туберкулеза врядъ ли такія радикальныя операціи могутъ найти широкое примѣненіе.

Искусственный выкидышъ можно производить въ различные сроки беременности, но удобнѣе всего дѣлать его въ два первые или два послѣдніе мѣсяца (т.-е. до начала 3 или же съ конца 5 мѣсяца беременности). Осторожное производство выкидыша съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ обеззараживанія даетъ безусловно благоприятный исходъ. Грубые и спѣшныя приемы—особенно употребленіе острыхъ инструментовъ, корнцанга и т. п., могутъ повести къ прободенію матки, а недостаточное соблюденіе обеззараживанія—къ зараженію. Въ случаѣ прободенія матки—что узнается по глубокому прониканію инструментовъ (зонда, кюретки и т. п.) возможно самопроизвольное заживленіе безъ реакціи, если не была внесена инфекция. Если же плодъ или части яйца не были удалены, то можно удалить ихъ съ помощью *colpotoxia anterior*. При малѣйшемъ же подозрѣніи на пораненіе кишечника настоятельно показано чревосѣченіе.

[Поворотъ плода.

Поворотъ плода принадлежитъ къ подготовительнымъ, а не родоразрѣшающимъ операціямъ и производится съ цѣлью замѣнить одно положеніе плода другимъ. Различаютъ поворотъ плода: I при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ и II при головныхъ положеніяхъ.

Поворотъ на головку рекомендовался еще въ сочиненіяхъ Гипократа. Цельзъ въ 1-мъ вѣкѣ по Р. Хр. упоминаетъ о поворотѣ на ножку при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ. Азцій амидійскій въ 6-мъ вѣкѣ предложилъ эту операцію при головныхъ положеніяхъ. Затѣмъ о ней забыли и только въ 1549 году Амбруазъ Парэ снова ввелъ въ практику поворотъ на ножку, который съ тѣхъ поръ занялъ прочное мѣсто среди акушерскихъ операцій.

I. Поворотъ при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода.

При косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода поворотъ производится съ цѣлью исправленія положенія плода или на головку, или на ягодицы, или на ножку. Способы производства поворота при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ слѣдующіе:

- 1) Поворотъ одними наружными приемами.
- 2) Поворотъ съ помощью наружно-внутреннихъ приемовъ, такъ наз. комбинированный.
- 3) Поворотъ тоже комбинированный по способу Бракстонъ-Гикса.

NB. Поворотъ съ помощью однихъ внутреннихъ приемовъ никогда не примѣняется, такъ какъ вторая свободная рука должна спереди помогать рукѣ, оперирующей въ маткѣ.

1) Поворотъ съ помощью наружныхъ приемовъ.

Поворотъ одними наружными приемами производится или на головку или на ягодицы. Наружный поворотъ (по способу Виганда. Wigand) примѣнимъ при значительной подвижности плода, т.-е. при цѣлыхъ или недавно излившихся водахъ, при слабыхъ сокращеніяхъ матки и при вялыхъ брюшныхъ покровахъ.

Не слѣдуетъ производить наружнаго поворота при узкомъ тазѣ, предлежаніи дѣтскаго мѣста и другихъ осложненіяхъ, вообще въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ или предвидится необходимость ускоренія родовъ. Въ этихъ случаяхъ производятъ наружно-внутренній поворотъ на ножку.

Операция предпринимается обыкновенно въ началѣ родовъ, хотя рекомендуютъ дѣлать ее еще во время беременности. Измѣнить косое или поперечное положеніе въ головное или тазовое во время беременности не трудно, но трудно удержать плодъ въ исправленномъ положеніи.

При косыхъ положеніяхъ прежде, чѣмъ приступить къ повороту наружными приемами, слѣдуетъ положить роженицу на тотъ бокъ, куда отклонена головка. Тогда дно матки съ ягодицами плода по закону тяжести опустится въ ту же сторону, а головка отойдетъ въ противоположную сторону, ко входу въ тазъ. Въ случаѣ, когда ягодицы лежатъ ниже, чѣмъ головка, роженица должна лечь на тотъ бокъ, куда обращенъ тазовой конецъ плода.

Если одно боковое положеніе не приводитъ къ цѣли, то приступаютъ къ повороту наружными приемами. Роженица лежитъ на спинѣ съ пригнутыми къ животу ногами. Врачъ помѣщаетъ одну руку на голову, а другую на ягодицы и одновременными движеніями

обѣихъ рукъ старається внѣ схватокъ свести головку внизъ ко входу въ тазъ, а ягодицы поднять кверху. Послѣ того, какъ плодъ установился въ продольномъ положеніи, роженицу кладутъ на тотъ бокъ, гдѣ прежде лежала головка плода. Если одного положенія на боку для удержанія продольнаго положенія недостаточно, то при раскрытомъ маточномъ звѣзѣ нужно разорвать плодный пузырь; но прежде, чѣмъ разрывать оболочки, необходимо точно удостовѣриться не лежитъ ли рядомъ съ головкой пуповина. Роженица должна оставаться въ боковомъ положеніи до тѣхъ поръ, пока головка не вступитъ во входъ въ тазъ.

Поворотъ на ягодицы производится въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣднія лежатъ ближе ко входу въ тазъ, чѣмъ головка. Операция совершается съ помощью тѣхъ же приемовъ, какъ и поворотъ на головку.

2) Поворотъ съ помощью наружно-внутреннихъ приемовъ.

Наружно-внутренній поворотъ или, какъ нѣкоторые неправильно называютъ его, внутренній поворотъ производится: а) на ножку или ножки, б) на головку и в) на ягодицы.

Поворотъ на ножки при помощи наружно-внутреннихъ приемовъ болѣе употребителенъ, чѣмъ поворотъ на головку или ягодицы, потому что сведенная ножка можетъ во всякое время служить точкой опоры для послѣдующаго извлеченія плода. Послѣ же сведения головки или ягодицъ плода ко входу въ тазъ, невозможно быстро окончить роды, такъ какъ головка послѣ поворота можетъ остаться надъ входомъ въ тазъ, откуда ее нельзя извлечь щипцами; также трудно извлечь плодъ и за ягодицы, находящіяся надъ входомъ въ тазъ.

а) Наружно-внутренній поворотъ на ножку.

Наружно-внутренній поворотъ на ножку при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода производится тогда, когда наружный поворотъ на головку или ягодицы невозможенъ или когда для совершенія такого поворота нѣтъ показаній. Слѣдовательно, поворотъ на ножку производится въ концѣ періода раскрытія, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ различныя осложненія, какъ-то: узкій тазъ, предлежаніе пуповины или дѣтскаго мѣста, эклампсія и т. п. Поворотъ на ножку возможенъ при слѣдующихъ условіяхъ:

1) Плодъ долженъ быть подвиженъ, т. е. плодный пузырь долженъ быть цѣль, или воды должны пройти незадолго до поворота. Если воды прошли давно, если нижній сегментъ матки чрез-

мѣрно растянуть, и обозначилось контракціонное кольцо, то поворотъ на ножку чрезвычайно опасенъ, такъ какъ при совершеііи его легко можетъ наступить разрывъ матки. Въ этихъ случаяхъ, при такъ наз. запущенномъ поперечномъ положеніи надо дѣлать эмбриотомію.

2) Маточный зѣвъ долженъ быть раскрытъ настолько, чтобы черезъ него можно провести руку.

3) Влагалище должно быть достаточно растяжимо; при обширныхъ рубцовыхъ суженіяхъ его введеніе руки и послѣдующее рожденіе плода невозможно.

4) Тазъ роженицы не долженъ быть абсолютно суженъ, т.-е. наименьшій размѣръ его долженъ быть больше 6 см.

Производство операціи. Для совершеііа поворота роженица помѣщается на поперечной кровати. Наружные половые органы и влагалище тщательно очищаются. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены. Операцію слѣдуетъ дѣлать подъ хлороформнымъ наркозомъ, который значительно облегчаетъ ея производство. При поворотѣ различаютъ три момента: 1) введеніе руки въ матку, 2) отыскиваніе ножки и 3) самый поворотъ.

1) **Введеніе руки въ матку.** Какая рука должна быть введена въ матку? Принято при выборѣ руки соблюдать слѣдующія правила. Если спинка плода обращена впередъ, то вводятъ руку **одноименную** съ той половиной таза, куда обращенъ тазовой конецъ плода. Если же спинка обращена назадъ, то вводятъ руку **разноименную**. Если бы, по ошибкѣ, была введена не та рука, которая требуется правилами, то отнюдь не слѣдуетъ вынимать эту руку и вводить другую, такъ какъ при перемѣнѣ руки вытекають оставшіяся въ маткѣ воды, вслѣдствіе чего поворотъ становится труднымъ. Вообще, даже въ трудныхъ случаяхъ можно всегда произвести поворотъ правой рукой. Рука, предназначенная для поворота, складывается конически и вводится въ наружныя половыя части, раскрытыя другой рукой. Проведеніе руки въ маточный зѣвъ совершается вѣб схватки. Затѣмъ другая рука должна быть положена на дно матки для фиксаціи ея, такъ какъ иначе при введеніи руки въ матку послѣдняя можетъ оторваться отъ влагалища.

Разрывъ оболочекъ слѣдуетъ производить тотчасъ же въ маточномъ зѣвѣ, а не въ мѣстѣ находженія ножекъ, какъ нѣкоторые совѣтуютъ, такъ какъ при проведеніи руки между оболочками и стѣнкой матки увеличивается опасность инфекціи, и возможно отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Выпавшая ручка не служитъ препятствіемъ для введеніа руки и совершеііа поворота. Поэтому ее не слѣдуетъ вправлять; на нее

накладывают петлю и отдают держать помощнику; вследствие этого при последующем извлечении эту ручку не приходится освобождать.

Вышедшую петлю пуповины нужно ввести в матку концами пальцев, но не следует захватывать ее между пальцами.

2) **Захватывание ножки.** Для совершения поворота обыкновенно захватывают одну ножку, а не обѣ, такъ какъ низвести одну ножку легче, и кромѣ того пригнутая другая ножка способствуетъ лучшему растяженію мягкихъ частей, чѣмъ однѣягодицы. Удобнѣе всего захватывать и низводить въ маточный зѣвъ нижележащую ножку какъ болѣе доступную. При заднихъ видахъ (спинка кзади) совѣтуютъ захватывать вышележащую ножку съ той цѣлью, чтобы спинка плода во время поворота повернулась кпереди (Рис. 92). Впрочемъ и при заднихъ видахъ можно захватить и низвести нижнюю ножку; но при дальнѣйшемъ извлеченіи плода слѣдуетъ способствовать измѣненію задняго вида въ передній. Съ этой цѣлью при извлеченіи притягиваютъ ножку къ тому бедру матери, куда обращены пальцы стопы.



Рис. 92.

Для отыскиванія ножки ладонная поверхность руки должна быть обращена къ брюшной поверхности плода. Руку проводятъ по предлежащему боку плода къ паху, а затѣмъ по бедру и голени къ стопѣ (длинный, такъ наз. французскій путь). Можно также, направляясь по брюшной поверхности плода, прямо дойти до ножекъ (короткій, или нѣмецкій путь). Но при послѣднемъ способѣ легко смѣшать ручку съ ножкой и поэтому лучше пользоваться длиннымъ путемъ. Дойдя до стопы, захватываютъ ее между указательнымъ

и среднимъ пальцами въ области голено-стопнаго сочлененія, при чемъ верхушка большого пальца помѣщается на подошвѣ. Можно также не доходить до стопы, а захватывать голень полной рукой. При отыскиваніи ножки рука, лежащая на брюшныхъ покровахъ, приближаетъ ягодицы плода, вслѣдствіе чего можно легче дойти до ножки плода.

3) **Собственно поворотъ.** Захвативши ножку, низводятъ ее въ маточный зѣвъ; одновременно наружной рукой отгѣсняютъ головку кверху къ дну матки. Для совершенія поворота надо воспользоваться промежуткомъ между схватками. Поворотъ считается оконченнымъ, когда головка отойдетъ къ дну матки, а ягодицы вступятъ во входъ таза, при чемъ ножка должна выйти наружу до колѣна.

Если операцію предпринимаютъ спустя долгое время послѣ излитія водъ, то поворотъ плода можетъ не совершиться, несмотря на низведеніе ножки. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ вывести и вторую ножку. Производство операціи облегчается боковымъ положеніемъ роженицы на томъ боку, гдѣ находятся ягодицы.

Въ крайнихъ случаяхъ, когда головка плода не отходитъ вверхъ, и поворотъ не совершается, предлагаютъ примѣнять **двойной пріемъ**. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: одна рука, введенная во влагалище, отгѣсняетъ плечо вверхъ, тогда какъ другой рукой притягиваютъ ножку за петлю, положенную на голено-стопное сочлененіе. Этотъ пріемъ небезопасенъ, такъ какъ во время насильственнаго поворота легко можетъ произойти разрывъ матки. Вообще при запусченныхъ поперечныхъ положеніяхъ поворотъ не показанъ, а слѣдуетъ дѣлать эмбриотомію.

Послѣ совершенія поворота дальнѣйшее рожденіе плода должно быть предоставлено силамъ природы. Извлеченіе плода присоединяютъ къ повороту только въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ опасность для матери или для плода. Особенно не слѣдуетъ приступать къ извлеченію плода, если поворотъ совершался не при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва.

б) Наружно-внутренній поворотъ на головку.

Поворотъ на головку наружно-внутренними пріемами можетъ быть произведенъ при тѣхъ же условіяхъ, какія необходимы для поворота на ножку, т.-е. при полномъ открытіи зѣва, при цѣлости или недавнемъ излитіи водъ; кромѣ того не должно быть суженія таза или другихъ осложненій. Вообще, предпринимать поворотъ на головку слѣдуетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно быть увѣреннымъ, что роды окончатся самопроизвольно живымъ плодомъ, и что въ дальнѣйшемъ теченіи не придется ускорять роды. Это послѣднее условіе чаще всего заставляеть отказываться отъ поворота на головку и предпочитать поворотъ на ножку, такъ какъ послѣ низведенія ножки всегда можно быстро окончить роды съ помощью извлеченія.

Способы поворота на головку наружно-внутренними приемами, по Холлю и Брауну, состоятъ въ слѣдующемъ: рука, введенная въ маточный зѣвъ, оттѣсняетъ плечо въ сторону, противоположную головкѣ, а наружной рукой стараются свести головку ко входу въ тазъ и затѣмъ упрочить ея положеніе.

При способахъ Буша и д'Утрепона пользуются для поворота одной внутренней рукой. Первые два способа надо считать наиболѣе дѣйствительными, такъ какъ при нихъ дѣйствуютъ обѣ руки.

в) Наружно-внутренній поворотъ на ягодицы.

Поворотъ на ягодицы наружно-внутренними приемами производится при тѣхъ же условіяхъ, какъ и поворотъ на ножку, но онъ не имѣетъ никакого преимущества сравнительно съ поворотомъ на ножку. Дѣйствительно, если послѣ низведенія ягодицъ ко входу въ тазъ понадобится извлеченіе, то оно можетъ быть произведено съ большимъ трудомъ, тогда какъ послѣ сведенія ножки можно тотчасъ произвести извлеченіе за нее.

Показанія для поворота на ягодицы могутъ встрѣтиться очень рѣдко. Такъ на примѣръ, при такъ наз. *amelus*, т.-е. уродствѣ плода, состоящемъ въ отсутствіи ножекъ.

Способъ поворота на ягодицы состоитъ въ слѣдующемъ:

Наружной рукой низдавливаютъ ягодицы со стороны брюшныхъ покрововъ, а внутреннюю руку проводятъ до ягодицъ, захватываютъ ихъ, если можно, за паховой сгибъ и низводятъ ко входу въ тазъ; въ это время наружной рукой поднимаютъ головку кверху ко дну матки.

3) Поворотъ на ножку по способу Бракстонъ-Гика.

Этимъ способомъ возможно произвести поворотъ при открытіи маточнаго зѣва на два пальца.

Необходимыя условія для поворота: открытіе маточнаго зѣва не менѣе, какъ на 2 пальца, подвижность плода, т.-е. или цѣлость воды или очень недавнее ихъ излитіе, и слабыя сокращенія матки.

Показанія къ этой операціи крайне рѣдки. Она производится въ тѣхъ случаяхъ, когда поперечное положеніе осложнено кровотеченіемъ, зависящимъ отъ предлежанія дѣтскаго мѣста или преждевременнаго отдѣленія его. Въ другихъ же случаяхъ поперечныхъ положеній при цѣлости воды нужно выжидать болѣе полного открытія и тогда дѣлать поворотъ на ножку обычными вышеописанными приемами. Если же воды истекли раньше полного открытія, то слѣдуетъ ввести въ матку метрейринтеръ и приступить къ повороту на

ножку только послѣ полного открытія, чего иногда можно достигъ и ручнымъ расширеніемъ.

Способъ производства поворота. Одна рука вводится во влагалище, указательный и средній пальцы проводятъ черезъ зѣвъ и отодвигаютъ плечо въ сторону головки; одновременно другой рукой черезъ брюшные покровы опускаютъ ягодицы ко входу. Затѣмъ введенными въ матку пальцами захватываютъ ножку, разрываютъ плодный пузырь и сводятъ ножку въ зѣвъ. Всякое насильственное извлеченіе за ножку послѣ поворота при маломъ открытіи можетъ быть опаснымъ какъ для матери, такъ и для плода.

II. Поворотъ на ножку при головныхъ положеніяхъ.

Поворотъ на ножку при головныхъ положеніяхъ производится или 1) съ помощью наружно-внутреннихъ приемовъ, или 2) по способу Брактонъ-Гикса.

1. Поворотъ наружно-внутренними приемами.

Условія для такого поворота тѣ же, какія необходимы для поворота на ножку при поперечныхъ положеніяхъ.

Показаніями къ повороту при головныхъ положеніяхъ служатъ;

1) **Неправильное членорасположеніе плода** при головныхъ положеніяхъ: а) лобныя положенія ¹⁾, б) задне-теменное вставленіе головки при плоскомъ тазѣ, в) лицевыя положенія, если лицо не устанавливается во входѣ въ тазъ послѣ прохожденія водъ, г) выпаденіе одной или обѣихъ ручекъ, если вправленіе ихъ не удается, д) паденіе пуповины, если не удастся ее вправить.

2) **Опасности**, угрожающія жизни матери и плода: а) кровотеченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста или преждевременномъ его отдыленіи, б) разрывы матки, если плодъ не вышелъ въ брюшную полость, в) эклампсія. Вообще поворотъ на ножку при совершенно правильномъ головномъ положеніи плода производится въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо быстрое окончаніе родовъ, которое можно произвести при помощи извлеченія за ножку, между тѣмъ наложеніе щипцовъ невозможно вслѣдствіе того, что головка плода еще не вступила въ тазъ.

3) **Узкіе тазы**, особенно плоскіе тазы средней степени. Въ этихъ случаяхъ поворотъ на ножку носитъ названіе **профилактическаго**. Онъ былъ предложенъ въ виду того, что будто бы послѣдующая го-

¹⁾ Г. А. Соловьевъ совѣтуетъ вмѣсто поворота превращать лобныя положенія въ лицевыя, что ему часто удавалось (см. стр. 97).

ловка проходить черезъ тазъ легче, чѣмъ предыдущая. По мнѣнію Симпсона, это зависитъ отъ того, что нижняя половина головки представляетъ клинь, боковыя части котораго сходятся по направленію къ затылочному отверстию подъ острымъ угломъ, тогда какъ бока верхней ея части сходятся по направленію къ стрѣловидному шву подъ тупымъ угломъ. А такъ какъ дѣйствіе клина тѣмъ сильнѣе, чѣмъ острѣе его уголь, то отсюда Симпсонъ заключилъ, что послѣдующая головка легче должна проходить, чѣмъ предыдущая. Такое сравненіе головки съ клиномъ, по справедливому мнѣнію проф. Н. Н. Феноменова, совершенно неосновательно, потому что въ механикѣ клинь представляется тѣломъ, не мѣняющимъ своей формы, тогда какъ форма головки измѣняется вслѣдствіе способности ея къ конфигураціи. Кромѣ того противники профилактическаго поворота указываютъ на то, что при быстромъ извлеченіи послѣдующей головки конфигурація ея не можетъ совершаться такъ хорошо, какъ при медленномъ произвольномъ прохожденіи предыдущей. Вообще, до сихъ поръ мы не имѣемъ точныхъ данныхъ для рѣшенія вопроса, легче ли проходить черезъ узкій тазъ послѣдующая головка, чѣмъ предыдущая.

Поэтому въ настоящее время профилактической поворотъ рѣдко примѣняется только по поводу узкаго таза. Поворотъ на ножку при узкомъ тазѣ производится чаще всего въ тѣхъ случаяхъ, когда возникаютъ осложненія, угрожающія жизни матери или плода.

4) Поворотъ послѣ перфораціи головки можетъ быть предпринять въ крайнихъ случаяхъ, если извлеченіе краниокластомъ оказалось безуспѣшнымъ. Раньше производства поворота необходимо удалить выступающіе осколки черепныхъ костей, которые иначе могутъ поранить матку.

Производство поворота на ножку при головныхъ положеніяхъ въ общемъ ничѣмъ не отличается отъ поворота при поперечныхъ положеніяхъ. Въ матку вводятъ ту руку, ладонная поверхность которой легко можетъ быть обращена къ брюшной поверхности плода. Слѣдовательно, при 1-й позиціи надо вводить лѣвую руку, при 2-й— правую. Впрочемъ, можно всегда вводить въ матку ту руку, которой лучше привыкли работать, т.-е. правую. Головка осторожно отодвигается въ сторону, и затѣмъ рука проводится по лицу, грудной клѣткѣ къ ножкамъ. Захватываютъ ту ножку, которая лежитъ ближе къ передней стѣнкѣ матки. Какъ захватываніе ножки, такъ и самый поворотъ производится при содѣйствіи наружной руки, которая сначала низдавливаетъ ягодицы, а затѣмъ отводитъ головку въ противоположную сторону.

2. Поворотъ по способу Бракстонъ-Гипкса.

Условія тѣ же, какія описаны при поворотѣ по этому способу по поводу поперечныхъ положеній.

Показанія—кровоотеченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста или преждевременномъ его отдѣленіи.

Производство поворота нѣсколько труднѣе, чѣмъ при поперечныхъ положеніяхъ. Два пальца руки, введенной въ зѣвъ, отталкиваютъ сначала головку, а затѣмъ плечо вверхъ и въ сторону спинки; наружная рука надавливаетъ ягодицы плода книзу, а головку отводитъ вверхъ. Когда ягодицы будутъ опущены, то двумя пальцами захватываютъ колѣно, разгибаютъ ножку и сводятъ ее во входъ таза.

Извлеченіе плода.

Въ этой главѣ разсматривается извлеченіе плода только при ягодичныхъ и ножныхъ положеніяхъ. Извлеченіе плода при головныхъ положеніяхъ съ помощью щипцовъ излагается въ слѣдующей главѣ. Извлеченіе при ягодичныхъ и ножныхъ положеніяхъ совершается обыкновенно посредствомъ руки и потому называется **ручнымъ**, только въ рѣдкихъ случаяхъ прибѣгаютъ при извлеченіи за ягодицы къ инструментамъ, напр., тупому крючку, тесемъ и т. п.

Эта операція была извѣстна очень давно. Гиппократъ считалъ, что при предлежаніи ножками часто погибаютъ мать, или ребенокъ, или оба вмѣстѣ. Впослѣдствіи долго господствовало мнѣніе, что при тазовыхъ предлежаніяхъ всегда необходима помощь искусства, такъ какъ изгнаніе плода силами природы невозможно. Въ разработкѣ этой операціи сначала принимали больше всего участія французы—Амбр. Парэ, Морисо и др. Но только въ концѣ 18-го вѣка Ібгг рѣшительно заявилъ, что тазовыя предлежанія также хорошо заканчиваются произвольными родами, какъ и головныя. Въ позднѣйшее время 1) были установлены точныя показанія къ операціи и 2) извлеченіе за ножки, какъ совершенно самостоятельная операція, была строго отдѣлена отъ поворота.

Условія для извлеченія: 1) полное открытіе маточнаго зѣва, 2) разрывъ плоднаго пузыря и 3) отсутствіе препятствій какъ со стороны таза, такъ и со стороны мягкихъ родовыхъ путей.

Показанія. Ягодичныя и ножныя положенія, какъ положенія правильныя, могутъ окончиться произвольными родами такъ же хорошо, какъ и головныя. Поэтому извлеченіе плода производится только при извѣстныхъ показаніяхъ. Показаніями для извлеченія плода служатъ: 1) Опасныя явленія, угрожающія жизни или здоровью матери, какъ, напр., кровоотеченія, эклампсія, пороки сердца и другія заболѣванія роженицы. 2) Опасныя явленія, угрожающія жизни плода, какъ, напр., прижатіе выпавшей пуповины или замедленіе сердцебіенія плода (но не выхожденіе меконія). 3) Слабость

родовыхъ болей и зависящая отъ нея продолжительность періода изгнанія.

При извлеченіи надо различать: 1) извлеченіе за ножку или ножки и 2) извлеченіе за ягодицы.

1. Извлеченіе за ножку или ножки.

Роженица помѣщается на поперечной кровати. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены.

Для извлеченія нужно приготовить нѣсколько теплыхъ полотенецъ. Сама операція извлеченія дѣлится на четыре момента. Первый моментъ состоитъ въ выведеніи туловища до пупка, второй—въ извлеченіи до плечъ, третій—въ освобожденіи ручекъ, четвертый—въ освобожденіи головки.

Первый моментъ. При неполномъ ножномъ положеніи берутъ голень соименной рукой, такъ, чтобы большой палецъ лежалъ на задней ея поверхности, а остальные пальцы—на передней поверхности. При этомъ большой палецъ долженъ совпадать съ продольной осью ножки, а не перекрещивать ее; иначе можетъ произойти переломъ ножки. Ножку захватываютъ, предварительно обернувши ее полотенцемъ для того, чтобы руки не скользили. Влеченіе производится по направленію внизъ. По мѣрѣ выходженія ножки, рука перемѣщается выше на бедро, пока изъ половой щели не будутъ прорѣзываться ягодицы. Затѣмъ вводятъ указательный палецъ другой руки въ соименный пахъ, а большіе пальцы помѣщаютъ на крестецъ и извлекаютъ горизонтально и нѣсколько вверхъ. Вторая ножка, по мѣрѣ выходженія ягодицъ, выпадаетъ сама. Во избѣжаніе перелома не слѣдуетъ освобождать ее искусственно. Если при прорѣзываніи ягодицъ окажется, что пуповина проходитъ между бедеръ, т.-е. ребенокъ сидитъ на ней верхомъ, то нужно перекинуть ее черезъ ягодицу.

При полныхъ ножныхъ положеніяхъ захватываютъ соименными руками обѣ ножки вышеописаннымъ способомъ и извлекаютъ также внизъ. Когда показываются ягодицы, то большіе пальцы кладутъ на крестецъ, а остальные размѣщаютъ на подвздошныхъ костяхъ. Дальнѣйшее извлеченіе совершается такъ же, какъ и при неполномъ ножномъ положеніи. Если при выходженіи ножки передняя ея поверхность обращена вверхъ, то нужно притягивать ножку къ тому бедру матери, куда обращены пальцы стопы. Такимъ образомъ удастся исправить задній видъ въ передній. Прохожденіе же плода въ заднемъ видѣ опасно для него, такъ какъ при извлеченіи послѣдующей головки могутъ произойти значительныя затрудненія (см. ниже).

Пока младенец не родился до пупка, извлеченіе слѣдуетъ дѣлать медленно, для того, чтобы родовые пути, зѣвъ, влагалище, промежность достаточно растянулись и не представляли препятствія для головки. Младенецъ въ это время обыкновенно еще не подвергается опасности. Послѣдующее извлеченіе должно быть окончено быстро; плодъ родится мертвымъ, если послѣ выхожденія его до пупка пройдетъ 10—15 минутъ.

- **Второй моментъ** состоитъ въ выведеніи туловища отъ пупка до нижняго края лопатокъ. Прежде чѣмъ приступить къ извлеченію туловища, слѣдуетъ обратить вниманіе на пуповину, которая можетъ быть натянута вслѣдствіе абсолютной или относительной ея короткости. Если при потягиваніи за пуповину не удастся ослабить ее, то надо наложить перевязку или зажимъ и перерѣзать ее. Послѣ этого дальнѣйшее извлеченіе должно быть окончено очень быстро.

Выведеніе плода до лопатокъ производится слѣдующимъ образомъ: оба большихъ пальца помѣщаются на крестцѣ, а остальные пальцы на передней стѣнкѣ таза. Отнюдь не слѣдуетъ захватывать руками животъ младенца, такъ какъ при этомъ возможно поврежденіе брюшныхъ органовъ, особенно печени. Кромѣ того, во время извлеченія туловища помощникъ долженъ надавливать на дно матки съ той цѣлью, чтобы ручки не запрокинулись кверху и головка не разогнулась.

Третій моментъ состоитъ въ выведеніи ручекъ. Первою освобождается задняя ручка со стороны крестцовой впадины. Для выведенія этой ручки сначала слѣдуетъ поднять за ножки туловище плода и отвести его въ сторону. Если послѣ этого ручка не выпадаетъ, то однимъ или двумя пальцами другой руки доходятъ до локтевого сгиба, надавливаютъ на него и такимъ образомъ опускаютъ локоть и разгибаютъ его. Для выведенія ручки не слѣдуетъ надавливать на плечевую кость, которую легко можно переломить. Вторая ручка выпадаетъ сама, если опустить туловище плода книзу; иногда же приходится освобождать ее тѣмъ же способомъ, какъ и первую. Затрудненія при освобожденіи ручекъ бывають въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ отошли вверхъ, вытянуты и лежатъ по сторонамъ головки или даже закинулись за затылокъ. Для выведенія ручекъ важно опустить туловище плода ниже, для чего сильно потягивають за тазъ; послѣ этого лопатки выходятъ изъ половой щели. Затѣмъ вводятъ полруки во влагалище, съ помощью двухъ пальцевъ доходятъ до локтевого сгиба и выводятъ ручку. Если же ручка запрокинулась за затылокъ, то, дойдя до локтевого сгиба, переводятъ ручку впередъ на личико и отсюда освобождаютъ ее. При низведеніи ручки со стороны затылка переломъ ея почти неизбѣженъ. Въ случаѣ

труднаго освобожденія запрокинувшейся второй ручки можно повернуть туловище плода и такимъ образомъ перемѣстить ручку въ крестцовую впадину, откуда она легче освобождается съ помощью вышеописаннаго приема. Если плодъ идетъ въ заднемъ видѣ, и брюшко его обращено кпереди, то прежде освобожденія ручекъ слѣдуетъ перевести туловище въ передній видъ, т.-е. повернуть его спинкой кпереди.

Четвертый моментъ—извлеченіе послѣдующей головки. Наибольше употребительные способы:

1) **Англійскій способъ Смелли (Smellie)**. Ребенокъ кладется верхомъ на предплечье, т.-е. туловище его лежитъ на предплечьи одной руки, ножки свѣшиваются по сторонамъ ея, а указательный и средній пальцы проводятъ на личико и помѣщаютъ по сторонамъ носа на *fossae caninae*. Указательнымъ и среднимъ пальцами другой руки надавливаютъ на затылокъ кверху. Такимъ образомъ производится сгибаніе головки, которая выводится наружу съ помощью тракцій, направленныхъ сначала книзу, а потомъ вверхъ. При этомъ способѣ помощникъ долженъ еще надавливать на головку со стороны брюшныхъ покрововъ надъ лоннымъ соединеніемъ. Описанный способъ хорошъ только въ легкихъ случаяхъ, такъ какъ при немъ нельзя приложить большой силы.

2) **Французскій способъ Морисо-Леврета, или М-ше Ляшапель**. Ребенокъ сидитъ верхомъ на рукѣ, указательный палецъ которой вводится въ ротъ и помѣщается на край нижней челюсти; такимъ образомъ сгибаютъ головку. Затѣмъ указательный и средній пальцы другой руки помѣщаютъ виллообразно по сторонамъ шеи на плечики, послѣ чего извлекаютъ одновременно за подбородокъ и плечики. При этомъ способѣ можно приложить гораздо больше силы, поэтому онъ болѣе пригоденъ въ трудныхъ случаяхъ. Также и здѣсь полезно примѣнять надавливаніе на головку со стороны брюшныхъ покрововъ. (Рис. 93).

3) **Пражскій способъ**. Указательный и средній пальцы одной руки помѣщаютъ виллообразно надъ плечиками, другой рукой обхватываютъ обѣ ножки и такимъ образомъ обѣими руками извлекаютъ прямо книзу до тѣхъ поръ, пока не опустится затылокъ. Затѣмъ за ножки приподнимаютъ плодъ вверхъ дугообразно по направленію къ животу матери. Этотъ способъ нельзя рекомендовать, потому что при немъ легко происходитъ растяженіе шейной части позвоночника и спинного мозга. Кромѣ того, при описанныхъ приемахъ головка разгибается вмѣсто того, чтобы сгибаться, какъ это должно быть при нормальномъ механизмѣ.

Кромѣ этихъ способовъ, предложено еще много другихъ, которые представляютъ различныя сочетанія упомянутыхъ приемовъ.

Извлеченіе щипцами послѣдующей головки (см. гл. о щипцахъ)

не имѣть преимуществъ передъ описанными ручными приѣмами. Ребенокъ обыкновенно погибаетъ, если потрачено много времени на ручное извлеченіе головки. Поэтому, послѣ долгаго ручного



Рис. 93.

извлеченія, умѣстно не извлеченіе щипцами, а уменьшеніе головки (перфорация), что дастъ возможность извлечь ее безъ вреда для матери.

Затрудненія при извлеченіи головки.

1) При заднихъ видахъ, когда подбородокъ обращенъ къ лонному соединенію, и головка не находится въ сильно разогнутомъ состояніи, т.-е. подбородокъ не задерживается надъ лоннымъ соединеніемъ, слѣдуетъ вывести головку въ согнутомъ состояніи съ помощью слѣдующаго приѣма: пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, еще болѣе сгибаютъ головку, а другой рукой за плечики поднимаютъ туловище къ животу матери; такимъ образомъ, сначала надъ промежностью выходитъ затылокъ, а затѣмъ лицо.

Если же при заднихъ видахъ подбородокъ задерживается надъ верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, и пригнуть его къ груди или повернуть головку лицомъ къзади не удастся, то нужно постараться провести ее въ разогнутомъ состояніи. Съ этой цѣлью оттягиваютъ подбородокъ еще болѣе кверху, а другой рукой захватываютъ съзади за плечики и поднимаютъ плодъ кверху. Въ этомъ случаѣ также первымъ выходитъ затылокъ, затѣмъ темя и, наконецъ, лицо.

2) При поперечномъ стояніи головки во входѣ таза нужно

сначала низвести ее въ томъ же размѣрѣ въ полость, а затѣмъ постараться повернуть лицомъ къзади, т.-е. поступать согласно механизму родовъ. Повернуть головку лицомъ къзади можно съ помощью пальца, положеннаго на край нижней челюсти и притягиваніемъ книзу туловища, или же дѣйствуя одной рукой на щеку, а другой—на затылокъ.

2. Извлеченіе за ягодицы.

а) **Низведеніе ножки.** Извлеченіе за ягодицы, стоящія высоко, гораздо труднѣе, чѣмъ извлеченіе за ножки; поэтому, если возможно, слѣдуетъ низвести ножку и такимъ образомъ измѣнить ягодичное положеніе въ неполное ножное, а затѣмъ производить дальнѣйшее извлеченіе за ножку по вышеописаннымъ правиламъ. Впрочемъ низведеніе ножки возможно только тогда, когда ягодицы находятся надъ входомъ таза или немного опустились во входъ такъ, что ихъ легко можно отодвинуть вверхъ, а также при отсутствіи рѣзко выраженнаго растяженія нижняго сегмента матки. При стоящи ягодицъ въ полости таза не слѣдуетъ низводить ножку, такъ какъ можно легко переломить ее. Поэтому собственно извлеченіе за ягодицы производится въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ плотно стоятъ во входѣ или спустились въ полость или выходъ таза. Извлеченіе бываетъ: 1) ручное, или 2) съ помощью различныхъ приспособленій, тупого крючка, петли и т. п.

б) **Ручное извлеченіе за ягодицы.** Всегда слѣдуетъ стараться извлекать ручными приѣмами, потому что при нихъ нельзя нанести плоду тѣхъ поврежденій, какія бываютъ при извлеченіи тупымъ крючкомъ или петлею. Извлеченіе производится слѣдующимъ образомъ: указательный палецъ вводятъ въ лежащій впереди паховой сгибъ, а затѣмъ съ его помощью дѣлаютъ влеченіе по оси таза. Иногда приходится захватывать задній пахъ, если это окажется удобнымъ, а также мѣнять руку. Такъ какъ при извлеченіи однимъ пальцемъ приложить большой силы нельзя, то извлеченіе ягодицъ продолжается долго, пальцы акушера устаютъ и извлеченіе не подвигается впередъ. Поэтому въ трудныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ помощи тупого крючка или т. п.

в) **Извлеченіе тупымъ крючкомъ, петлей и т. п.** должно употребляться въ тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда продолжительное ручное извлеченіе не приводитъ къ цѣли, или когда плодъ навѣрно умеръ, такъ какъ эти вспомогательныя средства не безопасны и могутъ производить переломы и вывихи бедра, протираніе кожныхъ покрововъ, обнаженіе и поврежденіе бедренныхъ сосудовъ. Крючокъ вводятъ плашмя выше крестца ребенка, затѣмъ направляютъ къ

паховому сгибу и конец его выводятъ съ помощью пальца кнутри. (Рис. 94).

Извлеченіе петлею наноситъ меньше вреда, чѣмъ крючкомъ, но проведеніе ея черезъ пахъ болѣе трудно; поэтому для проведенія петли изобрѣтены различные петлеводы. Лучше всего пользоваться петлею, сдѣланной изъ мягкой, широкой полосы марли, сложенной въ нѣсколько разъ, которую вводятъ съ помощью крючка Лазаревича. (Рис. 94).

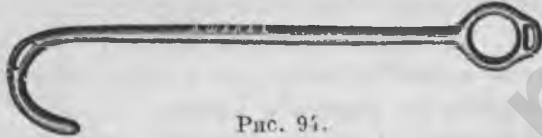


Рис. 94.

Головные щипцы также примѣнялись для извлеченія ягодицъ и иногда съ успѣхомъ, но нельзя рекомендовать ихъ потому, что они могутъ произвести серьезныя поврежденія: у ребенка—переломы бедра, а у матери—разрывы мягкихъ родовыхъ путей вслѣдствіе легкаго ихъ соскальзыванія.

Поврежденія ребенка. При трудномъ или неумѣломъ извлеченіи могутъ произойти слѣдующія поврежденія: растяженіе или разъединеніе эпифизовъ отъ діафизовъ въ колѣнномъ и бедренномъ сочлененіяхъ и даже переломъ бедра; переломы плечевой кости и ключицы, отдѣленіе эпифизовъ въ плечевомъ и локтевомъ сочлененіяхъ. Вслѣдствіе захватыванія брюшка ребенка при его извлеченіи возможны поврежденія и разрывы печени. При освобожденіи головки могутъ наступить растяженія и переломы шейной части позвоночника, разрывъ *m. sternocleido-mastoidei*, а вслѣдствіе сильнаго давленія на плечевое сплетеніе въ области ключицы—параличи. Отрывы головки отъ туловища встрѣчаются у мацерированныхъ и недоношенныхъ плодовъ. Поврежденія конечностей болѣею частью неопасны и хорошо заживаютъ подъ правильно наложенной повязкой. Поврежденія головки могутъ быть роковыми для ребенка даже при умѣломъ извлеченіи въ случаяхъ узкаго таза.

Поврежденія матери могутъ быть въ видѣ разрывовъ шейки только въ тѣхъ случаяхъ, когда извлекаютъ при не вполне раскрытомъ зѣвѣ матки. Разрывы промежности бывають при неуступчивости ея, а также при слѣпномъ извлеченіи.

Извлеченіе плода посредствомъ щипцовъ.

Щипцы (*Forceps obstetricius*) были изобрѣтены англичаниномъ Чемберленомъ приблизительно въ 1600 году. Болѣе точно годъ изобрѣтенія остается неизвѣстнымъ, такъ какъ сначала семья Чемберленовъ держала въ секретѣ свое изобрѣтеніе. Затѣмъ одинъ изъ Чемберленовъ хотѣлъ продать щипцы въ Парижѣ

за большія деньги. Однако эта продажа не состоялась послѣ того, какъ Чемберлену не удалось съ помощью своего инструмента окончить роды у роженицы съ узкимъ тазомъ, которая вскорѣ послѣ операціи умерла. Впослѣдствіи Чемберленъ продалъ инструментъ въ Амстердамѣ, но врачи, купившіе его, также его не обнародовали.

Въ 1723 году хирургъ Пальфинъ изъ Гента представилъ Парижской медицинской академіи изобрѣтенные имъ щипцы въ очень примитивной формѣ. Послѣ этого щипцы постоянно видоизмѣнялись и совершенствовались. Въ настоящее время извѣстно около 300 различныхъ формъ щипцовъ. Различаютъ три типа щипцовъ: французскіе, нѣмецкіе и англійскіе.

Французскіе щипцы самые длинныя. Замокъ сложный; онъ устроенъ такъ, что на лѣвой вѣтви находится шпенецъ, который можетъ ввинчиваться, а на правой—отверстіе (щипцы Леврета). Англійскіе щипцы короче, и замокъ

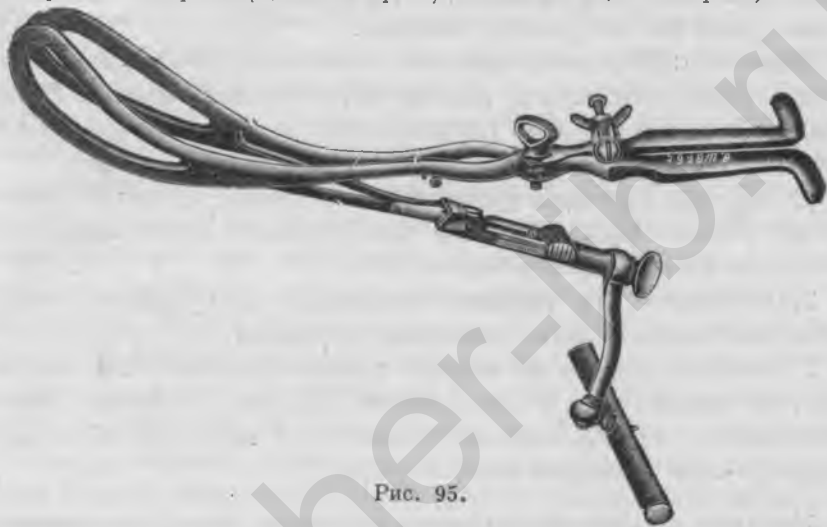


Рис. 95.

ихъ простъ; онъ состоитъ изъ углубленій на обѣихъ вѣтвяхъ, при чемъ углубленіе одной вѣтви входитъ въ желобокъ другой. Въ англійскомъ замкѣ существуетъ нѣкоторая подвижность обѣихъ ложекъ. Нѣмецкіе щипцы длиннѣе англійскихъ, но короче французскихъ. Замокъ также запирается просто, но болѣе крѣпко, чѣмъ въ англійскихъ щипцахъ, вслѣдствіе чего ложки лежатъ неподвижно. На лѣвой вѣтви находится штифтикъ съ пуговкой (по Брюннингхаузену), а на правой—глубокая выемка. Русскіе щипцы проф. Лазаревича отличаются тѣмъ, что они прямые и параллельныя, т.-е. не имѣютъ тазовой кривизны и не перекрещиваются.

Кромѣ этихъ общеупотребительныхъ щипцовъ существуютъ еще щипцы съ осевымъ влеченіемъ (Тарнье (Рис. 95), Брейсъ, Симпсонъ). Такіе щипцы (по Тарнье) предложены: 1) для того, чтобы извлекать головку по оси таза, 2) чтобы головка въ нихъ могла быть достаточно подвижна и 3) чтобы рукоятки служили указателями того направленія, въ которомъ акушеръ долженъ производить операцію. Эти щипцы распространены во Франціи.



Рис. 96.

Наиболѣе употребительныя щипцы англійскіе (Симпсона) (Рис. 96), и нѣмецкіе (Негеле). Щипцы состоятъ изъ двухъ перекрещиваю-

щихся въ замкѣ вѣтвей. Одна вѣтвь называется лѣвой (или мужской), потому что захватывается лѣвой рукой и вводится въ лѣвую половину таза, а другая, правая (или женская), берется въ правую руку и вводится въ правую сторону. Въ каждой вѣтви различаютъ ложку, имѣющую видъ окошка, замокъ и рукоятку; на послѣдней вблизи замка находится крючокъ. Въ щипцахъ двѣ кривизны—головная и тазовая. Щипцы предназначены только для извлеченія головки доношеннаго или почти доношеннаго плода; они не должны служить для исправленія ея положенія, а также ихъ полезное дѣйствіе не должно зависѣть отъ сжатія головки.

Показанія: Назначеніе щипцовъ состоитъ въ томъ, чтобы извлечь ребенка черезъ естественные родовые пути безъ поврежденій. Такимъ образомъ они показаны въ случаяхъ, когда жизнь матери или ребенка или обоихъ вмѣстѣ подвергается опасности.

1) Опасныя состоянія **роженицы**, какъ напр. эклампсія, кровотеченія, пороки сердца, болѣзни дыхательныхъ путей, общая слабость, психическое возбужденіе и т. п.

2) Опасность для **ребенка**: замедленіе или учащеніе сердцебиенія, выдѣленіе меконія, выпаденіе пуповины.

3) Слабость потугъ въ періодѣ изгнанія можетъ быть опасной какъ для матери, такъ и для ребенка. Въ этихъ случаяхъ щипцы накладываютъ, если головка въ теченіе 3—4 часовъ послѣ полного раскрытія зѣва не подвигается впередъ.

Узкій тазъ самъ по себѣ не служитъ показаніемъ къ наложенію щипцовъ, такъ какъ, во-первыхъ, при узкихъ тазахъ роды могутъ окончиться и самопроизвольно; во-вторыхъ, при плоскихъ тазахъ возможно наложеніе щипцовъ только послѣ того, какъ головка прошла черезъ суженное мѣсто, т.-е. входъ въ тазъ. Говоря вообще, при узкихъ тазахъ щипцы примѣняются не ради узкаго таза, но сообразно вышеизложеннымъ показаніямъ, т.-е. при опасности для роженицы и ребенка и при слабости потугъ.

Условія: 1) Головка плода, по крайней мѣрѣ, большею своею частью должна стоять во входѣ въ тазъ. Щипцы не слѣдуетъ накладывать на подвижную головку. Чѣмъ ниже стоитъ головка, тѣмъ извлеченіе щипцами легче. Операция будетъ всего легче и безопаснѣе для плода, при наложеніи щипцовъ на головку, стоящую въ прямомъ размѣрѣ выхода таза.

2) Маточный зѣвъ долженъ быть открытъ не менѣе, какъ на 3—4 пальца. Всего удобнѣе накладывать щипцы и извлекать ими при полномъ раскрытіи зѣва.

3) Плодныя оболочки не должны покрывать головку, т.-е. воды должны уже излиться, и оболочки должны быть за головкой; иначе необходимо предварительно разорвать оболочки.

4) Головка плода не должна быть очень мала и мягка, какъ

напр., у недоношенныхъ и мацерированныхъ плодовъ, а также очень велика, какъ это бываетъ при головной водянкѣ.

Производство операціи. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены; роженица помѣщается на поперечной кровати; наружные половые органы и влагалище тщательно промываются; операцію лучше всего производить подѣ хлороформнымъ наркозомъ.

При выполненіи операціи различаютъ слѣдующіе четыре момента: 1) захватываніе вѣтвей щипцовъ и введеніе ложекъ, 2) замыканіе щипцовъ, 3) извлеченіе головки и 4) снятіе щипцовъ.

Первый моментъ. Прежде чѣмъ вводитъ ложки, надо сложить щипцы такъ, какъ они должны лежать на головкѣ плода. Затѣмъ берутъ въ лѣвую руку лѣвую вѣтвь щипцовъ и вводятъ ее первую, потому что на ней замокъ. Если же ввести сначала правую ложку, то лѣвая ляжетъ сверхъ ея, и щипцы въ такомъ видѣ не могутъ быть замкнуты. Каждая вѣтвь щипцовъ захватывается за рукоятку или полной рукой или какъ писчее перо. Сначала указательный и средній палецъ (а при нуждѣ и четыре пальца) правой руки вводятъ, по возможности, высоко въ лѣвую половину таза между головкой и стѣнкой влагалища; при этомъ надо ощупать, не попадетъ ли подѣ концами пальцевъ край маточнаго зѣва или пупочный канатикъ. Затѣмъ рукоятку лѣвой ложки берутъ въ лѣвую руку, поднимаютъ ее кверху и ставятъ почти вертикально къ правому наху, верхушку ложки кладутъ между двумя пальцами, а большой палецъ прикладываютъ къ нижнему ребру ложки. Дальнѣйшее проведеніе ложки должно происходить подѣ контролемъ введенныхъ пальцевъ. При проведеніи ложки рукоятка должна описать дугу, т.-е. итти справа налево къ средней линіи, и затѣмъ опуститься. Рукоятку опускаютъ послѣ того, какъ верхушка ложки будетъ проведена за наибольшую окружность головки. Послѣ введенія ложки помощникъ удерживаетъ рукоятку щипцовъ рукой, проведенной подѣ лѣвое бедро роженицы. Правая вѣтвь щипцовъ захватывается правой рукой и подѣ руководствомъ пальцевъ лѣвой руки такимъ же способомъ вводится въ правую половину таза.

Второй моментъ. Для замыканія захватываютъ рукоятки полной рукой, располагая большіе пальцы на крючки. Замыканіе щипцовъ совершается очень легко, если щипцы наложены правильно, т.-е. въ поперечномъ размѣрѣ таза и симметрично по боковымъ сторонамъ головки. Если рукоятки щипцовъ расходятся, и щипцы могутъ быть замкнуты съ трудомъ, то ложки наложены неправильно, т.-е. или не проведены достаточно высоко, или захватываютъ головку въ прямомъ ея размѣрѣ, или наложены на несимметричныя части головки,

вслѣдствіе чего онѣ лежатъ въ разныхъ плоскостяхъ. Поэтому въ случаѣ труднаго замыканія щипцовъ надо вынуть ложки и вновь переложить ихъ и размѣстить, по возможности, симметрично. Послѣ замыканія щипцовъ средній палецъ правой руки помѣщаютъ сверхъ замка, остальные—по сторонамъ на крючкахъ (щипцы Симпсона), а лѣвой рукой обхватываютъ концы рукоятокъ. Между рукоятками слѣдуетъ положить конецъ полотенца, чтобы при извлеченіи не сильно сжимать ихъ.

Третій моментъ. Извлечение головки совершается при помощи такъ наз. тракцій, во время которыхъ надо производить только притяженіе къ себѣ; вращательныхъ и качательныхъ движеній рукоятками примѣнять не слѣдуетъ, такъ какъ такія движенія щипцами небезопасны для роженицы и для плода. Тракціи не должны производиться непрерывно, а между ними слѣдуетъ дѣлать паузу. Первая тракція послѣ замыканія щипцовъ будетъ пробная; при помощи этой тракціи убѣждаются въ томъ, что щипцы наложены хорошо и не соскальзываютъ съ головки. Пробная тракція производится одной рукой, положенной на замокъ, тогда какъ указательный палецъ другой руки приставляется къ головкѣ. Соскальзываніе щипцовъ происходитъ вслѣдствіе того, что головка захвачена неправильно, напр. въ наибольшемъ ея размѣрѣ; возможность соскальзыванія обыкновенно можно предвидѣть еще во время труднаго замыканія щипцовъ. Тракціи должно производить по оси таза, т.-е. сначала, когда головка стоитъ во входѣ или верхней части полости таза,—**видѣть**; затѣмъ, когда головка стоитъ въ нижней части полости и въ выходѣ,—**горизонтально**, и наконецъ, во время прохожденія головки черезъ мягкія родовыя части—**вверхъ**. Во время прорѣзыванія головки акушеръ отходитъ въ сторону, одной рукой держитъ рукоятки щипцовъ, а другой поддерживаетъ промежность.

Четвертый моментъ. Щипцы иногда снимаютъ раньше выведенія всей головки изъ половой щели для сохраненія промежности. Но снятіе щипцовъ далеко не всегда предохраняетъ отъ разрывовъ, которыхъ скорѣе можно избѣгать при осторожномъ выведеніи головки щипцами. Во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ снимать щипцы раньше, чѣмъ большой родничокъ не подойдетъ къ уздечкѣ. Во время снятія щипцовъ одной рукой обхватываютъ головку и промежность, другой разъединяютъ щипцы въ замкѣ, затѣмъ вынимаютъ правую ложку, поднимая рукоятку кверху, къ животу матери, а въ заключеніе такимъ же образомъ—лѣвую ложку.

Надо различать наложеніе щипцовъ при различныхъ положеніяхъ головки:

1. Щипцы въ выходѣ таза при **переднемъ видѣ** затылочнаго по-

косомъ стояніи головки совершается съ **переводомъ ложекъ**, т.-е. щипцы должны лечь не въ поперечномъ, а въ косомъ или прямомъ размѣрѣ таза. Такимъ образомъ головка захватывается въ поперечныхъ размѣрахъ, при чемъ верхушки ложекъ должны быть направлены къ затылку.

При 1-мъ затылочномъ положеніи **лѣвая** ложка вводится въ лѣвую половину таза, гдѣ находится затылокъ, и затѣмъ переводится подъ руководствомъ введенныхъ внутрь пальцевъ **внизъ**, къ крестцовой впадинѣ; **правая** ложка вводится въ правую половину таза и потомъ перемѣщается **вверхъ**.

Иногда приходится вводить сначала правую ложку, потому что перемѣщать ее кпереди гораздо труднѣе, чѣмъ лѣвую. Но въ этомъ случаѣ послѣ введенія лѣвой ложки нужно перевести одну рукоятку вокругъ другой, чтобы замкнуть щипцы.

При 2-мъ затылочномъ положеніи **лѣвая** ложка вводится также въ лѣвую половину таза, куда обращено лицо, а затѣмъ переводится **вверхъ**, правая же ложка, введенная на затылокъ, переводится **внизъ**.



Рис. 98.

Говоря коротко, какъ при 1-мъ, такъ и при 2-мъ положеніи та ложка щипцовъ, которая была помѣщена на **затылокъ**, всегда переводится **внизъ**, а ложка, положенная на **лицо**,—**вверхъ**.

Во время тракцій главное вниманіе должно быть обращено не на исправленіе положенія, а на извлеченіе. Всякое поворачиваніе головки щипцами недопустимо. Поэтому вначалѣ тракціи должны быть направлены прямо книзу; когда же малый родничокъ начнетъ поворачиваться кпереди, то тракціи слѣдуетъ производить **косвенно**

въ противоположную сторону до тѣхъ поръ, пока малый родничокъ не подойдетъ подъ лонное соединеніе. Затѣмъ производятъ тракціи горизонтально и, наконецъ, вверхъ.

При **переднихъ видахъ** косыхъ положеній головки (затылокъ обращенъ кпереди) щипцы накладываются въ косомъ размѣрѣ таза такимъ образомъ, чтобы верхушки ложекъ были обращены къ затылку. Тракціи направляются внизъ и вкось въ противоположную сторону.

При **заднихъ видахъ** косыхъ положеній (затылокъ обращенъ къзади) во время тракцій затылокъ можетъ повернуться кпереди. Поэтому отнюдь не слѣдуетъ мѣшать этому вращенію. Если бы стрѣловидный шовъ повернулся изъ косога размѣра въ поперечный, то слѣдуетъ переложить щипцы такъ, какъ они должны быть положены при поперечномъ стояніи головки.

4. Щипцы при **высокомъ** стояніи головки (въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ). Извлеченіе щипцами головки, стоящей косо или поперечно въ полости и выходѣ таза, гораздо труднѣе извлеченія головки, находящейся въ выходѣ въ прямомъ размѣрѣ. Еще болѣе труднымъ и опаснымъ для матери и для плода бываетъ извлеченіе головки, стоящей высоко во входѣ въ тазъ. Вообще высокіе щипцы могутъ быть примѣнены только при условіи, чтобы головка большей своею частью прошла плоскость тазового входа и стояла неподвижно. Не слѣдуетъ накладывать щипцы на подвижную головку, стоящую надъ входомъ въ тазъ.

При **высокомъ** стояніи головки щипцы накладываютъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ ея, т.-е. также съ переводомъ ложекъ, верхушки которыхъ должны быть направлены къ затылку. Тракціи дѣлаютъ прямо книзу; косвенное же притяженіе щипцовъ примѣняется только тогда, когда головка сама начнетъ совершать поворотъ около своей продольной оси. Всякое искусственное вращеніе щипцами безусловно вредно.

Однако при наложеніи щипцовъ на высоко-стоящую головку **полный переводъ** ложекъ не всегда удается, а иногда хорошо наложенныя ложки могутъ соскользнуть въ ту или другую половину таза при ихъ замыканіи или во время извлеченія. Въ такихъ случаяхъ приходится дѣлать **неполный переводъ** и размѣщать ложки въ косомъ размѣрѣ таза, захватывая головку тоже въ косомъ ея размѣрѣ. Нѣкоторые же врачи всегда накладываютъ щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза, т.-е. на лобъ и на затылокъ. При такомъ наложеніи происходитъ сжатіе и уменьшеніе черепа въ прямомъ его размѣрѣ и увеличеніе въ поперечномъ, вслѣдствіе чего увеличивается несоотвѣтствіе между головкой и прямымъ размѣромъ таза; кромѣ того щипцы плохо замыкаются и легко могутъ соскользнуть. Но, несмотря на такое размѣщеніе ложекъ, извлеченіе иногда оканчивается благопріятно для матери и ребенка.

Впрочемъ самое извлеченіе высоко-стоящей головки щипцами—въ какомъ бы размѣрѣ они ни захватили головку—обычно затрудняется, такъ какъ часть силы теряется даромъ вслѣдствіе того, что производятъ извлеченіе не по оси таза, а въ направленіи къ лонному соединенію. Для правильнаго направленія тракцій болѣе умѣстны щипцы съ осевымъ влеченіемъ, въ которыхъ тракціи

производятся не за рукоятки, а за ложки съ помощью особаго рычага. Но употребительные для этой цѣли щипцы Тарнье имѣютъ тотъ недостатокъ, что головка въ нихъ мало подвижна. Поэтому я охотнѣе пользуюсь щипцами Брейса, у которыхъ ложки поднимаются и опускаются, благодаря чему тазовая кривизна не мѣшаетъ правильному направленію тракцій, и головка остается довольно подвижной. При высоко-стоящей головкѣ мнѣ также хорошо удавалось извлеченіе щипцами И. П. Лазаревича. Проф. Д. Д. Поповъ въ трудныхъ случаяхъ совѣтуетъ щипцы С. М. Полотебнова или французскіе Demelin.

Говоря вообще, высокіе такъ- наз. «атипическіе» щипцы—особенно если головка только небольшой частью вставилась во входъ таза—далеко не всегда ведутъ къ окончанію родовъ и нерѣдко примѣняются передъ прободеніемъ головки, почему и называются **пробными**. Въ такихъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ грубой силѣ для извлеченія ребенка во что бы ни стало, такъ какъ при подобныхъ тракціяхъ обычно наблюдаются дурныя послѣдствія для матери и ребенка.

5. Щипцы при **лицевыхъ положеніяхъ** можно накладывать: а) при переднемъ видѣ (т.-е. когда подбородокъ обращенъ кпереди) или б) при поперечномъ стояніи лица. При заднихъ видахъ извлеченіе щипцами не слѣдуетъ дѣлать, такъ какъ оно весьма опасно для матери и для плода.

а) Щипцы при переднихъ видахъ накладываются по сторонамъ лица и должны захватывать наибольшую окружность черепа. Во время замыканія щипцовъ рукоятки приподнимаютъ кверху. Тракціи дѣлаютъ сначала книзу, потомъ горизонтально и, наконецъ, вверхъ.

б) Щипцы при поперечномъ стояніи лица даютъ гораздо худшее предсказаніе, чѣмъ при переднемъ видѣ. Щипцы накладываютъ съ переводомъ ложекъ, верхушки которыхъ должны быть обращены къ подбородку. Тракціи дѣлаютъ сначала книзу, а потомъ вкось и, такимъ образомъ, способствуютъ подведенію подбородка подъ лонное соединеніе.

6. Щипцы на **послѣдующую головку** не слѣдуетъ примѣнять, такъ какъ они не имѣютъ никакихъ преимуществъ передъ ручнымъ извлеченіемъ головки; они скорѣе вредны, чѣмъ полезны. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ручное извлеченіе оказалось безуспѣшнымъ, щипцами также не удастся извлечь живого ребенка и приходится дѣлать перфорацию головки.

Щипцы на послѣдующую головку накладываютъ изъ-подъ туловища ребенка, которое помощникъ поднимаетъ кверху. Ложки размѣщаютъ по боковымъ сторонамъ головки, и тракціи въ случаѣ передняго вида дѣлаютъ внизъ, горизонтально и потомъ кверху.

Предсказаніе для матери и плода благоприятно, если щипцы примѣняются при надлежащихъ условіяхъ и показаніяхъ. Самый благоприятный исходъ получается при наложеніи выходныхъ щипцовъ

у многородящихъ, менѣе благоприятный у первородящихъ, особенно въ пожиломъ возрастѣ. Извлеченіе щипцами тѣмъ легче, чѣмъ ближе къ прямому размѣру таза стоитъ стрѣловидный шовъ. Затылочные положенія даютъ лучшее предсказаніе, чѣмъ лицевыя. Щипцы на высоко-стоящую головку даютъ самое худшее предсказаніе.

Поврежденія щипцами у матери: разрывы промежности, поврежденія наружныхъ половыхъ частей, клитора встрѣчаются рѣдко при умѣломъ и осторожномъ извлеченіи головки во время ея прорѣзыванія. Значительныя поврежденія влагалища или матки (разрывы сводовъ) зависятъ отъ неосторожнаго наложенія щипцовъ и неправильнаго извлеченія. Поврежденія лоннаго и крестцово-подвздошнаго соединенія происходятъ вслѣдствіе того, что щипцы были наложены безъ соблюденія необходимыхъ условий.

Поврежденія плода. Поверхностныя ссадины и кровоподтеки наружныхъ покрововъ головки встрѣчаются довольно часто. Прижатіе пуповины, обвившей шейку плода, концами ложекъ можетъ окончиться гибелью для плода. Параличъ лицевыхъ мышцъ наблюдается рѣдко, зависитъ отъ поврежденія (сдавленія или гѣматомы) периферическаго ствола лицевого нерва на мѣстѣ его выхода изъ foramen stylomastoideum; обыкновенно скоро проходитъ и не можетъ быть поставленъ въ вину оператору. Переломы и вдавленія черепныхъ костей происходятъ чаще всего при высокихъ щипцахъ, особенно наложенныхъ безъ надлежащихъ условий.

Дѣти, извлеченныя щипцами, рождаются мертвыми 1) отъ поврежденія головки при трудномъ извлеченіи особенно въ случаяхъ узкаго таза, 2) отъ наложенія щипцовъ во время уже начавшейся асфиксіи (при слабомъ и неправильномъ сердцебіеніи), 3) отъ прижатія пуповины, обвившейся около головки.

Уменьшеніе объема головки плода и ея извлеченіе.

Краніотомія или перфوراція головки.

Перфوراція головки состоитъ во вскрытіи черепной полости и удаленіи мозга съ цѣлью уменьшить ея объемъ. Эта операція подготовительная, вслѣдъ за которой обыкновенно оканчиваютъ роды извлеченіемъ уменьшенной головки. Впрочемъ, послѣ прободенія головки возможны и самопроизвольные роды.

Въ древности не знали другихъ операцій, кромѣ уменьшенія головки и разсѣченія плода на части. По мѣрѣ развитія операціи поворота на ножку и со времени изобрѣтенія щипцовъ перфوراція и эмбриотомія стали ограничиваться болѣе опредѣленными показаніями. Кесарское сѣченіе при такъ наз. относительномъ показаніи и различныя его видоизмѣненія значительно ограничили примѣненіе перфوراціи живого плода. Въ обезужденіи позволительности операціи

на живомъ плодѣ принимали участіе также юристы и богословы. Въ настоящее время—несмотря на успѣхи кесарскаго сѣченія и тазорасширяющихъ операцій—при угрожающей опасности жизни матери и при несогласіи ея на эти операціи—нельзя избѣжать перфораціи головки живого ребенка.

Показанія. Операція производится на живомъ или на мертвомъ плодѣ при слѣдующихъ показаніяхъ:

1) Чаще всего при узкихъ тазахъ среднихъ суженій, если роды не могутъ окончиться самопроизвольно, или невозможно извлечь ребенка живымъ. Обыкновенно предпринимаютъ перфорацію головки, стоящей высоко надъ входомъ или во входѣ таза, т.-е. когда извлечение щипцами не можетъ быть окончено безъ вреда для матери

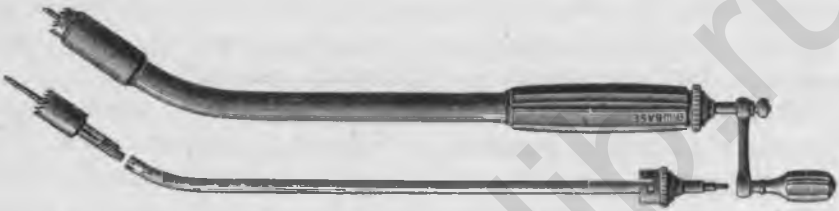


Рис. 99.

и плода. Въ послѣднее время, если мать желаетъ имѣть живого ребенка, въ подобныхъ случаяхъ вмѣсто перфораціи дѣлаютъ кесарское сѣченіе, при такъ наз. относительномъ показаніи, или пубитомію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при суженіи отъ $7\frac{1}{2}$ —9 см. возможно



Рис. 100.

избѣгнуть перфораціи съ помощью преждевременныхъ родовъ.

2) При неправильныхъ вставленіяхъ головки (лобномъ, заднемъ видѣ лицевого положенія), если эти положенія головки не могутъ быть измѣнены въ правильныя.

3) При головной водянкѣ.

4) При явленіяхъ, угрожающихъ жизни матери, какъ наприм. при эклампсіи, разрывѣ матки, *endometritis sub-partu* и т. п. перфорацію дѣлаютъ для скорѣйшаго родоразрѣшенія, если роды не могутъ быть окончены такъ быстро другими операціями (напр. при неполнѣ открытомъ зѣвѣ).

5) При завѣдомо мертвомъ плодѣ прободеніе часто дѣлаютъ даже въ тѣхъ случаяхъ, когда можно окончить роды щипцами, такъ

какъ перфорация представляется для матери болѣе благоприятной операцией.

6) При невозможности извлечь послѣдующую головку ручными способами, эта операция предпринимается также обыкновенно на мертвомъ плодѣ.



Рис. 101.

Условія для перфорации: 1) достаточное открытіе маточнаго зѣва не менѣе какъ на 3—4 пальца, что особенно важно для послѣдующаго извлеченія; 2) суженіе таза не должно быть абсолютнымъ, т.-е. менѣе 6 сантим.

Различаютъ три момента: 1-й моментъ—перфорация въ тѣсномъ смыслѣ слова, т.-е. вскрытіе полости черепа; 2-й моментъ—удаленіе мозга (эксцеребрація); 3-й моментъ—извлеченіе уменьшенной головки съ помощью краниокласта.

1-й моментъ—прободеніе головки. При подлежащей головкѣ операция производится съ помощью трепановиднаго или ножницеобразнаго прободника. Трепановидные перфораторы: Брауна (рис. 99), Лейсингъ-Кивиша, Гюйона. Ножницеобразные перфораторы: Зибольда (рис. 100), Бло (рис. 101) и Негеле (рис. 102).

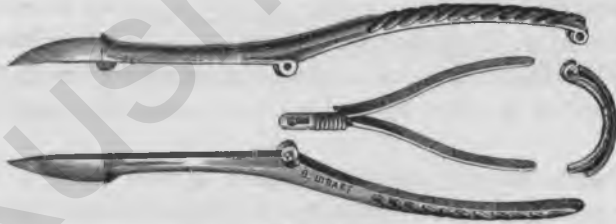


Рис. 102.

Трепаны состоятъ изъ оси и защитительной трубочки. На одномъ концѣ оси придѣлана коронка съ зубцами, въ срединѣ которой находится остріе въ видѣ бурава; на другомъ концѣ оси—рукоятка. Трепанъ Брауна имѣетъ тазовую кривизну и длиннѣе трепана Кивиша, поэтому онъ наиболѣе удобенъ для прободенія высоко-стоящей головки. Трепановидный перфораторъ удобнѣе потому, что имъ можно сдѣлать правильное круглое отверстіе, которое не спадается и не даетъ осколковъ, что бываетъ послѣ примѣненія ножницеобразныхъ перфораторовъ.

Операція трепаномъ производится слѣдующимъ образомъ: помощникъ долженъ надавливать со стороны брюшныхъ покрововъ рукой на головку и фиксировать ее. Затѣмъ подъ защитой руки проводятъ прободникъ съ закрытой коронкой и устанавливаютъ его плотно и совершенно вертикально на подлежащей части черепа. Чаще всего для прободенія выбираютъ теменную кость, при лобныхъ и лицевыхъ положеніяхъ—лобную. Послѣ правильнаго приложенія инструмента и фиксаціи черепа помощникъ начинаетъ вертѣть рукоятку до тѣхъ поръ, пока коронка не выпилитъ кость и не пройдетъ въ полость черепа. Тогда помощникъ начинаетъ вертѣть рукоятку въ обратномъ направленіи и выводитъ трепанъ наружу.

Операція ножницеобразнымъ прободникомъ. Самый прободникъ имѣетъ видъ ножницъ, заостренныхъ снаружи. Прободеніе производится также послѣ предварительной фиксаціи головки, при чемъ стараются проникнутъ въ черепъ черезъ шовъ или родничокъ. Впрочемъ, сильнымъ напоромъ на прободникъ можно сдѣлать прободеніе самой кости. Послѣ прободенія раскрываютъ перфораторъ съ помощью рукоятокъ и, такимъ образомъ, расширяютъ сдѣланное отверстіе; затѣмъ замыкаютъ инструментъ, поворачиваютъ его на 90° и снова раздвигаютъ въ этомъ направленіи. Въ заключеніе получается крестообразный разрѣзъ въ черепѣ.

Проф. Н. Н. Феноменовъ предлагаетъ дѣлать прободеніе не наощупъ, а подъ контролемъ зрѣнія съ помощью зеркалъ, что устраняетъ возможность соскальзыванія перфоратора и пораненія мягкихъ частей роженицы. Для фиксаціи головки онъ пользуется крѣпкими щипцами Дуаена, которыми и захватываетъ кожу головки, затѣмъ дѣлаетъ разрѣзъ ножомъ до кости и въ заключеніе вкалываетъ прободникъ.

Прободеніе послѣдующей головки нужно дѣлать ножницеобразнымъ прободникомъ, такъ какъ для приложенія трепана нельзя найти удобнаго мѣста. Помощникъ долженъ сильно притянуть книзу туловище плода. Проникнуть въ полость черепа можно лучше всего черезъ большую затылочную дыру, для чего проводятъ прободникъ подъ кожей по шейной части позвоночника. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удобнѣе проникать черезъ боковые роднички, или черезъ основаніе черепа, или черезъ нѣбо.

Такъ какъ прободеніе послѣдующей головки можно сдѣлать только ножницеобразнымъ прободникомъ, то акушеръ долженъ имѣть въ своемъ наборѣ всегда этотъ прободникъ, которымъ также легко можно сдѣлать прободеніе и подлежащей головки.

Проф. Н. Н. Феноменовъ предложилъ особый инструментъ.

имѣющій видъ бурава, который онъ употребляетъ для прободенія какъ предыдущей, такъ и послѣдующей головки въ любомъ мѣстѣ.

2-й моментъ—удаленіе мозга. Прежде, чѣмъ промыть и удалить мозгъ изъ черепа, нужно его разрушить съ помощью металлическаго наконечника или особой ложки. Необходимо разрушить не только большой, но особенно продолговатый мозгъ; иначе ребенокъ послѣ прободенія можетъ родиться съ признаками жизни и долгое время дышать.

3-й моментъ—извлеченіе уменьшенной головки. Обыкновенно къ извлеченію плода приступаютъ тотчасъ послѣ прободенія и удаленія мозга. Только въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе недостаточнаго открытія маточнаго зѣва, выкидаютъ съ извлеченіемъ, причемъ роды иногда происходятъ самопроизвольно. Лучше всего производить извлеченіе съ помощью краниокласта (это названіе неправильно, потому что краниокласть примѣняется не для выламыванія костей черепа, а **только** для извлеченія). Наболѣе удобенъ краниокласть Симпсона, измѣненный Брауномъ. (Рис. 103.) Онъ имѣетъ видъ костныхъ щипцовъ, состоитъ изъ двухъ перекрещи-



Рис. 103.

вающихся вѣтвей или ложекъ; одна ложка—внутренняя, сплошная, входитъ въ другую, наружную, окончатую ложку. На концахъ рукоятокъ находится сжимающій аппаратъ, состоящій изъ винта и гайки.

Краниокласть лучше всего накладывать на лицо, такъ какъ другія кости черепа легко отрываются. Сначала въ отверстіе черепа вводится внутренняя ложка, обращенная своей выпуклой поверхностью къ задней поверхности лобной кости; затѣмъ наружная ложка помѣщается снаружи лобной кости. Въ заключеніе рукоятки сближаются съ помощью винта; при сближеніи рукоятокъ надо слѣдить, чтобы между ложками не защемились мягкія части. При извлеченіи сначала дѣлають тракціи книзу, затѣмъ горизонтально и, наконецъ,

вверхъ. Не слѣдуетъ дѣлать извлеченія очень быстро, такъ какъ захваченная кость можетъ оторваться.

Извлеченіе послѣдующей головки послѣ прободенія обыкновенно легко совершается ручнымъ способомъ.

Предсказаніе для матери послѣ прободенія плода хорошо, если операція была произведена своевременно и если не было заражения.

Кефалотрипсія въ настоящее время совершенно неупотребительна. Кефалотрипсъ похожъ на головные щипцы съ небольшой головной кривизной, къ концамъ рукоятокъ придѣланъ сжимающій аппаратъ. Этотъ инструментъ накладываютъ по сторонамъ головки въ поперечномъ размѣрѣ таза и съ помощью винта сближаютъ рукоятки, вслѣдствіе чего захваченная головка разможается, затѣмъ производятъ извлеченіе. Недостатки кефалотрипсии: во-первыхъ, кефалотрипсъ занимаетъ много мѣста, во-вторыхъ—онъ уменьшаетъ головку только въ одномъ размѣрѣ, т.-е. въ поперечномъ, тогда какъ въ наиболѣе узкомъ, прямомъ размѣрѣ таза размѣры головки даже увеличиваются.

Краниоклазія, т.-е. выламываніе костей черепа послѣ прободенія его, также почти не примѣняется. Для этой операціи пользуются не краниокластомъ, а костными щипцами, которыми захватываютъ кости безъ кожныхъ покрововъ.

Эмбриотомія.

Эмбриотоміей называется уменьшеніе объема плода. Подъ этимъ именемъ разумѣютъ слѣдующія операціи: обезглавливаніе (*decapitatio*), прободеніе груди и живота (*evisceratio*, *exenteratio*) и разсѣченіе плода (*spondylotomia*). Прежде сюда причисляли еще отнятіе ручки; въ настоящее время эту операцію больше не производятъ, такъ какъ послѣ отнятія ручки удаленіе туловища нисколько не облегчается.

Показаніемъ къ эмбриотоміи служатъ: 1) запущенныя поперечныя положенія (см. стр. 223), при которыхъ производство поворота невозможно и опасно для роженицы, потому что грозитъ разрывомъ матки; 2) уродства плода (чрезмѣрное увеличеніе туловища и двойныя уродства).



Рис. 103.

Условія для эмбриотоміи: раскрытіе маточнаго зѣва не менѣе какъ на 3—4 пальца и отсутствіе абсолютнаго суженія таза. Операція производится большею частью на мертвомъ плодѣ.

1. **Обезглавливаніе** или разсѣченіе шеи производится при поперечныхъ положеніяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда наиболѣе доступ-

ной оказывается шейка плода. Для операции пользуются обыкновенно крючком Брауна или ножницами. Серповидный ножъ, экразеръ, толстая бичевка мало употребительны.

а) **Обезглавливаніе съ помощью декапитаціоннаго крючка Брауна** (Рис. 104). Крючокъ Брауна состоитъ изъ стержня съ поперечной рукояткой на одномъ концѣ и съ крючкомъ на другомъ. Крючокъ загнуть подъ острымъ угломъ и на концѣ имѣть пуговку. Операция производится слѣдующимъ образомъ: помощникъ притягиваетъ ручку плода книзу. Операторъ вводитъ во влагалище правую руку при 1-мъ положеніи и лѣвую—при 2-мъ, затѣмъ обхватываетъ шейку плода, при чемъ большой палецъ обращенъ впередъ, а остальные пальцы—кзади. Другой рукой вводится крючокъ плашмя и помещается на шейку плода сверху такимъ образомъ, чтобы пуговка была обращена кзади. Послѣ этого сначала притягиваютъ рукоятку книзу, а затѣмъ во время сильнаго притяженія поворачиваютъ вокругъ продольной оси; такимъ образомъ переламываютъ позвоночникъ и разрываютъ связки, мышцы и кожу. Если кожа не разрывается, то ее вытягиваютъ наружу и здѣсь разрѣзаютъ. Нерѣдко приходится накладывать крючокъ нѣсколько разъ прежде, чѣмъ удастся вполне отдѣлить головку отъ туловища. Совѣтуютъ также дѣлать обезглавливаніе подкожнымъ способомъ, для чего разрѣзаютъ кожу, отдѣляютъ ее и вводятъ подъ нее крючокъ. Послѣ обезглавливанія извлекаютъ туловище плода за подлежащую ручку, а въ заключеніе и головку.

Головка извлекается лучше всего съ помощью двухъ пальцевъ, введенныхъ въ ротъ; при этомъ затылокъ захватываютъ крѣпкими щипцами Дуаена. Въ случаяхъ узкаго таза можетъ понадобиться предварительное уменьшеніе головки.

Обезглавливаніе съ помощью крючка представляетъ тотъ недостатокъ, что во время поворачиванія его головка не остается неподвижной, а растягиваетъ истонченный нижній сегментъ матки, что можетъ повести къ разрыву его. Поэтому нѣкоторые рекомендуютъ производить обезглавливаніе съ помощью ножницъ.

б) **Обезглавливаніе съ помощью ножницъ** производится главнымъ образомъ при глубокомъ вколачиваніи плеча, т.-е. когда угрожаетъ опасность разрыва нижняго сегмента матки. Для операций употребляютъ крѣпкія ножницы съ длинными рукоятками; разсѣченіе дѣлаютъ подъ защитой пальцевъ, обхватывающихъ шейку плода.

2. **Прободеніе груди и живота плода и удаленіе внутренностей**, такъ наз. **evisceratio**, производится въ тѣхъ случаяхъ запущенныхъ поперечныхъ положеній, когда ниже всего лежитъ бокъ плода,

а шейка его находится выше, и потому обезглавливанія сдѣлать нельзя. Вскрытіе грудной или брюшной полости производятъ ножницами или ножницеобразнымъ прободникомъ, затѣмъ черезъ расширенное отверстіе удаляютъ пальцемъ или корнцангомъ внутренности; особенно важно удаленіе печени, какъ наиболѣе объемистаго органа. Если сначала была вскрыта грудная полость, то въ брюшную проникаютъ черезъ діафрагму или черезъ новое отверстіе въ брюшныхъ покровахъ. Послѣ удаленія внутренностей туловище плода спадается, и плодъ можно легко извлечь за пахъ или ножку. Если извлеченіе плода не удастся, то дѣлаютъ разсѣченіе плода.

3. **Разсѣченіе плода, spondylotomia** производится вмѣсто удаленія внутренностей. Послѣ раздѣленія плода на двѣ части, каждая половина удаляется отдѣльно. При операціи пользуются щипцами Дуаена для захватыванія подлежащей части и крѣпкими ножницами; позвоночникъ слѣдуетъ разрѣзать въ поясничной области. Операція производится или на ощупь или съ помощью зеркаль. Если нарушена цѣлость позвоночника, но не сдѣлано полного разсѣченія всѣхъ тканей, то плодъ извлекается сложеннымъ вдвое (подражаніе *partus corpore conduplicato*); для этой цѣли разрѣзанную часть захватываютъ крѣпкими щипцами и стараются раньше всего вывести ягодицы.

Кромѣ этихъ операцій къ эмбриотоміи относится также операція **перерѣзки ключиць (cleidotomia)**. Эта операція, описанная проф. Н. Н. Феноменовымъ, предпринимается при головныхъ положеніяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ прорѣзыванія головки плечики никакъ не могутъ быть извлечены ручнымъ способомъ. Перерѣзка ключиць производится длинными ножницами Н. Н. Феноменова подъ защитой пальцевъ другой руки. Послѣдующее извлеченіе производится за головку, а потомъ—съ помощью тупого крючка, введеннаго въ подмышечную впадину.

Кесарское сѣченіе.

Кесарскимъ сѣченіемъ называется операція, при которой разрѣзаютъ брюшные покровы и матку и затѣмъ черезъ сдѣланный разрѣзъ извлекаютъ плодъ и послѣдъ. Различаютъ: 1) классическое или консервативное кесарское сѣченіе, 2) надлобковое кесарское сѣченіе и 3) операцію Porro.

Названіе *sectio caesarea* происходитъ отъ выраженія «*caedere ex matris utero*». Операція извѣстна очень давно. О ней упоминается въ мифологіи; сначала совѣтовали дѣлать ее только на мертвыхъ для спасенія жизни ребенка. Первое достовѣрное кесарское сѣченіе на **живой** по случаю раненія матки произвелъ хирургъ *Ieremias Trautmann* въ 1610 году въ Виттенбергѣ. Ребенокъ былъ из-

влеченъ живымъ, мать умерла на 25-й день. Но еще раньше въ 1581 году F. Rousset издалъ сочиненіе, въ которомъ имѣлъ смѣлость серьезно предлагать эту операцію на живой. Кесарское сѣченіе долго не находило сторонниковъ вслѣдствіе большой смертности матерей (не менѣе 80%), почему его приравнивали почти къ убійству. Операція стала примѣняться болѣе охотно и съ лучшими результатами со времени введенія антисептики. Ея успѣху особенно содѣйствовалъ Зенгеръ, предложившій въ 1882 году улучшенный способъ зашиванія разрыва матки. Въ настоящее время по сводной статистикѣ смертность немного болѣе 6%, а у отдѣльныхъ операторовъ доходитъ даже до 1%.

Въ Россіи первый врачъ, писавшій о кесарскомъ сѣченіи, былъ Даниилъ Самойловичъ, который вслѣдствіи практиковалъ въ Москвѣ. Въ Москвѣ первая операція была произведена проф. М. В. Рихтеромъ въ 1842 году, но неудачно для матери. По словамъ проф. А. Я. Красовскаго въ Россіи всѣ случаи кесарскаго сѣченія до 1885 года оканчивались смертью матерей за исключеніемъ двукратно произведенной операціи въ Ригѣ на одной и той же женщинѣ (Зоммеромъ въ 1796 году и Роде въ 1810) и однократно Глицинскимъ въ Варшавѣ. Для дѣтей же эта операція была благопріятнѣе: спасено нѣсколько младенцевъ. По статистикѣ, собранной мною, общая смертность матерей отъ 1886—1890 года въ Россіи равнялась 40%. За 1890—1912 годы общая смертность матерей и дѣтей у насъ понизилась до 6%; смертность же матерей отъ сепсиса въ этотъ періодъ не превышаетъ 3%. Изъ 45 случаевъ классическаго сѣченія, произведенныхъ мною за послѣднее время, ни одна не умерла вслѣдствіе операціи. Число кесарскихъ сѣченій постепенно растетъ и за 10 послѣднихъ лѣтъ въ одной Москвѣ достигло до 150.

1. Классическое кесарское сѣченіе.

Показаніе къ кесарскому сѣченію можетъ быть абсолютнымъ и относительнымъ.

Абсолютное показаніе—невозможность окончить роды черезъ естественные пути даже послѣ уменьшенія плода. Слѣдовательно, кесарское сѣченіе производится: 1) при абсолютно суженныхъ тазъ, въ которыхъ хотя бы одинъ размѣръ былъ не больше 6 см.; 2) при новообразованіяхъ, какъ-то: фибромахъ матки, особенно шейки ея и широкихъ связокъ, кистахъ яичниковъ и т. п., если эти опухоли запруживаютъ тазъ и не могутъ быть удалены или исправлены; 3) при значительныхъ рубцовыхъ суженіяхъ влагалища и шейки матки, и 4) при ракѣ шейки матки.

Относительнымъ показаніемъ служитъ невозможность извлечь ребенка живымъ иначе, какъ съ помощью кесарскаго сѣченія; въ такихъ случаяхъ представляется выборъ между этой операціей и перфорацией живого плода. Итакъ, кесарское сѣченіе предпринимается при среднихъ степеняхъ суженія таза, наибаче отъ 6—7½ ст., особенно у женщинъ съ остеомаліатическимъ тазомъ.

Условія для кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи: 1) желаніе роженицы непремѣнно имѣть живого ребенка, 2) отсутствіе зараженія, 3) производство операціи въ самомъ началѣ родовъ, 4) рожденіе мертваго плода при прежнихъ срочныхъ и искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Первыя два условія надо считать общепризнанными. Третье условіе признается далеко не всѣми, и операція производится также

въ концѣ періода раскрытія и въ началѣ періода изгнанія. Четвертое условіе также не всегда выполняется, и операція производится у первородящихъ.

Кесарское сѣченіе производятъ также въ случаяхъ угрожающихъ жизни матери 1) при предлежаніи дѣтскаго мѣста, 2) при эклампсіи, 3) при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, если другіе способы родоразрѣшенія оказываются неподходящими по своимъ условіямъ. Кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ не долженъ дѣлать врачъ при неблагоприятной обстановкѣ безъ достаточнаго количества помощниковъ.—Соціальныя условія не слѣдуетъ принимать въ расчетъ, и операція дѣлается также у незамужнихъ.

Производство консервативнаго кесарскаго сѣченія. Къ операціи дѣлаютъ тѣ же приготовленія, какъ для чревосѣченія. Сама операція дѣлится на четыре момента.

1) **Вскрытіе брюшныхъ стѣнокъ** производится по-слоино. Разрѣзъ ведутъ по бѣлой линіи отъ пупка и не доходятъ пальца на три до лоннаго соединенія. Послѣ вскрытія брюшины разрѣзъ продолжаютъ вверхъ, обходя пупокъ слѣва, а при пупочныхъ грыжахъ разрѣзаютъ пупочное кольцо. Длина разрѣза должна быть достаточно велика для того, чтобы матку можно было легко вывести изъ брюшной полости. Предложеніе не выводить матку, а вскрывать ее на мѣстѣ не имѣетъ особыхъ преимуществъ.

2. **Разрѣзъ матки и вскрытіе плодныхъ оболочекъ.** Сначала выводятъ матку изъ брюшной полости, для чего захватываютъ ее рукой за дно и сдвигаютъ брюшныя покровы. Затѣмъ закладываютъ сзади и съ боковъ матки марлевья салфетки, а края брюшной раны вверху сближаютъ съ помощью швовъ или пулевыхъ щипцовъ во избѣжаніе выпаденія кишекъ и сальника. Послѣ этого приступаютъ къ вскрытію матки. Разрѣзъ ведутъ по передней поверхности матки отъ дна книзу, приблизительно на 12 см., но не доводятъ до контракціоннаго кольца. Плодныя оболочки вскрываютъ осторожно, чтобы не поранить ребенка. Если разрѣзъ попадаетъ на дѣтское мѣсто, то его отдѣляютъ съ края или разрѣзаютъ. Для опредѣленія мѣста прикрѣпленія плаценты совѣтуютъ обращать вниманіе на отхожденіе фаллопиевыхъ трубъ и круглыхъ связокъ отъ матки (см. стр. 48), но этотъ признакъ нельзя считать безусловно вѣрнымъ. Разрѣзъ матки можетъ сопровождаться сильнымъ кровотеченіемъ. Во избѣжаніе кровотечения накладываютъ эластическую трубку на нижній сегментъ матки ниже предлежащей части плода и туго затягиваютъ ее. Впрочемъ такое затягиваніе матки опасно для плода, который можетъ погибнуть отъ асфиксіи, а также для матери, которая можетъ

потерять много крови послѣ снятія жгута, вслѣдствіе послѣдующей атоніи матки, зависящей отъ обезкровливанія ея. Поэтому можно не затягивать жгута, а поручить помощнику руками сжимать нижній сегментъ матки. Если же жгутъ былъ затянута, то вскрытіе матки должно быть произведено очень быстро. вмѣсто продольнаго разрѣза матки дѣлають поперечный разрѣзъ дна ея между фаллопійными трубами (Фритчъ). Этотъ разрѣзъ не имѣетъ особаго преимущества.

3. Извлеченіе плода и послѣда. Плодъ обыкновенно извлекають быстро за ножки, причѣмъ затрудненій не происходитъ, если разрѣзъ матки достаточной длины. Затѣмъ на пуповину накладываютъ зажимъ и перерѣзають, а ребенка отдають врачу, у котораго все должно быть приготовлено для оживленія его. Наконецъ отдѣляютъ и удаляютъ послѣдъ.

4. Зашиваніе матки и брюшныхъ стѣнокъ. Зашиваніе матки производится узловатыми швами (шелкъ, кѣтгутъ и пр.), съ помощью которыхъ края раны должны быть тщательно оближены. Накладываютъ глубокіе и поверхностные швы. Глубокими швами захватываютъ только мышечный слой и брюшину, края отпадающей оболочки не зашиваютъ. Поверхностные швы накладываютъ въ промежуткахъ между глубокими такимъ образомъ, чтобы края раны тѣсно соприкасались на всемъ протяженіи. Послѣ наложенія нѣсколькихъ глубокихъ швовъ жгутъ постепенно расслабляютъ. Если оперируютъ безъ жгута, то остановкѣ кровотеченія способствуетъ быстрое зашиваніе маточной раны. Брюшные покровы зашиваютъ швами такимъ же образомъ, какъ и при всякомъ чревосѣченіи.

Послѣоперационный уходъ такой же, какъ послѣ чревосѣченія, и протекаетъ обыкновенно безъ осложненій, если до операціи и во время нея не было зараженія.

Всѣ швы снимають на 10-й день; черезъ 2 недѣли родильница можетъ встать.

Вмѣстѣ съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ иногда дѣлають иссѣченіе частей фаллопійевыхъ трубъ съ цѣлью произвести бесплодіе, однако эту операцію не слѣдуетъ предпринимать безъ основательныхъ поводовъ.

Однимъ изъ неблагоприятныхъ послѣдствій кесарскаго сѣченія считается возможность разрыва матки въ мѣстѣ бывшаго разрѣза при послѣдующихъ родахъ. Однако такое осложненіе можетъ быть зависеть отъ недостаточно прочнаго зашиванія матки и встрѣчается рѣдко; съ другой стороны извѣстно много случаевъ благопріятнаго теченія беременности и родовъ, закончившихся повторнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Миѣ пришлось производить эту опе-

рацію три раза на одной и той же женщинѣ, и я не могъ замѣтить истонченія рубца.

Чаще послѣ кесарскаго сѣченія образуются сращенія передней поверхности матки съ брюшной стѣнкой, которыя могутъ осложнить повторную операцію. Такъ проф. Д. Д. Поповъ, оперируя въ 3-й разъ на одной женщинѣ, нашель умѣстнымъ вслѣдствіе сращеній произвести внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.

2. Надлобковое кесарское сѣченіе.

Еще въ 1806 году Jörg предложилъ надлобковое родоразрѣшеніе. Но только въ 1821 году Ритгенъ впервые произвелъ подобную операцію, которая окончилась неудачно.

Способъ Ритгена состоитъ въ слѣдующемъ: разрѣзъ надъ пупартовой связкой (извѣстный подъ именемъ Пироговскаго), отслоеніе брюшины и разрѣзъ влагалища, выпяченнаго въ рану со стороны половыхъ частей. Черезъ сдѣланный разрѣзъ рука вводится во влагалище, оттуда въ полость матки; затѣмъ производится поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ.

Однако Ритгену не удалось избѣжать вскрытія брюшины и разрѣза самой матки; а больная умерла отъ воспаленія брюшины.

Въ 1822 году Физикъ предложилъ свой способъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, но по его методу операція не была произведена.

Вслѣдствіи Боделокъ видоизмѣненную имъ операцію назвалъ *gastro-litrotomia*.

Основная мысль всѣхъ способовъ надлобковаго кесарскаго сѣченія состоитъ въ томъ, чтобы устранить вскрытіе брюшной полости и раненія верхняго отдѣла матки, неизбѣжныхъ при операціи обычнаго кесарскаго сѣченія. Однако вслѣдствіе плохихъ результатовъ операціи и трудности ея выполненія безъ поврежденія брюшины она постепенно была забыта.

Франку изъ Кельна принадлежитъ заслуга воскресить операцію и видоизмѣнить забытый способъ, который былъ обнародованъ имъ въ 1906 году на сѣздѣ врачей въ Лиссабонѣ подъ названіемъ надлобковаго родоразрѣшенія. Вслѣдъ за операціей Франка стали сообщаться различныя видоизмѣненія способовъ надлобковаго кесарскаго сѣченія.

Отличительная особенность операцій такого рода составляетъ внѣбрюшинный разрѣзъ шейки матки или нижняго ея сегмента, безъ выведенія самой матки изъ брюшной полости (*in situ*).

Способъ Франка состоитъ въ слѣдующемъ: поперечный разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ черезъ кожу, мышцы и пристѣночную брюшину надъ мочевымъ пузыремъ (рис. 105); затѣмъ поперечный разрѣзъ брюшины, покрывающей матку, тотчасъ надъ мѣстомъ перехода ея на пузырь; отдѣленіе брюшины отъ матки и сшивание ея края съ краемъ пристѣночной брюшины (рис. 106). Послѣ этого матку разрѣзають внѣ брюшины, надавливають снаружи на го-

ловку, которая и родится через сдѣланное отверстіе. Въ заключеніе зашиваютъ матку, брюшныя мышцы и кожу.

Однако операцію Франка нельзя назвать внѣбрюшинной, и она, какъ нѣкоторыя послѣдующія ея видоизмѣненія (Фромме-Фейтъ), скорѣе относится къ черезбрюшному надлобковому кесарскому сѣченію.

Зелльгеймъ, а особенно Латцко и Дѣдерлейнъ стремились оперировать чисто внѣбрюшиннымъ способомъ.

Способъ Зелльгейма. Онъ сначала отдѣлялъ брюшину отъ прямыхъ мышцъ, затѣмъ отъ мочевого пузыря, который отодвигалъ книзу, а складку брюшины кверху; плодъ и послѣдъ извлекались



Рис. 105.

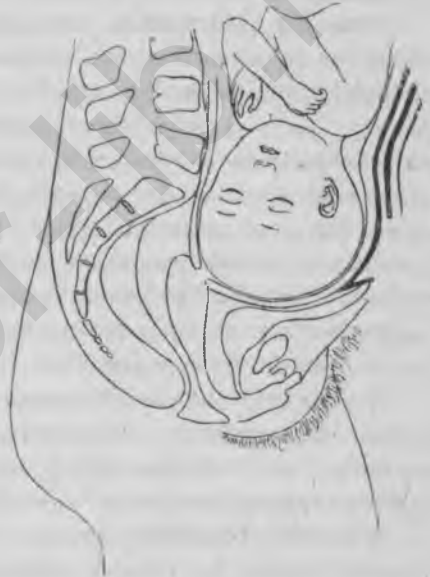


Рис. 106.

черезъ разрѣзь шейки матки. Впрочемъ ему обыкновенно не удавалось отдѣлить брюшину въ области верхушки мочевого пузыря безъ ея поврежденія, почему способъ нельзя считать внѣбрюшиннымъ. Въ зараженныхъ случаяхъ онъ предложилъ производить родоразрѣшеніе черезъ маточно-брюшной свищъ, который получался вслѣдствіе пришиванія пристѣночной брюшины къ кожѣ, а маточной брюшины къ пристѣночной.

Способъ Латцко. Ему удалось оперировать чисто внѣбрюшиннымъ способомъ, поэтому его методъ получилъ наибольшее распространеніе повсюду, а также и у насъ въ Россіи. Операція состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ наполненія мочевого пузыря 150 куб. с.

жидкости, брюшные покровы разрѣзаются—особенно въ зараженныхъ случаяхъ продольно надъ лоннымъ соединеніемъ вверхъ на 12 с.; прямая мышца живота разъединяется тупымъ путемъ и разводятся подъемниками, тогда сверху видна пристѣлочная брюшина, переходящая на верхушку пузыря, а также внѣбрюшинная часть наполненнаго мочевого пузыря. Операторъ проникаетъ пальцами сбоку между шейкой матки и мочевымъ пузыремъ, отслаиваетъ пузырь и съ помощью подъемника оттягиваетъ его въ сторону вмѣстѣ съ прямой мышцей живота. Обнаженная на достаточномъ протяженіи шейка матки разрѣзается срединнымъ разрѣзомъ, черезъ который и извлекается ребенокъ. Въ заключеніе шейка зашивается, вкладывается дренажъ и сливаются брюшныя стѣнки.

Способъ Дёдерлейна основанъ также на прониканіи къ маткѣ сбоку отъ пузыря. Разрѣзъ брюшной стѣнки проводится параллельно правой пупартовой связкѣ; послѣ разсѣченія кожи, клѣтчатки, фасціи, наружной и внутренней косою мышцы, перевязываются *vasa epigastrica* и тупымъ путемъ обнажается параметрій. Въ верхней части раны видна переходная складка брюшины, которая можетъ быть отодвинута выше. Разрѣзъ нижняго сегмента матки производится внѣбрюшинно, параллельно правому наружному краю мочевого пузыря. Ребенокъ извлекается щипцами, послѣ чего оперируемая переводится изъ положенія съ высоко поднятымъ тазомъ въ положеніе Тренделенбурга.

Последніе случаи Дёдерлейна оперировались измѣненнымъ способомъ, при помощи продольнаго надлобковаго разрѣза. Впрочемъ, несмотря на большинство удачныхъ случаевъ, онъ не совѣтуетъ предпринимать операцію при выраженномъ зараженіи.

Способъ Сольмса, который извѣстенъ подъ именемъ родовъ Будды (будто бы такимъ образомъ родился Будда) или *Laparokolpohysterotomia*.

Операція представляетъ соединеніе чревосѣченія съ такъ—называемымъ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Сначала производится эта послѣдняя операція при помощи метрейриза, затѣмъ, пальцемъ проникаютъ между пузыремъ и шейкой надъ лѣвой пупартовой связкой, гдѣ дѣлается боковое разсѣченіе брюшныхъ стѣнокъ. Ребенокъ извлекается щипцами черезъ брюшную рану; послѣ выдѣленія послѣда зашиваютъ рану матки и влагалища со стороны послѣдняго, а въ заключеніе зашиваютъ брюшную рану.

Изъ перечисленныхъ способовъ наиболѣе употребительны внѣбрюшинные—Латцко и Дёдерлейна, но кромѣ нихъ есть еще много другихъ способовъ надлобковаго черезбрюшиннаго кесарскаго сѣченія. До 1909 года было извѣстно 23 внѣ- и черезбрюшинныхъ методовъ *sectio caesarea abdominalis inferior*.

Нѣкоторые, оперируя черезбрюшиннымъ способомъ, отдають преимущество цервикальному разрѣзу, потому что при немъ не вскрывается полость матки, не разрѣзается дѣтское мѣсто, кровотеченіе—незначительно и легко останавливается, послѣдовый періодъ происходитъ при условіяхъ, близкихъ къ физиологическимъ. Опасенія же, что тонкій рубецъ шейки при послѣдующихъ родахъ легче разорвется, до сихъ поръ не подтвердились. Также не доказано, чтобы рубцы въ области шейки вызывали смѣщеніе матки.

Показанія къ надлобковому кесарскому сѣченію до сихъ поръ еще не разработаны. Предложено оно главнымъ образомъ для случаевъ подозрительныхъ въ смыслѣ зараженія, при узкомъ тазѣ, взаимнѣ перфорациі или пубитоміи, особенно у первородящихъ,—когда послѣ долгаго выжиданія становится очевиднымъ невозможность полученія живого ребенка *per vias naturales*. Оно можетъ быть примѣнено также въ случаяхъ запущенныхъ поперечныхъ положеній, угрожающаго разрыва матки при живомъ плодѣ.

Нѣкоторые же полагають, что внѣбрюшинный способъ долженъ примѣняться всегда вмѣсто классическаго кесарскаго сѣченія за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда показана резекція трубъ, кастрація или ампутація матки. Другіе находятъ возможнымъ примѣнять этотъ способъ даже въ зараженныхъ случаяхъ. Однако въ нечистыхъ случаяхъ ни одинъ способъ кесарскаго сѣченія не можетъ примѣняться съ хорошими результатами, а въ чистыхъ случаяхъ классическій способъ будетъ наилучшимъ по простотѣ его выполненія. Въ случаяхъ же подозрительныхъ, гдѣ воды прошли очень давно или производилось изслѣдованіе внѣ клиники, классическое кесарское сѣченіе нерѣдко даетъ такіе же благопріятные результаты, какъ и внѣбрюшинное. По статистикѣ японскаго врача Yasaburo Taniguchi при 449 внѣбрюшинныхъ кесарскихъ сѣченіяхъ смертность матерей не менѣе 3,34%, а смертность дѣтей—5,91%. Кромѣ того почти половина оперированныхъ болѣла въ зависимости отъ нагноеній раны.

Главный недостатокъ подобныхъ операцій состоитъ въ сложной техникѣ и невозможности оперировать всегда безъ поврежденій брюшины.

3. Операція Рогго.

Впервые ампутація матки съ удаленіемъ яичниковъ въ связи съ кесарскимъ сѣченіемъ на женщинѣ была удачно произведена Ед. Порро въ 1876 году. Но еще нѣсколько раньше въ Россіи проф. Г. Е. Рейнъ производилъ опыты вырѣзыванія беременной матки на животныхъ и сдѣлалъ сообщеніе: «О замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки». Въ Россіи эта операція стала примѣняться съ 1880 года (д-ръ Фицкій въ Варшавѣ) и вначалѣ пользовалась большимъ сочувствіемъ.

Операція Порро отличается отъ консервативнаго кесарскаго сѣченія тѣмъ, что при ней, послѣ обычнаго разрѣза матки и извлеченія плода и послѣда, производится надвлагалищное удаление матки вмѣстѣ съ придатками.

Эта операція была предложена съ цѣлью замѣнить консервативное кесарское сѣченіе, связанное съ опасностью кровотечения и зараженія. Однако, послѣ усовершенствованія способа зашиванія маточной раны, операція Порро, какъ операція, замѣняющая кесарское сѣченіе, больше не примѣняется. Въ настоящее время се дѣлають очень рѣдко и только при слѣдующихъ показаніяхъ.

Показанія: 1) Обширныя рубцовыя суженія влагалища и шейки матки, при которыхъ послѣ консервативнаго кесарскаго сѣченія достаточный стокъ послѣродовыхъ очищеній не можетъ быть обезпеченъ.

2) Зараженіе, такъ наз. *endometritis sub partu* при показаніяхъ къ кесарскому сѣченію.

3) Міомы и фибромы, которыя должны быть удалены вмѣстѣ съ маткой.

4) Остеомаляція.

Впрочемъ, при остеомаляціи можно произвести кесарское сѣченіе съ удаленіемъ яичниковъ. При міомахъ и зараженіи операція Порро можетъ быть замѣнена полнымъ удаленіемъ матки вмѣстѣ съ шейкой.

Операція Порро производится по внѣбрюшинному или по внутрибрюшинному способу.

Внѣбрюшинный способъ. Операція производится съ наложеніемъ жгута. Шейка матки тщательно обеззараживается передъ операціей. Послѣ опорожненія матки, произведеннаго, какъ при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи, отрѣзають матку съ придатками надъ жгутомъ и культю укрѣпляютъ въ нижнемъ углу раны съ помощью двухъ длинныхъ иглъ. Брюшную рану закрываютъ, а культю сначала выжигаютъ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты и потомъ посыпають іодоформомъ, таниномъ съ салициловой кислотой или гипсомъ. Культя вмѣстѣ со жгутомъ отпадаетъ большею частью на 3—4 недѣли послѣ операціи. Этотъ способъ производства операціи—быстрый и очень простой; но заживленіе культи совершается медленно и требуетъ долгаго послѣдующаго лѣченія; поэтому онъ рѣдко примѣняется.

Внутрибрюшинный способъ. Послѣ удаленія плода и послѣда приступаютъ къ перевязкѣ обѣихъ широкихъ связокъ и наложенію лигатуръ на маточную артерію и артерію круглой связки. Затѣмъ изъ брюшины на передней и задней стѣнкѣ выкраиваютъ два ло-

скута и отрѣзають тѣло матки надъ внутреннимъ отверстіемъ. Жгутъ снимають, приступаютъ къ зашиванію культи и къ тщательному закрытію ея листками брюшины. Послѣ того культа погружается въ брюшную полость, и брюшныя стѣнки зашиваются наглухо.

При внутрибрюшинномъ способѣ возможно не удалять яичниковъ, для чего приходится нѣсколько видоизмѣнить операцію.

Кесарское сѣченіе на мертвой.

Еще Нума Помпилій издалъ законъ, согласно которому умершую беременную или роженицу запрещалось хоронить безъ кесарскаго сѣченія для возможнаго спасенія плода. Вдослѣдствіи этотъ законъ вошелъ въ законодательства христіанскихъ народовъ, которые имѣли въ виду не лишать плодъ таинства св. крещенія. Статьи 1742 и 1821 свода законовъ Россійской имперіи гласятъ, что въ случаѣ скоростижной несомнѣнной смерти беременной должно приступить немедленно къ кесарскому сѣченію для спасенія жизни плода или, по крайней мѣрѣ, для крещенія его по христіанскому вѣроисповѣданію.

Результаты получаются далеко не всегда благопріятные. Впрочемъ Н. Н. Гальманъ нашелъ въ 1913 г. за послѣдніе годы на 65 случаевъ 61% живыхъ дѣтей. Такой процентъ слишкомъ высокъ; это можно объяснить тѣмъ, что неблагопріятные случаи часто не сообщаются.

Къ операціи приступаютъ въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) если ребенокъ жизнеспособенъ, 2) если послѣ смерти матери прошло не болѣе 10—15 минутъ и 3) если невозможно быстро извлечь плодъ черезъ влагалище. Въ случаяхъ скоростижной смерти матери ребенокъ можетъ быть извлеченъ живымъ чаще, чѣмъ въ случаяхъ смерти послѣ продолжительной агоніи. Операція должна быть сдѣлана быстро, но съ соблюденіемъ всѣхъ тѣхъ правилъ, какъ и при операціи на живой. Такая предосторожность необходима въ виду возможности оперировать на мнимо-умершей.

Влагалищное кесарское сѣченіе.

Влагалищное кесарское сѣченіе (по Дюрссену) или *Hystero-tomia vaginalis anterior* (по Бумму) заключается въ разрѣзѣ передней или также и задней стѣнки шейки матки, пачиная отъ наружнаго зѣва вплоть до ея тѣла, черезъ который извлекается плодъ послѣ поворота на ножку или съ помощью щипцовъ. Вообще влагалищное кесарское сѣченіе производится при несглаженной шейкѣ матки, т.-е. въ тѣхъ случаяхъ, когда съ помощью ручного расширенія, метрейриза или расширителя Босси нельзя безопасно достигнуть быстрого раскрытія матки, достаточнаго для немедленнаго извлеченія ребенка.

Показаніями къ этой операціи служатъ:

1) Необходимость быстрого родоразрѣшенія въ случаяхъ, угро-

жающихъ жизни беременной или роженницы, напр., при эклампсін, преждевременномъ отдѣленіи плаценты, заболѣваніяхъ сердца, легкыхъ или почекъ. Прежде въ такихъ случаяхъ примѣняли насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*). Вопросъ о показаніяхъ къ этой операціи при *placenta praevia* остается нерѣшеннымъ.

2) Невозможность рожденія ребенка при оперируемомъ раковомъ пораженіи шейки матки, а также при міомахъ шейки или ея стенозахъ. (Дюрссеномъ было предложено въ случаѣ рака шейки матки вслѣдъ за удаленіемъ плода производить полное удаленіе матки или такъ наз. **радикальное** влагалищное кесарское сѣченіе).

Трудно установить показаніе къ этой операціи въ тѣхъ случаяхъ, когда при недостаточномъ раскрытіи шейки матки жизнь ребенка подвергается опасности, какъ, напр., въ случаѣ выпаденія медленно пульсирующей пуповины при мало открытомъ маточномъ зѣвѣ.

Условіе, необходимое для этой операціи—отсутствіе суженія таза.

Производство операціи. Операція производится подъ наркозомъ при содѣйствіи по крайней мѣрѣ еще двухъ помощниковъ.

Бритье и тщательная дезинфекція половыхъ органовъ. Затѣмъ въ случаѣ неподатливости вульвы, узости влагалища и достаточной величины ожидаемаго ребенка, дѣлають предварительныя глубокіе разрѣзы влагалища и промежности. У первородящихъ при доношенномъ ребенкѣ лучше всего сдѣлать такіе разрѣзы; тогда шейка матки становится доступнѣе, и легче избѣгнуть большихъ разрывовъ при извлеченіи головки. Послѣ этого съ помощью широкихъ, плоскихъ зеркалъ обнажается влагалищная часть матки, которая и захватывается съ боковъ щипцами Мюзё. Разрѣзъ стѣнки влагалища производится сначала поперечно на границѣ передняго свода и влагалищной части, а затѣмъ отъ середины его кверху дѣлается продольный разрѣзъ влагалища; такимъ образомъ разрѣзъ имѣетъ форму. | Послѣ этого надо отсепаровать лоскуты влагалища отъ пузыря, а самый пузырь отодвинуть вверхъ, что у беременныхъ удается легко, и, наконецъ, разрѣзать переднюю стѣнку шейки, начиная отъ наружнаго зѣва кверху, не вскрывая брюшину. Если головку плода можно опустить книзу съ помощью надавливанія черезъ брюшные покровы, то разрываютъ плодныя оболочки и накладываютъ щипцы. Если же этого сдѣлать нельзя, то производить поворотъ на ножку и послѣдующее извлеченіе.

Нѣкоторые совѣтуютъ дѣлать разрѣзъ не только передней стѣнки шейки, но и задней съ той цѣлью, чтобы получить болѣе простора для послѣдующаго извлеченія ребенка.

Такъ Дюрссень сначала дѣлаетъ продольный разрѣзъ задней

губы, а также и задней стѣнки влагалища приблизительно на 4 см., затѣмъ отодвигаетъ брюшину вверхъ и въ заключеніе разрѣзаетъ переднюю стѣнку шейки.

Если послѣ рожденія ребенка наступаетъ атоническое кровотеченіе, то отдѣляютъ послѣдъ или съ помощью способа Креде, или рукою, а въ случаѣ продолжающагося кровотеченія тампонируютъ матку марлей. Въ заключеніе зашиваютъ шейку отъ верхняго угла разрѣза вплоть до наружнаго зѣва, затѣмъ влагалище и, наконецъ, пришиваютъ его къ влагалищной части шейки матки. Въ маленькое отверстіе посрединѣ вставляютъ марлю для дренажа подбрюшиннаго пространства, которая удаляется на вторыя или третьи сутки.

Въ случаѣ рака шейки матки предварительно производятъ основательное выскабливаніе и прижиганіе раковаго новообразованія, затѣмъ дѣлаютъ операцію вышеописаннымъ образомъ, а послѣ удаленія ребенка и послѣда вскрываютъ брюшину и сшиваютъ край ея съ задней стѣнкой влагалища. Въ заключеніе производятъ экстирпацію матки—если возможно—безъ срединнаго разрѣза матки. Но при значительномъ объемѣ матки разрѣзаютъ по средней линіи переднюю стѣнку матки до дна и заднюю стѣнку, накладываютъ клеммы съ обѣихъ сторонъ на широкія связки, перевязываютъ сосуды, удаляютъ обѣ половины матки, и наконецъ, зашиваютъ брюшину.

Предсказаніе послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія считается довольно благоприятнымъ.

Операціи, расширяющія тазъ.

1) Разрѣзъ лоннаго соединенія (Symphyotomia).

Эта подготовительная операція примѣняется для увеличенія размѣровъ узкихъ тазовъ. Лоносѣченіе на живой впервые произвелъ Sigault въ 1777 году. Но вскорѣ оно было забыто до тѣхъ поръ, пока Моризани снова не обратилъ на него вниманія.

Показаніями къ этой операціи по Моризани служатъ тазы съ суженіемъ отъ 6,7 до 8,8 см., слѣдовательно она производится вмѣсто перфораціи живого плода или вмѣсто кесарскаго сѣченія для полученія живого ребенка. Послѣ разсѣченія и расхожденія лоннаго соединенія истинная конъюгата увеличивается такимъ образомъ, что на каждый сантиметръ расхожденія лонныхъ костей конъюгата увеличивается на 2—2,5 миллиметра.

Условія для операціи: 1) полное или почти полное открытіе маточнаго зѣва, которое необходимо для послѣдующаго окончанія родовъ, 2) согласіе роженицы, 3) отсутствіе зараженія и 4) живой плодъ.

Производство операціи. Дѣлають кожный разрѣзь по средней линіи отъ верхняго края лоннаго соединенія до крайней плоти клитора, а отсюда ведутъ разрѣзь вкось. Хрящ лоннаго соединенія разрѣзають сверху внизъ и спереди назадъ осторожно, чтобы не поранить мочевой пузырь и уретру; связки также разрѣзають. Послѣ этого концы лонныхъ костей расходятся. Роды большею частію оканчивають наложеніемъ щипцовъ, хотя нѣкоторые совѣтуютъ выжидать самопроизвольнаго рожденія ребенка во избѣжаніе поврежденій щипцами родовыхъ путей.

Послѣ окончанія родовъ рану зашиваютъ костнымъ и кожнымъ швомъ. Можно ограничиться швами надкостницы и кожи. Затѣмъ накладываютъ тугую повязку.

Эта операція до сихъ поръ не получила большого распространенія вслѣдствіе того, что при ней наблюдаются различныя осложненія. Такъ, во время операціи наступаютъ значительныя кровотечения изъ разрывовъ клитора. При расхожденіи лонныхъ костей во время операціи болѣе, чѣмъ на 6 см., легко происходятъ нарушенія цѣлости крестцово-подвздошныхъ сочлененій. Послѣдующее заживленіе раненій нерѣдко сопровождается нагноеніемъ. Наконецъ, послѣ лоносѣченія вслѣдствіе поврежденія тазовыхъ сочлененій женщины иногда не могутъ ходить и стоять.

2. Пубитомія.

Эта операція (иначе называемая *hebotomia* или *hebesteotomia*), состоящая въ перепиливаніи лонной кости сбоку отъ лоннаго соединенія, предложена взаимъ симфизеотоміи также съ цѣлью **расширенія таза** и въ настоящее время совершенно вытѣснила лоносѣченіе.

Еще въ 1786 году Анткенъ изъ Эдинбурга предложилъ дѣлать операцію разсѣченія горизонтальныхъ лонныхъ вѣтвей и сѣдалищныхъ костей съ цѣлью получить стойкое расширеніе таза. Его предложеніе такъ же, какъ предложеніе Шампіона и видоизмѣненіе операціи Штольцемъ, не было выполнено на живыхъ. Только въ 1832 году Гальбіати произвелъ подобную операцію съ печальнымъ исходомъ для матери и ребенка. Послѣ этого операція была забыта.

Въ 1893 году Жигли, недовольный лоносѣченіемъ, предложили дѣлать распилъ лонной кости сбоку отъ лоннаго соединенія съ помощью придуманной имъ пилки. Эту операцію на живой произвелъ впервые въ 1897 году Basilio Bonardi въ горной хижинѣ съ хорошимъ исходомъ, несмотря на неблагоприятную обстановку. Затѣмъ въ 1899 году такая операція была произведена Кальдерини, въ 1901 году—Van der Velde и, наконецъ, въ 1902 году самимъ Жигли. Съ этихъ поръ пубитомія стала быстро распространяться.

Пубитомія имѣетъ преимущества передъ симфизеотоміей. Такъ, при пубитоміи: 1) опасность поврежденія мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала гораздо меньше; 2) кровотеченіе также меньше, чѣмъ при симфизеотоміи, такъ какъ при послѣдней опе-

рации легко разрывается тѣло клитора вмѣстѣ съ *lig. arcuat.*; 3) возможность прочнаго сращенія костей больше. Опасность зараженія раны таза посредствомъ лохий при большихъ поврежденіяхъ мягкихъ частей одинакова.

Показанія къ операци. Ее производятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при живомъ ребенкѣ получается такое несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ, которое не въ состояніи преодолѣть сила потугъ, и когда дальнѣйшее выжиданіе чрезвычайно опасно для матери.

Увеличеніе размѣровъ таза съ помощью пубитоміи получается такое же, какъ послѣ симфизеотоміи: возможно разсчитывать на увеличеніе истинной конъюгаты на 1,5—2 сант. Поэтому пубитомія производится большею частью при плоскихъ, общесуженныхъ и общесуженныхъ-плоскихъ тазахъ, начиная отъ 7 см. и больше,



Рис. 107.

Анатомическая картина при пубитоміи (по Дёдерлейну).

1) Nervus. 2) Arteria. 3) Vena femoralis. 4) Arter. 5) Vena. 6) Nervus obturat. 7) *M. pectineus*. 8) *M. adduct. brev.* 9) *M. obturat. ext.* 10) *M. adduct. magn.* 11) *M. adduct. long.* 12) *M. gracilis*. 13) Разрѣзь по способу Gigli. 14) Разрѣзь по способу V. D. Velde.

наимчае между 7 и 8,5 см. Предложеніе предварительно передъ пубитоміей накладывать пробные высокіе щипцы не встрѣтило большаго сочувствія, потому что при подобныхъ попыткахъ возможны серьезныя поврежденія головки плода. При остеомалятическихъ, кифотическихъ, кососуженныхъ и спондилолистетическихъ тазахъ эта операція не производится.

Условія, необходимыя для производства операціи: 1) живой ребенокъ, 2) асептическое состояніе полового канала, 3) полное или почти полное раскрытіе маточнаго зѣва.

Производство операція. Операція производится по различнымъ методамъ. Надо отличать: 1) открытые и 2) подкожные способы.

1) **Открытый способъ** примѣнялся раньше, при первыхъ операціяхъ. При этомъ сначала разрѣзали мягкія части до кости, затѣмъ проводили пилку позади лонной кости и перепиливали ее. Жигли проводилъ разрѣзъ отъ середины лоннаго соединенія книзу и кнаружи, а Van der Velde—отъ лоннаго бугорка книзу и кнутри (Рис. 107). Tandler видоизмѣнилъ этотъ способъ: во избѣжаніе кро-



Рис. 108.

Проведеніе пилы по Дёдерлейну.

вотеченія изъ пещеристыхъ тѣлъ онъ предложилъ разсѣкать мягкія части у нижней вѣтви лонной кости, затѣмъ перерѣзать ножку похотника между лигатурами и вводить пилу подъ наковницей.

2) **Подкожные способы** въ настоящее время получили самое большое распространеніе, и открытый способъ теперь совершенно не примѣняется. Изъ подкожныхъ надо отмѣтить два наиболѣе употребляемыхъ: а) способъ Дёдерлейна и 2) способъ Бумма.

а) Дёдерлейнъ производитъ операцію такъ: дѣлаетъ горизонтальный разрѣзъ до кости у лѣваго лоннаго бугорка длиной въ 2 см., вводитъ въ него по задней стѣнкѣ лонной кости указательный палецъ, которымъ отслаиваетъ мягкія части, затѣмъ у нижняго края нисходящей лонной вѣтви, въ большой губѣ, надъ верхушкой пальца дѣлаетъ маленькое противотверстіе, вводитъ предложенный имъ проводникъ сверху внизъ между пальцемъ и костью, продѣваетъ

въ крючокъ пилу, выводить ее вмѣстѣ съ проводникомъ сверху, послѣ чего и перепиливаетъ кость (рис. 108).

б) Буммъ, а также Вальхеръ и Леопольдъ дѣлають операцію совершенно подкожно, при чемъ пораненія въ кожѣ ограничиваются только мѣстомъ вкола и выкола. При этомъ, также послѣ опорожнения мочевого пузыря, лѣвый указательный палецъ вводится во влагалище, а при помощи правой руки вкалывается особая игла (рис. 109) у нижняго края лонной кости, между ножкой похотника и костью, и проводится вплоть по задней стѣнкѣ лонной кости, нѣсколько кнутри отъ *tuberculum pubicum*. Послѣ этого съ помощью этой иглы проводится пила сверху внизъ, и кость перепиливается. При этомъ способѣ надо слѣдить пальцемъ, введеннымъ во влагалище, за тѣмъ, чтобы не проколоть иглой стѣнку влагалища (Буммъ).

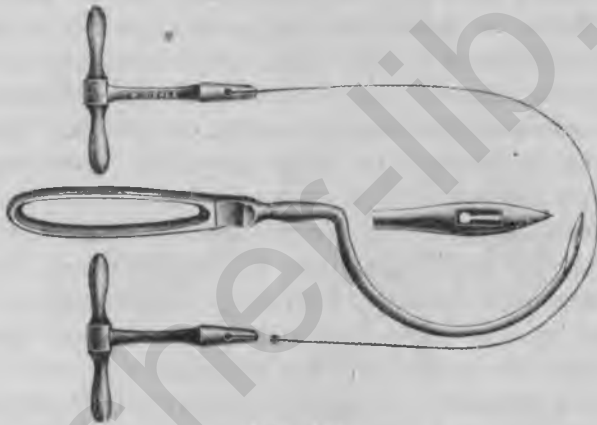


Рис. 109.

Трудно рѣшить, какой способъ лучше; при послѣднемъ способѣ, повидимому, легче повредить мочевой пузырь, чѣмъ при способѣ Дёдерлейна.

Послѣ распила лонной кости можно или предоставить дальнѣйшее изгнаніе плода силамъ природы, или же наложить щипцы. Однако, какъ оказывается, при извлеченіи щипцами легко происходятъ значительные разрывы влагалища, особенно у первородящихъ, вслѣдствіе чего можетъ получиться сообщеніе влагалища съ распиломъ таза; поэтому быстрое извлеченіе головки щипцами или руками послѣ поворота на ножку слѣдуетъ предпринимать только въ случаяхъ, гдѣ необходимо быстрое окончаніе родовъ, какъ, напр., при явленіяхъ, угрожающихъ жизни плода.

Послѣ окончанія родовъ накладываютъ швы только на надкостницу и кожу, края же кости не сшиваются. Вокругъ таза на-

кладывается обыкновенно ватно-марлевая повязка, а по бокам таза—мѣшки съ пескомъ.

Послѣ операциі достаточно 3—4 недѣль для полного выздоровленія.

Судя по рентгеновскимъ снимкамъ, можно заключить, что даже по истеченіи многихъ недѣль между распиленными поверхностями не образуется костной ткани; однако, больныя могутъ обыкновенно хорошо ходить и стоять.

Только при неплотномъ заживленіи костей, какъ, напр., при соединительно-тканыхъ сраженіяхъ, послѣ пубитоміи можетъ получиться стойкое расширение таза. Клиническія наблюденія еще недостаточны для того, чтобы рѣшить, насколько такое расширение можетъ оказать благоприятное вліяніе на окончаніе послѣдующихъ родовъ. Съ цѣлью получить дѣйствительно стойкое расширение таза было предложено и выполнено Креде вкладываніе послѣ пубитоміи отрѣзка кости шириной въ 2 см. между распиленными поверхностями. Но эта операция такъ же, какъ подобныя операциі Франка, Феноменова, предложенныя для симфизеотоміи, не находятъ примѣненія¹⁾.

Пубитомія не получаетъ очень широкаго примѣненія въ виду того, что при ней нерѣдко встрѣчаются различныя осложненія.

Осложненія могутъ быть слѣдующія: 1) болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, 2) малое расхожденіе таза при распиленіи костей, проведенномъ далеко кнаружи, 3) поврежденіе стѣнокъ мочевого пузыря проводникомъ, шилкой или вѣдѣдствіе прижатія пузыря къ отрѣзкамъ кости во время извлеченія ребенка, 4) разрывы влагалища, проникающіе въ рану, 5) гематомы, 6) поврежденія въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія, 7) послѣ-операционныя тромбозы, 8) lochiometra.

Вообще, заболѣваемость матерей послѣ пубитоміи довольно значительна,—смертность ихъ около 4%, а смертность дѣтей — не менѣе 8%.

Ручное отдѣленіе послѣда.

Надо отличать извлеченіе уже отдѣлившагося, но задержавшагося послѣда и отдѣленіе приращеннаго послѣда (стр. 163).

Первая операция, т.-е. извлеченіе отдѣлившагося послѣда принимается либо по поводу кровотеченія, зависящаго отъ атоніи

¹⁾ Роттеръ въ 1912 году также съ цѣлью получить постоянное расширение таза—въ прямомъ размѣрѣ входа—предложилъ отпиливаніе мыса. Но въ виду значительной опасности операциі, производимой съ помощью чревосѣченія или тотчасъ за кесарскимъ сѣченіемъ, и небольшого расширенія таза, а также возможнаго нарушенія костной основы, она не находитъ сторонниковъ.

матки, или отъ неправильнаго веденія послѣродового періода, либо по поводу спазматическаго сокращенія матки, не сопровождающагося кровотеченіемъ.

Въ первомъ случаѣ операція обыкновенно можетъ быть замѣнена выжиманіемъ послѣда по способу Креде; во второмъ необходимъ предварительно глубокій хлороформный наркозъ.

Вторая операція, т.-е. **отдѣленіе** приращеннаго послѣда, производится или при частичномъ или при полномъ приращеніи послѣда.

У нѣкоторыхъ женщинъ встрѣчается **привычность** приращенія послѣда, вслѣдствіе чего иногда приходится отдѣлять его у одной и той же женщины при каждахъ родахъ.



Рис. 110.

Полное плоскостное сращеніе встрѣчается крайне рѣдко, и отдѣленіе послѣда въ этихъ случаяхъ представляетъ чрезвычайныя затрудненія.

Вообще ручное отдѣленіе послѣда—какъ показываетъ статистика—представляетъ самую опасную (въ смыслѣ заболѣванія и смертности) изъ всѣхъ акушерскихъ операцій, включая и кесарское сѣченіе.

Показаніями къ операціи служатъ или кровотеченіе въ послѣ-

довомъ періодѣ или продолжительное задержаніе послѣда. Слѣдовательно къ операціи приступаютъ: 1) Въ случаѣ **частичнаго приращенія послѣда**, когда при болѣе или менѣе значительномъ кровотеченіи послѣдъ не выходитъ, несмотря на правильное примѣненіе способа Креде.

2) **При полномъ приращеніи послѣда**, которое отличается продолжительнымъ теченіемъ послѣдоваго періода и не осложняется кровотеченіемъ. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно принято приступать къ ручному отдѣленію послѣда послѣ того, какъ онъ не выходитъ въ теченіе 2—3 часовъ послѣ рожденія ребенка, несмотря на повторное примѣненіе способа Креде даже подъ наркозомъ. Послѣдъ можетъ оставаться и въ теченіе сутокъ безъ вреда для роженицы.

Производство операціи. Руки передъ операціей должны быть приведены въ возможно асептическое состояніе. Отдѣлять послѣдъ рукой въ перчаткѣ такъ же трудно, какъ и черезъ оболочки (предложеніе Гильдебрандта) вслѣдствіе значительной утраты чувства осязанія. Наружные половые органы и влагалище должны быть тщательно дезинфицированы. Вся рука, сложенная конусообразно, вводится во влагалище, а затѣмъ въ матку; здѣсь надо найти отдѣлившійся край дѣтскаго мѣста, руководясь пуповиной, или начать отдѣленіе съ верхняго края. Затѣмъ, помѣстивши руку между краемъ и стѣнкой матки, отдѣляютъ послѣдъ пилообразными движеніями локтевой стороной ладони. Другіе совѣтуютъ отдѣлять послѣдъ не локтевой стороной ладони, а концами пальцевъ, въ виду того, что при этомъ получается болѣе тонкое ощущеніе, и не такъ легко запутаться въ самомъ существѣ послѣда, что весьма возможно. Ладонная поверхность руки должна быть обращена къ дѣтскому мѣсту, а тыльная—къ стѣнкѣ матки. Отдѣленіе должно производиться съ одной стороны осторожно, чтобы не повредить мышечнаго слоя матки, и съ другой стороны тщательно, чтобы не оставить въ маткѣ неотдѣленныхъ частей послѣда. Другая рука во все время операціи должна обхватывать матку со стороны брюшныхъ покрововъ для того, чтобы съ ея помощью внутренней рукой можно было произвести отдѣленіе съ достаточной увѣренностью и тщательностью (рис. 110).

По окончаніи операціи послѣдъ осматривается; а въ случаѣ сомнѣнія надо вторично ввести руку въ полость матки для болѣе тщательнаго обследованія ея, особенно въ мѣстѣ отхожденія трубъ.

Чревоушибленіе при внѣматочной беременности.

Наилучшій способъ лѣченія внѣматочной беременности—оперативный. Плодный мѣшокъ долженъ быть удаленъ, какъ только уста-

новлено присутствіе внѣматочной беременности. Послѣ вскрытія брюшной полости отдѣляютъ трубу отъ сращеній, перевязываютъ *lig. infundibulo—pelvicum* и маточный конецъ трубы, послѣ чего удаляютъ беременную трубу. Ножка, оставшаяся послѣ вылуцченія опухоли, должна быть тщательно закрыта брюшиной, что можетъ быть достигнуто связываніемъ лигатуръ вмѣстѣ и иногда подшиваніемъ матки вмѣстѣ съ широкой связкой къ передней стѣнкѣ брюшной полости.

При разрывѣ трубъ или трубномъ выкидышѣ чревосѣченіе должно быть произведено немедленно, иначе женщина можетъ погибнуть отъ внутренняго кровотечения. Прежде всего надо отыскать трубу и наложить зажимы на кровоточащія мѣста. Затѣмъ накладываютъ лигатуры на вышеописанныя мѣста и удаляютъ трубу. При трубныхъ выкидышахъ въ рѣдкихъ случаяхъ можно удалить плодное яйцо, не удаляя самой трубы.

Полное удаленіе плоднаго мѣшка во второй половинѣ беременности не всегда возможно. Такая операція можетъ быть очень опасной, такъ какъ при отдѣленіи дѣтскаго мѣста наступаетъ сильное неудержимое кровотеченіе. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, когда невозможно удалить весь мѣшокъ, слѣдуетъ отдѣлить сращенія, удалить плодъ, отрѣзать часть плоднаго мѣшка, а оставшуюся часть его стѣнокъ тщательно вшить въ брюшную рану. Затѣмъ полость плоднаго мѣшка выполняютъ іодоформной марлей. Дѣтское мѣсто подвергается мумификаціи и въ заключеніе отходить, послѣ чего остальная часть плоднаго мѣшка уменьшается.

Алфавитный указатель.

А.

Acardiaci. 218.
Allantois. 23.
Amelus. 217, 275.
Amnion см. оболочка водная. 20.
Артер. 25.
Arteriae pulmonales. 25.
umbilicales. 25.

Б.

Базедова болѣзнь. 135.
Баллонъ Шампетье. 258.
Безплодіе. 153, 158, 303.
Беременность. 13.
воображаемая. 135.
гигіена. 65.
многоплодная. 34, 63.
патологическая. 13, 126.
признаки. 58, 59.
при порокахъ развитія матки. 145
продолжительность. 27.
распознаваніе. 59, 60, 64.
серодіагностика. 60.
срокъ. 61.
токсикозы. 39, 131, 134, 140.
трубная. 146, 157.
Беременная женщины. 39.
анамнезъ. 44.
бандажъ. 65, 147.
водянка. 52, 173.
вѣсъ. 39.
гидрэмія. 131.
гипнозъ. 132.
діета. 65, 137.
животъ. 47, 209.
изслѣдованіе. 44, 46, 54, 57.
малокровіе, прогрессивное. 132.
положеніе à la vache. 149.
рвота. 131, 266.
рубцы. 47.
самоотравленіе. 139.

сердце. 39, 46.
пороки. 130, 249.
слинотеченіе. 132.
смерть. 186.

Брюшина, воспаленіе. 246.
Брюшной прессъ. 71, 76.
Брюшные покровы. 38.
Бужъ. 263.

В.

Вартонова студень. 22, 176.
Вены, половыхъ частей. 38, 152.
тромбозъ. 141, 247, 316.
Влагалище беременныхъ. 38, 55.
воспаленіе. 153, 241.
кисты. 194.
рожениць. 71, 76.
родильницъ. 117.
раздвоенное. 145.
разрывы. 190, 236, 316.
спринцваніе. 121, 265.
суженіе. 192, 272, 308.
тампонація. 168, 169, 265.
эхинококки. 194.
Воды околоплодные. 23.
излитіе. 81, 107, 225, 227.
ложные. 154, 226.
накопленіе чрезмѣрное. 172, 177,
262.
недостатокъ. 173.
переднія. 73.
Волчья пасть. 217.
Ворсы см. оболочки.
Выкидышъ. 177.
искусственный, 265.
привычный. 177, 185.
септический. 177, 184.
трубный. 160, 319.
цервикальный. 179.
Выходная трубка. 74.
Vaginofixatio. 146.
Vaporole. 189.

Ventrofixatio. 146.
 Vernix caseosa. 26.
 Versio spontanea. 221.
 Vulvitis puerperalis. 241.

Г.

Головка.

баллотированіе. 49.
 вдавленіе. 216, 293.
 вставленіе. 85.
 водянка. 218, 294.
 конфигурація. 33, 100, 212, 277.
 наклоненіе боковое. 211.
 отрывъ. 284.
 предлежаніе. 40, 56, 83.
 повороты. 86.
 прободеніе (перфорація). 293.
 144, 213, 214, 235, 301,
 307.
 разгибаніе. 86, 94, 96, 100, 282.
 размыры. 31.
 сгибаніе. 85, 94.
 швы. 31.

Груднѣца. 253.
 Galactorrhoea. 253.
 Gonorrhoea. 125, 152, 153, 159.
 Grossesse nerveuse. 135.

Д.

Двойни. 34.
 распознаваніе. 63.
 роды. 102.
 сросшіеся. 217.
 Дифтеритъ. 126, 240.
 Дѣвственная плева. 54, 64, 192.
 Дѣтское мѣсто. 17, 20, 71.
 бѣлые инфаркты. 164.
 выжиманіе. 113.
 выпаденіе. 167.
 задержаніе. 231.
 кисты. 164.
 низкое прикрѣпленіе. 164, 263.
 окаймленное. 164.
 отдѣленіе нормальное. 79.
 преждевременное. 227,
 259, 275, 276, 302, 310.
 ручное. 316.
 предлежаніе. 165, 223, 263, 302,
 310.
 прибавочное. 163, 231.
 приращеніе. 163, 229, 317.
 сифились. 165.

Decapitatio. 298.
 Deciduoma malignum. 170.

Е. см. Э.

Ж.

Желтое тѣло. 11, 13, 39, 70.
 Желточный протокъ. 22.

Желтуха новорожденныхъ. 123.
 Железа грудная. 38, 46, 117, 124.
 воспаленіе ея. 253.
 зобная. 39.
 щитовидная. 39, 70.

З.

Закись азота. 112.
 Заносъ кровяной. 178.
 мясистый. 178.
 пузырчатый. 169, 179.
 развѣдающій. 170.
 Зародышъ. 28.
 Затялочныя положенія. 40.

И.

Изгоняющія родовыя силы. 70.
 неправильности. 187.
 Инструменты акушерскіе. 255.
 Insertio velamentosa. 174.
 Ischiopagus. 217.

К.

Кесарское сѣченіе. 201, 204, 209, 212,
 214, 300.
 влагалитное. 144, 269, 309.
 вѣбрюшинное. 308.
 классическое. 301.
 надлобковое. 304.
 на мертвой. 309.
 по Порро. 307.
 Кефалотрибъ. 298.
 Клиторъ. 238, 313.
 Ключица, перерѣзка ея. 300.
 Кокаинъ. 112, 132.
 Кольпепринтеры. 168, 258, 265.
 Кондиломы. 152.
 Конъюгата акушерская. 4.
 діагональная. 57, 207.
 истинная. 4, 207.
 наружная. 53, 207.
 pseudovera. 205.
 Косыя положенія. 40, 44, 219, 270.
 Краниоклазія. 298.
 Краниотомія. 293.
 Кровоупусканіе. 143.
 Кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ.
 229, 316.
 при выкидышѣ. 179.
 при ракъ шейки. 193.
 при предлежаніи дѣтскаго мѣста.
 166.
 при преждевременномъ отдѣленіи
 дѣтскаго мѣста. 227.
 при пузырчатомъ заносѣ. 171.
 при разрывахъ. 234, 238.
 родильницъ. 229, 250.
 роженницъ. 227.
 Кровь, болѣзни. 130.
 Крючокъ декапитационный. 299.

для извлеченія ягодиць. 283.
 Caput succedaneum. 100.
 Carunculae myrtiformes. 54, 64.
 Cephalo haematoma. 101.
 Cleidotomia. 300.
 Colostrum. 38, 117.
 Colpaporrhaxis. 236.
 Colpitis puerperalis. 241.
 Conglutinatio orificii externi. 191.
 Corpus luteum. 11.
 Kranioragus. 217.

Л.

Легкія, воспаленіє. 177, 240.
 туберкулезъ. 127, 266.
 Лицевыя предлежанія. 41, 92, 276,
 292, 294.
 Лобныя предлежанія. 41, 93, 99, 242,
 276, 294.
 Лонная кость, перепиливаніє. 312.
 Лонное соединеніє. 3.
 поврежденіє. 238.
 разрѣзь. 311.
 Labium leporinum. 217.
 Laminariae. 265, 268.
 Ligamentum vesico-umbilic. 23, 25.
 Lithopaedion. 160.
 Lochia. 116.
 Lochiometra. 242, 251, 316.

М.

Маллярія. 127, 177.
 Матка беременная. 36, 48, 59, 61.
 ампутація. 307.
 атонія. 229, 231.
 величина. 61.
 во время родовъ. 74.
 воспаленіє. 153.
 вправленіє. 149.
 выворотъ. 232.
 выжиманіє. 113.
 выпаденіє. 149, 252.
 выскабливаніє. 244, 268.
 гангрена послѣродовая. 245.
 грыжи. 150.
 инволюція. 115.
 иннервація. 68.
 кольцо сокращенія. 74, 233.
 наклоненіє. 147.
 обратное развитіє. 115, 251.
 отрывъ отъ сводовъ. 236.
 перегибъ. 146, 148, 251.
 полный мускулъ. 74.
 послѣродовая. 115, 251.
 при вѣматочн. беременности.
 159.
 разрывы. 150, 233.
 ущемленіє. 148, 267.
 рубцы. 151, 234.
 слизистая оболочка. 9, 17, 116,
 153.

сокращенія. 50, 70, 78, 187.
 столбнякъ. 190.
 subinvolutio. 251.
 тампонація. 169, 231, 233, 235,
 263.
 туспанія. 210, 221, 225.
 шумъ. 52.
 фиброма. 155, 193, 267, 301, 308.
 Менструація. 8, 27, 45, 159, 179.
 теорія. 11.
 при беременности. 45, 59, 155,
 159.
 Метрейризь. 258.
 при выкидышѣ. 184, 269.
 » плач. praevia. 168.
 » преждеврем. отдѣленія дѣт-
 скаго мѣста. 228.
 » преждевременныхъ родахъ.
 185, 264.
 » пузырчатомъ заносѣ. 172.
 » слабости потугъ. 188.
 » эклампсїи. 144.
 Мозгъ головной 141, 217.
 » придатокъ. 70, 189.
 Молозиво. 38, 46, 59.
 Молоко. 117.
 Морфій. 112, 143, 190, 191.
 Моча. 46.
 задержаніє. 122.
 Мочевой мѣшокъ. 23.
 пузырь. 120.

выворотъ. 206.
 камни. 194.
 катарръ. 250.
 свищи. 210, 250.
 Мочеточники. 137, 139.
 Мышь см. promontorium.
 Mastitis. 253.
 Meconium. 26, 97, 123, 224, 278, 286.
 Metritis dissecans. 245.
 Metrophlebitis. 247.
 Missed abortion. 179.
 labour. 179.
 Mola carnosа. 159, 267.
 destruens. 170.
 haematomatosa. 179.
 hydatidosa. 169.

Н.

Надпочечники. 39, 201.
 Наркозъ во время родовъ. 111.
 при операціяхъ. 254.
 Наружныя половыя части: 38.
 зараженіє. 240.
 зудъ. 151.
 очищеніє ихъ. 121.
 язвы. 241.
 Нервная система.
 при беременности. 39.
 послѣ родовъ. 120, 250.
 Нити Симонартовы. 174, 216.
 Новорожденный, уходъ. 122.

дыханіе. 123.
искусственное. 224.
Ножныя положенія. 41, 279, 283.

O.

Оболочки яйцевыя. 16, 114.
водная. 20, 36, 24, 216.
сращеніе ся. 174, 216.
ворсистая. 18, 159.
завороченная 17, 35, 159, 164, 166.
задержаніе. 231, 250.
запоздалая. 18.
истинная опадающая. 17, 35, 69, 154, 159, 163.
колбасовидная. 22.
см. плодный пузырь.
Овуляція. 10.
Операциі, профилактическія. 214.
Опій. 191, 235.
Орошеніе постоянное. 243.
Оста беременныхъ. 126, 127.
Остеомаляція. 198, 263, 308.
Остеофиты. 39.

П.

Панилломы. 152.
Передой. 125, 152, 154, 159.
Печень. 134, 141.
Пила Gigli. 312.
Пилокарпинъ. 67, 265.
Плечико. 33, 92, 219.
выведеніе. 110.
предлежаніе. 92, 219.
размѣръ. 33.
чрезмѣрный поворотъ. 92.
Плодный пузырь. 72, 81, 271.
разрывъ запоздалый. 227.
» искусственный. 261.
» преждевременный. 225.
Плодь, асфиксія. 223, 302.
atresia ani. 217.
бумажный. 35, 178.
величина. 218, 298.
водянка. 218.
вѣсь. 29, 30, 124, 125, 218.
выжиманіе. 189.
глотаніе. 24.
гниеніе. 178, 225.
грудь. 299.
движеніе. 46.
длина. 30, 63.
доношенный. 30.
дыханіе. 25.
животь. 299.
извлеченіе краниокластомъ. 297.
» крючкомъ. 283.
» петлей. 284.
» ручное. 278, 298, 299.
» щипцами. 284.
мацерированный. 127, 178, 284.

мертвый. 172, 210, 225, 226.
мумификація. 35, 178.
обезглавліваніе. 298.
обмѣнъ веществъ. 26.
окаменѣлый. 160.
питаніе. 25.
поврежденія. 284, 293.
позиція. 42.
положеніе. 40, 48, 103, 219.
» запущенное поперечное. 220, 233, 272, 298.
поль. 29, 33.
пушокъ. 29.
разсѣченіе. 306.
самоизворотъ. 221.
сердце. 28.
сердцебиеніе. 50, 63.
сифились. 129.
смазка сыровидная. 29.
смерть. 63, 223, 302.
члѣнорасположеніе. 40.
Поворотъ плода. 269.
комбинированный. 270.
на головку. 274.
наружный. 270.
наружно-внутренній. 271, 274, 276.
по Бракстопъ-Гиксу. 275, 278.
профилактическій. 214, 277.
произвольный. 221.
Послѣдъ 22 (см. дѣтск. мѣсто).
Послѣдний періодъ. 77, 113, 307.
патологія. 229, 316.
Потуги. 71, 187, 286, 313.
Почки беременныхъ. 46, 135, 263, 266.
декапуляція. 144.
туберкулезъ. 128.
Почечная лоханка. 137.
Промежность. 99, 109.
разрѣзь. 110, 310.
разрывъ. 109, 237.
Психозы беременныхъ. 134.
родильницъ. 250.
Пубитомія. 213, 312.
Пунитія поясничная. 144.
Пушвина. 22.
выпаленіе. 175, 209, 262, 271, 278, 286.
короткая. 174.
оббитіе. 174, 223, 293.
отдѣленіе. 111.
отпаденіе. 124.
плевистое прикрѣпленіе. 174.
узлы. 176.
уходъ. 124.
шумъ. 51.
Parametritis. 245.
Peritonitis. 246.
Pes varus et valgus. 173.
Pituitrin. 189.
Placenta (см. дѣтское мѣсто).
Plicae palmatae. 36.
Promontorium. 2, 57, 197, 200, 316.

Puerperium. 115.
Pyaemia. 247.
Pyelitis. 137.

Р.

Рахить. 45, 197, 207.
Рентгеновские лучи. 208.
Родильная горячка. 239.
Родильница. 67, 115.
 бинтование. 122.
 дѣта. 122, 250.
 раннее вставание. 121.
 температура. 119.
 уходъ. 121.
Роднички. 31.
Роды: боли при нихъ. 80, 187, 190.
 ведение. 107, 113.
 двойными. 102.
 запоздалые. 67.
 искусственные преждеврем. 204,
 213, 214, 262, 294.
 начало. 80.
 несостоявшіеся. 179.
 преждевременные. 67, 130, 137,
 167, 185, 227.
 при затылочныхъ полож. 83.
 » косыхъ и поперечныхъ. 219.
 » кистахъ яичника. 193.
 » лицевыхъ полож. 94.
 » лобныхъ. 96.
 » ножныхъ. 98.
 » placenta praev. 167.
 » ракъ маточной шейки. 193.
 » узкихъ тазахъ. 208.
 » фибромахъ матки. 193.
 » теменныхъ пол. 93.
 » ягодичныхъ. 97, 99.
 своевременные. 67.
 сломаннаго плода. 221.
 срокъ. 27.
 течение. 79.
Рожа. 249.
Рожениць антисептика. 104.
 асептика. 106.
 гипнозъ. 112.
 дѣта. 109.
 ислѣдованіе. 105, 107.
 положеніе. 4, 108, 190.
 самозараженіе. 107, 240.
 самоочищеніе пол. канала. 107.
 смерть. 186.
 уходъ. 104.
Ручка: выпаденіе. 220, 272.
 запрокидываніе. 100, 280.
 отнятіе. 298.
Retromastitis. 253.
Retroplacental' ная haematoma. 78.

С.

Сапрѣмія. 239, 242.
Сверхаарожденіе. 34.

Сверхоплодотвореніе. 34.
Свищи: привѣматочной беременн. 161.
 пузырно-влагалищные. 210.
Серотерапія. 144, 247, 248.
Симфизиотомія. 209, 311.
Синцитій. 20, 170.
Сифились. 128, 165, 177, 228.
Сіамскіе близнецы. 217.
Скополаминъ гидробромистый. 112.
Слой Ланганса, 20, 170.
Соски. 38, 46, 66.
 болѣзни. 252.
Спонгіозный слой. 18.
Спорынья. 67, 114, 189, 265.
Способы: Бумма. 314.
 Дедерлейна. 306, 314.
 Зельггейма. 305.
 Кивинпа. 265.
 Когэна. 265.
 Краузе. 263.
 Креде. 114, 230, 311, 316.
 Кристеллера. 189.
 Латко. 305.
 Лашапелль. 281.
 Момбурга. 232.
 Морисо-Деврета. 281.
 Смелли. 281.
 Фраинка. 304.
Стафилококки. 239, 245.
Стрептококки. 107, 239, 243, 246.
Сыровидная смазка. 26, 29.
Сѣменные нити. 14.
Sepsis puerperalis. 181, 246.
Spina bifida. 173, 217.
Spondylotomia. 298.
Superfoecundatio. 34.
Superfoetatio. 34.

Т.

Тазъ: абсолютно-суженный. 209, 266,
 295, 298, 301.
 анкилотическій. 201.
 большой. 1.
 воронкообразный. 195.
 входъ. 1.
 выходъ. 3.
 дѣтскій. 195.
 закрытый. 203.
 измѣреніе. 52, 57, 207.
 индивидуальной особенноти. 5.
 племенные. 5.
 половые. 5.
 карлицъ. 195.
 кифотическій. 203, 313.
 коксалгическій. 202.
 кососуженный. 201, 313.
 лобноостеомалягическій. 200.
 малый. 1.
 мужской. 195.
 мягкія части. 6.
 наклоненіе. 4.
 общесуженный. 194, 208, 313.

общесуж.-плоскій. 198, 208, 313.
 остеомалатическій. 301, 198.
 остеосаркома. 206.
 остистый. 206.
 ось. 4.
 плоскій. 195, 313.
 плоско-рахитическій, 196, 208.
 поперечно-суженный. 203.
 при вывихахъ бедра. 205.
 размѣры. 2, 52, 207.
 распознаваніе. 207.
 расщепленный. 206.
 Роберта. 204.—
 сколиотическій. 202.
 спавшійся. 200.
 спондилолистетическій. 204.
 терапия род. при узк. тазѣ. 212.
 теченіе родовъ при узкихъ та-
 захъ. 208.
 фибромы. 206.
 экзостозы. 206.
 энхондромы. 206.
 Терафомы. 218.
 Тифъ. 126, 177, 240.
 Тройни. 36, 104.
 Трубы Фаллопиевы. 10, 15, 38, 117,
 157, 161.
 искривленіе. 159.
 разрывъ. 159, 318.
 смѣщеніе. 159.
 Tetanus puerperalis. 249.
 uteri. 190.
 Thoracopagus. 217.
 Tupello. 265, 268.

У.

Уроды. 216, 298.
 двойные. 217.
 безсердечные. 218.
 Ulcera puerperalia. 241.
 Uterus arcuatus. 146.
 bicornis. 145.
 dydelphys. 145.
 inversio. 232.
 involutio. 115.
 septus. 145.

Ф.

Фосфоръ. 200.
 Faux lupina. 217.
 Foetus paucuraceus. 35, 178.
 Phlegmasia alba dolens. 248.
 Physometra. 210.

Х.

Хлоралгидратъ. 112, 143.
 Хлороформъ. 67, 190.
 Холера. 126, 127, 177.
 Хорей. 134, 263, 266.
 Chloasma uterinum. 39.

Chorion primitivum. 18.
 laeve. 19.
 frondosum. 19.
 epithelioma. 172, 251.
 Haematocoele retrouterinum. 148, 160, 162.
 Haematoma vaginae. 236, 316.
 Haematometra. 60.
 Hebotomia. 312.
 Hemicephalus. 217.
 Hydramnion. 163, 172, 262, 263.
 Hydrocephalus. 218, 233.
 Hydrorrhoea gravid. 154, 226.
 Hydrothorax. 218.
 Hyperemesis gravid. 131.
 Hysterotomia vaginalis anterior. 309.

Ц.

Cerium oxalicum. 132.
 Cystitis. 250.

Ч.

Чревосѣченіе при внѣматочной бере-
 менности. 318.
 при разрывахъ матки. 235.

Ш.

Шейка матки. 37.
 атрезія. 191.
 закрытіе послѣ родовъ. 117.
 ракъ. 267, 156, 193, 301, 310.
 разрывы. 235.
 раскрытіе во время родовъ. 71.
 расширеніе кровавое. 261.
 метрейринтеромъ. 168, 258.
 ручное. 257.
 ригидность. 187, 192.
 суженія. 191, 308.
 тампонація, 265, 268.

Щ.

Щипцы. 262, 284, 312.
 поврежденія у матери. 293.
 у плода. 293.

Э.

Эклямпсія. 138, 255, 257, 263, 276,
 278, 286, 294, 302, 310.
 Эрготинъ. 231.
 Эфиръ. 112, 232.
 Episiotomia. 110.
 Endocarditis ulcerosa. 249.
 Endocervicitis. 153.
 Endometritis haemorrhagica. 126.
 decidualis. 154.
 gonorrhoeica. 152.
 puerperalis. 241.
 sub-partu. 294, 308.
 putrida. 242.

Endophlebitis streptococcica. 248.
 Evisceratio. 299.
 Evolutio spontanea. 221.

Ю.

Юнгблота сосуды. 24, 182.

Я.

Ягодичныя положенія. 97, 99, 278.

Ядро оокѣненія. 30.
 Язвы пуэрперальныя. 241.
 Яйцо; водянка. 172, 177, 262, 263.
 гнилостное разложене. 181.
 неоплодотворенное. 14.
 передвиженіе. 10, 11.
 Яичникъ:
 кисты. 156, 193, 267.
 грыжи. 9.

ВАЖНѢЙШІЯ ОПЕЧАТКИ.

Стран.	строк.	Напечатано	Слѣдуетъ
105.	16.	1% растворъ сулемы	10/30 растворъ сулемы.
222.			
		Рис. 85	Рис. 86
		» 86	» 87
		» 87	» 85

Помни Полно!

Последние минуты с тобой на перроне
Всё уезжаете ты в долине края.

И вот звонок и погу у перрона
Как шепот твой в долине края
И мы с тобой с тобой дорогов
И забуду я тебя!

Аку

Если бы знала, что напишешь хорошего
Да и написала бы её?

Полно и так есть, это вспомнить
Полно все хорошее и забудь плохое.

Алексу