

И. И. ЯКОВЛЕВ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ АКУШЕРСКОЙ  
ПАТОЛОГИИ



*Отослано  
в. З. Яковлева, август 1953г*

Проф. И. И. ЯКОВЛЕВ

# НЕ ОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ КЛИНИЧЕСКОГО  
АКУШЕРСТВА С ИЗЛОЖЕНИЕМ МЕТОДИКИ  
АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ОСНОВНЫХ  
АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИИ И ПОСОБИИ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
МЕДГИЗ — 1953 — МОСКВА

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание значительно переработано. Внесены исправления и добавления в соответствии с современным состоянием акушерско-гинекологической науки.

В руководстве основное внимание уделено изложению наиболее важных разделов патологического акушерства. Но наряду с этим достаточно полное освещение получили вопросы клинического исследования беременной и роженицы, а также описание основных акушерских операций и пособий.

Надеюсь, что настоящее руководство окажется полезным трудом в ответственной работе врача акушера-гинеколога.

И. Яковлев

Свердловск, 1953

---

Неизменному другу жизни — жене  
Ванде Эдуардовне посвящаю  
свой труд.

Автор

## ОТ АВТОРА

Прогрессивное развитие теоретической медицины непрерывно вносит существенные изменения в медицинскую практику. Появляются новые методы диагностики и лечения, которые направлены к улучшению постановки лечебной помощи.

Врач, который хочет быть в курсе современных ему знаний и преуспевать в работе, должен постоянно совершенствоваться в своей деятельности. Знания, приобретенные врачом в высшей школе, оказываются недостаточными при специализации в той или иной отрасли медицины. Это и понятно. При современном состоянии медицины высшая школа успевает за период учебы дать будущему врачу общие знания по основным дисциплинам медицинской доктрины, тогда как объем специальных знаний является недостаточным и приобретает врачом в последующей его деятельности. В силу этого молодой врач нередко находится в затруднительном положении при распознавании заболевания, оценке его тяжести и выборе надлежащего метода лечения. Эти трудности особенно велики в акушерстве, где неточная диагностика, несвоевременное и неправильно выбранное акушерское мероприятие могут привести не только к тяжелым осложнениям, но быть причиной гибели матери и ребенка. Чтобы избежать осложнений и правильно выбрать то или иное оперативное вмешательство, врач-акушер должен уметь правильно оценить каждый отдельный акушерский случай, тщательно разобраться в его клинической картине и безошибочно поставить диагноз имеющегося осложнения. Этого можно достигнуть в особенности изучением клиники беременности и родов при различных осложнениях. С этой целью врачу приходится проходить курсы специализации и повышения квалификации, стажерство, интернатуру, ординатуру и др., которые дают основные теоретические и практические установки по ряду вопросов и определяют дальнейшее совершенствование врача. Но на этом подготовка врача не ограничивается. Врач должен лично совершенствовать свои знания путем изучения медицинской литературы, участия в работе научных обществ, съездов и конференций и более широкого использования возможностей «живой» консультации со специалистами своей области и

смежных областей, что особенно доступно в условиях объединенных учреждений.

Говорить о достоинствах живого слова, равно как и достоинствах консультации со специалистом, излишне. Однако подобного рода консультации не всегда бывает возможно осуществить. Нередко врачу приходится решать диагностическую и лечебную задачу самостоятельно, и в таких случаях постоянным его консультантом должна быть книга, особенно на первых порах врачебной деятельности.

Исходя из вышесказанных предпосылок и учитывая свой 30-летний клинический и педагогический опыт в деле совершенствования и подготовки городского и участкового (сельского) врача, я поставил себе задачей написать руководство для практического врача и изложить в нем наиболее важные вопросы из патологического акушерства.

Руководство не претендует на исчерпывающее и полное изложение всех вопросов акушерства, оно преследует, как было выше сказано, скромную задачу — изложить наиболее важные и часто встречающиеся формы осложнений и указать подходящее и наиболее эффективное лечение.

При составлении руководства мной учтено и то обстоятельство, что им будет пользоваться врач, а не студент.

Автор будет удовлетворен, если читатель-врач с пользой для больших извлечет из книги необходимые ему знания.

Рисунки, помещенные в руководстве, являются частью оригинальными, взятыми из ранее изданного нами руководства по оперативному акушерству (П. А. Белошапко и И. И. Яковлев), а частью заимствованы из ряда руководств (учебник акушерства К. К. Скробанского, учебник гинекологии Л. Л. Окинчица и др.).

Для лучшего усвоения разбираемых вопросов мы выбрали наиболее демонстративные рисунки.

1949 г.

И. Яковлев

---

## ОБЩАЯ ЧАСТЬ

### ЗАДАЧИ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

---

Сохранить ребенку мать.  
а матери — ребенка.

Беременность и роды в подавляющем большинстве случаев представляют собой нормальный физиологический процесс, однако возможны отклонения от нормального течения этого процесса. Нарушение нормального течения беременности и родов зависит от следующих причин: 1) особенностей строения и функций самого организма, 2) влияния окружающей среды (недостаточное и одностороннее питание, физическое и нервное напряжение и др.) и 3) сопутствующих заболеваний (например, сердечно-сосудистых расстройств, инфекционных заболеваний и др.). Изучение и правильная оценка этих факторов определяют образ действия врача у постели больной беременной и роженицы, способствуют рациональному выбору мероприятий, проводимых в процессе родового акта. Изучение причин, нарушающих нормальное течение беременности и родов, является важной предпосылкой предупреждения акушерской патологии.

Ряд вопросов возникает у акушера-гинеколога, когда он подходит непосредственно к оценке состояния здоровья женщины. Как добиться того, чтобы беременность протекала гладко, а проведение родового акта не повлекло за собой возникновения ряда тяжелых патологических явлений? Каким образом регулировать течение родового процесса, чтобы избавиться от необходимости оперативных пособий, ибо они нередко сопровождаются повреждениями родового канала и создают угрозу здоровью и жизни матери и ребенка, за что врач несет ответственность? Какие акушерские приемы и методы наиболее целесообразны и в то же время наиболее эффективны при ведении нормальных и патологических родов? В какой момент акушеру надо вмешаться в родовый акт, чтобы избежать ошибок, и др.?

Ответы на эти и многие другие волнующие вопросы акушер может дать только тогда, когда он всесторонне оценит состояние данной беременной или роженицы, иначе говоря, тщательно изучит и внимательно будет следить за ней.

Изучение будет заключаться, с одной стороны, в тщательном ознакомлении с данными анамнеза, а с другой — в клиническом исследовании и наблюдении за женщиной.

Современный акушер-гинеколог не мыслит себе разрешение диагностической задачи на основании одного только объективного исследования.

В вопросах диагностики анамнезу придается не меньшее значение, чем данным объективного исследования.

При собирании анамнеза врач акушер-гинеколог должен всегда учитывать внешние факторы, т. е. условия, в которых живет и трудится женщина (условия труда, быта, питания).

Обстоятельно собранный анамнез с учетом всех факторов внешней среды, несомненно, имеет существенное значение в процессе клинического обследования женщины. Анамнез облегчает диагностику и способствует правильному выбору метода лечения.

Трудности дифференциального диагноза могут быть преодолены лишь при критическом отношении акушера-гинеколога к полученным клиническим данным. Акушер-гинеколог должен уметь клинически правильно мыслить, обобщать добытые им факты, разбираться в противоречиях. Ему необходимо совершенно отчетливо разбираться, что является основным заболеванием, что относится к осложнениям.

Развитие правильного клинического мышления и надлежащего опыта у акушера-гинеколога возможно только при повседневной практической работе его в женской консультации и в стационаре. Этому, несомненно, способствует проведенная в жизнь система объединения стационара с консультацией. Работа врача акушера-гинеколога в этих условиях обеспечивает возможность динамического наблюдения за женщиной до беременности и в течение ее, во время родов и после родов. Врач, наблюдая за женщиной на всех этих этапах, имеет возможность не только учитывать и разбирать допущенные ошибки, но своевременно предупреждать и устранять их.

Работая одновременно в консультации, стационаре и на участке, врач в совершенстве может изучить вопросы организации акушерско-гинекологической помощи, а тем самым будет иметь возможность добиться наилучших результатов по медицинскому обслуживанию женщины-матери и ее ребенка.

Только широкое акушерское образование и серьезный подход к делу обеспечивает правильную линию поведения врача и наибольшую эффективность выбранных мероприятий, а в ряде случаев предохраняют врача от ненужной и нередко вредной «активности» в акушерстве.

Критерием степени подготовленности акушера-гинеколога могут служить только показатели качества его работы, т. е. благополучный исход беременности для матери и плода и прогрессивное снижение численности оперативных вмешательств, токсикозов и других осложнений беременности, преждевременных родов, мертворождений, заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И РОЖЕНИЦЫ

Клиническое исследование беременной и роженицы начинается с расспроса, т. е. собирания полного анамнеза, в том числе акушерского. После этого врач переходит к объективному исследованию, придерживаясь строго определенного плана.

Объективное исследование женщины обычно начинается с общего осмотра тела, измерения роста и взвешивания.

### ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗМА

Всесторонний осмотр тела производится обычно в стоячем положении женщины, так как при этом лучше удастся рассмотреть очертания и профиль туловища, строение скелета и таза. При осмотре выявляется строение и развитие грудной клетки и форма живота, степень смыкания бедер, состояние кожи, развитие и распределение подкожного жирового слоя. При осмотре определяется также тонус мышечной системы, степень пигментации кожи и развитие вторичных половых признаков (характер и степень развития молочных желез, распределение волос на теле и пр.). По этим внешним признакам можно охарактеризовать особенности телосложения данной женщины, т. е. определить, правильно ли телосложение или имеются отклонения, могущие отразиться на течении беременности и родов.

Одновременно необходимо произвести исследование сердечно-сосудистой системы (перкуссия и аускультация сердца, измерение кровяного давления, сосчитывание пульса и т. п.), нервной системы, легких и других органов.

Клиника показывает особенности течения физиологических и патологических процессов у женщин разных конституциональных типов. Индивидуальность организма определяется в первую очередь состоянием его нервной системы. На формирование конституционального типа огромное влияние оказывают факторы внешней среды. Связь организма с внешней средой осуществляется специфическими реакциями нервной системы. Под влиянием факторов внешней среды прежде всего изменяются функциональные свойства организма, в то время как морфологические изменения органов являются последующим этапом развития, возникающим на основе новых функциональных отношений. Следовательно, морфологическая характеристика по телосложению входит в определение конституциональных типов лишь в качестве дополнительного звена.

Таким образом, под конституцией человека следует понимать состояние реактивных особенностей организма, возникающих на основе наследственных и приобретенных свойств (П. Д. Горизонтов).

Тип телосложения за время жизни человека меняется в зависимости от условий внешней среды, возраста, питания,



трудо­вой дея­тель­но­сти и со­сто­я­ния функ­ций же­лез внут­рен­ней сек­ре­ции. Счи­та­ют, что кон­сти­ту­ция че­ло­ве­ка оп­ре­де­ля­ет­ся глав­ным об­ра­зом об­ме­ном ве­ществ в ор­га­низ­ме. «Из­ме­ните об­мен ве­ществ в ор­га­низ­ме, — го­во­рит акад. Т. Д. Лы­сен­ко, — и... вы из­ме­ните его кон­сти­ту­цию».

Аку­шер-ги­не­ко­лог дол­жен им­еть пред­став­ле­ние о кон­сти­ту­ци­о­наль­ном ти­пе же­нщи­ны, для то­го что­бы учи­ты­вать при­су­щие

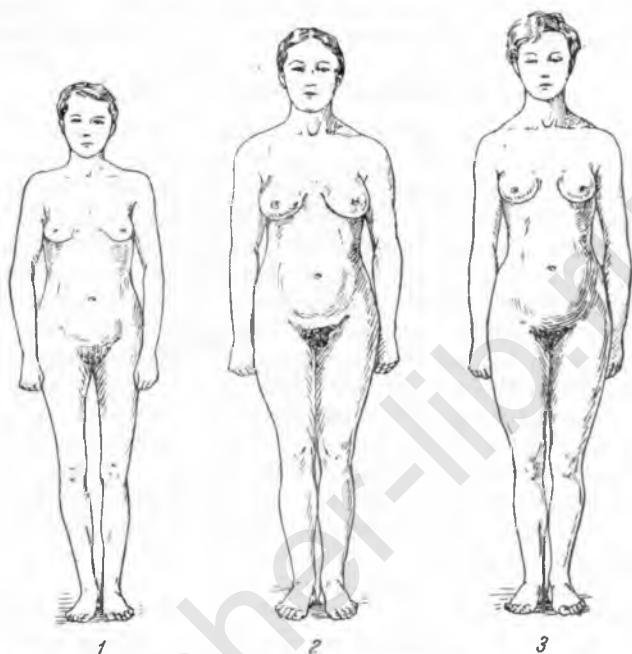


Рис. 1. Конституциональные типы женщин.

1 — инфантильный тип, женщина-ребенок; 2 — гиперстенический тип; 3 — нормостенический тип.

дан­но­му ти­пу осо­бен­но­сти и свой­ства, а глав­ное — вли­ять на по­след­ние в нуж­ном на­прав­ле­нии пу­тем ра­ци­о­наль­ных про­фи­лак­ти­че­ских ме­ро­прия­тий.

На­ибо­лее про­стой и удо­бной в кли­ни­че­ской ра­бо­те яв­ля­ет­ся клас­си­фи­ка­ция М. В. Чер­но­руц­ко­го, ко­торая вклю­ча­ет в се­бя два край­них и вза­им­про­ти­во­по­лож­ных (ас­те­ни­че­ский и ги­пер­сте­ни­че­ский) и один про­ме­жу­точ­ный, так на­зы­ва­е­мый сред­ний (нор­мо­сте­ни­че­ский), тип (рис. 1 и 2) и ха­рак­те­ри­зу­ет кон­сти­ту­ци­о­наль­ные ти­пы не толь­ко по мор­фо­ло­гиче­ским свой­ствам, но и по осо­бен­но­стям об­ме­на. Од­на­ко в клас­си­фи­ка­ции Чер­но­руц­ко­го не­льзя об­на­ру­жить со­под­чи­нен­ной за­ви­си­мо­сти ме­жду ре­ак­тив­ны­ми осо­бен­но­стя­ми ор­га­низ­ма и телос­ло­же­ни­ем, что яв­ля­ет­ся за­да­чей бли­жай­ших на­уч­ных ис­сле­до­ва­ний.

У женщин астенического типа наблюдается преобладание роста тела в длину при узком туловище. Костяк узкий и легкий. Позвоночник часто образует кифоз в шейно-грудном отделе, в результате чего тело согнуто вперед. Угол наклона таза —  $44,8^\circ$ , поясничный лордоз — 4,3 см, индекс веса низкий. Женщины этого типа худощавы, часто очень худы. Лицо овальной формы, т. е. большей частью длинное и узкое. Плечи узкие и прямые. Шея длинная и тонкая. Лопатки отстоят от грудной клетки. Грудная клетка длинная и узкая, эпигастральный угол острый, высокая талия. Живот небольших размеров, нижняя его часть выражена больше, чем верхняя. Смыкание бедер отсутствует. Кожа тонкая и мягкая, сухая и бледная. Подкожножировая клетчатка и мускулатура слабо развиты. Волосяной покров на теле, лобке и в подмышечных ямках развит большей частью слабо.

У женщин гиперстенического типа преобладают размеры тела в ширину. Рост ниже среднего, имеется избыточный вес. Это упитанные, крепкие женщины. Костяк широкий и прочный. Отмечается усиленный физиологический поясничный лордоз, в результате чего тело отклонено кзади. Угол наклона таза —  $46,2^\circ$ , поясничный лордоз — 4,7 см. Лицо широкое или круглое. Плечи широкие и покатые. Шея короткая и толстая. Голова сидит глубоко в плечах. Широкая грудная клетка. Эпигастральный угол тупой. Брюшная полость емкая и глубокая. Подкожножировая клетчатка сильно развита, хорошо васкуляризирована, отложение ее по всему телу обильное, но равномерное. Мускулатура массивна, мышцы короткие и толстые. Конечности короткие и толстые, полное смыкание бедер. Волосяной покров на теле, особенно в подмышечных ямках, на лобке и конечностях хорошо, но необильно выражен. У большинства из них половые органы развиты хорошо.

Промежуточный (средний) тип известен под названием нормостенического типа конституции. Женщины, принадлежащие к этому типу, воплощают в себе наиболее совершенное развитие организма в морфологическом и функциональном отношении. Они обладают средними размерами роста, веса, объема и т. п. Их организм является наиболее крепким и проявляет значительную устойчивость в течение всех биологических и патологических процессов. У большинства из них беременность и роды протекают нормально.

В отличие от женщин нормостенической конституции женщины астенической конституции обладают пониженным запасом потенциальных сил организма. У них чаще могут наблюдаться



Рис 2. Астенический тип женщины.

те или иные осложнения в течении беременности и родов. В противоположность им, женщины гиперстенической конституции более выносливы в отношении всякого рода неблагоприятных факторов; у них реже наблюдаются осложнения в течении беременности и родов.

Женщины астенической конституции встречаются реже, чем женщины нормостенической конституции, но чаще, чем женщины гиперстенической конституции.

Однако в жизни чистых конституциональных типов встречается очень мало. В подавляющем большинстве случаев врачу приходится иметь дело с так называемыми смешанными типами конституции, которым присущи признаки различных конституциональных групп. Последние могут меняться в зависимости от различных факторов внешней среды и других причин. Например, у женщины нормостенической конституции под влиянием тех или иных условий мышечная и костная система могут подвергаться более мощному развитию, тогда организм этой женщины приобретает тип атлетического, или мускулярного, телосложения. В ряде случаев уже во взрослом организме, с определенным типом телосложения под действием тех или иных причин выпадает функция какой-либо железы внутренней секреции или группы их и в результате возникает диспластический тип телосложения. Так, например, при выпадении функции яичников может возникнуть гипоовариальный тип ожирения, характеризующийся избыточным отложением жира на бедрах и нижней части живота. При выпадении функции гипофиза жир начинает усиленно отлагаться на туловище (гипофизарное ожирение).

Особое место среди конституциональных групп занимают женщины инфантильного типа телосложения. Этот конституциональный тип женщин есть результат недочетов в развитии и формировании организмов в детском возрасте и особенно в школьном периоде под влиянием неблагоприятных внешних факторов, которые сказываются на развитии организма в целом и на костном скелете в частности (рис. 1).

При задержке развития костного скелета организма последний приобретает низкий рост, нежность и тонкость костей и превращается в *turus gracilis*, возникает инфантильный тип телосложения. Организм женщин инфантильного телосложения представляется как бы остановившимся на известной (ранней) ступени своего развития; они отличаются малыми размерами тела, сохраняющими детские пропорции в отношении отдельных своих частей. У них малый таз, часто имеет место гипоплазия сердечно-сосудистой системы (капельное сердце, узкая аорта), *coesum mobile* и удлинение S-образной кишки. Выражение лица детское. Угол нижней челюсти закруглен и вся челюсть слабо развита. На верхней челюсти нередко встречается трема и дистрема. Небо высокое. Апертура верхней грудной клетки узкая. Объем верхних и нижних конечностей по всей их длине почти

одинаков. Вторичные половые признаки плохо развиты: молочные железы малого размера, соски мало выступают. Волосы на лобке прямые, слабо выражены, а иногда вовсе отсутствуют. Промежность высокая, корытообразная, влагалище узкое и длинное, своды конической формы.

В акушерской практике приходится иметь дело не только с универсальным, но и с частичным инфантилизмом, т. е. с инфантилизмом половой сферы. Инфантилизм половой сферы встречается при различных типах телосложения и характеризуется следующими чертами: терминальная волосистость и наружные половые органы развиты недостаточно, промежность корытообразная, половая щель зияет даже у нерожавших, влагалище узкое и длинное, со слабо выраженными сводами; шейка матки короткая, коническая или пуговкообразная, или, наоборот, удлиненная; тело матки маленькое, плоское, иногда округлое. Наблюдается патологическая антефлексия и укорочение крестцово-маточных связок.

Половой инфантилизм, проявляющийся в недостаточности мускулатуры, кровоснабжения и иннервации матки, нередко бывает причиной нарушений менструальной функции, бесплодия, выкидышей, аномалии сократительной деятельности матки, гипотонии или атонии ее после родов. В силу сказанного у этих женщин в родах чаще применяется акушерское вмешательство.

Однако особенности анатомического строения, комплексция женщины, еще не отражают во всей полноте всех жизненных свойств женского организма. Необходимо, помимо морфологической, и функциональная характеристика физиологических свойств отдельных органов и систем (мезенхимы, эндокринной и нервной) и в первую очередь оценка состояния высших отделов нервной системы с позиций физиологического учения И. П. Павлова.

При решении же некоторых специальных вопросов в области акушерства и гинекологии следует учитывать ряд дополнительных особенностей строения женского организма, как-то: угол наклона таза, характер расположения волосяного покрова, степень выраженности вторичных половых признаков, аномалии телосложения и др.

## СТРОЕНИЕ ТЕЛА

Основу тела (корпус) составляет позвоночник. От правильного развития и изгибов позвоночника в значительной степени зависит стройность фигуры женщины. Всякое отклонение позвоночника от вертикали кпереди (лордоз), кзади (кифоз) или в сторону (сколиоз) отражается на постановке и в некоторой степени на емкости костного таза и грудной клетки. В связи с этим неизбежно меняются контуры тела и происходит смещение центра тяжести. Поэтому при осмотре женщины, находящейся в стоячем положении, акушер всегда обращает внимание на очертание как переднего (живота), так и заднего (спины и яго-

диц) изгибов контуров тела. Особенно большое значение имеет осмотр профиля (выступа) спины (на высоте лопаток), ибо чем сильнее выделяется вперед живот, тем больше перемещается центр верхней части туловища кзади для сохранения равновесия тела. Вследствие этого поясница подается кпереди, увеличивается вогнутость этой части позвоночника (поясничная выемка) и изменяется угол наклона таза.

Величина угла, образуемого наружной конъюгатой с горизонтом, определяет степень наклона таза (рис. 3). Величина угла наклона таза непостоянная, она варьирует от  $40^\circ$  до  $50^\circ$  (Гам-

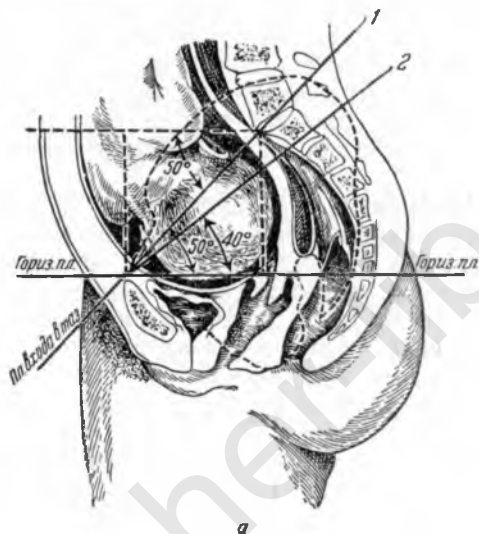


Рис. 3. Угол наклона таза и поясничный лордоз в стоячем положении.

1 — полость входа в таз (истинная конъюгата);  
2 — наружная конъюгата.

бурцев, Микеладзе). Особенно меняется она при нагрузке тела, а в связи с этим перемещается и центр тяжести последнего.

У небеременной женщины угол наклона таза в среднем равен  $46^\circ$ , а поясничный лордоз составляет 4,6 см (Ш. Я. Микеладзе).

Изменение величин угла наклона таза и перемещения центра тяжести тела особенно отчетливо выявляется в течение беременности и родов. Если вне беременности центр тяжести при нормальном стоянии тела располагается в области II крестцового позвонка, то во время беременности он смещается кпереди, в силу чего увеличивается поясничная вогнутость (лордоз) позвоночника и меняется угол наклона таза. Уменьшение поясничной кривизны вызывает уменьшение наклона таза. До IV—V месяцев беременности в постановке тела женщин

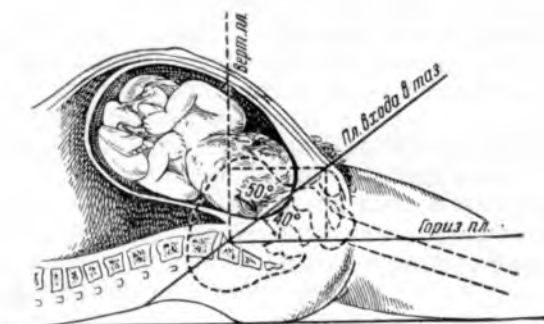


Рис. 4. Угол наклона таза в лежачем положении с вытянутыми ногами.

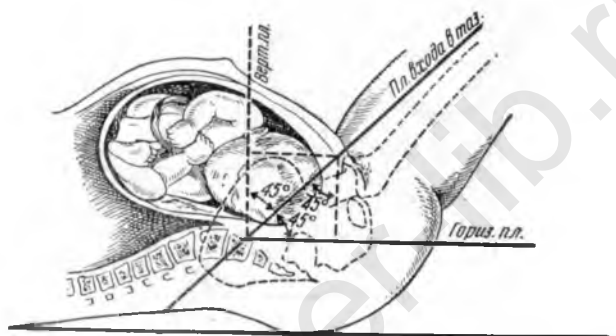


Рис. 5. Угол наклона таза в лежачем положении с ногами, согнутыми в коленном и тазобедренном суставах.

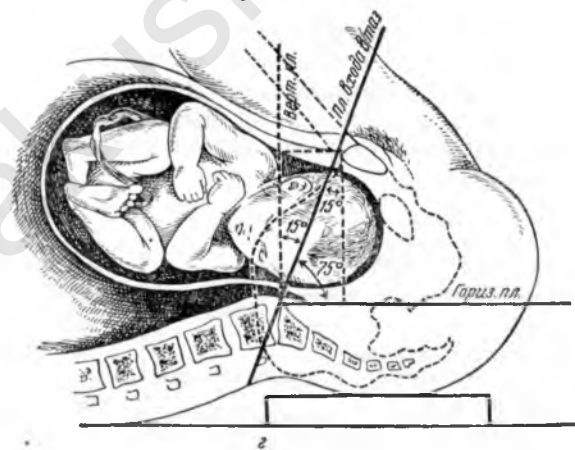


Рис. 6. Угол наклона таза с ногами, согнутыми в коленном и тазобедренном суставах и максимально подтянутыми к животу.

никакой перемены не наблюдается; после этого срока обычно центр тяжести значительно отклоняется. Если в начале беременности поясничный лордоз равен обычно 4,5 см, а угол наклона таза составляет 45°, то к VIII—IX месяцу беременности поясничный лордоз достигает 5—6 см, а угол наклона таза увеличивается на 3—4°. У беременных женщин с деформацией позвоночника перемены в постановке тела наступают рано, и с прогрессирующим беременностью осанка резко изменяется.

Малый угол наклона таза не препятствует фиксированию головки плода во входе в таз, не влияет на течение родов; роды протекают быстро и без повреждения влагалища и промежности.

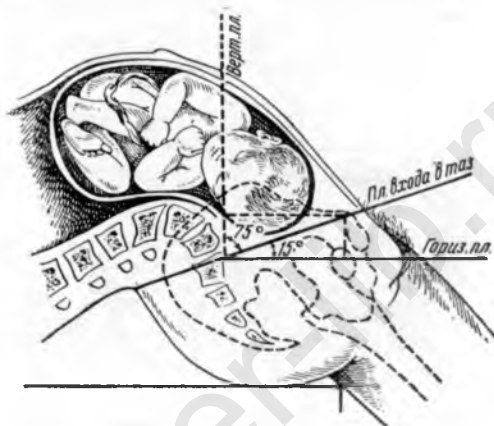


Рис. 7. Угол наклона таза при вальберовском положении.

Большой угол наклона таза предрасполагает во время беременности к развитию отвислого живота, так как предлежащая часть не фиксируется во входе в таз; роды протекают медленнее, и чаще наблюдаются разрывы тканей влагалища и промежности.

Особенно велико значение угла наклона таза в течение родового акта при различном положении тела беременной женщины (рис. 4, 5, 6 и 7).

Таблица 1

Положение тела	Угол наклона таза	Лордоз (в см)
Стоячее . . . . .	50°	5
Лежачее с вытянутыми ногами . . . . .	50°	5
Лежачее с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах . . . . .	45°	3,5
Лежачее с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и максимально подтянутыми к животу . . . . .	25°	0
Лежачее с ногами, разогнутыми в тазобедренных и коленных суставах и опущенными вниз . . . . .	65°	6

В табл. 1 представлены величины, характеризующие изменение угла наклона таза и поясничного лордоза при тех или других положениях тела беременной женщины (по Ш. Я. Микеладзе). Изменение угла наклона таза и поясничного лордоза при различных положениях тела показывает степень подвижности крестцово-подвздошного сочленения и поясничного отдела позвоночника.

Таким образом, при измерении таза врач акушер-гинеколог должен обязательно учитывать его наклонение и уметь корригировать величину угла наклона таза в отдельные моменты родового акта с целью создания наиболее благоприятных условий для вставления и рождения головки.

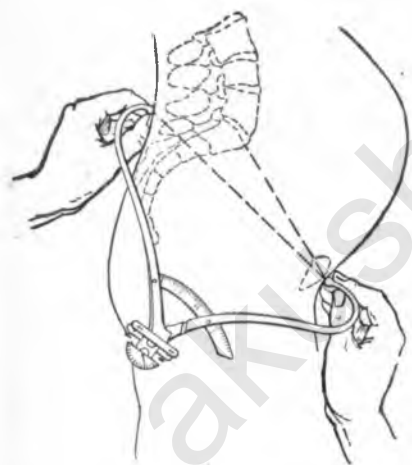


Рис. 9. Измерение угла наклона таза (прибор Мандельштама укреплен на тазомере).

над лоном, и роды протекают по типу плоского таза» (Микеладзе).

Величина угла наклона таза определяется при помощи специальных приборов. Наиболее удобным является прибор (диск-циферблат) Мандельштама (рис. 8), который легко укрепляется к любому тазомеру (рис. 9).

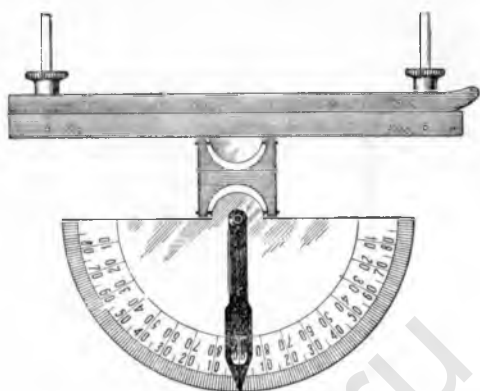


Рис. 8. Прибор Мандельштама для измерения угла наклона таза.

Особенно велико значение угла наклона таза при проведении родов у женщин, имеющих анатомически или клинически узкий таз. «Так, например, при плоском тазе имеется резко выраженный поясничный лордоз (6—7 см) и большое наклонение таза. В этом случае мыс резко выступает вперед и расположен высоко над лоном. Плоскость входа в малый таз образует с горизонтом большой угол 55—60°. При влагалищном исследовании обычно достичь мыса не удается, и врач считает истинную конъюгату нормальной. Однако при таком сочетании угла наклона таза и прямого размера входа в малый таз головка нависает



При помощи этого прибора угол наклона таза определяют одновременно с измерением наружной конъюгаты.

При пользовании прибором Мандельштама следует помнить, что при горизонтальном положении тазомера стрелка диска циферблата стоит на нуле; при установке ножек тазомера в точки измерения наружной конъюгаты стрелка прибора смещается. Угол наклона таза выражается цифрой, против которой устанавливается стрелка диска.

Необходимо отметить, что определяется не наклонение плоскости входа в таз (т. е. истинная конъюгата), а угол, образуемый наружной конъюгатой по отношению к горизонту. Эта разница особого практического значения не представляет.

По этому же принципу проводится измерение угломером Егорова-Микеладзе.

Ручным путем определение угла наклона таза ведется таким образом: врач подводит под крестец исследуемой, лежащей на твердой кушетке, руку. Если последняя свободно проходит под крестец, то это указывает на имеющееся большое наклонение таза.

Указанием на имеющееся наклонение таза является также расположение половой щели по отношению к сомкнутым бедрам. Нормально наружные половые органы женщины обращены вперед и книзу; чем сильнее выражено наклонение таза, тем больше половая щель скрывается между сомкнутыми бедрами.

Можно также определять наклонение таза по положению обеих остей подвздошных костей относительно лонного сочленения. Если эти три точки при совершенно горизонтальном положении тела женщины находятся в одной плоскости параллельно полу, то наклонение таза нормальное; если же лонное сочленение лежит выше остей, то наклонение таза меньше нормального; при положении остей выше лонного сочленения наклонение таза больше нормального.

Измерение поясничного лордоза производится с помощью лордосколиозметра (рис. 10). Лордосколиозметр построен по типу отвеса. Верхняя часть прибора имеет вилообразную форму; от нее отходит шнур в 1 м длины, к которому привешен груз. Шнур продет через отверстие линейки. Линейка свободно передвигается вдоль шнура и в стороны. На обеих сторонах линейки нанесены деления от 1 до 10 см.

Прибор вешают на плечи беременной, которая стоит в непринужденном положении. Отвес спускается по ходу позвоночника; его фиксируют на уровне IV крестцового позвонка левой

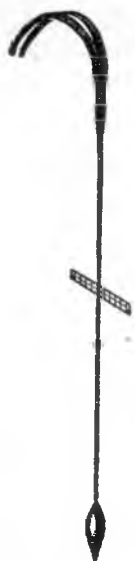


Рис. 10. Лордосколиозметр.

рукой. Правой рукой приподнимают линейку, которую концом, где начинается деление на сантиметры, приставляют к самой отдаленной от отвеса точке поясничного отдела позвоночника. Расстояние от указанной точки до отвеса отсчитывают на линейке; оно соответствует степени изгиба поясничной части позвоночника вперед.

При искривлении позвоночника в стороны (сколиоз) расстояние от искривленного участка позвоночника до отвеса измеряют линейкой (по Ш. Я. Микеладзе).

При осмотре задней поверхности туловища отмечают выстояние остистых отростков позвонков. Линия, соответствующая остистым отросткам, представляется в виде борозды, идущей по средней линии вдоль спины. В крестцовой области эта борозда переходит в углубление, которое постепенно расширяется и принимает форму ромба Михаэлиса.

Ромб Михаэлиса сверху и снаружи ограничен выступами *m. erectoris trunci* (*s. longissimi dorsi*). Оба боковых тупых угла соответствуют задним верхним осям подвздошных костей (*spinae posterior superior ossium ilei*).

Нижне-наружные границы соответствуют краям крестцовой кости, а нижний острый угол — ее верхушке.

Нижне-наружные стороны ромба ограничены выступами ягодичных мышц. На поверхности этого ромба можно прощупать остистые отростки V поясничного и I крестцового позвонков. Между этими выступами имеется связка, на которую при измерении наружного прямого размера таза ставят одну из ножек циркуля. Однако остистые отростки не всегда определяются отчетливо даже при резком сгибании туловища вперед. В таком случае проводят горизонтальную линию на уровне задне-верхних остей подвздошных костей, затем приблизительно на 3—4 см (что примерно соответствует ширине двух поперечных пальцев) выше этой линии прощупывают остистые отростки последнего поясничного и I крестцового позвонков и в углубление между ними, т. е. в верхний угол ромба Михаэлиса, ставят ножку циркуля (рис. 11).

Определение ромба Михаэлиса имеет большое практическое значение при оценке формы таза (рис. 12). Изменение ромба в вертикальном, горизонтальном или в обоих направлениях соответствует определенной форме таза. Идеальным считается ромб, по форме приближающийся к квадрату.



Рис. 11. Ромб Михаэлиса. Пунктир — линия, соединяющая его тупые углы. Крестиком обозначена точка выше этой линии, куда ставится ножка циркуля при измерении наружной конъюгаты.

Горизонтально проведенная линия разделяет ромб на два треугольника, сложенных своими основаниями. Чем шире крестец, тем больше поперечник ромба (расстояние между задне-верхними остями); в норме он равен 11 см.

Вертикальная ось ромба (расстояние от надкрестцовой ямки до начала ягодичной складки) в норме равна 11 см; она становится короче, если крестец опущен, что наблюдается при плоскорохитическом тазе.

При нормальном тазе оба треугольника, составляющие ромб Михаэлиса, почти одинаковы, при узком же тазе заметна разница в их размерах. При этом чем резче изменен против нормаль-

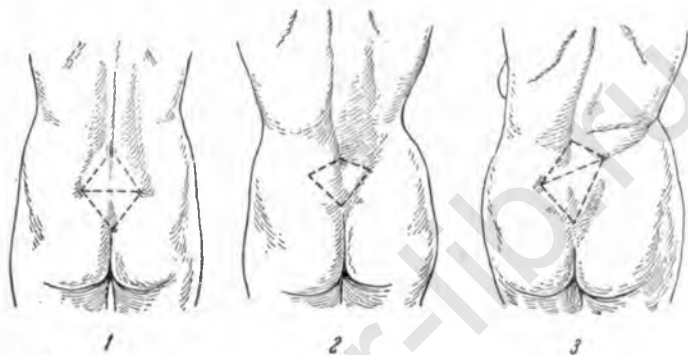


Рис. 12. Ромб Михаэлиса.

1 — нормальный таз; 2 — плоский таз; 3 — косо суженный таз.

ного таза, тем значительно уменьшен верхний треугольник. При плоскорохитическом тазе верхняя точка ромба нередко совпадает с основанием верхнего треугольника. Наряду с уменьшением прямого размера, может происходить сближение боковых точек ромба по направлению к линии остистых отростков (робертсовский таз). При кососуженных тазах боковые точки ромба соответствующим образом смещаются — одна выше, другая ниже.

После определения ромба Михаэлиса прикладывают руки к гребешкам подвздошных костей, определяют отлогость и расположение их и очертание гребешков. Затем ощупывают вертлуги, обращая внимание на их положение и на уровень — стоят ли они на одном уровне или на разных; значительное выступание вертлугов свойственно рахитическим тазам.

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТАЗА

Емкость таза принято оценивать на основании анализа цифровых показателей, получаемых при инструментальном измерении. Для измерения таза употребляется специальный циркуль-тазомер (рис. 13).

Циркулем измеряют расстояние между определенными точками скелета — выступами костей. Измерение таза производится в лежачем положении женщины, но оно может быть произведено и в стоячем положении.

Измеряют циркулем три поперечных размера:

1) расстояние между осями (*distantia spinarum*), равное 25—26 см;

2) расстояние между гребешками (*distantia cristarum*), равное 28—29 см;

3) расстояние между вертлугами (*distantia trochanterica*), равное 30—31 см.

При измерении расстояния между осями концы циркуля ставят на самые выдающиеся в стороны точки передне-верхних остей, в месте прикрепления сухожилия *m. sartorius*; при измерении расстояния между гребешками — на самые выдающиеся точки по наружному краю *ossis ilei* и при измерении расстояния между вертлугами — на выдающиеся точки на наружной поверхности вертлугов (рис. 14).

При измерении наружного прямого размера таза женщина находится в положении на боку; при этом одна нога — нижняя (той половины тела, на которой лежит исследуемая) — должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах, а другая нога (верхняя) вытянута. Одну ножку циркуля ставят на переднюю поверхность симфиза близ его верхнего края, а другую — в углубление (связка) между последним поясничным и I крестцовым позвонком (верхний угол ромба Михаэлиса) (рис. 15). Наружный прямой размер, или наружная конъюгата, равен 20—21 см. Измерение наружной конъюгаты позволяет судить о размере внутренней истинной конъюгаты (*conjugata vera*). Для определения размера истинной конъюгаты рекомендуется вычесть из цифры наружного прямого размера 9,5—10 см. Однако такое определение *conjugata vera* неточно и является лишь ориентировочным. Внутренний прямой размер равен 11 см.



Рис. 13.

а — тазомер обычный; б — тазомер с перекрещивающимися ветвями.

Еще один наружный размер, так называемая боковая конъюгата (расстояние между передне-верхней и задне-верхней осями подвздошных костей одной и той же стороны), позволяет составить известное представление о внутренних размерах таза. При нормальном тазе величина ее колеблется между 14,5 и 15 см; при плоских тазах она равняется 13,5—13 см и меньше. В тех случаях, когда размер боковой конъюгаты на одной из сторон больше или меньше, можно предполагать о существовании асимметрии таза, косом сужении.

Для определения поперечного размера входа в малый таз можно разделить расстояние между гребешками (29 см) пополам или вычесть из него 14—15 см.

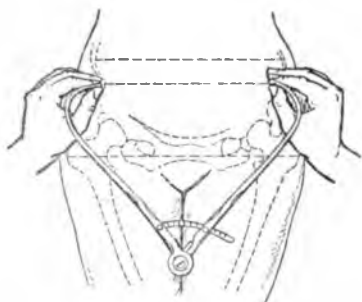


Рис. 14. Измерение поперечных размеров таза.

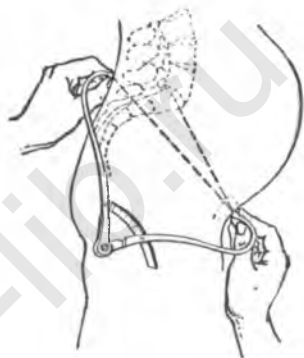


Рис. 15. Измерение наружной конъюгаты.

В тех случаях, когда имеется отступление от нормальных размеров таза, не говоря уже о наличии явных деформаций со стороны костного скелета, требуется производить тщательное измерение таза с помощью влагалищного исследования, о чем речь будет дальше. В необходимых случаях производится также измерение выхода таза. Женщина находится в горизонтальном положении, ноги ее сгибают в тазобедренном и коленном суставах, подтягивают к животу и отводят в стороны.

При измерении поперечного размера выхода таза кончики циркуля устанавливают на внутренних краях седалищных бугров и к полученной цифре 9,5 см прибавляют 1—1,5 см на толщину мягких частей (рис. 16). Увеличение поперечного размера выхода таза свойственно плоскорохитическому тазу. При измерении прямого размера выхода таза кончики циркуля помещают на вершину копчика и на нижний край симфиза (рис. 17) и из полученной величины 12—12,5 см вычитают 1,5 см на толщину крестцовой кости и мягких частей.

Измерениям выхода таза отводится второстепенное значение, так как копчик в течение родового акта, при прохождении плода,

отгибается кзади. Зависит это от размягчения и увеличения растяжимости во время беременности связок и хрящей копчика. При исследовании таза необходимо убедиться, имеется ли подвижность в крестцово-копчиковом сочленении, потому что могут встречаться его анкилозы.

Значительная степень разрыхления связочного аппарата таза и увеличение подвижности его костей способствуют во многих случаях благополучному исходу родов даже там, где казалось необходимым применение того или иного оперативного вмешательства. Это обстоятельство должно всегда учитываться врачом, ведущим роды.

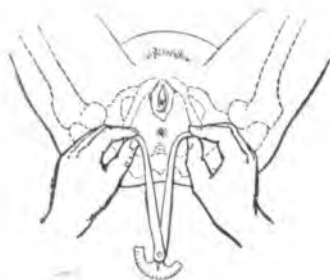


Рис. 16. Измерение поперечного размера выхода таза. Истинный поперечный размер выхода таза 10,5—11 см.



Рис. 17. Измерение прямого размера выхода таза. Истинный прямой размер выхода таза 10,5—11 см.

В большей части встречающихся сужений таза выход его бывает не только не уменьшен, а нередко даже увеличен; обычно сужения выхода таза отмечаются при кифотических тазах (горбатые).

Не следует забывать о величине угла, образуемого ветвями лонных костей (острый и тупой угол). Острый угол лонной дуги отмечается при инфантильных (общеравномерносуженных) тазах, тупой угол — при плоскорахитических.

С акушерской точки зрения данные наружного измерения таза дают лишь общее представление об емкости таза, так как нельзя в точности учесть толщину костей (в частности, мыса и симфиза) и мягких тканей. Оценку емкости таза необходимо произвести лишь при сопоставлении данных как наружного, так и внутреннего измерения таза. Точная оценка емкости таза в каждом отдельном случае устанавливается в процессе родов, когда ясно вырисовывается соотношение между размерами таза и величиной головки плода.

О толщине костей таза можно судить по величине окружности лучезапястного сочленения, которая у женщин с нормальным телосложением равняется 14,5—15,5 см. Этот индекс разработан Ф. А. Соловьевым, и им

пользуются в акушерской практике для суждения о толщине костей таза женщины: чем меньше индекс, тем тоньше кости, а стало быть, емкость таза в этих случаях будет больше. В тех случаях, когда окружность запястья превышает 15,5 см, внутренние размеры и емкость полости таза при тех же наружных его размерах будут меньше. Окружность запястья измеряется сантиметровой лентой, проходящей через оба выступающих мыщелка предплечья.



Рис. 18.

1 — профиль стройно сложенной беременной женщины с соответственным наклоном таза при упругой брюшной стенке; 2 — остроконечный живот у беременной женщины с узким тазом при упругой брюшной стенке; 3 — отвислый живот у беременной женщины с узким тазом и дряблой брюшной стенкой.

После того как получены результаты наружных измерений и составлено известное представление о тазе исследуемой женщины, приступают к осмотру и ощупыванию живота.

Осмотр живота производят вначале в стоячем, а затем в лежащем положении женщины. При этом обращают внимание на размер и форму живота, которая отражает, в частности, форму самой матки (овоидная, шаровидная, растянутая в стороны, раздвоенная и т. п.). К тому же живот может быть вздутым, своеобразным, отвислым и т. д.

Овоидная форма живота обычно отмечается при продольном положении плода у женщин правильного телосложения, имеющих упругую брюшную стенку; шаровидная форма живота наблюдается при многоводии, растянутая в стороны — при поперечном положении плода и неправильная — при многоплодии и опухолях и т. п.

В зависимости от расположения выдающейся точки живота, выше или ниже пупка, составляют представление о брюшном прессе. Если верхняя часть живота выдается наподобие свода, то пресс действует хорошо, как это наблюдается у первородящих, у которых наиболее выдающаяся часть живота находится

выше пупка. Наоборот, опущенный, мешкообразный, вялый живот говорит о плохой деятельности брюшного пресса (рис. 18, 1, 2 и 3).

Отвислый живот у первобеременных встречается почти исключительно при узких тазах; образование отвислого живота обуславливается уменьшением вместимости брюшной полости, а иногда и увеличением кривизны нижней части позвоночного столба. Более высокие степени отвислого живота встречаются исключительно у много- и часторожавших женщин.

Во всех случаях исследования беременной женщины сантиметровой лентой на уровне пупка измеряют окружность живота, которая в норме не превышает 100 см.

При увеличении окружности живота свыше 100 см врач обязан выявить причину последнего (многоводие, многоплодие, крупный плод, ожирение, неправильное положение плода, опухоли брюшной полости и т. п.) и убедиться в том, что при перемене положения тела форма живота не изменяется (асцит, кистома).

Степень развития подкожного жирового слоя определяется захватыванием кожи вместе с клетчаткой большим и указательным пальцами (попутно определяется и степень упругости клетчатки). В самой коже отмечают ее толщину, эластичность, наличие рубцов после чревосечения и рубцов беременности (*striae gravidarum*). Рубцы беременности располагаются преимущественно внизу по бокам живота, а иногда и на наружно-боковой поверхности бедер.

Наличие большого количества рубцов беременности говорит о неспособности кожи к растяжению, о плохой ее эластичности. Аналогичные изменения кожи могут образоваться независимо от беременности при ожирении, при отеках и т. п. У тучных женщин рубцы наблюдаются также на коже верхних отделов живота и молочных желез. На коже живота нередко отмечают подкожные вены — *v. circumflexa ilei superficialis*, иногда *v. epigastrica superficialis* — с богато развитыми анастомозами, характеризующими явления застойного характера.

Следующим этапом исследования является выяснение состояния прямых мышц живота (имеется ли расхождение их и в какой степени). При расхождении прямых мышц можно определить их внутренние границы, образующие щель, в которой нередко просвечивают петли кишок. Попутно осматривают пупок (сглаженный, выпяченный). Далее отмечают пигментацию средней линии живота, которая рельефно обозначается и распространяется выше пупка.

У женщин в последние недели беременности, находящихся в лежачем положении, дно матки стоит вблизи мечевидного отростка, т. е. значительно выше уровня, который считают за норму (середина между мечевидным отростком и пупком) при стоячем положении женщины. Матка имеет овоидную форму,



консистенция ее зависит от количества околоплодных вод (плотная, напряженная). От углов матки, несколько кпереди от места прикрепления фаллопиевых труб, отходят круглые маточные связки, направляющиеся к паховому каналу. Расположение круглых связок — сближение или расхождение их — зависит от места прикрепления плаценты. Если плацента прикреплена к передней стенке матки, круглые связки располагаются по бокам матки (в отдалении от средней линии) и имеют большую длину. При прикреплении плаценты к задней стенке матки круглые связки сближаются и представляются более короткими.

Далее, с помощью специальных акушерских приемов (рис. 19), проводя ощупывание живота, врач получает ясное представление о положении и величине плода, о предлежащей части и отношении последней ко входу в таз.

Положение плода в полости матки в подавляющем большинстве случаев (99,5%) продольное и только в 0,5% поперечное или косое. О продольном положении плода говорят в тех случаях, когда длинник яйцевидно-сложенного плода совпадает с длинником матки. При продольном положении плода матка имеет форму овоида. Плод, занимающий продольное положение, может быть обращен книзу головным или тазовым концом. Та часть плода, которая ближе других расположена ко входу в таз и первой вступает в родовые пути, носит название предлежащей части. При продольных положениях плода головное предлежание встречается в 96,5%, тазовое предлежание — в 3,5% случаев.

При исследовании наружными приемами головка ощущается в виде плотного круглого тела. Для прощупывания предлежащей части обе руки помещают ладьями на нижне-боковые отделы живота и вытянутыми кончиками пальцев стараются постепенно проникнуть в полость малого таза, чтобы по возможности сблизить пальцы; последнее удается, если предлежащая часть отсутствует или находится выше плоскости входа в таз.

В зависимости от стояния головки, ее считают подвижной (баллотирующей), прижатой или фиксированной во входе в таз.

В главе о влагалищном исследовании мы подробно разберем те опознавательные признаки, которые характеризуют отношение головки к плоскости входа в таз, теперь же коснемся только тех данных, которые получает акушер-гинеколог при наружных приемах ощупывания головки.

Если головка вступила во вход таза, то при наружном исследовании определяют с одной стороны лобный выступ, стоящий выше, а с другой — затылок, расположенный ниже.

При согнутом состоянии головки затылочная область представляется при исследовании продолжением спинки плода, контуры которой сливаются с контурами затылка; борозда между спинкой и шейкой ничтожна. Лоб плода при переднем виде затылочного предлежания определяется в виде небольшого выступа округлой

формы; при заднем виде иногда можно прощупать верхний орбитальный край с надбровными дугами. Если руку поместить на средней линии, то часто удается прощупать очертания нижней челюсти.



Рис. 19. Приемы определения положения плода, вида, позиции и предлежащей части.

*а* — первый прием; *б* — второй прием; *в* — третий прием; *г* — четвертый прием.

Одновременно с выяснением степени сгибания или разгибания головки и ее поворота вокруг вертикальной оси (по подбородку) следует определить ее прямой размер.

Для выяснения соотношений между размерами головки и входа в таз следует определить степень выстояния головки над передней периферией костного таза, или так называемое нависание головки над лоном (признак Вастена) (рис. 20).

Техника приема состоит в следующем. Женщина лежит в горизонтальном положении с вытянутыми ногами. Врач помещает руку плашмя на переднюю поверхность симфиза и постепенно передвигает ее вверх до соприкосновения с головкой. Благодаря этому приему создается впечатление об отношении передней по-



Рис. 20. Признак Вастена.

а — над лоном; б — вровень; в — за лоном.

верхности головки к лонным костям. При наличии несоответствия между головкой и прямым размером входа в таз головка значительно возвышается над плоскостью передней поверхности симфиза. Между головкой и симфизом ясно ощущается угол, открытый кпереди. В этом случае признак Вастена положительный.

При незначительном несоответствии между размерами головки плода и таза матери передняя поверхность симфиза и передняя периферия головки находятся в одной плоскости — признак Вастена вровень.

При нормальных соотношениях, т. е. при соответствии размеров головки плода и таза матери, головка стоит ниже — признак Вастена отрицательный.

Прием Вастена целесообразно применять лишь при головке, плотно фиксированной во входе в таз.

По степени подвижности головки можно судить о количестве околоплодной жидкости. При значительном многоводии предлежащая часть определяется с трудом.

При ощупывании головки плода, погибшего внутри матки, можно определить подвижность черепных костей и изменение консистенции головки (если она предлежит).

Кроме вышеописанных способов, головку плода можно нащупать следующим приемом. Кисть руки располагают в надлобно-

вой области таким образом, что с одной стороны помещается большой палец, а с другой — четыре остальных; после этого пальцы сближают (главным образом большой и средний) и ими обхватывают подлежащую головку.

О размере головки внутриутробного плода можно судить также на основании данных, получаемых при инструментальном измерении ее через наружную брюшную стенку. С этой целью пуповки тазомера устанавливают на наиболее удаленных точках головки и измеряют расстояние между ними. Из полученной величины вычитают 1,5—2 см (поправка на толщину брюшной



Рис. 21. Исследование по Пискачеву.

а — головка достижима; б — головка недостижима.

стенки). Таким путем определяется прямой размер головки. Если прямой размер не превышает 11,5 см, значит величина головки плода находится в пределах нормы, если он равен 12,5—13 см и больше, значит величина головки плода превышает норму.

К числу наружных приемов ощупывания головки относится исследование по Пискачеву (рис. 21), позволяющее определить головку, вступившую в таз большим сегментом или находящуюся в полости таза. Этот метод применяется в тех случаях, когда определение головки плода наружными приемами затруднительно вследствие напряжения или значительной толщины брюшной стенки. Отрицательной стороной метода является возможность диагностической ошибки при наличии большой головной опухоли (затянувшиеся роды при давно отошедших околоплодных водах).

Исследование проводят так. Указательным и средним (или одним указательным) пальцами, обернутыми стерильной марлей, касаются края большой губы (в средней части) и вдавливают ее внутрь параллельно влагалищной трубке, до встречи с головкой. Локоть исследующей руки должен быть опущен; пальцы в просвет влагалища вводить нельзя. Чем легче достигается при этом методе исследования головка плода, тем ближе она к выходу таза. Головка, стоящая малым сегментом во входе в таз, исследованием по Пискачеву не достигается (рис. 21). За-

кончив исследование подлежащей головки, переходят к ощупыванию спинки и мелких частей плода. Спинка плода определяется при исследовании отчетливо; на ней иногда удается нащупать остистые отростки позвонков в виде цепи небольших бугорков.

В стороне, противоположной спинке, определяют конечности—ручки и ножки плода. Конечности лучше всего прощупываются во время их движений.

В зависимости от положения спинки при продольных положениях и головки при поперечных различают левую (I) позицию (спинка или головка расположена слева) и правую позицию (II) (спинка или головка расположена справа). На происхождение разных позиций оказывают влияние особенности активных движений плода; имеют также значение форма матки и особенности брюшной полости. Спинка плода обычно бывает повернута не строго в одну сторону (влраво или влево), но обращена в то же время немного кпереди. При продольных положениях преимущественно встречается первая позиция.

Наружное обследование роженицы завершается выслушиванием сердцебиения плода, которое производится с помощью специального стетоскопа с широким раструбом или прямо ухом. Сердцебиение плода при нормальном членорасположении лучше всего выслушивается со стороны спинки, которая теснее прилегает к стенке матки. Со стороны грудки сердцебиение выслушивается лучше только при разгибательных предлежаниях. Существуют определенные «точки» выслушивания сердцебиения, расположение которых зависит от положения, позиции и вида плода. Перемещение плода влечет за собой изменение места наиболее ясного выслушивания сердцебиения. Установление места наиболее отчетливого сердцебиения плода нередко подтверждают данные наружного исследования.

При переднем виде позиций сердечные тоны плода выслушиваются лучше всего на передней поверхности живота, слева или справа, при заднем же виде — сбоку живота по передней аксиллярной линии. Место наиболее отчетливого выслушивания тонов зависит также от глубины стояния подлежащей части. С момента поступления подлежащей части в полость таза сердечные тоны выслушиваются значительно ниже пупка; перед прорезыванием головки — ниже середины расстояния между пупком и симфизом. При головных и тазовых предлежаниях уровень наилучшей слышимости сердечных тонов, как правило, неодинаков: при головном предлежании сердечные тоны выслушиваются ниже пупка, при тазовом — на уровне или выше пупка; при поперечных положениях тоны слышны только ниже пупка, ближе к средней линии или по средней линии. Частота сердцебиения плода равняется 120—140 ударам в минуту.

По ясности, с которой выслушиваются сердечные тоны, а также по частоте и ритму сердцебиения судят о состоянии плода. Колебание сердечных тонов между 120 и 140 ударами в мину-

ту — явление физиологического порядка; урежение сердцебиения ниже 120 ударов и учащение выше 140 ударов в минуту являются показателем известной опасности для плода; при этом учащение сердцебиения может расцениваться как менее опасное явление по сравнению с замедлением. Замедление сердцебиения до 110 ударов в минуту указывает на серьезное состояние плода, а урежение ниже 100 ударов в минуту — на угрозу для его жизни.

Сердцебиение плода всегда выслушивается в паузе между схватками, так как оно не только меняется во время схватки, но и не сразу выравнивается после нее. Мышца матки, сокращающаяся во время схватки, сжимает сосуды, и доступ материнской крови к плаценте затрудняется или даже временно прекращается. В зависимости от изменения маточно-плацентарного кровообращения, сердцебиение плода вначале учащается, а потом замедляется. На высоте схватки сердечные тоны плода выслушиваются неотчетливо или не выслушиваются вовсе. Большое количество околоплодных вод нарушает проводимость звука, а излитие вод, наоборот, благоприятствует выслушиванию сердечных тонов.

Не следует смешивать сердцебиение плода с плацентарным шумом, который исходит из кровеносной системы матери и совпадает с ее пульсом; шумы эти с известной вероятностью показывают место прикрепления плаценты. При продольном положении плода шум плацентарных сосудов слышен обыкновенно на стороне, противоположной спинке плода. При выслушивании живота роженицы иногда можно слышать кишечные шумы, зависящие от перистальтики ее кишечника.

Пульсация пуповины выслушивается в виде дующих шумов, совпадающих по времени с сердцебиением плода; такой же характер дующих шумов имеет сердцебиение плода при пороках развития его сердца.

### **О методике внутреннего акушерского исследования**

Наряду с приемами наружного исследования, в акушерстве пользуются методом влагалищного исследования. Ограничивать исследование роженицы только наружными приемами не следует, так как они не могут заменить метода влагалищного исследования. Некоторые акушеры стараются по возможности избегать влагалищного исследования, ограничивая его кругом узких показаний из боязни инфицировать роженицу. Сторонники этого взгляда сильно преувеличивают опасность влагалищного исследования.

Изучение большого клинического материала показывает, что при соблюдении всех требований асептики и антисептики влагалищное исследование не ведет к инфицированию рожениц. Огра-

ничение до минимума показаний к влагалищному исследованию рожениц и использование исключительно наружных методов приносят гораздо больше вреда жизненным интересам матери и плода, чем широкое применение влагалищного исследования.

Проведение родов под контролем влагалищного исследования позволяет врачу своевременно предупредить возможные осложнения, избежать тяжелых ошибок.

Согласно принятому решению на 4-м пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, состоявшемся в 1952 г., у всех рожениц при поступлении в родовспомогательное учреждение и после отхождения околоплодных вод (в дальнейшем — по показаниям) в обязательном порядке производится влагалищное исследование. Опытный врач может ограничиться однократным влагалищным исследованием, производимым после отхождения околоплодных вод.

К прямокишечному исследованию мы относимся отрицательно, так как диагностическая ценность его по сравнению с методом влагалищного исследования низка, а опасность загрязнения чрезвычайно велика.

К влагалищному исследованию необходимо приступать только после антисептической подготовки роженицы. С этой целью акушерка производит обмывание наружных половых органов кипяченой водой с применением дезинфицирующих средств, как-то: раствора нашатырного спирта, лизола, хлорамина, моносепта и др.

Одновременно с этим исследующий врач производит обработку рук по способу Кочергина-Спасокукоцкого, после которой он протирает ватным шариком, смоченным в дезинфицирующем растворе, спереди назад сначала наружные, а потом внутренние поверхности наружных половых частей. Стерилизованным мягким резиновым катетером выпускается моча. По окончании подготовки к исследованию роженицы врач вновь обмывает руки в растворе нашатырного спирта, протирает их спиртом и только после этого приступает к влагалищному исследованию женщины.

С целью предупреждения внесения бактерий с наружных половых частей в верхние родовые пути и уменьшения болезненности при влагалищном исследовании пальцы исследующей руки, как правило, смазывают стерильным жидким вазелином.

При исследовании пальцы вводят после разведения в стороны половых губ так, чтобы они не касались последних. После исследования спринцевание не производится.

Прежде всего отмечают состояние наружных половых частей и промежности, а затем состояние самого влагалища и его сводов, где могут быть рубцы, перегородка, кондиломы и т. п., и, наконец, состояние шейки и зева, далее — свойства плодного пузыря, после чего переходят к определению подлежащей части и к выяснению ее положения по отношению к тазу. Одновремен-

но ощупывают внутреннюю поверхность костного таза и определяют необходимые размеры, главным образом *conjugata diagonalis*. В заключение в необходимых случаях осматривают при помощи зеркал шейку матки.

Со стороны наружных половых органов отмечаются отеки (если они имеются), старые разрывы, варикозные расширения вен и пр. Относительно промежности приходится отмечать ее высоту (средняя или высокая) и тургор самой ткани (вялая, упругая), относительно влагалища—емкость последнего (обширное или узкое).

Ощупывание влагалищной части шейки позволяет судить о степени подготовленности родовых путей—произошло ли сглаживание (укорочение) шейки и открытие зева. Попутно отмечают характер краев зева, говоря о тонких и толстых, ригидных или, наоборот, легко податливых тканях. В случае прижатия предлежащей частью (преимущественно головкой) передней губы зева отечность последней нередко бывает весьма резко выражена; несвоевременное распознавание подобного осложнения грозит опасностями для роженицы (омертвление и отторжение губы), а в других случаях ведет даже к разрыву матки. Одновременно определяется или исключается наличие патологических изменений тканей шейки, как, например, *cancer colli uteri*.

Мерилом открытия зева является количество поперечных пальцев, умещающихся в просвет зева. Так как у исследующих пальцы могут быть разнообразной величины, то за единицу измерения принимают поперечник пальца самой роженицы—величина для нее постоянная. Не следует забывать, что у повторнородящих обычно уже к началу родового акта шейка матки свободно пропускает палец.

Через отверстие зева по мере его раскрытия исследующим пальцем необходимо ощупать оболочки, которые при каждой схватке, напрягаясь, обрисовывают контур плодного пузыря, если последний цел. Форма плодного пузыря может быть различной (куполообразная, плоская), что зависит от количества передних вод (достаточно, мало), которые при схватках вызывают напряжение плодного пузыря. Кроме того, большое значение имеет положение и характер предлежащей части—насколько она закупоривает вход в таз. Если предлежит головка, к тому же плотно прижатая к стенкам таза, то новое количество околоплодной жидкости будет поступать в передний отдел плодного пузыря с большим трудом; в результате этого резкого выпячивания плодного пузыря не происходит и его форма приближается к плоской. В возникновении плоского пузыря играет роль также тесная спаянность оболочек в нижних отделах матки с ее стенкой. Иная картина создается в тех случаях, когда предлежащая часть неплотно закупоривает вход в таз, в результате чего часть околоплодной жидкости может проникнуть в передний отдел плодного пузыря, как, например, при лицевом предлежании, еще резче при



тазовых предлежаниях и особенно при поперечном положении. Иногда выпятившийся плодный пузырь бывает настолько объемист, что судить об открытии зева по его величине не представляется возможным. В таких случаях рекомендуется постепенно обойти пальцем все отверстие, чтобы ясно определить края зева и иметь верное суждение о степени открытия.

Наряду с положительной стороной хорошо выраженного плодного пузыря, имеются и отрицательные стороны этого явления, так как при подвижной предлежащей части он иногда способствует выпадению пуповины и мелких частей плода. Форма плодного пузыря нередко помогает предугадывать различные осложнения.

Часто случается и так, что роженица или наблюдающий за ней медицинский персонал отмечает отхождение околоплодных вод, между тем влагалищное исследование этого не подтверждает (ясно выраженный напрягающийся плодный пузырь). Это может зависеть от того, что плодный пузырь вскрылся где-то выше, а нижний отдел, содержащий передние воды, не опорожнился потому, что предлежащая часть плотно закупоривает вход в таз. В дальнейшем предлежащая часть останавливает истечение вод, находящихся выше ее, и поэтому неудивительно, что при исследовании не находят признаков бывшего разрыва плодного пузыря.

При вскрытом плодном пузыре в области зева плодные оболочки отсутствуют и исследующие пальцы ощущают предлежащую часть, чаще всего родовую опухоль.

Несвоевременный разрыв плодного пузыря может произойти не только у роженицы, но и у беременной женщины задолго до родов. Врач должен помнить, что данный вид акушерской патологии, так называемая *hydromyelia uteri gravidi annialis*, отличается от другой, известной под названием маловодия (*oligohydramnie*). Если при маловодии развитие плода происходит внутри плодного яйца, то при гидроррее плод развивается вне оболочек, соприкасаясь непосредственно с внутренней поверхностью матки. При гидроррее плодные оболочки, свернутые обычно в складчатую трубку, продолжают функционировать, отделяя околоплодную жидкость в течение всего срока прогрессирования беременности. Нередко к водянистым выделениям примешивается кровь, что даже вызывает у врача подозрение на возможность предлежащего плацента.

При данном осложнении возможны сращения водной оболочки с кожей плода. Вследствие этого образуются нити и тяжи, известные под названием симонартовских тяжей, которые могут привести даже к самоампутации частей плода (ручек, ножек и пальцев).

В этих случаях величина матки не соответствует сроку беременности и представляется на ощупь необычайно твердой. Сердцебиение плода выслушивается особенно отчетливо.

Нередко, следуя по окружности отверстия зева, вокруг выдающегося плодного пузыря можно найти мягкое, дающее своеобразное ощущение, тело, которое служит как бы продолжением плодных оболочек; это может быть долькой детского места в случае его предлежания или кровяным сгустком, например, при разрыве *sinus coeoperis placentae*. Само собой разумеется, что подобные осложнения сопровождаются кровотечением; при полном предлежании детского места везде определяется мягкая ткань.

Вне схватки, когда плодный пузырь расслабляется, представляется возможным отчетливо определить положение предлежащей части. В порядке последовательности определяют:

1) какая часть предлежит — головка, ягодицы, ножки, туловище;

2) в какой части малого таза находится предлежащая часть — во входе, в полости, в выходе;

3) в каком размере находится стреловидный шов или лицевая линия, или *distantia intertrochanterica*;

4) куда обращен малый родничок, подбородок, большой родничок;

5) какова плотность костей черепа, ширина швов и величина родничков.

Все это имеет существенное значение для диагноза и ведения родов.

Здесь мы коснемся разбора данных исследования при головном предлежании (о родах при предлежании тазовым концом будет сказано в особой главе).

Чтобы установить предлежащую часть, пальцы, введенные во влагалище, переводят при наличии несглаженной шейки в передний свод (отнюдь не в канал шейки!). В это время другой рукой, находящейся на брюшной стенке, надавливают слегка на дно матки. Если же имеется сглаженная и достаточно раскрытая шейка, то исследующий палец непосредственно прикасается к головке. Головка представляется твердой, равномерно округлой. При предлежании плаценты введение пальца в шейный канал разрешается только опытному акушеру.

Строение головки дает ей возможность пройти благоприятными размерами через родовую трубку. Несмотря на это, головка при продвижении по родовому каналу испытывает известное противодействие со стороны костного таза; в результате этого возникают те или иные изменения формы головки, по которым удается судить о бывшем механизме родов. Пока плодный пузырь цел, головка защищена от сильного сдавления; излитие околоплодных вод лишает головку подобной защиты. Сдавливание головки в родовом канале приводит к возникновению припухлости на мягких тканях последней — образуется так называемая родовая опухоль, которая иногда затрудняет распознавание швов и родничков. Обыкновенно родовая опухоль начинает возникать с момента вставления головки во вход таза и

в дальнейшем прогрессирует до момента прорезывания. Родовая опухоль на головке плода может иногда возникнуть и при неотошедших водах. Это происходит в случаях тесного соприкосновения головки со входом в таз при энергично (бурно) выраженной родовой деятельности. При этих же условиях может возникнуть прижатие и ущемление пуповины при неотошедших околоплодных водах. Одновременно с образованием родовой опухоли происходит и конфигурация головки, что в свою очередь усиливает изменение формы последней.

Положение головки по отношению к плоскости входа и плоскости таза бывает различным: головка может находиться высоко над входом в таз, быть прижатой ко входу в таз (ограниченно подвижной), стоять во входе тем или другим сегментом и, наконец, находиться в полости или в выходе таза.

В главе о приемах наружного исследования мы указывали на признаки, которые позволяют отметить то положение головки, которое она занимает в известный момент механизма родов (наружное ощупывание со стороны брюшной стенки и со стороны половых губ приемом Пискачека). Влагалищное исследование дополняет и уточняет данные наружного исследования — между ними должна существовать полная согласованность.

С понятием «головка высоко над входом в таз» или «баллотирование головки» связывается представление, что последняя свободно перемещается в сторону при толчке, сообщаемом головке с той или иной стороны (рис. 22, а). Если головка прижата ко входу в таз (рис. 22, б), подобных свободных движений произвести не удается, перемещение головки рукой затруднено. В таких случаях при влагалищном исследовании удается дойти до головки только тогда, когда наружной рукой прижимают головку ко входу в таз. В этих случаях вытянутыми пальцами можно прощупать мыс, если он вообще достижим.

Когда головка известной своей частью прошла плоскость тазового входа, влагалищным исследованием достигаются иные результаты.

Различают вставление головки в таз малым, средним и большим сегментом. Мы отмечали возможность затруднений в распознавании подобных положений головки. Влагалищное исследование облегчает эту задачу. Для этой цели пользуются определенными опознавательными точками малого таза или же имеют ряд постоянных признаков, характеризующих степень вставления головки.

На практике приходится наблюдать стояние головки либо малым, либо большим сегментом во входе в таз, так как понятие «средний сегмент» слишком субъективно и особого практического значения не имеет. Выражение «головка большим сегментом во входе в таз» некоторые авторы заменяют выражением «головка в верхней части полости таза».

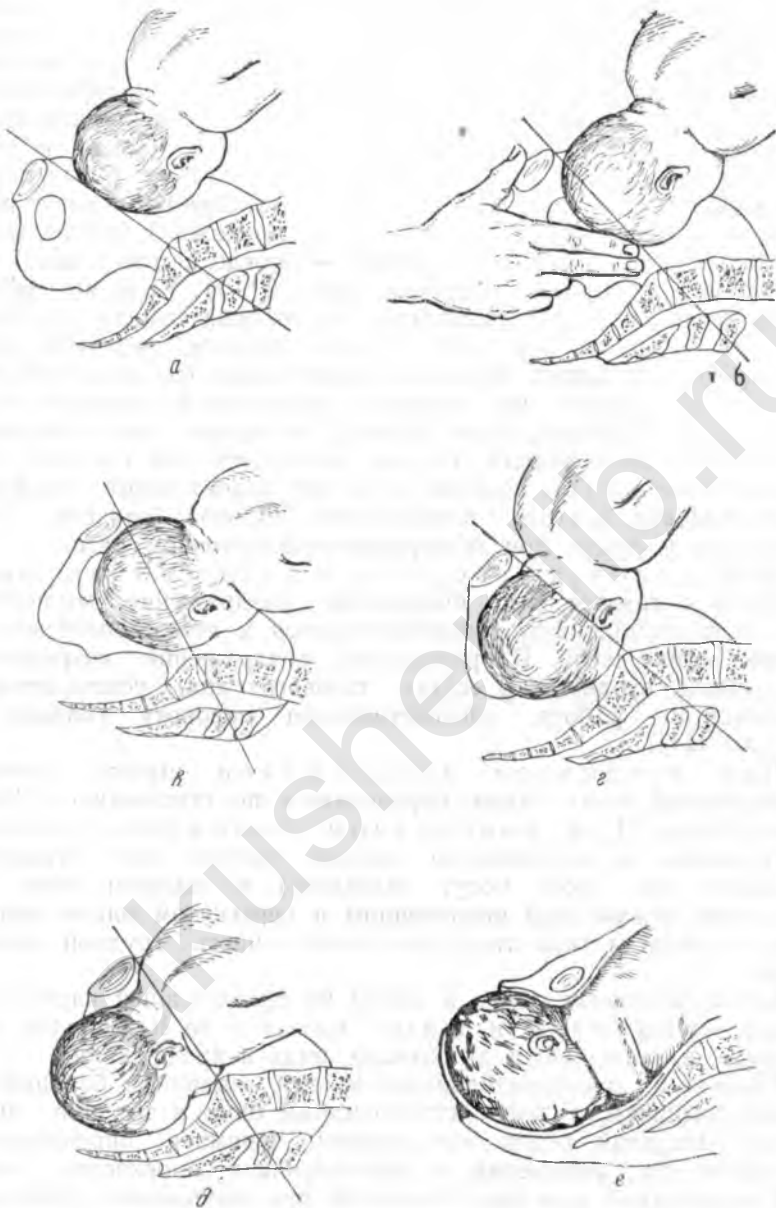


Рис. 22. Положение головки в отношении плоскостей таза. *a* — головка баллотирует; *б* — головка прижата ко входу; *в* — головка малым сегментом во входе в таз; *г* — головка большим сегментом во входе в таз; *д* — головка в полости таза; *е* — головка в выходе таза.

Наружному определению положения головки малым сегментом, когда ниже плоскости входа находится только незначительная часть или «полюс» головки, при влагалищном исследовании соответствует такое положение, при котором крестцовая впадина вся свободна, *spinae ischii* прощупывается легко, имеется возможность контурировать *linea innominata* и достигнуть согнутыми пальцами мыса или близко к нему подойти (рис. 22, в). Если же головка стоит большим сегментом, то при влагалищном исследовании достигнуть мыса не удается (если это вообще возможно), *spinae ischii* прощупывается с большим трудом, — определяются лишь два последних крестцовых позвонка (рис. 22, г). Если же *spinae ischii* вовсе не прощупывается, то головка дошла до *linea interspinalis*; точно так же, если не удается опухать двух последних крестцовых позвонков (крестцовая впадина выполнена), то это значит, что головка находится в полости таза (рис. 22, д). Наконец, если головка во время потуг начинает растягивать промежность, то она находится на тазовом дне (в выходе таза), конечно, если нет значительной конфигурации головки и резко выраженной родовой опухоли, как, например, в родах при общеравномерносуженном тазе.

Когда головка находится в полости таза, то она, упираясь в тазовое дно, производит раздражение мышечных пучков *m. levator ani*, прикрепляющихся к *arcus tendineum* на уровне *spinae ischii*. В результате раздражения сокращение этих мышц, входящих в состав тазового дна, усиливается и производится работа, способствующая повороту головки в полости таза.

При ягодичном предлежании высота стояния предлежащей части также определяется по отношению к *linea interspinalis*. При поперечном положении никакая часть плода, за исключением мелких частей или пуповины (которые при этом могут выпадать), в полости таза не находится; только при вколоченном и перегнутом плоде можно найти в полости таза втиснутое плечо и часть грудной клетки плода.

Опознавательные точки и линии на предлежащей части (головке) — роднички и швы — занимают то или другое положение, в зависимости от позиции, вида и предлежания.

Главными опознавательными вехами являются большой и малый роднички, а также стреловидный шов; в тот или иной момент механизм родов они должны занимать определенное положение по отношению к определенным плоскостям таза.

Стреловидный шов представляется при ощупывании довольно характерным благодаря следующим особенностям: 1) это единственный шов детского черепа, имеющий сравнительно прямое направление; 2) он примыкает к родничкам; 3) он часто представляет собой не столько промежутки между костями,

сколько выдающуюся вперед ступень, образованную теменными костями, надвинутыми одна на другую.

Швы и роднички дают возможность черепным костям передвигаться и изменять тем самым форму головки. Вследствие этого происходит приспособление формы головки к существующему даже при нормальных родах противодействию со стороны костного таза; головка подвергается известной деформации. При патологических условиях, особенно при узком тазе, эта способность черепа плода к конфигурации используется еще в большей степени. Именно конфигурабельность головки значительно способствует преодолению препятствия со стороны костного таза и завершению родов.

Во входе в таз стреловидный шов при нормальных соотношениях между головкой и размерами таза совпадает в большинстве случаев с одним из косых размеров таза матери и реже — с поперечным размером. Если стреловидный шов располагается в поперечном размере таза, он может быть ближе к мысу или к лону, однако это не исключает возможности находиться стреловидному шву и посередине между ними.

В полости таза стреловидный шов находится в одном из косых размеров и лишь в выходе таза вступает в прямой размер. Стреловидный шов при влагалищном исследовании отыскивают, постепенно продвигая пальцы по поверхности головки в различных направлениях, стараясь держаться ближе к средней линии. Найдя шов, прослеживают его продолжение вправо и влево или впереди и кзади.

При плоских тазах, в основном при головке, стоящей во входе в таз, стреловидный шов пересекает среднюю линию таза женщины не около оси, а где-нибудь спереди (симфиз) или сзади (мыс).

Когда стреловидный шов располагается ближе к лонному сочленению, принято говорить о заднем асинклизме, при стреловидном шве, расположенном ближе к мысу, — о переднем асинклизме.

Следующим этапом исследования является определение места расположения родничков. Обычно при нормальных условиях малый родничок располагается впереди, а большой родничок — кзади. Определение направления малого родничка дает возможность отметить позицию плода и его вид, так как направление малого родничка соответствует направлению спинки плода. Малый родничок, расположенный впереди, совпадает с передним видом, обращенный кзади — с задним видом. Малый родничок ощущается при исследовании в виде плотного углубления, а большой родничок определяется как мягкая перепонка, имеющая четыре угла, из которых передний (обращенный ко лбу) является острым, а задний (обращенный к затылку) — тупым. При влагалищном исследовании не всегда удается отчетливо разобраться

в швах и родничках; особенно затруднено определение родничков и швов при деформированной головке. Между тем при влагалищном исследовании необходимо получить и отчетливые результаты. Поэтому в отдельных случаях акушеру рекомендуется производить влагалищное исследование полурукой, чтобы найти ухо плода, которое должно явиться ориентиром в отношении распознавания малого и большого родничков (рис. 23). Определяя свободный край уха, акушер с полной уверенностью может сказать, что найденный им родничок по протяжению стреловидного шва (соответствующий краю уха) является малым родничком (В. И. Давыдов).

Для суждения о величине головки необходимо учитывать расстояние между родничками и величину последних, а также ширину швов и, наконец, степень плотности костей черепа.

Исследуя роднички, надо отмечать, стоят ли они на одном уровне или малый родничок расположен ниже большого, или даже близко к проводной оси таза (состояние резкого сгибания головки); не стоит ли большой родничок ниже малого, даже близко к проводной оси (передне-головное вставление).

Закончив обследование головки, приступают к ощупыванию внутренней поверхности костного таза, что особенно необходимо при патологических тазах. Концами пальцев ощупывают все места по внутренней поверхности костного таза, которые удается достигнуть.

При влагалищном исследовании малого таза производится: 1) измерение диагональной конъюгаты; 2) обследование формы мыса (степень его выстояния), наличие двойного мыса; 3) оценка симметрии правой и левой половины малого таза; 4) измерение прямых размеров полости и выхода таза (простой и плоскорихитический таз); 5) выявление случайных экзостозов.

В нормальном тазу плоскость входа выше *linea innominata pelvis* свободно достигается только в переднем отделе, около лонного сращения. На задней поверхности симфиза можно достигнуть верхнего края ее хряща. В заднем отделе таза палец свободно достигает копчика; дойти до середины крестцовой впадины обычно не удается. При плоском рахитическом тазе исследующий палец достигает только мыса; поверхность крестца в широкой части полости обычно недостижима. При общесуженном тазе вогнутость крестца может быть сильно выражена, и все четыре пары крестцовых отверстий поддаются определению. Чем ближе удастся подойти к *linea innominata* в задней половине таза, тем уже исследуемый таз.

При обследовании боковых стенок малого таза необходимо обратить внимание на *spinae ischii*: если эти очень отклонены внутрь, то это служит одним из признаков поперечного сужения выхода таза (воронкообразного, в частности, кифотического). Это расстояние равняется 10 см.

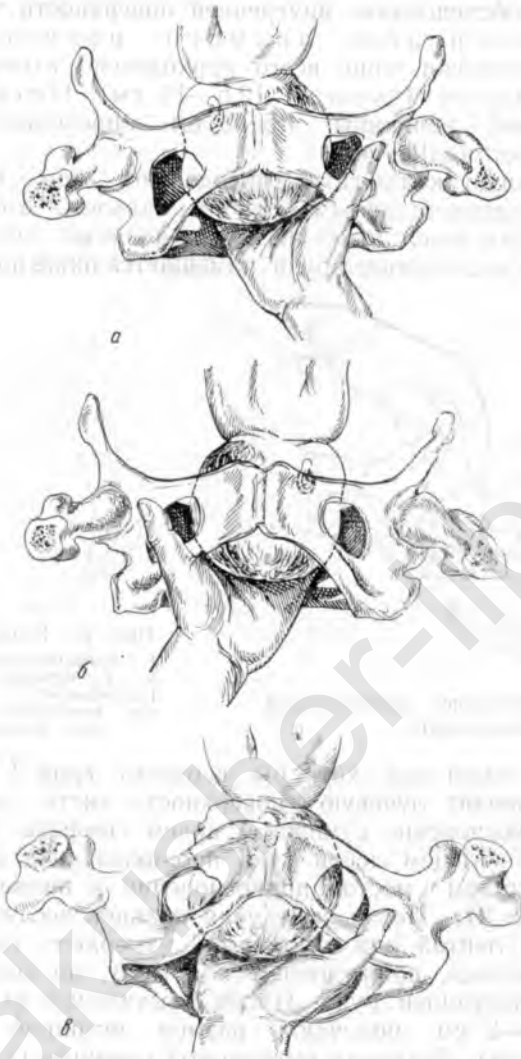


Рис. 23. Влагалищное исследование полурукой, определение свободного края уха (по В. И. Давыдову).

*а* — головка в полости таза стреловидным швом в правом косом размере. Ухо плода ложится на правую ладонь руки акушера, введенную во влагалище под головку и поставленную параллельно плоскости правого косого размера таза; *б* — головка в полости таза стреловидным швом в левом косом размере. Ухо плода ложится на левую ладонь акушера, введенную во влагалище под головку и поставленную параллельно плоскости левого косого размера таза; *а* — головка в полости таза. Низкое поперечное стояние стреловидного шва. Ухо плода ложится на ладонь акушера, введенную во влагалище и поставленную в поперечный размер таза.



Закончив обследование внутренней поверхности таза, приступают к измерению прямого размера входа в таз. Практически чаще всего приходится измерять диагональную конъюгату (длина ее 12,5—13 см). Путем вычитания из полученной величины 1,5—2 см определяют истинную конъюгату (*conjugata vera*).

Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании выпрямленным средним пальцем, которым стараются достигнуть мыса (что легко выполнимо при сужениях таза). Локоть исследующей руки помещается ниже половой щели.



Рис. 24. Измерение диагональной конъюгаты.



Рис. 25. Размеры таза.

1 — анатомическая конъюгата; 2 — истинная конъюгата (акушерская); 3 — диагональная конъюгата; 4 — наружная конъюгата.

Достигнув мыса или хотя бы верхнего края I крестцового позвонка, приводят лучевую поверхность кисти исследующей руки в соприкосновение с нижним краем симфиза. После этого указательным пальцем левой руки проникают под лонную дугу и отмечают ногтем место прикосновения к правой руке *lig. arcuatum* (рис. 24). После выведения пальцев исследующей руки из влагалища лентой или тазомером измеряют расстояние от кончика III пальца, прикасавшегося к мысу, до ногтевой метки на кисти исследующей руки. Путем вычитания из найденной величины 1,5—2 см получают размер истинной конъюгаты (длина ее 11 см). Величину вычитаемой единицы (1,5 или 2 см) необходимо сопоставлять с высотой и углом наклона таза, а также с уровнем стояния мыса. Если мыс стоит высоко, то величина, подлежащая вычитанию, должна быть больше, так как в треугольнике из конъюгат искомая конъюгата значительно меньше диагональной. Если же мыс стоит низко, то треугольник будет почти равнобедренным, т. е. *conjugata vera* приближается к *conjugata diagonalis*, а следовательно, вычитаемая величина должна быть небольшой (рис. 25).

Главные препятствия головка плода преодолевает при прохождении через кольцо входа в таз; в нижних отделах родового



Рис. 26. Рентгенограмма внутриутробного плода при доношенной беременности.

канала затруднений для прохождения головки значительно меньше, особенно в выходе таза. Концы костных выступов выхода таза нигде не соприкасаются, они скреплены протянутыми между ними связками. Сочленения, хрящи и связки таза в конце беременности набухают и размягчаются, что обеспечивает их некоторую смещаемость. Указанные изменения вносят известную поправку в размеры таза при сужении и способствуют самопроизвольному родоразрешению.

При современном техническом оснащении родовспомогательных учреждений мощной рентгенодиагностической аппаратурой метод рентгенодиагностики является ценным вспомогательным методом при клиническом обследовании беременной и роженицы.

С помощью рентгенологического метода представляется возможным установить внутриутробное положение плода, вид, позицию и членорасположение (рис. 26), наличие одно- или многоплодной беременности, предлежания плаценты и ее вид и т. п. Особенно ценно рентгенологическое исследование таза беременной и роженицы. Рентгенограмметрическое исследование, помимо определения формы малого таза, позволяет установить степень несоответствия размеров таза и головки. Это дает возможность врачу составить представление об анатомических условиях и в соответствии с этим правильно учесть другие факторы, обуславливающие исход родов, а тем самым своевременно выбрать и правильную тактику ведения родов.

---

# ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

## НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ И ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ

---

### I. ОСЛОЖНЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

#### 1. ВЫКИДЫШ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ И ИСКУССТВЕННЫЙ — ВНЕБОЛЬНИЧНЫЙ

В медицине принято считать абортom, или выкидышем, искусственное (в результате какого-либо вмешательства) или самопроизвольное прекращение беременности сроком до 28 недель. Нарушение беременности в пределах 15 недель, т. е. до окончательного формирования плаценты, относится к раннему выкидышу, после 16 недель — к позднему выкидышу. К числу искусственных относят: 1) абортom, производимые в больничных условиях по медицинским показаниям, и 2) преступные (криминальные) абортom, начатые вне лечебных учреждений. Последние иногда называются «подпольными» абортomами.

Преступный, или криминальный, аборт, как правило, является инфицированным, так как он производится обычно в антисанитарной обстановке или лицами, занимающимися незаконным плодoизгнанием, или самой беременной; инфицированные выкидыши часто сопровождаются лихорадочным состоянием.

Самопроизвольные выкидыши возникают обычно без какого-либо вмешательства, вследствие причин местного или общего характера (общие заболевания беременной, заболевания полового аппарата, болезни плодного яйца).

Самопроизвольные выкидыши протекают часто при нормальной или субфебрильной температуре и реже сопровождаются высокой температурой.

Мы опускаем изложение вопросов прерывания беременности по медицинским показаниям, так как в больничных условиях соблюдаются все необходимые условия для предотвращения осложнений, угрожающих здоровью женщины. Но все же операция прерывания беременности, производимая даже в боль-

ничной обстановке, представляет известную опасность для здоровья женщины. Осложнения могут возникнуть в связи с тем, что уже со следующего дня после удаления плодного яйца в полости матки обнаруживаются микроорганизмы, количество которых на 3-и и 4-е сутки нарастает (Г. Ф. Цомакион, Г. Д. Давыдов, М. А. Колосов, В. А. Афанасьев, Г. Д. Дерчинский и др.). При соответствующих условиях микроорганизмы из полости матки могут проникнуть в область придатков, тазовой брюшины и клетчатки и вызвать их заболевание.

При искусственном выкидыше, начатом вне больницы (криминальный выкидыш), у женщины нередко возникают весьма тяжелые осложнения, зачастую ставящие под угрозу ее жизнь. Заболеваемость после абортов, начатых вне больницы, достигает высоких цифр.

### Этиология и патогенез самопроизвольного выкидыша (*abortus spontaneus*)

В основе самопроизвольного выкидыша лежат изменения в состоянии возбудимости и сократительной способности матки.

Изменения указанных свойств матки в течение беременности нельзя рассматривать изолированно от состояния организма женщины в целом.

Во время беременности с помощью нервных и нервно-гуморальных механизмов снижается возбудимость маточной мускулатуры, и последняя поддерживается в состоянии тонуса без каких-либо заметных признаков сокращения. Этим самым обеспечивается возможность нормального развития беременной матки и донашивания беременности до полной зрелости внутриутробного плода.

В поддержании подобного «охранительного» состояния беременной матки как к внутренним (механическим и гормональным), так и к внешним раздражителям, принимает участие вся нервная система.

Однако основная роль принадлежит коре больших полушарий головного мозга, которая является центральным пунктом координации всех функций организма, в том числе и матки.

Исследованиями П. П. Лазарева, И. И. Яковлева и В. А. Петрова и др. показано, что поддержание «охранительного» состояния в течение беременности осуществляется за счет повышения возбуждения коры головного мозга, в то время как возбудимость спинного мозга и рефлекторная возбудимость матки обычно бывают понижены.

Рефлекторная возбудимость матки не повышается потому, что раздражения, воспринимаемые интерорецепторами матки, не превышают их порогового значения, так как кора головного мозга тонко регулирует этот процесс. Зато как только импульсы достигают порогового значения, рефлекторная возбудимость

матки начинает возрастать, сказываясь сокращениями ее мускулатуры.

На фоне измененной реактивности матки непрерывно наслаивающиеся внутренние и внешние раздражители могут привести матку в состояние сокращения. В этот момент обычно отмечается понижение возбудимости коры головного мозга и повышение возбудимости спинного мозга.

В активное состояние матка приводится с помощью передатчиков нервного возбуждения, действующих на окончания и синапсы вегетативной нервной системы, а именно: адреналиноподобные вещества симпатической нервной системы готовят и непрерывно повышают, через изменение лабильности центральной нервной системы, тонус мускулатуры матки, а непосредственно «пусковую» функцию (сократительную) осуществляет ацетилхолин, медиатор парасимпатической нервной системы.

Полагают, что интенсивность концентрации ацетилхолина, выделяемого окончаниями холинергических волокон, находится в связи с изменениями в количественных соотношениях гонадотропных и половых гормонов и появлением качественно новых фракций последних, конечно, при одновременных изменениях, происходящих во всей эндокринной системе.

Доказана тесная связь между выработкой ацетилхолина, с одной стороны, и эстрогенами и питуитрином — с другой. Полагают, что эстрогены сенситизируют матку к ацетилхолину и усиливают его синтез. Питуитрин, тормозя холинэстеразу, может стабилизировать выделение ацетилхолина, предохраняя его от разрушения. Прогестерон, наоборот, резко снижает чувствительность матки к ацетилхолину, а также и к питуитрину.

Из работы З. А. Дроздовой видна количественная разница в концентрации ацетилхолина и холинэстеразы в трофобласте при нормально развивающейся и прерывающейся беременности (при самопроизвольном выкидыше).

Так, если концентрация ацетилхолина при нормально развивающейся беременности сроком 6—7 недель составляет 23  $\gamma$ , а при беременности сроком 11—12 недель — 34  $\gamma$ , то при самопроизвольном выкидыше его содержание достигает 63  $\gamma$ . В те же сроки беременности концентрация прегнандиола при нормально развивающейся беременности составляет 12—15 мг, а при выкидыше его концентрация снижается до 7 мг (А. П. Преображенский, Г. В. Ордынец, С. М. Рафалович и др.). Между тем, как уже было сказано, прогестерон резко снижает чувствительность матки к ацетилхолину и питуитрину. Поэтому естественно полагать, что с уменьшением количества прогестерона чувствительность матки возрастает, а это приводит к ее сокращению.

Из сказанного следует, что при сдвигах в нервных и нервно-гормональных механизмах, приводящих к изменению возбудимо-

сти мускулатуры матки, даже при отсутствии явных морфологических изменений в последней создаются предпосылки к прерыванию беременности.

Клиническими наблюдениями установлено, что в большинстве случаев самопроизвольное прекращение беременности зависит от различных нарушений в организме беременной женщины.

Наиболее частой причиной являются расстройства сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации. В этих случаях кровь бывает избыточно насыщена углекислотой, наступает кислородное голодание, развиваются застойные явления, приводящие к кровоизлияниям в децидуальную оболочку и в послед.

Крупозная пневмония и плеврит в 50% случаев приводят к нарушению беременности.

Острые кишечные заболевания и аппендицит также могут вызвать аборт. Этому способствует усиленная перистальтика кишечника (под влиянием ацетилхолина), приводящая к повышению возбудимости и сократительной деятельности матки.

Острые и хронические инфекционные заболевания (скарлатина, дифтерия, грипп, тифы, малярия, сифилис и др.) часто вызывают самопроизвольное прерывание беременности. Непосредственными причинами выкидыша в этих случаях являются повышение температуры тела, интоксикация организма, а в некоторых случаях заражение плода (тиф, ангина и пр.).

Особого внимания заслуживает малярия и гриппозная инфекция. У больных малярией, плохо и неправильно леченных или вовсе не леченных, выкидыши и преждевременные роды отмечаются почти в 50%. К прерыванию беременности ведут не только скрытые, но и острые формы малярии (Ренигер-Арешева, Лосицкая, Ашман и др.). Причиной выкидыша являются интоксикация и резкое обеднение организма витамином С.

Считают, что витамин С способствует нормальному функционированию желтого тела, вырабатывающему гормон лютин (или прожестин), значение которого в сохранении беременности чрезвычайно велико. Лютин обуславливает надлежащую степень децидуальной реакции слизистой оболочки матки, оказывает тормозящее влияние на развитие фолликулов, а стало быть, и на образование фолликулина, и тем самым снижает возбудимость матки. Все это чрезвычайно важно для развития и сохранения беременности. Недостаточное количество лютина в организме беременной способствует слабому развитию децидуальной ткани, а избыточное накопление фолликулина приводит к чрезмерному повышению нейро-мышечной возбудимости матки. В результате может произойти выкидыш.

Сказанное в отношении малярии, по мнению А. П. Николаева, в полной мере приложимо и к гриппозной инфекции.

Но было бы неправильным в происхождении выкидыша не учитывать значения других гормонов и витаминов. В условиях нормально функционирующего организма беременной женщины вся эндокринная система работает слаженно и в полном сочетании с витаминным обменом организма. В этом плане особенное значение имеют функции гипофиза (пролан), щитовидной железы, надпочечников и других желез внутренней секреции. При обеднении организма витаминами А, В, С, D и Е (поли-гиповитаминоз) функции эндокринной системы нарушаются, что отрицательно сказывается на зачатии и течении беременности. Одно-стороннее и недостаточное питание (особенно в отношении витаминов) может служить одной из важных причин прерывания беременности. На почве недостатка витаминов развиваются расстройства функций эндокринных органов, регулирующих, в частности, деятельность полового аппарата.

Сифилис редко является причиной нарушения беременности в первую ее половину. По данным отечественных авторов, аборт сифилитического происхождения наблюдаются весьма редко (Э. М. Кравец, А. М. Ивенская и др.). Сифилис вызывает главным образом преждевременные роды. Современными исследованиями доказано, что сифилис от отца через сперматозоид не передается; плод заражается внутриутробно от матери путем перехода спирохет через плаценту.

Но было бы неправильным, рассматривая этиологию и патогенез самопроизвольного выкидыша, не учитывать значение изменений, связанных непосредственно с половым аппаратом. Они бывают врожденными и, как, например, пороки и аномалии развития матки и др., или приобретенными, возникающими до или после полового созревания или в период половой жизни женщины в результате перенесенных ею воспалительных процессов или травматических повреждений (например, в результате ранее произведенных абортов).

Возникающие вследствие этого изменения в строении и функциональном состоянии слизистой оболочки обуславливают недостаточно выраженную децидуальную реакцию, и это создает неблагоприятные условия для внедрения и последующего развития плодного яйца. Нарушения же тонуса мускулатуры матки препятствуют приспособлению ее к росту плодного яйца.

Препятствием к росту беременной матки могут служить также рубцовые изменения в связочном аппарате, слипчивые периметриты, вызывающие смещение ее.

Застойные процессы в матке, возникающие на почве расстройств функций вазомоторов, могут вести к кровоизлияниям в децидуальную оболочку. Следствием всех этих изменений является выкидыш.



Нарушение беременности может возникнуть при наличии фиброматозных узлов в матке.

Самопроизвольные выкидыши нередко возникают в связи с глубокими разрывами шейки матки (незашитыми тотчас после родов) или произведенной слишком высокой ампутацией шейки. Разрывы, оставляя незамкнутым нижний сегмент, создают угрозу для развивающейся беременности и в то же время являются открытыми воротами для инфекции. Причиной возникновения самопроизвольных выкидышей являются также изменения плодного яйца. К преждевременному прерыванию беременности может привести неполноценное развитие хориона, инфаркты в плаценте, обширные перерождения последней, плевистое прикрепление пуповины, пузырный занос и др.

Таким образом, в патогенезе самопроизвольного выкидыша участвует комплекс самых разнообразных факторов, но основное значение в предупреждении выкидыша и сохранении беременности имеет состояние высшей нервной деятельности. Многочисленными клиническими наблюдениями установлено, что внезапные перемены в нервно-психическом состоянии женщины (испуг, нервные потрясения), как связанные со всевозможными внешними факторами (ушиб, падение, толчок, бурный половой акт и т. п.), так и не имеющие какой-либо связи с последними (при этом имеет значение тип высшей нервной деятельности и степень уравновешенности), могут обусловить наступление выкидыша. Объяснение этому надо искать в расстройстве функций вазомоторов, регулирование деятельностью которых зависит от нервной системы (В. Н. Черниговский), следствием чего является нарушение гемодинамики и возникновение кровоизлияния в децидуальной оболочке с отслойкой плодного яйца и последующим его изгнанием, т. е. выкидыш.

Самопроизвольный выкидыш чаще наблюдается у многорожавших в возрасте старше 25 лет и у женщин с заболеваниями половой сферы. Обычно он наступает в ранний срок беременности (8—16 недель); так как в этот период функция желтого тела снижается, а плацента еще полностью не вырабатывает лютеогормона.

**Признаки предстоящего или начинающегося выкидыша.** Нарушение беременности сопровождается сокращениями матки, которые вначале всегда бывают слабыми ввиду незначительного объема яйца (7—8 недель) и нередко совершенно лишены свойственного родам спазматического характера. Обычно женщины жалуются на тупые боли в пояснице и внизу живота. Более постоянным признаком раннего выкидыша является кровотечение. Если причина начинающегося выкидыша не устранена, схватки усиливаются и отслойка яйца от стенок матки продолжается. Вследствие этого боли и кровотечение становятся сильнее, а шейка матки начинает раскрываться все больше. Признаком предстоящего или начинающегося выкидыша является плотная

консистенция матки во время схваток, которые держатся весьма продолжительное время. Нередко этот признак можно подметить до появления кровяных выделений. Большею частью до наступления выкидыша происходит скопление излившейся крови между водной и ворсистой оболочками яйца, а иногда даже в полости амниона; эти кровоизлияния приводят к гибели плодного яйца. Изгнание плодного яйца в одних случаях совершается быстро, в других этот процесс затягивается, и яйцо остается на некоторое время в полости матки. Такое задержавшееся яйцо носит название кровяного заноса; оно представляет собой плотное объемистое образование, состоящее из кровяных наслоений, окружающих погибший и распадающийся плод. При задержке кровяного заноса в полости матки на более продолжительное время кровяные сгустки организуются, уплотняются, обесцвечиваются, приобретают на разрезе вид мяса; эта форма заноса называется мясистым заносом. В основе длительной задержки яйца в матке лежит, повидимому, снижение возбудимости и сократительной способности матки за счет недостаточного образования эстрогенных гормонов при избытке гормона желтого тела или гормонов передней доли гипофиза.

Механизм отделения и изгнания яйца видоизменяется в зависимости от срока беременности. При беременности ранних сроков яйцо начинает проходить в шейный канал лишь после того, как отделилась периферическая часть его в верхнем сегменте маточной полости. На IV месяце беременности имеется уже хорошо сформированная плацента, для изгнания которой матка должна затратить значительную силу. Поэтому механизм изгнания плодного яйца в указанный срок беременности приближается к таковому при нормальных родах: сначала полюс яйца вклинивается в расширяющийся зев, затем происходит разрыв оболочек, отхождение вод, рождение плода и лишь после этого рождение последа. Однако иногда при позднем выкидыше (свыше четырех месяцев) происходит рождение ненарушенного плодного яйца.

Клинические формы выкидыша. Выкидыш начинается с небольшого кровотечения; боли в спине и внизу живота или отсутствуют, или незначительные; шейный канал закрыт. Эта форма носит название начинающегося выкидыша (*abortus incipiens*). При незначительных проявлениях указанных симптомов можно говорить об угрожающем выкидыше (*abortus imminens*). При угрожающем и начинающемся выкидыше плодное яйцо отделяется от материнской почвы на незначительном протяжении (меньше чем наполовину).

Дальнейшее течение начинающегося выкидыша бывает различным: отслойка и смещение яйца либо прекращаются, либо прогрессируют. Если отделение яйца продолжается, то кровотечение нарастает, боли усиливаются и открытие шейного канала увели-

чивается. Подобная форма выкидыша носит наименование аборта в ходу (*abortus progrediens*).

Плодное яйцо рождается либо целиком, либо частями. У рожавших женщин процесс изгнания яйца через канал шейки совершается быстрее, чем у первобеременных; у последних отделившееся яйцо целиком опускается в канал шейки до закрытого наружного зева. Такая форма выкидыша носит название шеечного выкидыша (*abortus cervicalis*). При шеечном выкидыше сохранить беременность нельзя, поэтому надо принимать меры к удалению плодного яйца.

Выкидыш, при котором значительная часть яйца вышла, но в полости матки еще содержатся его остатки, называется неполным выкидышем (*abortus incompletus*). При неполном выкидыше показано инструментальное опорожнение полости матки от остатков плодного яйца, что обычно не представляет трудностей, так как шеечный канал проходим для инструментов. Своевременное удаление остатков плодного яйца сокращает до минимума кровопотерю и предупреждает возможность развития сепсиса.

При полном выкидыше (*abortus completus*) плодное яйцо изгоняется из матки целиком, но в полости матки возможна задержка остатков децидуальной оболочки, особенно в области маточных углов. Задержавшаяся децидуальная оболочка препятствует обратному развитию матки, поддерживает в ней состояние гиперемии и создает тем самым почву для развития эндометрита. Произведенные нами гистологические исследования подтверждают правильность указанного положения, а потому мы считаем необходимым выскабливание матки после каждого полного выкидыша. Особенно тщательно надо выскабливать область маточных углов, где обычно задерживаются частицы децидуальной оболочки.

Для распознавания наступающего выкидыша следует руководствоваться данными анамнеза и результатами объективного исследования полового аппарата женщины.

При исследовании необходимо установить состояние шейки (сглажена или нет), маточного зева (раскрыт или закрыт) и локализацию плодного яйца (в полости матки или в шеечном канале). При постановке диагноза надо исключить внематочную беременность, при которой также имеется кровотечение и тело матки представляется увеличенным и сочным. Однако при внематочной беременности не наблюдается характерного увеличения матки в передне-заднем размере и шарообразной ее формы, типичных для внутриматочной беременности; сбоку и часто сзади матки определяется увеличенная фаллопиева труба, чувствительная при ощупывании. Ряд характерных анамнестических данных (инсульт) и лабораторные исследования дополняют клинический диагноз; при необходимости можно пользоваться пункцией заднего свода.

Для правильного лечения выкидыша важно решить, имеются ли в полости матки остатки плодного яйца или нет. Опознавательными признаками в таких случаях являются величина и консистенция матки, состояние шеечного канала и характер выделений (чистая кровь, сгустки, частицы тканей). Если кровотече-

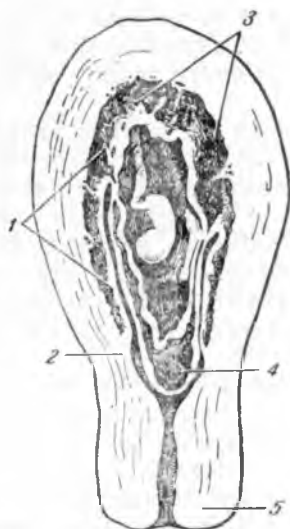


Рис. 27. Выкидыш на втором месяце беременности (по Бумму).

1 — пристеночная оболочка (d. vera); 2 — раскрывающийся внутренний зев; 3 — основная оболочка (d. serotina); 4 — капсулярная оболочка (d. reflexa); 5 — наружный зев.

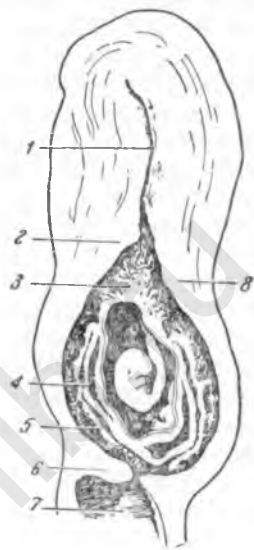


Рис. 28. Выкидыш на втором месяце беременности (по Бумму). Вторая стадия его — плодное яйцо вполне отделилось и опустилось в расширенную шейку (так называемый шеечный аборт).

1 — опорожнившаяся полость тела матки; 2, 8 — внутренний зев; 3 — основная оболочка; 4 — капсулярная оболочка; 5 — пристеночная оболочка; 6 — наружный зев; 7 — влагалище.

ние спустя некоторое время после выкидыша возобновляется, врач должен иметь в виду возможность развития хорионэпителиомы. При подозрении на хорионэпителиому необходимы повторный осмотр зеркалами влагалища и шейки матки, бимануальное исследование матки, оценка общего состояния женщины, рентгенологическое исследование легких и микроскопическое исследование соскоба из полости матки и исследование мочи на реакцию Ашгейм-Цондека.

Профилактика самопроизвольного выкидыша должна начинаться не тогда, когда уже создалась угроза прерывания беременности, но значительно раньше — с первых недель беременности и даже до ее наступления.

Женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом и наличием анатомических изменений со стороны половой сферы (инфантильная и гипопластическая матка, пороки развития и др.) должны состоять на особом учете учреждений родовспоможения; на них должна быть заведена специальная картотека.

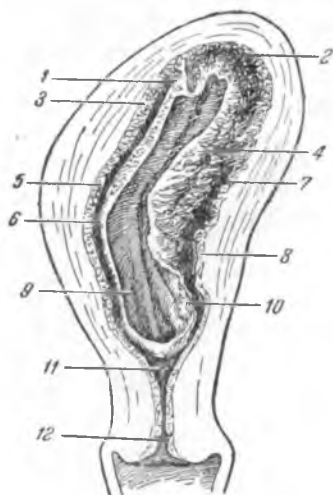


Рис. 29. Выкидыш на третьем месяце беременности (по Бумму). Первая его стадия. Начинающееся отделение плаценты и раскрытие шейки.

1 — переходная складка капсулярной оболочки; 2 — место, где плацента еще прочно соединена с маточной стенкой; 3, 5 — пристеночная оболочка; 4 — место начинающейся отслойки плаценты; 6 — капсулярная оболочка; 7, 8 — участок уже отделившейся плаценты; 9 — яйцевая полость без плода; 10 — внутренний зев; 11 — расширенная верхняя часть шейечного канала; 12 — наружный зев.



Рис. 30. Выкидыш на третьем месяце беременности (по Бумму). Вторая стадия. Отделение плаценты, за исключением тубного угла, закончено. Отслоение пристеночной оболочки (d. vera) началось, шейка расширена и содержит нижний полюс яйцевого мешка.

1 — участок плаценты, еще прочно соединенный с маточной стенкой; 2 — переходная складка между пристеночной и капсулярной (d. reflexa) оболочками; 3, 5 — участки плаценты, уже отделившиеся от маточной стенки; 4 — капсулярная оболочка; 6 — внутренний зев; 7 — яйцевая полость (без плода); 8 — пропитанная кровью капсулярная оболочка; 9 — наружный зев.

При возникновении малейших признаков угрожающего выкидыша женщин необходимо немедленно помещать в стационар. В профилактике выкидыша особо важное значение имеет активный врачебный и сестринский патронаж.

Врач акушер-гинеколог, работающий в системе объединенного родовспомогательного учреждения, имеет широкие возможности выявить причину, обусловившую возникновение самопроизвольного (особенно привычного) выкидыша, и принять своевременные меры к его предупреждению и лечению. Для установления причин

самопроизвольных выкидышей врач должен тщательно обследовать общее состояние женщины, ее эндокринную и вегетативную нервную систему, а также анатомические особенности и функциональное состояние половой сферы. Будучи подробно осведомлен об условиях труда и быта, питания и половой жизни женщины, врач-акушер может рекомендовать женщине правильный об-

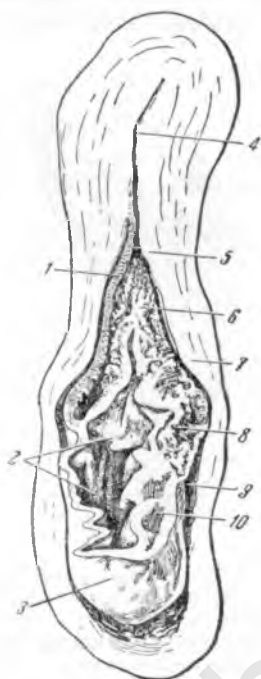


Рис. 31. Выкидыш на третьем месяце беременности (по Бумму). Третья стадия — отделившееся и изгнанное из матки яйцо лежит в шейке и влагалищном своде и тянет за собой пристеночные оболочки.

1 — пристеночная оболочка (d. vera); 2 — яйцевая полость; 3 — нижний полюс яйца; 4 — полость тела матки; 5 — внутренний зев; 6 — плацента; 7 — внутренний зев; 8 — плацента; 9 — влагалищный свод; 10 — стенка плодного мешка, пропитанная кровью (reflexa, chorion и амнион).

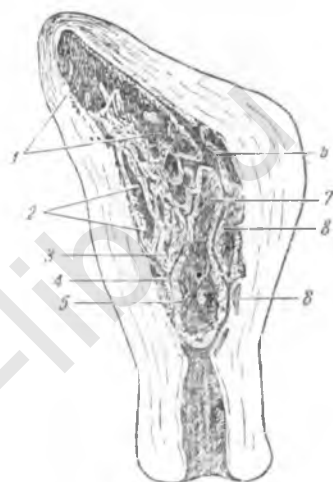


Рис. 32. Неполный выкидыш (по Бумму). Шейка проходима, в матке остатки отпадающей оболочки и плаценты.

1 — плацентарный остаток; 2 — кровяные сгустки; 3 — отделившаяся пристеночная оболочка; 4 — неотделившаяся пристеночная оболочка; 5 — кровяные сгустки; 6 — пристеночная оболочка; 7 — кровяной сгусток; 8 — пропитанная кровью пристеночная оболочка еще не отделилась.

щий и трудовой режим, рациональное питание и необходимые гигиенические мероприятия.

Советским законодательством предусмотрено ряд мероприятий, облегчающих труд беременной на производстве и способствующих сохранению беременности и здоровья женщины. Беременная женщина имеет право на облегченный вид труда, на освобождение от работы в ночную смену, на декретный отпуск

и материальную помощь. Беременной женщине, имеющей склонность к привычному выкидышу, врач должен рекомендовать избегать внешних раздражений, связанных с сильным мышечным напряжением нижних конечностей и таза; в частности, необходимо запретить верховую езду, велосипедный спорт, работу на ножной швейной машине. Точно так же следует рекомендовать воздержание от половых сношений в дни, соответствующие менструальной фазе. При неправильном положении беременной матки (подвижная ретрофлектированная матка) необходимо своевременное исправление ее положения и последующее наблюдение до тех пор, пока ущемление матки в малом тазу станет невозможным. Врач должен уделить самое серьезное внимание беременным женщинам, у которых имеются расстройства сердечной деятельности (явления декомпенсации), болезни почек и др. При малярии и сифилисе необходимо тщательно проводить специфическое лечение.

В случаях привычного выкидыша рекомендуется полное освобождение женщины от работы на возможно более длительный срок.

Лечение при нарушении беременности будет различным, в зависимости от клинической формы выкидыша (угрожающий, начавшийся, аборт в ходу, неполный, полный), срока беременности и других обстоятельств.

При угрожающем или начавшемся выкидыше задача врача состоит в том, чтобы сохранить беременность. Беременной предписывают постельный режим и назначают легко перевариваемую и богатую витаминами пищу. Чтобы снизить повышенную возбудимость матки, прекратить сокращение мускулатуры и начинающуюся отслойку плодного яйца, назначают настойку опия по 5—8 капель на прием 2—3 раза в день. Опий назначают также вместе с настоем из ромашки в виде лечебных клизм 1—2 раза в день (10—12 капель опия на полстакана теплого настоя ромашки). Белладонну не назначают, так как она способствует раскрытию маточного зева.

Женщинам с повышенной нервной возбудимостью целесообразно назначать микстуру из валерианы с бромом.

Кровоостанавливающие средства, за исключением витамина К, не применяются, так как они ускоряют изгнание яйца из полости матки.

Спринцевания, грелки и пузырь со льдом на живот противопоказаны. Слабительные не назначают, опорожнение кишечника производится с помощью очистительной клизмы. Только в исключительных случаях можно применять легкие слабительные (ревень, фенолфталеин).

Повторное влагалищное исследование без настоятельных показаний производить не следует. Как правило, беременная с угрожающим выкидышем должна быть госпитализирована.

При нарушениях сердечной деятельности применяются соот-

ветствующие сердечные, внутривенное введение 20—30 см<sup>3</sup> 40% стерильного раствора глюкозы; назначается молочная диета.

При привычном выкидыше наилучшие результаты оказывают препараты желтого тела (лютин, иначе прожестин) или синтетический препарат прогестерон (или прогестерон) и препараты гипофиза (пролан В). Препараты желтого тела способствуют снижению возбудимости матки, а пролан В обеспечивает полноценное функционирование желтого тела.

Натуральный препарат лютин выпускается в ампулах. Применяется в виде подкожных инъекций в дозах 2—5 мг в сутки с момента появления симптомов угрожающего выкидыша.

Прогестерон употребляется в виде внутримышечных инъекций по 3—5 мг ежедневно или через день. При появлении начальных симптомов выкидыша дозировку прогестерона увеличивают до 10 мг в день.

Женщинам, страдающим привычными выкидышами, прогестерон назначают до IV месяца беременности. Прогестерон выпускается в виде масляных растворов в ампулах; каждая ампула содержит 5—10 мг прогестерона.

На курс лечения требуется до 250 мг прогестерона. Е. Ф. Попова вводила кристаллический прогестерон в подкожную клетчатку (через троакар) по 25—50 мг одновременно.

Вместо прогестерона может назначаться прегнин. Его доза на прием составляет 5—10 мг 2—3 раза в день (5 мг прегнина при введении per os по силе биологического действия равноценны 0,5 мг прогестерона).

При появлении признаков угрожающего выкидыша дозу прегнина повышают. К концу курса лечения дозу постепенно уменьшают.

Его не следует применять в дни, соответствующие менструациям, и в первую половину межменструального периода.

Для правильного применения прогестерона необходимо иметь представление о функциональном состоянии желтого тела. С этой целью производится повторное определение количества прегнандиола в моче. Прогестерон в неизменном состоянии с мочой выделяется в незначительном количестве. В процессе метаболизма он переходит в прегнандиол (биологический инактивный стероид) и выделяется с мочой в виде эфирона-натриевой соли глюкоуроновой кислоты. Для определения количества прегнандиола может быть применен метод цветной реакции, разработанный Ордынец (Журнал акушерства и гинекологии, 1947, стр. 17—23).

В табл. 2 приводится содержание прегнандиола в моче за сутки у женщин в различные сроки нормально развивающейся беременности и при угрожающем выкидыше.

К сожалению, в настоящее время определение прегнандиола в моче может быть произведено только в специальной эндокри-



нологической лаборатории и еще мало доступно в широкой практике. Одновременно с гормоном желтого тела следует назначать внутривенные инъекции глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Rp. Sol. Glucosae 40% 50,0  
Acidi ascorbinici 0,2% in ampullis  
S. Внутривенно по 10—20 мл

Таблица 2

Содержание прегнандиола в моче

Срок нормально развивающейся беременности	Количество прегнандиола в моче за сутки в мг
До 3 месяцев	12—15
» 5 »	25
7—9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> »	80—125
К концу беременности (последние две недели перед родами)	12—15
Через неделю после родов	Не определяется
При угрожающем выкидыше сроком до 3 месяцев	7—8

Для сохранения беременности применяют также пролан, способствующий развитию желтого тела и активированию его функции. Пролан вводят подкожно и внутримышечно по 1 мл (1 мл содержит 50 МЕ) через день в количестве 6 инъекций. Применение пролана предшествует курсу лечения гормонами желтого тела.

При привычных выкидышах пролан назначают и в более высокой дозе (100 МЕ) одновременно с препаратом желтого тела до конца IV месяца беременности.

При отсутствии препаратов желтого тела можно применять свежую плацентарную кровь<sup>1</sup>, полученную от здоровых женщин. Кровь вводят внутримышечно по 10 мл каждые 7—10 дней до конца IV месяца беременности. При отсутствии фабричных препаратов пролана может быть использована также моча беременных женщин. Моча применяется от здоровых беременных, у которых исключаются заболевания сифилисом, туберкулезом и ма-

<sup>1</sup> См. Инструкцию Наркомздрава СССР от 20/X 1939 г. по организации в родовспомогательных учреждениях сбора, хранения и использования плацентарной крови для целей переливания, напечатанной в Сборнике распоряжений, положений и инструкций по работе акушерско-гинекологических учреждений от 1947 г.

лярией. Моча исследуется на белок и сахар; при наличии последних моча к употреблению непригодна. Срок беременности не должен превышать 3 месяцев, так как в этот период моча содержит наибольшее количество пролана (6 000—10 000 МЕ в 1 л). Для устранения фолликулина (воздействие только проланом) мочу донора обрабатывают эфиром. С этой целью к моче приливают в трехкратном объеме наркотный эфир, смесь взбалтывают и дают отстояться. Затем эфир с растворенным в нем фолликулином сливают, а мочу применяют с терапевтической целью.

В тех случаях, когда надо сохранить в моче пролан с фолликулином, мочу лишь нагревают до 50°, кипятить ее не следует!

После охлаждения мочу набирают в шприц и вводят внутримышечно в количестве 10 мл. Инъекции производят 2 раза в месяц на протяжении всей беременности. Инъекции можно заменить микроклизмами. Для этого берут 100 мл мочи, нагревают до 50°, прибавляют 0,4—0,5 мл трикрезола и вводят per rectum в теплом виде. Микроклизмы делают через сутки. Всего назначают 20—30 микроклизм.

Выше было упомянуто, что деятельность эндокринных желез находится в тесной связи с витаминной насыщенностью организма. Поли-гиповитаминозы А, В, С, D, Е могут явиться причиной выкидыша и преждевременных родов. Об этом свидетельствуют результаты экспериментов на беременных животных и клинические наблюдения.

Первенствующее значение имеет витамин С, в котором потребность женского организма в течение беременности особенно велика. Витамин С активизирует ферментативные и гормональные процессы у матери и плода. Поэтому назначение его с целью предупреждения прерывания беременности является необходимым. Витамин С назначают женщинам с первых месяцев беременности либо в виде натуральных препаратов (сироп, настои из шиповника, фрукты и свежие ягоды, овощи), либо в виде синтетического препарата — аскорбиновой кислоты. Витамин С дается беременным в количестве 150 мг в сутки, что соответствует приему аскорбиновой кислоты по 0,05 г 3 раза в день.

При беременности позднего срока количество витамина С увеличивают до 250 мг. Витамин С надо принимать за 20—30 минут до приема пищи. Витамин С применяют также в виде 5% водного раствора аскорбиновой кислоты (1 мл соответствует 0,05 мг витамина С).

Для предупреждения прерывания беременности применяют витамин Е, который действует аналогично лютеогормону. Беременные принимают этот препарат неохотно из-за присущего ему плохого вкуса, однако целесообразность применения его неоспорима. Суточная доза витамина Е колеблется в пределах от 1,2 до 2,5 мг. Рекомендуется также прием внутрь рыбьего жира (витамин D).

В последние годы с целью понижения рефлекторной возбудимости матки у женщин при привычном выкидыше мы применяем бром и кофеин. С этой целью мы вводим внутривенно от 5 до 10 мл 10% стерильного раствора натриевой соли брома в зависимости от нервного типа женщины, инъекции делаются через день.

Одновременно с бромом женщине назначают инъекции подкожно 1 мл 10% стерильного раствора бензойно-натриевой соли кофеина по 2 раза в день (подкожно) или кофеин дают в порошке сублингвально. Бром может назначаться также для приема *per os* в виде микстуры следующего состава.

Rp. Sol. Natrii bromati 0,5 (1,0—2,0)—100,0

Coffeini Natrii benzoici 1,0

DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Бром и кофеин применялись в течение 2—3 недель.

В промежутках между введением брома назначались внутривенные инъекции глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Если принятые меры не помогают, кровотечение и сильные боли продолжают, то шансы на сохранение беременности падают. В этих случаях дальнейшая линия поведения врача устанавливается на основании результатов влагалищного исследования.

Если результаты исследования показывают, что сохранить беременность невозможно, то после консультации врачей (результаты которой заносятся в историю болезни) приступают к опорожнению матки от ее содержимого. Удаление плодного яйца без консультативного заключения врачей производится лечащими врачами только в исключительных случаях, когда сильное кровотечение угрожает здоровью женщины.

Выбор способа опорожнения матки производится в зависимости от срока беременности, степени раскрытия шейного канала и др. При беременности до 12 недель для опорожнения матки применяют одномоментный инструментальный метод.

Использование инструментального метода при беременности свыше 12 недель не рекомендуется, так как значительная емкость полости матки создает технические затруднения. Инструментальное опорожнение матки в указанный срок беременности опасно в смысле повреждения матки (прободение). При беременности более поздних сроков (свыше 3½—4 месяцев) удаление плодного яйца представляет большие затруднения, так как к этому сроку имеется сформированная плацента и большой плод. В таких случаях линия поведения врача такая же, как и при срочных родах.

При наличии кровотечения, а также при повышении температуры рекомендуется принять меры к ускорению опорожнения матки.

После самопроизвольного или оперативного опорожнения матки надо стремиться к лучшему ее сокращению, что достигается назначением препаратов спорыньи или инъекцией в течение 2 дней подряд адреналина в количестве  $0,3 \text{ см}^3$  (1,0 : 1 000,0) 3 раза в день. На второй день после выскабливания матки назначается очистительная клизма, что также способствует лучшему и быстрому сокращению матки. Процесс восстановления слизистой оболочки матки совершается за счет сохранившихся участков ее, граничащих с мышечным слоем и частично заходящих в межмышечные пучки. Эпителизация раневой поверхности и регенерация базального слоя заканчиваются в среднем к 8—9-му дню, а окончательное восстановление слизистой оболочки (в смысле завершения процесса регенерации) наступает примерно на 19—22-й день (И. Яковлев).

### **Искусственный внебольничный (инфицированный) выкидыш**

Преступные вмешательства с целью плодизгнания всегда сопровождаются занесением инфекции. У большинства женщин при инфицированном выкидыше бывает лихорадочное состояние; при бактериологическом исследовании крови нередко удается обнаружить патогенные микроорганизмы.

Лихорадочный аборт занимает в группе инфицированных выкидышей видное место. Частота лихорадочного течения абортов, начатых вне больницы, колеблется в довольно широких пределах. Однако повышенная температура также не является абсолютным показателем клинической тяжести случая (лихорадочного и септического выкидыша). Нередко встречаются случаи, когда при нормальной температуре состояние больной очень тяжелое и проводимое лечение оказывается безуспешным. Поэтому оценка тяжести данного случая только по температуре больной, без учета всей клинической картины, будет ошибочной.

В инфицировании организма женщины главная роль принадлежит микроорганизмам, попавшим в половой тракт извне. Микроорганизмы, занесенные с наружных половых частей вглубь влагалища, проникают через шейечный канал в полость матки.

Из числа обычных возбудителей септической инфекции при лихорадочном аборте первое место занимают стрептококк и стафилококк. Имеются указания, что смертность от выкидышей при инфекции стрептококками вдвое больше, чем при инфекции стафилококками и кишечной палочкой; смертность при инфекции гемолитическим стрептококком значительно выше, чем при инфекции негемолитическим стрептококком.

Причиной сепсиса при преступных абортах часто является анаэробный стрептококк, который при проникновении в верхние

отделы полового аппарата вызывает тяжелую клиническую картину септического аборта (тромбофлебит с метастазами, желтуха, кровоизлияния в глазное дно, гнойное воспаление брюшины и клетчатки); «из анаэробных видов инфекции газообразующие палочки занимают особое место» (А. Гофман).

Клиника анаэробной инфекции при абортах характеризуется наличием следующей триады симптомов: 1) желтушнокоричневой окраской кожи, 2) бурой, почти черного цвета мочой и 3) красновато-коричневым цветом сыворотки крови (Гесберг и Аршинова).

Но для развития инфекции еще недостаточно, чтобы микроорганизмы были внесены вглубь полового аппарата. Рост и распространение микроорганизмов происходят только при ослаблении иммунологических свойств полового канала и сопротивляемости (реактивности) организма в целом. В случае инфицированного (преступного) аборта условия, способствующие ослаблению защитных сил, всегда имеются: 1) длительное кровотечение из половых путей способствует изменению реакции влагалищной среды из кислой в щелочную; в результате этого изменяются и свойства микроорганизмов, которые в обычной кислой среде влагалища не уживаются (самоочищение влагалища); 2) длительно раскрытый шейный канал матки в связи с незакончившимся абортом способствует внедрению инфекции из влагалища в полость матки; 3) остатки плодного яйца в полости матки — благоприятная почва для внедрения и роста микроорганизмов; 4) раневая поверхность матки представляет входные ворота для продвижения инфекции за пределы ее; 5) длительное кровотечение ослабляет защитные силы организма.

Таким образом, у женщин с инфицированным выкидышем имеются все условия для развития как местных заболеваний полового аппарата (метроэндометрит, воспаление придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки), так и для общего распространения инфекции по лимфатическим и кровеносным путям (перитонит, сепсис). В ряде случаев эти болезненные проявления не наступают, что говорит о хорошей защитной реакции организма на внедрившуюся инфекцию. В развитии инфекции при выкидыше принято различать три этапа: 1) инфекция гнездится только в яйце (яйцевая инфекция); 2) инфекция перешла на стенки, даже сосуды матки (внеяйцевая инфекция); 3) инфекция распространилась за пределы матки и перешла на соседние органы малого таза или даже генерализовалась, захватив весь организм (инфекция вне матки). Понятно, что до сих пор, пока источник инфекции находится в пределах плодного яйца, допустимо любое вмешательство в целях быстрого выздоровления больной. Совершенно иная линия поведения должна быть при инфекции, захватившей матку и перешедшей за ее пределы (об этом см. в разделе о лечении инфицированного выкидыша).

**Клинические формы.** Деление на лихорадочный и септический выкидыш (Мюллер, Мельников и др.) неправильно, так как эти понятия не определяют клинической картины. Так, лихорадочными считают выкидыши, при которых воспалительные явления и септические симптомы отсутствуют, а имеется только высокая температура и признаки выкидыша. Септическими называют выкидыши, при которых инфекция вышла за пределы матки и имеются явные признаки генерализованного сепсиса (ознобы, сухой язык, иногда желтуха, тромбофлебит, наличие метастазов, бактерий в крови и др.).

Подобная классификация была бы правильной, если бы с бактериологической точки зрения было принято деление инфекции на путридную и септическую. Однако попытки такого деления инфекции отвергнуты. С клинической точки зрения подобная классификация неверна потому, что никогда нет абсолютной уверенности в том, что лихорадочный выкидыш не перейдет в септический и не всегда клинически (за отсутствием абсолютных объективных признаков) можно точно сказать, перешла ли инфекция за пределы матки.

В настоящее время принято различать<sup>1</sup>:

1) неосложненный инфицированный выкидыш (инфекция гнездится в пределах матки);

2) осложненный инфицированный выкидыш (инфекция вышла за пределы матки, но процесс остается местным);

3) септический аборт (инфекция носит генерализованный характер — септицемия, пиемия).

При оценке клинической картины в каждом отдельном случае, наряду с другими симптомами, следует учитывать характер температуры, частоту пульса, степень открытия шейки (закрытый или раскрытый шейный канал).

Исходя из того, что инфицированный выкидыш чаще является преступным, рекомендуется в каждом случае выкидыша производить осмотр шейки в зеркалах с целью установления наличия следов постороннего вмешательства.

Во всех случаях, где имеется подозрение на преступное вмешательство, рекомендуется введение с профилактической целью противостолбнячной, а также противоанаэробной антитоксической сыворотки (100 000 АЕ). При отсутствии противоанаэробной сыворотки назначают большие дозы сульфаниламидов и пенициллинотерапию.

Вопрос об искусственном инфицированном выкидыше был предметом обсуждения 1-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР, который вынес следующее решение. Рациональ-

---

<sup>1</sup> Решение 1-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР от 27—30/X 1944 г., состоявшегося в Москве.

ная терапия выкидыша должна: 1) предупреждать распространение инфекции за пределы матки; 2) предупреждать развитие послеабортного сепсиса; 3) сохранять детородную функцию женщины.

При осложненном инфицированном выкидыше рекомендуется консервативный метод лечения, так как активное лечение, состоящее в инструментальном удалении частей плодного яйца, дает осложнение в 50% случаев.

При пельвеоперитоните, сопровождающемся образованием заматочного абсцесса после предварительной пункции заднего свода, проводится кольпотомия, при перитоните — чревосечение. При подозрении на перфорацию при преступном выкидыше показано чревосечение.

По вопросу о лечении неосложненного инфицированного выкидыша полного единого мнения во взглядах среди авторов не существует. Многие акушеры-гинекологи придерживаются чисто консервативных методов, исключая абсолютно какие бы то ни было внутриматочные вмешательства. Сторонники консервативного лечения допускают лишь применение медикаментозных средств (хинин, акрихин, сульфаниламидные препараты, пенициллин, стрихнин, атропин) и гормонов (питуитрин, тимофизин, эстрогенные препараты и др.) с целью воздействия на мускулатуру матки, чтобы добиться самопроизвольного, наиболее быстрого изгнания частей плодного яйца. Одновременно с этим принимают меры к повышению защитных сил организма в борьбе с инфекцией, что достигается путем рационального питания в смысле калорийности и содержания витаминов и назначением бактерицидных и бактериостатических средств.

Только при сильном кровотечении, угрожающем здоровью и жизни больной, допускается немедленное опорожнение матки. После удаления из матки плодного яйца или его остатков назначают лечение, направленное к локализации инфекции (строгий постельный режим, противовоспалительные и сокращающие средства и др.).

Некоторые клиницисты склоняются в пользу применения инструментального внутриматочного вмешательства с целью удаления остатков плодного яйца, которые, по их мнению, обуславливают инфицирование организма женщины и являются причиной возникновения всякого рода осложнений. При этом одни стоят за вмешательство без всякого промедления, конечно, при отсутствии распространения инфекции на матку и за ее пределы, другие выжидают и наблюдают за больной в течение 1—3 суток, чтобы убедиться в отсутствии осложнений в матке и за ее пределами, и только после этого производят выскабливание, независимо от наличия высокой температуры и обнаружения в крови микробов, и, наконец, некоторые клиницисты приступают к операции лишь через несколько суток после установившегося безлихорадочного периода.

Таким образом, инструментальное опорожнение матки от остатков плодного яйца при неосложненном инфицированном выкидыше большинством авторов не отрицается, расхождение имеется лишь в установлении срока для вмешательства. Клинический опыт показывает, что длительно задержавшиеся остатки плодного яйца, равно как и децидуальная ткань, при раскрытом шеечном канале представляют собой благоприятную питательную среду для развития бактерий, в частности, сапрофитов. Удаляя из полости матки остатки плодного яйца, мы тем самым освобождаем ее от инфекции, но одновременно с этим при выскабливании наносим тканям матки травму или нарушаем естественный защитный барьер, состоящий из лейкоцитов и фибрина и препятствующий внедрению инфекции в кровеносные и лимфатические пути матки. При удалении инфицированных остатков плодного яйца создаются, таким образом, условия для генерализации инфекции. Некоторые авторы полагают, что сапрофитная флора не приносит большого вреда организму женщины; сапрофиты вегетируют исключительно на мертвом субстрате, их совершенно не находят в «живых» ворсинках, которые не потеряли связи с маткой. Живые ворсинки обладают, повидимому, бактерицидностью и большой резистентностью к микробам. Паразитарные же микробы при несвоевременном удалении ворсин (будучи вирулентными) могут проникать вглубь матки и способствовать генерализации инфекции (А. Гофман).

Выскабливание матки нередко сопровождается значительным повышением температуры и ознобом, после чего появляются и другие признаки, указывающие на распространение инфекции на матку или за ее пределы. В других случаях, наоборот, после выскабливания температура падает и вскоре наступает выздоровление больной. Все дело заключается в том, какие виды микроорганизмов вегетируют в полости матки и насколько выражены местные и общие иммунобиологические силы организма. Для живого организма представляют опасность не сапрофитные формы микробов, как правило, гнездящиеся в мертвом субстрате плодного яйца и децидуальной ткани, а жизнедеятельные микробы паразитарной формы, которые при несвоевременно принятом оперативном вмешательстве проникают вглубь матки и за ее пределы, вызывая тяжелые осложнения.

Поэтому немедленное вмешательство без учета общего состояния больной и состояния полового аппарата должно быть категорически отвергнуто. Мы полагаем, что активное вмешательство при инфицированном неосложненном выкидыше следует предпринимать лишь через 3—7 суток после установившегося безлихорадочного периода при отсутствии воспалительных явлений как в самой матке, так и за ее пределами. Только наличие сильного кровотечения или повторные значительные кровопотери служат показанием к немедленному выскабливанию матки.



Ближайшие результаты отдельных методов ведения инфицированного выкидыша видны из материалов Свердловского института О.М.М (1 323 случая), разработанных Ильфанд (табл. 3).

Таблица 3

Метод ведения инфицированного выкидыша	Заболеемость (в %)		Смертность (в %)
	местная	общая	
Активный . . . . .	1,9	4,4	3,3
Выжидательный . . . . .	1,7	0	0
Консервативный . . . . .	11,5	3,2	0

## 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

### Пузырный занос (*mola hydatidosa*)

Пузырный занос представляет собой своеобразное превращение ворсинок в гроздевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков (рис. 33).



Рис. 33. Пузырный занос.



Рис. 34.

а — нормальная изолированная ворсинка; б — ворсинка при пузырном заносе.

Величина пузырьков колеблется от просяного зерна до крупного винограда, а иногда доходит до более значительных размеров. Пузырьки связаны между собой посредством древовидных стволов, имеющих сероватый цвет (рис. 34). Они содержат прозрачную жидкость, в которой можно определить альбумин и муцин (в среднем 1% муцина). Пузырный занос встречается в 0,05—0,06% случаев беременности.

Различают две формы пузырного заноса: 1) перерождена только часть ворсинок, 2) перерождение захватывает все ворсин-

ки. Полный пузырьный занос развивается в первые месяцы беременности, когда хорион на всей периферии яйца бывает снабжен ворсинками: частичный занос возникает лишь после того, как произойдет разделение ворсистой оболочки на *chorion frondosum* и *chorion laeve*, т. е. после 3 месяцев беременности. Ввиду этого клиническая картина различна: при полном пузырьном заносе плод всегда погибает, при частичном — плод иногда может родиться живым и жизнеспособным.

Гистологическое строение пузырьного заноса. По гистологической картине это своеобразное изменение ворсистой оболочки заключается в разрастании синцития и лангхансовского слоя (гипертрофия ворсинок); строма подвергается главным образом отеку. Стенка каждого пузырька состоит из остатков соединительной ткани — стромы бывшей ворсинки, снаружи покрытой разрастаниями клеток лангхансовского слоя и синцития, беспорядочно перемешанных между собой. Нередко разрастания клеток и синцития подвергаются некрозу и дегенерации. Стволики, соединяющие отдельные пузырьки, точно так же происходят из хориона и представляют собой не что иное, как перерожденные его ворсинки. Наряду с этим, происходят изменения в соответствующих участках *decidua*: прорастающая пузырьками *decidua* атрофируется, истончается, пронизывается кровоизлияниями, а местами разрушается от воздействия протеолитических ферментов, выделяющихся при распаде клеток измененных ворсинок хориона.

Гистологическая картина при пузырьном заносе не везде одинакова. В одних случаях стенка пузырька покрыта однослойным эпителием, в других наблюдается многослойный эпителий и сложная строма, в которой встречаются большие круглые или полигональные клетки с эксцентрически расположенными одним или двумя ядрами и большими вакуолями. Этим особенностям придавали прогностическое значение в смысле злокачественности, однако это предположение не подтвердилось.

В большинстве случаев пузырьки бессосудистые или слабо снабжены сосудами; сосуды наблюдаются преимущественно в ножках пузырьков. Однако встречаются также пузырьки с хорошо развитой сосудистой сетью.

Степень развития сосудов зависит от срока развития пузырьного заноса: при раннем имеются бессосудистые образования, при позднем — значительное развитие сосудистой сети (Боршевская).

Причины пузырьного заноса. Причины перерождения ворсин хориона и образования пузырьного заноса до сих пор еще полностью не выяснены. Развитие пузырьного заноса раньше связывали исключительно с сифилисом, нефритом, хлорозом, анемией и т. д. В последнее время господствуют два взгляда. Одни видят причину пузырьного заноса в воспалительных изменениях маточной стенки (*endometritis decidualis*), а перерождение вор-

синок считают явлением вторичного происхождения. В пользу указанного взгляда говорят факты повторения этой болезни у одной и той же женщины (4—11 раз) даже при оплодотворении от разных мужчин. Полагают, что слизистая оболочка матки не всегда поражается на всем протяжении, что рядом с пораженными остаются здоровые участки, где яйцо может развиваться нормально. В качестве доказательства последнего предположения можно привести случаи двуяйцевой беременности, при которой одно яйцо было перерождено, второе же было здоровым.

Сторонники второй теории видят причину развития пузырьного заноса в первичном заболевании яйца или вторичных изменениях, возникающих при остановке развития яйца. Некоторые авторы считают, что яйцо заболевает еще в яичнике, а затем уже происходит неправильное разрастание ворсин, сопровождающееся изменением эпителия и разрушением их стромы. Защитники этого взгляда указывают на то, что при пузырьном заносе нередко наблюдается двустороннее мелкокистозное перерождение яичников; особенно обильное развитие в последних лютеиновой ткани может быть причиной чрезмерной деятельности хориального эпителия. В таких случаях яичники определяются в виде шаровидных или колбасовидных опухолей с бугристой поверхностью.

Большинство современных акушеров считает изменения в яичнике явлением вторичного происхождения; они склонны объяснять их изменениями свойств хориального эпителия. Во всяком случае в настоящее время не представляется возможным окончательно решить, где лежит первопричина заболевания — в самом яйце или в воспалительных изменениях маточной стенки. Несомненно, здесь играют роль не только местные, но и общие условия, сводящиеся к ослаблению защитных приспособлений в организме беременной (Груздев). Этим, может быть, объясняется возникновение значительных скоплений лютеиновых клеток в яичниках, связанное с ненормальной деятельностью плацентарных элементов — ворсин. Разрастание лютеиновых клеток усиливает продукцию липоидов. В то время как при нормальной беременности гипертрофируются только лютеиновые образования от последней овуляции, при пузырьном заносе гипертрофируются также не успевшие исчезнуть лютеиновые клетки, заключающиеся в рубцах от желтых тел и возникшие вследствие прежних овуляций. По удалении пузырьного заноса нередко усиливается рост кист желтого тела, которые многие акушеры удаляют (последние операции не требуют, так как исчезают сами по себе в течение нескольких недель). Необходимо отметить, что в некоторых случаях ворсины прорастают даже мышцы и серозный покров матки, распространяясь преимущественно по венам (*mola hydatidosa destruens*, рис. 35); развитие этой «разрушающей» злокачественной формы, повидимому, стоит в связи с потерей слизистой оболочкой

физиологической способности задерживать и ограничивать рост ворсин.

Чрезмерное развитие лютеиновой ткани в яичниках и значительно повышенная секреция последних, с одной стороны, а также деятельность синцития — с другой, приводят к тому, что при пузырном заносе наблюдается ряд симптомов (водянка, альбуминурия), характерных для токсемиков, что дает право некоторым авторам отнести пузырный занос к расстройствам токсического происхождения (Львов и Кетлинский, Улезко-Строганова и др.).

Более расположены к пузырному заносу пожилые беременные, хотя некоторые авторы, наоборот, считают восприимчивым возраст в 20—30 лет. Нередко пузырный занос наблюдается у нерожавших (Майзель и Пратусевич).

**Распознавание.** При имеющемся пузырном заносе яркими клиническими симптомами служит увеличенная сверх нормы матка, не соответствующая сроку беременности, и часто сильные кровотечения с отхождением пузырьков. Кровотечение начинается обыкновенно со второго месяца беременности и достигает наивысшей степени ко времени изгнания заноса, происходящего чаще на третьем—четвертом месяце. Иногда пузырный занос задерживается в матке на более продолжительное время, даже сверх нормаль-



Рис. 35. Пузырный занос (деструктивная форма).

ного срока беременности. Однако нередко кровотечение вовсе отсутствует или бывают грязные, буроватого цвета выделения.

Помимо наружного кровотечения, при *mola hydatidosa destruens* может быть и внутреннее кровотечение, так как разъедающее действие ворсин приводит к перфорации маточной стенки и вызывает кровоизлияния в брюшную полость.

Кроме того, отмечается своеобразная тугоэластическая консистенция матки (при нормальной беременности консистенция тестоватая). Если пузырный занос развивается во второй половине беременности, то не представляется возможным прощупать части плода и выслушать его сердцебиение, которое по сроку беременности должно существовать. Беременная сама не ощущает движения плода.

При пузырьном заносе иногда имеют место другие симптомы, характерные для токсикозов: белок в моче, рвота, отеки на ногах, резкое исхудание. При пузырьном заносе в 30% наблюдается наличие перигоратхиа gravidarum. Временами беременную беспокоят боли в пояснице, которые к моменту изгнания пузырьного заноса усиливаются. Более точных симптомов для диагноза не имеется.

**Дифференциальный диагноз.** При отсутствии ярких симптомов пузырьного заноса возможны диагностические ошибки. Повод к ошибкам могут дать выкидыши с кровоизлиянием в полость матки, вызывающим ее растяжение, многоплодная беременность, опухоли беременной матки, острое многоводие, неправильное определение срока беременности. Против выкидыша с кровоизлиянием в полость матки будет говорить быстро растущая при пузырьном заносе матка и ряд других клинических симптомов. При многоплодной беременности (роды двойней) рост матки совершается медленнее, чем при пузырьном заносе, обычно не бывает кровотечений, а во второй половине беременности удастся выслушать сердцебиение и ощупать части плода; беременная в это время отмечает движение ребенка. Существенную помощь в таких случаях оказывает рентгеновский снимок.

В пользу опухоли в большинстве случаев говорят анамнез, клиническое течение (упорство и продолжительность кровотечения) и данные объективного исследования.

При остром многоводии, которое развивается во второй половине беременности, наблюдается ясная флюктуация, женщина чувствует движение плода, кровотечений обычно не наблюдается, иногда удается выслушать сердцебиение плода. Диагностические ошибки в определении срока беременности устраняются при повторном исследовании беременной; при этом выявляется отсутствие характерных признаков пузырьного заноса.

При нормально протекавших родах на вышедшем последе иногда удается отметить частичное перерождение ворсинок в пузырьки.

**Прогноз.** Пузырный занос — очень серьезное осложнение. Предсказание при нем тем хуже, чем дольше он остается в полости матки, так как нередко пузырьный занос может явиться источником для развития хорионэпителиомы. Опасность повышается при разъедающей форме пузырьного заноса.

Смертность при пузырьном заносе определяется приблизительно в 10%. Смерть от кровотечения при пузырьном заносе отмечается в исключительных случаях, чаще наблюдаются септические заболевания в результате разложения задержавшихся остатков ткани, крови и фибриновых сгустков. В литературе имеются указания о возможности развития тромбоза, а иногда и приемических заболеваний.

Задача врача состоит в том, чтобы избавить беременную от истощающих ее кровотечений и полностью удалить измененное

яйцо. В дальнейшем женщина, у которой был пузырьный занос, должна находиться не менее 6 месяцев под наблюдением врача, чтобы тотчас же при наступлении характерных признаков хорионэпителиомы получить радикальную помощь.

Хорионэпителиома чаще всего появляется на 6—8-й неделе после удаления или рождения яйца, значительно реже — через год и больше. Поэтому многие авторы рекомендуют наблюдать за женщиной, имевшей пузырьный занос, не менее 1½—2 лет. У этих женщин необходимо периодически исследовать мочу при помощи реакции Цондек-Ашгейма.

**Лечение.** Выделение пузырьного заноса без вмешательства происходит в 50—70% всех случаев. Для ускорения изгнания перерожденного плодного яйца надо усилить имеющуюся сократительную деятельность матки. Активное вмешательство уместно лишь при повышении температуры и кровотечении.

Ввиду того что часто приходится встречаться с разъедающей формой пузырьного заноса, все манипуляции должны производиться с осторожностью. Лучше всего отслойку и выделение пузырьного заноса производить пальцевым способом. Если кровотечение очень сильное и шейечный канал достаточно открыт, а часть яйца находится в нем, то, помимо пальцевого способа, изгнание яйца можно ускорить путем осторожного выжимания наружными приемами.

К инструментальному способу может прибегать только врач, в совершенстве владеющий оперативной техникой и имеющий соответствующий инструментарий (тупая большая кюретка). В случаях неотложных (значительное или сильное кровотечение) при неподатливой шейке применяют расширение или рассечение шейечного канала, а в исключительных случаях — влагалищное кесарево сечение. Если матка после операции хорошо сократилась и полость ее совершенно свободна от частей заноса, тампон вводить не следует; там же, где такой уверенности нет и к тому же имеется кровотечение, введение тампона желательны, так как он будет способствовать сокращению матки и выведению остатков пузырьного заноса. Тампон оставляют в матке не свыше 6 часов; в случаях значительного кровотечения уместно введение на несколько минут эфирного тампона.

Внутри или подкожно назначают препараты спорыньи, адреналин и пенициллин; рекомендуется введение питуитрина. Промывания жидкостями полости матки не делают во избежание попадания раствора в брюшную полость.

В случаях, когда пузырьный занос достиг громадных размеров и пузырьки распространяются до брюшинного покрова, производят экстирпацию матки.

Кисты яичников, развивающиеся при пузырьном заносе, удалять не нужно; обычно с ликвидацией пузырьного заноса они исчезают. В литературе известны случаи (Рабинович, С. П. Виноградова), когда наблюдался рост кист и после удаления пузырь-

ного заноса. При нарастающей кахексии и росте опухолей необходимо их удалять вместе с маткой во избежание развития хорионэпителиомы.

### Хорионэпителиома (chorionepithelioma)

Возможность перехода пузырного заноса в хорионэпителиому, наиболее злокачественную форму из всех новообразований, встречающихся в человеческом организме, требует от врача точного и умелого распознавания.

Хорионэпителиома развивается, как показывает само название, из эпителия хориона. В анамнезе этого новообразования обязательно имеется беременность; синцития не может быть там, где не было или нет беременности. В 15% случаев (а по данным Улезко-Строгановой, в 50%) пузырный занос является источником развития хорионэпителиомы. Однако хорионэпителиома может развиваться у женщин, не имевших пузырного заноса. Особенно предрасположены к развитию этой опухоли женщины, перенесшие неоднократно выкидыш. По данным Бурдзинского, в 42% случаев хорионэпителиома развивается как следствие пузырного заноса, в 33% — после выкидыша и в 25% — после срочных и преждевременных родов.

Выше указывалось, что беременные, у которых был пузырный занос, подлежат непрерывному наблюдению врача не менее 6 месяцев с периодическими исследованиями у них мочи по биологическому методу Цондек-Ашгейма; с помощью этого метода можно точно поставить диагноз не только пузырного заноса, но также распознать развивающуюся хорионэпителиому.

При пузырном заносе количество фолликулина в 10 раз больше, чем при нормальной беременности.

После удаления пузырного заноса врач должен через 10 дней исследовать мочу на реакцию Цондек-Ашгейма. Через 10 дней эта реакция должна быть отрицательной как после окончания нормальной беременности, аборта, так и после пузырного заноса. Если через 10 дней после удаления пузырного заноса реакция осталась положительной, то это доказывает, что пузырный занос удален не полностью или что на почве пузырного заноса развивается злокачественная хорионэпителиома. Хорионэпителиома может развиваться не только из задержавшихся в организме элементов яйца после аборта, во время родов, но и во время беременности (как нормальной, так и патологической).

А. Э. Мандельштам в монографии, посвященной хорионэпителиоме матки, приводит 9 случаев, лично им прослеженных, в которых развитие злокачественной опухоли и метастазы во влагалище наблюдались во время нахождения пузырного заноса в полости матки.

Причины развития хорионэпителиомы те же, что и при пузырном заносе; ослабление защитных сил организма при ней выра-

жено еще значительнее. Обыкновенно прорастание ворсинок происходит только до границы, образованной децидуальными клетками и некротическим слоем. В некоторых случаях это задерживающее влияние оказывается недостаточным, эпителиальные элементы ворсинок проникают глубже, в результате возникают метастазы, иногда почти во всех органах.

Помимо местных защитных приспособлений, в организме беременной вырабатываются специфические иммунные тела — синцитиолизины, которые разрушают элементы ворсин, занесенные в различные участки тела.

При хорионэпителиоме эти синцитиолизины в организме отсутствуют (сыворотка неспособна растворять молодые плацентарные клетки).

При хорионэпителиоме в большинстве случаев прежде всего поражается матка, значительно реже поражаются трубы и яичники. В редких случаях опухоль развивается вне матки; последняя остается здоровой.

В случае, наблюдавшемся мной и вошедшем в монографию А. Э. Мандельштама, опухоль первично развилась на передней стенке влагалища влево от средней линии, а позже (через несколько дней) — в области правой бартолиниевой железы.

Новообразование чаще наблюдается у многорожавших в возрасте 31—40 лет. При хорионэпителиоме, точно так же как и при пузырьном заносе, отмечается кистовидное перерождение яичников.

Макроскопически хорионэпителиома представляется либо в виде обособленных узлов, более или менее вдающихся в полость матки, либо в виде диффузных разрастаний в толще маточной стенки (атипическая форма). Опухоль бывает величиной от горошины до кулака. А. Э. Мандельштам приводит случай, где опухоль была величиной с голову взрослого. В том и другом случае ткань опухоли отличается рыхлостью, пропитана кровью, с периферии отмечается склонность к распаду и нагноению. Наклонность хорионэпителиомы к кровотечениям настолько велика, что нередко ее узлы макроскопически можно принять за геморрагические фокусы.

Ни при одном новообразовании не отмечается такой склонности к метастазам, как при хорионэпителиоме.

Расположение опухоли в материнских сосудах и хрупкость ткани создают благоприятные условия для отторжения кусочков опухоли и переноса их в различные участки организма. Занос отторгнувшихся кусочков происходит преимущественно венозным путем. Чаще всего метастазы отмечаются в легких и во влагалище.

Микроскопическая картина хорионэпителиомы бывает разнообразной. В типичной опухоли синцитий и лангхансовский слой по виду и расположению напоминают таковые в раннем периоде беременности; в атипичной опухоли эпителий встречается лишь



в виде изолированных клеток. Ткань опухоли построена из клеток синцития и лангхансовских клеток; в редких случаях в состав опухоли входит и соединительная ткань эндохориона. По соседству с периферией опухоли, в материнской ткани, располагаются различной формы крупные клетки, так называемые блуждающие синцитиальные элементы. Помимо этого, в опухоли имеются некротические участки, мелкоклеточковая инфильтрация около сосудистых полостей, внутри которых располагаются опухолевые скопления. Видны также участки свежей и свернувшейся крови.

**Симптомы.** Одним из симптомов, по поводу которого женщины обращаются к врачу, является кровотечение. Оно бывает иногда весьма значительным и вызывает нередко резкую анемию или даже смертельный исход. Усиленный распад ткани матки делает кровянистые выделения грязными и зловонными. В промежутке между кровотечениями выделяются сукровичные бели с гнилостным запахом. Кровопотеря и отравление организма всасывающимися продуктами распада приводят к исхуданию больной, и чем резче выражены эти явления, тем сильнее истощение организма; в запущенных случаях наблюдается даже кахексия. Нередко наружное кровотечение может вовсе отсутствовать, что объясняется выделением крови через разрушенный участок стенки матки в брюшную полость. Кровотечения обычно бывают сильные и неправильные. Боль возникает только в тех случаях, когда опухоль сдавливает крупные нервные стволы. Нередко имеется лихорадочное состояние; в моче определяется белок. Увеличение матки не всегда бывает резко выражено, равно как и образование отдельных бугров. Поражение других органов отмечается в запущенных или в весьма быстро протекающих случаях (злокачественных); метастазы чаще всего обнаруживаются в легких. Решающим диагностическим моментом является микроскопическое исследование (пробный соскоб), которое помогает выявить картину заболеваний. Точно так же большую пользу может принести и биологическая гормональная проба, т. е. реакция Цондек-Ашгейма, при помощи которой в моче больных определяется гонадотропный гормон передней доли гипофиза.

В яичниках инфантильной мыши через 2 часа после введения мочи исследуемой женщины обнаруживаются зрелые фолликулы — первая стадия реакции Цондек-Ашгейма. Матка мыши представляется увеличенной, во влагалище обнаруживаются безъядерные эпителиальные глыбки, характерные для стадии течки. Через 80—90 часов в фолликулах определяются кровоизлияния величиной с булавочную головку, видимые обычно простым глазом, — вторая стадия реакции. В дальнейшем наблюдается лютеинизация клеток фолликулов, образуются желтые тела — третья стадия реакции.

Реакция для определения нормальной беременности производится следующим образом. Пяти инфантильным мышам — сам-

кам четырехнедельного возраста (вес мышей в этом возрасте равен 6—7 г) вводят мочу исследуемой женщины. Каждый раз вводят подкожно от 0,2 до 0,4 см<sup>3</sup>. Всего делают 6 инъекций с промежутком в 8 часов.

Спустя 96—100 часов после первой инъекции мышей вскрывают. Невооруженным глазом или с помощью лупы на яичниках обнаруживают зрелые пузырькообразные фолликулы с кровоизлияниями в них.

Наличие зрелых фолликулов без кровоизлияний неубедительно, так как они могут наблюдаться и при отсутствии беременности. Лишь при наличии кровоизлияний можно считать, что у исследуемой женщины имеется беременность.

При пузырьном заносе реакция Цондек-Ашгейма оказывается положительной и при введении указанных количеств мочи, разводимой 1 : 100.

Для ускорения реакции Цондек предложил обрабатывать мочу эфиром. К 30 см<sup>3</sup> исследуемой мочи прибавляют 100 г эфира; после выпаривания к этой смеси прибавляют до 3% виноградного сахара. Подобная обработка ускоряет реакцию и через 48 часов вызывает вышеописанные изменения в яичниках.

Первые симптомы хорионэпителиомы появляются преимущественно в течение первого года после окончания беременности — в 87% (в первые два месяца около 7%), и в 13% они наблюдаются в последующие годы. В немногих случаях заболевание проявляется в климактерическом возрасте спустя 8—13 месяцев после прекращения менструаций (Строганов). Смерть может наступить спустя полгода после появления первых признаков заболевания.

**Д и а г н о з.** Как уже отмечено, распознать сразу хорионэпителиому представляется нелегкой задачей, и только обстоятельное клиническое наблюдение совместно с пробным соскобом и постановкой реакции Цондек-Ашгейма дает возможность правильно диагностировать заболевание. При постановке диагноза надо исключить плацентарный полип и внематочную беременность (трубную и яичниковую). Тут помогает микроскопическое исследование, анамнез и клиническая картина. Образование метастазов в легком характеризуется кровохарканием (почти без повышения температуры) при отсутствии туберкулезных палочек. Поверхностные опухоли влагалища определяются чаще на втором, даже на третьем месяце после прекращения беременности, эти образования имеют синевато-красный, багровый цвет, склонны к распаду, весьма кровотоочивы и безболезненны.

**Л е ч е н и е.** Единственно целесообразным лечением хорионэпителиомы является своевременное радикальное лечение хирургическое вмешательство путем чревосечения. Но не всегда клиническая картина является настолько ясной, чтобы можно было без колебаний поставить диагноз хорионэпителиомы. Имеют место случаи с атипической картиной клинического течения и не всегда разви-

тие опухоли бывает в полости матки. Нередки случаи внематочного развития опухоли — в фаллопиевой трубе, в параметрии. В этих случаях гистологическое исследование прямого ответа на вопрос не дает.

Диагноз хорионэпителиомы нередко затрудняется тем, что гистологическое исследование не всегда дает возможность сделать категорический вывод, что ставит в тяжелое положение врача-акушера.

Не лучше обстоит дело и тогда, когда надо рано распознать рецидив или получить уверенность в благоприятном исходе операционного случая (контроль за лечеными больными). Биологическая гормональная проба Цондек-Ашгейма является ценным подспорьем в этом отношении.

Оперирование через брюшную стенку имеет несомненное преимущество, так как дает возможность провести операцию радикально и в то же время бережно и тем самым избежать диссеминации частиц опухоли. Мандельштам в своей монографии подчеркивает необходимость по возможности избежать разминания матки при операции. Удаление матки он производит после предварительного зажатия широких связок (параллельно ребрам матки) длинными клеммами, за которые матка подтягивается кверху; яичниковые сосуды (*vasa spermatica*) перевязывают и пересекают.

После перевязки круглых связок надсекают широкие связки (последовательно — сначала с одной, затем с другой стороны) и листки ее раздвигают. Отыскивают и перевязывают *venae et arteriae hurogastricae*; необходимо также перевязать крестцово-маточные связки. Матку вместе с придатками и верхней третью влагалища удаляют, а рану дренируют через влагалище. Во всяком случае выбор метода зависит от техники оператора и особенностей данного случая.

Наличие метастазов не является противопоказанием к радикальному оперативному вмешательству. Необходимо помнить, что так называемые инфильтраты в параметрии при хорионэпителиоме представляют не что иное как тромбоз вен параметрия, который хорошо поддается оперативному лечению. Что касается легочных метастазов, то они нередко исчезают после ликвидации основных участков новообразования, а также часто поддаются лечению рентгеновыми лучами.

Оперативному вмешательству, как правило, должно предшествовать хотя бы однократное переливание крови, чтобы улучшить состояние больной, ослабленной кровопотерями. В послеоперационном периоде переливание крови должно быть повторено.

Нередко осложняющим моментом для оперативного лечения является лихорадочное состояние (высокая температура, нередко с ознобом) и гнилостные выделения. Подобное клиническое течение, повидимому, вызывается омертвением и распадом опухоли,

а потому удаление таких безвредных очагов необходимо, так как операция может спасти больную, между тем как длительное выжидание до исчезновения указанных явлений (обычно, впрочем, не исчезающих) только ускоряет печальный исход.

По данным Мандельштама, из 11 больных выжило 6; из них прослежено длительное время 4 больных. По Бурдзинскому, из 263 больных 106 (40,6%) погибли без применения всякого или только оперативного пособия, так как время для лечения было упущено. Из 157 больных, подвергшихся тому или иному радикальному лечению, выздоровело 97 (61,8%), умерло 60 (38,2%). Стойкое выздоровление (срок наблюдения 2 года после операции) отмечалось Бурдзинским в 40,2%, хотя во многих случаях имелись многочисленные метастазы во влагалище, яичники, отмечались явления в легких и др. Причинами смертельного исхода являются кровотечения, сепсис, метастазы.

Процент стойких выздоровлений после радикального хирургического вмешательства при хорионэпителиоме разными авторами определяется от 40 до 60. Послеоперационные рецидивы обнаруживаются обыкновенно в срок не более 2 лет. В запущенных случаях, помимо радикального лечения, уместно следующее применение лучистой энергии (рентген, радий).

В послеоперационном периоде больные должны получать усиленное питание, причем в состав пищевого рациона включается сырая печень и витамины. Из лекарственных веществ применяют все средства, которые направлены на борьбу с последствиями анемии. Желательны повторные переливания крови дробными дозами (по 90—120 см<sup>3</sup>). Подвергавшиеся оперативному, а также и неоперативному лечению должны каждые 3—4 недели проходить контроль при помощи биологического анализа мочи.

### **Несостоявшийся выкидыш (missed abortion) и задержавшиеся роды (missed labour)**

Несостоявшийся выкидыш представляет собой заболевание, при котором плодное яйцо погибает уже в относительно ранние сроки беременности, но изгнания его все же не происходит, несмотря на кровотечение, указывающее на начавшийся выкидыш. Яйцо может оставаться в матке несколько месяцев, иногда даже лет. Если прежние авторы категорически отрицали возможность длительной задержки плодного яйца в полости матки, то современные авторы придерживаются противоположной точки зрения.

Говоря об изменениях яйца при задержке его в матке, нельзя обойти молчанием вопрос о плоде, который при этом подвергается различным превращениям. При ранних выкидышах

(до 2 месяцев) плод может рассосаться. Какой процесс при этом происходит, еще не установлено. В более поздние сроки плод подвергается, в зависимости от отсутствия или наличия в матке бактерий, процессу мацерации или ихорозному распаду.

При мацерации покровы плода имбибируются, наступает аутолиз; околоплодные воды получают, благодаря гемолизу, кровавую окраску, пуповина буреет, цвет кожи становится красным — *foetus sanguinolentus*.

Значительно реже при несостоявшемся выкидыше наблюдается мумификация плода, когда околоплодные воды всасываются, плод сморщивается, высыхает, кожа его тесно прилегла к костяку, туловище уплотняется; этот процесс чаще всего наблюдается на плодах старше 3 месяцев (рис. 36). Еще реже наблюдается скелетирование, распадение мягких частей с обнажением костей, которое бывает и без доступа бактерий. В единичных случаях наблюдается окаменение плода (*lithopaedion*) с отложением солей как в тканях плода, так и в оболочках яйца (*kelyhopaedion*).



Рис. 36. Бумажный плод (собственное наблюдение).

Причины отмирания и длительного задержания плодного яйца весьма разнообразны и не всегда поддаются выяснению. Из литературных данных видно, что одни авторы считают причиной несостоявшегося выкидыша расстройство нервно-мышечного аппарата матки или его развитие ставят в связь с расстройством деятельности желез внутренней секреции — яичника, плаценты, гипофиза, надпочечников и щитовидной железы. Другие авторы видят причину в усилении регрессивных процессов в элементах плаценты. Наиболее убедительной теорией для понимания сущности несостоявшегося выкидыша является теория нейро-гуморальная. В крови у женщин в этих случаях имеется дефицит фолликулярного гормона, и применение фолликулина для изгнания отмершего яйца оказывается успешным.

При несостоявшемся выкидыше микроскопически в плаценте всегда отмечаются изменения, в частности, гиалиновое перерождение ворсинок и облитерация их кровеносных сосудов. Эти изменения происходят прижизненно постепенно; плодное яйцо

отмирает из-за прекращения притока питательного материала (Чукалов). Улезко-Строганова принимает эти изменения в ворсинках за посмертные, хотя изучение микроскопической картины говорит против этого предположения.

Наряду с некротическими ворсинками, иногда встречаются небольшие участки неизмененных ворсинок, которые при давно умершем плоде глубоко проникают в стенку матки. Удаление таких участков плаценты затруднительно. Несостоявшийся выкидыш в большинстве случаев встречается у многорожавших (в 80% случаев, по Булатову). Повидимому, в происхождении этого заболевания у повторнобеременных имеют значение изменения в стенке матки: усиленное разрастание соединительной ткани и замена ею мышечной. Несостоявшийся выкидыш у первобеременных наблюдается при врожденной гипоплазии матки.

**Клиническая картина.** Несостоявшийся выкидыш возникает совершенно неожиданно. Женщина, у которой наблюдалось явное прогрессирование беременности и существовали свойственные последней ощущения, отмечает, что они вдруг исчезли. Объективное исследование выявляет исчезновение существовавших признаков беременности. В подобных случаях женщина берется под наблюдение.

В противоположность пузырному заносу при несостоявшемся выкидыше несоответствие между сроком задержки месячных и величиной матки выражается уменьшенными размерами последней; это — главный симптом заболевания. В дальнейшем матка уменьшается все больше. Кровотечения и боли обычно появляются при отслойке яйца, чаще отмечаются «грязные» выделения (иногда с гнилостным запахом), чередующиеся с незначительными кровоотделениями. Повышения температуры обычно не наблюдается. С гибелью яйца беременная отмечает прекращение нагрубания грудных желез и исчезновение обычных субъективных признаков беременности. Состояние женщины угнетенное, ее беспокоят головные боли, она ощущает недомогание и упадок сил. Матка, вследствие всасывания околоплодных вод и прекращения обычной при нормальной беременности гиперемии и серозного пропитывания, становится значительно плотнее. Рано или поздно яйцо изгоняется из матки, причем самостоятельное изгнание совершается обычно в недели или месяцы, близкие к сроку окончания нормальной беременности.

Причиной задержки изгнания из матки отмершего плодного яйца является недостаточность моторной функции матки, обусловленная снижением ее возбудимости.

Поскольку фолликулин считается стимулятором ацетилхолина, он используется с целью возбуждения сократительной деятельности матки. Петченко указывает, что для успешного действия необходимо применять большие дозы фолликулина (от 6 000 до 30 000 МЕ), причем в меньшие сроки беременности

следует применять большие дозы и наоборот. Вместо фолликулина можно применять синэстрол.

Длительная задержка в полости матки доношенного мертвого плода (*missed labour*) наблюдается редко. В мировой литературе за последние 30 лет опубликовано лишь 26 случаев *missed labour*, в том числе 4 случая описаны отечественными авторами. Несомненно, что количество случаев *missed labour* значительно больше, но не все они публикуются.

Задержка наступления родов в срок зависит, повидимому, от резкого снижения возбудимости матки, обусловленной ослаженностью в работе центральных (коры и подкорки) и периферических (лежащих в самой матке) нервных и нервно-гормональных механизмов, как было показано исследованиями Г. М. Лисовской с помощью методов электрогистеро- и энцефалографии.

Смерть плода зависит от дегенеративных изменений в плаценте, в результате которых этот орган теряет способность доставлять плоду кислород и питательные вещества. Гибель плода зависит также от интоксикации его организма углекислотой и продуктами распада вследствие нарушения циркуляции крови в перезрелой и дегенерированной плаценте.

Умерший плод может задержаться в матке в течение длительного срока — от нескольких недель до нескольких лет. В случае, описанном Рабиновичем, плод находился в матке 15 месяцев, в случае Абрамова — 4 года, в случае Камерариуса — 46 лет (обнаружен при аутопсии старухи 96 лет).

Лечение. При несостоявшемся выкидыше рекомендуется выжидательный образ действия. Активное вмешательство следует применять только при особых показаниях со стороны половой сферы или общего состояния (сильное кровотечение, боль, повышение температуры и др.). Ухудшение общего состояния беременной служит показанием к срочному опорожнению матки. Больной надо разъяснить характер заболевания и вести за ней систематическое наблюдение. Манипулирование инструментами в полости матки должно производиться с большой осторожностью, так как при этом заболевании матка легко перфорируется (подобные случаи описаны в литературе). При задержавшейся беременности более позднего срока (*missed labour*) в целях возбуждения деятельности матки в некоторых случаях уместно назначение фолликулина, питуитрина, хинина, горячих влагалищных душей (45—46°). Применяют метрейриз и вливание за оболочки плодного яйца раствора риванола (1 : 4 000) в количестве 1 л и одновременно назначают средства, возбуждающие или усиливающие сократительную способность матки. Только в исключительных случаях, где требуется быстрое опорожнение матки (сильное кровотечение при незначительном открытии зева), прибегают к влагалищному кесареву сечению. Нередко приходится прибегать к ручному отделению плаценты.

### 3. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (GRAVIDITAS ECTOPICA S. EXTRAUTERINA)

Развитие плодного яйца вне полости матки представляет серьезную угрозу здоровью и жизни женщины. Несвоевременное оказание хирургической помощи может повлечь за собой смерть женщины от острого малокровия, развивающегося в результате внутреннего кровотечения на почве разрыва плодместилища.

По месту прикрепления оплодотворенного яйца различают беременность трубную, яичниковую, брюшную и в рудиментарном роге.

Яичниковая беременность (*graviditas ovarica*) развивается либо в фолликуле (в граафовом пузырьке, *resp.* желтом теле и *theca folliculi*), либо на свободной поверхности яичника. Брюшная беременность (*graviditas abdominalis s. peritonealis*) большей частью бывает вторичной, обычно она представляет исход трубной (разрыв ее, трубный выкидыш, отшнуровавшаяся беременная труба) или яичниковой беременности и встречается крайне редко. Плодместилище в одних случаях располагается в свободной брюшной полости, в других случаях при разрыве трубы и проникновении яйца между листками широкой связки плодместилище располагается межсвязочно. Еще реже встречаются случаи первичной брюшной беременности, так как условия для внедрения и развития яйца мало благоприятны (К. К. Скробанский, Улезко-Строганова). Внедрение ворсинок хориона и развитие яйца возможны только при особых изменениях брюшины. Внедрению и развитию яйца на брюшине способствует децидуальная реакция гетеротопии, так называемая эндометроидная гетеротопия.

Чаще всего встречается трубная беременность (*graviditas tubaria*), частота ее колеблется от 1,2 до 4,5% случаев по отношению к общему числу гинекологических больных (Цейтлин, Гентер, Какушкин, Канторович и Шатерник, А. Д. Аловский и др.).

В зависимости от места внедрения яйца в фаллопиевой трубе, различают: интерстициальную, или межзачаточную (*graviditas interstitialis*), истмическую (*graviditas isthmica*) и ампулярную, или трубно-яичниковую (*graviditas tuboovarialis*), беременность (рис. 37).

Под межзачаточной понимают беременность, развивающуюся в той части трубы, которая проходит в толще маточной стенки.

Ампулярная беременность развивается в раструбе фаллопиевой трубы и реже в пространстве между фимбриями трубы и яичником, особенно при срастании фимбрий. Трубно-яичниковая беременность развивается в пространстве между фимбриями трубы и яичником. Трубная беременность редко донашивается до конца; чаще всего она нарушается на IV—VI неделе бере-



менности, т. е. к началу следующей менструации, или с запаздыванием на несколько суток или даже недель. Прерыванию внематочной беременности благоприятствует анатомическое строение фаллопиевой трубы: слизистая трубы очень тонка и не имеет подслизистого слоя, благодаря чему ворсинки хориона непосредственно проникают в мышечный слой трубы и, в конце концов, прорастают его, разъедая при этом и кровеносные сосуды. К тому же децидуальные изменения образуются в слизистой оболочке не всегда на всем протяжении трубы, а лишь на отдельных ее участках (В. С. Груздев). В результате разрушения ворсинками кровеносных сосудов может возникнуть той или иной силы кровотечение (*ruptura tubae gravidae*). Степень кровотечения зависит от величины разрушенных ворсинками сосудов. При разрыве трубы известную роль играет механическое растяжение ее стенок растущим плодным яйцом, так как процессы гипертрофии и гиперплазии мышечных элементов трубы не идут параллельно с ростом плодного яйца. При полном разрыве трубы плодное яйцо, отслоившись полностью от места своего первоначального прикрепления, изгоняется в брюшную полость (при разрыве реже бывает частичная отслойка яйца). Это будет наружный разрыв плодовместилища. В других же случаях плодное яйцо, находящееся в трубе после отмирания, отслаивается от стенок трубы постепенно и изгоняется в брюшную полость антиперистальтическими сокращениями трубы через ее ампулярный конец. Возникает так называемый трубный аборт (*abortus tubarius*). В этих случаях внутрибрюшное кровотечение после изгнания яйца из трубы нередко прекращается. Плодное яйцо или плод, попав в брюшную полость, постепенно рассасывается. В отдельных, очень редких случаях плодное яйцо перемещается из ампулярной части трубы в брюшную полость и там продолжает развиваться, иногда до срока, свойственного обычной беременности. При этом плацента может прикрепляться и вне трубы — в различных участках брюшной полости и даже на печени. Обычно плод погибает, причем в ранний период беременности он может совершенно рассосаться; в более поздний срок беременности плод подвергается различным изменениям: мацерации или мумификации, а иногда даже окаменению. При внедрении же инфекции плод подвергается ганглиозному разрушению. Только в исключительных случаях удается извлечь

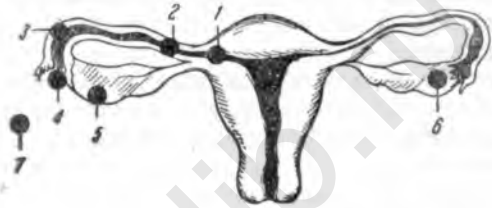


Рис. 37. Схематическое изображение возможных форм развития внематочной беременности.

1 — *graviditas interstitialis*; 2 — *graviditas tubaria isthmica*; 3 — *graviditas tubaria ampullaris*; 4 — *graviditas fimbriata*; 5 — *graviditas ovarica*; 6 — *graviditas abdominalis*; 7 — *graviditas tubo ovarialis*.

6 Неотлож. пом. при акушер. патол.

плод из брюшной полости живым. Однако развивающийся в брюшной полости плод является мало способным к внеутробному существованию и нередко имеет различные дефекты развития. Состояние женщины при внематочной брюшной беременности, донашиваемой до срока, всегда находится в большой опасности. Поэтому, как только диагноз поставлен, больную следует немедленно оперировать, не считаясь с состоянием плода и сроком беременности.

Иногда наблюдается сочетание внутриматочной и внематочной беременности. Диагностика в таких случаях чрезвычайно трудна. В отечественной литературе опубликованы случаи, когда после ликвидации хирургическим путем внематочной беременности внутриматочная беременность продолжала развиваться и заканчивалась срочными родами живым плодом.

Повторная внематочная беременность в другой трубе наблюдается в среднем в 4%; значительно реже отмечаются случаи развития повторной беременности в культе оставленной трубы, так как обычно удаляют полностью фаллопиеву трубу. В литературе описаны случаи многоплодной трубной беременности двойнею и тройнею.

Развитие трубной беременности преимущественно связано с разными изменениями в трубе, которые препятствуют свободному передвижению оплодотворенного яйца до полости матки. Яйцо застревает в каком-либо участке фаллопиевой трубы и начинает там развиваться. Задержка яйца в фаллопиевой трубе может быть вызвана как анатомическими, так и функциональными изменениями последней.

Анатомические изменения в трубах связаны прежде всего с врожденными особенностями женского организма, т. е. с инфантилизмом внутренних половых органов и с аномалиями их эмбрионального развития (добавочные трубы или слепые ходы по протяжению труб). Изменения в фаллопиевых трубах, способствующие возникновению внематочной беременности, развиваются чаще всего на почве перенесенных легких воспалительных процессов (катарральных) любой этиологии или, значительно реже, в результате травматических изменений эпителиальной поверхности труб. Первое место среди причинных моментов занимают послеродовые и послеабортные воспалительные процессы, а также воспалительные явления после перенесенных в детстве инфекционных заболеваний. Воспалительные процессы гонорройной этиологии бывают причиной возникновения внематочной беременности гораздо реже, так как при этом чаще происходит закрытие брюшного конца фаллопиевых труб. Гонорройная инфекция обычно ведет к бесплодию; только в ряде случаев гонорройное воспаление труб способствует возникновению внематочной беременности. В некоторых случаях поражение фаллопиевых труб, способствующее развитию вне-

маточной беременности, возникает в результате внутриматочных впрыскиваний иодной настойки. Наконец, причиной развития внематочной беременности может быть функциональная недостаточность труб — неспособность их совершать правильную сократительную работу, что влечет за собой застревание яйца в трубе. В нормальных условиях в истмико-ампулярном отделе фаллопиевых труб происходят маятникообразные, перистальтические (от яичника к матке), антиперистальтические (от матки к яичнику) и вращательно-поступательные (турбинальные) движения. В патологических условиях указанная функция яйцеводов нарушается, что приводит к застреванию в них продвигающегося оплодотворенного яйца. Наконец, внематочная беременность может развиваться на почве *coitus interruptus*, применяемого в качестве средства предохранения от беременности. Причина возникновения трубной беременности в этих случаях заключается в замедлении продвижения яйца и даже в застревании последнего в результате спазма трубных сфинктеров.

В специальной литературе имеются указания на возможность возникновения внематочной беременности в результате продувания труб. В этих случаях проходимость труб, восстановленная при повышенном давлении (180—200 мм ртутного столба), создает в дальнейшем благоприятные возможности лишь для проникновения сперматозоидов, но не всегда обеспечивает прохождение через трубы оплодотворенного яйца, которое может в них задержаться.

В редких случаях в поражении фаллопиевых труб может быть отведено место внутриматочным впрыскиваниям иодной настойки, на почве чего возникают эндосальпинксы и стойкие рубцовоспаечные процессы. Задержка яйца в фаллопиевой трубе может зависеть и от чрезмерно быстрого роста оплодотворенного яйца по пути продвижения его в полость матки. Это относится главным образом к случаям, когда яйцо попадает в трубу, расположенную в стороне, противоположной тому яичнику, из которого оно было выброшено. Причиной *migratio ovi externa* является обычно непроходимость трубы со стороны, где имеется свежее желтое тело. Но не всегда желтое тело при проходимой фаллопиевой трубе бывает с одноименной стороны. По данным А. Д. Аловского, желтое тело при трубной беременности на небеременной стороне отмечено в 37%.

В практике преимущественно приходится иметь дело с внематочной беременностью, развивающейся в фаллопиевой трубе, и значительно реже с другими ее разновидностями. В силу этого наше изложение будет касаться исключительно клиники ранних сроков трубной беременности.

Трубный аборт и разрыв трубы всегда сопровождаются внутренним кровотечением. В этом и заключается основная опасность внематочной беременности. Часть излившейся крови обычно скопляется вокруг трубы, образуя вокруг нее

слепок (*haematoma peritubarium*), а другая часть стекает в заднее дугласово пространство (*haematocele retrouterina*).

Одновременно с развитием оплодотворенного яйца в трубе происходят сопутствующие изменения в матке: она увеличивается в размере, гипертрофируется, становится более сочной, мягкой, а слизистая ее превращается в децидуальную оболочку, достигающую нередко толщины 1 см. При прерывании трубной беременности децидуальная оболочка нередко выходит из матки наружу целиком в виде слепка маточной полости. При гистологическом исследовании слепка обнаруживают одни лишь децидуальные клетки; элементы ворсин отсутствуют. Это обстоятельство имеет большое диагностическое значение: оно говорит о внематочной беременности и исключает наличие внутриматочной беременности.

Диагностика внематочной беременности трудна потому, что клиническое течение ее может быть крайне разнообразным. Особенности клинической картины внематочной беременности зависят от срока беременности, от места имплантации яйца и от того, нарушена ли она или еще развивается.

Клинически принято различать ненарушенную (прогрессирующую) и нарушенную трубную беременность.

### **Ненарушенная, или прогрессирующая, трубная беременность (*graviditas tubaria progressiva*)**

Распознать ненарушенную внематочную беременность в начальной стадии очень трудно, так как она не дает никаких характерных субъективных симптомов, кроме тех, которые свойственны вообще наступившей нормальной беременности, а объективные признаки симптомов, кроме тех, которые свойственны вообще наступившей нормальной беременности, а объективные признаки обычно отсутствуют. Только по мере развития трубной беременности представляется возможным определить одностороннее изменение формы и величины трубы, не сопровождающееся ни повышением температуры тела, ни другими явлениями, сопутствующими воспалению придатков. Беременная труба располагается обычно сбоку и несколько кзади от матки. В зависимости от места внедрения плодного яйца по протяжению трубы (интерстициальная, истмическая и ампулярная беременность), меняется топография и форма беременной трубы. В одних случаях труба тесно прилежит к матке, в других, наоборот, располагается отдельно.

Величина трубного образования зависит от срока беременности. Матка, как указано выше, также увеличивается в размере, но ее увеличение не происходит параллельно сроку развивающейся беременности. В отличие от нормальной беременности, матка при внематочной беременности сохраняет грушевидную форму, свойственную ей при небеременном состоянии. Отсут-

ствуется типичный при внутриматочной беременности признак — размягчение матки в передне-заднем размере. Беременная матка обладает свойством сокращаться и отвердевать при влагалищном исследовании, чего не отмечается при развитии беременности в фаллопиевой трубе (Бобров).

При внематочной беременности матка до начала III месяца беременности продолжает увеличиваться соответственно сроку последней (утолщение мышечной стенки и развитие децидуальной оболочки); после этого срока матка начинает отставать в росте, в то время как плодное яйцо, развивающееся в трубе, достигает к концу 12-й недели величины гусиного яйца.

Трудность диагностики внематочной беременности зачастую осложняется еще тем, что изменения, обнаруженные при ощупывании трубы, могут быть старыми, возникшими на почве ранее перенесенного воспалительного процесса.

Беременную трубу иногда нелегко отличить от опухоли придатков. Поэтому анамнезу больной при распознавании внематочной беременности должно отводиться большое внимание. Некоторое ориентировочное значение при дифференциальном диагнозе имеют данные лабораторного исследования крови. Биологическая реакция Цондек-Ашгейма лишь подтверждает наличие беременности, но отнюдь не указывает на место ее развития. Таким образом, клиническому наблюдению должно быть отведено первое место. При подозрении на внематочную беременность женщина должна быть без промедления помещена в стационар, где в любой момент ей может быть оказана хирургическая помощь.

Значительно легче распознать прервавшуюся (нарушенную) внематочную беременность раннего срока. В результате разрушения ворсинок стенки трубы последняя разрывается или яйцо, отмирая в трубе, выбрасывается из ампулярного конца его в брюшную полость. В том и другом случае возникает, как правило, внутрибрюшное кровотечение. При разрыве трубы кровотечение обычно не останавливается, а нарастает, при трубном же аборте кровотечение нередко прекращается вследствие закрытия просвета трубы сгустками и тромбирования последними нарушенных сосудов. Кровь в брюшную полость не изливается, образовавшиеся в трубе сгустки крови образуют кровяную опухоль трубы, так называемую haematosalpinx. При разрыве беременной трубы в отдельных случаях может образоваться заматочная опухоль, но такие случаи редки.

Степень выраженности симптомов внематочной беременности зависит от количества крови, излившейся в брюшную полость, и быстроты кровопотери.

Прерывающаяся внематочная беременность при наличии общих признаков беременности характеризуется схваткообразными спазматическими болями в животе, отдающими обычно под лопатку соответствующей стороны; боли обусловлены раздражением брюшинного покрова излившейся

кровью. Одновременно с болями в большинстве случаев внематочной беременности бывают кровянистые выделения из матки с примесью частиц отпадающей оболочки в виде пленок и прожилок ткани. Выделяющаяся кровь обычно темного (напоминает кофейную гущу) или шоколадного цвета, дегтеобразной консистенции (Окинчиц). В некоторых случаях выделения имеют характер мажущихся; нередко кровотечение даже отсутствует. Температура чаще нормальная или субфебрильная. Бледность покровов тела и лица, характер пульса зависят от степени кровопотери. При влагалищном исследовании обычно определяется односторонняя опухоль сбоку от матки или в заднем дугласовом пространстве. При помощи перкуссии или пункции в брюшной полости определяется скопление жидкой свободно излившейся крови. По мере свертывания крови прощупываемая в брюшной полости опухоль превращается из мягкой в более плотную. При свертывании крови, скопившейся сзади матки, возникает так называемая заматочная кровяная опухоль (*haematocele retrouterina*), которую иногда смешивают с экссудативным пельвеоперитонитом.

Рассчитывать на самопроизвольное рассасывание заматочной опухоли бесцельно, так как этому препятствует плотная капсула, образующаяся из густой сети фибрина. В этих случаях показано хирургическое лечение (о чем речь будет дальше), особенно учитывая склонность опухоли к нагноению.

### **Нарушенная трубная беременность (*ruptura tubae, abortus tubarius, metrorrhagia profusa in cavo abdominis*)**

Разрыв трубы обычно сопровождается явлениями шока: возникает внезапная острая режущая боль в животе, сопровождающаяся обмороком, бледностью лица, холодным потом, пульс малый, легко сжимаемый, учащенный (до 120 ударов в минуту и больше). Эти явления указывают на наступивший инсульт. Внешний вид больной, у которой произошел разрыв беременной трубы, весьма характерен. Видимые слизистые оболочки бледного цвета. При продолжающемся внутреннем кровотечении явления малокровия обычно нарастают. Лицо больной носит следы испуга, зрачки расширены, дыхание частое, прерывистое, поверхностное: отмечается боль в плечевой области, так называемый «френикусимптом». Боль в плече и в лопатке объясняется раздражением излившейся кровью чувствительных волокон и окончаний грудобрюшного нерва. Язык влажный, чистый, необложенный. Температура тела бывает обычно нормальной или ниже нормы, но в отдельных случаях (чаще в тех случаях, когда кровоизлияние имеет некоторую давность) может быть повышенной. Повышение температуры отнюдь не говорит за инфицированность случая, т. е. оно может быть обусловлено всасыванием брюшиной белков излившейся крови. В момент разрыва живот вздут, слегка болез-

ненный при дотрагивании, особенно в нижней части. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

При перкуссии живота в месте проекции внематочной беременности определяется одностороннее притупление перкуторного звука, меняющееся при перемене положения тела. Картина крови характерна для вторичного малокровия (уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов). В случаях свежего кровоизлияния, в брюшную полость лейкоцитоз повышен только в первые часы, а в дальнейшем количество лейкоцитов снижается до нормального уровня. Только в случаях известной давности количество лейкоцитов может быть повышено. Реакция оседания эритроцитов ускоряется, как при внутриматочной беременности.

При влагалищном исследовании отмечаются незначительные кровянистые выделения кофейного или шоколадного цвета, уплотненность или выпяченность одного или нескольких сводов и их тестоватость. Матка представляется слегка увеличенной, но форма ее обычно плоская. Характерной тестоватости (размягчения), свойственной нормальной беременности, матка не имеет. В области придатков чаще всего прощупывается опухоль с неясными контурами, малоподвижная, мягкой консистенции; нередко она располагается сзади матки. Иногда из-за резистентности сводов и напряженности брюшной стенки точно контурировать опухоль не удается.

При дифференциальном диагнозе в первую очередь нужно исключить прерывающуюся внутриматочную беременность (неполный аборт или мясистый занос). При рассмотрении выделившихся частиц плодного яйца (при прервавшей внутриматочной беременности) надо стремиться найти ворсинки. В случае сомнения следует подвергнуть полученную ткань гистологическому исследованию. При дифференциальном диагнозе надо иметь в виду внутреннее кровотечение из других органов (например, из яичника); в таких случаях, так же как и при внематочной беременности, показано чревосечение. Клиническую картину при внематочной беременности можно смешать с явлениями, возникающими при перекручивании ножки опухоли яичника, с прободным перитонитом на почве язвы желудка и кишок, с разрывом стенки пиосальпинкса и излитием его содержимого в брюшную полость и, наконец, с острым аппендицитом и воспалительными процессами придатков матки.

Анамнез и клиническая картина, дополняемая лабораторными исследованиями, помогают в уточнении и распознавании заболевания.

Рентгенодиагностика при внематочной беременности возможна лишь в более поздние сроки.

В затруднительных случаях диагноз внематочной беременности уточняется при помощи пробной пункции через задний свод влагалища. Однако при свежем внутрибрюшном кровоизлиянии задний свод не всегда бывает выпячен, так как в лежащем

положении больной изливающаяся кровь равномерно растекается в брюшной полости. Приподнимая верхний отдел туловища больной, достигают перемещения крови в заднее дугласово пространство. Поэтому, когда больная находится на гинекологическом столе с ногами, согнутыми в тазобедренном и коленном суставе и отведенными в сторону, головной конец туловища больной следует несколько приподнять.

Пункцию или пробный прокол производят толстой иглой длиной не менее 12 см, косо срезанной на конце. Иглу насаживают на шприц емкостью в 10—20 см<sup>3</sup>. Прокол делают либо

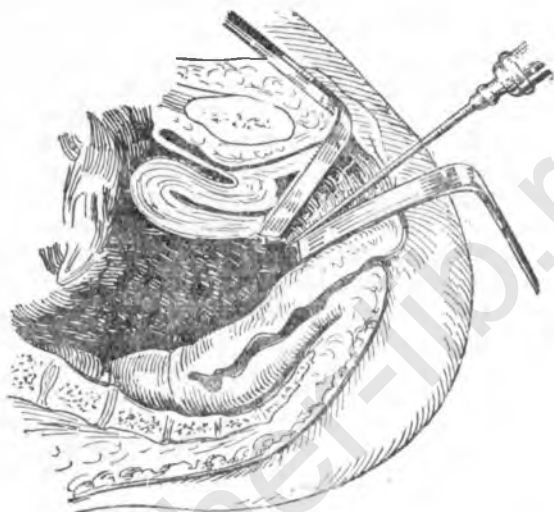


Рис. 38. Пункция через задний влагалищный свод

в зеркалах под контролем зрения, либо по пальцу; последний способ некоторыми авторами (М. С. Малиновский) не рекомендуется.

Перед пункцией производят дезинфекцию наружных половых органов и влагалища. Обязательна катетеризация мочевого пузыря.

Во влагалище вводят желобоватое зеркало и подъемник, заднюю губу шейки захватывают двумя парами пулевых щипцов. В задний свод, по возможности ближе к шейке матки, по средней линии делают вкол иглы на глубину 3—4 см. Затем шприцем насаживают кровь, скопившуюся в малом тазу. Не следует делать вкол в боковых сводах из-за опасности поранить крупный сосуд или мочеточник (рис. 38).

По тому же принципу делают прокол по пальцу. Для этой цели два пальца левой руки вводят в задний свод влагалища под шейку матки и намечают место вкола. Затем по пальцам вводят иглу, которую вкалывают в намеченное место. Пункция



через задний свод — это внутривнутрибрюшное вмешательство. Поэтому при его выполнении требуется тщательное соблюдение правил асептики и антисептики, иначе возможно внесение инфекции извне. Совершенно недопустимо производить пункцию через передний свод, когда опухоль расположена в переднем дугласовом пространстве.

При наличии внематочной беременности в полученной при пункции крови обычно обнаруживают мельчайшие сгустки. Чтобы лучше рассмотреть сгустки, кровь из шприца выливают на белую тарелку. Наличие в рассматриваемой крови сгустков говорит за кровоизлияние в брюшной полости. Еще более отчетливо видны сгустки крови при выливании ее из шприца в стакан, наполненный физиологическим раствором. В тех случаях, когда кровь не содержит их, не исключена возможность, что она получена из вены матки. В сомнительных случаях из полученного пунктата следует делать мазки для микроскопического исследования.

Более стойкую клиническую картину представляют случаи нарушения внематочной беременности с образованием заматочной кровяной опухоли (*haematocoele retrouterina circumscripta*). В этих случаях из тщательного опроса больной устанавливается, что у нее был припадок острых болей, однократно или повторно, повидимому, связанный с внутренним кровотечением. Больная обычно сообщает о задержке менструаций (но такой задержки может и не быть), о приступе острых болей внизу живота, сопровождающихся головокружением и рвотой и появлением из матки в небольшом количестве темного цвета кровянистых выделений. Вскоре, однако, острая боль сменяется тупой и больная ощущает в животе тяжесть. Исчезает головокружение и состояние больной улучшается. При осмотре больной с такой клинической картиной отмечается: влажный и чистый язык, бледность видимых покровов тела и слизистых оболочек, температура тела бывает нормальная или субфебрильная. Пульс учащен в пределах 100 ударов в минуту. Брюшная стенка нередко напряжена и болезненна. При ощупывании живота в нижних его отделах определяется опухоль без ясных контуров, слегка болезненная, имеющая мягко-эластическую консистенцию. Верхняя граница опухоли обычно располагается над лоном, иногда достигает пупка и поднимается даже выше, в зависимости от степени кровоизлияния; опухоль имеет неправильную форму. При влагалищном исследовании находят, что своды, задний и один из боковых, уплотнены и выпячены за счет опухоли, которая имеет неясные контуры, мягко-эластическую консистенцию, небольшую болезненность; опухоль находится в малом тазу и поднимается вверх. Стенка влагалища над опухолью подвижна. Тело матки обычно увеличено, смещено в сторону, вверх и кпереди. Прощупать придатки не удается. Однако не всегда имеется типичная картина заматочной опухоли. В ряде случаев наблюдается высокая тем-

пература тела, учащенный пульс, язык бывает обложен. Эти признаки указывают на инфицирование и возможность нагноения опухоли. При распространении нагноившейся опухоли в клетчатке между влагалищем и прямой кишкой создается угроза перфорации гнойника в прямую кишку. Более или менее аналогичная клиническая картина отмечается в случаях нарушенной (прервавшейся) внематочной беременности с ограниченным кровоизлиянием внутри и вокруг фаллопиевой трубы (haematocele peritubaria). При этих вяло протекающих формах светлые промежутки между отдельными инсультами более продолжительны. Сами инсульты не так интенсивны. Реакция со стороны брюшной стенки незначительна; перкуторно отмечается небольшое приглушение звука в месте проекции трубы. При влагалищном исследовании обнаруживаются дегтеобразного характера выделения, увеличенная в размерах матка, плоской формы и несколько смещенная в сторону; сбоку от матки определяется опухоль трубы, имеющая колбасообразную или ретрогубообразную форму, плотной или эластической консистенции, мало подвижную, обычно загнутую в дугласово пространство, а иногда смещенную кпереди.

Ниже приведены отличительные признаки между трубной беременностью, маточным выкидышем, аппендицитом и хроническим воспалением придатков, между разрывом беременной трубы и перитонитом, между заматочной кровяной опухолью и ретрофлексированной беременной маткой.

**Распознавание редких форм внематочной беременности.** Межуточная, или интерстициальная, беременность. Нарушение межуточной беременности по клинической картине сходно с другими видами внематочной беременности и происходит в промежутке от 4 до 12 недель путем разрыва в свободную брюшную полость. Как исключение возможен прорыв в полость матки. Кровотечение обильное, что объясняется глубоким проникновением ворсинок в стенку матки и прореданием ими сосудов большого калибра.

Диагностическим признаком являются: 1) односторонняя деформация матки в направлении дна и задней ее стенки вследствие роста в эту сторону плодного яйца; 2) атипичное отхождение круглых связок и труб (на здоровой стороне труба и связка расположены ниже, чем на противоположной, где развивается межуточная беременность); 3) широкое соединение плодного мешка с углом матки; 4) полная подвижность матки; 5) безболезненность сводов и отсутствие в сводах какой бы то ни было опухоли; 6) отсутствие в анамнезе заболеваний половой сферы. Перфорационное отверстие в межуточной части трубы может быть принято за прободное отверстие в дне матки при искусственном аборте. В этих случаях выручает анамнез, а при ревизии брюшной полости в перфорационном отверстии обнаруживаются неизменные ворсинки.

**Отличительные признаки между трубным и маточным выкидышем  
(по И. Л. Брауде и А. Д. Аловскому)**

**Трубный выкидыш**

1. Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделями)
2. Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей. Вначале боли имеют тянущий, а затем схваткообразный характер. Приступ болей носит более бурный характер (внезапное начало, шок, коллапс, обморочное состояние, явления раздражения брюшины)
3. Наружное кровотечение незначительное, часто в виде коричневой мази, иногда выделяются пленки. Начинаются обычно лишь после появления болей
4. Нередко наблюдается отхождение децидуальной оболочки либо целого, либо в виде мелких обрывков; при рассматривании ткани в стакане с водой обнаружить ворсинки не удается
5. Степень малокровия не соответствует количеству крови, излившейся наружу
6. Увеличенная в размерах матка имеет грушевидную форму и не вполне соответствует сроку задержки менструации. Зев закрыт
7. Опухоль мягкой консистенции, большей частью колбасообразной формы, располагается с одной стороны матки, пульсирует, не ясно контурируется, особенно если образовалась гематоцеле. Иногда рядом с опухолью определяется яичник
8. Более заметное учащение пульса—свыше 100 ударов в минуту

**Маточный выкидыш**

1. Самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделями)
2. Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, по середине и в крестце. Медленное, постепенное нарастание регулярных болей, по характеру напоминающих схватки
3. Наружное кровотечение более обильное, нередко яркокрасного цвета, часто со сгустками; возникает до появления болей
4. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стеклянной посуде
5. Степень малокровия соответствует количеству крови, излившейся наружу
6. Матка увеличена соответственно сроку задержки менструаций, имеет шарообразную форму (при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки помещается на нем в виде небольшой шапки). Зев закрыт
7. Опухоль, если она воспалительного происхождения, более плотной консистенции, не позволяющая разграничить трубу от яичника. Если опухоль принадлежит яичнику (киста), она имеет шаровидную форму, туго эластическую консистенцию, хорошо контурируется. Односторонний гидросальпикс может иметь такую же консистенцию, как и киста яичника, но отличается продолговатой формой. При гидросальпиксе иногда можно прощупать яичник. Гидросальпикс легче контурируется, чем труба при внематочной беременности
8. Менее заметно учащение пульса

**Отличительные признаки между трубной беременностью и аппендицитом  
(по М. С. Малиновскому и А. Д. Аловскому)**

**Внематочная  
беременность (трубная)**

**Аппендицит**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Признаки беременности налицо  | 1. Признаки беременности отсутствуют  |
| 2. Кровянистые мажущиеся выделения. Резкая боль схваткообразного характера, часто сопровождающаяся обморочным состоянием, тошнота и рвота не всегда и не особенно сильные; лихорадка отсутствует или невысокая, редко выше 38°   | 2. Кровянистые выделения отсутствуют. Боли не такие острые. Тошнота и рвота более резко выражены; лихорадка   |
| 3. Напряжение мышц передней брюшной стенки (défense musculaire) слабо выражено, часто совсем отсутствует. Френикус-симптом налицо  | 3. Мышечная защита всегда налицо, особенно справа. Симптом Блюмберга, Ровзинга также налицо. Френикус-симптом, как правило, отсутствует   |
| 4. Типичный habitus больной: резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей  | 4. Больная находится скорее в состоянии возбуждения (покраснение лица)  |
| 5. Лейкоцитоза нет. Картина крови обычная для вторичной анемии   | 5. Обычно всегда лейкоцитоз. Картина красной крови нормальная   |
| 6. Матка часто увеличена. Задний свод опущен, выпячен, в нем часто отмечается тестоватость или через боковой свод определяется низко расположенная опухоль консистенции теста, плохо контурирующаяся, малоподвижная, нередко болезненная; часто определяется пульсация сосудов | 6. Матка и придатки нормальны. Своды свободны. Инфильтрат располагается значительно выше, над пупартовой связкой, и обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижность матки |
| 7. Признак Промптова <sup>1</sup> выражен слабо  | 7. Симптом Промптова обычно выражен   |
| 8. Реакция оседания эритроцитов (РОЭ).   | 8. Реакция оседания эритроцитов резко ускорена  |
| 9. При пункции заднего свода получают жидкую кровь   | 9. При пункции заднего свода крови не получают  |
| 10. Отхождение децидуальной оболочки   | 10. Отхождения децидуальной оболочки нет  |

<sup>1</sup> Признак Промптова состоит в том, что «при аппендиците исследование больной через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области дугласова кармана, в то время как поднимание матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть, почти безболезненно (исследующий палец должен продвигаться вверх по направлению дна дугласова кармана по средней линии, не отклоняясь от нее в стороны); при остром заболевании придатков отмечается обратное: чувствительность дна дугласова кармана незначительная, тогда как поднимание матки вызывает резкую боль (приведено из руководства Брауде, изд. 1947 г., стр. 214).

**Отличительные признаки между трубным выкидышем  
и хроническим воспалением придатков (по А. Д. Аловскому)**

Трубная беременность (трубный аборт, вяло протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
1. Часто имеются указания на задержку менструаций и явления, свойственные беременности	1. Задержка менструаций в очень редких случаях; признаков беременности нет
2. Как правило, внезапное проявление заболевания, без ясных причин, иногда среди полного здоровья; часто сопровождается обмороками, шоковым состоянием, головокружением	2. Более или менее постепенное развитие заболевания; часто обострение процесса связано с менструацией и погрешностью в половой жизни. Отсутствие явлений шокового состояния, обмороков не бывает
3. Боли резкие, схваткообразного характера, иррадирующие в различные участки тела (плечо, лопатку, шею, задний проход, подложечную область и пр.)	3. Боли более постоянного характера, ощущаются обычно на месте локализации процесса
4. Температура нормальная или субфебрильная	4. Температура в острых случаях высокая
5. Пульс нормальный или учащенный, не соответствует температуре, менее напряжен, иногда слабого наполнения	5. Пульс соответствует температуре, хорошего наполнения и напряжения
6. Бледность покровов, синюшность губ, ногтей, желтушность склер	6. Покровы нормальны, слизистые и ногти нормальной окраски
7. Язык бледный, чистый, влажный	7. Язык нормальной окраски, сухо ват, обложен
8. Живот не напряжен, слегка вздут, мягкий, более чувствительный при пальпации с одной стороны, при перкуссии отмечается притупление на отлгих местах и в нижнем отделе, чаще над одной из пупартовых связок	8. Живот напряжен, болезненный обычно с обеих сторон. Напряжение брюшных мышц более отчетливо. При перкуссии притупления на отлгих местах и над пупартовой связкой не наблюдается
9. Темнокровянистые выделения шоколадного цвета и цвета кофейной гущи, в небольшом количестве, мажутся, нередко выделяется децидуальная оболочка	9. Кровянистые выделения в очень редких случаях и обычно характера метроррагии, кровь более яркая, децидуальная оболочка не выделяется. Выделения чаще гнойные
10. Матка обычно больше нормальной, сочная, в начальных стадиях подвижная, иногда «плавает», движения боковые, относительно безболезненные	10. Матка нормальной величины, плотная, боковые движения ее резко болезненны, ограничена в подвижности

- |  |  |
|--|--|
| <p>11. Как правило, определяется односторонняя опухоль придатков</p> <p>12. Опухоль менее отчетливо ограничивается, продолговатой формы, часто со смазанными контурами, при осторожном прощупывании мало болезненна, часто боковой и задний своды опущены, в них определяется неясная резистентность (пастозность, «муть»)</p> <p>13. РОЭ, как правило, около часа и больше. Картина крови показывает явления анемии</p> <p>14. Биологическая реакция Цондек-Ашгейма положительная</p> <p>15. Пункция заднего свода дает кровь</p> | <p>11. Чаще двустороннее поражение придатков</p> <p>12. Опухоль более отчетливо контурируется. Часто труба ретортообразной формы, более плотной консистенции. Боковой и задний своды не опущены. Лишь при экссудативных пельвеперитонитах, периметритах опущены своды, но тогда отмечается высокая температура и резкие перитонеальные явления</p> <p>13. РОЭ ускорена. Красная кровь нормальная, белая кровь — повышен лейкоцитов</p> <p>14. Реакция Уондекс-Апштейма отрицательная</p> <p>15. Пункция заднего свода ничего не дает, а иногда дает гной или серозную жидкость</p> |
|--|--|

Примечание. М. С. Малиновский рекомендует пользоваться приемом Банки для отличия внутриматочной беременности, осложненной каким-либо процессом в области придатков (воспалительный процесс, киста яичников, ретенционные опухоли и т. п.), от внематочной беременности. Для этого двумя пальцами, введенными в задний свод влагалища больной, поднимают шейку матки и приближаются к симфизу. При этом исследуемая будет испытывать сильную боль.

#### Отличительные признаки между разрывом беременной трубы и перитонитом (по И. Л. Брауде)

- | Разрыв беременной трубы   | Прободной перитонит  |
|---|--|
| <p>1. В анамнезе имеется указание на нарушение менструаций</p> <p>2. Внезапному коллапсу предшествует вполне удовлетворительное общее состояние</p> <p>3. Резко выражены явления остро малого кровия, падение кровяного давления при наличии резкого падения числа эритроцитов и процента гемоглобина при отсутствии лейкоцитоза и умеренном ускорении РОЭ</p> <p>4. Пульс частый, плохого наполнения (нитевидный), но регулярный</p> | <p>1. В анамнезе указание на нарушение менструаций отсутствует</p> <p>2. Коллапсу нередко предшествует заболевание брюшных органов (желудка, кишок, аппендикса, придатков матки — пиосальпинкс)</p> <p>3. Падение кровяного давления при отсутствии резкого падения числа эритроцитов, при наличии значительного лейкоцитоза и резкого ускорения РОЭ</p> <p>4. Пульс частый, плохого наполнения, нерегулярный (аритмичный)</p> |

- |   |  |
|---|--|
| <p>5. Боли в животе по миновании острого приступа умеренные или слабо выраженные. Рвота не сильно выражена</p> <p>6. Язык влажный, чистый (особенно в свежих случаях)</p> <p>7. Температура часто нормальная или субнормальная как при измерении в подмышечной впадине, так и при измерении в прямой кишке</p> <p>8. Брюшная стенка напряжена в умеренной степени</p> | <p>5. Сильные боли в животе и мучительная рвота</p> <p>6. Язык сухой и обложенный</p> <p>7. Температура высокая. Она может быть нормальной или субнормальной при измерении в подмышечной впадине и высокой при ректальном измерении (переполнение и стаз венозной крови в мезентериальных сосудах)</p> <p>8. Брюшная стенка сильно напряжена и тверда, как доска</p> |
|---|--|

**Примечание.** При проведении дифференциального диагноза между разрывом беременной трубы и заворотом кишок во время беременности следует иметь в виду такие данные: 1) общие признаки: субъективные и объективные симптомы беременности, болезненность, вздутие и резистентность живота, рвота и неотхождение газов; 2) специфические признаки: при завороте кишок отсутствует резкая анемия, сильнее выражен метеоризм, рвота и запор; при разрыве беременной трубы иногда наблюдается раздражение брюшины и позывы на мочеиспускание и дефекацию.

#### **Отличительные признаки между замочной кровяной опухолью и ретрофлексированной беременной маткой (по М. С. Малиновскому и И. Л. Брауде)**

- | Ретрофлексированная<br>беременная матка  | Замочная кровяная<br>опухоль  |
|--|---|
| <p>1. Анамнез, типичный для нормальной беременности</p> <p>2. Дизурические явления (затруднение мочеиспускания) уже отмечается с 10—11-й недели</p> <p>3. Кровянистые выделения отмечаются редко и гораздо позднее</p> <p>4. При влагалищном исследовании ощущается резко выраженный угол — перегиб шейки, а тело матки, загнутое кзади, имеет округлую форму, гладкую поверхность, более или менее подвижно, иногда сокращается под рукой</p> | <p>1. Сильное подозрение на ненормальную беременность</p> <p>2. Дизурические явления возникают редко и только после V месяца беременности</p> <p>3. Кровянистые выделения наблюдаются уже в первые недели беременности (т. е. с момента ее наступления). Интенсивные приступы болей появляются обычно одновременно с выделениями</p> <p>4. Наружной рукой над лоном определяется тело матки. Опухолевая масса в заднем своде имеет неправильную форму, неподвижна, консистенции теста или замазки, не дает сокращений под рукой</p> |

Распознавание беременности в рудиментарном роге представляет затруднения в диагностике. Установлению диагноза способствует прощупывание широкой и плоской ножки, отходящей от рудиментарного рога к боковой поверхности нормально развитого рога на уровне внутреннего зева. Иногда прощупывание ножки представляет трудности. Отличием рудиментарного рога от кисты яичника (стебельчатая форма) служит то, что последняя имеет более длинную и тонкую ножку, которая отходит от боковой стенки матки значительно выше внутреннего зева.

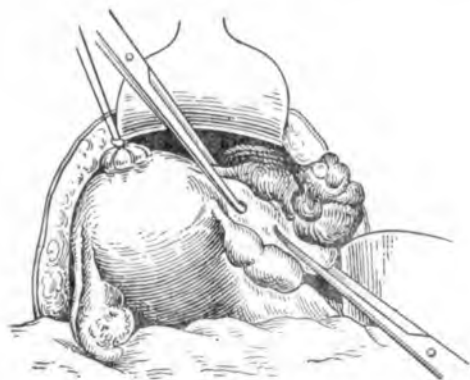


Рис. 39. Операция трубной беременности (удаление трубы), наложение двух зажимов. Средняя часть брыжейки трубы будет захвачена еще одним зажимом.

При разрыве плодовместилища рудиментарного рога отмечается кровотечение. Плод, выпавший в брюшную полость, иногда продолжает развиваться в последней, если плацента сохраняет связь со стенкой рудиментарного рога. В других же случаях плод погибает, претерпевая те или иные изменения (мацерация, нагноение), и иногда по частям элиминируется через кишечник наружу.

#### Диагноз яичниковой беремен-

ности устанавливается при операции, а уточняется окончательно лишь при дальнейшем патогистологическом исследовании.

При распознавании яичниковой беременности обращают внимание: 1) на отсутствие яичника с той стороны, где имеется беременность; 2) на наличие яичниковой ткани в стенках плодного мешка; 3) на существование связи плодного мешка с маткой через посредство собственной связи яичника; 4) на то, что в образовании плодовместилища труба не участвует и топографическое отношение ее к плодовместилищу такое же, как при кисте яичника; 5) на наличие связи с широкой связкой (Л. А. Кривский).

**Лечение при внематочной беременности.** Каждый случай острого кровотечения в брюшную полость требует немедленного чревосечения. Никакие мероприятия для повышения кровяного давления (сердечные, подкожные или внутривенные вливания) до операции не производятся. Противопоказана очистительная клизма. Инъекция пантопона или морфина допустима лишь перед самой операцией.

Наркоз ингаляционный. По вскрытии брюшной полости прежде всего находят разорванную беременную трубу и немедленно останавливают кровотечение (рис. 39). Для этого один зажим



накладывают на часть мезосальпинкса у абдоминального конца трубы, параллельно последней, с таким расчетом, чтобы осталось больше брюшины мезосальпинкса для перитонизации. Затем куперовскими ножницами трубу отсекают (выше наложенного зажима) от мезосальпинкса до ребра матки (в зажим должна попасть веточка *a. uterinae*). Далее клиновидно иссекают интрамуральный конец фаллопиевой трубы снаружи от зажима, которым захвачена труба у маточного конца. При наложении зажимов на мезосальпинкс надо следить за тем, чтобы не захватить спереди круглую связку, а сзади — собственную связку яичника. При удалении фаллопиевой трубы вместе с яичником зажим

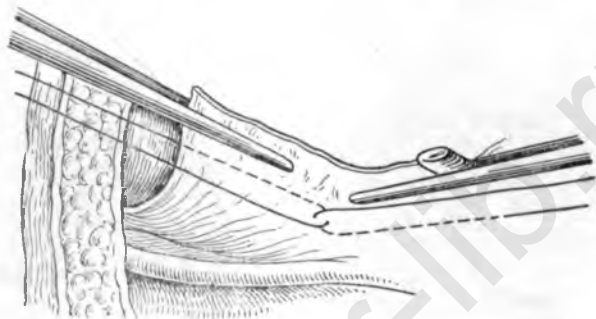


Рис 40. Петельный шов на брыжейку трубы.

накладывают на воронко-тазовую связку (*lig. infundibulopelvicum* и *a. ovarica*), а затем производят клиновидное иссечение трубы с ее брыжейкой. Швы узловатые кетгутовые накладывают на маточный конец трубы и ее брыжейку; перитонизация культи осуществляется за счет одноименной круглой связки (рис. 40, 41 и 42).

Точно так же следует поступать и при трубном аборте с образованием *haematocoele*. Пораженную трубу резецируют у маточного ее конца.

После окончания операции приступают к туалету брюшной полости, который состоит в удалении жидкой крови и сгустков. Жидкая кровь должна быть собрана в стерильный сосуд, профильтрована через несколько слоев марли и после добавления к ней 4% раствора лимоннокислого натрия ( $5 \text{ см}^3$  на  $100 \text{ см}^3$  крови) перелита в локтевую вену больной. Однако реинфузия может применяться лишь в случае крайней необходимости, когда нет донорской крови, так как она не является безобидным мероприятием. Кровь, излившаяся в брюшную полость, становится дефибрированной. Для реинфузии пригодна лишь свежая и стерильная кровь. Реинфузия допустима только в том случае, если после инсульта прошло не свыше 24 часов, внешний вид крови не изменился и в брюшной полости отсутствуют воспалительные процессы.

Кровь, полученную из брюшной полости, лучше вводить не внутривенно, а в прямую кишку в виде капельной клизмы (кровь смешивают с рингеровским раствором).

Одновременно с переливанием крови вводят глюкозу (25—40 см<sup>3</sup> 40% раствора).

Брюшную полость закрывают наглухо. При обескровливании больной показано переливание донорской крови.

Случаи с прогрессирующей (ненарушенной) беременностью, протекающие без острого инсульта, также подлежат операции, как только будет поставлен диагноз.

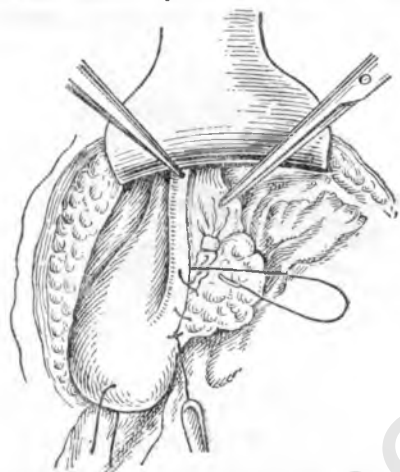


Рис. 41. Наложение зажимов для перитонизации культи трубы.

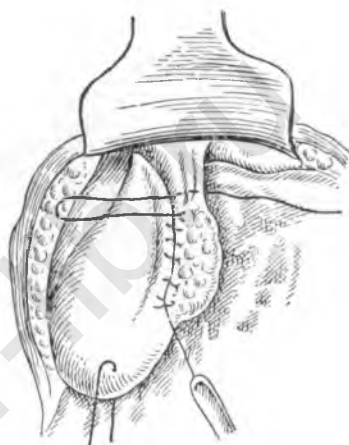


Рис. 42. Наложение обвивного кетгутового шва с целью перитонизации культи трубы.

При трубном аборте, свежей заматочной кровяной опухоли медлить с операцией не рекомендуется, так как в 9—10% случаев наблюдается нагноение кровяной опухоли (Л. А. Кривский). В тех же случаях, где увеличения кровяной опухоли и нагноения ее не происходит, рассасывание опухоли затягивается на многие месяцы и в конечном счете приводит к возникновению обширных рубцово-спаечных изменений в малом тазу с неизбежным смещением матки.

Эти же соображения заставляют врачей-гинекологов придерживаться активной терапии при развившейся заматочной кровяной опухоли. При операции удаляется беременная труба и полностью вся капсула опухоли. Технически операция в этом случае несомненно сложнее, чем удаление только разорванной беременной трубы, так как приходится отделять капсулу заматочной опухоли от спаявшейся с нею брюшины заднего дугласова кармана, от спаек с кишечником и сальником. В свежих случаях их разделение не представляет трудностей и опасность повреждения брюшины кишечника минимальна.

В случаях известной давности замочной кровяной опухоли ткани трубы и капсулы изменяются настолько, что выделение опухоли представляет затруднение и связано с возможностью нарушения целостности брюшины кишечника. В таких случаях во избежание нарушения целостности кишечной стенки приходится оставлять часть капсулы. Нередко в толще кровяной опухоли находится яичник, который бывает настолько изменен вследствие пропитывания кровью, что его приходится удалять. Но прежде чем произвести удаление яичника, надо обследовать состояние придатков с противоположной стороны, так как может случить-



Рис. 43. Пробуравливание заднего свода влагалища изогнутым острым корнцангом.



Рис. 44. Дренирование заднего дугласова пространства введением толстой резиновой трубки.

ся, что второй яичник также подлежит удалению. В случае изменения последнего следует воздержаться от удаления обоих яичников и оставить наименее измененный или резецировать его только частично, чтобы предупредить полную кастрацию женщины. Во всяком случае операция должна проводиться наиболее бережным и консервативным путем с тем, чтобы без особой необходимости не удалять придатки, особенно яичники. Всегда надо стремиться к тому, чтобы один из яичников или часть его была сохранена во избежание последующего развития явлений выпадения.

Дренирование брюшной полости через разрез в брюшной стенке и через влагалище производится только при наличии паренхиматозного кровотечения, в случаях, подозрительных в отношении инфекции. При подозрении на инфекцию большинство акушеров-гинекологов производит внутрибрюшное введение пенициллина (инъекции препарата в подбрюшинную клетчатку в количестве 200 000—320 000 единиц) и одновременно вводит пенициллин в брюшную полость в количестве 300 000 единиц.

Операция влагалищным путем показана в случаях инфицированной заматочной кровяной опухоли (лихорадочное состояние, разложившаяся кровь при пункции и пр.) (рис. 43 и 44). В этих случаях в зеркалах скальпелем вскрывают поперек выпяченный задний свод влагалища (помни о кишке!) и затем корнцангом расширяют отверстие, из которого вытекает густая черная кровь со сгустками и нередко с примесью гноя. Пальцем обследуют полость кровяной опухоли, отнюдь не отделяя сгустков с ее стенок. В отверстие вводят толстый резиновый дренаж. Проподимость дренажа проверяют зондом, введенным в его просвет. Дренаж обычно удаляют спустя 2—3 недели.

При прочно инкапсулированной заматочной кровяной опухоли (при отсутствии клинических симптомов и удовлетворительном состоянии больной) проводят физиотерапевтическое лечение (рассасывающая терапия). Смертность после операции внематочной беременности небольшая, осложнения наблюдаются редко.

**Особенности хирургической техники при редких формах внематочной беременности.** При межзачаточной беременности независимо от того, произошел или не произошел разрыв плодместилища, производится его иссечение из толщи дна матки. Трубу либо пересаживают, либо удаляют вместе с рогом матки. Круглую связку пришивают несколько книзу и кпереди ко дну матки. При беременности в рудиментарном роге последний удаляют целиком вместе с соответствующей трубой. Необходима тщательная перитонизация. Конец маточной связки подшивают ко дну нормального рога.

**Внематочная беременность поздних сроков.** Распознавание прогрессирующей и далеко зашедшей внематочной беременности представляет зачастую большие трудности. При расспросе больной удается получить данные, указывающие на беременность. Сама беременная отмечает увеличение объема живота и нагрубание грудных желез. В первые месяцы беременности путем ощупывания через брюшную стенку в полости живота определяют опухоль, расположенную несколько асимметрично и напоминающую по своим размерам матку. Отличием от матки является то, что стенки опухоли не сокращаются под рукой.

При влагалищном исследовании плодместилище определяется в виде опухоли, располагающейся чаще всего в заднем дугласовом пространстве, но оно может находиться и кпереди, и кверху от матки, срастаясь с ней, чем и симулируется беременная матка. Опухоль имеет шарообразную форму; ее консистенция обычно туго-эластическая, подвижность ограничена. Нередко уже по консистенции, пульсации сосудов и присутствию тяжей в заднем дугласовом пространстве удается прощупать послед.

При прогрессирующей внематочной беременности, во второй ее половине, акушер отчетливо выслушивает сердцебиение плода и нередко ощущает его толчки. Исследованием через

влагалище иногда удается определить отдельно матку от опухоли. При зондировании отмечается небольшая полость матки. Значительную помощь в распознавании оказывает рентгенография с одновременным наполнением полости матки контрастной массой. К концу беременности плодвместилище занимает большую часть брюшной полости, причем матка определяется отдельно; однако в ряде случаев обособленного плодвместилища не имеется и плод свободно лежит в брюшной полости, и через брюшную стенку прощупывается его отдельные части. В этих случаях плодный мешок является импровизированным (вторичным), образованным за счет ложных оболочек и сращений в результате реактивного раздражения брюшины с прилежащими петлями кишечника и сальника. Развитие плода при свободном его нахождении в брюшной полости представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни женщины; к тому же часто наблюдаются пороки развития плода и сращение его тела с окружающими органами, брюшиной.

Несвоевременное и неправильное оказание хирургической помощи может повлечь за собой угрозу смерти женщины и плода. При доношивании брюшной беременности возникают родовые схватки; плодвместилище разрывается, и может наступить массивное внутреннее кровотечение, опасное для жизни женщины; плод, как правило, погибает. Если кровотечение несмертельно, то больная медленно поправляется и в дальнейшем может образоваться так называемый окаменелый плод; иногда, даже через длительный промежуток времени, плод может инфицироваться, в результате чего возникает септический процесс с угрозой перитонита. Если в первые месяцы развития внематочной беременности линия врачебного поведения ясна, то во второй половине при живом плоде у акушера-гинеколога, естественно, могут возникнуть колебания в отношении образа действия: следует ли вмешаться активно тотчас же, как только установлен диагноз, или же нужно повременить, дождавшись срока, дающего шансы на выживание плода во внеутробной жизни.

Выше мы уже отмечали, что при брюшной беременности шансы на рождение живого полноценного ребенка и особенно на его выживание проблематичны, а опасность для жизни женщины велика. Поэтому хирургическое вмешательство должно быть безотлагательным, как только установлен диагноз.

При операции лучше всего пользоваться брюшностеночным путем, который обеспечивает хирургу наиболее благоприятные возможности для осмотра брюшной полости и значительно облегчает технику самой операции. При наличии благоприятных условий должно проводиться полное удаление плодвместилища. Намеренное оставление плодного мешка с вшиванием его в брюшную рану производить не следует. При свободном нахождении плода в брюшной полости и прикреплении плацен-

ты к кишечнику, печени, селезенке хирург во избежание смертельного кровотечения не должен отделять детское место. В этих случаях трудно провести лигирование сосудов из-за широко разветвленной системы васкуляризации.



Рис. 45. Небеременная матка.

аб (черная линия) — перешеек, над ним — тело матки, под ним — шейка.

Удаление плодовместилища (плода) в инфицированных случаях должно сопровождаться обязательным дренированием через задний свод влагалища с одновременным вливанием в брюшную полость эфира, инъекций в клетчатку раствора пенициллина и переливанием крови. Только в отдельных случаях, при ясно выраженном расположении плодовместилища в заднем дугласовом пространстве может быть использован влагалищный путь — задняя кольпотомия. При наступившем процессе самостоятельной элиминации частей плода через прямую кишку, что крайне неблагоприятно в отношении прогноза, этот путь может быть применен для удаления костей, находящихся в кишечнике.

#### 4. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Имеет значение, прикрепляется ли плацента<sup>1</sup> в верхней части полости матки или она развилась в нижнем сегменте матки. Этот факт станет понятным, если вспомним об анатомических особенностях этих отделов матки (рис. 45—47).

Согласно современному представлению, матка состоит из трех отрезков: собственно тела, перешеек и шейки, функционально различных как до, так и во время беременности. При разрезе матки в предменструальном периоде на глаз видна разница в толщине слизистой оболочки тела и перешейка. В то время как слизистая тела бывает сочной и резко покрасневшей, слизистая перешейка представляется более бледной. Во время беременности слизистая тела матки также толще, децидуальная реакция в ней выражена сильнее, чем в слизистой перешейка.

Это деление соответствует физиологическим особенностям тела и перешейка матки. В границах тела матки нормально развивается детское место (*placenta corporalis*); тело матки представляет как раз ту часть, которая сокращается во время родов. В области перешейка располагаются яйцевые оболочки.

Собственно же шейка является лишь поддерживающей площадкой, в образовании яйцевой полости она никакого уча-

<sup>1</sup> Понятие «плацента» и «детское место» — синонимы; они являются частью последа. Под последом понимают все то, что родится после плода, — детское место, оболочечная часть плодного яйца, пуповина.

ствия не принимает. В слизистой шейки децидуальная реакция обычно отсутствует. Развитие плодного яйца вне пределов тела матки носит ненормальный характер и сопровождается рядом тех или иных нарушений.

Внедрение яйца в слизистую при нормальных условиях происходит на высоте прикрепления труб, причем ближе к той трубе, на которой вышло яйцо. В глубине складки, между передней и задней стенкой матки (*margo lateralis*), внедрения яйца не происходит. В нормальных физиологических условиях плацента чаще всего прикрепляется на передней или задней стенке матки, причем нижний край ее отстоит от внутреннего зева на расстоянии не менее 7 см.

Виды неправильного прикрепления плаценты. Если плацента хотя бы некоторой частью располагается ближе чем на 7 см от внутреннего зева<sup>1</sup>, это значит, что она прикреплена (первично или вторично) к той части матки, которая ретрагируется и расширяется во время родов. Это случаи ненормально низкого прикрепления плаценты.

Если же плацента, расположенная в нижнем сегменте, достигает края внутреннего зева, говорят о боковом предлежании (*placenta praevia lateralis*). Таким образом, низкое прикрепление плаценты является переходной стадией между нормально сидящей плацентой и боковым предлежанием ее.

В тех же случаях, когда внутренний зев бывает частично покрыт плацентой, говорят о краевом, или частичном, предлежании (*placenta praevia marginalis s. partialis*).

Если же внутренний зев закрыт полностью плацентой, говорят о полном предлежании (*placenta praevia totalis s. centralis*), независимо от того, соответствует ли зев центру плаценты или нет.

Подобную дифференциацию предлежания одни авторы допускают при полном открытии зева, другие — лишь при некотором

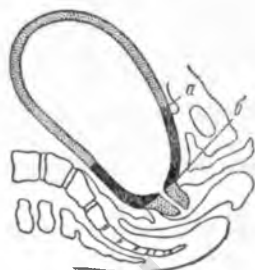


Рис. 46. Матка к концу беременности, до наступления родов.

а б — сформированный нижний сегмент (перешеек).



Рис. 47. Матка в момент полного открытия. Перешеек (а б) и шейка образуют одну общую выходную трубку.

<sup>1</sup> Нижний край нормально прикрепленной плаценты отстоит не менее чем на 7 см от нижнего полюса яйцевого мешка (верхушки яйца).

его открытии, третьи (как и наша клиника) — при любом открытии, если только в области внутреннего зева обнаруживается повсюду плацентарная ткань. Такое определение не противоречит тому, что при большом открытии, например, на три пальца, может обнаружиться лишь край плаценты. Такое разделение целесообразно, так как лечение при *placenta praevia* должно начинаться еще до полного открытия шейки.

Однако надо отметить, что такая классификация научно неточна, она удобна лишь с практической стороны. В этом отношении мы вполне согласны с Гентером, который считал, что надо различать, определяется ли при достаточном открытии

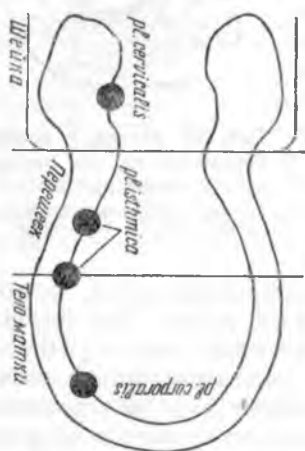


Рис. 48. Виды расположения плаценты по Малявинскому.

только ткань плаценты или ткань ее вместе с оболочками. Ясно, что с наступлением родовой деятельности и с расширением внутреннего зева *placenta praevia marginalis* может превратиться в *placenta praevia lateralis*, а *placenta praevia centralis* — в *placenta praevia marginalis*.

Измерение расстояния разрыва плодовых оболочек от края родившейся плаценты представляет интерес в том отношении, что позволяет проверить вид предлежания плаценты. Так, при низком предлежании плаценты разрыв оболочек отстоит от ее края на 3—4 см; при *placenta praevia marginalis* он располагается по краю ее, в то время как при нормальном расположении плаценты место разрыва отстоит от края последней на 7—10 см и больше.

Если же плацента развивается в шейном канале, то говорят о шейном предлежании плаценты (*placenta cervicalis*).

Согласно приведенному анатомо-гистологическому делению матки, указанная классификация видов неправильного прикрепления плаценты может быть представлена иначе (рис. 48).

В. М. Малявинский различает три вида прикрепления плаценты в полости матки: 1) в границах тела матки (*placenta corporalis*), 2) полностью или частично на перешейке (*placenta isthmica*) и 3) в канале шейки (*placenta cervicalis*). Из этих трех видов предлежаниями являются только два последних, поэтому с введением в обиход терминологии Малявинского становится совершенно излишним термин *praevia*. Каждый из перечисленных видов предлежания плаценты имеет несколько вариаций.

*Placenta praevia* (по В. М. Малявинскому — *placenta isthmica*) встречается в среднем один раз на 500—600 родов, или в 0,17% (М. В. Флоров). По данным Михайлова, *placenta praevia*



встречается 1 : 276, по материалам Н. И. Побединского — 1 : 250, А. А. Иванова — 1 : 266, Е. Б. Деранковой — 1 : 179. Такая разница в частоте предлежания плаценты объясняется тем, что разные авторы не придерживаются единой классификации.

В общем низкое прикрепление встречается в 60—70% всего количества родов при *placenta praevia*, а *placenta praevia marginalis* встречается в три раза чаще, чем *placenta praevia centralis*.

*Placenta praevia* встречается у повторнородящих чаще, чем у первородящих. По данным Деранковой, предлежание плаценты встречается в 25,7% у первородящих и в 74,3% у повторнородящих.

Низкое прикрепление плаценты у повторнородящих наблюдается в два раза чаще, чем у первородящих.

С возрастом предлежание плаценты учащается даже у первородящих; между 20 и 30 годами предлежание плаценты встречается особенно часто, что объясняется наибольшей частотой родов в этом периоде.

Иногда предлежание плаценты наблюдается подряд несколько раз у одной и той же женщины.

Причины укрепления яйца в нижнем сегменте матки одни авторы усматривают в изменениях самой матки, другие находят в яйце, так как активная роль при имплантации принадлежит последнему.

Прежде всего следует отметить атрофические и дистрофические процессы в слизистой оболочке матки. Состояние после чрезмерного соскабливания слизистой оболочки при аборте, атрофия слизистой оболочки при различных процессах общего и местного характера, гипоплазия матки вследствие инфантильности, нарушение питания слизистой оболочки у пожилых первородящих — все это причины, предрасполагающие к ненормальному прикреплению плаценты. По мнению некоторых авторов, среди причинных моментов аборту принадлежит видное место. Флоров считает, что количество предлежаний плаценты возрастает с увеличением количества абортов.

Немалую роль в происхождении предлежания плаценты играют и различные химические воздействия на слизистую матки, применяемые с целью предохранения от беременности (смазывание матки иодной настойкой и другими веществами). Воспалительные изменения слизистой оболочки на почве гонорреи, сифилиса и др. также могут привести к атипической имплантации плодного яйца.

К соскальзыванию яйца в нижние отделы матки приводят и другие изменения со стороны слизистой оболочки: исчезновение складчатости, гиперсекреция, нарушение мерцательных движений ресничек эпителия. Известное значение имеют паренхиматозные изменения матки, характеризующиеся частичной заменой мышечных волокон соединительной тканью. Эти изменения

появляются в результате частых родов с осложненным послеродовым периодом или вследствие чрезмерной растянутости матки при многоплодной беременности и многоводии.

Изменения в слизистой оболочке матки и неподготовленность ее к восприятию плодного яйца приводят также к тому, что ворсины могут проникнуть не только до мускулатуры, но даже между мышечными пучками; этот процесс, распространяясь в направлении наружного зева, способствует эксцентрическому сужению просвета шейки. Наблюдалось даже прорастание всей стенки шейки с врастанием ворсин в параметрии (М. В. Елкин). В таком случае возникает не только *placenta praevia centralis*, но и *placenta praevia accreta partialis*.

Некоторые авторы причиной развития *placenta praevia* считают расширение (дилатацию) зева, которое позволяет яйцу спуститься книзу, а также изменение свойств трофобласта.

Среди предрасполагающих моментов необходимо отметить болезни почек, сердца и печени. Застойные явления, возникающие при заболеваниях этих органов, вызывают изменения в матке, которые нарушают благоприятные условия для развития яйца.

Однако в образовании *placenta praevia* может иметь значение не только первичное внедрение яйца около внутреннего зева или над ним, но и вторичное распространение плаценты на нижний сегмент при высокой имплантации.

Плацента иногда достигает больших размеров и может распространяться от дна до шейки матки; часто она очень тонкая и не типично округлая, а имеет языкообразные расширения, распространяющиеся за ее периферию. «Предлежащая» плацента отличается от нормальной тем, что: 1) прикрепление пуповины почти всегда бывает боковым или даже краевым; 2) толщина плаценты меньше; 3) поверхность распространения ее значительно больше нормы.

**С и м п т о м ы.** Ретракция мышц нижнего сегмента матки и поднятие ретракционного кольца кверху влекут за собой скольжение мышц матки по плодному яйцу. Если при этом имеется неправильное расположение плаценты, то ворсинки теряют связь со стенкой матки, вследствие чего вскрываются маточные сосуды и наступает кровотечение. С началом родового акта или в разгар его эти явления усиливаются еще больше и нередко угрожают жизни матери и плода.

В зависимости от вида предлежания плаценты, кровотечение проявляется либо во время беременности, либо во время родов. По данным Малявинского, кровотечение во время беременности отмечается в 34%, в процессе родов — в 65,7% случаев.

Первые месяцы беременности обычно протекают гладко. Случается, что кровотечение при предлежании плаценты появляется рано и может служить одной из причин раннего выкидыша. Обычно же кровотечение начинается во второй по-

ловине беременности или в начале родового акта; чаще оно появляется в последние две недели беременности.

Кровотечение отличается обилием и периодичностью; иногда оно повторяется с возрастающей силой. Кровотечение способствует наступлению преждевременных родов.

По данным В. М. Малявинского, срочные роды при предлежании плаценты отмечаются в 40,7% случаев, а преждевременные — в 54,7%. Е. М. Поволоцкая и В. В. Строгонов установили, что процент преждевременных родов при предлежании плаценты составляет 57,9, а при низком прикреплении — 43,6.

Значительный процент преждевременных родов объясняется, с одной стороны, возбудимостью маточной мускулатуры, а с другой — рыхлостью соединения плаценты с маточной стенкой.

Причиной возникновения кровотечения в ранние месяцы беременности может быть травма, всякого рода нарушения кровообращения, coitus и др.

Механизм кровотечения объясняют следующим образом. Как известно, приблизительно за три недели до родов начинается фиксация головки во входе в таз; происходит так называемое формирование нижнего сегмента. При этом в силу расширения и растяжения нижнего отдела матки (ретракция) получается сдвиг по поверхности между маточной стенкой и нижним полюсом яйца. Плацента не может участвовать в этом растяжении, так как является частью плодного яйца. В результате этого связь между стенкой матки и плацентой нарушается. Плацента преждевременно отделяется, так как ее ворсины выходят из decidua serotina. Одновременно с отслойкой вскрываются кровяные синусы межворсинчатых пространств, и наступает кровотечение.

Источником кровотечения служат материнские сосуды. Кровь изливается либо прямо из вскрывшихся маточных сосудов, преимущественно из вен, либо из разрушенных межворсинчатых кровяных пространств плаценты.

Кровотечение обычно появляется внезапно, в небольшом количестве, самостоятельно (без всякой травмы, например, ночью) и останавливается через короткое время в силу прекращения растяжения стенки матки и тромбирования сосудов.

Периодичность кровотечения зависит от того, что нижний отрезок матки может некоторое время растягиваться без того, чтобы это влекло за собой отделение плаценты.

Первое кровотечение обычно бывает незначительным, повторное может быть сильным.

Определенного соотношения между величиной предлежащего участка плаценты и силой кровотечения не существует. Если надрывается краевая вена плаценты или большая венозная пазуха, то кровопотеря может быть с самого начала очень значительной, даже если предлежит лишь небольшой лоскут плацентарной ткани.

*Placenta praevia totalis (centralis)* дает более сильное кровотечение, чем *placenta praevia partialis (marginalis et lateralis)*. Однако из этого правила бывают исключения. Уже первое кровотечение может быть смертельным, и, наоборот, при повторных кровотечениях во время родов смертельного исхода может не быть. Это зависит от различного состояния ретракции мышечных волокон и от характера разрыва сосудов. Кровотечение может быть обильным с самого начала даже в случаях небольшого предлежания плацентарной ткани, если надорваны краевая вена плаценты и большая венозная пазуха.

Больше чем в половине случаев после первого или одного из повторных кровотечений начинаются схватки, которые приводят к преждевременным родам.

Кровотечение в начале родового акта обусловлено тем, что при сглаживании шейки одновременно с отслойкой нижнего полюса яйца отделяется плацента, поэтому в первую фазу периода раскрытия кровотечение обыкновенно достигает наивысшей степени. Характерно, что вне схватки кровотечение ослабевает, а во время схватки усиливается. При дальнейшем сокращении верхнего отдела матки нижний сегмент все больше натягивается на головку, а отслойка плаценты возрастает вследствие скольжения матки по оболочкам. Пока плацента цела, кровь теряет только мать, при нарушении же целостности отдельных долек начинает терять кровь и плод.

При низком прикреплении плаценты первое кровотечение наступает не во время беременности, а во время родов и не с первой схваткой, а только лишь тогда, когда открытие зева достигло известной степени. Далее, после разрыва оболочек и во втором периоде родов кровотечение прекращается, так как плацента и оболочки вместе с нижним отделом матки скользят уже по плоду. Плацента больше отделяться не может и кровотечение не возобновляется вследствие прижатия зияющей кровоточащей поверхности предлежащей частью плода, а также вследствие ретракции мышечных волокон в области ранее обнаженных синусов и сокращения просвета последних.

Кроме того, отток известного количества околоплодных вод способствует уменьшению объема матки и лучшему сокращению мышечных волокон, вследствие чего большая часть сосудов сжимается.

В тех случаях, когда часть плаценты, расположенная над зевом, велика, когда схватки слабы или предлежащая часть плода, вследствие неблагоприятного положения последнего, не может достаточно плотно прижать плаценту, кровотечение продолжается, несмотря на разрыв плодного пузыря.

Однако с остановкой кровотечения возможность дальнейших осложнений не устраняется. Так, в периоде изгнания, особенно при активном вмешательстве (извлечение), всегда грозит опасность разрыва шейки, так как вся шейечная ткань вследствие

ненормального расположения плаценты представляется истонченной, разрыхленной и гиперемированной.

Наконец, если даже период изгнания окончился благополучно, нередко в третьем периоде родов может возникнуть сильнейшее кровотечение вследствие плохого сокращения вялой мускулатуры матки.

Период раскрытия при предлежании плаценты вообще бывает длительнее вследствие наличия плоского пузыря; затем чаще, чем при нормальных условиях, встречаются неправильные положения плода (0,78%). Предлежащая ткань плаценты мешает правильному вставлению головки (или тазового конца) плода и способствует ее отклонению, что ведет к образованию косых и поперечных положений.

Если учесть, с одной стороны, анатомическое устройство нижнего сегмента матки, а с другой — способность ворсин к глубокому внедрению в подлежащую ткань, станут понятными чрезвычайная кровоточность и наблюдающаяся иногда трудность отделения предлежащей плаценты после изгнания плода. Вообще, чем больше срок беременности и чем больше растянут нижний сегмент, тем обильнее кровотечение.

*Placenta isthmica* дает после родов наиболее обильное кровотечение и требует радикального лечения; при ней жизни матери грозит большая опасность от острого малокровия. При указанной форме предлежания плаценты очень часто (в 11,1%) приходится прибегать к ручному отделению плаценты.

Обескровливание организма нередко облегчает развитие и распространение инфекции, так как после кровопотери защитные силы организма падают. Распространению инфекции способствует в значительной мере топографическое расположение плаценты. В нормальных условиях плацента прикрепляется в асептической области отдаленной от *introitus vaginae*. Но уже до начала родов в сгустках крови на ткани предлежащей плаценты имеются бактерии вследствие близости влагалища. Каждое влагалищное исследование и соответствующее терапевтическое вмешательство, проводимые при предлежании плаценты, будут способствовать проникновению инфекции по направлению к плаценте (открытые венозные сосуды). Поэтому инфекционная заболеваемость при предлежании плаценты в 3—4 раза больше, чем при неосложненной беременности.

Опасность для жизни женщины при предлежании плаценты представляет воздушная эмболия, которая, однако, встречается реже, чем вышеописанные осложнения.

Плод при предлежании плаценты очень часто погибает от неизбежно наступающей асфиксии. По статистическим материалам некоторых авторов, при *placenta praevia* только в 39—40% случаев рождающиеся плоды выживают, в остальных случаях они рождаются либо незрелыми, либо нежизнеспособными. Такая высокая смертность плодов объясняется кислородным

голоданием плода. Пока плацента цела, плод непосредственно крови не теряет, но уже при отделении небольшой части плаценты он испытывает недостаток кислорода вследствие того, что отделившаяся часть плаценты не доставляет необходимого количества материнской крови. Асфиксию плода могут усилить также некоторые оперативные методы, применяемые при предлежании плаценты (например, низведение ножки).

Наблюдается также часто выпадение пуповины вследствие низкого прикрепления плаценты.

**Распознавание.** Установить предлежание плаценты во время беременности, когда внутренний зев закрыт, очень трудно, так как кровотечение может возникнуть и вследствие других причин: пузырьного заноса, полипа, рака и язвы шейки, разрыва варикозно расширенных и истонченных вен влагалищной стенки и преждевременного отделения нормально прикрепленной плаценты.

Как выше было сказано, при низком прикреплении плаценты первое кровотечение наступает во время родов и не с первой схваткой, а лишь при известной степени открытия шейки, т. е. при установившейся родовой деятельности.

За центральное предлежание плаценты говорит очень сильное первое кровотечение, появляющееся на VII—VIII месяце беременности или в периоде раскрытия.

Наконец, при краевом предлежании плаценты (неполное предлежание) кровотечение появляется либо в конце беременности, за 2—3 недели до родов, либо во время родов.

Предположительный диагноз указанных форм предлежания плаценты можно установить путем влагалищного исследования. Почти всегда удается через один из сводов определить мягкую ткань плаценты, лежащей между стенкой нижнего сегмента и наиболее низко расположенной частью плода. После значительного кровотечения зев обычно пропускает палец; это облегчает установление диагноза. Предлежащая часть плода при ненормальном расположении детского места находится обычно высоко; кроме того, как уже было сказано, наблюдаются неправильные положения плода (косое или поперечное).

В первые месяцы беременности диагноз ставится предположительно путем исключения других заболеваний. Многие заболевания полового аппарата (новообразования, полипы на ножке, варикозные расширения и др.), дающие кровотечение во время беременности, могут быть исключены осмотром влагалища и шейки зеркалами.

Несколько труднее обстоит дело при преждевременном отделении нормально прикрепленного детского места. Однако здесь, наряду с клинической картиной, помогает анамнез.

Гораздо легче поставить диагноз во время родов, когда возможно ввести в зев один палец; однако при этом следует соблюдать особую осторожность — не сверлить и не отслаивать плаценту.

Надо стараться исследовать через свод, а не через шейку также во избежание занесения инфекции беременной.

Если исследующий палец касается рыхлой, губчатой, легко кровоточащей массы, не позволяющей, вследствие своей толщины, определить швы и роднички, диагноз предлежания плаценты ясен; правда, в некоторых случаях оплотившие сгустки вокруг внутреннего зева дают повод к ошибке.

При низком прикреплении плаценты при незначительном открытии зева иногда не удается достигнуть плаценты; в таких случаях установлению диагноза может помочь следующее. При образовании *chorion laeve* в первую очередь атрофируются ворсинки, лежащие против плаценты. Ворсинки, расположенные по соседству с плацентой, исчезают последними, причем на их месте остаются маленькие сосочковидные образования. В результате этого стенка пузыря рядом с плацентой бывает плотной, с характерной шероховатостью, что может иметь некоторое диагностическое значение. Если в момент исследования зев открыт на 2—3 поперечных пальца, то уже можно с несомненностью определить, с каким видом *placenta praevia* имеем дело. Иногда и при нормальных родах в периоде открытия бывают кровотечения, зависящие от трещин шейки; кровотечения при них, однако, никогда не достигают такой силы, как при *placenta praevia*.

Для уточнения диагноза предлежания последа может быть применен метод рентгено-везикографии, предложенный Уде и Урнером и более уточненный М. А. Телал (из клиники А. М. Агаронова). Метод позволяет провести наиболее правильную топическую диагностику этого осложнения беременности еще задолго до родов при закрытом внутреннем зеве. Метод удобен и прост в практическом отношении и дает малый процент ошибок. Рентгенография основана на изучении контрастных теней, получаемых на рентгенограмме после заполнения мочевого пузыря 40 мл контрастной жидкости. В качестве контрастного вещества применяют 12,5% раствор иодистого натрия.

«На рентгено снимке измеряется расстояние от тени, образуемой мочевым пузырем и вогнутостью от давления на него нижней поверхности матки, и выпуклостью книзу, образуемой предлежащей частью плода. Это есть так называемое пузырно-головное, или ягодично-пузырное, пространство. При отсутствии предлежания детского места оно образуется за счет растянутой мышцы нижнего маточного сегмента, стенки мочевого пузыря, двух складок брюшины и мягких тканей головки или ягодицы плода. При наличии предлежания детского места это пространство между предлежащей частью и вогнутостью мочевого пузыря включает еще ткань плаценты и, следовательно, увеличивается. В нормальных условиях это пространство, согласно литературным данным, имеет глубину от 0,6 до 1 см. По нашим

наблюдениям, размеры пузырно-головного, или ягодно-пузырного, пространства при отсутствии предлежания детского места могут достигать до 2 см, будучи несколько большими при тазовых предлежаниях и уменьшаясь при предлежании головки. Во всех тех случаях, где расстояние между мочевым пузырем и предлежащей частью плода более 2 см, нужно допустить наличие предлежания плаценты. Таким образом, если пузырно-головное, или ягодно-пузырное, пространство подходит к вогнутости мочевого пузыря почти вплотную или останавливается на расстоянии не более 2 см, определяется отсутствие предлежания детского места. В случаях, где имеется центральное предлежание, это пространство значительно расширяется, причем во всех точках в одинаковой степени, т. е. предлежащая часть устанавливается на расстоянии свыше 2 см от тени мочевого пузыря. Если же предлежащая часть плода с одной стороны рентгенограммы находится в непосредственной близости к тени мочевого пузыря, а с другой — на расстоянии свыше 2 см, определяется боковое или краевое предлежание детского места с той стороны, где головка или ягодицы плода не могли снизиться» (М. А. Телал).

С целью исключения рака шейки матки после влагалищного исследования необходимо произвести осмотр шейки в зеркалах.

Распознавание шеечной беременности трудно, так как этот вид патологии встречается чрезвычайно редко. Шеечная беременность обычно прерывается раньше срока, так как для развития яйца в этой области матки нет необходимых условий. Нарушение беременности наступает обычно в первую половину (около 5 месяцев) и сопровождается сильным кровотечением; иногда случаи шеечной беременности врачи принимают за шеечный аборт. Между тем существуют диагностические признаки, которые позволяют своевременно выявить истинную шеечную плаценту и отличить ее как от истмико-шеечной, так и от истмико-корпоральной плаценты.

Если при истмико-корпоральной плаценте в течение беременности остается сохраненным шеечный канал и плацента при влагалищном исследовании ощущается за внутренним зевом, то при истинной шеечной беременности шейка представляется сглаженной и плацента определяется непосредственно за наружным зевом (рис. 49). Кроме того, развитие беременности в шеечном канале приводит к резко выраженной деформации шейки матки. Влагалищная часть шейки матки приобретает колбовобразную форму, толщина стенок неравномерная (передняя толще задней), отверстие наружного зева расположено эксцентрически. В результате развития беременности в шейке тело матки в ранние сроки беременности прощупывается в виде большого узла, сидящего на растянутой шейке. Наличие указанных признаков позволяет врачу безошибочно поставить диагноз.



Срочные роды при шеечной беременности невозможны. Мнение о возможности родов при истинной шеечной беременности надо считать ошибочным. Оно основано на том, что шеечную беременность смешивают с шеечно-истмическим прикреплением плаценты, т. е. с той формой, при которой внедрение яйца происходит в нижнем сегменте матки, а развившаяся плацента частично опускается за внутренний зев и шейка матки превращается в добавочное плодоеместилище.

Предсказание при шеечной беременности плохое; смертность, по данным некоторых авторов, достигает 40—50%. Лечение шеечной беременности состоит в удалении матки.

**Методы лечения при предлежании плаценты.** Лечение больной при предлежании плаценты должно быть индивидуализировано. В одних случаях допустимо консервативное лечение, в других требуется немедленное оперативное вмешательство.

Если у беременной кровотечение не сказывается на общем состоянии, то применяют средства и методы, направленные на прекращение и предупреждение наступления кровотечения. Однако консервативное лечение допустимо при условии постоянного врачебного наблюдения. Поэтому беременную, у которой подозревается предлежание плаценты, необходимо направить в стационар, где ей всегда можно оказать соответствующую помощь. Своевременная госпитализация необходима также потому, что в больничной обстановке можно выждать срок, когда плод станет жизнеспособным, если только это позволяет состояние самой женщины.



Рис. 49.

1. Выкидыш на 3 месяце беременности; 2. Шеечное развитие плодного яйца.

Беременную надо уложить в постель, назначить ей жидкую пищу, свечи с опиумом и стараться по возможности реже производить влагалищное исследование, а также не назначать слабительных средств. Эти мероприятия способствуют устранению раздражения матки и понижают перистальтические движения кишечника. Влагалищное исследование производится только при возобновлении кровотечения и усиливающейся анемии.

Назначая жидкую диету, следует запретить крепкий чай, кофе и вино. Нельзя применять питуитрин, эрготин. Показаны инъекции витамина К и повторные переливания крови по 100—200 мл.

Если у больной кровотечение продолжается или после перерыва возобновляется вновь, причем в значительной степени, и имеются все признаки малокровия (количество гемоглобина

снизилось до 40% при максимальном кровяном давлении 100 мм ртутного столба и ниже, несмотря на повторное переливание крови), то дальнейшее выжидание опасно, так как при новом кровотечении может возникнуть угроза для жизни.

Оценка степени малокровия беременной должна производиться на основании учета количества потерянной крови, систематического исследования количества эритроцитов и гемоглобина и оценки общего состояния больной. При предлежании плаценты падение содержания гемоглобина наблюдается даже при отсутствии значительного кровотечения (М. С. Малиновский), поэтому систематический контроль за содержанием гемоглобина является обязательным.

В зависимости от срока беременности, состояния женщин и ряда других факторов избирается то или иное акушерское вмешательство, включая операцию — кесарево сечение.

К числу факторов, которые должен учитывать врач при выборе акушерского вмешательства, относятся: вид предлежания плаценты, степень кровопотери и момент ее возникновения (беременность, роды), подготовленность родовых путей, возраст женщины, исходы предшествующих беременностей, степень жизнеспособности (недоношенный, доношенный) и состояние плода (живой или мертвый) и др.

Родоразрешению должно предшествовать переливание крови, которое производится не только с целью борьбы против шока и малокровия, но и для стимуляции защитных сил организма на случай борьбы с возможной инфекцией. Оперировать обескровленную женщину нельзя как в ее интересах, так и в интересах плода.

Переливание крови показано и в тех случаях, где резкого малокровия нет и кровотечение прекратилось (в пределах 300—500 мл). Кроме переливания крови, может быть применено длительное вливание крови капельным методом в количестве 500—600 мл. Противопоказанием к переливанию крови будут нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и почек.

При выборе того или другого вида акушерских мероприятий в случае предлежания плаценты врач должен исходить из необходимости: 1) остановить кровотечение, 2) предупредить возможность инфицирования больной и 3) по возможности спасти жизнь плода. Однако с этим положением согласны не все акушеры-гинекологи. Одни из них стремятся к спасению жизни женщины (немецкие клиницисты), другие (французские акушеры) отдают предпочтение плоду.

Советские акушеры-гинекологи придерживаются иной точки зрения: они стремятся сохранить жизнь женщины и плода и только при опасности для женщины, когда нет возможности спасти обе жизни, действуют в интересах последней.

**Тампонада влагалища.** Если беременную с предлежанием плаценты необходимо транспортировать для оказания оператив-

ной помощи в родовспомогательное учреждение, то для остановки кровотечения первым и, пожалуй, единственным средством является тампонирование влагалища иодоформной или просто стерилизованной марлей.

Наше отношение к этому методу отрицательное. Тампонада проводится с целью прижатия кровотока сосудов, а при *placenta praevia marginalis*, особенно при подвижной головке, такое прижатие не дает вполне положительного результата. Чем больше тампонировать влагалище марлей, тем это больше способствует отслойке плаценты. Тампонада уместна в случаях, где головка плотно прижата ко входу в таз и кровопотеря при этом незначительна. Тампонада способствует раздражению матки, вызывает сокращение ее мускулатуры, вследствие чего увеличивается отслойка плаценты. Кровоотделение в связи с этим обычно усиливается, хотя внешне это незаметно до тех пор, пока марля будет впитывать кровь. Кроме того, кровь, пропитавшая марлю, является отличной средой для развития бактерий. Таким образом, тампонада неблагоприятна в смысле инфицирования, тем более что больные с предлежанием плаценты особенно восприимчивы к ней.

Тампон допустимо оставлять во влагалище не свыше 2—2½ часов.

При наступившей родовой деятельности кровоостанавливающее действие тампона выявляется лишь в случае энергичных схваток, однако при предлежании плаценты энергичной родовой деятельности обычно не бывает.

Мы рекомендуем применять тампонаду лишь в исключительных случаях — только при значительных кровопотерях, в случае необходимости перевозки беременной или роженицы в лечебное учреждение.

По данным некоторых авторов, смертность матерей после применения тампонады достигает 20%, а мертворождаемость—63%.

В тех случаях, когда беременную почему-либо не представляется возможным отправить в клинику или больницу, а родовая деятельность активная, врач должен произвести родоразрешение на месте.

Иной оценки заслуживают другие методы прижатия плаценты снаружи, т. е. вскрытие плодного пузыря, метрейриз, ранний поворот на ножку (или поворот по Бракстон-Гиксу) и метод Иванова.

**Вскрытие плодного пузыря (*diruptio velomentorum ovi*)** применяется исключительно при продольном положении плода, при краевом или боковом предлежании плаценты. Как только начались роды и шейка или зев проходимы настолько, что пропускают два пальца, надо сразу вскрыть оболочку плодного пузыря, прилегающие к зеву. Вскрытие плодного пузыря дает возможность маточной мышце скользить по плоду, а не по плодному яйцу, вследствие чего кровотечение останавливается, так как группная

часть плода, опускаясь во вход в таз, придавливает кровотокающие места, а плацента вместе с нижним сегментом отходит вверх. Применяя этот метод, надо по возможности шире вскрывать плодный пузырь.

Оболочки при предлежании плаценты обычно бывают плотными, поэтому разрыв их рекомендуется производить пулевыми щипцами, введенными под контролем пальца. Этот способ предупреждает дальнейшую отслойку плаценты; последняя почти неизбегна при попытке вскрыть околоплодный пузырь пальцами. Чтобы предупредить возможное выпадение низко расположенной гуповины, воды следует выпускать медленно.

Метод вскрытия плодного пузыря является простейшим по технике, наиболее безопасным в смысле возможности инфицирования, довольно эффективным в смысле остановки кровотечения. Однако при слабых схватках он мало эффективен. Если схватки недостаточно плотно прижимают головку к кровотокающим местам и кровотечение продолжается, то это служит показанием к применению других методов. В таких случаях вскрытие плодного пузыря производится как мероприятие, необходимое для введения метрейринтера, применения раннего поворота на ножку или метода Иванова.

Как нами уже было отмечено, роды при боковом и краевом предлежании плаценты могут окончиться самостоятельно и благополучно, однако никогда нельзя быть заранее в этом уверенным. С самого начала надо беречь каждую каплю крови женщины и своевременно приступить к вскрытию плодного пузыря. При этой операции смертность матерей равна нулю, а мертворождаемость достигает 10%.

**Операция метрейриза.** Если, несмотря на разрыв оболочек, кровотечение продолжается, то следует ввести в матку баллон (метрейринтер), который, кроме остановки кровотечения, способствует быстрому раскрытию зева. После метрейриза роды могут окончиться самопроизвольно или с помощью поворота плода на ножку. Метрейриз особенно показан там, где, вследствие узости канала шейки, нельзя произвести поворот. Метрейриз можно применять во всех случаях предлежания плаценты при живом и жизнеспособном плоде. Если при боковом и краевом предлежании плаценты следует использовать метрейриз, то при центральном (полном) предлежании плаценты операцией выбора должно быть кесарево сечение, и только отсутствие условий для хирургического родоразрешения может явиться оправданием для применения иных способов в целях остановки кровотечения, в том числе и операции метрейриза.

В тех случаях, когда имеется центральное (полное) предлежание плаценты, лучше предварительно отделить край плаценты с одной стороны, переводя таким образом полное предлежание в неполное, а затем разорвать у края плаценты оболочки. Если же отделить край плаценты не удастся, можно

пробуравить ткань ее в центре, что представляется весьма нелегким, так как последняя очень плотна.

Необходимым условием для метрейриза является предварительный широкий разрыв плодного пузыря, в противном случае отслойка плаценты и кровотечение будут резко увеличиваться. Увеличивающаяся отслойка и особенно нарушение целостности отдельных долек плаценты вызывают асфиксию плода и кровотечение из его организма. Иногда при широком вскрытии пузыря сильно наполненный баллон не останавливает кровотечения; тогда к трубке его привешивают груз, по весу приблизительно равный влитой в баллон жидкости. Груз ни в коем случае не должен превышать веса жидкости более чем на 400 г; значительное увеличение груза (излишек) может повести к разрыву шейки. При сильных схватках нагрузку следует уменьшить.

Баллон можно ввести при открытии зева на 1—2 пальца. Если наружный зев закрыт, что при предлежании плаценты бывает редко и только у первородящих, надо предварительно расширить шейку гегаровскими расширителями. К пальцевому расширению прибегать не следует, так как применение этого метода нередко приводит к тяжелым повреждениям зева и отслоению ткани плаценты, а стало быть, и к кровотечению.

Техника метрейриза. Наркоз при введении метрейринтера обычно не применяется. Введение метрейринтера производят следующим образом. Шейку захватывают пулевыми щипцами, подтягивают ко входу во влагалище для того, чтобы устранить возможность прикосновения метрейринтера к стенкам влагалища.

Баллон метрейринтера состоит из эластичной ткани. В расправленном виде баллон имеет емкость 200—250 мл и диаметр 11,5 см (соответственно диаметру головки плода), в сигаровидно сложенном виде объем его равен 35 мл, длина 11,5 см. Перед введением баллон необходимо освободить от воздуха, простерилизовать и смазать стерильным вазелином. Вводят метрейринтер в сложенном виде посредством кривого ришело или специального инструмента через канал шейки за внутренний зев матки. Разжав бранши инструмента, но не снимая его, вводят в баллон жидкость, для чего конец его соединяют при помощи стеклянного наконечника с эсмарховской кружкой, в которую влит физиологический раствор или раствор борной кислоты в количестве, соответствующем емкости баллона. Вместо кружки Эсмарха можно использовать большой ушной шприц. Наполнение баллона необходимо производить медленно.

При вялой родовой деятельности к метрейринтеру может быть подвешен груз весом до 400 г. Применение более значительного груза не рекомендуется во избежание возможности разрыва шейки матки, которая особенно ранима при предлежании плаценты.

После рождения метрейринтера (продолжительность пребывания его в матке не должна превышать 4—6 часов) производят поворот на ножку (при головном предлежании) и роды предоставляют естественному течению. Извлечение плода допустимо только при полном открытии зева. Доказательством того, что метрейринтер спустился во влагалище, служит появление у женщины позыва к потугам.

Производство акушерского поворота непосредственно вслед за рождением метрейринтера необходимо потому, что головка, отодвинутая баллоном в сторону, не всегда сразу опускается и плотно прижимает отслоившийся край плаценты. Это обстоятельство может быть причиной усиления кровотечения. При повороте же тампонада вначале производится рукой, введенной в матку, а затем тазовым концом плода. Только в 50% случаев после метрейриза головка опускается самостоятельно (рис. 50).



Рис. 50. Метрейринтер, введенный внутрибрюшно при краевом предлежании плаценты.

Наряду с положительными качествами, метрейриз имеет и отрицательные. Прежде всего метрейринтер не всегда надежно останавливает кровотечение. Мягкие баллоны недостаточно плотно прижимают отслоившуюся плаценту и могут ро-

даться, принимая форму открытию шейки. Твердые баллоны не прилегают к тканям вплотную; между стенкой матки и баллоном образуются промежутки, что создает возможность нового кровотечения.

В числе других доводов, выставляемых противниками этого метода, следует указать на техническую трудность введения метрейринтера в полость яйца, с чем, однако, мы согласиться не можем. Кроме того, считается возможным занесение метрейринтером инфекции из влагалища в матку. Однако внесение инфекции можно предотвратить, подтягивая зев наружу с помощью пулевых щипцов, а также введя во влагалище широкие пластинчатые зеркала, которые защищают метрейринтер от соприкосновения со стенками влагалища.

Наши клинические наблюдения убедительно говорят в пользу метрейриза и полностью выявляют преимущества его перед другими методами, в частности, перед ранним поворотом на ножку.

Метрейриз имеет следующие преимущества перед операцией раннего поворота на ножку: 1) легко выполним технически; 2) выполним при открытии зева матки на один палец; 3) производится без наркоза; 4) эластический баллон более бережно

растягивает шейку, чем ягодыи плода; 5) мертворождаемость и материнская смертность при метрейризе несравненно ниже, чем при операции раннего поворота на ножку.

Таким образом, легкость дезинфекции баллона, возможность применения груза, относительно быстрое родоразрешение и относительно хороший прогноз для плода позволяют нам рекомендовать метрейриз. Показанием к применению его является наличие живого плода. Применение метрейриза противопоказано при сильном обескровливании женщины.

**Ранний поворот на ножку.** При открытии зева матки на 2—3 пальца можно применять ранний поворот на ножку, действие которого в основном такое же, как и метрейринтера. Не давая подробного описания техники операции, мы считаем необходимым остановиться на некоторых деталях производства поворота.

Основное преимущество метода состоит в том, что предлежащие (тампонирующие) ягодыи обычно стерильны. Поворот производится под наркозом на операционном столе. Во влагалище надо непременно вводить всю кисть. Поворот плода следует производить медленно. Ножку извлекают до тех пор, пока из влагалища не появится колено, ибо только с этого момента ягодыи достигают нижнего сегмента матки и начинают прижимать кровоточащие сосуды (рис. 51).

Для усиления давления ягодыи на нижний сегмент матки можно накинуть на ножку петлю, шнур которой перекидывают через край кровати или блок и соединяют с грузом (до 400 г). После прорезывания ягодыи груз необходимо сразу снять во избежание разрывов нижнего сегмента. Дальнейшее изгнание плода следует предоставить силам природы. Несмотря на то, что при выжидании самостоятельного родоразрешения плод подвергается опасности, при малом раскрытии зева никогда не следует делать искусственного извлечения плода. Извлечение плода при указанных условиях может вызвать разрыв шейки и нижнего сегмента матки, сопровождающийся смертельным кровотечением. Точно так же нельзя производить поворот, если прошло много часов после отхождения вод. Поворот при давно отошедших водах ведет к разрыву матки в области нижнего сегмента, который при низком прикреплении плаценты сильно истончается.

Поворот производится как при поперечном положении, так и при головном предлежании плода. Смысл этой операции за-



Рис. 51. Тампонада ягодыи.

ключается в создании ягодичного предлежания, чтобы прижать ягодицами плаценту к стенке матки.

Поворот при боковом предлежании плаценты у необескровленных женщин дает относительно хорошие результаты для матери. При центральном предлежании плаценты и значительном обескровливании поворот сопровождается высокой материнской смертностью.

Мертворождаемость после поворота на ножку достигает высоких цифр в связи с прижатием плаценты, нарушением пло-



Рис. 52. Захват кожи головки щипцами по Иванову.

дового кровообращения и газообмена. Процесс раскрытия шейки ягодицами происходит длительно, и поэтому акушер часто бывает лишен возможности извлечь плод, находящийся в состоянии асфиксии.

Все указанное относится к крупным недостаткам метода. Кроме того, поворот труден и при целой шейке, особенно у первородящих, и при открытии ее меньше чем на два пальца технически неосуществим.

Таким образом, метод раннего поворота на ножку прием-

лем там, где жизнь плода спасти невозможно (при мертвом, нежизнеспособном, недоношенном плоде). Метрейриз и ранний поворот на ножку не всегда гарантируют полную остановку кровотечения и часто сопровождаются гибелью плода; ввиду этого они применяются только в случаях, когда нет условий для более бережного родоразрешения.

Метод А. А. Иванова состоит в том, что складку кожи предлежащей головки плода захватывают особыми щипцами, напоминающими щипцы Мюзо. Конец одной ветви щипцов имеет зубчики, другой конец — площадку с отверстиями, соответствующими расположению зубчиков. К рукоятке щипцов прикрепляют шнур, который перекидывают через блок; к нему может быть подвешен груз весом до 400 г.

Описанный метод применяется вместо операции поворота и метрейриза; он дополняет операцию разрыва плодного пузыря. Головка плода, так же как и баллон, прижимает плаценту к маточной стенке и останавливает кровотечение.

**Кесарево сечение.** Неудовлетворительные результаты старых способов лечения предлежания плаценты побуждают к исканию новых методов, которые лучше и быстрее останавливают кровотечение, вернее, устраняют возможность инфицирования и сохраняют жизнь матери и плода. Этим объясняется тяготение к хирургическим способам быстрого опорожнения матки, при которых



укорачивается время кровопотери и остановка кровотечения производится под контролем глаза. Преимуществом хирургического метода является возможность применения его независимо от периода родов; при нем возрастают шансы на сохранение жизни плода. Кроме того, хирургический метод позволяет предупредить растяжение нижнего сегмента матки, что особенно важно при предлежании плаценты.

Кесарево сечение надо использовать как эффективный метод, а не как последнюю меру в борьбе с кровотечением.

Преимущества кесарева сечения следующие:

1) сберегается кровь беременной; при резком обескровливании этот метод часто служит единственным средством для спасения матери;

2) остановка кровотечения достигается быстро, под непосредственным контролем зрения;

3) оперирующий действует независимо от периода родов;

4) оперирующий непосредственно попадает в матку, минуя родовую путь, содержащий бактерии;

5) устраняется необходимость растяжения шейки;

6) имеется возможность спасти доношенных и большинство недоношенных, но жизнеспособных детей.

Однако по вопросу о применении кесарева сечения при предлежании плаценты, в частности, о целесообразности разных методов этой операции, существуют разногласия. Одни авторы считают показанным кесарево сечение только при сильном кровотечении и малом раскрытии зева и шейки матки (что характерно для центрального предлежания плаценты) при жизнеспособном плоде у «асептических» матерей и при согласии последних на операцию (В. В. Строганов и Е. Н. Поволоцкая, Ф. Боканов); другие руководствуются главным образом видом предлежания плаценты — центральное и краевое (у старых первородящих с ригидной шейкой), степенью обескровленности женщины и др.

Л. А. Новикова разграничивает показания к кесареву сечению при предлежании плаценты на две группы: 1) показания со стороны женщин и 2) показания со стороны плода. Показаниями со стороны женщин являются сильное кровотечение при неподготовленном зеве, явления угрожающей анемии. При наличии этих показаний вопрос о кесаревом сечении решается положительно, несмотря на недоношенность, нежизнеспособность и даже смерть плода. Из показаний со стороны плода на первом плане стоит желание женщины иметь живого ребенка, но в этих случаях операция допустима лишь при жизнеспособном плоде.

Кесарево сечение противопоказано в инфицированных случаях. Многие авторы подчеркивают значение подбора неинфицированных (чистых) больных для производства этой операции, что является делом весьма нелегким. Несомненно, правы те авторы, которые говорят, что подбор «чистых» случаев

невозможен. Частичное отслоение плаценты, синусы которой открыты, создает удобную почву для развития микроорганизмов, проникающих из влагалища в матку. Это обстоятельство служит основанием для ограничения влагалищного исследования при предлежании плаценты сравнительно узкими показаниями, а также для соблюдения особо строгих правил асептики и антисептики при исследовании.

На этом же основании большинство авторов производит кесарево сечение только в том случае, если плодный пузырь цел, температура нормальная и беременная (роженица) не подвергалась влагалищному исследованию.

Роженицам, у которых воды отошли давно и роды затянулись, а также всем подвергавшимся влагалищному исследованию вне лечебного учреждения кесарево сечение противопоказано.

При подозрении на занесение инфекции или наличии легких признаков последней (температура ниже 38°) кесарево сечение произвести можно, но в отдельных (исключительных) случаях и только при условии, если температура повысилась в период пребывания в стационаре. При этом необходимо своевременно начать борьбу с инфекцией назначением пенициллина (стр. 307).

Кесарево сечение не следует применять в случаях, когда роженица (беременная) инфицирована или многократно исследована влагалищным методом до поступления в лечебное учреждение. В таких случаях лучше применять другие операции — поворот, метрейриз.

Существуют следующие методы кесарева сечения: 1) влагалищное, 2) брюшностеночное со вскрытием брюшины (классическое, низкое и ретровезикальное) и 3) внебрюшинное.

Влагалищное кесарево сечение при предлежании плаценты в настоящее время почти не применяется. Серьезными доводами против этого метода служат техническая трудность операции, неизбежность значительного кровотечения, часто возникающие дополнительные разрывы в нижнем сегменте матки и, наконец, большая мертворождаемость.

По данным некоторых авторов, смертность матерей при влагалищном кесаревом сечении достигает 5%, мертворождаемость — 20%.

Операцией выбора является брюшностеночное кесарево сечение.

При решении вопроса о необходимости применения брюшностеночного кесарева сечения следует руководствоваться не столько видом предлежания (центральное, краевое), сколько степенью кровопотери и состоянием беременной (роженицы), а также учитывать неподготовленность родовых путей к влагалищному родоразрешению.

Абсолютным показанием к применению этого метода является шеечная беременность и центральное предлежание плаценты у первородящей, а также резкая степень обескровленности по-

следней. При боковом и краевом предлежании плаценты кесарево сечение показано при значительной кровопотере, угрожающей жизни больной.

В тех случаях, когда предлежание плаценты сочетается с другими осложнениями родового акта (поперечное положение плода у старой первородящей, неправильное вставление и др.), решение о выборе родоразрешения абдоминальным путем значительно облегчается. Хотя наличие живого плода и является необходимым условием для брюшностеночного родоразрешения, однако в тех случаях, когда кровотечение угрожает жизни женщины, кесарево сечение может быть произведено при заведомо мертвом плоде.

Основным недостатком классического кесарева сечения является разрез тела матки и возможность последующих осложнений (сращение с передней брюшной стенкой, предрасположение к разрыву матки при следующих родах). Это послужило причиной разработки другой методики — ретровезикального цервикального кесарева сечения.

Преимущества цервикального кесарева сечения состоят в следующем: разрез минует мускулатуру тела матки (сократительная функция сохраняется), опасность механического или паралитического илеуса снижается, так как кишечник остается вдали от операционного поля, и, наконец, всегда имеется возможность хорошо перитонизировать раневую поверхность.

В последние годы в акушерской литературе стали появляться сообщения о замене продольных разрезов матки поперечными, в месте перехода брюшины тела матки на мочевой пузырь. Этот метод с анатомической точки зрения мало целесообразен, и мы считаем его отрицательным.

Метод ретровезикального кесарева сечения не может быть применен тогда, когда шейка целиком сохранилась. В подобных случаях производится либо классическое, либо низкое кесарево сечение с разрезом в нижнем сегменте матки без отсепаровки мочевого пузыря.

В случаях, сомнительных в смысле занесения инфекции (ранний разрыв плодного пузыря, влагалищное исследование роженицы вне клиники), некоторые авторы применяли внебрюшинное цервикальное кесарево сечение. Однако из-за технических трудностей операции (сильное развитие сосудов в операционном поле и теснота последнего), опасности ранения мочевого пузыря и мочеточников, возможности надрывов брюшины и излития инфицированного содержимого в незащищенную брюшную полость и др. в настоящее время этим методом врачи акушеры-гинекологи не пользуются.

Несмотря на ряд положительных качеств родоразрешения путем кесарева сечения, показания к нему, как сказано выше, ограничены. Кесарево сечение показано в 25—30% всех случаев предлежания плаценты. Но и среди этой группы не у всех боль-

ных возможно провести родоразрешение путем кесарева сечения, так как некоторые из них поступают в лечебные учреждения уже инфицированными, с высокой температурой, учащенным пульсом и другими симптомами инфекции; кроме того, не во всех родовспомогательных учреждениях имеются условия для производства сложных хирургических операций.

Подводя итог всему сказанному, можно рекомендовать следующую образ действия акушера при отдельных видах предлежания плаценты с учетом ряда побочных факторов, о которых говорилось выше.

1. При полном предлежании плаценты родоразрешение производится путем кесарева сечения (при отсутствии противопоказаний).

2. При частичном предлежании плаценты (боковое или краевое) родоразрешение путем кесарева сечения показано при обильном кровотечении и резком обескровливании в результате повторных кровопотерь при неподготовленных родовых путях (несглаженная шейка, открытие зева меньше чем на два пальца), а также у старых и пожилых первородящих, особенно при сопутствующих осложнениях.

3. Противопоказанием к кесареву сечению является лихорадочное состояние женщины, нежизнеспособность и смерть плода. При этих условиях кесарево сечение производится лишь в исключительных случаях по жизненным показаниям.

4. При частичном предлежании плаценты (боковое или краевое) при установившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки на два-три пальца применяется разрыв плодного пузыря с помощью бранши пулевых щипцов (не пальцами!):

а) если предлежание головное и головка тотчас после излития вод опустилась во вход таза, прижала плаценту и кровотоделение прекратилось, роды ведут выжидательно;

б) если головка не опускается, на кожу головки накладывают щипцы по Иванову, к которым привязывают на шнуре груз весом до 400 г;

в) если предлежание головное и плод нежизнеспособный, под эфирным наркозом производят ранний поворот на ножку;

г) при тазовом предлежании (смешанное или чистое) и при доношенном и жизнеспособном плоде вводят внутриболоочно метрейринтер; после рождения метрейринтера роды предоставляют силам природы; если же плод недоношенный и нежизнеспособный, то последующую головку обычно перфорируют; при смешанном тазовом предлежании и открытии зева на три пальца сразу производят низведение ножки;

д) при поперечном положении и доношенном (жизнеспособном) плоде производят внутриболоочное введение метрейринтера с последующим поворотом на ножку тотчас по рождении метрейринтера; при недоношенном плоде или его смерти вместо метрейриза производят поворот по Бракстон-Гиксу.

Ни в коем случае не следует извлекать плод даже при наличии симптомов асфиксии при неполном открытии зева, ибо возможен разрыв шейки со смертельным кровотечением.

5. При низком прикреплении плаценты и регулярной энергичной родовой деятельности вполне достаточно производство разрыва околоплодных оболочек; при слабых схватках показано применение родостимуляции.

6. При резкой степени обескровливания женщины перед родоразрешением, проведенным путем кесарева сечения или консервативными методами, необходимо произвести переливание крови в количестве 300—500 мл. В отдельных случаях переливание крови проводят одновременно с операцией кесарева сечения.

В отношении количества переливаемой крови следует руководствоваться общим состоянием женщины (частота пульса, содержание гемоглобина, картина крови в целом, кровяное давление).

С рождением ребенка борьба с кровотечением еще не заканчивается. Нередко приходится проводить ручное отделение и выделение плаценты, так как ворсины, глубоко проникая в матку, задерживают процесс самопроизвольного ее выделения. Если приходится отделять плаценту рукой, то после этого рекомендуются внутримышечные инъекции пенициллина.

Борьба с последствиями кровотечения проводится следующим образом. Родильницу укладывают в положение с опущенным головным концом. Внутривенно переливают донорскую кровь или сыворотку крови. Производят подкожное вливание рингеровского раствора (500—600 мл) и внутривенное введение глюкозы (40%) в количестве 20—40 мл. Применяют капельную клизму из рингеровского раствора 1 л с добавлением глюкозы 40,0 и адrenalина 10 капель. Сердечные — кофеин, камфора и др. Внутрь кофе, вино. К конечностям больной прикладывают грелки.

#### **5. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (SEPARATIO PLACENTAE NORMALITER INSERTAE SPONTANEA)**

Нормально прикрепленная плацента, как правило, не отделяется преждевременно потому, что она расположена в верхнем сегменте матки, т. е. выше зоны, подвергающейся растяжению, и не вовлекается в этот процесс. Прогрессирующее растяжение нижнего сегмента на нормально прикрепленную плаценту не влияет, в противоположность тому, что наблюдается в случае предлежания последней. При сокращении мускулатуры матки плацента подвергается только давлению, к которому легко приспособляется благодаря своему губчатому строению. Кроме того, препятствием к преждевременной отслойке плаценты при нормальной беременности служит противодействие со стороны

околоплодных вод и плода. И самое главное то, что с помощью нервной и нервно-гормональной регуляции снижается возбудимость нервно-мышечного аппарата матки и маточная мускулатура поддерживается в состоянии тонуса без каких-либо заметных признаков сокращения.

Отслойка и рождение плаценты происходят только при изменении этих условий, что связано с рождением ребенка.

Для отслойки плаценты необходимо нарушение связи между нею и маточной стенкой. Этот процесс начинается либо в центральной, либо в периферической части плаценты и захватывает то или иное протяжение. Предпосылки для нарушения связи между плацентой и стенкой матки создаются уже в конце беременности, когда в основных слоях децидуальной оболочки происходят регрессивные и дегенеративные изменения, которые состоят в том, что перегородки губчатого слоя становятся тонкими и рыхлыми. Между тем они содержат сосуды относительно крупных калибров, по которым протекает большое количество крови. Сосуды на поверхности перегородок сильно извиваются и теряют соединительнотканную опору, что служит предрасполагающим условием к их разрыву.

Всякое даже самое незначительное нарушение связи между плацентой и стенкой матки сопровождается кровотечением и образованием ретроплацентарной гематомы. Гематома, вначале незначительная по объему, оттесняет окружающие ткани и вызывает дальнейшее нарушение сосудов, вследствие чего кровотечение увеличивается.

При нормальной беременности, как правило, преждевременной отслойки плаценты не бывает. Это объясняется тем, что плацента обладает значительной эластичностью и хорошо приспособляется к различным (нормальным) пространственным условиям своего прикрепления.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты происходит только при наличии особо благоприятных изменений в организме женщины и сопутствующих им нарушениях в самой матке и плаценте.

Как правило, поводом к отслойке плаценты являются сдвиги в нервных и нервно-гормональных механизмах, приводящие к изменению рефлекторной реакции матки и нарушению гемодинамики. Поэтому функциональному состоянию высшей нервной деятельности беременной женщины врач должен уделять максимум внимания.

Внезапные изменения, наступающие в нервно-психическом состоянии женщины (испуг, нервное потрясение), связанные нередко со всевозможными внешними факторами (ушиб, толчок, падение, коитус и т. п.), подчас, казалось бы, весьма незначительными, а иногда даже без какой-либо связи с последними, могут явиться непосредственной причиной возникновения этого осложнения.

Механизм возникновения преждевременной отслойки представляется в следующем виде. В момент испуга или нервного потрясения возникает резкое симпатикотоническое сужение периферических сосудов при одновременном парасимпатикотоническом расширении их в области иннервируемой *p. splanchnicus*. Происходит перемещение крови от кожных покровов и мускулатуры к органам брюшной полости, в том числе и матке. В результате этого повышается статическая и динамическая нагрузка сосудов, которые легко разрываются и вследствие этого создаются очаги кровоизлияний в децидуальной оболочке, приводящие к отслойке плаценты.

Однако факт перераспределения крови сам по себе, без предшествующих изменений в стенках и сосудах матки и в самой плаценте, указанных явлений не вызывает.

Изменения в матке и плаценте, предрасполагающие к отслойке последней, имеют воспалительный и дегенеративный характер. Эти изменения особенно ярко бывают выражены в *decidua septata*. При наличии изменений в эндометрии, вызванных предшествующими заболеваниями, связь между плацентой и стенкой матки не бывает достаточно прочной, в то время как поверхность плаценты представляется слишком обширной, и измененная плацента лишена возможности приспособляться к изменяющимся пространственным отношениям. Плацента даже при макроскопическом исследовании представляется утолщенной, твердой и хрупкой.

В большей или меньшей степени изменяются также сосуды. Стенки сосудов становятся хрупкими и плохо приспособляются к перераспределению массы крови, которое часто наблюдается у женщин во время беременности под влиянием механических, нейро-гормональных и других факторов.

Все эти воспалительные и дегенеративные процессы ведут к тромбозу и кровоизлияниям в межворсинчатое пространство, что, несомненно, сказывается на возможности преждевременной отслойки плаценты (Вейс, Славянский, Масловский и др.).

При отслойке плаценты, как выше было сказано, главную роль играет изменение стенок материнских сосудов последней, что особенно часто наблюдается при гломерулонефритах и токсемиях беременности. За правильность этого предположения говорит частое сочетание отслойки плаценты с поражением почек и альбуминурией (в 42,1%) и эклампсией (8—8,3%), указывающих на заболевания организма в целом. Альбуминурия — симптом общего заболевания организма в результате нарушенного обмена веществ, которое в одних случаях может проявиться в форме эклампсии, в других — привести к образованию ретроплацентарной гематомы с последующей отслойкой плаценты, а в третьих к комбинации эклампсии с преждевременной отслойкой.

Изменения сосудистой системы при нефритах являются главной причиной возникновения кровоизлияний (в глазное дно, мозг), маточных кровотечений у небеременных и преждевременной

отслойки плаценты у беременных и рожениц. Хрупкость сосудистых стенок и неспособность их противостоять повышенному кровяному давлению, наблюдающемуся обычно при нефритах, способствуют образованию кровоизлияний, отслойке плаценты и возникновению белых инфарктов.

Таким образом, условиями для кровоизлияний в decidua segeta является повышенное кровяное давление, изменение сосудистых стенок и нарушение питания тканей вследствие тромбоза сосудов.

Среди причин, вызывающих преждевременную отслойку плаценты, следует отметить инсульт, действующий непосредственно на область прикрепления плаценты, и укорочение пуповины.

Зависимость между преждевременной отслойкой плаценты и короткой пуповиной выражается, по мнению некоторых акушеров, в том, что при поступательном движении плода пуповина, вследствие «абсолютного» или «относительного» укорочения, натягивается настолько, что вызывает отделение плаценты. Однако Е. И. Поволоцкая отмечает, что короткость пуповины как этиологический момент отслойки играет незначительную роль (по ее материалам, 0,6% случаев).

К преждевременной отслойке может привести запоздалое вскрытие плодного пузыря, ибо непрерывное продвижение нижнего полюса яйца во влагалище и наружу оказывает действие на нижний край плаценты и отделяет его от стенки матки.

Преждевременную отслойку плаценты может иногда вызвать быстрое опорожнение полости матки в случаях внезапного отхождения большого количества околоплодных вод или изгнания одного плода при двойнях. Эти же факторы играют роль в возникновении отслойки плаценты при базедовой болезни и нарушениях кровообращения. Внезапное кровенаполнение сосудов и резкое колебание кровяного давления приводят к разрыву губчатых перегородок и сосудов и образованию кровоизлияний.

Отслойка плаценты может произойти при узком тазе, при запущенном поперечном положении плода, при двурогой матке, из-за ненормальных судорожных сокращений мускулатуры матки, при которых отмечается перерастяжение нижнего сегмента и утолщение стенок тела матки и уменьшение поверхности прикрепления плаценты.

Преждевременная отслойка плаценты может произойти на весьма различном протяжении, начиная от небольших участков и кончая отделением от стенки матки всей поверхности плаценты. При отслойке небольшого участка и незначительном кровоизлиянии на поверхности плаценты (после ее рождения) наблюдаются небольшие сгустки крови, связанные с основной тканью.

Образование незначительных кровотечений до родов обычно не распознается из-за отсутствия отчетливых симптомов, диагноз устанавливается после родов, при рассматривании плаценты. При полном отсутствии клинических симптомов отслойки на ма-



теринской поверхности родившейся плаценты иногда обнаруживаются организовавшиеся сгустки крови.

При значительном изменении сосудистых стенок и резком повышении кровяного давления излившаяся кровь образует обширную гематому, которая отслаивает плаценту от стенки матки на большом протяжении.

Возникновение наружного кровотечения зависит от локализации гематомы. Если гематома расположена в периферическом отделе плаценты, наружное кровотечение обычно наступает (рис. 53). Если гематома находится в центре, то наружное кровотечение может отсутствовать, несмотря на внутреннее кровотечение и скопление большого количества крови



Рис. 53. Преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты. Наружное кровотечение.

между плацентой и стенкой матки (рис. 54); описаны случаи смерти женщин при отсутствии наружного кровотечения.

Образовавшаяся гематома настолько растягивает плацентарную площадку, что последняя выпячивается в брюшную полость. Давление скопившейся крови на стенку матки может быть таким сильным, что на мышце и серозном покрове матки образуются трещины; вся стенка матки пропитывается кровью, которая



Рис. 54. Преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты в ее центральной части. Наружного кровотечения нет.

проникает в параметрий. В брюшной полости находят либо серозную, либо серозно-кровянистую жидкость, а если стенка матки разрывается, — то свободно излившуюся кровь. Кровь, излившаяся между краем плаценты и маточной стенкой, обычно прокладывает путь наружу. Этот факт имеет и положительные, и отрицательные стороны. Наружное кровотечение способствует, с одной стороны, снижению внутриматочного давления и перера-

стяжению маточной стенки, а с другой — выходу новых порций крови из разрушенных сосудов плаценты.

В редких случаях кровь изливается не наружу, а проникает через нарушенные оболочки внутрь плодного яйца и окрашивает околоплодные воды. Если нижний сегмент не выполнен крупной предлежащей частью, то отслоившаяся плацента достигает внутреннего зева и может родиться вместе с плодом или даже раньше его. Последнее осложнение носит название *prolapsus placentae*.



Рис. 55. На маточной поверхности плаценты имеется углубление со сгустками крови, скопившимися в нем.

П а т о л о г о а н а т о м и ч е с к и е и з м е н е н и я. Преждевременно отслоившаяся плацента характеризуется довольно типичными изменениями. Маточная поверхность плаценты покрыта темными сгустками крови разной величины, которые расположены в характерных тарелкообразных углублениях (рис. 55). Ткань плаценты под сгустками по сравнению с толщиной нормальной плаценты представляется резко истонченной. Вокруг тонких, покрытых сгустками участков кольцом располагается нормальная губчатая ткань. В области вдавлений ткань плаценты обычно имеет бледный, желтоватый цвет, контуры отдельных долек сглажены, консистенция их плотная, поверхность покрыта иногда тонким налетом фибрина.

В плаценте нередко наблюдаются инфаркты, характер которых зависит от давности образования (рыхлые темнокрасного цвета, оплотневшие желтовато-белесоватые). Наличие инфарктов свидетельствует о том, что вначале кровоизлияния локализируются в самой ткани плаценты, затем происходит образование тромбов в межворсинчатых пространствах и гематомы между плацентой и стенкой матки. Такие инфаркты, как уже упоминалось, чаще всего образуются у женщин, страдающих нефритом на почве кровоизлияний вследствие нарушения измененных сосудистых стенок. Кровоизлияния сопровождаются нарушением питания ткани плаценты и образованием в ней дегенеративных очагов.

Подобные же изменения наблюдаются и в матке. В участках стенки матки, соответствующих локализации ретроплацентарной гематомы, находят характерные тарелкообразные углубления, покрытые организовавшимися сгустками крови, плотно спаянными с тканью матки. Эти сгустки симулируют ткань плаценты и служат причиной кровотечений и септических забо-

леваний в послеродовом периоде. В таких случаях необходимо своевременно производить ручное обследование полости матки.

Преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты встречается не столь редко. Как справедливо отмечал Р. В. Кипарский, в литературе регистрируются лишь те случаи, которые имеют типичную клиническую картину; частичное отделение плаценты, ввиду незначительности клинических симптомов, часто не диагностируется. О частичном отделении плаценты судят лишь по сгусткам крови, прилежающим к ее поверхности.

По материалам Повивального института (ныне Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук), с 1904 по 1905 г. отслойка плаценты была отмечена у 33 из 8 538 поступивших рожениц, что составляет 0,26% (Р. В. Кипарский); за время же с 1905 по 1922 г. отслойка плаценты имела место в 48 случаях на 27 200 родов, т. е. в 0,18% (Е. И. Поволоцкая); по данным Г. Г. Гентера (материалы роддома имени Снегирева и Обуховской больницы имени Нечаева) отслойка плаценты наблюдалась в 0,17% (86 случаев на 48 587 родов); по сборной статистике, собранной Г. Г. Гентером, отслойка плаценты отмечается в 0,12% (на 568 736 родов).

Считают, что преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты бывает чаще у многорожавших, что объясняется частым наличием у них изменений в маточной стенке. По данным Е. И. Поволоцкой, отслойка плаценты отмечается в 66,6% у многорожавших и в 33,3% у первородящих.

Частота этого осложнения повышается не только соответственно количеству бывших родов, но и с возрастом, что объясняется постепенной утратой физиологической эластичности ткани матки.

В большинстве случаев преждевременная отслойка нормально сидящей плаценты наблюдается к моменту срочных родов или в последний месяц беременности. По данным Г. Г. Гентера, отслойка происходит чаще всего в период раскрытия, реже — до появления схваток и еще реже — в период изгнания.

Преждевременные роды при этом осложнении отмечаются в 43,7%, срочные роды в 56,3% случаев.

Клиническая картина преждевременной отслойки плаценты зависит от величины отделившейся поверхности (частично, полностью) и степени кровопотери. При отслойке небольшого участка плаценты и возникновении небольшой гематомы опасность женщине и плоду обычно не угрожает. Характерные клинические симптомы отсутствуют. В этих случаях показаний для срочного родоразрешения нет, лечение консервативное. Внимание акушера обращают те случаи, где отслойка происходит на значительном протяжении или плацента отделяется от стенки матки полностью. При полной или значительной отслойке плаценты клиническая картина настолько характерна, что

диагноз устанавливается быстро и в большинстве случаев безошибочно.

Клиническая картина отслойки плаценты характеризуется следующими симптомами: живот увеличенный, напряженный, вздутый и настолько болезненный, что женщина не позволяет к нему прикасаться. Иногда бывает невозможно контурировать матку, определить положение плода и выслушать его сердцебиение. Если же удастся ощупать матку, то она оказывается увеличенной несоответственно сроку беременности. Форма матки разнообразная; она напряжена, плотна почти как дерево, резко болезненна. На поверхности матки нередко определяется эластической консистенции выпуклость, соответствующая месту прикрепления плаценты; в области ретроплацентарной гематомы сократительная способность мышцы матки понижается. Перерастяжение матки сопровождается резкими болями, которые могут вызывать шоковое состояние. Внутреннее кровотечение вызывает острую анемию, характеризующуюся обморочным состоянием, малым и частым пульсом, резкой бледностью лица и губ; наблюдается тошнота, рвота, страх и др. В начале отслойки пульс нередко бывает полным и редким вследствие раздражения ветвей блуждающего нерва чрезмерно растянутой маткой. Таким образом, возникает картина «абдоминального» шока. Кровотечение всегда сначала бывает внутренним, а затем наружным.

Однако по степени наружного кровотечения никогда нельзя судить о характере внутренней и общей кровопотери. На основании этого признака нельзя также решить, имеется ли полная или частичная отслойка плаценты. При отслойке плаценты схватки обычно отсутствуют, сердцебиение плода не определяется, движений плода мать не ощущает. Иногда движения плода имеют судорожный характер. При самопроизвольном окончании родов послед обычно выделяется сразу после рождения ребенка.

Диагноз данного осложнения ставится на основании клинической картины; анамнез имеет лишь второстепенное значение.

**Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з.** Разрыв оболочек при преждевременной отслойке происходит на расстоянии не менее 8—10 см от края плаценты, что указывает (правда, *post factum*) на ее высокое расположение. При постановке дифференциального диагноза в первую очередь возникает мысль о предлежании плаценты. Однако при предлежании плаценты матка бывает эластичной и общие явления не достигают такой тяжелой степени, как при полной отслойке плаценты.

Правильному распознаванию способствует также характер наружного кровотечения. При предлежании плаценты и целом пузыре кровь выделяется во время схваток, а после разрыва оболочек — в паузы между ними; после разрыва плодного пузыря кровотечение нередко уменьшается или прекращается вовсе. При отслоении нормально прикрепленной плаценты кровотечение

продолжается беспрерывно. Далее, при предлежании плаценты нередко наблюдаются повторные кровотечения; при влагалищном исследовании определяется ткань плаценты. Однако следует помнить, что при преждевременной отслойке плаценты кровяные сгустки, находящиеся в нижнем сегменте между оболочками и стенкой матки, могут иногда симулировать плацентарную ткань.

Труднее дифференцировать отслойку плаценты от низко прикрепленной плаценты. Однако при низком прикреплении плаценты кровотечение появляется исключительно в период раскрытия зева и после разрыва плодного пузыря прекращается; при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты кровотечение обычно продолжается и после разрыва оболочек.

При наружном кровотечении возможен разрыв краевого синуса плаценты, признаки которого сходны с признаками преждевременной отслойки, но выражены слабее. Диагноз удается подтвердить только после родов при обнаружении червеобразного сгустка толщиной с карандаш, теряющегося одним или обоими своими концами в краевом синусе плаценты.

При постановке дифференциального диагноза надо иметь в виду также разрыв варикозных узлов.

Внутреннее кровотечение при преждевременной отслойке плаценты дает повод смешать ее с разрывом матки, разрывом плододвместилища внематочно развивающейся беременности и с острым многоводием. При разрыве матки части плода легко определяются через брюшную стенку; они находятся отдельно от матки, предлежащая часть отходит кверху, живот становится менее напряженным.

При остром многоводии отсутствуют признаки анемии, матка не имеет плотной («деревянной») консистенции, форма ее обычно шарообразная. При отслойке плаценты матка овальная; определяется ясная флюктуация. При двойне удается определить части плода и их сердцебиение, нет резкой бледности и других признаков, наблюдающихся при отслойке.

От преждевременной отслойки плаценты довольно трудно отличить неполный разрыв матки при поперечном положении плода и узком тазе.

Из других заболеваний, при которых также наблюдаются острое раздражение брюшины и явления коллапса, нужно иметь в виду острый аппендицит, перитонит, перекручивание кисты, которые могут иметь место при беременности и привести к диагностическим ошибкам.

**Предсказание.** Отслойка плаценты в течение беременности более опасна, чем во время родов, так как в процессе родов, особенно в периоде изгнания, имеется возможность быстро родоразрешить женщину.

Смертность матерей при этом осложнении колеблется в пределах 10%. По данным Е. И. Поволоцкой, смертность женщин

составляет 4,35%. Они гибнут от острого малокровия, от шока и от тяжелой послеродовой атонии, которая наблюдается в 14% случаев; в послеродовом периоде у них отмечается большой процент тромбфлебитов.

Внутриутробная смерть плода при преждевременной отслойке плаценты отмечается очень часто; цифры смертности колеблются, по данным Поволоцкой, от 48,9 до 90%, в зависимости от того, в каком периоде родов наступила отслойка плаценты. При отслойке, наступившей до начала родовой деятельности, смертность детей равна 100%, до периода раскрытия — 85,7%, до периода изгнания — 35,7% (Гентер).

Отмечено, что при наружном кровотечении плоду угрожает меньшая опасность, чем при внутреннем, ретроплацентарная гематома при этом не нарастает и дальнейшей отслойки не происходит. Смерть плода при данном осложнении происходит вследствие асфиксии, степень которой возрастает в зависимости от величины площади отслоения плаценты. При отслойке половины поверхности плаценты плод погибает от асфиксии; при отслойке трети поверхности плод также находится в опасности, и его удастся спасти лишь при немедленном родоразрешении. Кроме величины площади отслойки плаценты, большое значение имеет быстрота ее отделения.

Методы лечения. Линия поведения врача при данном осложнении должна состоять в бережном и быстром опорожнении полости матки. Выжидательный и консервативный образ действия, практиковавшийся раньше, должен быть совершенно оставлен; он пригоден только в некоторых случаях при незначительном кровотечении, не угрожающем жизни женщины.

Выбор методов лечения зависит прежде всего от того, имеем ли мы дело с беременной или роженицей, иначе говоря — от степени подготовленности родовых путей (состояние шейки матки в момент отслойки или в течение ближайшего времени после нее). При выборе метода родоразрешения основное значение имеет не характер кровотечения (наружное или внутреннее), а степень кровопотери и общее состояние женщины.

При полной неподготовленности родовых путей, когда шеечный канал закрыт (например, у беременных) или когда раскрытие зева очень незначительно (начало родовой деятельности), а кровотечение достигает значительной степени и создается угроза для жизни женщины, показано только хирургическое вмешательство, т. е. брюшностеночное или влагалищное кесарево сечение.

При живом плоде необходимо произвести классическое или, еще лучше, шеечно-першеечное кесарево сечение. У повторно-беременных при мертвом, особенно при недоношенном плоде, допустимо влагалищное кесарево сечение с обязательной перфорацией предлежащей или последующей (после поворота плода)

головки плода, если, конечно, акушер владеет техникой влагалищных операций; в противном случае производится чревосечение.

Брюшностеночное кесарево сечение показано даже при полном открытии маточного зева, если имеются внутреннее кровотечение под высоким давлением и подозрение на угрожающий разрыв стенки матки. Если во время операции будут выявлены значительные изменения в стенках матки (надрыв, кровоизлияние), следует прибегнуть к надвлагалищной ампутации последней. В отдельных случаях, при наличии особых показаний, производится полное удаление матки.

При незначительном раскрытии шейки (примерно на 2—3 пальца) и небольшой кровопотере, когда состояние женщины не внушает опасения за ее жизнь, а состояние внутриутробного плода является вполне удовлетворительным, можно воспользоваться либо только вскрытием плодного пузыря (при энергичной родовой деятельности), либо внутриоболочечным метрейризом (при недостаточно развившейся родовой деятельности) с последующим поворотом и извлечением плода.

Одновременно с указанными мероприятиями целесообразна инъекция 1 мл 0,1% стерильного раствора сернокислового атропина (*Sol. Atropini sulfurici ster.*).

В тех же условиях после вскрытия плодного пузыря вместо метрейриза можно наложить на кожу предлежащей головки плода щипцы по Иванову.

При сглаженной, но еще недостаточно раскрытой шейке, до вскрытия плодного пузыря допустимо пальцевое расширение зева по методу Строганова (рис. 56).

При тазовом предлежании, если открытие зева около трех пальцев, кровотечение незначительное и общее состояние женщины не внушает опасения за ее жизнь, допустимо после вскрытия плодного пузыря низвести ножку с применением груза весом 400 г; при мертвом плоде обычно производится перфорация последующей головки. При наличии вышеуказанных условий, но при поперечном положении плода можно произвести поворот на ножку; последующее извлечение плода допустимо лишь при полном открытии зева. Необходимо помнить, что извлечение плода при неполном открытии зева может привести к разрыву нижнего сегмента матки.



Рис. 56. Пальцевое расширение зева по методу Строганова. В просвет зева вводится сначала один, а затем два пальца обеих рук. Зев растягивается равномерно во всех направлениях.

При полном открытии зева и энергичной родовой деятельности, если кровотечение незначительное и не угрожает жизни матери и плода, показано вскрытие плодного пузыря. В тех же случаях, когда создается опасность для жизни женщины и плода или для одного из них, а головка находится в полости таза, показано наложение шипцов; при мертвом плоде — перфорация головки с краниоклазией.

При полном открытии зева, подвижной головке и живом плоде показан акушерский поворот с извлечением плода; при мертвом плоде обязательна перфорация последующей головки.

Тампонада противопоказана, так как она сопряжена с возможностью увеличения кровотечения и занесением инфекции.

Одновременно с лечением отслойки плаценты необходимо вести энергичную борьбу с анемией путем переливания крови и применения других средств.

После окончания родов возможно возникновение атонического кровотечения. В тех случаях, когда с атоническим кровотечением специальными мероприятиями справиться не удастся и возникает прямая угроза жизни женщины, необходимо произвести либо надвлагалищную ампутацию, либо экстирпацию матки влагалищным путем.

**Профилактика.** Катастрофический характер возникновения данного осложнения беременности определяет трудность его предупреждения. Тем не менее врач должен рекомендовать беременной женщине, у которой имеются заболевания, предрасполагающие к отслойке плаценты (нефрит, повышенное кровяное давление, явления венозного стаза, резкая кахексия, базедова болезнь, явления токсемии и др.), соблюдать известный режим в течение беременности: диета соответственно основному заболеванию, гигиенический образ жизни и устранение всех условий, способных вызвать механический insult. С целью прекращения наступившего кровотечения и предупреждения повторных кровопотерь имеет смысл профилактическое применение витамина К или викасола. В нашей клинике М. Н. Дьякова лечила беременных, у которых имелась кровоточивость, внутримышечными инъекциями (5 мл стерильного 0,2%) масляного раствора витамина К. В тех случаях, когда однократная инъекция раствора витамина К не давала кровоостанавливающего эффекта (эффект обычно наступает по истечении 3 часов), инъекция повторялась в той же дозе через 6 часов.

## **6. ВЫПАДЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PROLAPSUS PLACENTAE)**

Выпадением плаценты называется рождение отделившейся плаценты раньше плода или одновременно с ним. Выпадению плаценты предшествует преждевременное ее отделение. Родиться раньше плода может не только предлежащая, но и нормально расположенная плацента.



Это редкое осложнение возникает при условии, если нижний сегмент матки не заполнен предлежащей частью (поперечное положение плода, высокое стояние предлежащей части, значительная растянутость матки при гидрамнионе и двойнях); при двойнях выпадение плаценты наблюдается после рождения первого плода. Выпадение плаценты наблюдается также при разрыве матки, когда плод частично выходит в брюшную полость, а отслоившаяся плацента опускается в нижний отдел матки и во влагалище.

Выпадение плаценты во влагалище или наружу до рождения плода наблюдается как при срочных, так и при преждевременных родах.

Плацента выпадает обычно после отхождения вод. В исключительных случаях еще до отхождения вод происходит вращение всего плодного яйца, в результате чего плацента оказывается в нижнем сегменте матки (Гентер). Самый процесс выпадения обычно сопровождается кровотечением; иногда кровотечение отсутствует.

Диагноз не труден в случаях, когда плацента выходит из родовых путей раньше плода и когда исключено предлежание плаценты; однако нередко выпадение плаценты смешивают с ее предлежанием.

Предсказание для матери серьезное, но более благоприятное, чем при отслойке плаценты, так как выпадение плаценты наблюдается в конце родов, когда имеются условия для быстрого родоразрешения.

Дети рождаются в состоянии глубокой асфиксии, борьба с которой часто бывает безуспешной.

Лечение в принципе сводится к быстрому опорожнению полости матки.

## **7. ОБОЛОЧЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ (INSERTIO FUNICULI UMBILICALIS VELAMENTOSA)**

Частота оболочечного прикрепления пуповины, по данным разных авторов, колеблется в пределах 0,5—0,8%; по наблюдениям Я. Русина, она составляет 1,1%. Приводимые цифры незначительны; на практике это осложнение встречается значительно чаще.

Обычно пуповина прикрепляется к плаценте и лишь в редких случаях к оболочкам. При оболочечном прикреплении пуповины пупочные сосуды на некотором протяжении проходят между водной и ворсистой оболочками. Если участок межоболочечного расположения сосудов находится на нижнем полюсе яйца, то в момент разрыва оболочек целостность сосудов нарушается и возникает кровотечение. Плод теряет кровь и быстро погибает, если не извлекается немедленно. К сожалению, о возможности этого осложнения часто забывают.

Оболочечное прикрепление пуповины характеризуется малым количеством вартоновой студени и слабым развитием волокнистой соединительной ткани, что способствует разрыву пуповинных сосудов.

Вследствие неправильного прикрепления пуповины и неполноценности ее сосудов, кровоснабжение плода нередко нарушается, и дети рождаются с малым весом. Это осложнение представляет серьезную угрозу для жизни плода, ибо кровотечение происходит лишь из его организма; мать от кровотечения совершенно не страдает.

Оболочечное прикрепление пуповины, повидимому, находится в зависимости от характера прикрепления сосудов аллантаоиса. На ранних стадиях внутриутробного развития сосуды аллантаоиса могут прикрепиться на любом участке хориона. В зависимости от места прикрепления (*decidua serotina, reflexa*), получается нормальное или неправильное (оболочечное) прикрепление пуповины. Однако оболочечное прикрепление в процессе развития может превратиться в нормальное. Подобное исправление происходит вследствие того, что по мере накопления вод амнион все больше отделяется от плода, сдавливает до сих пор расходящиеся образования (аллантаоис, пупочные сосуды и желточный проток, вместе составляющие позднее пуповину) и все больше приближается к хориону. Наступающее на третьем месяце беременности разделение на *chorion frondosum* и *chorion laeve* приводит к сдвигу амниона и пупочных сосудов к *chorion frondosum*. В тех же случаях, когда подобный сдвиг невозможен вследствие приращения пупочного пузырька к хориону, возникает оболочечное прикрепление пуповины (приведено по Русину).

#### **8. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ (RUPTURA UTERI SPONTANEA SUB GRAVIDITATE ET PARTU)**

При существующей в нашей стране организации акушерской помощи имеются все возможности для предупреждения разрывов матки; между тем разрывы матки встречаются, к сожалению, не только в практике врача сельского участка, но также у врача-клинициста, имеющего, несомненно, больший акушерский опыт и все возможности для своевременного распознавания угрожающего разрыва матки и его предупреждения. Анализ случаев разрывов матки, происходящих у опытных клиницистов, показывает, что значительная часть разрывов является результатом недостаточно внимательного ведения ими родов, когда симптомы угрожающего разрыва матки просматриваются или недостаточно правильно расцениваются.

Разрывы матки встречаются в настоящее время несравненно реже, чем 30—40 лет назад. Разрывы матки чаще наблюдаются у рожениц (90%) и значительно реже у беременных

(10%) до начала схваток или при слабо выраженной родовой деятельности.

Разрывы матки во время родов чаще встречаются у повторнородящих (в 95—98%), имевших послеабортные и послеродовые воспалительные заболевания полового аппарата, опухоли и пр. Повторнобеременные рожают более крупных детей, головка которых не поддается значительной конфигурации; у них чаще встречаются неправильные положения плода и разгибательные вставления головки, как, например, лобное предлежание.



Рис. 57. Полный разрыв матки (де Ли).



Рис. 58. Неполный разрыв матки. Образование подбрюшинной гематомы.

У первородящих, даже пожилых, разрывы матки чрезвычайно редки.

Разрывы могут локализоваться в любом месте матки, но чаще всего они бывают в области нижнего сегмента, где мускулатура развита слабо. Разрыв нижнего сегмента большей частью имеет поперечное или косое направление и располагается спереди или сзади. Боковое направление разрыва матки чаще бывает вторичного происхождения, в результате распространения переднего или заднего разрыва и обычно возникает вследствие применения грубого, часто неподходящего оперативного вмешательства.

Разрывы матки бывают нередко настолько обширными, что тело матки почти отделяется от нижнего сегмента. В некоторых случаях разрыв, начинаясь в нижнем сегменте вдоль рубца после бывшего кесарева сечения, переходит на тело матки почти до ее дна.

Различают полные, т. е. проникающие, разрывы с нарушением целостности брюшины и неполные, непроникающие, когда разрывается лишь мышца, а брюшина остается ненарушенной (рис. 57 и 58).

Предсказание для жизни женщины и особенно для плода при разрывах матки чрезвычайно серьезное: оно зависит от многих факторов, среди которых существенное значение имеет характер

разрыва (полный или неполный), его размеры, локализация, степень кровопотери и пр.

По данным Свердловского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества, при разрывах матки погибает около 47% матерей и 85% плодов (В. К. Дусеева), причем при полных разрывах прогноз хуже, чем при неполных.

Причиной смерти женщины является чаще всего травматический шок, связанный с поражением центральной нервной системы в результате перераздражения ее импульсами из матки; второй причиной является острое малокровие на почве кровопотери, которая, кстати, только в отдельных случаях бывает массивной, и, наконец, третьей причиной является перитонит или сепсис в результате проникновения инфекции.

Плод гибнет от асфиксии, возникающей в связи с отслойкой плаценты, которая происходит при любой форме разрыва матки.

Своевременное распознавание разрыва матки, быстрая и строго обдуманная хирургическая помощь значительно повышают шансы роженицы на выздоровление. Запоздалое оперативное вмешательство служит причиной увеличения процента смертельных исходов.

Среди осложнений при разрыве матки чаще всего отмечается повреждение широких связок, брюшины в fossa iliaca и на боковой стенке живота; гораздо реже бывает отслойка и разрыв мочевого пузыря и выпадение через разрыв петель кишечника и сальника. Особенно тяжелым осложнением являются пузырно-влагалищные свищи, возникающие на 5—8-й день после родов, когда отпадают омертвевшие ткани. Присоединение указанных осложнений отягощает и течение, и исход разрыва матки, который сам по себе является тяжелейшим страданием.

Во время беременности в матке происходят двоякого рода процессы. До конца VIII или начала IX месяца беременности происходит увеличение объема матки в связи с ростом плодного яйца. В связи с существованием пластического тонуса, присущего гладкой мускулатуре матки, нарастание внутриматочного давления все же не достигает той степени, которая вызывает сокращение гладких мышечных волокон. Приспособление мускулатуры матки к постепенному нарастанию внутриматочного давления регулируется специальными нейро-гуморальными механизмами, которые снижают возбудимость маточной мускулатуры и поддерживают ее в состоянии необходимого тонического напряжения (тонуса) без видимого сокращения.

К концу IX месяца беременности дальнейшее увеличение объема матки обычно прекращается, и с этого момента начинает особенно резко возрастать внутриматочное давление, которое достигает максимума к концу беременности. Увеличение внутриматочного давления проявляется периодическими сокращениями маточной мускулатуры, которые воспринимаются женщиной в виде болей в животе. Эти периодические сокращения маточной

мускулатуры, по мнению акушеров, связаны с формированием нижнего сегмента матки.

Здоровая маточная мускулатура легко справляется с возрастанием внутриматочного давления, так же как легко справлялась с увеличением объема. Патологически же измененная мускулатура часто не выдерживает значительного колебания объема и давления и легко подвергается разрыву при относительно небольших напряжениях, подобно плодовместилищу при эктопической беременности. Разрыв в подобных случаях может произойти без отчетливых предшествующих симптомов. В специальной литературе описаны многочисленные случаи разрывов матки в различные сроки беременности, начиная с четырех месяцев. Непосредственным поводом к разрыву служили самые незначительные физические напряжения, например: танцы, поднимание небольших тяжестей, эмоциональные переживания, громкий смех и т. д.

Неполноценность маточной мускулатуры может быть обусловлена недоразвитием (инфантилизм, гипоплазия) или пороками развития матки (одно- или двуорогая, двойная). Недочеты мускулатуры матки могут быть следствием перенесенных воспалительных заболеваний (метрозндометрит), после осложненных абортотвор или родов, может зависеть от рубцово-склеротических изменений после перенесенных операций (кесарево сечение и др.). Известную предрасполагающую роль играет глубокое врастание ворсин в стенку матки и нейротрофические процессы, связанные с изменениями свойств белка мышечных фибрилл матки (резкая степень гидрофильности, приводящая к расползанию мышечной ткани).

Однако в ряде случаев в тканях разорвавшейся матки никаких гистологических изменений обнаружить не удается. Повидимому, иногда в гладких мышечных волокнах происходят сложные биохимические процессы, отражающиеся на сократительной деятельности матки и создающие предпосылки к расползанию и даже разрыву маточной стенки.

Все вышесказанное позволяет нам считать ошибочным взгляд тех авторов, которые не придают должного значения в этиопатогенезе разрывов матки состоянию маточной мускулатуры и придерживаются взгляда, что разрывы матки происходят только вследствие механических причин.

Клиницистам хорошо известно, что в ряде случаев затяжных родов при наличии пространственного несоответствия между головкой плода и размерами таза матери разрыва матки может не произойти. Стало быть, причиной разрывов матки являются не только механические факторы, как, например, пространственное несоответствие между подлежащей частью и тазом (узкий таз, гидроцефалия), неправильное положение плода (поперечное), неправильное вставление головки и др., но и неполноценность мускулатуры матки. По данным Я. С. Персианинова, в 50,7% причиной разрыва матки были только изменения стенки последней

без других сопутствующих факторов. Однако нельзя не учитывать значения механических факторов в патогенезе разрывов матки в родах, ибо в механизме последнего, при имеющейся неполноценности маточной мускулатуры, давление или перерастяжение ущемленной мышечной ткани является достаточным для того, чтобы произошло расползание или разрыв мышечной ткани. В литературе известны случаи разрыва матки, наступившего при возбуждении преждевременных родов путем инъекции большой дозы питуитрина.

Все вышеизложенное обязывает врача акушера-гинеколога быть сугубо внимательным к ведению родов при следующих обстоятельствах: 1) анатомически или клинически (функционально) узкий таз; 2) разгibaтельные вставления головки (переднеголовное, лобное, лицевое предлежание); 3) высокое прямостояние стреловидного шва головки; 4) гидроцефалия; 5) ретроцервикальная фибромиома матки; 6) опухоль яичника, вколоченная в малом тазу. Эти особенности обычно связаны с несвоевременным отхождением околоплодных вод, затруднительным вставлением головки во вход в таз и замедленным продвижением последней по родовому каналу, несмотря на усиленную родовую деятельность. В таких случаях легко наступает ущемление губ маточного зева между головкой плода и костными стенками таза. В результате ущемления стягивание вверх маточного зева становится невозможным, получается перерастяжение нижнего сегмента, и создаются условия для разрыва матки.

Кроме несоответствия между размерами таза и величиной плода, существенное значение в возникновении разрывов имеет ригидность тканей шейки матки, ее рубцовое изменение и заращение наружного зева. Разрывы матки часто наступают в результате неправильного ведения родов при запущенном поперечном положении плода, предлежании плаценты и т. д.

Самопроизвольный разрыв при неполноценности мускулатуры матки может наступить без отчетливых предшествующих симптомов, при нерезко выраженных схватках и даже без какого-либо механического препятствия для продвижения плода. Однако чаще возникновению разрыва матки предшествует чрезмерное растяжение нижнего сегмента матки, которое наступает обычно при отошедших водах вследствие энергичной, непрерывной деятельности маточной мускулатуры и при наличии механического препятствия к продвижению плода.

В большинстве случаев перерастяжению родовой трубки препятствуют, с одной стороны, связочный аппарат матки (круглые, широкие и крестцово-маточные связки), а с другой стороны, брюшной пресс. Действие этих факторов сводится к тому, что связки удерживают пограничный валик или так называемое контракционное кольцо на уровне, близком к плоскости входа в таз, а брюшной пресс низдавливает всю матку в направлении ко входу в таз.

Как только происходит нарушение в работе этого механизма, ретракция верхнего отдела матки достигает наивысшего предела, а нижний сегмент матки растягивается до отказа (это подтверждается поднятием вверх пограничного валика или контракционного кольца), — наступает благоприятный момент для разрыва матки.

Возможность разрывов матки не только в родах, но и в течение беременности обязывает акушеров учитывать не только механические факторы (пространственное несоответствие между головкой и тазом, неправильное положение плода, неправильное вставление головки, опухоли в малом тазу и т. п.), но и помнить также о возможности существования патологических изменений в стенке матки.

В связи с этим врач-акушер должен уделять серьезное внимание анамнезу и тщательно обследовать женщину в течение беременности, чтобы иметь возможность рекомендовать ей правильный режим, организовать активный патронаж и своевременно направить в стационар, отметив в обменной карте все особенности анамнеза и данных объективного обследования.

Предупреждение разрыва матки во время беременности представляется трудной задачей. Не менее сложна профилактика разрывов при развернувшейся родовой деятельности, так как симптомы угрожающего разрыва нередко бывают выражены недостаточно отчетливо.

Симптомы предстоящего (угрожающего) разрыва матки ярко выражены в тех случаях, когда имеется механическое препятствие для поступательного движения плода при наличии бурной родовой деятельности. Однако разрыв матки нередко происходит при отсутствии механического препятствия, при нормальной, а иногда даже слабо выраженной родовой деятельности. На этом основании Я. Ф. Вербов в 1911 г. дал своеобразное объяснение механизму возникновения самопроизвольных разрывов матки.

Основываясь на работе Н. З. Иванова о мышечной архитектуре матки, он считает, что пассивного сегмента матки не существует; вся мускулатура матки, включая и нижний сегмент, сокращается перистальтически. Нижняя часть маточной стенки во время родов тоньше верхних отделов ее только потому, что и в небеременном состоянии она тоньше вышележащей части. Легкое ощупывание через нижний сегмент частей плода при долго затянувшихся родах говорит не об истончении его, а о дряблости и податливости переутомленных и потерявших тонус тканей. Пограничное кольцо (пограничный валик) Вербов в противоположность Бандлю считает не признаком угрожающего разрыва, а выражением пассивного состояния переутомленного ослабшего от чрезмерной работы нижнего сегмента. Напряжение круглых связок происходит потому, что матка, потерявшая тонус после чрезмерной работы, заваливается кзади и натягивает их.

Причиной разрыва Я. Ф. Вербов считает не растяжение, а неполноценность стенок матки; при неполноценности мускулатуры разрыв матки наступает под влиянием незначительных механических воздействий. Излюбленным местом разрывов он считает пограничный пояс между телом и шейкой, так как здесь маточная стенка наиболее тонка; однако разрыв может произойти и в другом месте. По мнению Вербова, перед разрывом верхний отдел матки работает не чересчур энергично, а, наоборот, слишком слабо, нижний же отдел является не истонченным, а парализованным.

Судорожные схватки не предшествуют разрыву, а являются лишь спутниками уже начинающегося разрыва; «судорожные боли есть указание на то, что ткани не выдержали и начали расползаться» (В. С. Груздев).

Н. К. Лемаринье (1936) утверждает, что «пограничная бороздка» возникает не вследствие растяжения и удлинения нижнего сегмента (при раскрытии шейки матки в первом периоде родового акта), а благодаря ретракции кольцевой мускулатуры стенок матки, расширению пояса соприкосновения стенки матки с плодом, в зависимости от постепенного перемещения околоплодных вод в нижний отдел пузыря или излития их наружу.

Исчезновение «пограничной бороздки» при глубоком стоянии предлежащей части в малом тазу, как правило, совпадает с полным раскрытием зева.

По клиническому течению и симптоматике разрывы матки в родах разделяются либо на три стадии: угрожающий, происходящий и совершившийся, либо на две стадии: предстоящий (угрожающий) и совершившийся. Мы придерживаемся последней классификации, считая практически крайне трудным провести четкое разграничение между второй и третьей стадиями. Более ясная симптоматика может быть выявлена между состоянием угрожаемым и совершившимся разрывом матки. Наличие резко выраженных судорожных болей, чрезвычайно беспокойное поведение роженицы и наличие ряда признаков, указывающих на перерастяжение матки и т. д., являются указаниями на возможность наступления разрыва матки или даже на его начало и требуют от врача принятия чрезвычайных мер для ликвидации возникшей патологии в родах.

**Признаками предстоящего (угрожающего) разрыва матки в родах** являются сильное растяжение нижнего сегмента матки, определяемого по высоте стояния пограничного валика (контракционное кольцо), а также наличие препятствий для поступательного движения плода, и высокое стояние предлежащей части. Типичным признаком угрожающего разрыва является также фиксация краев наружного отверстия шейки матки путем ущемления их между головкой и тазом.

С понятием «пограничный валик», «контракционное кольцо» (Бандль), «ретракционное кольцо» (М. С. Малиновский) связы-



вается представление о поперечной складке на передней стенке матки, которая легко прощупывается через переднюю брюшную стенку. Пограничный валик при угрожающем разрыве находится на уровне пупка или немного ниже и как бы разделяет матку на две части: толстую, лежащую выше пупка, и истонченную — ближе к лону. В таких случаях матка имеет форму песочных часов.

Матка обычно напряжена, и через ее стенки не удается прощупать части плода; нижний сегмент матки податлив, но весьма чувствителен при дотрагивании. Нередко врача вводит в заблуждение переполненный мочевой пузырь, складка которого принимается за контракционное кольцо; опорожнение мочевого пузыря рассеивает сомнение.

Не менее важным признаком угрожающего разрыва матки является сильное напряжение круглых маточных связок (особенно левой) и высокое стояние дна матки. Схватки бывают сильные, частые и резко болезненные; паузы между ними почти отсутствуют. Околоплодные воды обычно отходят рано, а самые роды тянутся долго и безрезультатно. Предлежащая часть (головка) высоко стоит над входом в таз. При влагалищном исследовании нередко отмечается ущемление передней губы шейки между головкой и лонем. Прикосновение пальцами к брюшной стенке вызывает резкую боль, особенно в области нижнего сегмента матки.

Систематическое наблюдение за деятельностью матки необходимо. Рекомендуется периодическое ощупывание кончиками пальцев матки по белой линии, между пупком и лобком. Этим приемом следует пользоваться только при пустом мочевом пузыре. Обследование лучше всего начинать перед началом схватки, продолжать его во время схватки и в паузу.

При определенном навыке пограничный валик ощущается как борозда между верхним толстым мускулом и тонким плоским нижним маточным сегментом.

П. В. Заиченко считает, что борозду можно определить уже в конце беременности на 1—1½ пальца выше лонного сращения. При нормальных родах борозда имеет косое направление, при чем высокий край ее соответствует стороне, противоположной затылку.

Высота стояния борозды над лонем позволяет судить о степени открытия зева: если она находится на ладонь выше лонной дуги, то можно думать о полном открытии. При нормальных родах борозда при схватках опускается ниже; при чрезмерном растяжении нижнего сегмента пограничный валик во время схваток стоит на одном уровне или даже поднимается выше.

Высота стояния пограничного валика в соответствии с характером схваток (длительность отдельной схватки, промежутки между схватками, степень болезненности) и местонахождением

предлежащей части является показателем эффективности работы матки и основанием для суждения о нормальном или патологическом течении родов.

Занченко считал, что когда пограничная борозда находится выше, чем на ширину ладони, от лонной дуги и при схватке уровень ее стояния повышается, надо думать о чрезмерном растяжении нижнего сегмента. После устранения факторов, ведущих к растяжению нижнего сегмента (заправление ущемленной губы, растяжение ригидного зева, вскрытие плотных плодных оболочек), уровень пограничной борозды во время схватки понижается и одновременно исчезают другие клинические симптомы растяжения нижнего сегмента (боль в области нижнего сегмента, напряжение круглых связок и др.).

Таким образом, при угрожающем разрыве пограничное кольцо поднимается высоко, верхняя часть матки плотная, толстая, и через ее стенку нельзя прощупать частей плода; нижний сегмент истончен и вял, через него легко прощупываются части плода. При влагалищном исследовании нередко определяется ущемление передней губы и тесное вколачивание во вход таза предлежащей части.

Диагноз угрожающего разрыва матки затруднителен в тех случаях, когда признаки перерастяжения матки мало выражены или отсутствуют вовсе. В подобных случаях приходится считаться с симптомом «наполненного мочевого пузыря» или появлением выпячивания над лоном (следствие отека клетчатки вокруг мочевого пузыря), неожиданно происходящей асфиксией плода, произвольной потужной деятельностью при высоко стоящей головке и др. Однако зачастую и эти признаки отсутствуют или выражены чрезвычайно слабо.

Поведение роженицы при угрожающем разрыве матки весьма характерное: она мечется в постели и все время стонет, умоляя о помощи; жалуется на распирающую боль внизу живота, которая наблюдается как вне, так и во время схватки. Лицо красное, испуганное. Язык и губы сухие. Пульс и дыхание резко учащаются. Температура обычно повышается, что объясняется чрезмерной мышечной работой матки.

В отдельных случаях роженица временами даже теряет сознание. Давление предлежащей части на мочевой пузырь вызывает учащенный позыв на мочеиспускание. Женщина, находящаяся в таком состоянии, рефлекторно тужится, что, конечно, только ускоряет момент разрыва матки.

При угрожающем разрыве матки надо немедленно прекратить дальнейшее перерастяжение матки, что отчасти достигается переводением роженицы в положение на бок. Назначается инъекция пантопона и сернокислой магнезии и дается глубокий ингаляционный наркоз с целью полного прекращения родовой деятельности на время, необходимое для подготовки к операции.

Методы родоразрешения должны быть бережными и щадящими. Существенную роль при выборе того или иного метода лечения играет обстановка и условия, в которых работает врач. Те мероприятия (хирургические), которые легко применимы в клиниках и больницах (цервикальное или корпоральное кесарево сечение), не всегда доступны в практике участкового врача. Там, где нет условий для производства кесарева сечения, врач вынужден прибегать к старым методам влагалищного родоразрешения — к перфорации с краниоклазией при подлежащей головке или к декапитации, экзектерации грудной клетки, экзектерации при поперечных или косых положениях плода. Указанные операции должны производиться с большой осторожностью, без лишнего физического усилия. Надо всегда помнить о том, что всякое грубое действие может вызвать разрыв матки или способствовать увеличению размера уже имеющегося повреждения.

Операцией выбора при угрожающем разрыве являются в неинфицированных случаях при живом плоде кесарево сечение, при невозможности произвести кесарево сечение или при мертвом плоде — плодоразрушающие операции.

При головных предлежаниях (затылочное, лобное, лицевое или передне-головное) перфорацию головки, захваченной за кожу двузубцами, следует производить в зеркалах под контролем глаза с последующим разрушением ложкой мозга и вычерпыванием его наружу (вымыванием).

При подвижной (прижатой) головке фиксировать ее во входе в таз через брюшную стенку не следует во избежание дополнительной травмы.

Весьма осторожным надо быть с наложением краниокласта. Извлечение плода должно быть медленным и плавным. Во время тракции необходимо следить за зевом, края которого по мере надобности заправляют пальцем.

При ширском плечевом поясе производится клейдотомия, а иногда и экзектерация грудной клетки.

При родах в тазовом предлежании производится перфорация последующей головки.

При угрожающем разрыве матки и запущенном поперечном положении плода акушерский поворот категорически запрещен даже при живом плоде и под глубоким наркозом. Поворот при подобных условиях обычно ведет к разрыву матки или к увеличению уже начинающегося разрыва и новым осложнениям.

При угрожающем разрыве матки мы категорически высказываемся против транспортировки женщины из одного лечебного учреждения в другое и считаем необходимым бережно родоразрешать ее в данной обстановке, хотя бы путем плодоразрушающих операций. При отсутствии условий для родоразрешения на месте в виде исключения допустима транспортировка роженицы после выключения родовой деятельности (инъекции морфина

и т. д.); роженицу обязательно должен сопровождать лечащий врач или акушерка.

**Совершившийся разрыв матки.** Клиническая картина резко меняется, как только наступил разрыв. Бурная родовая деятельность вдруг обрывается, что объясняется прекращением схваток. Острые жгучие боли, заставляющие роженицу сильно кричать, внезапно прекращаются. Женщина нередко ощущает, что у нее внутри что-то лопнуло. Появляется мертвенная бледность и тошнота. Пульс становится частым, наполнение его падает. Сознание сохраняется обычно ясное. Иногда повышается температура. Налицо типичная картина родового шока.

Шок обусловлен перераздражением нервных рецепторов, а отчасти внутренним кровотечением, как правило, сопутствующим разрыву матки, а главное, — резким перитонеальным инсультом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, наступающим при полном или частичном выходе плодного яйца (плода и плаценты) в брюшную полость. При наступившем разрыве меняется форма живота, исчезает напряжение брюшной стенки, пропадает ретракционное кольцо и ослабевает напряженность круглых связок. При полном разрыве и выходе плода в брюшную полость через брюшную стенку удается прощупать сократившуюся матку и части плода. Сердцебиение плода не выслушивается.

В зависимости от места локализации разрыва, матка или контурируется ясно (разрыв по задней стенке), или она недоступна для ощупывания (разрыв по передней стенке).

В тех же случаях, когда разрыв произошел по ребру матки, плод находится сбоку от матки. Если же разрыв матки произошел при головке, фиксированной во входе в таз, плод в брюшную полость не выходит; в этих случаях потуги могут продолжаться.

Разрыв матки обычно сопровождается наружным или внутренним кровотечением (в брюшную полость или в подбрюшинную клетчатку). После отслойки брюшины может образоваться ретроперитонеальная гематома, распространяющаяся до почечной области. Степень кровопотери зависит от локализации и протяженности разрыва, от состояния маточных и околоматочных тканей и самих сосудов, а также от состояния механизмов, обеспечивающих гемостаз. Если разрыв происходит по средней линии матки, где кровеносных сосудов мало, кровотечение обычно бывает небольшим. Наиболее неблагоприятны разрывы по бокам матки и в нижнем ее сегменте — в таких случаях кровопотеря бывает значительной. При неполном разрыве сбоку от матки у стенки таза нередко прощупывается быстро нарастающая опухоль — подбрюшинная гематома (см. рис. 58).

Остановке кровотечения способствует скручивание сосудов вокруг своей оси, уменьшение силы сердечных сокращений,

падение кровяного давления и свертывание крови, пропитывающей клетчатку, и, наконец, ретракция мышц самой матки, особенно в случаях выхождения плода в брюшную полость. Иногда плод, прижимаясь к ране матки и действуя как тампон, способствует гемостазу.

Обычно вскоре после разрыва плацента отделяется от стенки матки и большей частью спускается к маточному зеву. Значительно реже наблюдаются случаи, когда плацента, несмотря на разрыв и выхождение плода в брюшную полость, остается в полости матки или проникает в брюшную полость вместе с плодом. Проникновение плаценты в брюшную полость чаще происходит в результате попыток к его выжиманию при нераспознанном разрыве матки.

Разрыву матки обычно сопутствуют метеоризм и нередко рвота.

Моча чаще всего бывает с примесью крови вследствие венозного полнокровия слизистой мочевого пузыря или потому, что в разрыв вовлечена его стенка.

Описанная картина разрыва матки изменяется в зависимости от локализации, размеров и характера (полный и неполный) последнего. Иногда указанный симптомокомплекс выражен не отчетливо. Так, наблюдаются случаи разрывов, когда схватки прекращаются не сразу, а ослабевают постепенно, пульс внезапно учащается, становится мягким и легко сжимаемым.

Наличие какого-либо одного наиболее яркого симптома на фоне других неотчетливых признаков может помочь распознаванию разрыва матки. К числу таких признаков относятся:

1) раздражение брюшины, характеризующееся болезненностью при ощупывании и самостоятельной болью в животе, вздутием, запором, икотой, тошнотой, рвотой;

2) ощущение «хруста снега» (Гентер, Брауде) при ощупывании живота;

3) нарастающая подбрюшинная гематома, которая в виде мягкой опухоли располагается по соседству с маткой, распространяясь вверх по боковой стенке таза;

4) внезапно наступившая бледность видимых покровов тела, частый слабый наполненный пульс и упадок сил при ясном сознании;

5) подвижность подлежащей части, которая отходит вверх;

6) внезапное появление наружного кровотечения после родоразрешения и выделения послеродового лохия при хорошо сократившейся матке, появление наружного кровотечения до родоразрешения при схваткообразных болях или при полном прекращении схваток;

7) отсутствие сердцебиения плода.

Разрыв матки представляет серьезную опасность для жизни женщины. Если оказать хирургическую помощь при разрыве матки на месте невозможно, женщину необходимо транспорти-

ровать в лечебное учреждение. Перед перевозкой женщины в больницу уместна плотная тампонада влагалища и битование живота с целью прижатия матки к симфизу и ограничения подвижности плода, находящегося в брюшной полости. Эти мероприятия могут уменьшить кровотечение и предупредить возникновение новых осложнений.

В лечебном учреждении женщина должна быть оперирована немедленно, так как чем дольше откладывается оперативное вмешательство, тем меньше шансов для спасения ее жизни. Так, смертность среди оперированных в первые 2 часа после разрыва матки составляет 29%, а у оперированных по истечении 2 часов — 42% (Клейн-Попов).

При разрыве матки необходимо произвести чревосечение.

Вскрывая брюшную полость, врач имеет ряд преимуществ. Он видит местоположение и характер разрыва (полный или неполный), его величину, протяжение и характер краев, что играет существенную роль при выборе методики операции.

При чревосечении можно совершенно остановить кровотечение, исключается возможность увеличения существующего разрыва, что имеет иногда место при других способах родоразрешения, и удаляется источник инфекции — разможенная матка.

После извлечения из брюшной полости плода и последа матка выводится в просвет разреза наружу. Врач производит осмотр матки с целью определения размера и характера повреждения; ему надо решить, можно ли оставить матку или ее следует немедленно удалить.

При полном разрыве в целях предупреждения инфекции и получения надежного гемостаза производят удаление матки с придатками или без придатков, в зависимости от особенностей случая.

Консервативный метод — зашивание места разрыва матки — допускается лишь в исключительных случаях (с обязательным освежением краев раны), когда имеется или неполный разрыв матки при целом брюшинном покрове, или разрыв по краю старого рубца после бывшего кесарева сечения; консервативный метод допустим только в неинфицированных случаях. Одновременно с зашиванием матки в отдельных случаях производят стерилизацию по способу Кипарского или Липмана.

Выбор операции — надвлагалищная ампутация или полное удаление матки — зависит от особенностей случая (характер и степень повреждения и др.).

При повреждениях в теле матки предпочтительнее надвлагалищная ампутация. При повреждении в области шейки (нижнего сегмента) и особенно при наличии гематомы в широкой связке и выше показано полное удаление матки, так как при этом обеспечивается хороший гемостаз и создаются благоприятные условия для оттока крови и экссудата из брюшной полости

во влагалище. При наличии гематомы в тазовой клетчатке производится перевязка либо подчревной, либо маточной артерии у места ее отхождения от подчревной. До перевязки указанных сосудов между листками широкой связки отыскивают мочеточники и выделяют их до места впадения в мочевой пузырь. После отведения мочеточников в сторону производят перевязку сосудов.

Техника надвлагалищной ампутации матки при ее разрыве обычная. Предпочтительнее производить высокую ампутацию, чтобы оставить небольшую часть маточной слизистой и тем самым сохранить у женщины менструальную функцию.

При происшедшем разрыве матки и живом плоде, если головка его находится в полости малого таза, перед чревосечением можно наложить щипцы; при мертвом плоде производится перфорация головки с краниоклазией.

При головке подвижной или фиксированной малым сегментом во входе в таз и даже при живом плоде накладывать щипцы не следует: в таких случаях только чревосечением можно спасти жизнь матери и плода.

При нахождении тазового конца плода во влагалище показано извлечение плода с перфорацией последующей головки.

Вхождение рукой через влагалище в брюшную полость с целью извлечения плода и последа категорически запрещается, так как эти попытки способствуют увеличению разрыва, усилению кровотечения и угрожают опасностью занесения инфекции в брюшную полость.

После окончания чревосечения и тщательно проведенной перитонизации производят туалет брюшной полости (удаляют остатки жидкой крови и сгустки) и осмотр смежных с маткой органов. В брюшную полость рекомендуется вводить порошок белого стрептоцида, раствор пенициллина (200 000 единиц) или вливать эфир в количестве 50 мл. Брюшную полость закрывают наглухо.

Одновременно с операцией, тотчас по остановке кровотечения, во избежание острого малокровия и чтобы ликвидировать шоковое состояние, производят переливание крови и кровозамещающих жидкостей в среднем в количестве 1 л. В клинически тяжелых случаях (при явлениях кислородного голодания) применяют капельный метод введения крови или эритроцитной массы. Кровь должна поступать в вену из расчета 60—80 капель в минуту. Общее количество эритроцитной массы должно составлять 150—300 мл. После операции назначают капельную клизму из 500 мл физиологического раствора с 50 г глюкозы; тело обкладывают грелками, внутрь дают сульфаниламидные препараты или назначают сразу инъекции пенициллина; применяются сердечные и другие средства.

Мы преимущественно применяем сульфатиазол-натрий и реже белый стрептоцид.

Лечение сульфаниламидными препаратами следует начинать с большой дозы, так как надо возможно скорее создать наибольшую концентрацию их в организме. В дальнейшем эта концентрация поддерживается малыми дозами сульфаниламидных препаратов. Начальная разовая доза 2 г, затем от 1 до 1,5 г на прием каждые 4 часа с обязательным перерывом ночью в течение 6 часов. На курс лечения расходуется в среднем 60—80 г. Препараты заливываются содовой водой. При приеме сульфаниламидных препаратов исключается прием медикаментов и пищи, содержащей серу.

Пенициллин вводится внутримышечно. Начальная разовая доза 200 000 единиц, а затем через каждые 3 часа по 30 000 — 50 000 единиц (для поддержания в крови постоянной высокой концентрации). При очень тяжелой форме инфекции суточная доза составляет 500 000 единиц и выше. Пенициллин можно вводить 2 раза в сутки по 100 000 единиц, разводя его с раствором пирамидона или с цитратной кровью, согласно инструкции. Одновременно с пенициллинотерапией применяют переливание крови, физиотерапевтические методы, сыворотки и т. п. для повышения сопротивляемости организма. Пенициллин вводится до снижения температуры и еще 3—4 дня при нормальной температуре. Если эффект от раздельного или комбинированного применения сульфаниламидных препаратов и пенициллина не достигается, применяют другие методы лечения.

## 9. ОТРЫВ МАТКИ ОТ СВОДОВ ВЛАГАЛИЩА (COLPORRHESIS)

Отрыв матки от сводов впервые описан отечественным автором Ф. Г. Гугенбергом.

Разрыв чаще локализуется в области нижнего сегмента матки; значительно реже наблюдается другая форма отрыва матки от сводов влагалища — colporrhesis: разрыв происходит не в пределах нижнего сегмента, а несколько ниже его, на уровне сводов влагалища.

Разрыв сводов влагалища угрожает жизни женщины из-за возможности смертельного кровотечения или инфицирования раны.

Обычно разрыв сводов происходит в самом тонком месте влагалища, вблизи шейки матки. Отрыв влагалища создает зияющую рану, через которую могут выпасть наружу петли кишок, сальник, брыжейка и другие органы. Но это осложнение встречается редко.

Разрывы сводов бывают самопроизвольные и насильственные. При насильственных разрывах всегда имеет место грубое, чрезмерное применение физической силы при акушерской операции, будь то тампонация, метрейриз, акушерский поворот, ручное отделение последа, наложение щипцов. При самопроизвольных разрывах главную роль играют патологические изменения



тканей сводов влагалища вследствие травмы при предыдущих родах, воспалительных и дегенеративных процессов, связанных большей частью с родами, в некоторых же случаях возникающих независимо от последних.

Изменения в тканях сводов были тщательно изучены Порошиным, Дибобесом и другими авторами. Они сводятся к гиалиновому перерождению, склерозу тканей, обеднению их мышечными и эластическими волокнами за счет развития соединительной ткани, отеку, экстравазатам и развитию венозных сосудов.

Микроскопическая картина ткани, взятой с места разрыва свода, по Порошину, такова: «Непосредственно под брюшиной отмечается громадное развитие сосудов; стенки артерий представляются очень толстыми, а вены — тонкими, причем последние бывают очень растянутыми, что придает тканям пещеристый вид. Мышечной ткани почти не видно; вместо нее преобладают пучки соединительнотканых волокон, богатых старыми веретенообразными клетками; местами кучки волокон разъединяются кровоизлияниями и пронизываются громадным количеством круглых клеток; упругой ткани в этих местах не видно, следы ее встречаются только в стенках артерий, причем волокна представляются короткими, узловатыми, с неправильными утолщениями на концах». Последствием этого бывают: 1) истончение сводов вследствие их растяжения; 2) рубцевание ткани в местах ссадин, трещин и надрывов; 3) кольпиты, паракольпиты, параметриты и т. п.

При этих условиях продолжительные роды или чрезмерное насилие при оперативных родах вызывают перерастяжение видоизмененной ткани и ее разрыв. Учитывая указанные изменения, нельзя забывать, что причиной разрыва бывает узкий таз, опухоли матки, шейки и опухоли в тазу. Предрасполагающим моментом для разрыва нужно считать патологические изменения ткани на участке соединения сводов с шейкой матки.

Механизм отрыва сводов влагалища от матки может быть представлен следующим образом. Вполне раскрытая шейка ушла за головку вверх, она уже не может ущемиться между головкой и стенками таза. Матка же, непрерывно сокращаясь, тянет своды, которые соединены с тазовым дном и не могут свободно следовать за движением шейки. Наступает момент, когда натяжение достигает наивысшего предела и ткани рвутся (особенно при их неполноценности). Чаще всего происходит отрыв заднего свода, стенки которого значительно тоньше и более укреплены крестцово-маточными связками.

Разрывы сводов влагалища чаще бывают у многорожавших, так как у них эластическая ткань в области соединения шейки и сводов постепенно заменяется соединительной тканью.

Вид ран при *colporrhaxis* различен в зависимости от производящих причин. При наличии длительного давления края разрыва представляются изрезанными, разможенными и омерг-

вевшими на большем или меньшем пространстве; в случаях, явившихся результатом акушерской операции, края бывают чистые и ровные (И. Попандопуло). Направление самопроизвольных разрывов сводов всегда поперечное, при насильственных — продольное, причем часто бывает повреждена и шейка.

Распознавание «непроникающих» разрывов свода затруднений не представляет, «проникающие» же легко могут быть спутаны с разрывом матки, так как признаки их весьма схожи, особенно если плод (или часть его) попал в брюшную полость.

Разрыву сводов обычно предшествует необычайно сильная родовая деятельность, которая быстро сменяется полным прекращением схваток; налицо явно выраженное контракционное кольцо; из половых частей вытекает кровь. Многие авторы указывают на то, что разрыв сводов большие не улавливают, между тем разрыв матки они ощущают довольно явственно. Пульс большой учащается; появляется рвота вследствие раздражения брюшины, нередко икота.

В зависимости от характера разрыва, производится выбор хирургического вмешательства. Только при незначительных (непроникающих) разрывах необходимость в операции отпадает. При проникающих разрывах выбор пособия диктуется особенностями случая. Тут уместны как влагалищный, так и брюшностеночный методы. При нарастающей опасности для жизни женщины выбор чревосечения является более целесообразным.

Приступать к чревосечению следует тотчас по обнаружении разрыва, который определяется обычно после родов. Если же разрыв обнаружен до родов, следует также быстро родоразрешить женщину. Что касается самих манипуляций при чревосечении, то их следует сообразовать со степенью отрыва и состоянием тканей. В одних случаях применимо зашивание разрыва, в других — полное удаление матки с применением в отдельных случаях дренажа (наличие инфекции).

Профилактика должна быть направлена на устранение причин, предрасполагающих к сильному растяжению сводов и их отрыву. Отсюда всякая попытка к исправлению запущенного положения плода (даже живого) не должна иметь места, равно как не следует злоупотреблять оперативными пособиями при явном несоответствии размеров головки и таза.

## **II. ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

### **1. НОРМАЛЬНЫЙ ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД**

Обычно при родах женщина теряет некоторое количество крови. При нормальных родах кровопотеря составляет 50—300 мл и всегда связана с третьим периодом родов (Микеладзе). По другим авторам (Ворожцова), кровопотеря при нормальных

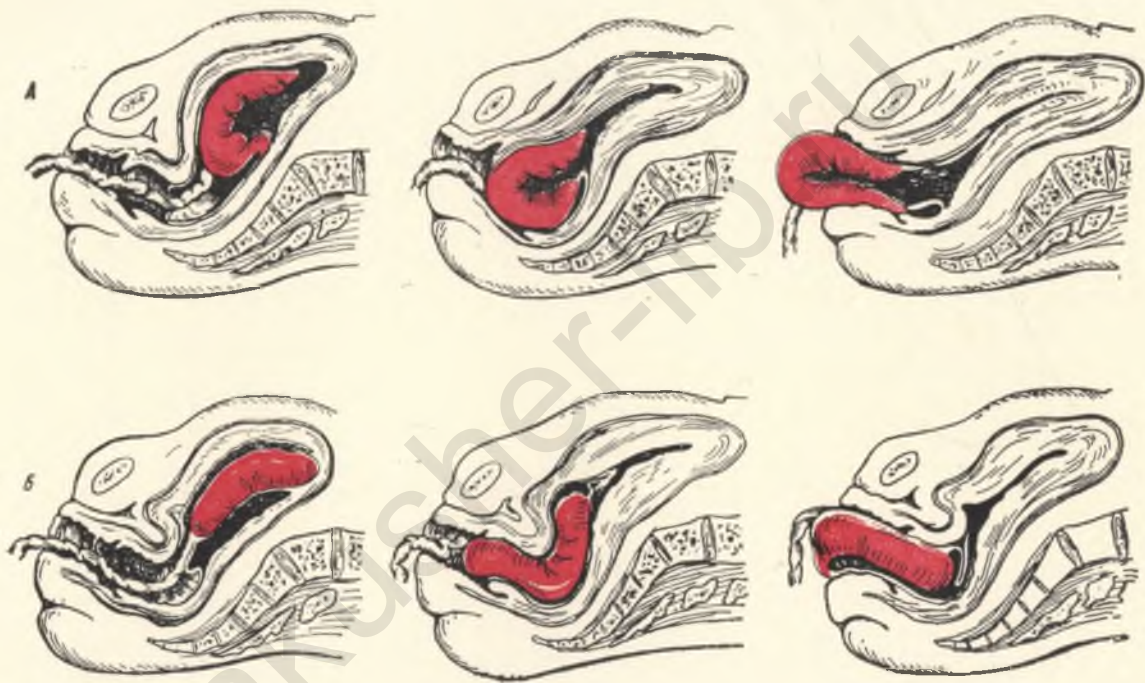


Рис. 59. Различные способы и этапы отделения и изгнания последа.  
А — отделение плаценты началось с центра; Б — отделение плаценты началось с нижнего края

родах достигает 600 мл. Кровопотеря в указанных пределах должна считаться физиологическим явлением.

Более значительные кровопотери в последовом периоде обычно указывают на нарушение процесса отделения плаценты. Это станет особенно понятно, если вспомнить анатомо-физиологические основы процесса отделения плаценты от стенки матки.

Отделение плаценты от стенки матки в нормальных условиях происходит следующим образом. После рождения ребенка и излития задних вод матка сильно сокращается и уменьшается в размере. Между сократившейся стенкой матки и несокращающейся плацентой образуется пространственное несоответствие, так как внутренняя поверхность матки уже не соответствует размерам плаценты. В то же время внутриматочное давление резко падает, становится отрицательным. Это приводит к тому, что плацента постепенно отделяется от стенки матки и выходит из ее полости наружу. Процесс отслойки плаценты начинается, по мнению А. Красовского, уж во время последней изгоняющей плод потуги. Варнекротз считает, что отделение плаценты происходит во время первой схватки после рождения плода. В среднем с момента рождения плода до рождения последа проходит 15 минут.

Рождение последа связано с потерей известного количества крови из венозных синусов *decidua serotina*. Отделение плаценты совершается в губчатом слое отпадающей оболочки, содержащем большое количество развитых желез с очень тонкими перерожденными стенками. В одних случаях отделение плаценты начинается с нижнего края и постепенно распространяется по направлению к центру, в других же, наоборот, отслоение плаценты начинается с центра, а периферические части отделяются последними (в 80%) (рис. 59). Последний тип отделения более совершенен, так как при нем реже бывает задержка в полости матки оболочек и частей плаценты. Части оболочек, задержавшиеся в полости матки, обычно отходят на 3—4-й день. Оболочки, оставшиеся в матке полностью, обычно отходят самостоятельно на 8—10-й день. Стремиться к ручному отделению оболочек, особенно при частичной их задержке, не следует. В инфицированных случаях, при наличии кровотечения, обусловленного полной задержкой оболочек, показано выделение их ручным способом.

Кроме названных, существует еще один механизм отделения и выделения плаценты; он состоит в том, что отделение плаценты происходит одновременно на всей поверхности. Отделение плаценты по этому механизму наблюдается в единичных случаях.

Остановка кровотечения в нормальной матке после выхода последа происходит преимущественно за счет сдавливания просвета кровеносных сосудов сокращающимися мышечными во-

локнами и тромбоза сосудов, а также вследствие закручивания гонкостенных перегородок, в которых проходят сосуды. Хорошее сокращение мускулатуры матки происходит только при полном освобождении ее полости от последа.

Процесс отделения последа в значительной степени зависит от прекращения плацентарного кровообращения и регрессивных изменений в самой плаценте.

Гистологическими исследованиями установлено, что в последние месяцы беременности в плаценте наступает жировое и глиановое перерождение стромы и клеток *decidua basalis*, благоприятствующее ее отслойке.

Отделению плаценты от ее ложа и выделению ее наружу способствуют сокращения мышц брюшного пресса и гладкой мускулатуры влагалищных стенок, в частности, задней влагалищной стенки.

Во время маточных сокращений мышцы влагалища укорачиваются (*retrouterinus fasciae pelvis*), как бы выпрямляются, и задняя стенка влагалища становится менее вогнутой. Это обстоятельство способствует выталкиванию последа наружу. Равным образом в выделении последа играет роль и тяжесть самой плаценты.

Признаки отделения плаценты. При выяснении вопроса об отделении плаценты в первую очередь обращают внимание на матку. Если дно матки стоит пальца на два ниже пупка или на его уровне и имеет шарообразную форму, то плацента еще не отделилась. Плоская «реброобразная» форма матки, некоторое отклонение ее в сторону и повышение уровня стояния дна матки на 5—6 см выше пупка или почти до реберной дуги свидетельствуют о том, что плацента отделилась и спустилась в нижний отдел родовой трубки.

Н. З. Иванов считает, что повышение уровня стояния дна матки зависит от выпрямления угла, который образуется после родов на уровне шейки. Выпрямление угла происходит вследствие того, что в шейке помещается плацента, а главное — в связи с сокращением *m. retrouterini fasciae pelvis*, которое выпрямляет верхушку угла, образуемого перегибом матки.

При отделившейся плаценте роженица ощущает давление на прямую кишку (в 93,1%). Однако этот симптом непостоянный: давление ощущается недостаточно ясно при нарушении тазового дна.

Акушеры чаще всего пользуются признаком Чукалова-Кюстнера, заключающимся в следующем. Если плацента находится в полости матки, то при надавливании на матку рукой, расположенной выше лонной дуги, пуповина вытягивается, так как матка с находящимся в ней последом отводится вверх. Если же при надавливании на матку за лонной дугой пуповина не вытягивается, то это указывает, что послед отделился и переместился в нижний сегмент.

Заслуживает быть отмеченным также признак Штрассмана, который основан на законе контакта двух гидростатических систем через посредство тонкой податливой перегородки. Колебания жидкости в одной системе при податливой тонкой перегородке передаются в другую систему, создавая впечатление волны или флюктуации. Если плацента находится в тесной связи с маткой (не отделилась), то поколачивание по ней передается через пуповину руке, держащей последнюю, так как кровь пупочной вены находится в контакте с кровью матери, циркулирующей в интравиллезных пространствах. Эти две системы жидкостей отделяются друг от друга только эндотелием плодовых сосудов и тонкой эпителиальной оболочкой ворсинок. При отделившейся плаценте этот признак отсутствует. При этом пупочная вена напряжена, а пуповина в результате переполнения пупочной вены кровью закручивается в спираль.

Клейн рекомендует пользоваться следующим приемом для распознавания отделения плаценты. При легком отдавливании матки книзу или натуживании роженицы свисающая из половой щели пуповина выпячивается наружу. Если после прекращения отдавливания матки или потуги пуповина обратно не уходит, значит плацента от матки отделилась, если же уходит, то это значит, что плацента соединена с маточной стенкой.

Нельзя не указать еще двух признаков отделившейся плаценты: появление выпячивания над лонным соединением и образование гребневидного выступа на дне матки (в результате опорожнения матки наступает сближение ее передней и задней стенки).

Как выше уже было отмечено, отделившаяся от стенки матки плацента вместе с оболочками под влиянием собственной тяжести опускается в нижний сегмент и, далее, с помощью сокращений брюшных мышц и гладкой мускулатуры влагалищных стенок изгоняется наружу.

В момент, когда плацента находится в нижнем сегменте, последний бывает резко выпячен (тонкие стенки нижнего сегмента). Выпячивание заметно по изменению формы передней брюшной стенки; между выпячиванием передней брюшной стенки над лонным соединением и областью полой маточной мышцы отмечается явственная борозда.

## 2. ОСЛОЖНЕННЫЙ ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

### Задержка последа и его частей

Нередко бывает, что послед долго не выделяется. Спрашивается: как долго можно ожидать самопроизвольного его выделения из полости матки?

Если кровотечения нет, то можно ждать до 2 часов; этот срок установлен чисто эмпирически и основан на том, что в

нормальных условиях плацента в течение этого времени отделяется полностью. По данным Ш. Я. Микеладзе, рождение плаценты в течение первых 40 минут происходит у 95% рожениц. По наблюдениям Е. Д. Ворожцовой, рождение последа в течение первого часа происходит в 90% случаев.

Следует отметить, что при нормально протекавших родах пребывание последа в полости матки свыше 2 часов также не вызывает плохих последствий. Поэтому, если послед в течение 2 часов не вышел и нет никаких настоятельных показаний к его удалению (кровотечение), следует придерживаться выжидательной тактики. Однако нередко случается, что сразу после рождения ребенка врач или акушерка начинают преждевременно массировать матку. Эти несвоевременные неправильные манипуляции ведут к спазму матки в области внутреннего зева и маточных рогов, к нарушению процесса отслойки и ущемлению плаценты. В результате этого применяемые позднее наружные методы выделения последа не дают никаких результатов.

Поспешность и несвоевременность попыток удаления последа приводят к нарушению нормального течения последового периода и нередко служат причиной более или менее значительного кровотечения. Поэтому лучшее правило при ведении последового периода — выжидание. Если нет кровотечения, нужно избегать всяких манипуляций над маткой, в полости которой находится плацента. Однако если почему-либо послед задержался в матке и наступило кровотечение, превышающее допустимую физиологическую потерю, послед необходимо удалить возможно скорее.

**Отделение и выделение последа.** Мероприятие, применяемое в том или ином случае, зависит от причины, нарушившей нормальное течение последового периода. Надо отчетливо различать задержку отделения плаценты от ложа от задержки выделения ее из полового канала. Как уже было упомянуто, эти процессы происходят в зависимости от сокращения мускулатуры матки (ретракция) и мышц брюшного пресса, прекращения плацентарного кровообращения, анатомических изменений в плаценте и т. д. Поэтому в каждом отдельном случае необходимо по возможности точный учет всех факторов, способствующих освобождению матки от ее содержимого.

Причиной задержки отделившейся плаценты часто является переполнение мочевого пузыря, вызванное паретическим состоянием последнего. В подобных случаях для выделения плаценты достаточно выпустить катетером мочу. Выделение плаценты нередко задерживается из-за слабости брюшного пресса. Необходимо еще раз подчеркнуть, что сокращения брюшного пресса, так же как и мускулатуры матки, играют основную роль при изгнании последа.

В таких случаях рекомендуется применить метод выделения последа, предложенный в 1907 г. Абуладзе. Преимущество ме-

тогда Абуладзе состоит в том, что он обеспечивает активирование всей суммы изгоняющих сил. Этот способ особенно показан у повторнородящих, имеющих вялую брюшную стенку. Способ Абуладзе технически прост. Он состоит в том, что брюшную стенку по средней линии захватывают обеими руками, приподнимают кверху и предлагают роженице тужиться; при этом послед обычно легко выходит из полости матки (рис. 60). Способ Абуладзе неоднократно применялся нами, и поэтому мы можем настоятельно его рекомендовать. Применение его дает успех, по данным автора, в 86%, а по наблюдениям Микеладзе — в 97% случаев.

Вербов с целью ускорения выхода послета из полости матки рекомендовал сидячее положение роженицы на корточках. При этом положении проводная ось канала мягких родовых путей приобретает нормальное направление, что облегчает рождение послета. При лежащем положении женщины проводная ось канала идет почти горизонтально и силе, изгоняющей послед, приходится преодолевать значительные препятствия, в частности, сопротивление мышц тазового дна; при сидячем положении на корточках проводная ось идет почти вертикально, и в изгнании послета брюшной пресс принимает деятельное участие. Однако описанный способ можно применять только в некоторых случаях задержки послета.



Рис. 60. Выделение послета по способу Абуладзе.

**Выжимание послета (способ Креде).** Выжимание послета в обычных (неосложненных) случаях задержки отделившегося послета в полости матки допустимо только через 1½—2 часа и после безуспешного применения других способов его выделения (опорожнение мочевого пузыря, способ Абуладзе).

Мы ни в коем случае не можем согласиться с автором способа, который предлагал применять выжимание послета тотчас после родов и не опасаться каких-либо осложнений.

Выжимание послета допустимо лишь в случаях значительной кровопотери при отделившемся послете, так как в противном случае применение его является насилием, влекущим за собой разможжение плаценты и самой матки. В тех случаях, когда послед не отделился от стенки матки, но имеется значительное кровоотделение, врач обязан немедленно идти на ручное отделение и выделение послета.

**Техника способа Креде.** Предварительно освобождают от содержимого мочевой пузырь, затем матку располагают по средней линии живота и хорошо массируют, чтобы она макси-



мально сократилась. Ладонь кладут на дно матки, причем четыре пальца помещают на задней поверхности матки, а большой палец — на ее передней поверхности. Матку сжимают и одновременно надавливают на нее сверху вниз (рис. 61). При соблюдении этих указаний и отсутствии каких-либо значительных изменений в плаценте или матке выжимание последа по Креде дает положительные результаты — послед удается вывести наружу.

Предложенный Строгановым метод потягивания за пуповину в сочетании со способом Креде должен применяться весьма осторожно. Этот метод эффективен и безопасен только при отделившейся плаценте.

При потягивании за пуповину следует надавливать на матку по направлению полости таза и не массировать ее, так как чрезмерное сокращение матки препятствует выделению последа.

Елкин и другие клиницисты применяли следующий способ выделения последа: оператор становится между разведенными ногами лежащей на столе роженицы, захватывает сократившуюся матку одновременно обеими руками и старается выжать послед на себя.

Технически прост и довольно эффективен метод, предложенный Гентером. После опорожнения мочевого пузыря и смещения матки на среднюю линию оператор кладет руки, сжатые в кулаки, тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки в области трубных узлов наискось и производит постепенно усиливающееся давление на нее вниз и кнутри. В продолжение всей манипуляции роженица не должна тужиться совсем.

Однако в ряде случаев выжать послед указанными приемами не удастся. В одних случаях это объясняется спазмом циркулярной мускулатуры матки в области внутреннего зева, вызванным преждевременными механическими раздражениями, впрыскиванием препаратов спорыньи и т. д., в других — причиной задержки последа является гипотоническое состояние матки. В некоторых случаях задержка последа связана с ненормальным расположением плаценты в трубном углу, что выявляется при наружном исследовании: один из трубных углов матки имеет вид обособленного выпячивания полусферовидной формы, отделенного от остального тела матки перехватом. В таких случаях выжимание последа производится под глубоким эфирным наркозом.



Рис. 61. Выжимание последа по методу Креде.

**Ручное отделение плаценты** (*s. separatio placentae manualis*). Необходимо отличать отделение плаценты (*separatio placentae*) от ее выведения (*extractio placentae*) внутренними приемами, хотя при обоих пособиях одинаково приходится вводить руку в полость матки. Отделение плаценты связано с более длительным нахождением руки в полости матки и более неблагоприятно в смысле занесения инфекции, тогда как выведение отделившейся плаценты представляет собой кратковременную манипуляцию.

Отделение плаценты производят следующим образом.

Производится тщательная дезинфекция рук оператора и наружных половых частей роженицы. После дезинфекции наружного отверстия мочеиспускательного канала опорожняют катетером мочевой пузырь роженицы. Свисающий из влагалища конец пуповины вновь перехватывают зажимом и отрезают. После этого одну руку, обильно смазанную стерильным вазелиновым маслом, оператор вводит в полость матки, а другую руку кладет на дно матки. Внутреннюю руку он проводит по пуповине до ее корня, а затем пилообразными движениями концов пальцев ткань плаценты осторожно отделяет от стенки матки под контролем наружной руки, поддерживающей дно матки снаружи. Опиерирующая рука должна быть обращена ладонной поверхностью к плаценте, а тыльной — к стенке матки. Отделенную плаценту захватывают внутренней рукой и выводят наружу при потягивании наружной рукой за конец пуповины. Выводить руку из полости матки следует лишь после окончательного обследования ее (по выходе послета). Удаление плаценты желательно производить под наркозом (рис. 62).



Рис. 62. Ручное выделение послета.

При ручном отделении плаценты важно попасть в промежуток между ней и стенкой матки; в противном случае неизбежны значительные затруднения.

Частота применения ручного отделения плаценты колеблется от 0,13% (Гузиков) до 2,8% (Шмидт).

После отделения и выведения плаценты из матки необходимо тотчас тщательно осмотреть плаценту и оболочки, чтобы убедиться в их целостности. Целость плаценты никогда не может быть точно установлена ни по степени сокращения матки, ни по отсутствию (вернее, прекращению) кровотечения. Литературные данные и личный опыт показывают, что нередко случаи, когда задержка значительных остатков плаценты не сопровождается кровотечением.

Для определения целостности плаценты предложен ряд проб.

Воздушная проба состоит в том, что послед спускают в сосуд с водой, через пупочную вену накачивают из большого шприца воздух и следят за тем, не выходят ли на каком-либо участке материнской поверхности плаценты пузырьки воздуха. Технически проба производится следующим образом. Только что родившуюся плаценту тщательно осматривают. Кровь из пуповины выдавливают. Пуповину перерезают на расстоянии 20—25 см от плаценты (если имеются ложные узлы или резко извитые вены, то пуповину перерезают ниже этих мест). Послед спускают в воду комнатной температуры; на периферические концы артерий накладывают зажимы, а в вену вводят стеклянную канюлю, через которую в плаценту надувают воздух. После надувания воздуха кровеносные сосуды плодовой поверхности плаценты вздуваются, плацента увеличивается в объеме и всплывает. Свободной рукой проверяют, все ли сосуды заполнены воздухом и появляются ли в воде воздушные пузырьки. Если из плаценты воздушные пузырьки не выходят, значит целостность ее не нарушена, появление же пузырьков воздуха указывает на повреждение ткани плаценты. Впрочем, Г. Д. Дерчинский приводит ряд случаев, когда при ненарушенной целостности плаценты проба дала положительный результат.

Молочная проба производится путем вливания большим шприцем в сосуды плаценты молока в количестве 250 мл. При отрыве долек плаценты молоко, смешанное с оставшейся кровью, вытекает с поверхности плаценты; при надрывах плаценты молоко обычно тоже выделяется, но в меньшем количестве. Эта проба также не является абсолютно надежной. В ряде случаев получаются неверные результаты: при наличии дефектов в плаценте молоко в области повреждения не вытекает, и наоборот, при отсутствии отрыва долек наблюдается просачивание молока.

Плавательная проба в техническом отношении ничем не отличается от воздушной. При этой пробе учитывается положение надутой воздухом плаценты в воде. Считается, что все плаценты до надувания тонут в воде. После же надувания неповрежденная плацента плавает на поверхности воды горизонтально (положительная проба), а плацента, имеющая дефекты, держится вертикально, косо, вовсе не всплывает или после всплытия вскоре тонет (отрицательная проба). А. Коркия считает диагностическую ценность плавательной пробы сомнительной, в частности, для определения целостности «красных плацент». Оказывается, что красная плацента после надувания продолжает плавать даже при наличии повреждений. Это обстоятельство объясняют структурными особенностями красных плацент, отличающими их от обычных серовато-темнокрасных плацент. Они имеют обильную мелкокалиберную извитую сосу-

дистую сеть; рассыпной тип кровеносных сосудов обуславливает яркость окраски красных плацент.

Проба Шербака состоит в том, что плаценту обливают кипятком. Вследствие свертывания белка поверхность плаценты становится гладкой, за исключением мест, где имеются нарушения целостности ткани. Эта проба дает возможность быстро и отчетливо выявить повреждения плаценты и, по данным Кейлина, обеспечивает правильный ответ в 80% случаев.

Таким образом, применение описанных проб не дает постоянных надежных результатов, что обязывает врача производить тщательный осмотр плаценты и оболочек.

Если при ручном отделении и выделении плаценты в ней обнаружен дефект или выявлена задержка оболочек, то необходимо сразу, не выводя руки из полости матки, удалить оставшиеся части, так как вторичное вхождение рукой в полость матки спустя некоторое время после родов всегда опасно в смысле занесения инфекции. Остатки последа допустимо удалить при помощи большой тупой кюретки, но производить эту операцию может только квалифицированный акушер.

Распознавание задержки в полости матки плаценты, ее частиц и добавочных долек нередко представляет значительные трудности. Промывание матки после ручного отделения плаценты не производится.

В случаях, подозрительных в отношении инфекции, после выделения последа и проверки полости матки рекомендуется назначать инъекции пенициллина. Для сокращения матки производятся инъекции 0,5—1 мл Sol. Adrenalini (1 : 1 000) или эрготина, или прегнантола<sup>1</sup> в количестве 1 мл.

Спринцевание или мытье влагалища перед применением ручного отделения последа производить не следует, так как излитие околоплодных вод и прохождение плода достаточно разрежают влагалищную флору. Кроме того, постоянно вытекающая из матки кровь обладает хорошими бактерицидными свойствами. Мытье влагалища способствует внедрению бактерий в разможенные ткани влагалищной трубки.

Подтверждением правильности нашего взгляда являются результаты бактериологических исследований, показавших, как резко меняется реакция и флора влагалищного секрета до отхождения околоплодных вод (кислая реакция и по преимуществу палочки Дедерлейна) и после их излития (щелочная реакция, разнообразные кокки).

Отдаленные результаты ручного отделения последа. Сравнительно высокая заболеваемость после ручного отделения последа вызвала стремление сузить показания к этой операции и

---

<sup>1</sup> Прегнантол представляет собой диэтиламиноэтиловый эфир-6-аллил-2-метоксифенол и соответствует зарубежному препарату правитол.



*a*



*b*



*v*

Рис. 63. Рукав Окинчица.

*a* — первый момент (проведение руки через влагалище); *b* — второй момент (введение руки в полость матки); *v* — третий момент (удаление плаценты).

предъявлять требования к строгому выполнению правил антисептики и к правильному применению техники этой операции.

При проведении руки оператора через влагалище, в котором могут находиться различные и нередко патогенные микроорганизмы, условия асептики, несомненно, нарушаются. обстоятельные исследования А. А. Смородинцева показали, что местом наибольшего скопления бактерий являются наружные половые органы; в глубине влагалища, по направлению к зеву матки, бактериальная флора уменьшается. Это обстоятельство подтверждает необходимость тщательной дезинфекции наружных половых органов.

С целью предупреждения внесения инфекции в матку Rogosa (Rogosa, 1920) предложил пользоваться резиновым рукавом (длинная перчатка без пальцев). После введения руки через влагалище рукав отодвигают наружу, и рука попадает в матку, не касаясь стенок влагалища. Это предложение, по идее очень остроумное и логически обоснованное, практически трудно осуществимо ввиду неудобства введения руки в резиновом рукаве через влагалище.

Удобнее предложенный Окинчицем рукав из тонкой, плотной, мягкой бязи. Рукав берется такой длины, чтобы верхний конец его заходил за локоть; пальцы, расположенные в нижнем конце рукава, захватывают его в складки. Таким образом, рукав превращается в слепой мешок, который удерживают до тех пор, пока рука не дойдет до шейки матки; после этого рукав оттягивают назад и освобожденные пальцы вводят в матку (рис. 63, а, б, в). Рукав должен быть стерильным. Для облегчения скольжения его смачивают лизолом или вазелиновым маслом. По данным А. Краснопольской, при использовании рукава Окинчица процент лихорадочных послеродовых заболеваний после ручного отделения плаценты снижается вдвое; значительно понижается также смертность. Неудобство рукава заключается в трудности продвижения руки по влагалищу.

Чтобы избежать соприкосновения руки, вводимой в полость матки, со стенками влагалища, некоторые авторы предлагают захватывать шейку пулевыми щипцами и вытягивать ее из половой щели. Однако этот способ рекомендовать нельзя, так как местом наибольшего скопления микробов является именно область преддверия влагалища. К тому же не всегда бывает легко вытянуть шейку из половой щели без нанесения повреждений. Преображенский рекомендовал производить отделение плаценты рукой, покрытой оболочками последа. Однако, несмотря на всю целесообразность, этот способ технически трудно осуществим. Обоснованным и легко выполнимым является предложение Кипарского пользоваться при внутриматочных манипуляциях стерильным вазелином, которым обильно смазывают руку перед введением ее во влагалищную трубку; бактерии

вместе с избытком вазелина остаются во входе влагалища и не заносятся в полость матки.

Свисающий наружу конец пуповины во время ручного отделения плаценты обычно втягивается во влагалище, поэтому с целью предупреждения внесения инфекции в матку рекомендуется, как выше было сказано, перед операцией его отрезать. За последние годы в акушерской литературе появились высказывания за внедрение в практику инструментального метода отделения и выделения последа (Гузиков) и последующего выскабливания полости матки (Выдрин).

При инструментальном методе возможность внесения инфекции в матку резко снижается.

В случаях длительной задержки последа, когда нет кровотечения, но имеются признаки тяжелой инфекции (высокая температура, ознобы и пр.), торопиться с ручным отделением плаценты не следует. Воздержание от вмешательства принесет большой больше пользы, чем активное вмешательство, будь то ручное или инструментальное удаление плаценты, так как при операции нарушается целостность грануляционного вала в матке и тем самым ослабляются местные защитные силы организма.

В подобных случаях врач должен направить все свое внимание на повышение общей сопротивляемости организма и на поддержание работы внутренних органов, в частности, деятельности сердца.

С целью обеззараживания нижнего отдела родового канала целесообразно производить периодические вливания во влагалище риванола или введение стрептоцида.

В особо тяжелых случаях, при наличии сильного, угрожающего жизни кровотечения, медлить с удалением последа не приходится; в отдельных случаях допускают даже удаление матки вместе с последом.

Таким образом, показанием к ручному отделению плаценты может явиться, во-первых, кровотечение из матки при задержке всего последа или отдельных частей плодного яйца после безуспешного применения других методов их удаления, а во-вторых, длительная задержка последа при отсутствии кровотечения, но при безуспешности удаления его наружными приемами.

Вопрос о ручном отделении плаценты приходится решать в зависимости от количества теряемой крови и от общего состояния роженицы.

### **Ложное и истинное приращение плаценты**

В ряде случаев акушер испытывает затруднения при отслойке плаценты от стенки матки. Затруднения при отслойке плаценты от ее ложа зависят либо от изменений самой матки, либо от особенностей строения плаценты (перепончатая, краевая и добавочная плацента — *placenta membranacea, marginata*,

succenturiata). Приросшая плацента (*placenta adhaerens*), сросшаяся плацента (*placenta accreta*) и глубокое врастание ворсин между мышцами (*placenta increta*) представляют собой различные стадии одного и того же патологического процесса — прорастания ворсин при резких изменениях *decidua basalis*.

Причиной глубокого прорастания ворсин, вероятно, является весьма значительная ферментативная деятельность эпителия хориона и пониженная способность слизистой оболочки матки к продукции соответствующих защитительных веществ. При *placenta adhaerens* и *placenta accreta* ворсинки хориона не проникают в мускулатуру; при *placenta increta* происходит глубокое врастание ворсин в мышцы матки. Глубокое внедрение ворсин в стенку матки, по мнению К. П. Улезко-Строгановой, связано с понижением биологических свойств децидуальной ткани, которая обладает защитными свойствами против разрушительного действия хориона. Нейман считает, что, кроме понижения биологических свойств эндометрия, имеет значение уменьшение в крови веществ, угнетающих действие ферментов, вырабатываемых трофобластом яйца.

При ложном приращении последа (*placenta adhaerens*, *s. accreta spuria*) между плацентой и мышечной стенкой матки имеется очень нестойкая ткань или только прослойка фибрина. В таких случаях отслойка плаценты обычно удается. Ручное отделение плаценты оказывается безрезультатным в случаях истинного ее приращения (*incrementum placentae verum*, *s. placenta increta*).

Истинное и полное приращение плаценты встречается очень редко. А. Д. Дмитриев на 24 506 родов имел один случай истинного приращения.

Кровотечения при *placenta increta* обычно не бывает. Единственной целесообразной терапией этого осложнения является надвлагалищная ампутация матки. Ручное отделение при истинном приращении плаценты — чрезвычайно опасное и бесполезное вмешательство; смертность при нем достигает 66,6%.

При частичном приращении плаценты, которое встречается весьма редко, иногда может иметь место довольно сильное кровотечение. Кровотечение происходит из материнских сосудов, расположенных на плацентарной площадке, или из межворсинчатых пространств.

Приращение плаценты характеризуется глубокими изменениями в отпадающей оболочке, главным образом дегенеративного и атрофического характера, которые в более легких случаях вызывают уничтожение всего губчатого и части вообще компактного слоев отпадающей оболочки, а в более тяжелых — уничтожение всей отпадающей оболочки, что способствует прорастанию ворсинок в маточную мускулатуру.

Возникновению этого патологического процесса способствуют:

- 1) инфекционные процессы в слизистой оболочке;
- 2) механи-



ческая травма слизистой оболочки (энергичное выскабливание матки); 3) рубцы после кесарева сечения (редко); 4) фибромиомы (аплазия слизистой оболочки); 5) неполноценное развитие матки и эндометрия; 6) сифилис и малярия; 7) прикрепление плаценты в области перешейка или шейки; 8) нефрит.

По наблюдениям Краснопольской, аборт и послеабортные заболевания вызывают в матке большие изменения, которые предрасполагают к приращению плаценты.

Особого внимания заслуживают экстравазаты и апоплектические фокусы в плодовой части плаценты, скопления бесструктурной гомогенной массы, слои фибрина с гибнущими в них ядрами синцития и в особенности белые инфаркты, которые могут привести к очень прочному соединению ткани плаценты со стенкой матки. Такое же значение имеют ретроплацентарные кровоизлияния, которые иногда возникают в первой половине беременности.

Приращение плаценты чаще всего сочетается с ее предлежанием или прикреплением вблизи маточного отверстия трубы.

При частичном приращении плаценты производится обычно ручное отделение и только в затруднительных случаях прибегают к тупой кюретке.

Если отделение плаценты производится с большим усилием, то при этом нередко вместе с ворсинками отрываются частицы мышц и даже прорывается стенка матки. При прорыве матки и кровотечении в брюшную полость показано чревосечение (надвлагалищная ампутация или полная экстирпация матки).

### Гипотоническое и атоническое кровотечение

Кровотечения, наблюдающиеся в последовом и в первые часы послеродового периода, обусловлены либо пониженной способностью, либо полной неспособностью маточной мускулатуры к сокращению. Кровотечения первого рода называют гипотоническими, а второго рода — атоническими.

Обычно акушеру приходится иметь дело с гипотоническим кровотечением; атоническое кровотечение встречается чрезвычайно редко (М. А. Баншиков, Л. А. Кривский и др.). Однако еще и теперь многие акушеры-гинекологи неправильно называют гипотоническое кровотечение атоническим.

Под названием «гипотоническое кровотечение» подразумевается кровотечение из полости матки, обусловленное недостаточным сокращением мышечных волокон и пластов и нарушением процесса тромбообразования в сосудах плацентарной площадки. Матка в этих случаях представляется вялой, растянутой, как бы парализованной, слабо реагирующей на механические, термические раздражители и медикаментозные средства. Несвоевременно и неправильно проведенные меры при гипотоническом кровотечении могут быть причиной гибели женщины.

С гипотоническим кровоточением в большинстве случаев врач справляется; при истинной (полной) же атонии матки борьба за жизнь больной нередко бывает безуспешной. В таких случаях часто не выручает даже удаление матки, так как к операции прибегают обычно с запозданием, после безуспешного применения целого арсенала средств и пособий.

По данным Е. Д. Ворожцовой (материалы Свердловского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества), гипотонические кровотечения отмечаются в 10,91%. Кровопотеря в этих случаях колеблется от 600 до 1 500 мл и нередко даже в больших пределах.

Гипотоническое и атоническое состояние маточной мускулатуры противоположно состоянию тонического напряжения, которое свойственно нормально функционирующей матке и регулируется с помощью нервных и нервно-гормональных механизмов, причем основная регулирующая и направляющая роль принадлежит коре головного мозга.

Разлаженность в работе регулирующих механизмов нарушает нормальный гормональный баланс организма. В результате этого происходят сдвиги в количественных соотношениях гонадотропных (пролан) и половых (эстроген и прогестерон) гормонов и появляются качественно новые фракции последних. Между тем установлено, что с помощью гормонов нервная система осуществляет не только свое влияние на нервно-мышечный аппарат матки, но и регулирует состояние сердечно-сосудистой системы организма.

Отсюда надо полагать, что с нарушением гормонального баланса меняется не только функциональное состояние матки, проявляясь в форме гипотонии или атонии последней, но и нарушается гемодинамика, что, естественно, приводит к усилению «физиологической» кровопотери в последовом периоде, известной под названием гипотонического кровотечения.

Несомненно, в развитии гипотонических и атонических кровотечений имеет значение фактор усталости, связанный с длительностью родов и имевшейся акушерской патологией, требовавших «перенапряжения» деятельности нервной системы, особенно у женщин, переживавших в родах страх за судьбу ребенка и за себя (отрицательные эмоции).

Поэтому существенное значение в проявлении данной патологии имеет тип высшей нервной деятельности, присущий женщине, у которой имеется гипотоническое кровотечение.

Функциональные свойства матки, несомненно, определяются также особенностями ее морфологического строения, а именно: неполноценностью развития маточной мускулатуры (пороки и аномалии развития, новообразования) или приобретенными патологическими изменениями вследствие перенесенных воспалительных или травматических повреждений (развитие в матке соединительной ткани в ущерб мышечной) и, наконец, расстрой-

ствами иннервации (нервнотрофические процессы, связанные с изменениями свойств белка и миозина мышечной ткани).

Все эти факторы не могут не отразиться на контрактильной и ретракционной функции матки и не способствовать развитию гипотонии последней.

Известное значение в развитии гипотонических и атонических кровотечений имеют многоплодие, многоводие, крупные размеры плода и т. п., при которых матка, чрезмерно растянутая в течение беременности, не может после рождения плода и выхождения последа быстро и полностью выявить свои энергетические ресурсы, свойственные функционально полноценной матке.

К факторам, предрасполагающим к гипотоническому кровотечению, относятся сращения матки со смежными органами, возникшие в результате перенесенных операций: влагалищной или брюшностеночной фиксации матки. Сращения препятствуют сокращению матки, вследствие чего просветы сосудов остаются зияющими. Поэтому следует избегать оперативной фиксации матки в детородном периоде. Способствуют гипотонии также имеющиеся в матке фиброматозные узлы.

Кроме того, определенное значение имеют заболевания организма в целом, сопровождающиеся нарушениями функций отдельных органов и систем, как-то: сердечно-сосудистой, эндокринной, обмена веществ и т. п. Так, по данным Юртайкина, гипотоническое кровотечение у больных малярией наблюдалось в 41%. К. П. Улезко-Строганова рассматривает гипотоническое кровотечение как следствие токсемии беременных, как особый вид гестозов.

Таким образом, этиология и патогенез гипотонических кровотечений весьма сложны, однако во всех случаях является неоспоримой основной роль нервной системы как регулирующего механизма.

Говорить о гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде можно только тогда, когда исключены все другие причины кровопотери: разрывы наружных половых частей влагалища и шейки, задержка плаценты или ее частей и т. д.

Врач никогда не должен забывать о том, что нередко самое незначительное маточное кровотечение в послеродовом периоде при отсутствии должного внимания и своевременной помощи может перейти в угрожающее. Поэтому необходимо предпринимать своевременные меры и энергично бороться с кровотечением.

Различная реакция организма женщины на кровопотерю зависит не только от количества теряемой крови, но и от быстроты самого кровотечения. При быстрой и обильной кровопотере, как правило, рано нарушается функция центральной нервной системы, следствием чего являются большие расстройства в организме, и если незамедлительно не будет произведено массивное переливание крови, то женщина погибнет от острого малокровия. В тех же случаях, когда переливание крови

производится своевременно, организм женщины справляется с кровопотерей, и в дальнейшем тем самым предупреждается развитие у нее малокровия и послеродовых инфекционных заболеваний.

Учитывая непосредственную опасность отдаленных последствий кровопотери, необходимо во-время принять все меры к максимальному ограничению количества теряемой после родов крови. В связи с этим приобретает практическое значение профилактическое назначение витамина К беременным женщинам, у которых можно ожидать возникновения гипотонического кровотечения в родах (наличие акушерской патологии в прошлом, наличие неблагоприятных факторов в течение настоящей беременности, как, например, фибромиома матки, многоводие, многоплодие и т. п.). Сущность действия витамина К состоит в увеличении количества протромбина в крови, способствующего лучшей ее свертываемости. В нашей клинике (М. Н. Дьякова) стерильный 0,2% масляный раствор витамина К применяется в виде внутримышечных инъекций (пять раз однократно по 2—4 мл и двукратно по 5 мл через сутки за несколько дней до ожидаемых родов).

В случаях затяжных родов, при инфицированном состоянии организма женщины, особенно сопровождающихся длительным безводным периодом и законченными применением акушерских вмешательств, показано профилактическое введение внутривенно питуитрина (в количестве 1 мл в течение 1—2 минут) в начале послеродового периода (еще до рождения последа).

Этим мероприятием удается предупредить возникновение гипотонического кровотечения.

Внутривенное введение питуитрина противопоказано у женщин, страдающих эклампсией, находящихся в преэкламптическом состоянии или страдающих эссенциальной гипертонией.

Распознавание. При слабости сократительной деятельности матка бывает расплывчатой, растянутой до крайних пределов. Контуры ее с трудом определяются через брюшные покровы; в некоторых случаях прощупать матку совсем не удается. Вместимость матки возрастает; в увеличенной полости скопляется большое количество жидкой крови и сгустков. При этом наружное кровотечение может отсутствовать или быть незначительным. Однако стоит только немного сдавить гипотоническую матку, как наружу извергается обильное количество жидкой крови и кровяных сгустков. После удаления крови матка обычно хорошо сокращается. В некоторых же случаях, несмотря на удаление скопившейся крови, матка остается расслабленной и кровотечение прогрессирует.

Распознать гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде легко. Оно весьма обильно (широкой струей) и начинается вскоре после выхождения последа. Расплывча-

тость и растянутость матки, трудность или даже невозможность ее контурировать через расслабленную брюшную стенку, высокое стояние дна матки (если только удастся его определить) являются признаками гипотонии матки.

**Лечение.** Меры борьбы с гипотоническим и атоническим кровотечением одинаковы; они направлены в основном к повышению возбудимости и сократительной способности матки. Если при гипотоническом кровотечении почти все средства оказываются эффективными, то при атоническом кровотечении они нередко бывают безрезультатными. Больше того, в результате применения консервативных методов оттягивается момент для своевременного хирургического вмешательства, и проведенная операция обычно оказывается запоздалой. Акушер-гинеколог должен об этом всегда помнить и не пропустить момента для хирургического вмешательства. Операционная комната в акушерском отделении должна быть всегда подготовлена к производству экстренной операции.

Прежде чем использовать методы и средства, повышающие сократительную способность матки, необходимо тщательно осмотреть послед и убедиться в его целостности. При самом малейшем подозрении на повреждение плаценты надо принять за правило в каждом случае обязательно обследовать полость матки ручным или инструментальным приемом.

Опыт показывает, что бывает достаточно ввести руку в матку и обследовать ее полость (при соблюдении всех правил асептики и антисептики), чтобы она сократилась и кровотечение прекратилось. Предварительно необходимо опорожнить мочевой пузырь: переполненный пузырь препятствует выхождению плаценты и сокращению матки. Методы и средства, способствующие поднятию тонуса матки и ее сокращению, различны. Можно применять механические и термические раздражители, медикаментозное лечение и, наконец, хирургическое вмешательство.

К механическим способам принадлежит прежде всего раздражение матки через брюшную стенку. Для этого живот в области расположения матки быстро растирают ладонью; при особой вялости матки необходимо массировать значительную часть живота в расчете на то, что плохо контурируемая матка попадет под действие массирующей руки и начнет реагировать. Как только матка станет ясно ощутимой, рекомендуется производить надавливание сверху вниз и отчасти спереди назад и стараться по возможности удалить кровяные сгустки и тем лучше сократить матку.

Иногда применяют комбинированный наружно-внутренний массаж: матку массируют между двумя руками, из которых одна, сжатая в кулак, введена в передний свод влагалища (некоторые операторы помещают руку прямо в полость матки), другая же охватывает матку со стороны

брюшной стенки. Этот способ эффективнее, но опаснее в отношении возможности инфицирования роженицы.

Хороший результат при массивном (атоническом) кровотечении может быть получен после приведения матки в искусственную антефлексию, благодаря чему достигается сжатие сосудов. При этом одни из авторов (А. П. Губарев, Н. И. Рачинский) советуют прижимать антефлексированную матку к симфизу через брюшную стенку, другие пользуются комбинированным приемом — прижимают матку одной рукой, введенной во влагалище, и другой, — помещаемой на брюшной поверхности (В. Ф. Снегирев).

Из других методов механического воздействия следует отметить сильное подтягивание шейки матки с помощью инструментов за пределы наружной половой щели и скручивание ее по длиннику. Эти методы имеют своей целью путем растяжения маточных артерий уменьшить их просвет и тем затруднить приток артериальной крови.

Нередко для усиления действия механических способов и выжимания из матки кровяных сгустков приходится комбинировать их с воздействием холода в виде пузыря со льдом. Одновременно с этими мерами проводят и медикаментозное лечение. Что касается применения горячих маточных душей, рекомендуемых некоторыми акушерами-гинекологами, то наша клиника относится к этому мероприятию отрицательно.

По нашему мнению, применение горячих душей не исключает возможности случайного инфицирования матки и отторжения тромбов из зияющих сосудов на внутренней поверхности матки.

Из медикаментозных средств применяют препараты спорыньи, вызывающие быстрое и энергичное сокращение матки.

С этой же целью рекомендуют инъекции 0,5—1 мл стерильного раствора адреналина (1:1 000) в шейку матки или внутримышечно (инъекции нельзя комбинировать с препаратами эрготина).

В последние годы мы стали применять прегиантол либо внутрь (таблетки лимоннокислой соли по 0,02), либо подкожно и внутривенно в количестве 1 мл (раствор хлористоводородной соли), эффективная доза которого составляет 1—2 мл. Прегнантол имеет ряд преимуществ перед спорыньей: он безвреден, устойчив, не повышает кровяного давления и не вызывает других побочных явлений.

С той же целью применяют питуитрин, питугландол и другие препараты гипофиза.

Питуитрин вводят не только подкожно или в шейку матки, но и внутривенно (Е. Д. Ворожцова, М. М. Тарабухин). Наибольшая эффективность и быстрота действия питуитрина отмечаются при внутривенном его введении, однако этот способ введения не всегда безопасен. Возможны осложнения (шок,

коллапс). Во избежание указанного осложнения М. М. Тарабухин рекомендует соблюдать ряд правил, как-то: 1) медленно (в течение 1—2 минут) вводить питуитрин в вену; 2) не менять его свыше 1 мл; 3) не вводить питуитрин повторно, особенно если незадолго до этого производилась инъекция последнего подкожно.

Применять в случаях острой кровопотери внутривенное введение 10% стерильного раствора хлористого кальция не следует, так как он, по мнению А. И. Смирнова, оказывает неблагоприятное влияние на дыхательный центр (цит. по В. А. Покровскому).

Если перечисленные средства не приводят к цели и кровотечение продолжается, то некоторые авторы рекомендуют применять тампонирование матки и влагалища, от которого наша клиника категорически отказывается; такого же мнения придерживались в свое время Н. Н. Феноменов, А. А. Муратов и др., хотя этот способ имел и многочисленных приверженцев (Е. Бумм, В. В. Строганов).

Техника тампонирования следующая. Опорожняют мочевой пузырь, вводят зеркала, после чего захватывают пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы шейки, подтягивают последнюю и под контролем наружной руки (во избежание ложной тампонады) длинным пинцетом вводят в полость матки до дна длинную полосу влажной, но хорошо отжатой марли, предварительно смоченной в борном растворе (Кипарский), укладывая ее последовательными слоями. Таким образом набивают полость матки, а затем и влагалище (шейку, своды). Полосу марли берут шириной в 10—12 см и длиной в 20 м и более.

Для усиления эффекта матку снаружи прижимают повязкой (перетяжка живота). Тампон оставляют приблизительно на 6 часов.

Тампон приводит к сильному сокращению матки (продолжительная ретракция), а также производит непосредственное прижатие кровотока мест плаценты; затампонированная матка скоро становится твердой и долго остается в состоянии ретракции; лишь в исключительных случаях тампонирование не дает результата. Но не все авторы наблюдали остановку кровотечения при тампонировании. Так, в атонической матке, не сокращающейся под влиянием тампона, последний не может оказать своего положительного действия, так как стенка матки, растягиваясь все более, удаляется от тампона и кровотечение продолжается. Поэтому противники этого способа считают, что маточно-влагалищный тампон эффективен только там, где матка не потеряла способности реагировать на раздражение (случаи гипотонического кровотечения); там же, где имеется парез матки, полный или частичный (случай атонии матки), тампон недействителен. Кроме того, противники этого способа считают, что манипуляции, связанные с введением тампона в полость матки,

опасны в смысле занесения в нее инфекции; даже иодоформная марля не мешает развитию бактериальной флоры.

Из других методов применяется прижатие нисходящей аорты к позвоночнику через наружные брюшные покровы при помощи пальцев или специальных приборов (рис. 64). Цель этого способа — достигнуть прекращения притока крови к матке (артериальная анемия), чтобы вызвать интенсивные сокращения последней. Однако этот метод не всегда успешен в силу того, что *a. spermatica* начинается выше места прижатия (почти на



Рис. 64. Прижатие аорты рукой.

уровне отхождения *a. genales* из аорты или из самой *a. genales*) и не подвергается воздействию. Кроме того, успешность этого способа уменьшается трудностью прощупывания аорты и сдавливания ее до уничтожения просвета (растянутая матка, толстая брюшная стенка и т. п.).

Ту же цель преследуют разной формы пелоты, брюшные бандаж и компрессоры. Эти приспособления дают не лучший эффект, чем ручное прижатие аорты.

При атонии матки и большой кровопотере все перечисленные методы бывают недостаточны; в этих случаях приходится прибегать к более радикальным мерам: 1) наложению жгута Момбурга (Momburg), 2) наложению клемм по Генкелю (Henkel), 3) экстирпации матки.

Наложение жгута Момбурга производится следующим образом. Жгут длиной до 2 м (толстая резиновая трубка) накладывают на живот по середине между подвздошными костями и нижним реберным краем и медленно затягивают в два оборота до прекращения пульсации в бедренной артерии. Наложение производят без наркоза. В. Липман предостерегает от слабого наложения жгута во избежание получения венозного



стаза, который может повести к усилению кровотечения. Для предупреждения ущемления кожи рекомендуется перед наложением смазать жгут вазелином. При этом лучше, если больная помещена несколько в наклонной плоскости (головной конец ниже) во избежание прижатия кишок, которые тогда отойдут к диафрагме.

Действие жгута основано на вызываемой им артериальной анемии матки, ведущей к сокращению мускулатуры. Сжатие подвергается не только аорта, но, что очень важно, и *a. spermatica interna*, анастомозирующая с *a. uterina* и отходящая от аорты выше места наложения жгута; в этом сказывается преимущество этого способа перед другими приемами сжатия



Рис. 65. Импровизированное наклонное положение со стулом.

аорты. Перетяжка жгутом может продолжаться не свыше 2 часов. После этого жгут постепенно распускают, чтобы предотвратить резкое падение кровяного давления в зависимости от быстрого удлинения кровяного русла. Одновременно с наложением жгута желательнее забинтовать нижние конечности и придать туловищу положение с опущенной книзу головой (рис. 65). В первое время при наложении жгута роженица испытывает ряд тягостных ощущений и боли, которые постепенно исчезают. Пульс, который в момент наложения жгута учащается, через 2—3 минуты становится ровным, полным, что, повидимому, находится в связи с повышением кровяного давления (в зависимости от сокращения кровяного ложа).

Экспериментальные исследования на животных, произведенные Е. М. Бахметевой-Сперанской, показали, что наибольшие колебания кровяного давления происходят в момент наложения и снятия жгута, что изменение возбудимости нервов и мышц носит лишь временный характер, что анурия, возникающая от сдавления мочеточников, носит временный характер и т. д.

Каких-либо неприятных и вредных влияний на организм от наложения жгута не бывает, почему наша клиника рекомендует применять его в тех случаях, где другие способы не оказали никакого действия. Однако многие авторы отрицательной

стороной наложения жгута считают сдавления *plexus solaris* и *v. cava inferior* (рис. 66).

В редких случаях, когда другие меры борьбы с кровотечением остаются безуспешными, можно применить ущемление параметриев клеммами по способу Генкеля. Производится это следующим образом. Предварительно катетером опорожняют мочевой пузырь. Крепкими щипцами Мюзо захватывают обе губы *portio vaginalis*. Затем шейку сильно подтягивают на себя и несколько книзу. С обеих сторон шейки через боковые своды на основание широких связок накладывают особые клеммы так, чтобы зажимы располагались возможно перпендикулярнее к шейке матки, даже несколько прихватывая ее мускулатуру; закладывают защищающие от пролежней тампоны. Этим способом достигается прижатие приводящих кровеносных сосудов. Клеммы оставляют на 2—4 часа (хотя, по автору, они могут быть оставлены на 12—14 часов). П. Тиканадзе

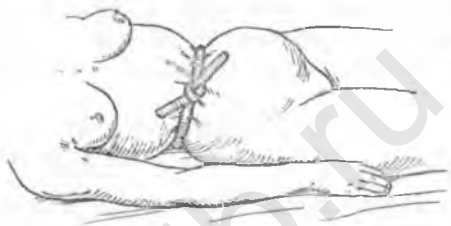


Рис. 66. Наложение жгута по Момбургу.

предлагает применять обычные кишечные зажимы, которые по сравнению с инструментом Генкеля меньше травмируют ткани и больше предохраняют соседние органы от повреждений.

Способ ущемления параметриев, несмотря на блестящие рекомендации его сторонников, имеет ряд существенных недостатков: опасность сжатия мочеточников и сильной травматизации соседних тканей, создающей почву для возникновения некротических процессов, а также невозможность сжать *a. spermatica interna*; все указанные недостатки заставили многих отказаться от этого метода. Мы применяли в ряде случаев способ Генкеля с благоприятным исходом, что, однако, еще не дает нам основания рекомендовать его врачам.

Таким образом, если кровотечение после наложения жгута Момбурга не прекращается, необходимо вновь наложить жгут и немедленно приступить к экстирпации матки, так как в этом последняя надежда на спасение жизни больной. Позднее вмешательство дает плохой результат, поэтому никогда не следует оттягивать момент операции. Технически операция удаления матки проста.

Каким бы способом ни удалось остановить кровотечение, задача этим еще не исчерпана. Надо внимательно следить за тем, чтобы матка вновь не расслаблялась, что контролируют рукой через брюшную стенку; только по прошествии по крайней мере 2 часов можно быть до некоторой степени спокойным за жизнь женщины и поручить ее для дальнейшего наблюдения акушерке.

На живот кладут мешок со льдом, подкожно или внутрь вводят препараты спорыньи, при необходимости применяют сердечные средства (камфора, кофеин, дигален и внутривенное вливание 40% стерильного раствора глюкозы в количестве 20—30 мл), кладут грелки к ногам, придают низкое положение голове и т. п.

Переливание крови, подкожное введение рингеровского или физиологического раствора можно применять тогда, когда оператор уверен, что кровотечение окончательно остановилось, матка плотна, ее границы ясны, кровоотделение незначительно. Применяемое в таких случаях переливание крови для поднятия сил организма в борьбе с наступившим острым малокровием является могучим лечебным фактором. С целью предупреждения развития послеродовой инфекции в обязательном порядке назначают инъекции пенициллина, сульфаниламиды и т. п. (стр. 307).

### **3. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ЧАСТЕЙ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ**

**Причины.** Не всегда матка является источником кровотечения в последовом периоде. Очень часто бывает, что матка хорошо сокращена, имеет круглую форму, дно ее расположено ниже пупка, и тем не менее из влагалища выделяется наружу так много крови, что жизнь роженицы подвергается большой опасности.

Откуда же исходит это кровотечение?

Почти каждые роды у первородящей сопровождаются теми или иными нарушениями целостности тканей мягких родовых путей, а с этим связана всегда известная кровопотеря. Наблюдаются самые различные нарушения: от небольших трещин и ссадин до глубоких повреждений с нарушением целостности кровеносных сосудов. В ряде случаев разрывы слизистой оболочки влагалища и отчасти мышц тазового дна продолжаются по границе задней и боковой стенки до параметральной клетчатки в области *sacrum ischii rectale*. Зашить такую громадную зияющую щель представляется делом нелегким ввиду трудности наложения швов в глубине такого разрыва и трудности точного восстановления анатомических соотношений тканей. Не менее тяжелы бывают повреждения передней влагалищной стенки, доходящие до *symphysis ossium pubis*; в этих случаях малые половые губы представляются отделенными от больших, а клитор как бы висящим на тонкой ножке.

Подобного рода повреждения возникают преимущественно при наличии анатомической и функциональной недостаточности мышечной и соединительнотканной системы, укорочении сводов, узости влагалища и т. п. Учитывая указанные предрасполагающие моменты, нельзя не уделить внимания и самой технике родоразрешения. Опыт показывает, что разрывы промежности и влагалища в большинстве случаев связаны с неправильной тех-

никовой веденія родов. Несвоевременная, а подчас ненужная поддержка промежности, неправильное заправление кожи входа во влагалище внутрь родовой трубки с целью якобы облегчить и даже ускорить прорезывание головки приводят только к травме родовой трубки и нередко к таким тяжелым повреждениям, которых не бывает даже при так называемых «уличных родах».

Наиболее глубокие и обширные повреждения мягких родовых путей чаще всего возникают при оперативном родоразрешении (щипцы, поворот с извлечением и т. п.). Процент повреждений мягких родовых путей, приводимый рядом авторов, не совсем

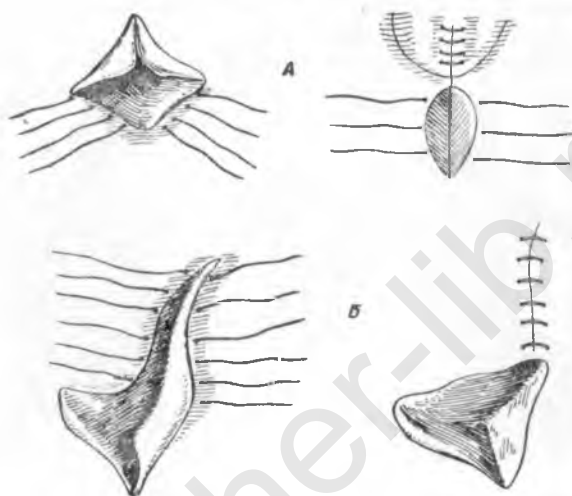


Рис. 67.

А — зашивание неглубокого разрыва промежности; Б — зашивание глубокого разрыва промежности.

точен, так как обычно регистрируются значительные нарушения тазового дна и влагалища, а мелкие повреждения часто просматриваются.

Прежде чем наступит прорезывание головки, врач должен решить, имеется ли необходимая растяжимость тканей, составляющих акушерскую промежность.

Знание свойств тканей дает возможность заранее принять необходимые меры для предупреждения разрыва промежности при родах.

Характеристику промежности по отношению к головке акушер составляет на основании анализа предыдущих родов (если роженица повторнородящая) и на основании осмотра. Резкое выпячивание промежности, высота ее, побеление кожи, недостаточное кровоснабжение из-за сильного растяжения, больших размеров головки, перинеотомия при предшествующих родах, неполноценность общего соматического развития роженицы и

особенно половой сферы—признаки, по которым устанавливается необходимость хирургического расширения мышечного кольца. При наличии указанных особенностей Д. О. Отт настоятельно старался доказать целесообразность профилактического разреза промежности (перинеотомия). Профилактическая перинеотомия позволяет сохранить тазовое дно и предупредить возникновение последующих тяжелых осложнений.

Разрывы промежности и влагалишной трубки дают сильные кровотечения лишь при глубоких повреждениях тканей. Неглубокие разрывы влагалища без нарушения целостности сосудов сопро-

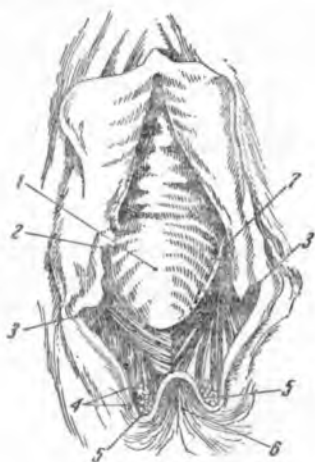


Рис. 68. Разрыв промежности третьей степени.

1 — *columna rugarum anterior*;  
2 — верхний конец разрыва;  
3 — задняя спайка; 4 — слизистая оболочка прямой кишки;  
5 — *sphincter ani*; 6 — *anus*.

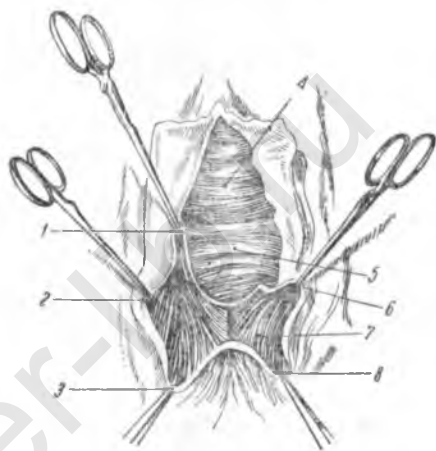


Рис. 69. Обнажение полного разрыва промежности.

1 — верхний конец разрыва; 2 и 6 — задняя спайка; 3 и 8 — разрыв заднего прохода; 4 — *columna rugarum anterior*;  
5 — *columna rugarum posterior*; 7 — разорванные волокна сфинктера.

вождаются незначительным кровотечением. Как в тех, так и в других случаях необходимо наложение швов с целью наилучшего соприкосновения разорванных участков тканей (рис. 67—71). Только мелкие поверхностные ссадины оставляют незащитыми и смазывают йодной настойкой.

**Распознавание.** Повреждения родового пути выявляются путем осмотра. После рождения последа необходимо тщательно осмотреть наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Разрыв промежности обычно начинается с задней стенки влагалища и распространяется по направлению к заднепроходному отверстию. В редких случаях повреждение промежности начинается с центра (так называемый центральный разрыв промежности), причем образуется искусственное отверстие, через которое рождается плод. Иногда бывают раз-

рывы отдельных сосудов в клетчатке, где-нибудь над сводами, в то время как во влагалище и в шейке разрывов не видно. При сильном кровотечении из влагалища при неповрежденных наружных половых частях, а также после оперативного вмешательства осмотр должен быть произведен в зеркалах. Часто незначительные наружные повреждения при осмотре с помощью зеркал оказываются распространяющимися в глубину родового канала.

**Кровотечение из наружных половых частей.** Ранения сосудистых сплетений в области клитора и около отверстия мочеиспускательного канала могут быть причиной довольно сильного кровотечения. Особенно сильным кровотечение бывает при наличии каких-либо патологических изменений, например, при варикозном расширении вен.

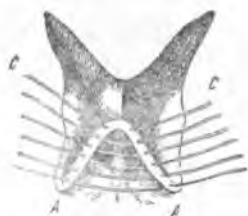


Рис. 70. Наложение швов на кишечную стенку.

АА — место разрыва заднего прохода; СС — задняя спайка.

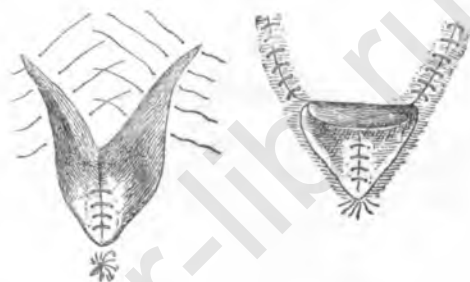


Рис. 71. Зашивание полного разрыва промежности.

Для остановки кровотечения немедленно накладывают обкалывающий шов или шов восьмеркой (гемостатический). При зашивании повреждений по протяжению уретры швы необходимо накладывать при катетере, введенном в уретру во избежание сужения просвета последней.

Разрывы промежности и вульвы сильной кровопотерей сопровождаются редко. Исключением являются разрывы третьей степени, которые могут привести к значительному кровотечению. Лечение их также хирургическое.

**Кровотечение из шейки матки.** Среди разрывов шейки матки различают: 1) поверхностные надрывы по окружности наружного зева шейки и 2) глубокие разрывы шейки, простирающиеся меридио до ее сводов. Надрывы шейки встречаются у каждой рожавшей женщины, только степень разрывов не у всех женщин одинакова. Это зависит от индивидуальных особенностей тканей или от их изменений в результате перенесенных травм или заболеваний. Степень разрывов шейки зависит также и от характера применявшихся оперативных вмешательств, величины прорезывающейся предлежащей части (головка, ягодицы), быстроты ее

прохождения через зев и величины открытия зева. Разрывы шейки чаще встречаются: 1) при ригидности тканей (пожилой возраст первородящих), 2) при хронических воспалительных процессах в шейке, 3) при новообразованиях шейки (рак) и т. п. По материалам нашей клиники, разрывы шейки матки у первородящих протяжением в 1 см и больше отмечаются в 17,4% (А. М. Черкез), преобладают правобоковые (39,9%) и левобоковые разрывы (28,9%). На разрыв шейки чаще всего указывает кровотечение, появляющееся струей тотчас после рождения плода. Если при гипотоническом кровотечении кровь обычно более темная и отхо-

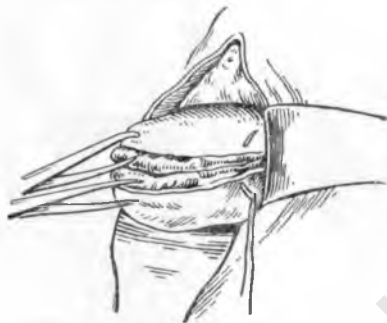


Рис. 72. Наложение шва на разрыв шейки матки в том месте, где он еще хорошо виден (по Фреунду).



Рис. 73. Наложение швов на разрыв шейки матки. Первым швом пользуются как «держалкой» для низведения верхнего конца разрыва шейки (по Брауде).

дит часто сгустками, то при разрыве она более алая и жидкая. Эти отличия непостоянны; практически более показателен другой признак: при разрыве кровь (по рождении плода) течет беспрерывно или почти беспрерывно, при гипотонии — как бы толчками.

При больших разрывах шейки, особенно в случаях предлежания плаценты, кровотечение может быть смертельным. Сильные кровотечения из разрывов шейки зависят от повреждения веточки маточной артерии, проходящей вблизи влагалищного свода, а также от нарушения целостности *a. vaginalis superior* и *a. cervico-vaginalis*. Для остановки кровотечения надо на глаз обнаружить его источник. Для этого зеркалами раскрывают влагалище, сильно подтягивают пулевыми щипцами шейку, а затем на угол раны накладывают кетгуттовый гемостатический (обкалывающий) шов.

Необходимость наложения гемостатического шва вызывается анатомическими особенностями сосудов шейки; сосуды шейки не имеют адвентиции, вследствие чего наложение изолированного

шва на них невозможно. Шов следует накладывать от угла раны, так как при этом создается большая возможность захватить в шов сосуды (рис. 72 и 73).

Неглубокие разрывы шейки сопровождаются кровотечением в среднем в 10% случаев. Тампонада при кровотечении из разорванной шейки неприменима.

Помимо непосредственной опасности кровотечения, глубокие разрывы влагалищной части шейки матки могут при инфицировании повести к развитию параметрита. Последствием глубоких разрывов шейки являются эктропион, эндоцервицит и т. д. Только тщательное восстановление нарушенных анатомических соотношений тканей шейки предупреждает возникновение патологических процессов в последней. Поэтому считается обязательным осмотр шейки матки в зеркалах у всех женщин и особенно у первородящих после выхождения последа (А. М. Черкез, И. Ф. Жорданиа).

#### 4. ВЫВОРОТ МАТКИ (INVERSIO UTERI)

Среди осложнений последового и послеродового периода нельзя не упомянуть о вывороте матки, с которым акушеру, правда, в очень редких случаях, приходится встречаться. По данным нашего института, один выворот приходится на 450 000 родов; по данным родильного дома имени Снегирева в Ленинграде (Рыжков), один выворот приходится на 300 000 родов.

Отмечаются вывороты острые и застарелые, с давностью от 6 дней (Керер), 4 месяцев (Гроссман) и до 20 лет (Шуварский).

Механизм возникновения выворота. Выворот матки представляет собой изменение положения и формы ее, при котором внутренняя поверхность становится наружной, а наружная — внутренней. Выворот возникает непосредственно после родов или несколько позднее; в очень редких случаях выворот происходит вне беременности. Прежде все случаи выворота считали насильственными, т. е. следствием неумелого и грубого применения того или иного лечебного пособия (потягивание за пуповину, метод Креде), что особенно опасно в случаях плотного соединения плаценты с маткой. Фактором, способствующим этому, является и расположение плаценты в дне матки, что несравненно чаще наблюдается у первородящих. У многородящих плацента обыкновенно прикреплена к передней или задней стенке матки, в результате чего выворот у повторнородящих встречается реже. Однако Бекман (1894) считает, что самопроизвольные вывороты встречаются чаще насильственных (рис. 74).

Следует отметить, что выворот происходит только при наличии условий, которые при нормальном функционировании матки обычно отсутствуют. Таким условием, по всей вероятности,



является изменение функциональных свойств матки, потеря ею тонуса. В таких случаях выворот возникает легко под влиянием самых разнообразных факторов при повышении внутрибрюшного давления. Это так называемый самопроизвольный выворот матки.

Вывороту матки способствует прикрепление плаценты, которая, спускаясь вниз в силу своей тяжести, увлекает за собой и соединенную с ней парализованную часть матки. Как только эта вдавленная часть матки достигнет внутреннего зева, начинается сокращение кольцевых мышечных волокон нижнего сегмента

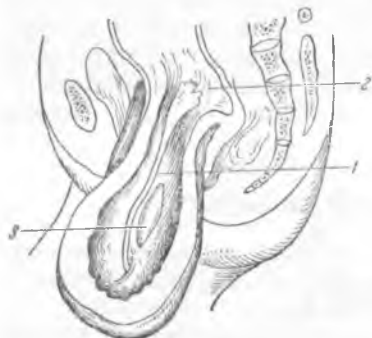


Рис. 74. Полный выворот матки (Панков).

1 — lig. infundibulum pelvicum; 2 — ампулярная часть фаллопиевой трубы; 3 — ovarium.

та матки вследствие механического раздражения, под влиянием которого вытянутая часть матки либо проталкивается дальше, либо возвращается обратно. Отсюда не удивительно, что те или иные манипуляции с маткой (например, прием Креде) или с последом (потягивание за пуповину) способствуют образованию выворота.

Гораздо реже выворот вызывается опухолями, исходящими из стенок матки, будь то фиброматозные узлы или саркома и пр.

В развитии выворота различают несколько этапов. Вначале

происходит только выпячивание дна матки, которое обычно не доходит до наружного зева. Затем выпячивание (подобно пальцу вывернутой перчатки) может увеличиваться, так что тело матки располагается впереди наружного зева, и, наконец, наступает выхождение матки уже за пределы влагалищной трубки — так называемое выпадение вывернутой матки.

Выворот редко бывает настолько полным, чтобы в него была вовлечена нижняя часть шейного канала. Обыкновенно кольцо зева и самая нижняя часть шейного канала на несколько миллиметров высоты сохраняются даже при полном вывороте и лишь тогда участвуют в нем, когда снизу сильно тянут тело матки.

В углубление, возникшее на месте прежней выпуклости тела матки, так называемую «воронку выворота», втягиваются фаллопиевы трубы, круглые и широкие маточные связки. Яичники и кишечные петли находятся в воронке только в острых случаях, обычно же они находятся вне воронки выворота.

Часто на вывернутой поверхности матки имеется неотделившийся послед.

По времени возникновения различают: 1) острый, внезапно наступивший выворот; 2) хронический, постепенно образующий-

ся выворот. По патогенезу: 1) вывороты у родильниц, имевших нормальную беременность раннего срока, и при доношенной беременности; 2) вывороты онкогенетические (при подслизистой фибромиоме).

Кроме того, встречаются: 1) самопроизвольный выворот и 2) насильственный выворот, происшедший в результате немелкого и грубого акушерского вмешательства.

Клиническая картина внезапно наступившего острого выворота проявляется весьма угрожающими симптомами: острые боли, коллапс (частый пульс, бледное лицо, обморок, холодный пот) и кровотечение. Острая боль возникает вследствие раздражения брюшины и натяжения связок матки вследствие изменения топографического положения органов. Явления шока развиваются на почве резкой травмы брюшины, связанной, может быть, с быстрым падением внутрибрюшного давления. Немалое значение в развитии клинической картины имеет раздражение симпатической нервной системы.

Вывернутая матка представляется в виде опухоли яркокрасного цвета, находящейся вне половой щели или во влагалище. При рассмотрении опухоли можно обнаружить на ней отверстия маточных труб. В свежих случаях выворота дно опухоли при вправлении рукой легко вдавливается внутрь. Как уже выше отмечалось, плацента либо находится в полной связи с маточной стенкой, либо отчасти отделяется; в последнем случае может произойти сильное кровотечение из открытых плацентарных сосудов. Кровотечение поддерживается существующим венозным застоем, вследствие затрудненного оттока венозной крови через образовавшуюся воронку выворота. В некоторых случаях кровотечение бывает довольно значительным.

Предсказание весьма серьезно; возможность самопроизвольного вправления выворота довольно сомнительна, хотя на это и имеются указания в литературе. Смертность, по литературным данным, колеблется от 6 до 20%.

Лечение. В случаях острого выворота должно быть произведено ручное вправление (*reinversio* или *repositio uteri*), причем вправление надо производить как можно скорее с момента происшедшего выворота; оно легко выполнимо, потому что не наступило еще сокращение кольца зева. Пальцевое вправление производится всегда под наркозом, с предварительной инъекцией *Sol. Atropini sulf.* 0,1% в количестве 1 мл, так как этим избегается возможность повторного тяжелого шока. Кроме того, в наркозе расслабляется кольцо шейки матки, через которое легче вдвинуть обратно тело матки. Перед вправлением тело матки обмывают перекисью водорода или раствором риванола, затем обильно обволакивают *Ol. Vaselini steril.* Вправление производят, приведя женщину в положение с опущенным головным концом туловища. Пальцами акушер старается вправить тело матки в жолоб шейки.

Применение силы необходимо, но она не должна быть чрезмерной. Если на поверхности матки прикреплена плацента, то последняя предварительно должна быть удалена.

Существует ряд способов ручного вправления вывернутой матки. Некоторые раньше вправляют ту часть матки, которая вывернулась первой. Другой способ заключается в том, что пальцами фиксируют шейку вывернутой матки и давят на нее, вправляя сначала те части, которые вывернулись последними, а затем уже дно матки. При третьем способе давление производят на области отверстия одной фаллопиевой трубы и вправляют сначала одну боковую часть матки, а затем другую. Для фиксации шейки воронку либо захватывают рукой, либо на нее накладывают щипцы или, лучше всего, лигатуру (Отт). Ручной способ в острых случаях выворота матки дает почти всегда хорошие результаты. Если ручное вправление оказывается безуспешным, переходит к применению инструментального метода. Для этой цели пулевыми щипцами захватывают *portio vaginalis*, а затем производят вправление матки. Заправив вывороченную матку, влагалище тампонируют марлей или кольпейринтером на срок не более 12 часов.

В тех случаях, когда матку удалось вправить, надо стремиться к лучшему ее сокращению. Для этого назначают горячие влагалищные души, прием внутрь препаратов спорыньи, гипофиза, адреналина и др. Затем надо поднять ножной конец кровати и положить на низ живота тяжесть (мешок с песком). В последующем нередко возникает кровотечение, появляются обильные грязные выделения, температура повышается до 39—40°.

Невправленная своевременно матка часто продолжает кровоточить, иногда весьма значительно, подвергаясь инфицированию и другим осложнениям. В таких случаях показана пенициллинотерапия.

Если ручной или инструментальный способ не дал положительного результата, выворот может настолько фиксироваться, что потребует оперативного вмешательства.

В одних случаях делают влагалищную экстирпацию матки или упрощенную операцию по Штекkelю. С этой целью вывернутое тело матки пришивают к шейке, для чего накладывают с четырех сторон швы, а затем на 1 см ниже швов отсекают матку. Брюшину зашивают. Кровотечение останавливают путем обшивания. Затем производят тугую тампонаду влагалища на срок 24—48 часов с одновременным введением в него стрептоцида.

В других случаях, где возможно и желательно сохранить матку (особенно у молодых женщин), производят операцию по методу Кюстнера или Керера.

Операцию по методу Кюстнера производят следующим образом. Вскрывают дугласово пространство, прощупывают воронку и рассекают заднюю стенку матки до наружного зева. Матку выворачивают и стенку ее, а также задний свод зашивают.

При операции по методу Керера рассекают переднюю стенку матки.

При вывороте миоматозной матки сначала вылушивают опухоль (в неинфицированных случаях), а затем производят вправление матки.

Вправление матки лучше производить через несколько часов после наступившего выворота (до 12 часов), чтобы дать возможность больной оправиться от шока; вправление обязательно производить под наркозом. Наилучшим из оперативных методов является способ Кюстнера-Пикколи (Küstner-Piccoli): вскрывают задний свод, бережно нарушают сращения вокруг воронки и рассекают матку или частично, по способу Кюстнера, или для облегчения вправления — от наружного зева до дна, как рекомендует Пикколи. Благодаря такому методу удается сохранить матку, которая в дальнейшем функционирует нормально. Вправление производят обычно одномоментно (А. В. Плетнева).

## 5. ГЕМАТОМЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

**Виды гематом.** Кровяная опухоль наружных половых частей и влагалища (*haematoma vulvae et vaginae*) представляет собой кровоизлияние в клетчатку в области больших губ, промежности или околовлагалищной клетчатки; она располагается непосредственно под кожей и слизистой оболочкой губ и влагалища. Иногда кровоизлияние распространяется за пределы влагалища, т. е. выше тазовой фасции, и скопывается в клетчатке параметрия, нередко доходя сзади до почки, а спереди до пупка. Подобный случай наблюдался нами в клинике в 1938 г., когда у роженицы В., 35 лет, страдающей токсикозом, возникли двусторонние гематомы — в области наружных половых органов, в паравезикальной клетчатке и на боковой поверхности тазовой фасции. Гематома справа распространилась до почки; она возникла до оперативного вмешательства.

Гематомы больших губ простираются вверх до лобка, книзу — до сухожильного центра тазовой преграды, где встречаются препятствия для распространения в область ягодичных мышц; внутрь они могут простираться во влагалище, занимая большую или меньшую часть его. Влагалищные гематомы часто располагаются в верхнем или среднем отделе влагалища, спускаясь вниз к выходу или поднимаясь вверх в область широких связок. Те из гематом, которые расположены выше *fasciae pelvinae*, относятся к супрафасциальным, а нижележащие — к инфрафасциальным гематомам. Само собой разумеется, что фасция не является абсолютно прочной границей и при повреждении ее образуются смешанные формы гематом.

Образование гематом почти всегда связано с беременностью или родовым актом, при этом во многих случаях они обнаруживаются случайно. Вне беременности гематомы встречаются до-

вольно редко. Механизм происхождения гематом чаще всего связан с нарушением целостности сосудов вследствие разрыва их стенки (per hexin).

Частота этого осложнения, по наблюдениям разных авторов неодинакова. Мошков на 44 879 родов нашел 21 гематому. Средняя цифра, по данным Ульяновского, — одна гематома на 2 000 родов, при этом гематома наружных половых частей встречается чаще, чем гематома влагалища. Унгер-Брянцева считает, что гематомы чаще образуются во влагалище. Несомненно, в образовании гематомы играет большую роль не только состояние тканей (коэффициент растяжимости), но и архитектоника сосудистой сети наружных половых частей, состояние сосудистых стенок и ряд других моментов.

Большинство женщин, у которых имелась гематома, принадлежало к цветущему детородному возрасту (Б. Н. Мошков).

У многорожавших гематомы встречаются чаще, чем у первородящих, что объясняется большой частотой у них варикозных расширений; они возникают преимущественно при произвольных родах (С. С. Холмогоров). Нередко отмечается повторное образование гематомы у одной и той же женщины (Л. В. Ульяновский).

**Причины.** Образование гематомы после рождения плода можно объяснить травматическим повреждением мягких частей родового канала при прохождении подлежащей части плода (сдвигание слизистой оболочки со своего места, разминание мягких тканей влагалища, разрыв сосудов). Однако это объяснение неприменимо в тех случаях, когда развитие гематомы происходит до прохождения подлежащей части плода. Причиной образования гематомы в таких случаях является изменение сосудистых стенок на почве различного рода заболеваний (гипоавитаминоз, поздние токсокозы беременных).

Выше отмечалось, что, по мнению одних авторов, чаще бывают гематомы наружных половых частей, по мнению других, — гематомы влагалища. Несомненно, рыхлость паравагинальной клетчатки, растяжимость и сравнительная бедность васкуляризации влагалищной стенки по сравнению с наружными половыми частями меньше предрасполагают к образованию гематомы во влагалище. Возникновение гематомы возможно как при быстрых, так и при медленно текущих родах. При быстро текущих родах, особенно у первородящих, не успевает полностью выявиться присущий тканям коэффициент растяжимости, а при медленно протекающих — длительное прижатие вызывает перерастяжение тканей. Быстрота течения родов не ведет к образованию гематом, но служит предрасполагающим моментом. Наличие обильно развитой сети варикозных узлов при быстрых родах особенно способствует образованию гематом.

Те или иные оперативные мероприятия: наложение щипцов, энергичный массаж матки, выжимание последа по Креде, способствуют развитию гематомы.

Обзор локализации гематом показывает значительный перевес количества левых над правыми, на что обратил внимание Б. Мошков. Он считает причиной этого асимметричное развитие нижних кардинальных вен в постэмбриональной жизни женщины, при котором система левой нижней кардинальной вены оказывается развитой больше правой. Это является причиной, предрасполагающей к образованию гематом левых срамных губ.

Если значительной разницы в картине артериальной системы той и другой стороны женского таза не обнаруживается, то в венозной сети женского таза имеется значительная асимметрия (Б. Мошков).

Так, слева вены несколько длиннее, чем справа, ввиду того, что *v. cava* расположена правее позвоночника. Слева *v. iliaca media et interna* сливаются сначала в общий ствол *truncus communis venarum s. v. hypogastrica*, которая, сливаясь с *v. iliaca externa*, образует *v. communis*. Справа *v. hypogastrica* отсутствует. *Vv. iliacae interna media et externa*, сливаясь, образуют *v. iliaca communis*. Наконец, слева *v. spermatica* впадает в *v. genalis*, а справа — непосредственно в *v. cava inferior*. Углы, под которыми сливаются вены, слева острее, чем справа. Словом, левая сторона венозной сети женского таза приближается

более к рассыпному, а правая — к магистральному типу кровоснабжения. Еще больше внимания заслуживает система кардинальных вен (*vv. lumbales ascendentes*), идущих двумя парами по верхней и нижней части задней брюшной стенки и сливающихся в кювьетов проток (рис. 75).

Шевкуненко и его сотрудниками было установлено, что нижняя пара кардинальных вен может, остановившись на различных степенях развития, дать два типа кровоснабжения (Вишневский).

1. Нижний отрезок левой кардинальной вены редуцируется совершенно: анастомоз между правой кардинальной веной и нижней полой веной и *v. genalis* отсутствует.

2. Нижний отдел левой кардинальной вены не претерпевает обратного развития и может существовать в виде венозного ствола различного диаметра, идущего параллельно *v. cava inferior* и иногда почти равного ей по диаметру. Нижним концом левая кардинальная вена соединяется с *v. iliaca communis* и мелкими анастомозами с венами таза. Правая кардинальная вена анастомозирует обычно с *v. genalis* или *v. cava inferior*.

Отсюда легко понять, какие благоприятные условия для венозного застоя имеются при втором варианте венозной системы



Рис. 75. Венозная сеть женского таза.

а — рассыпной тип кровоснабжения; б — магистральный тип кровоснабжения.

в нижней части задней поверхности брюшной полости, где может скопиться до 1 л венозной крови (В. Н. Шевкуненко), в то время как при первом варианте кровоснабжения венозная сеть скудна и условия для застоя менее благоприятны. Поэтому прав Мошков, который допускает, что послеродовые гематомы чаще должны встречаться при втором варианте кровоснабжения. Этим объясняется стойкая асимметричность гематом наружных половых частей.

Прижизненно за наличие второго варианта кровообращения говорит ряд других осложнений, предшествующих гематомам: varices scuris, геморрой, продолжительные, обильные и болезненные менструации и др. Но было бы ошибкой считать анатомические особенности сосудистой системы таза у женщины единственным причинным моментом происхождения гематом.

Возникая на основе анатомических особенностей сосудистой системы, гематомы являются продукцией совместного действия многих этиологических факторов: родовой и всякой другой травмы, повышенного кровяного давления, особенностей строения сосудистой стенки (ретикуло-эндотелиальная система).

Этиологические моменты должны быть разделены на предрасполагающие и производящие.

Из предрасполагающих моментов анатомические особенности сосудистой стенки и ее ломкость (изменение свойств ретикуло-эндотелиальной системы) играют доминирующую роль (особенно при цынге). Трудно сказать, какой из производящих моментов следует поставить на первое место, — они весьма разнообразны, и во многих случаях имеет значение их суммирование.

Повидимому, механические причины (узкий таз, сдавление нижней поллой вены и различные оперативные травмы) могут иметь значение наравне с гипертонией, но какой из этих моментов превалирует, сказать определенно нельзя.

Распознавание гематомы на наружных половых частях не представляет затруднений. Несколько труднее обнаружить гематому во влагалище в силу существующих топографических соотношений. В некоторых случаях выпячивающуюся кровяную опухоль можно смешать с околоплодным пузырем.

Наличие на наружных половых частях односторонней плотной темносиней опухоли, иногда поднимающейся во влагалище, указывает на гематому. Нередко на месте ее наивысшего напряжения постепенно начинают образовываться очаги омертвения. Сопутствующее чувство напряжения, тенезмы, сильные схваткообразные боли, а иногда большая или меньшая степень малокровия дополняют картину. Для распознавания гематомы влагалища необходимо произвести влагалищное исследование. Распространение гематомы выше тазовой фасции для распознавания еще труднее, и нередко картина общего состояния (малокровие) не соответствует видимым изменениям.

Гематома представляет серьезное осложнение для родов. Если гематома образуется в конце беременности или в течение родового акта, — она может быть препятствием для родов и служит показанием для хирургического вмешательства; если же она прорвется, то может наступить кровотечение, подчас довольно сильное, а в некоторых случаях угрожающее жизни. Обычно судьба образовавшейся кровяной опухоли зависит от ее величины и расположения. Обыкновенно течение гематомы безлихорадочное. Маленькая, величиной с мандарин, гематома рассасывается самостоятельно без вскрытия полости в течение 2—4 недель или опорожняется после самопроизвольного разрыва стенки с образованием последующего рубца. Самостоятельный прорыв гематомы в прямую кишку может привести к образованию ректовагинальной фистулы; в других же случаях содержимое гематомы может подвергнуться распаду и вызвать гнилостный процесс.

Супрафасциальные гематомы часто являются результатом оперативной травмы. В тех случаях, где они достигают значительной величины и быстро образуются, могут быть отмечены симптомы внутреннего кровотечения.

Супрафасциальная гематома может быть определена при пальпации области параметрия, причем внезапное появление опухоли вскоре после родов и отсутствие температурной реакции помогают отличить гематому от параметрита. Определение содержания железа в крови старых гематом может помочь в дифференцировании их от гнойников.

Размеры влагалищных гематом занимают среднее место между размерами супрафасциальных и вульварных гематом; плотность, эластичность, напряженность тканей нижнего отрезка родовой трубки препятствуют раздвиганию их слоев изливающейся кровью; наоборот, рыхлость тазовой клетчатки оказывает меньше сопротивления образованию кровяных опухолей. Размеры гематом, по данным Мошкова, соответствуют этим условиям. Если супрафасциальные гематомы приближаются по своей величине к головке новорожденного, а влагалищные соответствуют в среднем мужскому кулаку, то размеры гематомы наружных половых органов могут соответствовать величине мужского кулака и куриного яйца. Очень редко гематома влагалища и его входа бывает двусторонней.

**Предсказание.** Распространение гематом вверх до тазовой брюшины значительно ухудшает прогноз. Изредка гематомы сопровождаются воспалением вен нижних конечностей.

При супрафасциальных гематомах больные находятся в лежачем учреждении месяц и более. Для излечения влагалищных гематом требуется в среднем 2 недели, а для вульварных — 6—7 дней.

Редицивы гематом редки. Смертность при гематомах в настоящее время ничтожна.



Клиническая картина проявляется в следующем. Женщина до рождения ребенка или вскоре после его появления отмечает тупую боль в области той или иной половой губы. Боль наиболее характерна для вульварных форм гематом, что объясняется растяжением ткани излившейся кровью. Гематома, развивающаяся во влагалище, иногда протекает без всяких признаков и часто открывается случайно при влагалищном исследовании роженицы.

Лихорадочное состояние бывает в случаях, где содержимое гематомы распадается вследствие наступившего разрыва последней или вследствие перехода инфекции по лимфатическим путям со стороны кишечника. Гематома может быстро увеличиваться, принимать синевато-багровую окраску и нередко доходить до размеров головки новорожденного. Покровы, образующие стенки опухоли, сильно напряжены, иногда весьма болезненны при дотрагивании. Иногда покров на верхушке этой опухоли не выдерживает давления и разрывается. Часто рост гематомы совершается более медленно.

Лечение. В прежнее время существовало два мнения по вопросу лечения гематом: одни придерживались неотложного оперативного вмешательства, другие — выжидательной тактики лечения (С. В. Сазонов, С. С. Холмогоров). В настоящее время существует общее положение, что вскрывать гематомы не следует из опасения занесения инфекции. Назначают постельное содержание, снаружи — давящую повязку, местно — холод в виде мешка со льдом, наркотические и кровоостанавливающие (препараты спорыньи) или инъекции адреналина (по 0,3 мл 3 раза), витамин К или кальций, инъекции пенициллина и сульфаниламиды.

В некоторых случаях при наружных гематомах очень хорошее действие оказывают примочки из уксуснокислого алюминия. Только при известных показаниях — рост гематомы и угроза ее разрыва, разрыв гематомы, начинающийся ихорозный ее распад, а также при замедленном рассасывании опухоли требуется хирургическое вмешательство с последующим дренированием образовавшейся полости. При операции гематому вскрывают, сгустки удаляют, образовавшуюся полость тампонируют. Если кровотечение в полость гематомы продолжается, надо обколоть кровоточащее место или применить более плотную тампонаду.

Техника вскрытия инфрафасциальных гематом не представляет больших затруднений.

В неинфицированных случаях вульварных гематом вскрытие лучше производить параллельно складкам губ со стороны слизистой оболочки, щадя бартолинову железу; в инфицированных же случаях, наоборот, разрез делают со стороны кожи — этим создаются лучшие условия для дренажа и уменьшаются шансы для занесения инфекции в верхние родовые пути. Полость инфицированных гематом дренируют.

Если гематома является препятствием для родов, консервативный образ действия совершенно неприемлем. Всякая гематома, образовавшаяся до родов или появившаяся во время родов (между рождением близнецов), подлежит уменьшению при помощи разреза или, если она свежего происхождения, выкачиванию содержимого (жидкая кровь) шприцем. Пункция не имеет смысла в тех случаях, где кровь успела уже свернуться.

Точно так же нецелесообразны консервативные меры при супрафасциальных гематомах, так как они могут привести лишь к ряду тяжелых осложнений (кровотечение, нагноение, септицемия), которые иногда заканчиваются смертью женщины. В этих случаях речь может идти исключительно о хирургическом вмешательстве, выбор которого требует строгой индивидуализации.

В случаях острых свежих гематом при непосредственной угрозе для жизни женщины производится чревосечение. Вскрытие, опорожнение, гемостаз и зашивание гематомы проводятся в соответствии с особенностями топографии данного случая. В случаях старых супрафасциальных гематом, но где еще не миновала опасность увеличения или прорыва их в брюшную полость, надо действовать по возможности внебрюшинно или пользоваться кольпотомией, если опухоль доходит до сводов.

Профилактика развития гематом родовых путей выражается в соблюдении строгих показаний к применению хирургического вмешательства у женщин, страдающих токсикозами (нефропатия), нефритом, флебэктазиями и т. п., ввиду склонности их сосудов к разрыву.

В период образования гематомы с целью предупреждения ее роста показано применение льда и инъекций витамина К., оказывающих сосудосуживающее и противовоспалительное действие, а также проведения пенициллинотерапии.

Когда гематома уже развилась и опасность кровотечения исключена, меры должны быть направлены к предохранению ее от инфекции, ибо условия для ее некроза и нагноения самые благоприятные, а опасность этих осложнений велика. Поэтому область, в которой расположена гематома, должна содержаться в чистоте и покое. Если гематома вскрылась, лечение проводят по тому принципу, который был указан выше.

## 6. ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Причины. Физиологические роды сопровождаются кровопотерей в пределах 600 мл: кровопотеря происходит в период отделения и выделения последа. В последующие 2—3 дня после родов кровотечение из матки еще продолжается, но в значительно меньшей степени, что объясняется главным образом ретракцией мышечных волокон, которая способствует сплнению просвета кровеносных сосудов. Затем выделения приобретают

кровоянисто-серозный характер; наконец, к концу первой или в начале второй недели выделения (лохии) становятся серозными. К этому времени (9—10-й день после родов) вся поверхность матки покрывается эпителием (В. С. Груздев, И. И. Яковлев).

Таким образом, при нормальном физиологическом течении послеродового периода кровянистые выделения бывают в течение первых трех-четырех дней послеродового периода. Наличие кровянистых выделений после указанного срока, нередко переходящих в обильное кровотечение, а также появление кровянистых выделений после 10-го дня и позже должны расцениваться как показатель патологического течения послеродового периода. К этим признакам акушер должен относиться с большим вниманием.

Кровотечения чаще наблюдаются в течение первой недели и реже на второй и третьей неделе послеродового периода.

Происхождение поздних послеродовых кровотечений связано чаще всего с задержкой в полости матки частей плаценты, оболочек или даже компактного слоя отпадающей оболочки. Кровотечение может возникнуть также от задержки в полости матки кровяных сгустков, в частности, старых сгустков, образовавшихся в результате частичной отслойки плаценты в течение беременности (Яковлев). Иногда поздние послеродовые кровотечения возникают на почве воспалительных изменений слизистой оболочки и мышечной ткани матки, сопровождающихся дегенерацией стенок сосудов.

Так, по данным П. В. Пахомовой (Свердловский институт охраны материнства и младенчества), поздние послеродовые кровотечения в 49% случаев возникали в связи с задержкой частей плаценты, а в 51% причиной их происхождения были воспалительные изменения слизистой оболочки и мышечного слоя матки.

Процесс регенерации слизистой оболочки матки после родов происходит значительно медленнее в месте плацентарной площадки (собственные наблюдения). Исходя из этих наблюдений, можно допустить, что задержавшиеся в полости матки остатки отпадающей оболочки задерживают восстановление слизистой и поддерживают кровотечение. В этих случаях матка представляется увеличенной и в ее полости всегда обнаруживается много старых и свежих сгустков крови.

К сожалению, многие акушеры не придают должного значения факту задержки децидуальной ткани и считают лишь с задержкой составных частей хориона, что, с нашей точки зрения, совершенно неправильно. Исследование М. Гинзбурга полностью подтверждает наши наблюдения. Автор считает, что возникновение поздних послеродовых кровотечений связано не только с вялым обратным развитием сосудов слизистой оболочки, но главным образом с задержкой частей плаценты и отпадающей (децидуальной) оболочки.

Причиной поздних послеродовых кровотечений значительно реже являются общие заболевания, вызывающие венозный застой в стенках матки (заболевания сердечно-сосудистой системы и т. п.), дегенеративные изменения и повышенная ломкость стенок маточных сосудов (полигиповитаминозы С, А и др.), эндокринные расстройства, болезни кроветворной системы и т. п. Редко причиной поздних послеродовых кровотечений являются хорioneпителиома, подслизистые или интрамуральные фиброматозные узлы и рак шейки матки.

Кардинальным признаком поздних послеродовых кровотечений в большинстве случаев является неожиданность их появления и интенсивность. Кровотечение может быть однократным и весьма обильным или повторным необильным, но продолжающимся в течение многих дней.

Сила кровотечения не всегда пропорциональна величине остатков плаценты и сгустков крови. Обильное кровотечение может быть при отсутствии задержки частиц плаценты. Интенсивность кровотечения, несомненно, определяется в значительной мере нейро-гормональными факторами, регулирующими сократительную функцию матки, а также способностью крови к свертыванию и образованию тромбов. Этим обстоятельством может быть объяснена безуспешность повторного выскабливания матки в отдельных случаях послеродовых кровотечений.

Величина матки обычно не соответствует времени, истекшему после родов. Матка может быть плотной или мягкой консистенции, болезненной или безболезненной при ощупывании, шейечный канал может быть закрыт или проходим для пальца.

Температура бывает резко повышенной, субфебрильной или нормальной. Пульс может быть учащенным или нормальным. Все зависит от характера и степени распространения процесса. Задержка в полости матки частей плаценты и сгустков крови создает благоприятную почву для развития инфекции; при этом возможно развитие послеродовых заболеваний, включая и сепсис.

При оценке тяжести случая и выборе методов лечения принимают во внимание температуру, пульс, степень кровопотери в родах, общее состояние больной, силу кровоотделения в данный момент. Исследования крови, РОЭ, посевы крови, исследования мочи способствуют правильной оценке клинической картины.

**Лечение.** Судить о задержке частей плаценты при поздних послеродовых кровотечениях можно на основании обследования полости матки; наружные приемы исследования недостаточны. Во всяком случае наличие кровотечения требует врачебного вмешательства, причем выбор метода лечения определяется учетом признаков инфекции. Здесь следует отметить два важных момента: 1) нормальная температура не является доказа-

тельством отсутствия инфекции и 2) сильная кровопотеря, угрожающая жизни больной, заставляет вмешиваться активно при наличии инфекции. При выборе методов лечения может идти речь или о пальцевом, или об инструментальном удалении задержавшихся частей плаценты, сгустков и др. Однако оба метода требуют величайшей осторожности при их осуществлении. При ручном (пальцевом) методе надо избегать лишней травмы (разминания, сдавливания) матки при отделении ткани плаценты или удалении сгустков крови, а при инструментальном методе остерегаться проробдения матки.

Ряд видных клиницистов высказался против выскабливания матки (В. С. Груздев, Р. В. Кипарский), учитывая возможность следующих неблагоприятных последствий: 1) нарушение целостности демаркационной зоны (лейкоцитарный вал), что способствует распространению инфекции за пределы матки по кровеносным и лимфатическим сосудам; 2) травма стенок матки (не исключена возможность перфорации); 3) возникновение трудно останавливаемых маточных кровотечений. Кроме того, выскабливание не дает полной гарантии в том, что задержавшиеся части плодного яйца и сгустки крови будут удалены.

Данное положение, по нашему мнению, в значительной степени относится и к применению пальцевого метода удаления остатков плаценты.

Особенно опасно выскабливание в случаях, где имеются явные признаки распространения инфекции за пределы матки. Так как обильное кровотечение, встречающееся в этих случаях, требует активного вмешательства по жизненным показаниям, то некоторые авторы советуют удалить матку с первоначальным источником инфекции и создать тем самым хороший естественный дренаж.

При задержке всего последа и проходимости шейки матки пальцевое удаление имеет преимущество перед инструментальным; в таких случаях кюретка применима лишь для окончательной проверки полости матки. При задержке же частей последа даже при хорошо сократившейся матке в первые дни после родов рекомендуется выскабливание (Л. И. Бубличенко).

Весьма интересна работа П. А. Гузикова (1927), опубликовавшего результаты после выскабливания, предпринятого для удаления задержавшихся частей и целого последа. Инструментальное удаление последа и его частей во всех случаях, даже инфицированных, закончилось полным выздоровлением; при ручном же удалении последа автор наблюдал смертельные исходы.

Многолетний личный опыт заставляет нас склониться в пользу инструментального удаления остатков последа с одновременным выскабливанием послеродовой матки; широко применяя этот метод при соответствующих показаниях, мы не потеряли ни одной больной.

**Профилактика.** Во избежание наступления поздних послеродовых кровотечений надо, во-первых, всегда тщательно осмотреть плаценту и оболочки и убедиться в их целости, а во-вторых, уже с первого дня послеродового периода следить за сокращением матки, чтобы в ней не задерживались сгустки крови. Сокращению матки и удалению из ее полости сгустков способствуют: своевременное опорожнение мочевого пузыря, ежедневное отправление кишечника, применение в первый же день после родов легкого раздражения рукой дна матки и выжимание из нее сгустков крови, а также назначение лекарственных веществ (препараты спорыньи и др.). В последующие дни массажирование матки противопоказано, так как нельзя быть вполне уверенным в отсутствии инфекции в полости матки; при наличии же инфекции даже легкое разминание тканей матки при массаже будет способствовать быстрому распространению микроорганизмов. При затяжном (вялом) сокращении матки большую услугу может оказать горячий влагалищный душ; при этом мелкие частицы плаценты, оболочки и сгустки крови обычно отходят самостоятельно.

Если указанные меры кровотечения не останавливают (нередко вследствие задержки значительных долек плаценты), то при открытом зеве можно осторожно попытаться удалить частицы плаценты кюреткой. При наличии явной инфекции, перешедшей за пределы матки, и незначительном кровотечении надо подождать с активным образом действия; в подобных случаях показано противовоспалительное и общеукрепляющее лечение, а также применение бактерицидных и бактериостатических веществ. При наличии инфекции рекомендуется применение льда на область матки, веществ, сокращающих матку, аутогемотерапия, переливание небольших доз крови, применение пенициллина, стрептоцида, сывороток и т. д. Активный образ действия допустим только при сильном кровотечении, угрожающем жизни больной.

### **III. РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКИ**

#### **1 ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РАЗОГНУТЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ**

**Причины.** Головка плода вступает во вход таза негелко не в согнутом, а в разогнутом состоянии. В зависимости от степени разгибания головки (умеренное, среднее или большое), возникает тот или иной вид предлежания, иначе говоря, имеет место перелоголовное, лобное или лицевое предлежание (рис. 76—78).

Если сгибание головки есть известного рода приспособление длинника головки к кривизне родового канала, то разгибание

ее (только при первых степенях) нарушает подобного рода приспособление и тем самым осложняет течение родового акта.

Известно, что в механизме родов существенную роль играет установка головки в родовом канале — отношение линии головной кривизны к линии тазовой кривизны (совпадение или несовпадение их). Это положение, как трактует С. Д. Михнов, в одинаковой мере относится и к затылочным, и к лицевым предлежаниям.

Головка при лицевом предлежании, как и при затылочном (по С. Д. Михнову), имеет почкообразную форму; благоприят-



Рис. 76. Начинающееся разгибание головки. Передне-головное предлежание.



Рис. 77. Прогрессирующее разгибание головки. Лобное предлежание.



Рис. 78. Полное разгибание. Лицевое предлежание.

ный механизм прохождения головки через таз создается тогда, когда линия головной кривизны совпадает с линией кривизны родового канала; в противном случае поступательное движение головки встречает препятствие.

При лицевом предлежании совпадение головной кривизны с тазовой кривизной (родовая трубка) создается тогда, когда подбородок обращен кпереди. «В этом случае, — говорит Михнов, — головка будет проходить через поперечные сечения родового канала теми же плоскостями тех же своих веерообразно наклоненных друг к другу поперечных сечений, какими она проходит и при затылочном, но только в обратном порядке».

В зависимости от степени разгибания головки, будут отмечаться те или иные особенности и в механизме родов (о них будет сказано ниже). Причины передне-головных, лобных и лицевых предлежаний одни и те же, так как дело идет об одном и том же движении головки (разгибание); различие имеется только в степени разгибания.

В развитии указанных предлежаний играет роль совокупность отдельных факторов, которые были отмечены рядом исследователей: сужение родового канала, неподатливость и ненормальное функционирование нижнего сегмента матки, чрезмерно большая головка, особенно сильно выдающимся в сагиттальном направлении затылком (долихоцефалия и пр.). Правда, ряд исследователей (Груздев, Бумм) считает долихоцефалическую форму головки явлением вторичного порядка, возникающим в результате конфигурации и сдавливания черепа в затылочно-лицевом направлении, что влечет за собой вытяжение головки в направлении лба. На материале нашей клиники лицевое предлежание наблюдалось в 92,5% при нормальном тазе, в 6,3% при простом плоском и очень редко при общесуженном плоском тазе. Благоприятным моментом для развития лицевого предлежания следует также считать большой вес плода, многоводие, двойни и др.

Однако не только большая головка, но и малая величина плода могут способствовать установлению головки в лицевом предлежании. Надо учесть также возможное случайное нарушение в членорасположении плода, например, запрокидывание ручек за шею. Наконец, причиной разгибательных предлежаний могут быть врожденные изменения шейной части позвоночника плода — особенности строения атланта-затылочного сустава, затрудняющие сгибание головки.

Значительную роль в образовании лицевого предлежания играет состояние брюшного пресса беременной. Отвислый, дряблый живот и смещение матки в сторону (чаще в правую) приводят к тому, что ось матки, а с нею и ось плода (позвочника) не совпадают с осью таза. В результате этого головка отходит в одну из боковых сторон таза, и в тех случаях, когда туловище плода переваливается в сторону затылка, подбородок удаляется от грудки и возникает разгибание головки. Отвислости живота, а следовательно, и разгибанию головки, способствуют также деформации скелета матери (кифоз) и, в частности, ее таза. Разгибанию головки благоприятствует также преждевременное отхождение околоплодных вод. Возможно, что при неотшедших водах этого рода аномалии имеют временный характер: в период раскрытия направление оси плода может измениться и этим создается возможность для опускания затылка.

Подтверждения того факта, что разогнутые предлежания возникают чаще из второго затылочного положения (вследствие более частого отклонения матки вправо), мы на своем материале не имеем; первое и второе лобные предлежания наблюдались в одинаковом количестве. Неправильное вставление головки может возникнуть при наличии косоного положения плода с наступлением родовой деятельности, когда схватки приводят к фиксации данного осложнения. Мы наблюдали лицевое



предлежание после перевода плода из поперечного положения во второе продольное.

Возникновению разгибательных предлежаний способствует неполноценность мягких родовых путей, в частности, тазового дна. Только упругое тазовое дно способствует сгибанию головки и приспособлению ее к пространственным особенностям тазового выхода.

**Распознавание.** О разгибательных предлежаниях судят, с одной стороны, по данным наружного исследования, в частности, по выслушиванию сердцебиения плода, а с другой — по результатам влагалищного исследования.

Наружное исследование позволяет установить лишь ясно выраженную степень разгибания головки; при тонкой, ненапряженной брюшной стенке следует определить место расположения лба и подбородка. В большинстве же случаев посредством наружного исследования (ощупывания) определяют лишь продольное положение и черепное предлежание. Только сопутствующие обстоятельства (отвислый живот, узкий таз и др.) могут подкрепить предположение об имеющемся разгибательном вставлении головки.

Сердцебиение плода при передне-головном предлежании слышно обычно со стороны спины, но может быть уловлено и со стороны мелких частей; наоборот, при сильно выраженном разгибании сердечные тоны выслушиваются со стороны груди (мелких частей) вследствие лордоза позвоночника. В сомнительных случаях обычно помогает влагалищное исследование. В зависимости от того, какие части головки прощупываются по проводной оси таза, определяется тот или иной вид предлежания. Так, если по проводной оси определяется большой родничок, между тем как малый родничок почти или вовсе недостижим, можно говорить о первом этапе разгибательного состояния головки — о передне-головном предлежании. Если же в поле исследования определяется лоб с его швом, причем с одной стороны имеется переносица, а с другой — большой родничок, в то время как ни рта, ни подбородка достигнуть пальцем не удастся, речь может идти о лобном предлежании головки — о втором этапе разгибательного состояния. Наконец, при определении с одной стороны подбородка и рта, а с другой — глазных впадин можно с несомненностью говорить о полном разгибании головки — о лицевом предлежании.

Во избежание ошибок влагалищное исследование должно быть тщательным и в то же время осторожным, чтобы не нанести плоду тяжелых повреждений (повреждение глаз). Ошибки возникают вследствие смешивания ягодичного предлежания с лицевым, так как при долгом нахождении головки в родовых путях лицо настолько искажается родовой опухолью, что при невнимательном исследовании может быть принято за ягодичцы плода. Надо твердо знать признаки, характерные для

лица плода, и уметь их дифференцировать от признаков, характерных для тазового предлежания. Нельзя, в частности, анус плода принимать за ротик. Ротик имеет две твердые дуги

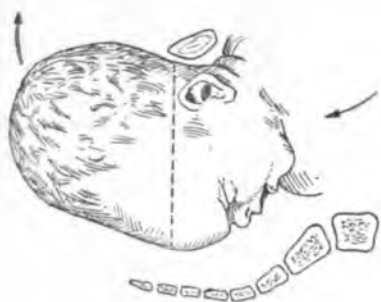


Рис. 79. Передний вид затылочного предлежания.



Рис. 80. Задний вид затылочного предлежания.



Рис. 81. Передне-головное предлежание.

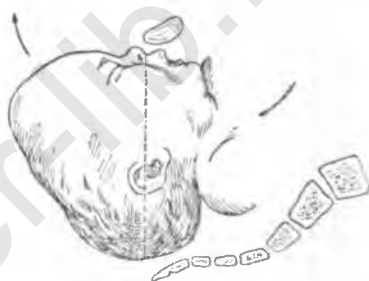


Рис. 82. Лобное предлежание.

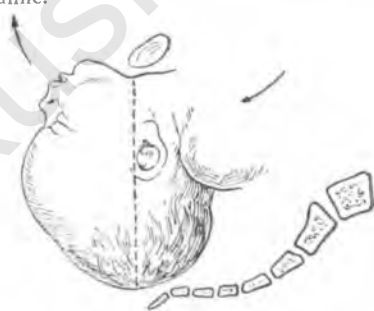


Рис. 83. Лицевое предлежание.

верхней и нижней челюсти; анус же представляется в виде равномерно мягкого, эластично сжимающегося кольца.

Точность распознавания вида разгибания имеет большое значение при наложении щипцов, так как производимые при них тракции отличаются некоторыми особенностями.

## Основные моменты родов

Момент механизма родов		Затылочное предлежание, передний вид	Затылочное предлежание, задний вид	Переднее головное предлежание	Лобное предлежание	Лицевое предлежание
		сердечные тоны выслушиваются				
		спинка	спинка	спинка	брюшная поверхность	брюшная поверхность
Во входе в таз	1-й	Вставление. Стреловидный шов в косом размере	Стреловидный шов в косом размере таза	Стреловидный шов в поперечном размере таза	Лобный шов в поперечном размере таза	Лицевая линия в поперечном размере таза
	2-й	Сгибание	Усиленное сгибание	Умеренное разгибание	Сильное разгибание	Максимальное разгибание
	3-й	Крестцовая <sup>1</sup> ротация	—	—	—	—
В по-лости таза	4-й	Внутренний поворот затылка кпереди	Внутренний поворот — затылок кзади	Внутренний поворот — большой родничок к симфизу	Внутренний поворот. Затылок кзади, лицо кпереди	Поворот подбородка кпереди
В вы-ходе таза	5-й	Разгибание	Усиленное сгибание, разгибание	Сгибание, разгибание	Сгибание, разгибание	Сгибание
	6-й	Наружный поворот головки и внутренний поворот туловища	—	—	—	—

	Выхождение туловища и всего тела плода				
Ведущая часть	Затылок, область малого родничка	Затылок, область малого родничка	Передняя часть лба — область большого родничка (к симфизу)	Центр лба	Лицо, подбородок
Точки фиксации	Под симфизом — подзатылочная ямка	Под симфизом — большой родничок или граница волосистой части лба, в области копчика — подзатылочная ямка	Под симфизом — переносье, в области копчика — затылочный бугор	Под симфизом — верхняя челюсть; в области копчика — затылочный бугор	Область подъязычной кости
Прорезывающая окружность соответствует	Малому косому размеру — 32 см	Среднему косому размеру — 33 см	Прямому размеру — 34 см	Большому косому размеру — 35 см	Вертикальному размеру (подъязычная кость и темя) — 33 см
Расположение родовой опухоли	На затылке	На затылке	В области большого родничка	На лбу распространяется до глаз и до большого родничка	На углу рта и щеке
Форма головки	Долихоцефалическая	—	Башенный череп	—	Долихоцефалическая

<sup>1</sup> Крестцовая ротация представляет собой поворотное движение головки вокруг точки, укрепленной на мысе (силы сцепления у мыса больше, чем у лона). — см. Белошапко и Яковлев, «Руководство по оперативной помощи при родах», Госмедиздат, 1930, 97—98.

**Прогноз.** Из всех видов разгибательных вставлений наиболее благоприятным является лицевое (подбородок кпереди), так как при нем имеется наиболее совершенная установка головки в родовом канале; головка прорезывается подъязычно-теменной плоскостью (*planum sublinguo-parietale*), имеющей в окружности 33 см. Менее благоприятны роды при передне-головном вставлении, когда головка прорезывается окружностью, соответствующей прямому размеру, равной 34 см. Еще менее благоприятны в отношении прогноза роды при лобном предлежании, когда головка вступает в таз своим самым большим размером — большим косым (от подбородка до выдающейся части затылка), равным 35 см.

Неблагоприятное влияние атипического вставления сказывается как на матери, так и на плоде.

Мягкие родовые части полового тракта чрезмерно растягиваются и травмируются вследствие долгого стояния головки в родовом канале. Особенно сильному растяжению в поперечном направлении подвергается промежность. Этим объясняется большой процент повреждений мягких тканей полового тракта: при разогнутых предлежаниях разрыв промежности происходит значительно чаще, чем при согнутых. Трудность продвижения головки по родовому тракту, естественно, затягивает продолжительность родов.

Течение родов при разгибательных предлежаниях неблагоприятно сказывается и на плоде. У плода могут возникнуть асфиксия, отек мозга, внутрочерепные кровоизлияния. Эти осложнения могут служить причиной гибели плода.

**Предсказание** для матери определяется не только существованием атипического предлежания, но также сопутствующими нередко другими осложнениями: преждевременным отхождением вод, ригидностью мягких частей и т. д.

## 2. ПЕРЕДНЕ-ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

**Механизм родов.** Обычно роды при передне-головном предлежании протекают в заднем виде (спина кзади, большой родничок кпереди). Механизм родов состоит в том, что во входе в таз стреловидный шов стоит либо в поперечном, либо в одном из косых размеров, причем большой родничок расположен ниже малого. В период изгнания большой родничок является проводной точкой, малый же родничок отстает в поступательном движении; он становится трудно достижимым. В полости малого таза внутренний поворот совершается таким образом, что большой родничок поворачивается к лону (рис. 84). В выходе таза головка совершает два движения: первое — сгибательное, в результате которого из-под промежности освобождаются темя и затылок; второе — разгибательное, при котором из-под симфиза освобождаются лобно-лицевые части. Точками фиксации при:

первом движении (сгибании) служит область переносья, при втором — затылочный бугор, подзатылочная ямка. Последний момент — наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков — совершается, как при затылочном предлежании. Наибольшее напряжение вульварное кольцо испытывает, когда



Рис. 84. Передне-головное предлежание. Головка на тазовом дне.



Рис. 85. Прорезывание головки при передне-головном предлежании.

головка в нем стоит своей окружностью по прямому размеру плоскости, идущей через лоб и затылок (*planum fronto-occipitale* — 34 см).

Механизм родов при передне-головном предлежании часто смещивают с механизмом родов при заднем виде затылочного предлежания, несмотря на несомненную разницу между ними. При передне-головном предлежании ведущей точкой является большой родничок, а в лонную дугу упирается переносье (рис. 85); при заднем виде затылочного предлежания ведущей точкой служит затылок (малый родничок), и головка прорезывается окружностью, соответствующей среднему косому размеру, равному 33 см<sup>1</sup>.

Роды при передне-головном предлежании обычно затягиваются. Очень характерна конфигурация головки, которая представляется вытянутой, будучи сдвинута в лобно-затылочном размере (башенный череп) (рис. 86). Лобная и затылочная кости бывают большей частью смещены под теменную, передняя теменная кость заходит на заднюю.

Родовая опухоль располагается в окружности большого родничка и преимущественно на идущей впереди половине черепа.



Рис. 86. Головка новорожденного, родившегося при передне-головном предлежании.

<sup>1</sup> Средний косой размер (*d. suboccipito-frontalis*) идет от подзатылочной ямки до границы волосистой части на лбу и равен 9,5—10,5 см.

Распознавание передне-головного предлежания возможно только при влагалищном исследовании и только в том случае, если ведущей точкой головки является большой родничок, склонный к вращению кпереди.

Предсказание зависит не только от особенностей механизма родов при передне-головном предлежании, но и от сопутствующих осложнений: 1) узкий таз, 2) преждевременный разрыв плодного пузыря, 3) затруднения со стороны мягких частей и т. д.

Лечение. Ведение родов при передне-головном предлежании должно быть консервативным. Необходимо положить роженицу на тот бок, где находится затылок плода, так как этим облегчается опускание затылка.

Всякого рода попытки ручного исправления должны быть отвергнуты, равно как и поспешные оперативные пособия. Самопроизвольные роды происходят в 74%. Смертность матерей не больше, чем при затылочном предлежании. Смертность детей, по данным некоторых авторов, при передне-головном предлежании в три раза больше, чем при переднем виде затылочного предлежания, что объясняется частотой асфиксии при данном виде предлежания головки, а также более частым применением родоразрешающих операций. Если приходится накладывать щипцы, то при извлечении головки следует подражать естественному механизму родов при передне-головном предлежании. Первые тракции производят книзу и до тех пор, пока glabella не подойдет под лонное соединение; затем тракции делаются вверх до рождения затылка, после чего рукоятки опускаются книзу для выведения из-под лона лица. Тракции надо производить легко, и при этом необходимо внимательно наблюдать за продвижением головки, так как она может легко выскочить из родовых путей и вызвать серьезную травму влагалища и промежности.

### 3. ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Механизм родов. Лобное предлежание — подвид лицевого предлежания; это неустойчивая форма. Возникает оно в течение родового акта, когда головка, идя вперед лбом, задерживается в этой позиции, так как подбородок не может опуститься вследствие тех или иных причин. Причины возникновения лобного предлежания те же, что для передне-головного и лицевого. Только устранение этих причин (если оно возможно) может привести к изменению лобного предлежания, правда, только тогда, когда головка находится во входе в таз и околоплодные воды не отошли. При отхождении вод и вставлении головки большим сегментом последняя фиксируется окончательно в лобном предлежании. Вставиться в лобном предлежании может не только большая головка. В литературе имеются указа-

ния, что и малая величина плода может способствовать установлению головки в лобном предлежании. Небольшая головка, вступая лбом, опускается в таз и не встречает условий, способствующих сгибанию, как это наблюдается и при родах двойней.

Окончательное вставление головки в лобном предлежании характеризуется затяжным течением родов, что неблагоприятно



Рис. 87. Лобное предлежание.



Рис. 88. Лобное предлежание, прорезывание.

как для матери, так и для плода (рис. 87 и 88). Только в тех случаях, когда плод мал или роды наступают преждевременно, продолжительность родов при лобном предлежании приближается к норме. Головка вступает в таз и опускается лобным швом в поперечном размере или при опускании лобный шов переходит из поперечного размера в косой, причем крылья носа направляются к симфизу. Как только верхняя челюсть (точка фиксации) упрется в нижний край лона, начинается сгибание головки и рождение ее до затылочного бугра. При этом происходит чрезмерное напряжение промежности, так как головка при лобном предлежании должна пройти через таз окружностью, соответствующей большому косому размеру (*planum maxillo-parietale*), равному 35 см.

Головка вытягивается в направлении малого косога размера (рис. 89). Когда покажется затылочный бугор (вторая точка фиксации), головка начинает разгибаться, причем освобождаются верхняя и нижняя челюсти. Родовая опухоль образуется рано, обычно достигает большой величины, занимает весь лоб и распространяется в одну сторону до глаз и в другую до большого родничка. Течение родов в переднем виде лобного предлежания



Рис. 89. Форма головки после родов в лобном предлежании.



еще менее благоприятно. Этот вариант лобного предлежания встречается очень редко; точкой фиксации является большой родничок и угол между подбородком и шейей.

Процент частоты лобных предлежаний невелик. По данным Виридарского, лобное предлежание встретилось в 0,13%, Чапина — в 0,1%, Холмогорова — в 0,08%, Михайлова — в 0,11%, Филиппова — в 0,06%, Яковлева и Шевелевой — в 0,05%, Н. Иванова — в 0,04%.

Лобное предлежание встречается преимущественно у повторнородящих в возрасте 20—30 лет. Отмечается некоторая частота лобных предлежаний при сужении таза; сужение таза наблюдалось, по данным нашей клиники, в 21,1% лобных предлежаний.

Прогноз. Если лицевые предлежания в большинстве случаев не вызывают неблагоприятных последствий ни для матери, ни для плода, то лобное предлежание, напротив, угрожает опасностью обоим. Это зависит, как уже упоминалось, от неблагоприятного вставления головки при прохождении ее через родовой канал плоскостью наибольшего размера.

Вследствие неблагоприятного вставления головки и замедленного продвижения ее по родовому каналу возможны всякие осложнения: разрывы матки и промежности, образование свищей и др. Мы имели разрывы промежности в 15%, а разрывы шейки в единичных случаях; по данным Чапина, количество разрывов достигает 25%, а по данным Холмогорова — 69%.

Заболеваемость и смертность после родов в лобном предлежании довольно высокие.

Роды при лобном предлежании неблагоприятны не только для матери, но и для плода. Частые и сильные схватки вызывают нарушение плацентарного кровообращения, что может повлечь за собой асфиксию и смерть плода.

Указанные осложнения требуют от врача бдительности при ведении родов и применения соответствующих профилактических и терапевтических мер.

Распознавание лобного предлежания на основании наружного исследования невозможно, так как отклонение затылка к спинке не столь резко выражено, как при лицевом предлежании.

Диагноз основывается исключительно на данных влагалищного исследования. Если прощупывается лоб с его швом как самая низкая опустившаяся часть головки и ясно ощущаются с одной стороны переносица и надбровные дуги, а с другой — передний угол большого родничка, то, несомненно, имеется лобное предлежание. Ни рот, ни подбородок при исследовании не достигаются.

В сомнительных случаях исследование производится под наркозом всей рукой.

**Лечение.** При лобном предлежании роды оканчиваются самопроизвольно только в 53% случаев; в 47% случаев приходится прибегать к оперативному родоразрешению. Из оперативных методов родоразрешения чаще всего применяется кесарево сечение или щипцы, реже — поворот с последующим извлечением и крайне редко — краниотомия (перфорация, эксцеребрация, краниоклазия).

По данным Холмогорова, процент оперативных вмешательств при лобном предлежании достигает 78,72. По материалам Михайлова, оперативное родоразрешение при лобных предлежаниях применяется в 76,93% случаев. Таким образом, активное вмешательство при лобном предлежании приходится применять значительно чаще, чем при лицевом. Несмотря на сомнительный прогноз, мы считаем целесообразным консервативно-выжидательный метод ведения родов, так как лобное предлежание неустойчиво, — оно возникает в течение родов и нередко самопроизвольно устраняется. В отдельных случаях допустимы попытки к исправлению рукой лобного предлежания в лицевое, как, например, советует Соловьев, или в затылочное (Холмогоров). При этом необходимо помнить, что исправление лобного предлежания возможно только в начале родов при живом плоде, отсутствии резкой деформации головки, отсутствии растяжения нижнего сегмента и при достаточном открытии зева. Попытки к исправлению лобного предлежания при больших сужениях таза не имеют смысла.

При широком тазе и средней величине плода лобные предлежания не представляют опасности для матери, и только первые два периода родов при этих условиях значительно замедляются.

Оперативное родоразрешение показано лишь там, где естественное родоразрешение невозможно; показания к оперативному вмешательству могут возникнуть не только со стороны матери, но и со стороны плода. Выбор метода родоразрешения должен сообразоваться с особенностями случая (см. роды при лицевом предлежании). При лобном предлежании соответственно имеющимся показаниям и условиям применяются: наложение щипцов, поворот, кесарево сечение и перфорация с последующей краниоклазией.

#### 4. ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

**Механизм родов.** Лишь в небольшом числе случаев лицевое предлежание вполне определяется к началу родов (врожденный зуб, опухоли на шейке); обычно к началу родов головка мало разогнута и предлежит лбом. Лицевое предлежание возникает только после отхождения околоплодных вод, при хорошей родовой деятельности.

При лицевом предлежании в первый момент вместо обычного сгибания головки происходит ее разгибание; четвертый

момент — прорезывание личика — совершается посредством сгибания, а не разгибания, как это наблюдается при затылочном предлежании.

Таблица 5

Механизм родов при затылочном и лицевом предлежании

Расположение головки	Предлежание	
	затылочное	лицевое
Над входом в таз (подвижна)	Стреловидный шов в косом или в поперечном размере таза	Лицевая линия в поперечном размере таза
Во входе в таз малым сегментом	Нормальное сгибание, крестцовая ротация	Разгибание
В полости таза большим сегментом	Внутренний поворот головки (затылок кпереди)	Поворот подбородка кпереди
В выходе таза	Разгибание (передний вид) или усиленное сгибание, разгибание (задний вид)	Сгибание
	Наружный поворот головки и внутренний — плечиков (рождение плода)	Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков

Продвижение головки по родовому каналу представляется в следующем виде. До разрыва плодного пузыря лицевое предлежание полностью не определяется. Во входе в таз головка предлежит диаметром, занимающим среднее расстояние между подбородочно-затылочным и подбородочно-теменным диаметрами; диаметр этот равняется 12,5 см и соответствует направлению поперечного размера входа в таз; подбородок (проводная точка) находится справа или слева. Лицевая линия проходит в поперечном разрезе. Подбородок и большой родничок стоят на одинаковой высоте (или подбородок стоит несколько выше). Лоб, как лежащая глубже часть головки, доступнее для исследования, чем подбородок. После разрыва плодного пузыря разгибание головки максимально увеличивается, подбородок опускается ниже, чем большой родничок. Теперь лицевое предлежание вполне определилось; во входе в таз головка устанавливается более удобным диаметром — подбородочно-теменным, который равен 10—10,8 см. В этом положении лицо опускается в полость малого таза. Щека, обращенная к передней стенке таза, при исследовании достигается легче, чем обращенная к крестцовой впадине. На половине лица, обращенной кпереди, образуется отек, который нередко затрудняет исследование. Таким образом, первый момент состоит в разгибании головки, а второй — в продвижении ее во вход таза, т. е. головка постепенно опускается в полость таза и достигает его дна.

Как только головка достигнет дна таза, начинается внутренний поворот головки, который обусловлен теми же причинами, которые определяют механизм родов при затылочных предле-

жаниях. Внутренний поворот лица заключается в том, что проводная точка — подбородок — должна перейти в прямой размер полости таза и подойти под лонное сочленение. Это вращение оканчивается в выходе таза. В редких случаях внутренний поворот совершается только во время прорезывания. При этом лицо будет опускаться вниз до тех пор, пока подбородок прорежется и угол между нижней челюстью и шейю плода не подойдет под нижний край симфиза.

Таким образом, точка фиксации находится между нижней челюстью и шейю плода, т. е. в области подъязычной кости (рис. 90).

С момента подхода подбородка под лонную дугу начинается прорезывание личика и освобождение головки. Сначала из-под лонной дуги прорезывается подбородок. После освобождения подбородка передняя поверхность шеи упирается в лонную дугу; вслед за этим начинается сгибание головки, во время которого последовательно рождаются лоб, темя и затылок.

Прорезывание головки совершается плоскостью, проходящей через подъязычную кость и темя (sublingulo-parietale), равной 33 см. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки совершается так же, как и при затылочном предлежании.

Отклонения в механизме родов возможны в течение любого момента. С одной стороны, может задержаться разгибание головки, что вызовет замедление и даже приостановку ее поступательного движения; с другой стороны, может нарушиться процесс внутреннего поворота головки: подбородок либо остается у исходной точки, либо поворачивается кзади (к крестцу, рис. 91), либо вовсе не доходит до лонного сочленения. Первые две аномалии крайне неблагоприятны; роды в большинстве случаев приостанавливаются, и матери, и плоду угрожает опасность. При третьей аномалии роды иногда заканчиваются самостоятельно.

Лицевые предлежания обнаруживаются в 0,25% (1 случай на 400) родов и преимущественно у повторнородящих.

В зависимости от положения спинки плода, отмечается I или II положение; частота обеих позиций почти одинакова. Однако имеет значение не позиция, а то, куда в полости таза повернется проводная точка (подбородок), так как самопроизвольный исход родов, как мы уже видели, возможен только при условии



Рис. 90. Прорезывание при лицевом предлежании.

поворота подбородка кпереди — к лону (задний вид лицевого предлежания).

**Распознавание.** Диагноз может быть поставлен на основании наружного исследования, так как головка находится в

состоянии сильного разгибания, в силу чего между спинкой и затылком плода образуется глубокое вдавление. Грудь плода расположена ближе к стенке матки, чем спинка. Поэтому и сердечные тоны плода яснее выслушиваются со стороны грудки плода.

Влагалищное исследование значительно облегчает постановку диагноза. Если прощупывается с одной стороны подбородок, а с другой — корень носа и надбровная область, причем на лицевой линии находится рот и лоб плода, то наличие лицевого предлежания несомненно.



Рис. 91. Роды при лицевом предлежании с подбородком, обращенным кзади.

**Прогноз.** Если прогноз родов при лобном предлежании неблагоприятен, то этого нельзя сказать относительно лицевого предлежания. Самостоятельное родоразрешение происходит в 95,7% и оперативное вмешательство требуется лишь в 4,3% (Яковлев и Шевелева).

Смертность матерей на нашем материале (94 случая лицевых предлежаний) не наблюдалась. Разрыв промежности имел место в 20%.

Предсказание для плода также сравнительно благоприятно, но процент мертворождений выше, чем при затылочном предлежании. В возникновении лицевого предлежания, равно как и в смерти плода, большую роль играет обвитие пуповины вокруг шеи плода. По нашим наблюдениям, длина пуповины больше 50 см при лицевых предлежаниях была в 47% случаев.

Строго выжидательное ведение родов при лицевом предлежании резко снижает количество мертворождений; несвоевременное оперативное вмешательство (наложение щипцов, попытки исправления предлежания), несомненно, способствует возрастанию процента смертности.

Форма черепа у ребенка, родившегося в лицевом предлежании, представляется долихоцефалической (рис. 92); родовая опухоль обычно располагается на подбородке, губах и глазах.



Рис. 92. Форма головки при родах в лицевом предлежании.

При I лицевом предлежании она бывает больше выражена на правой, а при II — на левой половине лица. К родовой опухоли присоединяются значительные кровоизлияния, особенно на веках и губах, которые сильно искажают лицо ребенка. Родовая опухоль нередко захватывает также язык и дно полости рта, вследствие чего новорожденные в первые дни очень часто плохо сосут.

Лечение. Так как роды при лицевом предлежании в значительном большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно, в подобных случаях при ведении родов надлежит всегда придерживаться выжидательной тактики. Всякое несвоевременное и не показанное в данный момент активное вмешательство может привести только к тем или иным нежелательным осложнениям.

Однако вопрос об оперативном пособии при лицевом предлежании может возникнуть в любой момент родов, когда головка будет во входе или в полости таза. При выборе того или иного пособия надо считаться со строением таза, с состоянием (живой и мертвый) и величиной плода и с другими особенностями случая (целость околоплодных вод). При мертвом плоде и наличии показаний к родоразрешению операцией выбора будет перфорация головки; если плод живой, может возникнуть вопрос об оперативном пособии: кесаревом сечении, повороте, наложении щипцов.

Как указано выше, в числе причин, вызывающих разгибание головки, видное место занимает узкий (плоский) таз. Это обстоятельство имеет важное значение, потому что рядом исследователей предлагается профилактическое исправление разгибаемых предлежаний головки. Между тем не следует забывать, что в большинстве случаев к ручному исправлению приступают уже в тот момент, когда родовая деятельность в полном разгаре и головка уже приспособилась соответственным образом к размерам таза. Ввиду этого попытки к исправлению могут только уничтожить сделанную организмом работу и не дать никаких положительных результатов. Немаловажную роль играет и величина головки. Мы полагаем, что попытку к ручному исправлению лицевого предлежания в затылочное следует делать только в тех случаях, когда имеется нормальный таз, когда роды находятся в самом начале и личико плода лишь небольшим сегментом стоит во входе в таз или прижато к нему. При этом, конечно, необходимо, чтобы околоплодные воды были целы или только недавно отошли. В необходимых случаях операцию уместно проводить под наркозом. При патологических (плоских) тазах насильственное исправление может лишь повредить течению родов, уничтожая существующее вставление головки в родовой канал наименьшим размером. Поэтому в тех случаях, когда головка окончательно фиксировалась в лицевом предлежании, не следует стремиться устранить последнее отодвиганием головки вверх и ее сгибанием.

Вопрос о вмешательстве совершенно отпадает в тех случаях, когда плод небольшой. Если у плода чрезмерно большая головка (гидроцефалия), единственным способом лечения будет пункция троакаром. При большой головке и мертвом плоде показана краниотомия.

Но не всегда дальнейшее продвижение головки по родовому каналу совершается гладко. Нередко вставившееся во вход таза личико плода не продвигается, и лицевая линия стоит в одном из косых размеров таза или же вставляется в поперечном размере таза; между тем затянувшаяся родовая деятельность или ухудшение состояния плода требуют окончания родов. В таких случаях приходится прибегать к оперативному пособию — наложению щипцов (при живом плоде); при безуспешности этого пособия или при мертвом плоде производят перфорацию. Если подбородок (проводная точка) делает поворот к крестцу (передний вид), вследствие чего дальнейшее продвижение головки прекращается и создается угроза жизни матери, роды должны быть закончены оперативным путем; исключение возможно только при маленькой головке плода.

При стоянии лицевой линии плода в косом размере таза (подбородком кпереди) предпочтительно двойное наложение щипцов по Сканцони; напротив, при близком стоянии лицевой линии к поперечному размеру таза предпочтительно наложение щипцов по Ланге. При наложении щипцов необходимо следить за тем, чтобы ложки легли правильно (через щеку, висок и теменную кость), поперечный размер щипцов должен перекрещивать лицевую линию под прямым углом. Еще большего одобрения в подобных случаях заслуживает применение щипцов Лазаревича (и их модификации по Киланду), которые имеют большое преимущество перед щипцами с тазовой кривизной, так как при их употреблении не требуется повторного накладывания, что при лицевом предлежании крайне затруднительно.

При передних видах лицевого предлежания (подбородок кзади) наложение щипцов противопоказано; при настойчивом желании матери иметь живого ребенка и соответствующих условиях следует производить кесарево сечение. Что касается пубии и симфизиотомии, то к этого рода вмешательствам мы относимся отрицательно.

В тех случаях, где имеется перерастяжение матки, а головка плода находится во входе в таз, показана перфорация при мертвом плоде, а при живом плоде при соответствующих условиях (нормальная температура) — шеечное (ретровезикальное) брюшностеночное кесарево сечение. В случаях инфицированных необходимо перфорации или — при настойчивом требовании родителей сохранить жизнь ребенку — внебрюшинное кесарево сечение. В тех случаях, где попытка наложения щипцов оказывается безуспешной, а другие методы противопоказаны, может

итти речь о перфорации с краниоклазией. Это особенно уместно в случаях сужения таза.

Однако и при благоприятном вставлении головки может случиться, что роды затянутся, дальнейшее продвижение головки прекратится и она надолго задержится в полости таза, создавая угрозу для здоровья матери (сдавление мягких тканей, возможность образования свищей), или же со стороны плода создадутся условия, требующие скорого окончания родов. В таких случаях уместно применение полостных или выходных щипцов, если плод живой; при мертвом плоде производится перфорация головки.

##### **5. ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА ПРИ ГОЛОВНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ**

С подобного рода аномалией вставления врачи знакомы мало. Хотя данная патология встречается редко (0,06%), все же врач должен быть знаком с ее особенностями, так как иногда может потребоваться акушерская помощь.

О высоком прямом стоянии стреловидного шва можно говорить лишь в тех случаях, когда последний длительно остается в прямом размере таза (или близко к нему), так как нередко подобное стояние наблюдается в первые моменты при нормальном механизме родов, но в этих случаях оно является нестойким.

В зависимости от расположения спинки плода, различают два вида высокого прямого стояния стреловидного шва: если спинка обращена кпереди — передний вид стояния (*positio occipitalis pubica*), если спинка обращена кзади — задний (*positio occipitalis sacralis*). Передний вид стояния стреловидного шва встречается чаще, чем задний (5:3). Роды бывают произвольные при переднем виде стояния в 50—70%, при заднем — только в 25—30%.

**Этиология.** Форма и размеры головки и входа в таз способствуют вставлению головки преимущественно в косом, реже — в поперечном и весьма редко — в прямом (чрезмерно широкий таз) размере входа. При нарушениях соотношений между размерами и формой головки и таза наступает изменение в механизме родов.

Если в чрезмерно широких тазах продвижение головки совершается без какого-либо механизма, то в узких тазах, в зависимости от формы последних, наблюдается и соответствующий механизм.

Так, для плоских тазов свойственно стояние стреловидного шва в поперечном размере таза; для поперечно-суженных (которые встречаются редко) характерно стояние стреловидного шва в прямом размере входа в таз. Но оказывается, что прямое стояние стреловидного шва свойственно не исключительно



поперечно-суженному тазу; оно наблюдалось рядом авторов при нормальном общесуженном и даже плоском тазе. Следовательно, причину высокого прямого стояния головки надо искать в каких-то других факторах.

Известно, что внутриутробное положение плода не есть что-либо постоянное. Плод в полости матки (при целых водах) может менять свое положение включительно до периода раскрытия. Отсюда легко допустить, что при переходе плода из одной позиции в другую при наличии сильной родовой деятельности и внезапном отхождении вод головка может легко фиксироваться во входе в тот момент, когда спинка плода будет обращена вперед или назад. В результате этого возникает передний или задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва. Передний вид чаще встречается у повторнородящих с отвислым животом, а задний — у первородящих с упругими брюшными стенками.

В образовании высокого прямого стояния играют роль не только анатомические особенности костного таза, сильно развитые *mm. psoates* и перемена позиции плода, но и отклонения в форме головки — необычные отношения большого поперечного и малого косога размера.

В норме большой поперечный размер несколько меньше малого косога, вследствие чего плоскость черепа по малому косогу (*planum suboccipito-bregmaticum*) имеет продольно-овальную форму; если же большой поперечный размер больше малого косога, то плоскость последнего принимает поперечно-овальную форму. Эта особенность, наряду с другими причинами, является важным этиологическим моментом возникновения нетипичной установки головки во входе в таз (по Гентеру).

**Механизм родов.** Обычно роды протекают так, что стреловидный шов головки сначала устанавливается в косом размере, а уже в полости таза переходит в прямой.

При переднем виде высокого прямого стояния головки (рис. 93, а) поворота стреловидного шва не происходит. Головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере; она сильно сгибается, упираясь подзатылочной областью в симфиз Лобно-теменная область обращена к мысу; по мысу прежде всего скользит область большого родничка, а затем уже лоб. Рождение головки происходит в затылочном предлежании.

При заднем виде высокого прямого стояния стреловидного шва продвижение головки по родовому каналу в большинстве случаев затруднено, несмотря на хорошую родовую деятельность. Чтобы головка могла вступить в таз, требуется ее сильное сгибание и хорошая конфигурация.

Впереди мыса или глубже, впереди крестцовых позвонков, ближе к средней линии, располагается малый родничок. Большой родничок при исследовании обычно прощупать не удается, так как он стоит высоко за симфизом (рис. 93, б).

При энергичной родовой деятельности опустившаяся в полость таза головка совершает поворот, в результате которого стреловидный шов переходит в косой размер таза, далее — в поперечный размер, в противоположный косой и, наконец, в прямой размер, но уже затылком к симфизу; рождение головки совершается так же, как при переднем виде затылочного предлежания. Там же, где внутреннего поворота не происходит, роды заканчиваются в заднем виде. Но в большинстве случаев самопроизвольное изгнание при заднем виде прямого стояния (*positio occipitalis sacralis*) не происходит — приходится прибегать к оперативному родоразрешению.



Рис. 93. Высокое прямое стояние стреловидного шва  
 а — *positio occipitalis pubica*; б — *positio occipitalis sacralis*.

Клиническая картина. Чрезмерно сильная, болезненная, но затянувшаяся родовая деятельность при отсутствии продвижения головки (после исключения явного несоответствия между головкой и тазом, гидроцефалии, уродства, опухоли) должна направить наше внимание на возможную неправильность в механизме вставления.

Однако окончательное распознавание данной аномалии возможно только при влагалищном исследовании (иногда повторном). Но и при влагалищном исследовании также возможны ошибки, вследствие высокого стояния головки, трудности достижения родничков, наличия родовой опухоли, расположенной в области стреловидного шва, и др.

Затяжной характер родового акта, преждевременное отхождение вод, длительная и затрудненная конфигурация головки, истощение роженицы и вторичная слабость родовых болей чрезвычайно отягощают прогноз для плода.

Для матери роды при высоком стоянии стреловидного шва угрожают повышением температуры, растяжением нижнего сегмента и разрывом матки. Особенно тяжело протекают роды

(как для матери, так и для плода) при заднем виде прямого стояния (*positio occipitalis sacralis*), так как в 70—75% приходится прибегать к оперативному вмешательству, которое само по себе несет опасность для жизни матери и плода. При переднем виде прямого стояния роды заканчиваются самопроизвольно примерно в 70%.

Лечение при высоком стоянии стреловидного шва должно быть в основном консервативным. Однако консерватизм не следует доводить до крайности, имея в виду интересы не только матери, но и плода и учитывая, в частности, какому сильному сдавлению подвергается головка последнего.

Чтобы устранить подобное неправильное вставление головки, некоторые авторы советуют у повторнородящих при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента своевременно произвести поворот плода на тазовый конец. Если же благоприятный момент упущен, то рекомендуется ручной поворот головки вокруг вертикальной оси (прием Липмана). Прием заключается в том, что врач всей кистью входит в нижний сегмент матки, захватывает головку и поворачивает ее вокруг вертикальной оси в том направлении, в каком она легче поворачивается. Одновременно другой рукой через наружные покровы живота акушер старается повернуть в том же направлении и туловище плода.

Для выполнения этого приема требуется ряд условий, которые часто отсутствуют (относительная подвижность головки при полном открытии зева и др.). Между тем высокое стояние стреловидного шва образуется лишь при отошедших водах и длительном стоянии головки во входе в таз и при условии энергичной родовой деятельности.

При отсутствии условий для поворота головки и возникновении со стороны матери или плода показаний к быстрому окончанию родов можно наложить щипцы. Только в щипцах может совершиться ротация головки, что приводит к быстрому завершению родов. Для производства этой операции при высоко стоящей головке щипцы Симпсона непригодны, зато щипцы Лазаревича и Киланда незаменимы: они меньше травмируют головку и мягкие ткани родового канала, удобны по своей форме и длине, идеально захватывают головку, которая легко и бережно ротируется. Резкой ротации (на  $90^\circ$ ) производить не следует, достаточно перевести стреловидный шов в косой размер; после этого головку тракциями низводят в полость таза, следуя собственному в данном случае механизму родов.

Ротация головки более затруднена при заднем виде прямого стояния, когда ей приходится совершать большой переход из заднего вида в передний. Но при хорошей технике наложения щипцов можно справиться и с этим видом неправильного вставления головки. В случаях, разрешенных мной, были применены щипцы Киланда.

В тех случаях, когда головка, захваченная щипцами, не поддается ротации, остается единственный исход — перфорировать ее. Тазорасширяющую операцию (пубиотомия) с последующим наложением щипцов мы не рекомендуем: лучше пожертвовать плодом, чем нанести женщине серьезную травму, грозящую инвалидностью.

При явном несоответствии между головкой и размерами входа в таз может возникнуть вопрос о кесаревом сечении, хотя условия для выполнения этой операции в подобных случаях обычно отсутствуют (затянувшиеся роды, давно отошедшие воды, неоднократное влагалищное исследование и т. д.). Когда нет уверенности в отсутствии инфекции, трудно решиться на кесарево сечение. Правда, в таких случаях речь могла бы идти о внебрюшинном кесаревом сечении, но технически эта операция значительно труднее, чем внутрибрюшинное кесарево сечение.

Таким образом, если роды при высоком прямом стоянии стреловидного шва самопроизвольно не заканчиваются, показано наложение щипцов, а при невозможности их применения — перфорация головки.

#### IV. РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Одним из основных условий нормального механизма родов является продольное положение плода, когда ось его совпадает с осью матки, а в дальнейшем и с осью таза. Головное предлежание является необходимой предпосылкой успешного завершения родов, так как головка плода представляет собой наиболее объемистую и плотную часть плода. Головное предлежание встречается в 96,5% случаев; около 3% всех родов протекает в тазовом предлежании и 0,5% падает на роды при поперечном и косом положении плода.

Многочисленные работы посвящены изучению причин, определяющих внутриутробное положение плода и отдельные предлежания; в них авторы с различных сторон освещают эти явления.

В своих толкованиях авторы учитывают факторы, не связанные с особенностями в организме матери и плода (закон тяготения, закон Архимеда) и присущие самому организму женщины или плода. Среди факторов, присущих самому организму женщины, основное внимание отводится величине и форме матки и особенно характеру полости последней (шаровидная или овоидная). Среди факторов, относящихся к плоду, помимо величины и формы тела, имеет большое значение и вес его.

Но, кроме этих основных факторов, в развитии положения плода и вида предлежания (ягодицы, бок, плечо) немаловажную роль играют и другие дополнительные моменты: состояние связочного аппарата матки, брюшного пресса, давление и сокращение стенок матки, т. е. свойства мышечных стенок матки (явления пластической деформации), архитектура костного таза

(фиксирующее влияние кольца тазового входа на предлежащую часть, например, головку плода), удельный вес околоплодной жидкости, расположение (предлежание) плаценты и др. Говоря о факторах, относящихся к плоду, нельзя не считаться с величиной и весом отдельных его частей (тяжесть головки), с кровообращением внутри тела плода (перераспределение крови), с массой тела плода (ее размещение).

Однако каждый из перечисленных факторов в свою очередь зависит от срока беременности. Это особенно относится к величине плода и форме (точнее, емкости) матки, количеству околоплодных вод и др.



Рис. 94. Чистое ягодичное предлежание (неполное).

Положение плода и вид предлежания помимо перечисленных факторов, определяются состоянием возбудимости матки, которое особенно ясно выявляется с VII месяца беременности (Яковлев и Петров)<sup>1</sup>. Оказывается, что при наличии деформации и чрезмерной растянутости матки возбудимость ее мышечной системы понижается и тем самым нарушаются условия для коррекции положения плода. В силу этого создаются благоприятные условия для отклонения плода от продольной оси (косое, поперечное) и развития предлежания тазовым концом.

К числу причин, способствующих возникновению тазовых предлежаний, относятся: 1) изменения в нижнем сегменте матки (его растяжение и дряблость), происшедшие в результате тяжелых предшествующих родов, или 2) неполноценность мускулатуры матки, 3) растяжение и дряблость мышц брюшного пресса, так как это косвенно влечет за собой изменение тонуса маточной мускулатуры, 4) первоначальная неправильная форма матки, когда нижний сегмент широк или дно матки сужено. Возникновение тазового предлежания обуславливается комбинацией самых разнообразных факторов, которые взаимосвязаны или один вытекает из другого.

Различают два вида тазовых предлежаний: а) сгибательный, к которому относится ягодичное предлежание (встречающееся чаще всего у первородящих); последнее делят на чистое (неполное) ягодичное, когда предлежат только ягодицы, а ножки разогнуты в коленных и согнуты в тазобедренных суставах (рис. 94), и смешанное (полное) ягодичное, когда предлежат ягодицы вместе с ножками, согнутыми в

<sup>1</sup> Внутриутробное положение плода и возникновение его положений см главу из монографии «Новые пути в изучении родового акта», изд. Всесоюзного научно-исследовательского акушерско-гинекологического института Ленинград, 1940.

газобедренных и коленных суставах (рис. 95); б) разгибательный вид, к которому относится ножное предлежание (встречающееся чаще у повторнородящих) (рис. 96). Встречается полное ножное предлежание (предлежат обе ножки) и неполное (предлежит одна ножка). Редкая разновидность ногоположения — коленное предлежание, когда ступни ножек лежат выше колен, которые первыми вступают во вход таза.

В отношении таза женщины ягодичные предлежания, как и головные, могут быть позиции первой и второй по спинке, обращенной влево или вправо, вида переднего или заднего по спинке, обращенной впереди или кзади. В каком бы положении ни находился плод (и ягодичи), одна из его ножек лежит ближе к лону, другая — ближе к крестцу, и по терминологии, принятой в акушерстве, первая из них называется передней, а вторая — задней. Признаком для определения ножки служит положение большого пальца: у передней ножки он обращен к крестцу, у задней ножки — к лону.



Рис. 95. Смешанное ягодичное предлежание (полное).

Н. А. Цовьянов утверждает, что у первородящих, как правило, имеется чистое ягодичное (неполное) предлежание. Эта особенность членорасположения весьма благоприятна для матери и плода, так как поступательные движения происходят медленно, родовые пути в результате этого расширяются до такой степени, что прохождение последующей головки совершается легко. Кроме того, ручки плода, скрещенные на груди и прижатые вытянутыми ножками, не запрокидываются даже при извлечении за тазовый конец. У многорожавших роды чаще протекают при смешанных (ягодично-ножных) предлежаниях.

Распознавание тазового предлежания возможно путем наружного исследования. При наружном исследовании удается установить, что над входом в таз находится крупная мягкая часть (трудность фиксирования предлежащей части), а в дне матки — крупная плотная часть, баллотирующая при неотошедших водах; сердцебиение ближе к головному концу, на уровне или несколько выше пупка.

В тех случаях, когда напряженная брюшная стенка затрудняет обследование, производится влагалищное ис-



Рис. 96. Ногоположение.

следование. При ягодичном предлежании находят следующую картину: ягодицы определяются в виде объемистой, крупной, но мягкой части, имеющей неравномерную плотность; крестец является самым плотным участком; между ягодицами определяется бороздка — межъягодичная складка. На протяжении межъягодичной складки определяется заднепроходное отверстие и наружные половые части. Ножки определяются как мелкие части.

При исследовании необходимо соблюдать осторожность, чтобы не повредить сфинктер заднепроходного отверстия и наружные половые органы. Необходимо обратить внимание, нет ли предлежания или выпадения пуповины.

При влагиалищном исследовании, в зависимости от момента родового акта, принято различать: 1) ягодицы подвижные, 2) фиксированные во входе, 3) в полости и 4) в выходе таза. Ягодицы, фиксированные во входе, называются иначе вколоченными.

Механизм родов при тазовом предлежании и отличается от механизма родов при головном предлежании, но принцип приспособления предлежащей части к родовому каналу остается тем же. Ягодицы по объему меньше головки, но все же они являются для таза матери крупной частью. Наибольшим размером ягодиц будет расстояние между вертлугами. Этот размер, как стреловидный шов при головном предлежании, устанавливается во входе нормального таза в косом размере (рис. 97, а).

Передняя ягодица первой опускается в малый таз, становясь впереди идущей точкой. Совершается, таким образом, момент, который может быть уподоблен крестцовой ротации при головном предлежании.

Когда наибольший объем (сегмент) ягодиц прошел вход таза, последние совершают в полости таза внутренний поворот таким образом, что передняя ягодица приближается к лону и вытягивается вперед, а задняя уходит к крестцу; *lin. intertrochanterica* устанавливается на тазовом дне в прямом размере выхода (рис. 97, б).

Что касается взрезывания и прорезывания ягодиц, то этот момент совершается следующим образом. Передняя ягодица выходит из-под симфиза, таз плода опирается в лонную дугу своей подвздошной костью (точка фиксации), и лишь тогда рождается задняя ягодица. При этом происходит сильное боковое сгибание поясничной части позвоночника по тазовой оси, аналогично разгибанию головки (рис. 97, в).

Когда задняя ягодица родится полностью, дуга позвоночника выпрямляется, освобождая остальную часть передней ягодицы (рис. 97, г). Ножки в это время или тоже освобождаются, если они идут вместе с ягодицами, или же задерживаются в родовом канале, если они вытянуты, что наблюдается обычно при чистом ягодичном предлежании. В последнем случае ножки рождаются при следующих схватках. После рождения ягодицы совершают

внаружный поворот (подобно головке) соответственно положению вышележащих плечиков. *Linea intertrochanterica* устанавливается в том же размере, как и плечики.



Рис. 97. Механизм родов при тазовом предлежании.

а — ягодицы во входе таза; б — ягодицы в полости таза; в — врезывание ягодиц; г — прорезывание ягодиц; д — прохождение плечиков; е — прорезывание головки

Рождение туловища от ягодиц до плечевого пояса совершается легко, так как эта часть тела легко сжимается и приспособляется к родовым путям. В это же время показывается пупочное кольцо, а пуповина оказывается прижатой к туловищу мышцами тазового дна.

Прохождение плечевого пояса через родовой канал совершается по тому же типу, как и прохождение тазового конца (рис. 97, д). Биакромиальный размер плечиков не может установиться в прямом размере выхода. Передний акромион осво-



бождается из-под лона, в результате чего под лоном устанавливается шейно-плечевой угол (точка фиксации), и только после этого освобождается заднее плечо. При этом ручки легко рождаются, если сохраняют нормальное членорасположение, или задерживаются, если вытянуты вдоль головки или запрокинуты за нее. Вытянутые или запрокинутые ручки могут быть освобождены только акушерскими приемами. Родившиеся плечики, соответственно механизму прохождения через таз последующей головки, совершают наружный поворот в косой размер, противоположный тому, в котором находится стреловидный шов.

Рождение последующей головки отличается от прохождения впереди идущей головки некоторыми деталями: 1) при последующей головке шейка идет впереди и рождается ранее головки; затылочный бугор является самой отдаленной точкой и рождается последним; 2) головка вступает в таз своим нижним клином, более острым и удлиненным, для продвижения которого по родовому каналу, согласно учению старой акушерской школы, требуется меньше времени и труда (рис. 97, е). В остальном рождение головки подчинено уже известным нам законам: происходит приспособление ее бобовидной формы к форме родового канала, сгибание во входе в таз (вступает в таз в косом размере), внутренний поворот в полости таза, прорезывание большей окружностью, соответствующей диаметру *suboccipito-frontalis*.

Точкой фиксации является подзатылочная ямка, причем затылочный бугор устанавливается выше лона; происходит сгибание головки, подбородок рождается первым, затылочный бугор — последним.

Родовая опухоль при тазовых предлежаниях располагается на ягодицах. Отек с ягодиц переходит на половые органы. При ножных предлежаниях наступает отек ножки, и цвет ее становится сине-багровым. Прорезание головки большей ее окружностью приводит к частым и нередко серьезным нарушениям целостности тазового дна.

Роды при тазовых предлежаниях могут закончиться самопроизвольно без всяких осложнений для плода и матери. Однако некоторые моменты в течении родов таят в себе значительные опасности для плода, а нередко и для матери (высокое стояние ягодиц над входом в таз, несвоевременное отхождение околоплодных вод и возможность выпадения пуповины, нередко встречающийся задний вид и т. д.).

Как известно, ягодицы менее совершенно преодолевают трудности при прохождении через родовый канал по сравнению с головкой. Поэтому даже при достаточных схватках объем работы, выполняемый при прохождении предлежащей части, будет недостаточным для подготовки родовых путей. Следовательно, матка работает с перегрузкой; к моменту фиксации ягодиц во входе или вступлении их во вход наибольшим сегментом мышца матки может оказаться истощенной, и интен-

сивность родовой деятельности понижается (вторичная слабость). К тому же родовые пути являются мало подготовленными, и, стало быть, поступательное движение ягодиц будет затруднено. Если при таких условиях возникают показания для родовспоможения (со стороны плода и матери), акушер оказывается в затруднительном положении. Правда, в его распоряжении имеется некоторый арсенал оперативных пособий, специально предназначенных для ягодиц, вколоченных во вход таза. Однако эти пособия не так эффективны, как, например, шипцы при головном предлежании. Из этих соображений некоторые акушеры не дожидаются при тазовых предлежаниях «вколачивания» ягодиц и при наличии подвижных ягодиц, низводят одну из предлежащих ножек. Наличие предлежащей ножки позволяет в необходимый момент воспользоваться ею как рукояткой для ускорения и окончания родов.

При решении вопроса, низводить ножку или нет, следует руководствоваться следующими соображениями: является ли роженица перво- или повторнородящей; если роженица первородящая, не является ли она старой первородящей; если же роженица повторнородящая, то следует выяснить, как протекали у нее предшествующие роды и не было ли родов при тазовом предлежании. Наличие неблагоприятного акушерского анамнеза, побочных осложнений в течение настоящих родов при тазовом предлежании (несвоевременное отхождение околоплодных вод и др.) при отсутствии узкого таза и крупных размеров плода является показанием к низведению ножки. В этих случаях акушер вправе ожидать возникновения неблагоприятных условий для прохождения плода. В отношении повторнородящих, у которых родовые пути уже подготовлены предыдущими родами, показания к низведению ножки, как правило, отпадают; у них больше шансов на благоприятное самопроизвольное родоразрешение по сравнению с первородящими.

В исключительных редких случаях при тазовом предлежании (например, старая первородящая с сопутствующими осложнениями, суженный таз, несвоевременное отхождение вод, повторные роды тазовым предлежанием, закончившиеся рождением мертвого плода, и т. п.) может возникнуть вопрос об операции кесарева сечения по относительным показаниям.

Хотя роды при тазовом предлежании в большинстве случаев, особенно у повторнородящих, протекают самопроизвольно, однако исход для плода и матери не всегда бывает благоприятным. Роды нередко заканчиваются рождением мертвого плода и сопровождаются значительной травмой мягких частей родового канала.

Поэтому целесообразно роды при тазовом предлежании проводить выжидательно, только до момента рождения туловища плода до пупочного кольца, а при интенсивной родовой деятельности до нижнего угла передней лопатки.

Показанием к вмешательству является предупреждение гибели плода от асфиксии, которая наступает вследствие прижатия пуповины. Эта опасность возникает с момента появления из половой щели пупочного кольца. Особенно большая опасность угрожает жизни плода во время прохождения через выход таза плечевого пояса, когда головка вступает в полость малого таза. Плод, испытывая кислородное голодание вследствие сдавления пуповины, делает преждевременные дыхательные движения. Состояние нарастающей асфиксии плод может переносить не свыше 5 минут; в дальнейшем наступает стойкий паралич дыхательного центра, и плод погибает.

Выше упоминалось, что признаками наступившей асфиксии плода является изменение частоты и ритма сердцебиения.



Рис. 98. Ножное предлежание.  
а — I позиция; б — II позиция.

Однако следует помнить, что ускорение сердечных тонов у плода в период изгнания — обычно нормальное явление, так же как и отхождение мекония при родах в тазовом предлежании.

Максимальный промежуток, допустимый для полного изгнания плода с момента появления из половой щели пупочного канатика, определяется в 5 минут. Между тем в эти решающие 5 минут плечевой пояс и головка плода должны проделать весь механизм изгнания. Эта большая по объему работа может уложиться в 5 минут только при благоприятных условиях. При неблагоприятных условиях рождение плечевого пояса и головки затягивается на неопределенное время.

К таким неблагоприятным условиям относятся: 1) неправильное расположение ручек (расположение вытянутых ручек между головкой и стенкой таза, запрокидывание их за головку), препятствующее продвижению головки; 2) охват шейки плода спазматически сократившимся маточным зевом, что приводит к разгибанию головки, так как подбородок, подхваченный зевом, при опускании головки все более и более удаляется от туловища и, наконец, 3) значительная величина головки, затрудняющая и замедляющая ее прохождение через таз даже при условии нормального сгибания.

Не следует забывать, что механизм рождения предлежащей головки совершается в течение многих часов; за этот большой промежуток вырабатывается наиболее благоприятная форма (конфигурация) для вставления в таз и прохождения по родовому каналу. Последующая же головка проходит через тазовое кольцо в течение немногих минут. Поэтому, несмотря на облегчение механизма родов вследствие внедрения головки нижним, заостренным клином и ее конфигурации, все же необходимая быстрота прохождения головки по родовому каналу является обстоятельством, отягчающим механизм родов. Если головка хорошо развитого плода при отсутствии несоответствия ее с тазом матери рождается в течение 5 минут с большим трудом, то при большой головке или узком тазе рождение ее обычно затрудняется еще в большей степени.



Рис. 99. Запрокидывание ручек.

Разгибание последующей головки при прохождении через таз (даже нормальный) создает непреодолимое препятствие для ее прохождения через зев матки. Применение чрезмерной силы для выведения головки может нанести плоду губительные повреждения и вызвать тяжелую травму шейки матки и даже ее отрыв.

Все вышеперечисленное показывает, что в период изгнания плода при родах в тазовом предлежании всегда необходима немедленная и умелая помощь. Комплекс мероприятий, применяемых при этом, носит название ручного пособия. Из современных методик ведения неосложненных случаев родов при тазовом предлежании, особенно при чисто ягодичном, в Советском Союзе общее признание получила методика Н. А. Цовьянова, при которой создаются наилучшие результаты для плода и матери.

Учитывая особенности механизма родов при тазовых предлежаниях и сравнительную частоту возможных осложнений, некоторые акушеры относят роды при тазовых предлежаниях к числу патологических.

С целью снижения процента мертворождений ряд акушеров (Архангельский, Трубкович, Лельчук, Дьякова и др.) применяет при тазовых предлежаниях наружный поворот плода на головку.

Личный опыт заставляет склониться в пользу этого метода, так как он действительно способствует резкому снижению количества мертворождений. По нашим наблюдениям, наружный поворот сопровождался полным успехом (роды в головном предлежании) в 95,3% случаев, причем мертворождений после этой операции не было.

Опасения К. К. Скробанского, Рабиновича и др. в отношении небезопасности метода для матери и плода необоснованы. Широко применяя наружный поворот, мы не наблюдали тяжелых осложнений (преждевременная отслойка плаценты, несвоевременное отхождение вод и т. п.).

## V. РОДЫ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

Если ось плода пересекает ось матки, а стало быть, и ось таза, то положение его будет не продольным, а косым (*situs obliquus*) или поперечным (*situs transversus*). Косое положение неустойчивое, так как в течение родов оно переходит в продольное или поперечное. В последнем случае ось плода располагается перпендикулярно к оси матки. При поперечном положении головка помещается слева или справа, а над входом в таз большей частью лежит плечо, ввиду чего некоторые авторы называют такое положение плода плечевым. В исключительных случаях наблюдается дугообразное положение плода (*situs arcuatus*), при котором спинка обращена прямо вниз, ко входу в таз, а брюшная поверхность — вверх, ко дну матки.

Поперечное положение встречается в одном случае на 125—150 родов (0,5—0,75%).

Образование поперечных и косых положений плода может быть объяснено понижением возбудимости матки. Подобные положения плода возникают преимущественно при чрезмерной растянутости полости матки (многоводие, многоплодие), когда плод остается свободноплавающим даже в последние месяцы внутриутробной жизни.

В развитии неправильного положения плода и особенно в фиксации данного положения существенную роль играет также первоначальная порочная форма матки (*uterus arcuatus, bicornis*), опухоли во входе в таз, предлежание плаценты, дряблость брюшной стенки.

Рассматриваемые аномалии положения плода чаще встречаются при преждевременных родах, что объясняется малой величиной плода и его подвижностью.

При поперечном положении плода матка имеет не удлинено-овальную, а более шарообразную форму; матка, вследствие неправильного положения плода, увеличивается в поперечном размере. При исследовании обычно отмечается вялость или дряблость брюшных покровов, а также наличие других особенностей как в самой матке, так и во входе в таз. Предлежащей части над входом и во входе в таз обнаружить не удается, если брюшная стенка не напряжена и не утолщена за счет жировой прокладки, пальцы исследующих рук сходятся.

Крупные части плода обычно прощупываются слева или справа. Мелкие части плода (ручки и ножки) при задних видах

определяются легко, при передних же ощущаются неясно. Виды плода определяются по положению его спинки. Так, при спинке, повернутой кпереди, будет передний вид и, наоборот, при спинке, обращенной кзади (к крестцу женщины), — задний вид (рис. 100 и 101). В зависимости от положения головки слева или справа, будет иметь место первая или вторая позиция.

С отхождением околоплодных вод при сильных схватках исследование наружными приемами может дать неочетливые результаты, так как плод частично опускается в таз и определить его части не представляется возможным.



Рис. 100. Поперечное положение. I позиция, передний вид.



Рис. 101. Поперечное положение. II позиция, задний вид.

Сердцебиение плода обычно определяется ниже пупка, по средней линии или в стороне, ближайшей к головке. В тех случаях, когда напряженная или жирная брюшная стенка затрудняет распознавание, одними наружными приемами или же является необходимость в более точном распознавании данной аномалии, необходимо произвести влагалищное исследование.

Результаты влагалищного исследования будут различны, в зависимости от того, цел ли или вскрылся плодный пузырь. При целом плодном пузыре весь малый таз оказывается свободным, так как предлежащая часть (бок или плечо) стоит высоко над входом в таз и ее не удастся ясно ощупать. При вскрытом плодном пузыре и отошедших водах картина будет иной, так как туловище плода известной своей частью (в зависимости от родовой деятельности) стоит во входе в таз, а потому при исследовании оказываются более доступными ребра, ключицы, лопатки; если предлежит живот, то определяется пупок с пуповиной, если спинка, — остистые отростки позвонков.

В зависимости от расположения лопатки, ключицы (кпереди или кзади), можно точно определить положение. Если ключица

лежит кпереди, а лопатка кзади, то вид будет задний (dorsoposteriore) и, наоборот, при других отношениях (ключица кзади, а лопатка кпереди) — передний (dorsoanteriore).

Смотря по тому, в какую сторону по отношению к матери обращена подмышечная впадина, точно определяется положение крупных частей плода (головка, ягодицы). Так, при подмышечной впадине, открытой в правую сторону, будет первая позиция, а при впадине, открытой влево, — вторая.

Если при продольном положении подлежащая часть как бы тампонирует нижний сегмент матки и тем понижает давление в передней камере плодного пузыря, то при поперечном положении это явление отсутствует. В результате происходит преждевременное вскрытие плодного пузыря. С отхождением плодных вод нередко выпадает пуповина и мелкие части.

При первом положении выпадение правой ручки будет указывать на передний вид, а левой — на задний; при втором положении выпадение левой ручки будет указывать на передний вид, а правой — на задний.

Точное определение положения и вида необходимо при операции поворота.

Преждевременное отхождение околоплодных вод отягощает течение родов («сухие» роды); боковые поверхности и плечо плода, реже другие части, глубоко вклиниваются во вход таза, и условия для дальнейшего течения родов складываются очень неблагоприятно. Только в исключительных случаях происходит произвольный поворот плода (*versio spontanea*) или самоизворот (*evolutio spontanea*). Самоизворот может произойти только при небольшой величине плода, широким тазе и сильных сокращениях матки; при этом плод часто бывает мацерирован. Подобный исход поперечных положений обязывает своевременно принять меры к исправлению положения плода уже в течение беременности. В течение же родового акта исправление положения является обязательным.

Если исправление неправильного положения плода во время беременности сравнительно легко, то во время родов, даже при неотошедших околоплодных водах, оно представляет иногда значительные затруднения вследствие чрезмерной возбудимости маточной мускулатуры.

Если при попытке исправления наружными приемами матка сокращается, нужно переждать схватку, и только с полным расслаблением матки можно вновь приступить к исправлению неправильного положения плода.

Прием, с помощью которого исправляется ненормальное положение, заключается в том, что одновременно производят в противоположных направлениях надавливание на головку и на тазовый конец плода, приближая одну часть ко входу в таз, а другую ко дну матки. Как правило, поворот делают на головку, и только при наличии специальных показаний (порок сердца,

эклампсия), требующих ускорения процесса родов в интересах матери, предпочтительно создание ягодичного предлежания. При наличии абсолютного сужения таза или близкого к последнему поворот противопоказан. В этих случаях необходимо произвести кесарево сечение. После того как произведен наружный поворот на головку, надо убедиться в том, не отклоняется ли она в сторону от тазового входа. При отклонении головки принимают меры к сохранению продольного положения, что достигается помещением роженицы на тот бок, куда отклоняется головка. Если это не помогает, то при нормальных размерах таза и открытии зева на два-три поперечных пальца вскрывают браншей пулевых щипцов плодный пузырь, стараются вставить головку в таз и дождаться ее фиксирования схватками.

Вскрытие околоплодного пузыря особенно показано в случаях многоводия, которым обуславливается неустойчивое положение плода. Быстрота истечения вод регулируется пальцем, введенным в отверстие пузыря. На головку плода, установившуюся во входе в таз (после произведенного поворота), с целью удержания ее в данном положении, а также с целью предупреждения выпадения пуповины и ускорения течения родов накладывают кожно-головные щипцы по Иванову. Одновременно с наложением щипцов назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки (стр. 308—311).

Там же, где произвести поворот только наружными приемами не удастся (при целых околоплодных водах), приходится ждать полного открытия зева с тем, чтобы произвести акушерский поворот с последующим извлечением плода, так как роды при поперечном положении невозможны. Полное открытие необходимо для того, чтобы можно было произвести немедленное извлечение, если возникает опасность для плода вследствие прижатия или выпадения пуповины. При мертвом плоде необходимо произвести перфорацию последующей головки.

Однако выпадение пуповины, чрезвычайно опасное для жизни плода, зачастую возникает при неподготовленном зеве, когда извлечь плод невозможно. С целью предупреждения этого осложнения показано применение метрейриза. Метрейринтер при поперечном положении плода, как правило, вводят всегда внеоболочечно. Только при специальных показаниях (например, первичная слабость родовой деятельности на почве многоводия, кровоточивость, обусловленная предлежанием плаценты, и т. п.) метрейринтер вводят внутриоболочечно. С целью предупреждения раннего вскрытия плодного пузыря некоторые клиницисты применяют кольпейринтер. Необходимость немедленного вмешательства возникает только при наличии опасности для роженицы.

При недавнем отхождении околоплодных вод необходимо ускорить вмешательство, если только родовые пути достаточно проходимы. Нарушение целостности плодного пузыря и отхождение околоплодных вод влекут за собой уменьшение вместилища



матки и тесное обхватывание последней мышцами плода, в результате чего поворот делается трудным и даже невозможным. При неподготовленных родовых путях и при отхождении околоплодных вод выбор пособия будет зависеть исключительно от состояния шейечного канала. Если околоплодные воды отходят при мало раскрытой (до полутора пальцев) или даже совершенно несглаженной шейке, показан исключительно метрейриз. Оставлять роженицу без вмешательства нельзя, так как поперечное положение может оказаться запущенным.

В дополнение к сказанному остается прибавить, что вместимость метрейринтера должна соответствовать 200—250 мл.

При недостаточном открытии шейечного канала необходимо предварительно расширить его расширителем Гегара до № 20—25.

Для усиления действия метрейринтера допускается подвешивание груза, который, однако, не должен превышать более чем на 200 г вес влитой в баллон жидкости; чрезмерное увеличение груза (излишек) может привести в некоторых случаях к разрыву шейки матки.

Вслед за рождением метрейринтера производят поворот полной рукой. Доказательством того, что метрейринтер опустился во влагалище, является начавшаяся потужная деятельность.

Метрейриз вызывает или усиливает маточные сокращения и производит раскрытие шейки, сохраняет оставшиеся околоплодные воды, препятствует выпадению мелких частей и облегчает производимый в дальнейшем поворот.

Наряду с положительной оценкой этого метода, нельзя не указать и на его отрицательные стороны, а именно на возможность инфицирования матки в момент проведения метрейринтера через родовой канал. Этому осложнению мы избегаем подтягиванием зева. Что же касается якобы технической трудности введения метрейринтера в полость плодного яйца — довод, выставляемый противниками этого метода, то, с этим мы ни в коем случае согласиться не можем.

В исключительных случаях (неудачный метрейриз или невозможность применения метрейринтера) можно воспользоваться ранним поворотом на ножку (иначе говоря, поворотом по Бракстон-Гиксу), который в техническом отношении является методом очень трудным вследствие неподготовленности родового канала и трудности достижения ножек и мало утешительным в отношении прогноза для плода.

В тех случаях, когда имеется полное открытие шейки, можно производить акушерский поворот полной рукой. Этот поворот называется классическим.

Длительное истечение околоплодных вод приводит к тому, что матка вплотную обхватывает плод. Плод лишается подвижности, плечевой пояс или боковая поверхность тела плода обычно плотно вклинивается во вход таза. В результате сгибания

туловища головной и тазовый концы плода располагаются в области подвздошных костей. С усилением схваток вклинивание тела плода возрастает; это приводит к сильному растяжению нижнего сегмента матки. Показателем растяжения матки служит появление пограничного валика, так называемого ретракционного кольца сокращения (косо идущая перетяжка матки), определяемого через брюшную стенку. В этот момент роженица находится в состоянии резкого возбуждения, пульс у нее учащен, она ощущает сильную распирающую боль в животе. В таких случаях запущенного поперечного положения произвести акушерский поворот запрещается во избежание разрыва матки. В этих случаях приходится при живом и жизнеспособном плоде при соответствующих условиях прибегать к кесареву сечению, а при мертвом плоде — к эмбриотомии.

В отдельных случаях, при наличии запущенного поперечного положения, бурная родовая деятельность нередко прекращается и наступает вторичная родовая слабость. Во время затянувшегося второго периода родов возникает угроза восходящей инфекции полости матки. У роженицы повышается температура, появляется озноб и другие признаки инфицирования. В этих случаях показано немедленное родоразрешение путем эмбриотомии с одновременным применением пенициллина и сульфаниламидов.

Профилактика поперечного положения плода должна производиться уже в течение беременности.

При выявлении у беременной поперечного положения плода показан наружный профилактический поворот, который может быть произведен в условиях женской консультации. Наружный профилактический поворот плода следует производить при беременности сроком 35—36 недель, строго соблюдая показания, условия и противопоказания к этой операции. Операция наружного поворота может быть повторена не свыше двух раз, причем при повторном повороте необходимо бинтование живота.

В тех случаях, когда наружный поворот произвести не удается или поперечное положение после повторного поворота рецидивирует, показана госпитализация беременной в палату для беременных.

Условиями к операции наружного профилактического поворота плода будут:

- 1) живой плод (четкое и ритмичное его сердцебиение);
- 2) точная диагностика положения плода (в сомнительных случаях целесообразна рентгенография);
- 3) подвижность плода;
- 4) отсутствие напряжения брюшной стенки и повышенной возбудимости матки;
- 5) согласие беременной.

Наружный профилактический поворот плода должен производиться без малейшего насилия. Накануне перед операцией

наружного поворота беременной ставят клизму и опорожняют мочевой пузырь.

Противопоказаниями к профилактическому повороту при перерывном положении плода являются:

- 1) многоводие или маловодие;
- 2) многоплодие;
- 3) аномалии развития матки (двуорогая или одноорогая матка);
- 4) наличие в анамнезе операции кесарева сечения или иной операции на матке, например, удаление фиброматозных узлов;
- 5) резкое сужение таза (второй и третьей степени);
- 6) наличие препятствий по протяжению родового канала, исключающих возможность родоразрешения или создающих опасность возникновения осложнений;
- 7) подозрение на предлежание последа или преждевременную его отслойку;
- 8) наличие токсемий позднего срока беременности декомпенсированного порока сердца, хронического нефрита;
- 9) наличие в анамнезе гнойного процесса в малом тазу.

## VI. РОДЫ КРУПНЫМ И ГИГАНТСКИМ ПЛОДОМ

Средний вес доношенного плода составляет 3,25—3,4 кг, рост — 50 см. Однако нередко вес и размеры плода значительно превышают указанные величины. Когда вес и рост плода необыкновенно велики, говорят о гигантском плоде. В литературе описан случай рождения ребенка, который имел длину 76 см и вес 11,3 кг.

Частота рождения крупных плодов (весом в 4 000 г и выше) составляет 2,27%. По данным В. И. Давыдова, плоды весом 5 000 г и выше на 22 989 родов встречались в 0,06%.

Роды крупным и гигантским плодом происходят преимущественно у повторнородящих женщин в возрасте 30—40 лет, в период полного развертывания у них функций эндокринной системы.

При родах плодом весом 4 400—5 000 г оперативные роды доходят до 14,2%, мертворождения достигают 4,7% (А. В. Бартельс).

У крупного плода величина головки весьма значительна, ввиду чего нормальные размеры таза могут оказаться для данной головки недостаточными. Роды в таких случаях могут быть сопоставлены с родами при нормальной величине головки, но узком тазе.

У крупного плода, кроме величины головки, наблюдается более значительная плотность черепных костей и меньшая способность головки к конфигурации. Роды при такой головке протекают с некоторым затруднением, и для их окончания иногда

приходится применять те или иные пособия. Роды крупным плодом требуют от акушера напряженного внимания, так как, кроме осложненного течения родов, может наступить внутриутробная смерть плода без ясных причин.

**Этиология.** Вопрос о причинах, определяющих развитие крупного и гигантского плода, окончательно не разрешен. Одни авторы чрезмерную величину плода относят за счет ускорения процесса внутриутробного развития под влиянием эндокринных факторов и роль перенашивания отрицают. Другие авторы считают, что развитие крупных и гигантских плодов зависит исключительно от перенашивания беременности, т. е. удлинения срока внутриутробного развития. В подтверждение этого взгляда приводится часто наблюдаемый факт задержки календарного срока родов свыше двух недель. Причину перенашивания беременности эти авторы связывают с нарушениями в нейро-гуморальной системе, которые приводят к резкому снижению возбудимости матки.

Клинический опыт показывает, что при перенашивании часто бывает трудно вызвать искусственно роды.

Как показали наши исследования (опубликованные в монографии «Новые пути в изучении родового акта»), разворачивание родовой деятельности зависит как от нейро-механических, так и от нейро-гуморальных (гормональных) факторов. Одни из них готовят матку к началу родов, другие вызывают схватки и регулируют сократительную деятельность матки в течение всего периода родов.

Среди гормональных веществ первенствующее значение принадлежит пролану, гормонам фолликула и желтого тела. Если сохранение беременности в конце ее обусловлено резким нарастанием количества пролана и уменьшением фолликулина, то при разворачивании сократительной деятельности матки количество пролана резко снижается, а количество фолликулина нарастает; последний, как известно, стимулирует действие гормона задней доли гипофиза — питуитрина.

При перенесенной беременности, повидимому, происходит обратное — избыточное накопление пролана или уменьшение фолликулярного гормона, который сенсibiliзирует матку к окситотическим веществам.

В пользу снижения рефлекторной возбудимости матки при перенесенной беременности говорят также исследования по изучению вегетативной нервной системы, проведенные в нашей клинике Т. А. Серовой. Установлено, что при перенашивании беременности отмечается сдвиг вегетативной нервной системы в сторону симпатикотонии.

Равным образом наши личные исследования по регистрации потенциалов коры головного мозга у данной категории беременных женщин также говорят о резком тормозящем воздействии мозга на рефлекторную возбудимость беременной матки.

Перенашивание беременности чаще наблюдается у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни и имеющих погрешности в питании (нарушение обменных процессов).

По наблюдениям Ставской, границы перенашивания колеблются от 2 до 6 недель и более, причем прогрессивное нарастание длины и веса плода обычно отмечается до 3—4 недель перенашивания. Отмирание плодов до родов при весе свыше 4 400 г наблюдается в 0,8%, а при весе в 5 000 г — в 4,5%. Внутритрубная смерть плода зависит от структурных и биохимических изменений в плаценте и изменения свойств околоплодных вод, определяющих условия его среды.

Таким образом, перенашивание приводит сначала к нарастающему несоответствию между тазом матери и головкой плода, а затем и к смерти последнего.

О перенашивании беременности и размерах плода обычно судят на основании анамнестических сведений и результатов объективного исследования беременной. Срок последних менструаций, сведения о прошлых родах (рождение крупных детей) и характеристика конституционального облика мужа беременной должны всегда приниматься во внимание при оценке данного случая. Однако более решающее значение имеют данные объективного исследования. Чрезмерный объем живота, крупная головка плода, стоящая высоко над входом в таз, а также измерение головки циркулем через наружные покровы и рентгенография позволяют с известной достоверностью судить о величине плода. В. И. Давыдов обращает внимание на то, что у женщин, имевших гигантский плод, была чрезмерно большая окружность живота.

Однако большой объем живота может быть также при многоплодной беременности, многоводии, асците и опухолях в брюшной полости, но для них характерны другие признаки. Так, при двойнях обычно определяют несколько крупных или мелких частей, малую величину головки, сердцебиение двух плодов; двойням нередко сопутствует отечность нижних конечностей и живота. При многоводии живот имеет шарообразную форму, и толчок, производимый рукой с одной стороны живота, передается на другую сторону; при влагалищном исследовании через воды определяется баллотирующая головка (если она предлежит). При беременности крупным плодом, наоборот, живот овоидной формы, менее растянут; родовая деятельность обычно выражена энергично.

Лечение. В 93% роды заканчиваются самопроизвольно, хотя протекают обычно длительно. Благоприятному течению родов способствует, повидимому, то обстоятельство, что в подавляющем большинстве рождение плода происходит в затылочном предлежании и переднем виде.

В основу ведения родов при крупном плоде должна быть положена консервативная линия поведения. При крупном и осо-

бенно при чрезмерно большом плоде всякого рода акушерские операции (поворот, щипцы) нежелательны и малодействительны. Если акушер испытывает большую трудность при извлечении последующей головки, то легко понять, какое чрезмерное усилие требуется при проведении большой головки. Извлечение крупной головки нередко приводит к тяжелым повреждениям и гибели плода.

Глубокие разрывы шейки (до сводов), нередко даже самой матки (нижний сегмент), повреждения влагалищной трубки и прямой кишки — нередкие исходы поворота с последующим извлечением крупного плода. Не лучше обстоит дело и при наложении щипцов.

В случаях затянувшихся родов, где вопрос о кесаревом сечении отпадает вследствие инфекции или отсутствия подходящих условий, производят перфорацию головки с краниоклазией и клейдотомию, так как нельзя жертвовать жизнью матери в интересах плода.

Самопроизвольные роды при крупном плоде часто затягиваются, несмотря на энергичную родовую деятельность. Это зависит не только от величины головки, но также и от размеров плечиков плода. Головка часами стоит в полости таза, не двигаясь вперед. Застревающие во входе в таз плечики мешают прорезыванию головки. В других же случаях, хотя головка и рождается, но не может закончить последнего момента механизма родов (поворот личика к внутреннему бедру матери), так как застрявшие в полости таза плечики препятствуют ее продвижению.

Плечики по своему объему лишь немногим меньше головки. В то время как головка в течение значительного периода родов подготавливается к прохождению через таз (конфигурация), плечики должны пройти через родовую трубку без всякой предварительной подготовки; не удивительно, что они застревают на том или ином участке родового пути.

Обычно родившуюся головку захватывают с боковых ее поверхностей пальцами обеих рук и сильно оттягивают кзади для того, чтобы переднее плечико подошло под симфиз. Затем головку оттягивают кпереди, благодаря чему освобождается заднее плечико, и затем уже рождается переднее плечико.

Если таким образом извлечь плод не удастся, надо прежде всего освободить заднее плечико. С этой целью крючкообразно согнутый указательный палец вводят в подмышечную впадину и плечики переводят в поперечный размер таза. Одновременно с этим помощник надавливает через брюшную стенку на тазовый конец плода. Но нередко и этот прием оказывается безуспешным. Тогда единственным выходом остается клейдотомия. Клейдотомия производится обычным образом: крепкими изогнутыми ножницами с закругленными концами рассекают под контролем пальцев ключицу, а в случае необходимости — даже обе

ключицы (Н. Н. Феноменов). После извлечения живого ребенка на плечевой пояс накладывают иммобилизующую повязку

Чтобы избежать оперативных пособий, не дающих полной гарантии в получении жизнеспособного ребенка и угрожающих жизни матери, в некоторых случаях (особенно при желании матери иметь живого ребенка), у старых и пожилых первородящих и у рожениц с неблагоприятным акушерским анамнезом допустимо кесарево сечение. В случаях родов гигантским плодом кесарево сечение показано безусловно.

При наличии перенашивания и возникновения сомнений в возможности самопроизвольных родов при дальнейшем продолжении беременности необходимо приступить к искусственному возбуждению родовой деятельности, памятуя о том, что при родах крупным и гигантским плодом возможны разные осложнения, а именно, затянувшийся родовой акт (обусловленная аномалиями сократительной способности матки), травматические повреждения по всему протяжению родового канала (вследствие имеющегося клинического несоответствия головки плода и таза), травматические повреждения у плода (с которыми связана смертность и ранняя смертность новорожденных), гипотонические кровотечения в послеродовом периоде и т. д.

Для возбуждения родовой деятельности применяют многочисленные медикаментозно-гормональные методы. На стр. 308—311 мы приводим наиболее распространенные методы и средства, которые нашли применение в практическом акушерстве.

## **VII. РОДЫ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ИЛИ ВЫПАДЕНИИ КОНЕЧНОСТИ ПЛОДА**

Плод, находящийся в полости матки, имеет форму овоида. Подобная форма образуется вследствие сильного сгибания позвоночного столба, сгибания головки и прижатия подбородка к груди, сгибания в суставах конечностей и прижатия их к поверхности тела. В отдельных случаях, вследствие большого количества околоплодных вод и малой величины плода (соответственно объему матки), членорасположение плода нарушается.

Во время родов конечности плода могут оказаться впереди предлежащей части. В зависимости от состояния плодного пузыря (цел или нарушен), принято говорить о предлежании или выпадении конечностей.

### **Предлежание и выпадение ножки при головном предлежании**

Данное осложнение встречается крайне редко (по Гентеру, в 0,025% родов) и возникает вследствие необычайно сильного сгибания туловища плода и полного разгибания нижней конечности при головке подвижной или прижатой ко входу в таз.

Предлежание или выпадение ножки при головном предлежании обычно наблюдается при недоношенных или мацерированных плодах (крайне редко при доношенных), при изменении тонуса матки и ее формы в нижнем сегменте (растяжение и дряблость нижнего сегмента или недостаточность мышечной структуры).

При недоношенном или мацерированном плоде выпадение ножки рядом с головкой лишено практического значения.

Наличие этого осложнения при доношенном плоде представляет серьезную опасность, так как создает препятствие к самостоятельному родоразрешению и угрозу для жизни плода.

При неотошедших водах (предлежание ножки рядом с головкой) устранение этого осложнения достигается путем изменения положения тела роженицы (помещается на тот бок, где находится спинка плода), благодаря чему происходит разгибание спинки плода, и предлежащая ножка отходит вверх ко дну матки.

В случае недавнего отхождения вод при подвижной головке показано либо запрование ножки за головку с последующим введением метрейринтера, либо поворот плода на тазовый конец с последующим низведением ножки (при достаточном количестве вод). Если же головка плотно фиксирована во входе в таз, то при живом плоде (воды отошли в родильном учреждении, температура нормальная) если нет условий для родоразрешения через естественные пути, применяют кесарево сечение, а при мертвом плоде — перфорацию головки с последующей краниоэктазией.

### **Предлежание и выпадение ручки при головном предлежании**

Возникновение этого осложнения возможно при любом положении плода: продольном (головном и тазовом) и поперечном. Практическое значение имеет лишь предлежание и выпадение ручки при головном предлежании, так как при тазовом предлежании вытянутая ручка не мешает механизму родов.

Предлежание и выпадение ручки при головном предлежании встречаются в 0,04 — 1,6% и чаще всего при второй позиции, чему способствует отклонение тела матки вправо. Нахождение ручки рядом с головкой неблагоприятно для механизма родов. Причину возникновения этого осложнения надо усматривать в изменениях нижнего сегмента матки (его растянутость или понижение тонуса матки), в результате чего ручка проскальзывает мимо головки сначала в малый таз, а затем во влагалище. Этому способствует обилие вод, малые размеры плода, размеры и форма ручек, потеря плодом мышечного тонуса и пр.

Механизм родов при выпадении ручки, конечно, нарушается, и роды затягиваются. Нередко возникают аномалии вставления головки (передне-головное, лицевое, задне-теменное). Особенно



неблагоприятно выпадение передней ручки, легко ущемляющейся между головкой и лонным сочленением; выпадение задней ручки благоприятнее.

При отсутствии своевременной помощи может возникнуть разрыв матки.

Предсказание для матери серьезно, плод гибнет почти в 25% случаев.

Это осложнение в большинстве случаев (особенно при целых плодных водах) распознается при влагалищном исследовании.

При неотошедших водах устранение предлежания ручки достигается путем изменения положения тела роженицы (помещать на бок, противоположный выпавшей ручке, с небольшим подъемом ножного конца кровати). При этом кисть обычно уходит вверх, ко дну матки. Затем под контролем руки, введенной во влагалище, наружной рукой стараются вставить головку во вход в таз и фиксируют положение плода бинтованием полотенцем. После этого кровать опускают. При хорошо выраженной родовой деятельности, сглаженной шейке и открытии зева у первородящих на 2 пальца, а у повторнородящих на 3 пальца вскрывают плодный пузырь. Головка, вступившая во вход таза, препятствует выпадению ручки.

При отошедших водах, но сохранившейся подвижности плода рекомендуется вправление ручки с последующей фиксацией головки сначала наружной рукой, а затем бинтование живота полотенцем. Для усиления сокращений матки применяют соответствующие медикаментозные средства. В случае невозможности вправления выпавшей ручки при недавно отошедших водах применяют метрейриз или акушерский поворот под наркозом с последующим низведением ножки.

При головке, находящейся в полости таза, ведение родов консервативное, пока не наступят показания к окончанию родов (наложение щипцов). При мертвом плоде производят перфорацию головки с последующей краниоклазией.

При поперечном положении выпадение ручки встречается в 50% родов.

## VIII. ПРЕДЛЕЖАНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ

Выпадением пуповины называется нахождение ее впереди предлежащей части при отошедших водах, т. е. при нарушенной целости плодного пузыря.

Если целость плодного пузыря не нарушена и впереди предлежащей части находятся петли пуповины, говорят о предлежании пуповины.

Таким образом, клинически следует различать два понятия—предлежание (*funiculus umbilicalis praevius*) и выпадение (*pro-*

lapsus, s. apothesis funiculi umbilicalis) пуповины (рис. 102 и 103). При обоих видах неправильного положения пуповины имеется прямая угроза жизни плода, но при выпадении пуповины она является наибольшей. Однако если своевременно принять необходимые меры, то плод удается спасти.

Основной причиной выпадения пуповины является недостаточное закрытие входа в таз предлежащей частью: чем больше выполнен нижний сегмент матки предлежащей частью плода, тем меньше оснований для выпадения пуповины. Выпадению пуповины способствует неправильное положение или предлежание плода.



Рис. 102. Предлежание пуповины.



Рис. 103. Выпадение пуповины.

При поперечном положении плода нижний сегмент матки почти совершенно пуст, и поэтому процент выпадений пуповины в таких случаях наиболее значителен. При ягодичном предлежании в нижнем сегменте матки свободного пространства остается меньше, чем при ножном, поэтому процент выпадений пуповины при ножных предлежаниях во много раз больше, чем при ягодичных. Выпадение пуповины редко бывает при головном предлежании, так как плотная и объемистая головка хорошо закрывает вход в таз. По данным Гусева, большой процент выпадений пуповины имеется при головном предлежании. Это объясняется тем, что случаи, вошедшие в статистику Гусева, падают в громадном проценте на узкие тазы (58%), при которых, как известно, головка долгое время не фиксируется во входе в таз, вследствие чего между головкой и стенками нижнего сегмента матки остается свободный промежуток, через который пуповина легко проскальзывает вниз.

Не только узкий, но и чрезмерно широкий таз может явиться непосредственной причиной выпадения пуповины.

Среди других моментов, способствующих выпадению пуповины, играет роль предлежание плаценты, эксцентрическое (в особенности краевое) прикрепление пупочного канатика к

плаценте и чрезмерная длина пуповины. Но самым частым моментом, способствующим выпадению, является несвоевременное отхождение околоплодных вод, которые, вытекая из матки, увлекают за собой пуповинный канатик (по Гусеву, в 67% случаев). Отсюда понятно, какое внимание должны уделять акушеры ведению родов при многоводии и многоплодной беременности.

Частота данного осложнения колеблется от 0,73% (Михайлов) до 0,62% (Гусев).

У повторнородящих выпадение пуповины встречается чаще в связи с тем, что подлежащая часть обычно очень долго стоит подвижно над входом в таз.

Опасность выпадения пуповины зависит от прижатия выпавшей ее петли, продвигающейся по родовому каналу подлежащей частью к стенке таза. В результате наступает затруднение или полное прекращение кровообращения в пупочных сосудах и смерть плода от асфиксии.

Степень прижатия пуповины при отошедших водах находится в зависимости от силы родовой деятельности. При полном отсутствии схваток выпавшая пуповина может длительно не подвергаться прижатию.

**Распознавание.** Определить выпадение пуповины бывает нелегко даже при отошедших водах, так как выпавшие петли не всегда появляются из половой щели; они могут оставаться во влагалище.

В одних случаях выпавшая петля пуповины видна при осмотре, а в других она распознается только при влагалищном исследовании.

Пуповина при влагалищном исследовании определяется как тонкий гладкий шнурок, дающий при живом плоде ощущение пульсации.

Чтобы исключить выпадение пуповины после отхождения вод при подвижной подлежащей части, необходимо немедленно производить влагалищное исследование. Исключить это осложнение при указанных обстоятельствах только по выслушиванию сердцебиения плода невозможно.

Нахождение во влагалище выпавшей пуповины обязывает выяснять, имеется ли ее сдавление или нет. Об этом судят по наличию пульсации пупочных сосудов. От характера пульсации, указывающего на состояние плода, зависит выбор акушерской операции.

Однако к оценке пульсации надо подходить с большой осторожностью. Отсутствие пульсации не всегда доказывает, что наступила смерть плода. Иногда бывает, что пуповина сильно сдавлена, а плод еще жив, вернее, доживает последние минуты. При непальсирующей пуповине, но при наличии сердечных тонов плод может быть еще спасен, если быстро и умело родоразрешить женщину. Обычно после полного сдавления пуповины смерть плода наступает через 3—5 минут.

**Лечение.** Выбор соответствующего пособия в каждом отдельном случае зависит от ряда факторов:

1) вида неправильного положения пуповины (предлежание, выпадение);

2) состояния плода (живой, мертвый);

3) характера изгоняющих сил;

4) степени открытия зева (полное и неполное);

5) архитектуры и размеров таза;

6) положения и предлежания плода;

7) общего состояния женщины.

При предлежании пуповины (целый плодный пузырь), неподготовленном зеве и живом плоде показан метрейриз с последующим применением акушерского поворота.

При наличии неблагоприятного акушерского анамнеза и сопутствующих осложнений, особенно у старых первородящих, показано кесарево сечение.

При предлежании пуповины, полном открытии зева и живом плоде показан акушерский поворот с извлечением плода (при отсутствии пространственного несоответствия между величиной плода и размерами таза).

При выпадении пуповины, неподготовленном зеве и пульсирующей пуповине (живой плод) показано немедленное родоразрешение. В условиях стационара при отсутствии инфекции со стороны родовых путей и желании женщины иметь живого ребенка самым лучшим способом будет кесарево сечение, которое особенно уместно у пожилых первородящих. Могут применяться все виды брюшностеночного кесарева сечения.

В учреждениях, где нет условий для чревосечения, может применяться консервативный метод лечения — вправление пуповины (*repositio funiculi umbilicalis*). С этой целью роженицу помещают на бок, противоположный выпавшей пуповине. Так, если пуповина прощупывается справа от головки, роженицу укладывают на левый бок, а если слева — то на правый бок; ножной конец кровати следует поднимать. Применяется осторожное пальцевое вправление выпавшей пуповины, требующее известного открытия зева.

Что касается методов инструментального вправления пуповины (репозитории), то они имеют лишь исторический интерес.

При малом открытии (2—2½ пальца) зева незаменимую услугу может оказать метрейриз, который по сравнению с поворотом плода и низведением ножки дает лучшие исходы для плода.

При полном открытии зева и поперечном положении производится акушерский поворот с последующим извлечением плода. Немедленное родоразрешение производится также при тазовых предлежаниях (ягодичное, ножное или смешанное). При плотно вколотившейся головке (большим сегментом или в полость таза) накладывают щипцы и следят за тем, чтобы

в бранши ложек не попала пуповина, так как плод в таком случае несомненно погибнет.

При непульсирующей, спавшейся пуповине и отсутствии сердцебиения плода, если нет каких-либо других показаний к оперативному родоразрешению (поперечное положение плода и т. п.), должно применяться выжидательное ведение родов.

При своевременном и правильно выбранном вмешательстве процент мертворождаемости и смертности детей может быть резко снижен. При полном или близком к полному открытию зева показан поворот с извлечением и наложение щипцов; в случае недостаточного открытия зева и желания беременной сохранить ребенка при отсутствии инфекции в родовых путях — брюшно-стеночное ретровезикальное кесарево сечение, в инфицированных случаях — внебрюшинное; если нельзя произвести кесарево сечение, показаны метрейриз, низведение ножки и пр., в зависимости от особенностей данного случая.

## **IX. РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ (ОБЩИЕ УСТАНОВКИ ПРИ ВЕДЕНИИ РОДОВ)**

Необходимо отчетливо различать два понятия: анатомически узкий таз (суженный таз) и клинически узкий таз (функционально узкий таз).

Анатомически узкими принято считать тазы, в которых имеются явно анатомические изменения в качественном (архитектура) и количественном (величина таза вообще и соотношения между отдельными его размерами) отношении. Анатомически узкие тазы встречаются в 10—15% всех акушерских случаев. Однако серьезные нарушения акта родов наблюдаются лишь у 3—5% женщин, имеющих узкий таз, когда имеется выраженное несоответствие между величиной головки и размерами таза. Такого рода функционально неполноценные тазы принято называть клинически узкими тазами.

Зачастую анатомически узкий таз в акушерском отношении не оказывается узким; родовой акт совершается легко и без каких-либо осложнений для матери и плода. Исход родов в основном зависит от соотношения размеров предлежащей части (головки) к размерам таза, способности головки к конфигурации, вида вставления головки и характера изгоняющих сил.

Нельзя говорить о сужении таза, если размеры наружной конъюгаты колеблются в пределах 18 см, а остальные размеры являются нормальными. При наружной конъюгате в 17—18 см таз бывает клинически узким лишь в 30%. Наша клиника считает узкими тазы при наружной конъюгате в 17,5 см и истинной конъюгате в 10 см и ниже.

Развитие нормального и узкого таза зависит от влияния внутренней и внешней среды в период жизни женщины.

Формирование таза начинается в период внутриутробной жизни и продолжается в постнатальный период. Полное окостенение таза происходит примерно к 24 годам. Поэтому профи-

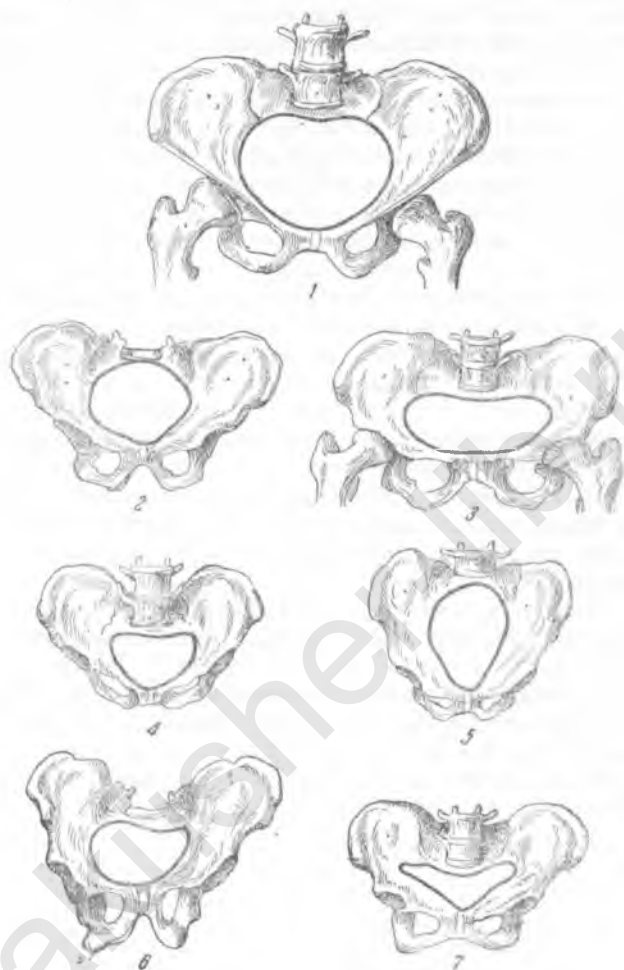


Рис. 104. Различные формы узкого таза по сравнению с нормальным.

1 — нормальный таз; 2 — общеравномерносуженный; 3 — плоский; 4 — общесуженный плоский; 5 — поперечносуженный; 6 — косо суженный; 7 — славшийся (остеомалятический).

лактика узкого таза должна проводиться не только в период детства и юношества, но также во время внутриутробного развития.

Если воздействие на формирование и развитие внутриутробного плода происходит через организм матери, то после рожде-

ния ребенка лечебно-профилактические меры осуществляются путем непосредственного влияния на организм. К числу мер, способствующих правильному развитию костного скелета, в том числе и таза, в период новорожденности и раннего детства относится грудное вскармливание, пребывание на свежем воздухе и др. В период детства большое значение имеет рациональное питание (калорийность, витамины), предупреждение от инфекционных болезней, физкультура и гигиена. Несоблюдение перечисленных условий может привести к нарушению процессов развития организма в целом и таза в частности. Аномалии развития костного скелета (и таза) часто бывают при рахите и реже при туберкулезе; резкие изменения таза происходят при остеомаляции, к счастью, в настоящее время почти не встречающейся.

Изменения архитектуры костного таза и его размеров могут быть различными в зависимости от характера патологических воздействий. С изменениями размеров таза связано уменьшение вместимости родового канала.

Сужение тазового кольца может быть во входе, в полости и выходе таза. При этом могут быть укорочены все размеры таза — прямые, поперечные и косые или же один из размеров какого-либо отдела таза, а другие размеры остаются нормальными или соответственно удлинненными. В зависимости от этого различаются те или другие аномалии тазов, например, плоский поперечносуженный.

Смотря по тому, имеется ли пропорциональное изменение всех размеров таза или нет, сужение будет равномерным или неравномерным. В итоге будет иметь место общеравномерносуженный таз или общенеравномерносуженный (общесуженный плоский), кососуженный, поперечносуженный, плоский простой плоско-рахитический и т. д. (рис. 104).

Размеры (ориентировочные) основных форм таза приведены в табл. 6.

Таблица 6

Размер таза в см	Нормальный таз	Общеравномерносуженный таз	Плоский таз		Общесуженный плоский таз	Кифотический таз
			простой	рахитический		
Расстояние между:						
остями . . . . .	25—26	23	23	26	25	27
гребешками . . . . .	28—29	26	25	26	26	30
вертлугами . . . . .	30—31	28	31	31	31	31
Конъюгата:						
наружная . . . . .	20—21	17	17	17	16	22
диагональная . . . . .	13	10	10	9	9	12
истинная . . . . .	11	8	8	8	7	11

Так, в общеравномерносуженном тазе все размеры уменьшены приблизительно на одну и ту же величину, иначе говоря, данный таз напоминает нормальный таз в уменьшенном виде.

Плоский простой таз имеет явное уменьшение прямого размера входа при нормальных соотношениях поперечных размеров; иногда же представляются уменьшенными и поперечные размеры. В рахитическом плоском тазе уменьшена разница между размерами гребешков и остей, в силу чего таз представляется развороченным, в то время как размеры между вертлугами могут быть не изменены. Прямой размер входа таза резко уменьшен. При общесуженном тазе все размеры уменьшены и разница между размерами остей и гребешков меньше, чем в нормальном тазе.

В кифотическом тазе, вследствие перемещения кзади центра тяжести туловища, верхняя часть крестца подается кзади, а нижняя (верхушка) — впереди. В связи с этим происходит увеличение истинной конъюгаты и уменьшение прямого размера выхода таза.

Кифотический таз может быть поперечносуженным и воронкообразным, т. е. выход его сужен как в прямом, так и в поперечном размере, а угол inclination уменьшен.

Особенности строения костного таза накладывают известный отпечаток на течение родового акта, в частности, механизм родов. Знание особенностей механизма родов при разных формах узкого таза помогает акушеру правильно вести роды, в частности, правильно и своевременно применять операции и пособия.

Из всех размеров таза наибольшее практическое значение имеет истинная конъюгата; по ней чаще всего характеризуются различные неправильности таза, поэтому на основании ее укорочения принято деление сужений таза или на три (верхняя граница сужения 9—9,5 см), или на четыре (верхняя граница сужения 9—10—11 см) степени (табл. 7 и 8).

Ниже представлено деление сужений таза на четыре группы.

Таблица 7

Степень сужения	Истинная конъюгата в см
Первая	11—9
Вторая	9—7,5
Третья	7,5—5,5
Четвертая	5,5 и меньше

Наша клиника пользуется делением сужений, представленным в табл. 8.



Степень сужения	Истинная конюлогата в см	Характер родов
Первая	10—9	Переход к нормальному тазу и нормальным родам
Вторая	9—8	Возможно рождение зрелого живого ребенка самостоятельно или с помощью оперативного пособия
Третья	8—7	Рассчитывать на рождение зрелого живого ребенка не приходится, но возможно рождение жизнеспособного ребенка при преждевременных родах
Четвертая	Меньше 7	Нельзя ждать самостоятельных родов живым жизнеспособным ребенком ни при срочных, ни при преждевременных родах

Деление сужений на четыре степени решает вопрос о возможности самостоятельных родов только в общих чертах. При первой и второй степени сужения таза возможность самостоятельного родоразрешения зависит в основном от соответствия между величиной головки плода и размерами таза матери. Третья и четвертая степень сужения таза вообще требует большого внимания акушера.

Как уже было сказано, в большом проценте случаев сужение размеров таза на течении родов не сказывается. Анатомически узкий таз в клиническом (акушерском) отношении не оказывается узким. Только в известном проценте случаев сужение таза неблагоприятно отражается на родовом акте.

Диагностика узкого таза основывается: 1) на данных акушерского анамнеза; 2) на оценке всех особенностей строения тела женщины (форма голени, грудной клетки, плечевого пояса, черепа, ромба Михаэлиса, толщина костей и т. п.); 3) на результатах наружного измерения таза; 4) на результатах внутреннего обследования таза; 5) на определении наружными приемами размеров плода (головки).

Из особенностей акушерского анамнеза, которые должен учитывать врач при прогнозе настоящих родов, существенное значение имеют: 1) возраст роженицы (особенно для первородящих в возрасте свыше 30 лет, имевших длительное бесплодие и лечившихся по поводу тех или иных нарушений со стороны полового аппарата); 2) перенашивание при настоящей беременности (крупные размеры плода и плотные кости головки); 3) рождение крупных плодов при предыдущих родах; 4) затяжное течение предшествующих родов, потребовавших оперативного родоразрешения и особенно закончившихся рождением мертвого или вскоре умершего плода, а также сопровождавшихся осложнениями в послеродовом периоде; 5) родо-

разрешение при бывших родах путем операции кесарева сечения и т. п.

В главе об акушерском исследовании, в частности, об измерении таза (стр. 20—23), отмечалось, что для прогноза родов и правильного их ведения главное значение имеют не данные измерений, а действительное выяснение соотношений между подлежащей частью (головкой) и размерами входа в таз. Эти соотношения отчетливо вырисовываются лишь в процессе родов, при регулярных и интенсивных схватках (работа мускулатуры матки) и потугах.

Только резко уменьшенные размеры таза и сильно выраженная деформация последнего, равно как и всего костного скелета, имеют абсолютное значение для предсказания исхода родов.

О деформации таза можно предполагать в тех случаях, когда рост женщины менее 150 см, отмечается общее недоразвитие организма, остаточные явления рахита или хондродистрофии, кифоз, старые вывихи и т. п.

Абсолютные размеры головки определить невозможно, и знание их практического значения не имеет. Применение приемов примеривания головки (Гофмейера и Петер-Мюллера) с целью предсказания прогноза родов при узких тазах категорически должно быть отвергнуто. Данная методика приводит к серьезным травмам головки плода и неизбежно повышает мертворождаемость. Кроме того, эти приемы имеют лишь относительное ориентировочное значение, особенно в случаях несоответствия между головкой и тазом.

Поэтому для суждения о соотношениях между размерами головки и входа в таз следует пользоваться приемом Вастена, о котором уже говорилось выше, на стр. 28, а также бережным ощупыванием головки. Таким образом, при ведении родов при узком тазе решающее значение отводится клиническому наблюдению и тщательному учету всех факторов, определяющих исход последних (соответствие между головкой и тазом, интенсивность и характер родовой деятельности, общее состояние женщины, данные акушерского анамнеза и пр.).

Если в течение беременности диагностика является ориентировочной, то во время родов она является окончательной (за исключением значительных или резких степеней сужения таза).

Поэтому при проведении родов в случаях узкого таза акушер должен знать некоторые особенности их течения и механизм родов при основных формах сужения таза.

### В первом периоде родов (в периоде раскрытия)

1. Родовая деятельность при узком тазе не всегда бывает интенсивной; у женщин инфантильного и гипопластического телосложения, а также имеющих явления частичного инфантилиз-

ма, схватки бывают слабыми и редкими; период раскрытия у них затягивается.

2. Несоответствие между размерами головки и таза обуславливает обычно высокое стояние головки над входом в таз.

3. Вследствие высокого стояния головки разграничение передних и задних вод не происходит, что приводит к несвоевременному разрыву плодного пузыря и истечению вод.

4. Свободный вход в таз при подвижной головке, разрыве плодного пузыря и отходящих водах создает условия для выпадения мелких частей плода и пуповины.

5. При отсутствии плодного пузыря и отходящих вод создаются благоприятные условия для развития восходящей инфекции.

6. При наличии интенсивной родовой деятельности и значительном препятствии для вступления головки во вход таза нередко возникают резкие аномалии разгибательных вставлений головки и создаются условия для ущемления передней губы зева.

#### Во втором периоде родов (в периоде изгнания)

1. Препятствие к вставлению головки во вход таза (обычно требуется большая работа матки) приводит к истощению матки и развитию вторичной слабости родовой деятельности (в 20%).

2. В отдельных случаях длительное стояние головки над входом в таз сопровождается бурной родовой деятельностью, что может привести к таким осложнениям, как ущемление краев зева, разрыв матки и т. п.

3. При длительных родах происходит сдавление мягких тканей родового канала, которое может вызвать возникновение некрозов и свищей (пузырно-влагалищных и влагалищно-ректальных).

4. Резкое препятствие при прохождении головки через тазовый вход может вызвать расхождение лонного сочленения.

Длительные роды (много часов, а нередко свыше суток) при узком тазе, как правило, сопровождаются резкой конфигурацией головки плода; образуется большая головная опухоль, а при значительном препятствии со стороны костного кольца на головке образуется гематома. Роды при узком тазе неблагоприятны для плода, так как он ежеминутно подвергается опасности погибнуть от асфиксии.

Возникновение асфиксии может быть обусловлено рядом причин: прижатие выпавшей пуповины, чрезмерные сокращения маточной мускулатуры, вызывающие нарушение плацентарного кровообращения, и т. п.

Оперативное вмешательство, применяемое при узком тазе, в свою очередь также чревато большими опасностями для здоро-

вья и жизни плода. Возможна травма следующего характера: а) переломы костей черепа при извлечении плода щипцами; б) переломы ключиц при выведении плечиков; в) разрывы суставов между позвонками, отрыв туловища от головки при извлечении плода и т. п.

Течение и исход родов зависят от степени сужения таза, величины головки и других факторов, о чем упоминалось выше.

При первой и второй степени укорочения истинной конъюгаты роды обычно в 90% случаев заканчиваются самопроизвольно, без применения каких-либо акушерских операций и пособий, хотя течение их замедлено. Однако благоприятное окончание родов возможно при условии правильного положения плода, правильной работы матки и отсутствия несоответствия между тазом и головкой.

Ведение родов при первой и второй степени сужения таза должно быть выжидательным, однако без ущерба для интересов матери и плода. Крайний консерватизм ведения родов, применявшийся ранее, когда акушер вмешивался активно только при создавшейся опасности для матери и плода, при современных достижениях науки является неуместным. Мероприятия врача-акушера должны быть направлены на сохранение целостности плодного пузыря и обеспеченные условия для вставления головки плода во вход таза.

Роженица в течение всего периода раскрытия должна находиться в лежачем положении. В целях облегчения вставления головки и предупреждения преждевременного излития вод целесообразно положение роженицы на боку (соответствующем затылку плода). При несвоевременном отхождении плодных вод нужно тотчас же произвести влагалищное исследование, чтобы определить степень подготовленности родовых путей и исключить возможность выпадения пуповины и ручки.

При подтекающих водах должно быть установлено непрерывное наблюдение за поведением роженицы, за характером схваток (в смысле частоты, продолжительности и силы), за состоянием нижнего сегмента матки (не имеется ли его перерастяжения) и за сердцебиением плода.

При сужении первой и второй степени и при наличии правильной регулярной родовой деятельности головка плода преодолевает препятствие и опускается в малый таз. При слабой родовой деятельности прибегают к стимуляции сократительной функции матки при помощи медикаментозных и гормональных средств, которые описаны на стр. 308, разумеется, если нет перерастяжения матки.

При подтекании околоплодных вод свыше 6 часов в целях предупреждения развития послеродовых инфекционных заболеваний у матери и плода, целесообразно назначение пенициллина и сульфаниламидов (стр. 307). При утомлении роженицы в

результате затянувшихся родов назначению стимулирующих средств предпосылается отдых женщины под легким ингаляционным (эфирным) наркозом. Не следует также забывать о рациональном питании роженицы (сладкий горячий чай, бульон, кисель, компот, овощное пюре и т. п.).

Одновременно с мероприятиями, проводимыми в отношении роженицы, не следует забывать о плоде и для предупреждения развития у него внутриутробной асфиксии необходимо проводить мероприятия по ее профилактике (стр. 303).

Только в случаях явно выраженной вторичной слабости родовых сил и отсутствия поступательного движения головки (при нахождении ее в полости малого таза) роды заканчивают наложением полостных и выходных щипцов.

При мертвом плоде роды заканчивают перфорацией головки с последующей краниоклазией.

С момента, когда головка плода начнет фиксироваться во входе в таз, дальнейшее ее продвижение будет зависеть от всех перечисленных выше факторов (соответствие между головкой и тазом, характер родовой деятельности и др.). Поэтому акушер должен быть наблюдательным и уметь правильно оценить их. В этот период только функциональная диагностика решает вопрос, можно ли рассчитывать на самопроизвольное родоразрешение или ведение родов должно быть активным, т. е. возможно ли вести роды выжидательно или эта возможность исключена из-за опасности для матери и плода.

Трудности, которые испытывает врач-акушер, ведущий роды при узком тазе (особенно при наличии истинной конъюгаты 8—9 см), обусловлены тем, что он не располагает ясно выраженными признаками, дающими ему возможность точно оценить ситуацию родов. Моментом для изменения тактики ведения родов, а именно для перехода от выжидания к активному образу действия, недопустимо считать появление таких грозных признаков, как асфиксия плода, повышение температуры тела у роженицы, дизурические явления, кровавая окраска мочи, растяжение нижнего сегмента матки, отечность шейки матки и наружных половых органов и др.

Опыт показывает, что вмешательство акушера при наличии указанных признаков является запоздалым и приводит к возникновению серьезных осложнений у матери и плода. Поэтому затягивать роды при первой и второй степени сужения таза нельзя, равно как не следует без достаточно веских оснований форсировать родоразрешение.

Трудность при оценке ситуации родов, как было сказано, состоит в оценке соотношений величины головки и емкости таза. Отсюда следует, что если при установившейся регулярной и интенсивной родовой деятельности после отхождения околоплодных вод головка в течение 5 часов (максимально) не опускается в таз, следует, не дожидаясь асфиксии плода и возникновения

осложнений у матери, закончить роды оперативным путем. При наличии необходимых условий и живом плоде операцией выбора будет кесарево сечение. Смертность матерей при кесаревом сечении колеблется, по данным Деревенко, от 1 до 6%, в зависимости от наличия инфекции. В настоящее время при наличии таких могучих лечебно-профилактических средств, как пенициллин и сульфаниламидные препараты, и прогрессивном улучшении организации родовспоможения смертность после кесарева сечения значительно снизилась.

Однако при ведении родов в случаях узкого таза было бы ошибкой чрезмерно расширять показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Следует помнить, что при умеренных степенях сужения таза свыше 90% родов *per vias naturales* заканчивается благополучно и для матери, и для плода. Далее, операция кесарева сечения связана с опасностью инфицирования организма женщины. Наконец, матка у женщин, перенесших операцию кесарева сечения, при последующих беременностях и особенно родах таит опасность самопроизвольного разрыва.

О наложении высоких щипцов, перфорации головки живого плода и профилактическом акушерском повороте врач должен забыть. Краниотомия на живом плоде может быть допущена только в исключительных случаях — при наличии опасности для жизни матери и отсутствии условий для других методов родоразрешения (кесарева сечения).

При третьей степени укорочения истинной конъюгаты самопроизвольные роды иногда возможны (при нормальном плоде), но течение их часто бывает продолжительным. Гораздо чаще приходится прибегать к оперативным родам. В этих случаях кесарево сечение будет операцией выбора. Искусственные преждевременные роды применять не следует из-за неблагоприятного исхода для родившегося ребенка. Недоношенные дети (при вызывании преждевременных родов в 36—37 недель беременности) функционально неполноценны; они выживают только при тщательном уходе и рациональном вскармливании; заболеваемость и смертность среди недоношенных выше, чем среди доношенных новорожденных. Абсолютно противопоказано использование высоких щипцов; не следует прибегать также к тазорасширяющим операциям. Перфорация головки плода с последующей краниоклазией допустима на мертвом плоде и только в исключительных случаях, для спасения жизни матери (угрожающий разрыв матки, генерализация инфекции), на живом плоде.

При четвертой степени укорочения истинной конъюгаты роды возможны только посредством уменьшения детского черепа, а при сужении, выраженном еще резче (ниже 7 см), роды могут быть окончены только путем кесарева сечения. Кесарево сечение рекомендуется производить при развившейся родовой

деятельности; разрез предпочтительно делать в нижнем сегменте матки (ретровезикальное кесарево сечение). Раскрытый зев благоприятствует истечению выделений из матки в послеоперационном периоде. В инфицированных случаях (озноб, высокая температура и пр.) операцией выбора будет внебрюшинное кесарево сечение или экстирпация матки.

В послеродовом периоде женщине и ее ребенку назначают средства, повышающие иммунобиологические свойства организма и воздействующие на микроорганизмы (пенициллин, сульфаниламиды, переливание крови и т. д.), памятуя о патологических прошедших родах и неизбежности травматизма в этих случаях у матери и ребенка.

## **Х. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ, СВЯЗАННЫЕ С АБОРТОМ**

### **Повреждения матки и смежных органов при выскабливании**

Этиология. Не всегда операция искусственного выкидыша, проводимая по медицинским показаниям, проходит гладко. В известном проценте случаев она сопровождается рядом осложнений, часть которых связана непосредственно с выполнением самой операции, другая же часть падает на послеоперационный период. Осложнения, связанные с выполнением самой операции, относятся исключительно к травматическим повреждениям, которые в одних случаях локализуются только в пределах матки, в других выходят за границы последней. В литературе описано значительное количество случаев перфораций матки, сопровождавшихся ранением органов брюшной полости, как: отрыв кишечника от брыжейки, проникающие и непроникающие ранения кишечника, сальника и брыжейки, отрывы яичника и отростка слепой кишки и др. (Вачнадзе, Розенцвейг, Н. Сергеев, И. Греков, С. Лесной, Х. Барский, Кронман, Бережнов и др.).

Причину повреждений матки и смежных с ней органов нельзя не усматривать в чрезмерной самоуверенности некоторых операторов, следствием чего является недостаточная внимательность к работе и пользование опасными инструментами вроде корнцанга.

В силу указанного иногда наблюдались тяжелые случаи прободения матки, произведенные даже врачами. В единичных случаях повреждения были весьма тяжелы, но иногда, к счастью, заканчивались благополучно. Могу указать на один случай, где имелось тяжелое прободение не только матки, но и мочевого пузыря. Травма, нанесенная пузырю, была столь серьезна, что восстановление целостности его представило для хирурга довольно трудную задачу, так как от пузыря осталась лишь небольшая часть его с *trigonum Leutaudi*.

Процент прободения, по разным авторам, колеблется в пределах от 0,03 до 0,5 (табл. 9), но он, несомненно, преуменьшен.

Причиной смерти большей частью является не сама перфорация, а условия, способствующие занесению инфекции.

Существенное значение в возникновении прободений матки имеет производство аборта в поздний срок беременности (12—16 недель), когда стенка матки уже сильно растянута и истончена, а полость ее велика и в ней трудно ориентироваться при операции.

Таблица 9

Автор	Прободение матки при выкидыше в %
В. Якобсон . . . . .	0,15
Завьялов . . . . .	0,5
Тьедер . . . . .	0,45
Кисин . . . . .	0,26
Шмундак . . . . .	0,19
И. Яковлев . . . . .	0,03

Но не во всех случаях причиной прободения матки является применение грубой силы и недостаточная опытность оперирующего. Во многих случаях важную роль играют особенности маточной стенки, обусловленные инфантилизмом и пороками развития, перенесенными воспалительными заболеваниями, новообразованиями. В этих случаях имеется чрезмерная хрупкость, дряблость и истончение маточной стенки.

Прободение матки может произойти при любом внутриматочном вмешательстве (зондирование, пробное и лечебное выскабливание), может быть произведено различными инструментами и даже просто пальцем (рис. 105 и 106).

Учитывая всю сумму причин, способствующих перфорации матки, мы все же считаем, что главную роль играют изменения маточной стенки. В монографии И. Л. Брауде указано, что при нормальной беременности первых месяцев требуется изрядное усилие, чтобы маточным зондом произвести прободение матки. Автор провел соответствующий эксперимент, который показал, что прободение происходит при нагрузке в 1,5—2,5 кг.

Изучая все случаи прободений матки, наблюдавшиеся в клинике и опубликованные в литературе, можно отметить один весьма важный факт, что все тяжелые повреждения произведены преимущественно корнцангом и кюреткой, реже — расширителями, зондом и т. п. Х. Барский показал, что наибольшее число повреждений приходится на кюретку и абортные шипцы и наименьшее — на расширители. Вполне прав И. Л. Брауде, который рекомендует изъять из обращения корнцанг и абортцангом рекомендует пользоваться только для удаления частей плод-



ного яйца, уже отделенных кюреткой от стенки матки. Лучшими модификациями абортцанга являются шипцы Кипарского и Зенгера с круглыми тупыми концами.

Повреждения тела матки встречаются преимущественно в области нижнего сегмента или дна. Прободение может быть произведено в любой момент операции искусственного выкидыша: в подготовительном периоде, при расширении шейчного канала

и в течение самого процесса выскабливания. Об этом судят обычно по тому, что инструмент неожиданно уходит на большую глубину, а в некоторых случаях извлекается наружу сальник, петля кишки и т. п.

В большинстве случаев резкой перемены в состоянии оперируемой в момент перфорации не происходит, если только не нанесено каких-либо еще более серьезных повреждений вроде повреждения маточной артерии. В таких случаях возникает гематома широкой связки.



Рис. 105. Перфорация матки расширителем.

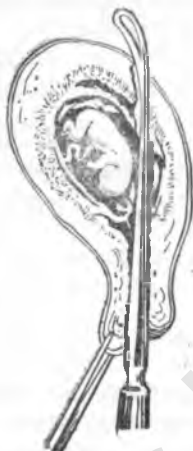


Рис. 106. Перфорация матки кюреткой.

**Распознавание.** Опасность заключается не только в самом факте прободения матки, но главным образом в том, что последнее не было своевременно распознано. В результате, кроме перфорации, возникают осложнения. В зависимости от этого встречаются: 1) неосложненные прободения матки без повреждений смежных органов и 2) осложненные прободения, сопровождающиеся повреждениями органов и извлечением их наружу (сальник, кишечная петля).

Вполне понятно, насколько важно во время прекратить операцию, чтобы не причинить вреда больной. Произведенное прободение не всегда воспринимается оперирующим. Между тем при внимательном отношении возможность прободения будет исключена, а, следовательно, и связанные с ним серьезные последствия.

**Профилактика.** Чтобы избежать повреждения матки при искусственном аборте, необходимо прежде всего отказаться от прерывания беременности путем выскабливания при поздних ее сроках, свыше 12 недель. Затем в процессе операции нужно соблюдать ряд предосторожностей и умело пользоваться инструментарием (см. описание техники прерывания беременности, данное на стр. 314).

Одномоментный метод опорожнения матки от плодного яйца с последующим выскабливанием при беременности поздних сроков не приемлем по следующим соображениям:

1) манипулирование инструментами вслепую в объемистой полости матки связано с техническими трудностями и возможностью повреждения тканей тела и шейки матки при извлечении костей;

2) невозможность быстрого полного отделения плаценты от стенок матки в силу технических трудностей неизбежно приводит к неравномерной ретракции маточной мускулатуры, что зачастую связано с обильным кровотечением.

В силу сказанного вопрос о сроках прерывания беременности явился даже предметом специального обсуждения Ленинградского акушерско-гинекологического общества в 1923 г. Было установлено, что наиболее благоприятным сроком для прерывания беременности является период от 6 до 10 недель. В это время плацента еще не вполне сформировалась, связь плодного яйца с маткой не так прочна, стенка матки представляется достаточно упругой и матка хорошо сокращается.

Поэтому для прерывания беременности поздних сроков применяют хирургические методы: малое брюшностеночное и влагалищное кесарево сечение (по методу Ю. А. Лейбчика).

Однако оба эти метода имеют существенный недостаток. При них нарушается целостность нервно-мышечного аппарата тела или шейки матки. При рассечении шейки матки (влагалищный метод) не всегда удается сохранить целостность круговой мускулатуры в области внутреннего зева, а при рассечении шейки в области наружного зева довольно часто наблюдается заживление вторичным натяжением или даже полное расхождение швов, что при последующей беременности неизбежно приводит к ее нарушению.

Все же влагалищный метод как внебрюшинный имеет большое преимущество перед брюшностеночным, так как послеоперационный период протекает лучше и срок нетрудоспособности укорачивается. Оперирование влагалищным путем дает возможность избежать последующих сращений матки с передней брюшной стенкой и соседними органами, избавляет от возможных в послеоперационном периоде резких болевых ощущений, от развития грыж и ослабления брюшной стенки, что далеко не безразлично для женщин, особенно занимающихся физическим трудом.

Но влагалищным методом могут пользоваться врачи, имеющие специальную хирургическую подготовку; этот метод по сравнению с брюшностеночным технически более сложен.

Все изложенные недостатки кровавых способов опорожнения матки являются основанием для ограничения их применения при беременности поздних сроков. Для прерывания беременности поздних сроков мы рекомендуем метод вливания за оболочки риванола; возможность повреждения мягких тканей при этом исключается, а опасность внесения инфекции невелика.

Брюшностеночное кесарево сечение целесообразно там, где одновременно с прерыванием беременности показана стерилизация. В тех же случаях, когда аборт производится при беременности сроком до 12 недель, надо принять за правило перед производством искусственного выкидыша обязательно точно определить положение матки и направление ее канала. Направление и длина канала определяются зондированием. Изъять зонд из акушерского инструментария, как это рекомендует Гентер, не следует; надо только умело, без насилия, им пользоваться.

Лечение. Необычайно трудно бывает выбрать правильный образ действия в тех случаях, когда имеется прободение матки без извлечения наружу (через перфорационное отверстие какого-либо органа, будь то сальник, петля кишок, стенка мочевого пузыря, так как в таких случаях нельзя полностью исключить возможность повреждения названных органов, что чрезвычайно опасно в отношении инфекции. В силу этого у врача неизбежно возникают колебания в выборе метода лечения.

Единомыслия среди клиницистов по вопросу тактики введения подобных больных не имеется. Одни из них считают возможным проводить консервативное лечение, другие же советуют во всех случаях без исключения придерживаться активного образа действия. Они считают консервативную методику опасной (Бережнов), так как никогда не может быть уверенности в том, что повреждена только маточная стенка и нет повреждения соседних органов, уверенности в асептичности случая.

Между тем хирургический метод дает возможность совершенно восстановить поврежденный орган, проконтролировать состояние окружающих органов (главным образом кишечника) и применить своевременно то или иное пособие, а стало быть, предупредить развитие дальнейших осложнений.

Консервативный метод лечения может быть допущен лишь как исключение, когда прободение произошло в больничной обстановке, было во-время замечено и врач уверен в том, что не имеется повреждения соседних внутренних органов, когда нет кровотечения и когда случай в смысле асептичности не вызывает у него никаких подозрений.

В общем же консервативное лечение представляет известный риск, так как не исключает возможности возникновения общего острого перитонита.

В зависимости от момента, в котором произошла перфорация матки (в начале операции искусственного выкидыша или в конце ее), в полости ее может находиться плодное яйцо либо целиком, либо частично. Это важно иметь в виду потому, что в первом случае при отсутствии кровотечения беременность можно сохранить, во втором же случае, убедившись в точной топографии места повреждения, опытный клиницист может довести операцию (осторожно!) выскабливания полости матки до конца.

Однако с подобной линией поведения, которой мы лично придерживаемся в течение многих лет, согласны не все клиницисты. Многие из них считают обязательным прекращение всех интратрамоточных манипуляций, как только несомненно установлено прободение, независимо от рода инструмента и момента операций; при этом безразлично, остается ли в полости все яйцо или только часть его (И. Л. Брауде, Г. Г. Геинтер, И. Ф. Жорданиа и др.).

Итак, если перфорация произведена в лечебном учреждении, случай свежий и в отношении асептичности не вызывает подозрений, если прободение произведено (тупым или острым инструментом), но без извлечения органов, больную можно вести консервативно, закончив выскабливание полости матки.

Больной предписывают абсолютный покой и холод на живот (пузырь со льдом). В целях лучшего сокращения матки и для закрытия перфорационного отверстия назначают препараты спорыньи (подкожно или внутрь), а для предупреждения инфекции — сульфаниламидные препараты и пенициллин. За больной устанавливается постоянное наблюдение. Если появится кровотечение или признаки перитонита, немедленно приступают к оперативному вмешательству. Прогноз в подобных случаях благоприятный.

Если прободение матки произведено во внебольничной обстановке, то нужно как можно скорее доставить больную в лечебное учреждение. Первая помощь будет состоять в том, чтобы в случае кровотечения затампонировать матку, а при выпадении петли кишечника или сальника вправить их стерильным тампоном лишь во влагалище, придав больной положение с опущенной головой и приподнятым тазом.

Чревосечение абсолютно показано в осложненных случаях, когда имеется повреждение органа. Размышлений в отношении применения хирургического действия быть не может, так как каждый час промедления ухудшает прогноз (инфекция).

Влагалищная методика при прободении матки не рекомендуется, так как она исключает возможность тщательного контроля органов брюшной полости, в частности, кишечника.

При операции по поводу прободения матки мы склоняемся исключительно в пользу брюшностеночного метода. При операции надо сразу решить вопрос, можно ли оставить матку или она подлежит удалению. Решающими факторами является степень повреждения маточной стенки и «чистота» случая. Особенно осторожным (в отношении оставления матки) надо быть в тех случаях, когда произошло поранение маточных сосудов и между листками широкой связки образовалась гематома. Не во всех случаях можно ограничиться расщеплением брюшины, удалением сгустков крови, скопившихся между листками, и перевязкой кровоточащих сосудов, а также зашиванием перфорированной стенки матки; в ряде случаев, где повреждены основные ветви

маточной артерии и больная продолжает терять много крови, следует удалять матку. При оставлении матки перевязывать надо только кровоточащие сосуды. Обкалывать кровоточащие места *en masse* надо очень осторожно ввиду возможности поражения мочеточника.

Что касается удаления из матки плодного яйца или его остатков, то существует несколько методов. В одних случаях удаление плодного яйца производится через влагалище, в других — через перфорационное отверстие, т. е. *per abdomen*. Выскабливание матки через влагалище делают либо при открытой брюшной полости с целью более тщательного контроля, либо по окончании операции, т. е. когда матка зашита, а брюшная полость закрыта. При втором способе выскабливания имеется большая опасность повреждения линии швов, а опасность инфицирования по сравнению с первым способом несколько не меньше.

В отношении тщательности удаления плодного яйца или его остатков несомненное преимущество имеет брюшной путь. С этой целью перфорационное отверстие несколько расширяют и через него удаляют части плодного яйца (Бекман). Единственно основательным возражением может явиться боязнь занесения инфекции в брюшную полость (перитонит!), но при наличии повреждения матки это возражение, конечно, отпадает.

Удалив части плодного яйца, полость матки протирают марлевым тампоном, смоченным эфиром, после чего послойно зашивают стенку матки. Накладывают узловатые кетгутные швы, не проникая в полость матки. По протяжению шва в стенку матки вводят 200 000 единиц пенициллина и 1 мл питуитрина или адреналина, или эрготина.

Восстановив нарушенную целостность матки, приступают к осмотру сальника, петель кишечника и пр. В необходимых случаях резецируют или перевязывают сальник, зашивают кишку и даже частично ее выключают. Надо помнить, что иногда бывает достаточно одного ущемления кишечной петли между браншами корнцанга, чтобы наступило омертвление данного участка кишки.

В случаях осложненных прободений матки, инфицированных или подозрительных на инфекцию, производят экстирпацию матки. С удалением матки создается возможность лучшего естественного дренажа, и шансы на благоприятный исход заметно повышаются. Нельзя забывать, что распространение инфекции из матки происходит не только через перфорационное отверстие, но и по лимфатическим и кровеносным сосудам, через параметрии и трубы.

Таким образом, удаление матки показано при небезупречной асептике (где имеется подозрение на инфекцию, где ожидается нагноение), при обширных разрушениях стенки матки, при повреждении основных маточных сосудов (возможность образования в параметрии большой гематомы), при сквозных поражениях кишечника, мочевого пузыря, аппендикса и т. д.

Абсолютно показана экстирпация перфорированной матки, ткань которой имеет признаки злокачественных процессов, как, например, при раке или при деструкующем пузырьном заносе (*mola destruens*). Если инфекцию только подозревают, а матку по ряду соображений желательнее сохранить, перфорационное отверстие особенно тщательно закрывают, а брюшную полость промывают либо перекисью водорода, либо раствором риванола (1:1 000), либо вливают в нее эфир. Мы в течение многих лет в случаях, подозрительных на инфекцию, вливаем в брюшную полость 20 мл наркозного эфира, а в параметральную клетчатку вводим 200 000—300 000 единиц пенициллина. Сразу после операции производят переливание крови и принимают меры к поднятию сердечной деятельности. В послеоперационном периоде применяют сульфаниламидные препараты внутрь или делают инъекции пенициллина.

При операции, производимой влагалитным путем, обязателен дренаж через задний влагалитный свод.

## XI. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Аппендицит и беременность

Этиология. Во время беременности увеличивающаяся в объеме матка постепенно перемещается из малого таза в большой и, в конце концов, заполняет почти всю брюшную полость. В результате этого внутренние брюшные органы (желудок, кишечник, печень, поджелудочная железа, почки, мочевой пузырь) в большей или меньшей степени сдавливаются. Особенно резкие изменения претерпевают внутренние органы к концу беременности, когда дно матки достигает уровня подложечной области. Всякого рода чрезмерное уменьшение брюшной полости, происходит ли оно за счет большого растяжения матки (многоводие, многоплодие) или за счет роста матки при малом объеме брюшной полости (например, при кифозе), еще в большей степени ухудшает состояние организма женщины и приводит к ряду осложнений.

Подвижность кишечника позволяет ему ускользать от сдавления растущей беременной маткой, но одновременно с этим происходит смещение его вверх по направлению к диафрагме и несколько влево (матка совершает поворот вокруг своей оси к правой боковой брюшной стенке). Смещение слепой кишки вверх может достигнуть высокой степени, особенно при подвижной слепой кишке (*coecum mobile*). Она может со своим отростком оказаться даже у края печени. По данным некоторых исследований, только у 21% женщин слепая кишка не обладает свободной подвижностью.

Поликарпов при всех аппендэктомиях при беременности находил слепую кишку значительно выше обычного. Н. А. Виноградов указывает, что слепая кишка, как правило, смещается вверх, начиная с V месяца беременности; максимальное смещение бывает на VII месяце беременности, а на X месяце она опускается. При этом положение слепой кишки у беременной в вертикальном положении является более постоянным, а в горизонтальном положении сильно изменчивым. Со смещением слепой кишки нарушается обычная локализация процесса, а потому характерные точки болезненности не отмечаются.

Обычно организм с этими изменениями справляется, приспосабливаясь к новым требованиям, которые предъявляет к нему беременность. В ряде же случаев беременность обостряет имеющиеся заболевания или способствует проявлению тех или иных осложнений. Это наблюдается преимущественно в тех случаях, когда кишечник бывает фиксирован старыми сращениями либо с брюшной стенкой, либо с соседними органами (матка и ее придатки) или когда имеются сращения между отдельными петлями кишечника.

Наличие спаек вокруг червеобразного отростка вызывает его смещение, перегиб и задержку в нем содержимого. Под влиянием смещения создаются благоприятные условия для расстройства кровообращения, а также для возникновения застойных явлений в брюшной полости, в частности, в кишечнике.

Вследствие гиперемии слизистая оболочка кишечника становится отечной, разрыхленной, легко ранимой и доступной для инфекции. Однако обострение хронического аппендицита происходит не только в результате увеличения объема матки и ее смещения. Беременность, по замечанию Н. А. Виноградова, «способствует обострению процесса в силу наличия гипомоторной дискинезии кишечника». Он установил гипомоторную дискинезию рентгенологически. «Понижение тонуса симпатической нервной системы вследствие нарушения коллоидного равновесия приводит к понижению перистальтики и вялости кишечника: создается застой фекальных масс. В результате этого изменяется среда, и постоянно содержащаяся в кишечнике инфекция становится особо вирулентной». Однако некоторые клинические акушеры с подобным толкованием не согласны. Они считают, что гиперемия тазовых органов во время беременности, наоборот, благоприятствует рассасыванию воспалительных очагов. Отрицать благоприятное влияние гиперемии на рассасывание воспалительного инфильтрата не приходится; однако установлено, что одновременно с гиперемией больному органу необходим покой. Между тем происходящее смещение и перегиб воспаленного и фиксированного червеобразного отростка не обеспечивают необходимого покоя. Поэтому ограничение воспалительного процесса в правой подвздошной ямке, которое обычно происходит вне беременности, во время последней отсут-

ствует. В силу этого создаются условия для распространения инфекции из местного очага.

Однако не только прогрессирующая беременность оказывает неблагоприятное влияние на течение аппендицита. Опорожнение беременной матки и уменьшение ее объема (аборт, роды) также могут вызвать разрыв стенок инкапсулированного очага и привести к перитониту, так как при схватках неизбежно нарушаются спайки и сращения и нередко разрывается червеобразный отросток.

Таким образом, во время беременности создается ряд неблагоприятных моментов, осложняющих течение аппендицита. К ним относятся: 1) смещение слепой кишки с червеобразным отростком; 2) смещение сальника — природного «пластыря», ограничителя воспалительных очагов; 3) препятствия, создаваемые беременной маткой для скопления и осумкования гноя в дугообразном пространстве, и др.

Отсутствие этих анатомо-топографических особенностей в небеременном состоянии и в ранние сроки беременности обуславливает лучший исход аппендицита, чем к концу беременности. Аппендицит во второй половине беременности часто приводит к преждевременным родам, которые в свою очередь неблагоприятно влияют на течение аппендицита, вызывают тяжелые осложнения и нередко кончаются смертью.

Вопросу аппендицита посвящена обширная литература, которая показывает преобладание аппендицита у женщин в возрасте 20—30 лет, т. е. в периоде деторождения.

Клинически различают три формы воспаления червеобразного отростка: острую, подострую и хроническую. Патологоанатомы говорят только об остром воспалении; изменения, которые встречаются при подостром и хроническом аппендиците, они считают следствием острого аппендицита. Изменения при аппендиците бывают различными, что зависит от характера инфекции, степени распространения воспалительного процесса и индивидуальных особенностей организма.

Клиническая картина и диагноз острого и хронического аппендицита. Распознать аппендицит во время беременности нелегко как в ранние, так и в поздние сроки беременности, так как многие симптомы, свойственные аппендициту, характерны также для беременности (тошнота, рвота, запоры и др.). Отсюда понятно, насколько осторожно надо оценивать те или иные симптомы, имеющиеся у больной.

Для распознавания аппендицита существенное значение имеют анамнез и лабораторные исследования, однако основное место должно быть отведено клиническому наблюдению.

Приступ острого аппендицита. Возникновение приступа острого аппендицита сопровождается рядом признаков. Внезапно появляется односторонний *défense musculaire* и вместе с тем сильная боль справа внизу живота; боль в некоторых слу-



чаях нарастает постепенно. При беременности раннего срока болезненность отмечается обычно в точке Мак Бурнея. При беременности позднего срока болезненность определяется в правой подреберной области (смещение аппендикса, вызванное увеличением матки) (рис. 107); температура повышается до 39°, а иногда до 40°; пульс учащен, но не соответствует полностью температуре; язык сух и обложен желтоватым налетом; бывает рвота и тошнота. Термометр, поставленный в подмышечную впадину,



Рис. 107. Смещение растущей маткой слепой кишки с червеобразным отростком.

а затем в прямую кишку, показывает разницу в 1° и даже немного больше (в норме разница — 0,4—0,5°).

Ощупывание живота весьма болезненно и часто затруднено вследствие большой величины матки и напряжения брюшного пресса. Нередко практикуемое врачами слишком усердное ощупывание живота нежелательно, так как оно способствует разминанию имеющегося в некоторых случаях инфильтрата. Растянutosть и напряжение живота нередко маскируют метеоризм и столь важное для распознавания аппендицита *défense musculaire*.

Но часто эти признаки, как и результаты лабораторных исследований, мало доказательны.

В тех же случаях, когда воспаление затрагивает брюшину на большом протяжении, клиническая картина протекает еще тяжелее, особенно в случаях прободения червеобразного отростка и при септическом перитоните. В подобных случаях (септический перитонит) имеет место бурное начало с потрясающим ознобом. Пульс малого наполнения, частый. Живот представляется не вздутым, а плоским: прикосновение к нему всюду болезненно. Дыхание поверхностное, частое, так как глубокое дыхание причиняет резкую боль в животе. Лицо приобретает характер *facies hippocratica*. Конечности холодеют; выступает клейкий холодный пот.

Клинически различают три разновидности острого аппендицита:

1) катарральная форма (*appendicitis catarrhalis, s. simplex*) — в воспалительный процесс вовлечение брюшины не обязательно: в зависимости от того, вовлечена ли в воспалительный процесс брюшина, выпот имеет серозный или серозно-гнойный характер;

2) гнойный аппендицит прободной (*appendicitis purulenta, s. perforativa*) — налицо гнойное воспаление брюшины, которое либо быстро осумковывается, либо переходит в разлитое воспаление;

3) гангренозный аппендицит (*appendicitis gangraenosa*) — острая форма, которая нередко начинается молниеносно и вызывает септический перитонит; очень редко осумковывается.

К группе острого аппендицита относятся и случаи, которые идут под диагнозом паратифлита (воспаление клетчатки, лежащей позади и около слепой кишки) и имеют склонность к гнойному расплавлению клетчатки и к образованию ретроцекального абсцесса (по В. Розанову).

Хронический аппендицит является продолжением когда-то бывшего острого процесса. При хроническом аппендиците беременная жалуется на боли в правой половине живота, которые нередко обостряются; боли отдают нередко в правую ногу. Большая жалуется также на болевые ощущения в подложечной области и запоры, которые иногда сменяются поносами (колит).

Диагностика значительно облегчается, если в анамнезе отмечены частые запоры, постоянное употребление слабительных или приступ аппендицита отмечался до беременности. Попытка ощупать остатки инфильтрата в области слепой кишки (после бывшего приступа) у беременной остается в большинстве случаев безрезультатной. Иногда постановке диагноза помогает симптом Ровзинга, который состоит в том, что толчкообразные надавливания на нисходящую толстую кишку болезненно отзываются в слепой кишке, вовлеченной в воспалительный процесс; этих болевых ощущений не бывает при заболевании придатков.

Приступу аппендицита обычно предшествует скрытое воспаление, которое вызывает те или иные изменения в червеобразном отростке и тем самым подготавливает почву для острого приступа, который возникает во время беременности, родов или в послеродовом периоде.

Хронический аппендицит представляет собой затихшую (холодную) форму, которая таит в себе опасность новой вспышки.

**Д и ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з.** Топографическая близость правых придатков матки и червеобразного отростка создает возможность перехода воспаления с отростка на придатки (*lig. appendico-ovariale*). Кроме того, повод к ошибкам может дать правосторонняя внематочная беременность; при ней шок выражен больше, выступают явления внутреннего кровотечения, налицо схваткообразные боли, отдающие в лопатку (*phrenicus symptom*), в то время как при аппендиците боли постоянного характера. Кроме того, при внематочной беременности менее болезненна пальпация живота.

Реакция оседания эритроцитов, картина крови, гормональная реакция Цондек-Ашгейма и, наконец, пробная пункция облегчают распознавание.

Особенно трудно дифференцировать аппендицит от пиелита. причем нередко оба эти заболевания комбинируются. В таких случаях обычно помогает исследование мочи, цистоскопия,

катетеризация. Имеется значительная разница температуры в подмышечной впадине и в rectum. Наконец, при пиэлите бывает ясно выражен симптом Пастернацкого.

Бурные болевые явления могут наблюдаться также при ущемлении камня в желчных путях (cholelithiasis). Здесь помогает анамнез, наличие болевой точки, расположенной на уровне XII грудного позвонка на 2—3 поперечных пальца вправо от его тела, желтушная окраска склер и др.

Могут привести к неправильному диагнозу перекручивание опухоли правого яичника, затем ruosalpik, острый перитонит на почве перфорации язвы желудка или на почве попыток прерывания беременности, кишечная непроходимость.

Лечение — оперативное.

При остром аппендиците необходимо оперативное вмешательство в первые 24 часа от начала приступа, причем рану зашивают наглухо, и прерывания беременности не требуется.

Глухое зашивание брюшной раны применяют, чтобы создать для предстоящих родов надежный брюшной пресс и предупредить эвентрацию кишок, если роды наступают вскоре. В нужных случаях (явления перитонита) вполне показан дренаж по Микуличу.

Чтобы подойти к червеобразному отростку, можно воспользоваться несколькими путями. При беременности раннего срока (6—10 недель) в незапущенных случаях, когда имеется уверенность, что слепая кишка подвижна и что поражен только червеобразный отросток, показан способ Мак Бурнея. При беременности позднего срока более показан срединный разрез брюшной стенки (медиальная лапаротомия), так как при нем возможно детально исследовать брюшную полость, подробно осмотреть соседние органы, которые могут быть поражены одновременно с отростком.

При способе Мак Бурнея разрез делают возможно более кнаружи, проводя его ниже и внутри от spina iliaca superior. Направление разреза должно быть параллельно складкам кожи. По вскрытии кожи, клетчатки и апоневроза скальпелем разделяют сначала сухожильные волокна большой косой мышцы, затем сухожилия малой косой мышцы и, наконец, разрезают продольно или поперечно брюшину.

По вскрытии брюшины приподнимают брюшную стенку и осматривают слепую кишку. Затем ее выводят тупым пинцетом или пальцами наружу и оттягивают кверху и к середине, чтобы лучше видеть заднюю поверхность илеоцекального угла.

В редких случаях червеобразный отросток не виден, так как он спрятан в стенке слепой кишки. Путем ощупывания пальцами удается точно определить его положение. После этого проводят разрез по наружному краю червеобразного отростка, освобождают последний и восстанавливают таким образом его брыжейку. Если слепая кишка не может быть выведена наружу, что обык-

новенно наблюдается в тех случаях, когда она плотными спайками прикреплена к задней подвздошной области, надо надрезать париетальную брюшину вдоль всего наружного края слепой кишки, после чего последняя получит подвижность.

Имея свободный червеобразный отросток, надо прежде всего перевязать его брыжейку, что достигается проведением под червеобразным отростком, ближе к месту выхода его из слепой кишки, кетгутовой лигатуры, которой брыжейку стягивают по направлению к свободному краю, а затем аппендикс от нее отсекают возможно ближе к месту его выхода. Нередко после отсечения брыжейки от отростка наблюдается значительное кровотечение, которое происходит из маленькой артерии, расположенной на месте соединения аппендикса и слепой кишки. В таких случаях надо обязательно отдельной тонкой лигатурой перевязать сосуд, иначе может образоваться гематома. Поэтому при перевязке брыжейки надо всегда под контролем зрения, растянув слегка последнюю, определять тугое место вкола иглы; эта манипуляция дает возможность избежать указанного осложнения. Место отсечения аппендикса (ближе к слепой кишке) зажимают пинцетом Кохера, а затем перевязывают (по снятии пинцета) лигатурой, конец которой после перевязки отрезают. Выше перевязки отсекают аппендикс и место перевязки смазывают настоеккой йода. Инструменты по выполнении данного момента операции меняют. Образовавшуюся культю погружают в карман, образованный из наружного покрова слепой кишки в месте выхода червеобразного отростка. Погружение культи производят при помощи анатомического пинцета. После погружения культи стенку зашивают тонким шелком.

По окончании операции осматривают восходящую кишку и петли тонкого кишечника, чтобы быть уверенным в отсутствии перегибов и сдавлений спайками и сращениями, которые должны быть уничтожены.

При медиальной лапаротомии разрез брюшной стенки производят по средней линии; послойно вскрывают кожу, подкожную клетчатку, апоневроз, мышцы и брюшину; в дальнейшем поступают, как было сказано выше.

При аппендэктомии в неосложненных случаях, производимой у беременной, не нужен ни искусственный выкидыш, ни удаление плодного яйца *per abdomen*. Давние статистики показывают, что при условии минимальной травматизации окружающих тканей оперативное вмешательство редко ведет к нарушению беременности, в то время как удлинение разреза, потягивание за брюшину, введение тампонов в малый таз, травмирование матки и придатков могут явиться причиной ее прерывания (Н. А. Виноградов). В тех же случаях, когда налицо явления раздражения брюшины, предпочтительно пользоваться, как уже указывалось, медиальным разрезом. Когда речь идет об удалении

червеобразного отростка в конце беременности, особенно при начинающемся перитоните, необходимо освободить матку от плодного яйца.

При перитоните на почве аппендицита в конце беременности Гентер рекомендует сначала опорожнить матку, а затем удалить червеобразный отросток, так как оказание акушерской помощи после предшествующей тяжелой операции — аппендэктомии — может ухудшить послеоперационное течение.

В пользу опорожнения матки при остром осложненном аппендиците говорит и то, что в результате операции наблюдается значительный процент абортот и преждевременных родов. Причина преждевременного прерывания беременности заключается в травме, которая наносится во время операции. Трудно решить вопрос о предпочтительности влагалищного или брюшностеночного метода прерывания беременности. Несомненно, что прерывание беременности через влагалище имеет явные преимущества по сравнению с прерыванием ее через брюшную стенку путем кесарева сечения. Прерывание беременности влагалищным путем обуславливается степенью подготовленности родовых путей, сроком беременности, состоянием плода и состоянием женщины. В одних случаях, при подготовленном зеве, возможно наложение щипцов, извлечение, перфорация головки плода с последующей краниоклазией, а в других, при неподготовленном зеве, — влагалищное кесарево сечение. И только в тех случаях, где прерывание беременности влагалищным путем в силу тех или иных причин не представляется возможным, производится кесарево сечение. После кесарева сечения удаляют матку с последующим дренированием брюшной полости.

Красовицкий сообщил о случаях прободного аппендицита с начинающимся гнойным перитонитом при беременности на VII и VIII месяце, когда им было произведено кесарево сечение с одновременным удалением червеобразного отростка. Он руководствовался тем, что выкидыш так или иначе наступил бы, а это, несомненно осложнило бы течение послеоперационного периода. Между тем кесарево сечение значительно безопаснее и легче для больной. Возможность рецидива аппендикулярного приступа, который зачастую протекает несравненно тяжелее, чем предшествующий, обязывает врача оперировать больную вскоре же после благополучно перенесенного приступа, не дожидаясь нового. Беременных надо оперировать при установлении аппендицита в любой фазе воспаления. Н. А. Виноградов считает, что при аппендикулярном инфильтрате у беременной надлежит принять все меры к его ограничению и рассасыванию. После рассасывания инфильтрата показана аппендэктомия. Недопустимо выписывать из стационара беременную с аппендикулярным инфильтратом.

В пользу немедленного оперирования при распознанном аппендиците говорят клинические наблюдения. Оперированные

в первый день приступа, почти как правило, выздоравливают; более позднее оперативное вмешательство резко ухудшает прогноз.

При разлитом септическом перитоните операция должна быть произведена обязательно в первые часы заболевания, иначе прогноз почти безнадежен. В таких случаях принцип широкого дренирования брюшной полости должен быть положен в основу операции.

При гнойнике в дугласовом пространстве, как правило, вскрывается задний свод и через него выводится во влагалище дренаж (Макаренко). Во всех случаях гангренозного и перфоративного аппендицита и перитонита обязательно вводить противогангренозную и противоколитную сыворотку как внутрь брюшной полости, так и внутримышечно.

Беременная, перенесшая аппендэктомию, должна считаться нетрудоспособной в течение 30—35 дней с момента операции. Срок потери трудоспособности может быть удлинен в зависимости от профессии беременной, тяжести случая, произведенного вмешательства и характера заживления раны (Макаренко).

Прогноз зависит от клинической картины заболевания. Имеют значение, кроме того, еще два фактора: в каком периоде беременности (срок) произошел приступ аппендицита и как скоро от момента приступа произведена операция (в какой стадии).

Беременная свыше 4 месяцев матка, как уже отмечалось выше, сильно изменяет топографические соотношения в брюшной полости. Рост матки обуславливает сглаживание границы между отдельными гноевместилищами при осумковании аппендикулярного гнойника, что способствует разлитию гноя в брюшную полость и распространению перитонита. Особенно тяжело предсказание при прободном аппендиците во время беременности.

Статистические данные показывают, что чем ранее диагностирован аппендицит и чем скорее беременная оперирована, тем лучший бывает исход.

Предсказание лучше при ограниченных гнойниках, но и здесь нужно помнить, что наступившие вслед за операцией роды могут привести к общему перитониту в зависимости от разрушения спаек и сращений. Следовательно, и в этих случаях одновременно с удалением червеобразного отростка необходимо производить опорожнение матки от ее содержимого. При производстве аппендэктомии надо помнить все указания в отношении смещения слепой кишки при беременности. Вследствие этого разрез брюшной стенки следует производить выше, матку не травмировать.

В послеродовом периоде аппендицит встречается редко. Легкие формы обычно просматриваются, тяжелые принимаются за острое послеродовое воспаление правых придатков.

Прогноз печален, особенно если оперативное вмешательство запоздалое или не применяется совсем.

## Непроходимость кишечника и беременность

При обычных условиях сдавления кишечника во время беременности не происходит, несмотря на рост матки и смещение внутренних органов. Подвижность кишечника и его свойство изменять просвет позволяют приспособляться к новым условиям, возникающим при беременности. Поэтому случаи непроходимости кишечника во время беременности встречаются редко.

Беременная или послеродовая матка сама по себе не может явиться первопричиной данного осложнения; в противном случае непроходимость кишечника при беременности встречалась бы гораздо чаще. Непроходимость кишечника возникает обычно при наличии спаек и сращений, рубцов, образовавшихся после перенесенных операций или воспалительных процессов, удлиненной брыжейки, опухолей и т. п.; значительно реже причиной непроходимости бывает инвагинация и грыжи.

При беременности имеются три периода, которые являются критическими в смысле возможности развития непроходимости кишечника:

- 1) выход матки из полости малого таза кверху (III—IV месяц беременности);
- 2) опускание головки в конце беременности;
- 3) внезапное уменьшение матки после родов с быстрым изменением внутриматочного давления.

В эти периоды чаще наблюдаются завороты, перегибы и сдавления кишечника, так как легче происходит смещение и сдвиги последнего. В результате сдавления кишечника беременной маткой приводящий участок кишки, встретив препятствие, перекручивается вокруг своей оси; трудно представить, чтобы непроходимость кишечника вызывалась исключительно сдавлением матки.

Обычно в ряде случаев причина возникновения непроходимости кишечника заключается не в механическом сдавлении кишечника беременной маткой, а в понижении его тонуса (нарушение моторной функции) при заболеваниях центральной нервной системы; причиной ослабления тонуса (пареза гладкой мускулатуры) является, повидному, инфекция или интоксикация (следствие токсикоза беременности) или острые заболевания брюшной полости.

Соответственно причинам возникновения непроходимости кишечника можно говорить о странгуляционной, обтурационной и динамической форме непроходимости. При странгуляционной непроходимости имеется явная механическая причина, повлекшая за собой не только закупорку или сдавление просвета кишки, но и расстройство кровообращения и питания пораженного участка кишки. При обтурационной непроходимости происходит только закупорка просвета кишки, но без нарушения питания кишечной стенки; только в результате длительного стаза позднее

может наступить нарушение питания пораженного участка кишки. Динамическая форма, при которой не отмечается изменений со стороны стенки кишки и ее брыжейки, зависит либо от пара-лича, либо от спазма кишечника (рис. 108 и 109).

**Распознавание.** Распознать непроходимость кишечника при беременности очень трудно. Часто, особенно в конце беременности, непроходимость смешивают с начинавшимися родами (наблюдения Судакова, М. Найдича и др.), и только внимательное наблюдение за беременной выясняет, имеются ли схватки. Напряженный, резко болезненный при дотрагивании живот не дает возможности определить контуры матки и тем самым проверить, имеется ли родовая деятельность. Только влагалищное исследование может разрешить вопрос, началась ли родовая деятельность или схваткообразные боли являются следствием непроходимости кишечника. Чтобы отличить родовые боли от болей, вызванных непроходимостью кишечника, Жаботинский рекомендует пальпацию беременной матки для определения ее свойства (сокращается ли матка). По нашему мнению,



Рис. 108. Заворот самого нижнего отрезка тонких кишок (ilei) на 360°



Рис. 109. Странгуляционная форма непроходимости. Ущемление тяжем.

пальпация не всегда возможна при болях, а потому признак этот мало доказателен. Распознавание непроходимости кишечника легче при беременности до VI—VII месяца, так как другие сопутствующие осложнения (киста, спайки, рубцы) чаще дают знать о себе задолго до значительного увеличения размеров матки (М. Найдич). Непроходимость кишечника при беременности и опухолях развивается остро; при экссудатах, напротив, — медленно, постепенно. Необходимо тщательное наблюдение, иначе непроходимость может быть не распознана,

оперативная помощь запоздает и беременная погибнет.

Ранний симптом заворота — упорные запоры — часто просматривается, так как беременные нередко страдают запорами. Основными признаками непроходимости кишечника являются: резкое увеличение объема живота, сильное расширение приводящего отрезка кишки, стойкое нарушение функций кишечника с задержкой отхождения газов. Рвота имеет относительное значение, хотя она бывает чаще, чем отмечается обычно при родах. Рвотные массы не всегда имеют коричневую окраску и каловый запах. Рвота каловыми массами наблюдается лишь в случаях



клинически тяжелых, когда уже наступила гангрена кишечника. У больных тогда наблюдается *facies hippocratica*, резкое ослабление сердечной деятельности и нарастающий коллапс.

Для непроходимости кишечника характерна резкая перемена в общем состоянии больной, развивающаяся в течение нескольких часов: учащается рвота, пульс становится частым и слабого наполнения, еще резче вздувается кишечник и рельефнее проявляется *défense musculaire*; температура поднимается сравнительно немного. При далеко зашедших случаях непроходимости наступает перитонит со всеми свойственными ему симптомами.

При проведении дифференциальной диагностики следует учитывать, что резкое увеличение объема живота может быть объяснено и другими причинами — острым чрезмерным скоплением плодных вод, перитонитом и др. Надо исключить также приступы, связанные с прохождением камней через мочеточник или через *ductus choledochus*, пиэлит, неукротимую рвоту, внематочную беременность.

**Прогноз.** Предсказание неблагоприятное. Смертность матерей, по данным Русина, Найдича и др., довольно высокая.

Для развития непроходимости возраст женщины и количество беременностей, повидимому, значения не имеют. Заболевание обычно встречается на V—VI месяце, но чаще — в конце беременности и во время родов. В послеродовом периоде непроходимость кишечника наблюдается чаще, чем во время беременности и родов.

**Лечение.** Если первые попытки устранить явления непроходимости посредством клизм [1) 10% гипертонический раствор поваренной соли или 2) хинина 1,0 + спирта 10,0 + физиологического раствора поваренной соли 60 мл], положения *à la vache*, подкожного введения атропина, питуитрина, грелок на живот оказались безрезультатными, следует приступить к операции, предпослав ей переливание крови и начав внутримышечные инъекции пенициллина.

При малейшем нарастании признаков непроходимости или в случаях сомнительных медлить с операцией не следует. Вопрос о пробном чревосечении должен быть разрешен в положительном смысле. Лихтенштейн в своей работе указывает, что из 92 оперированных больных 45 выздоровели (49% выздоровления), а 25 неоперированных погибли (по Найдичу). Однако по вопросу о хирургическом лечении непроходимости полного единодушия среди авторов нет. Некоторые из них придерживаются консервативного направления (Мусатов), считая, что нередко можно ограничиться родоразрешением, после которого непроходимость кишечника ликвидируется; чревосечение, если понадобится, можно произвести после родоразрешения. Другие авторы, учитывая опасность выжидания, настаивают на активном методе лечения. Чревосечение преследует две цели: 1) скорее устранить причину непроходимости (перекручивание, инваги-

нация, ущемление и т. д.) и 2) добиться опорожнения матки, которое производится одновременно или непосредственно за этой операцией. Колебаний в вопросе о прерывании беременности быть не должно, когда срок ее близится к концу; при беременности малого срока с опорожнением матки можно повременить, но больную необходимо поместить в стационар, где ей в любой момент можно оказать необходимую помощь.

В зависимости от особенностей данного случая представляется возможность выбора брюшностеночного или влагалищного метода кесарева сечения. Если плод жизнеспособен, брюшная полость не инфицирована, то после устранения непроходимости можно сделать брюшностеночное кесарево сечение. Если плод жизнеспособен, но брюшная полость инфицирована, после устранения непроходимости прерывание беременности следует произвести влагалищным путем. Если женщина находится в родах, то при чревосечении сначала надо устранить непроходимость, а затем окончить роды *per vias naturales*. Некоторые авторы, например, Д. Н. Атабеков, считают более целесообразным прежде всего опорожнить матку *per vias naturales*, а затем приступить к чревосечению.

Если же родовая деятельность не наступила, чревосечение надо сочетать с искусственным родоразрешением. В тех случаях, когда больная настаивает на сохранении беременности, на это можно согласиться, предупредив ее о возможных последствиях.

При операции необходимо следить за тем, чтобы растянутая газами кишка могла сократиться. Это достигается введением *per rectum* газоотводной резиновой трубки. Если кишка плохо сокращается, делают прокол ее иглой с последующим зашиванием.

Обращение с кишечником должно быть весьма бережным. Слайки обычно рассекают, заворот раскручивают, кисты и другие опухоли удаляют. Участки кишки, где серозный покров на большом протяжении сильно нарушен или имеется гангренизирующая поверхность, должны быть удалены во избежание перитонита.

При завороте *Plexus sigmoidea* следует по возможности ограничиться раскручиванием заворота и укорочением брыжейки, а в случае необходимости произвести резекцию кишки.

### Перекрученная киста яичника и беременность

Различают две формы кист яичников: стебельчатую (на ножке) и межсвязочную, развивающуюся между листками широкой связки. Межсвязочные кисты отличаются своей неподвижностью. Этого рода опухоли встречаются сравнительно редко; обычно встречаются опухоли, лишь припаянные к заднему листку широкой связки, так называемые псевдомежсвязочные опухоли.

С клинической точки зрения большее практическое значение имеет стебельчатая форма (опухоль развивается не в направлении свободной брюшной полости), при которой нередко бывает перекручивание ножки.

В ножку яичниковой кисты входят: брыжейка яичника, собственная связка яичника, маточный конец яйцевода, воронкообразная связка и кровеносные сосуды (артерии и вены), питающие опухоль. В перекрученную ножку иногда вовлекается саленник и кишечник. С ростом опухоли ножка обычно утолщается и вытягивается, иногда в значительной степени. Перемещение и поворот опухоли в брюшной полости связаны с перекручиванием ножки опухоли (*torsio pedunculi*) от  $90^\circ$  до  $360^\circ$  и даже больше.

Чем длиннее ножка, тем благоприятнее условия для перемещения опухоли из малого таза в большой, а вместе с тем и для более сильного перекручивания ножки.

Перемещение опухоли из малого таза в большой может вызвать подтягивание матки вверх, что нередко приводит к выкидышу. Одновременно с этим смещаются петли кишечника и саленник.

Степень подвижности обусловлена величиной опухоли и длиной ножки. В отдельных случаях опухоль настолько вкочлачивается в малый таз, что не представляется возможным ее оттуда вывести даже под наркозом; при чревосечении такая опухоль выводится легко.

Механизм перекручивания ножки опухоли может быть понят с точки зрения закона силы инерции. Ножка, как правило, не подходит к центру опухоли, в силу чего при резких вращательных движениях тела больной (танцы, гимнастические упражнения и пр.) возникают условия для поворота ножки вокруг собственной оси. При остановке вращательного движения тела вращение опухоли, особенно если содержимое ее жидкое (киста яичника), продолжается в силу инерции в первоначальном направлении, что приводит к перекручиванию. Перекручиванию опухоли способствует также перемещение тела больной из горизонтального положения в вертикальное.

Факторами, способствующими перекручиванию ножки, являются несимметричная форма и неравномерный (односторонний) рост самой опухоли, ее величина, разница давления в сосудах ножки опухоли (гемодинамическое перекручивание). Перекручиванию благоприятствует кишечная перистальтика, изменение внутрибрюшного давления, наличие беременной матки и т. п. Перекручиванию могут предшествовать спайки и сращения соседних органов с ножкой опухоли (в 72%).

Перекручиваются как солидные, так и кистовидные опухоли; из кистовидных чаще перекручиваются однокамерные опухоли.

Злокачественные опухоли перекручиваются реже доброкачественных ввиду склонности их к образованию сращений.

Частота перекручиваний колеблется от 15 до 20% всех стебельчатых опухолей.

Одновременное двустороннее перекручивание кист — явление редкое. Перекручивание ножки левосторонней опухоли происходит обычно по ходу часовой стрелки, а правосторонней — против хода часовой стрелки.

Возраст больных, у которых отмечается явление перекручивания, различный, но преимущественно это женщины чадородного возраста. Отмечено, что перекручивание чаще наблюдается у рожавших.

С перекручиванием ножки обычно нарушается кровоснабжение опухоли, причем сдавливаются тонкостенные вены, а не артерии. В результате этого величина опухоли часто возрастает и цвет ее становится темнобагровым или фиолетовым, а со временем коричневым. Под влиянием кровоизлияния в опухоль нередко происходит разрыв ее стенки с излитием содержимого в брюшную полость. Возникает экссудативный перитонит нагноение или омертвление опухоли. В отдельных случаях перекрученная опухоль может совершенно открутиться («свободное тело»).

Отделившаяся опухоль может привиться к сальнику и продолжать развиваться за счет его кровоснабжения.

Зачастую женщина не подозревает о наличии у нее кисты, так как развитие последней нередко происходит почти бессимптомно; только при перекручивании ножки опухоли появляется боль в животе и другие симптомы.

Развитие симптомов находится в прямой зависимости от степени перекручивания ножки (неполное, полное, многократное) и быстроты, с которой происходит перекручивание ее вокруг собственной оси. В тех случаях, когда перекручивание ножки повлекло за собой полное нарушение ее кровоснабжения, клиническая картина бывает особенно тяжелой. Резким болям в животе сопутствует метеоризм, пульс учащен, отмечается тошнота, а иногда даже рвота. Нередко у больной развивается состояние коллапса.

Зачастую явления перекручивания проходят, и состояние больной улучшается. При дальнейшем перекручивании вновь появляются указанные симптомы, и клиническая картина становится еще более тяжелой. Поэтому при подозрении на перекручивание кисты больная должна быть направлена в стационар.

**Клиническая картина при остром перекручивании ножки опухоли.** Явления перекручивания обычно возникают внезапно после какого-либо физического напряжения; значительно реже явления перекручивания нарастают постепенно.

Клиническая картина очень схожа с картиной внематочной беременности: сильная боль в животе, вздутие кишечника, задержка акта дефекации. Отмечается тошнота, нередко рвота,

пульс учащен и слабого наполнения. Иногда бывает потеря сознания. Температура обычно повышена, нередко бывает озноб, в отдельных случаях температура достигает  $40^{\circ}$ , и развивается картина острого перитонита.

Иногда при перекручивании наблюдается кровотечение из матки. При наличии беременности перекручивание вызывает аборт, после родов — тяжелое септическое заболевание. Приступ продолжается несколько суток. Промежутки между приступами колеблются от 8 суток до 7 месяцев.



Рис. 110. Вколотившаяся киста — препятствие для рождения головки плода.

Совсем иной представляется клиническая картина при постепенно развивающемся перекручивании. В этих случаях симптомы бывают выражены менее резко. Болезненность в животе ограничивается областью перекручивания. Пульс хотя учащен, но сравнительно удовлетворительного наполнения. Температура тела повышается постепенно.

Длительное существование перекручивания приводит к развитию слипчивого перитонита: в этих случаях температура колеблется в пределах  $38-39^{\circ}$ .

Температура значительно возрастает при инфицировании кисты из кишечника или через кровь, или через лимфу. Следствием инфицирования нередко бывает паралич кишечника, и больная может погибнуть; кроме того, встречаются случаи, когда температура падает и больная выздоравливает. Длительное учащение пульса при ремиттирующей температуре указывает на нагноение содержимого кисты.

В отдельных случаях может наступить раскручивание ножки кисты, боль постепенно стихает, и явления перитонита ликвидируются. Чаще наблюдается образование сращений кисты с окружающими органами и тканями, что обуславливает постоянную боль в животе.

Поставить диагноз перекручивания кисты не всегда бывает легко. Часто совершенно неожиданно, только на операционном столе, обнаруживают резко перекрученную кисту, между тем как клиническая картина об этом ничего не говорит. При дифференциальном диагнозе надо иметь в виду аппендицит, имеющий сходство в клиническом течении с перекрученной кистой, непроходимость кишечника, холе- или нефролитиазис, внематочную беременность и т. п. Под этими диагнозами больная с «перекру-

ченной кистой» попадает в порядке неотложной помощи на операционный стол.

В каждом случае подозрения на перекручивание кисты больная должна быть как можно скорее оперирована, невзирая иногда на высокую температуру и явления перитонита.

## ХII. ЭКЛАМПСИЯ

С эклампсией связывается представление о таком состоянии организма, когда у больной наблюдается потеря сознания и судороги. Эклампсия является завершающим звеном в общей цепи поздних токсикозов беременности (отеки — водянка — нефропатия — преэклампсия — эклампсия). Однако это не значит, что каждый случай нефропатии должен закончиться эклампсией; она возникает преимущественно при остро развивающейся нефропатии (в 18,2% по Яковлеву).

Промежуточная стадия между нефропатией и эклампсией носит наименование эклампсизма, или преэклампсии. Синдром эклампсизма обычно характеризуется высоким кровяным давлением (от 135 до 200 мм ртутного столба), напряженным пульсом, наличием отечности, падением диуреза, изменениями со стороны почек (в моче находят белок от 0,1 до 50%, гиалиновые и зернистые цилиндры и форменные элементы); нередко имеются расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (частые послабления на низ, тошнота, рвота, боли в поджелудочной области при здоровых до этого желудке и печени) и нарушение зрения (плохо видят, жалуются на мерцание перед глазами).

Резко меняется и субъективное состояние беременной: она чувствует себя разбитой, утомленной, ее сильно беспокоит головная боль, появляется сонливость; в других случаях, наоборот, беременная впадает в состояние сильного возбуждения. Лицо больной одутловатое, с явными признаками синюшности.

По мере приближения припадка головная боль становится нестерпимой, кровяное давление резко повышается, и все остальные симптомы проявляются в еще большей степени. Незадолго до припадка наблюдаются фибриллярные подергивания мышц лица и верхних конечностей.

Описанный синдром бывает отчетливо выражен в 85%, в 15% признаки эклампсии проявляются настолько слабо, что неопытный врач может их не уловить. По нашему мнению, только вследствие этого некоторые авторы позволяют говорить, что в ряде случаев эклампсия может наступить внезапно, без предвестников.

Наступление эклампсии характеризуется появлением припадков. Судороги — грозный симптом при эклампсии.

Наряду с существованием судорожной формы, отмечается эклампсия без судорог. Отсутствие судорог в отдельных случаях

эклампсии объясняется резким подавлением функций центральной нервной системы; равным образом происходит резкое поражение дыхательного центра и упадок сердечной деятельности. Нарушение функций центральной нервной системы, возможно, зависит от накопления в организме беременной токсически действующих веществ.

При эклампсии без судорог в круг кровообращения сразу поступает большое количество токсических веществ, которые не вызывают возбуждения, а сразу парализуют нервные центры, вследствие чего судороги не наступают.

В. В. Строганов объясняет эту форму эклампсии тем, что «...в организме не накапливается достаточно яда, чтобы вызвать общие судороги» (?!). Расхождение во взглядах на происхождение эклампсии без судорог, вероятнее всего, можно объяснить тем, что В. В. Строганов эклампсизм (преэкламптическое состояние) рассматривал как эклампсию без судорог.

Клиническая картина эклампсии без судорог. Женщина впадает в тяжелое и длительное бессознательное состояние, которое возникает вследствие резкого нарастания внутричерепного давления; отмечается усиленное потоотделение, цианоз и диспноэ. Почти всегда бывает сильная рвота, нередко даже желтуха; пульс учащен, температура часто повышена. В моче обнаруживаются зернистые и гиалиновые цилиндры, эритроциты; моча имеет вишневокрасный цвет. Изменение внутричерепного давления нередко ведет к кровоизлиянию в мозг.

Смертность при эклампсии без судорог, по прежним литературным данным, колеблется от 66,6% (Селицкий, Холмогоров) до 80% (В. В. Строганов, Гусаков и др.). Смертность при бессудорожной форме эклампсии объясняется большими изменениями, происходящими в организме больной, — эклампсия представляет собой заболевание всего организма в целом, а не какого-либо отдельного органа. Изменения, которые находят в отдельных органах при вскрытии трупа (в печени, почках, мозгу и других органах), надо считать явлениями вторичного происхождения.

Вскрытие умерших при бессудорожной форме эклампсии показывает, что женщины чаще всего гибнут от кровоизлияния в мозг на почве изменения стенок кровеносных сосудов под влиянием ядовитых продуктов обмена веществ.

### Судорожная форма эклампсии

Появлению приступа обычно предшествует ряд признаков. Повышается кровяное давление, но, правда, не всегда; нередко случаи эклампсии, когда кровяное давление остается нормальным; пульс становится напряженным, иногда повышается температура, бывает желтуха. Количество мочи уменьшается, в ней

отмечается много белка. Однако часто эти предвестники отсутствуют.

Обычно незадолго (за несколько минут) до приступа наблюдается последовательное подергивание отдельных групп мышц лица и рук, распространяющееся в дальнейшем на остальные мышцы и переходящее в типичные судороги; судороги нередко бывают выражены настолько резко, что больная как бы подскакивает на кровати. Одновременно с сокращением мышц взгляд больной становится как бы застывшим (безумным), глаза фиксируются в определенном направлении и только слегка повертываются кверху или в сторону. С наступлением припадка веки начинают дрожать (мигание), глаза закрываются (глазное яблоко отходит кверху и в сторону), зрачки суживаются, и из слезного мешка начинают скатываться слезы, нередко в обильном количестве. Наличие этих симптомов требует немедленного введения между коренными зубами больной резинового клина или рукоятки ложки, обернутой полотенцем, и в отдельных случаях даже легкого ингаляционного наркоза (эфир), что в принципе, конечно, нежелательно. Иногда этим удается предотвратить развитие дальнейших симптомов или ослабить их.

Вскоре к этим явлениям присоединяется тетаническое сокращение мышц лица и затылка с отдельными подергиваниями; голова больной откидывается назад.

Вначале рот больной бывает несколько приоткрыт, а затем челюсти крепко стискиваются. Судороги захватывают все тело. Кулаки сильно сжимаются. Вскоре (в среднем через полминуты) тетанические судороги переходят в клонические.

Одновременно с этим останавливается дыхание, наступает асфиксия (резко синее лицо и тело), изо рта вытекает пена, нередко с примесью крови (прикус языка, резкое стискивание челюстей и выделение крови из десен). Но вскоре появляется глубокий вздох с храпом, и больная начинает медленно, весьма глубоко дышать. Одновременно изо рта обычно выделяется много слюны с примесью крови; если слюну своевременно не удалить, то больная может произвольно втянуть ее в дыхательные пути. Вслед за восстановлением дыхания внешний облик больной изменяется: лицо, а затем и тело приобретают нормальную окраску, дыхание становится равномерным, но сознание возвращается нескоро (рис. 111 и 112).

Припадок обычно продолжается 1—2 минуты, но нередко бывает короче или, наоборот, длительнее — до 5—6 минут (В. В. Строганов).

Нередко больная уже после первого припадка впадает в глубокое коматозное состояние, которое длится 10—20 минут. Коматозное состояние указывает на угнетение коры головного мозга. Затем сознание больной проясняется, если только к этому времени не начнется новый приступ.



Следующий припадок наступает обыкновенно через  $1\frac{1}{2}$ —2—3 часа (нередко раньше или позднее) при сильных головных болях. После второго припадка сознание возвращается еще



Рис. 111. Больная во время припадка эклампсии (между задними коренными зубами введен резиновый клин).

через большой промежуток, нежели после первого; после 3—4 припадков сознание не возвращается длительно. Припадочный период обычно продолжается около суток (в 85%); относительно редко (в 15%) повторные припадки бывают на вторые и третьи сутки.



Рис. 112. Она же на 8-е сутки после родов.

В редких случаях припадки могут повторяться с интервалами. Появление припадков вновь по истечении 24 часов носит название рецидива, и подобная форма эклампсии называется возвратной, или рецидивирующей (В. В. Строганов). По мнению С. А. Селицкого, рецидивом следует называть такое состояние, когда припадки начинаются лишь по исчезновении всех явлений эклампсизма в течение данной беременности. Рецидивы встречаются редко (по Строганову, менее чем в 5%, по Селицкому, — в 2,7% случаев). Рецидивирующие припадки ослабляют больную и ухудшают прогноз.

После многих припадков (10—15) у больной начинает ослабевать сердечная деятельность. В этих случаях пульс бывает частый — 110—120 ударов в минуту, слабого наполнения; дыхание учащается; нередко присоединяются явления отека легких и т. п.

Припадки бывают неодинаковой продолжительности и различной силы, что зависит от степени интоксикации организма и состояния его защитных сил. О том, что степень интоксикации играет значительную роль, свидетельствует случай гибели женщины от одного припадка; наряду с этим, женщины, имевшие от 50 до 200 припадков, оставались в живых. Однако это вовсе не значит, что количество припадков не оказывает влияния на состояние больной эклампсией.

Во время припадков количество белка в моче резко нарастает, а диурез снижается; в отдельных случаях наблюдается наступление полной анурии. Наряду с этим, отмечаются случаи эклампсии, когда белок в моче не определяется и количество мочи резко не уменьшается.

Одно несомненно, что частые припадки доводят организм женщины до тяжелого состояния, и процент смертности от этого возрастает.

Если под влиянием проводившегося режима и лечения беременность прогрессирует и заканчивается нормальными родами, а припадки прекращаются, то такая форма эклампсии называется интеркуррентной, иначе говоря, промежуточной.

Повторные поздние токсемии при последующих беременностях отмечаются в 2—2,5%.

Эклампсия, по наблюдениям некоторых авторов, встречается в 0,2—0,3% общего числа родов; по данным отдельных авторов, этот процент за 1925—1929 гг. достиг 0,5—0,75 (Яковлев). По данным Э. С. Малкиной (Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества), за время с 1940 по 1948 г. эклампсия встретила в 0,81% к числу прошедших родов. За последние годы частота поздних токсемий беременных, в том числе эклампсии, резко снизилась, что, несомненно, находится в непосредственной связи с большой лечебно-профилактической работой, проводимой в системе акушерско-гинекологического объединения врачами женской консультации. Экламптическое состояние может возникнуть во время беременности, во время родов и в послеродовом периоде (табл. 10); оно редко встречается в течение двух и еще реже в течение трех указанных периодов (табл. 11).

Прогноз при эклампсии довольно серьезен и зависит, помимо силы самой интоксикации, от периода, когда выявляется эклампсия (беременность, роды, послеродовой период), и от многих других сопутствующих факторов. Смерть наступает вследствие ряда причин: 1) ослабления сердечной деятельности; 2) кровоизлияния в мозг; 3) отека легких и гипостатической пневмонии; 4) сепсиса и др. Наихудший прогноз наблюдается при эклампсии во время беременности. В этих случаях акушер часто не может быстро закончить роды (конечно, если не прибегать к форсированному родоразрешению путем кесарева сече-

Таблица 10

Процент частоты эклампсии во время беременности, родов и в послеродовом периоде к общему числу всех случаев эклампсий

Автор	Период возникновения эклампсии		
	во время беременности	во время родов	в послеродовом периоде
Михайлов . . . . .	8,8	62,8	28,5
Селицкий . . . . .	24,2	45,2	30,5
Судаков . . . . .	10,8	58,1	25,4
Груздев . . . . .	13,6	59,1	27,3
Яковлев . . . . .	8,5	47,6	22,6

ния ввиду неподготовленности родовых путей). Эклампсия в ранние месяцы беременности протекает тяжелее, чем в поздние ее сроки.

Наиболее благоприятно протекает послеродовая эклампсия, когда припадки впервые проявляются после родоразрешения.

Таблица 11

Частота эклампсии в течение беременности, родов и в послеродовом периоде (по И. Яковлеву)

Период беременности	Число случаев	%
Эклампсия во время беременности . . . . .	11	8,5
» » родов . . . . .	61	47,6
» » беременности и родов . . . . .	7	5,8
» в послеродовом периоде . . . . .	29	22,6
» во время родов и в послеродовом периоде . . . . .	19	14,8
» во время беременности, родов и в послеродовом периоде . . . . .	1	0,7

Если припадки эклампсии начинаются во время родов и продолжают в послеродовом периоде, прогноз бывает плохим.

Процент смертности зависит также от того, наступила ли эклампсия в лечебном учреждении или припадки начались до поступления в стационар.

Эклампсия, начавшаяся до поступления в стационар, значительно чаще ведет к смертельному исходу, чем эклампсия, наступившая в лечебном заведении. Летальность от эклампсии, по материалам советских авторов, колеблется от 3,5 до 5,4% (судорожная форма) (В. В. Строганов, Д. П. Бровкин). По данным Свердловского института охраны материнства и младенчества, летальность составляет 1,45% (Э. С. Малкина).

К числу неблагоприятных симптомов, имеющих значение в прогнозе, следует отнести: 1) частые, следующие друг за другом судороги; 2) пребывание женщин в коматозном состоянии после

припадка; 3) резкое снижение диуреза, кровавая моча; 4) желтуха (указание на поражение печени); 5) подъем температуры тела; 6) высокое кровяное давление с малой амплитудой или резкое падение кровяного давления; 7) клокочущее дыхание (указывает на отек легких).

Своевременное применение профилактических мер при токсикозах беременных (соответствующий режим и лечение) предотвращает наступление эклампсии, а стало быть, и эклампсии.

**Дифференциальный диагноз.** Несмотря на характерность экламптического припадка, все же в некоторых случаях, правда, редких, его можно смешать с эпилептическим припадком. В таких случаях часто выручает расспрос родственников беременной или роженицы, которые сообщают, что больная до беременности страдала припадками. Эпилептический припадок бывает обычно единичным; значительно реже эти припадки множественны. Кроме того, имеются некоторые детали в самой клинической картине, отличающие эпилептический припадок от экламптического: 1) эпилептическому припадку обычно предшествует аура; 2) бессознательное состояние при нем не так длительно; 3) изменения в моче незначительны (полное отсутствие или небольшое количество белка); 4) зрачки сужены (при эклампсии состояние зрачков обычное); 5) сухожильные рефлексы понижены (при эклампсии повышены).

Надо исключить также истерию, при которой больная сознания вполне не теряет, припадок не бывает таким сильным, как при эклампсии, и не вызывает значительной асфиксии. Больная не прикусывает языка и не наносит себе повреждения во время припадка; почки не страдают (если нет сопутствующего заболевания); в моче нет белка, наличие которого характерно для токсикозов.

При уремии всегда налицо резкое изменение азотистого обмена: в крови увеличивается количество мочевины и остаточного азота. Кровяное давление держится на высоких цифрах, и тех характерных «подскоков», какие свойственны нефропатии, здесь не отмечается. При уремии наблюдается изменение со стороны глаз (*retinitis albuminurica*). Не следует забывать о возможной комбинации эклампсии с уремией.

Повод к смешению с эклампсией могут также дать менингит, опухоль мозга и острая желтая атрофия печени, но чаще всего таким поводом является кровоизлияние в мозг.

Кровоизлияние в мозг при эклампсии сопровождается рядом клинических симптомов, характер которых зависит от степени и локализации излившейся крови. При этом наблюдаются односторонние или двусторонние параличи и парезы конечностей, параличи и парезы лицевого нерва, расстройства речи, симптом Кернига, ригидность затылка и др.

## Лечение эклампсии и тактика ведения беременности и родоразрешения

Как уже упоминалось выше, эклампсия может возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Поэтому говорить об однообразной линии поведения при лечении эклампсии нельзя, так как в одних случаях необходимость родоразрешения бесспорна, в других обуславливается рядом факторов, о чем будет сказано дальше.

Лечение при развившейся эклампсии возможно в двух направлениях: активное (хирургическое) и выжидательное (симптоматическое, или, как называл его В. В. Стругапов, профилактическое).

При активном направлении стремятся возможно скорее ликвидировать беременность как основную причину эклампсии путем брюшностеночного кесарева сечения, и в дальнейшем, в послеоперационном или в послеродовом периоде, бороться с имеющимися явлениями токсемии путем соответствующего режима и медикаментозного лечения.

При выжидательном направлении роды предоставляют естественному течению (если они вообще начались), но проводят медикаментозное лечение, делают кровопускание и обеспечивают большой соответствующий уход (см. ниже). Однако выжидательное направление не исключает возможности применения тех или иных акушерских пособий и операций при наличии подходящих условий для родоразрешения.

В настоящее время большинство клиницистов придерживаются симптоматического направления в лечении эклампсии и являются сторонниками самопроизвольного родоразрешения как наиболее благоприятного для матери и плода: оно дает лучшее течение послеродового периода и меньший процент мертворождаемости и ранней детской смертности. Если же, несмотря на проводимое лечение, припадки все же продолжают, то в этих случаях рекомендуется при наличии соответствующих условий, возможно скорее закончить роды, выбирая наиболее бережные способы родоразрешения (выходные или полостные щипцы, перфорация головки мертвого плода).

Само собой разумеется, что акушерские вмешательства при эклампсии могут быть применены и при других показаниях к родоразрешению, как-то: угрожающая асфиксия плода, вторичная слабость, кровотечение и т. п.

Операция кесарева сечения допустима в следующих случаях: 1) повторяющиеся один за другим припадки при наличии сопутствующих симптомов (нарастающее кровяное давление и т. д.) и безуспешности проводимой терапии; 2) эклампсия при полном отсутствии мочи, отслойке сетчатки или ретините, амаврозе (при обязательной консультации с окулистом); 3) сочетание эклампсии с другими видами акушерской патологии или

общие заболевания организма (несоответствие головки и таза, предлежание плаценты, заболевания сердечно-сосудистой системы и т. п.); 4) прекращение припадков при стойком существовании других симптомов, несмотря на проводимое лечение и режим, при жизнеспособном плоде и доношенной до срока беременности.

При операции рекомендуется профилактическое введение пенициллина в количестве 200 000 единиц.

Осуществляя соответствующий лечебно-охранительный режим, применяя наркотические и другие лечебные средства, акушер способствует повышению защитных сил организма больной и предупреждает наступление новых припадков эклампсии.

В. В. Строганов тщательно разработал методику лечения эклампсии, которая известна в акушерской литературе под названием «профилактического метода». Применение этого метода при эклампсии способствовало резкому снижению смертности матерей и детей. В основе этого метода лежит: 1) комбинированное применение наркотических средств (хлоралгидрат, хлороформ и морфин) в целях устранения раздражения центральной нервной системы; 2) кровопускание; 3) забота о поддержании в наилучшем состоянии главных функций организма (дыхания, деятельности сердца, почек, кожи); 4) ускорение родоразрешения, например, путем вскрытия околоплодного пузыря и т. п.

Хлоралгидрат, по мнению Строганова, является «благодетельным» средством — противоядием. Суточная доза в пределах 9 г. Однократная доза 2—2,5 г. Назначается внутрь или вводится в клизме (при бессознательном состоянии больной эклампсией).

Однако, как было установлено Кубасовым (1879), хлоралгидрат, принятый матерью, переходит к плоду, распределяясь между ними пропорционально весу их тел, т. е. циркулирует в крови плода и матери приблизительно в одной и той же концентрации. Это замечание имеет немаловажное значение в охране интересов плода.

Сочетание различных наркотиков дает возможность применять меньшие дозы и тем самым предотвратить их вредное действие.

Назначение наркотиков находит достаточное обоснование в опытах на животных. У подопытных животных прекращалось нарастание количества питуитрина в мозговой жидкости, наступавшее под влиянием больших доз мочегонных или в результате психических раздражений. В тесной связи с этим стоит резкое понижение раздражимости сосудистого центра.

Наркотики, прекращая припадки, устраняют спазм сосудов и тем самым способствуют улучшению обмена веществ и выведению скопившихся в организме токсически действующих веществ (Строганов).

В экспериментальной работе М. С. Маргулиса и Е. И. Кватера имеется подтверждение теоретических предпосылок Строганова. Наркотики жирного ряда (хлороформ, хлоралгидрат), по их мнению, являются физиологическими антагонистами аммиач-

ных солей, которые, как известно, в достаточном количестве имеются в крови больных эклампсией. Но утверждение Маргулиса и Кватера, что «действие всякого яда должно купироваться его антагонистами, химическими или физиологическими», оправдывается только в тех случаях, когда этими антагонистами пользуются в умеренных дозах и когда организм не слишком насыщен ядами, действие которых желательно прекратить.

Мы считаем, что применение наркотиков должно быть весьма осторожным. Значительные дозы наркотиков могут оказать отрицательное действие на организм и ухудшить и без того тяжелое состояние женщины, больной эклампсией. С особой осторожностью следует относиться к ингаляции хлороформа. Хлороформ оказывает неблагоприятное действие на паренхиматозные органы, в частности, на печень, которая определяет в значительной мере состояние защитных сил организма (ретикуло-эндотелиальная система). Об этом писали в свое время С. А. Селицкий, Е. М. Курдиновский и другие авторы. Нам лично не раз приходилось видеть неблагоприятное действие хлороформа, применяемого при эклампсии. К сожалению, об этом забывают многие врачи-акушеры. Шморль (Schmorl) на секционном материале показал, что у женщин, долго находившихся под хлороформным наркозом, имели место далеко зашедшие стадии жирового перерождения сердечной мышцы; кроме того, автор считал применение хлороформа фактором, предрасполагающим к развитию бронхопневмонии.

Особенно осторожным с применением хлороформа надо быть в тяжелых случаях эклампсии, где, несомненно, имеется поражение печени и почек. Нельзя согласиться с В. В. Строгановым, который рекомендует применять усиленный ингаляционный наркоз при продолжительном коматозном состоянии, когда, несомненно, имеются тяжелые поражения внутренних органов. В этом мы убеждались неоднократно при аутопсии женщин, погибших от эклампсии.

Пожариский установил, что применение хлороформа при эклампсии вызывает чрезвычайно тяжелые дегенеративные изменения в сердце, почках и печени. В случаях, где хлороформ не применялся, дегенеративные явления в указанных органах были выражены менее значительно. В последние годы В. В. Строганов отказался от хлороформа и заменил его эфиром, исходя из тех соображений, что эфир в организме распадается на совершенно безвредные соединения — углекислоту и воду. Кроме того, пробуждение от эфирного наркоза наступает скорее, чем от хлороформного, что объясняется более быстрым выведением его из крови.

С большой осмотрительностью, по нашему мнению, следует прибегать и к морфину, который рекомендуют при эклампсии В. В. Строганов и многие немецкие акушеры; по их мнению, морфин является прекрасным противосудорожным и успокаивающим

средством. Эти авторы полагают, что морфин, угнетая рефлекторную деятельность, уменьшает спазм сосудов и способствует, таким образом, мочеотделению.

Однако работы советских авторов — Дерчинского и Сперанской, Савича и др. — говорят об антидиуретических свойствах морфина и его дериватов. Отсюда понятно, почему одни акушеры считают необходимым полное изъятие из обихода морфина при эклампсии (французские авторы), другие рекомендуют применять его в малых или умеренных дозах и при строго ограниченных показаниях или заменять пантопоном (Яковлев).

М. С. Маргулис и Е. Н. Кватер, отрицая пользу морфина, предлагают увеличить дозы хлоралгидрата. Небезразличными являются наркотики (особенно морфин) и для плода. Морфин нередко вызывает асфиксию вследствие угнетения дыхательного центра.

За последние годы для лечения эклампсии широко применяют магниезные соли и барбитураты (люминал, веронал и др.).

Сернокислая магнезия введена в акушерскую практику в 1930 г. Д. П. Бровкиным. Она заменяет хлоралгидрат и позволяет уменьшить применение алкалоидов и наркотиков, предложенных В. В. Строгановым. При магниезальном наркозе происходит торможение не только центральной, но и периферической нервной системы (двигательные нервные окончания). Сернокислая магнезия является могучим фактором, повышающим диурез; она быстро выделяется почками, понижает кровяное давление, прерывает судорожное сокращение матки. Хотя в отдельных случаях сернокислая магнезия задерживает родовую деятельность, но на плод не влияет (И. И. Яковлев и В. А. Петров). Применяется сернокислая магнезия в 15—33% растворе, инъекции делаются внутримышечно. Суточная доза не должна превышать 24 г.

В зависимости от дозы сернокислой магнезии, достигается либо сон, либо наркоз с полным угнетением рефлексов. Наркотическая доза близка к токсической.

Действие сернокислой магнезии снимается внутривенным введением 5% раствора соли кальция в количестве 10 мл. Для наркотических целей должна употребляться чистая (химическая) сернокислая магнезия; в исключительных случаях можно пользоваться обычной слабительной солью, но необходимо перед стерилизацией ее тщательно профильтровать.

Внутривенное введение гипертонического раствора глюкозы стимулирует функцию почек, возмещает потерю сахара во время судорог и является необходимым питательным веществом для мышцы сердца.

Применяется 40% раствор глюкозы по 50 мл с 0,2 г аскорбиновой кислоты 2—3 раза в сутки.

Кровопускание при эклампсии способствует улучшению кровообращения и освобождению организма от излишней жидкости,



которая переходит из межтучной ткани в кровяное русло; в связи с этим уменьшаются отеки и повышается деятельность ретикуло-эндотелиальной системы. При кровопускании из организма выводится также часть питуитрина и адреналина.

Бутягин считает, что повторные кровопускания увеличивают сопротивляемость организма (повышая образование агглютининов и гемолизинов).

Кровопускание при эклампсии сопровождается быстрым и резким улучшением самочувствия больной и снижением кровяного давления. Больная становится более спокойной, дыхание — более ровным, глубоким; хрипы в легких (если они были) уменьшаются, диурез увеличивается. К сожалению, эффект от кровопускания получается кратковременным, так как после кровопотери, по наблюдениям А. А. Репрева, происходит усиление действия надпочечников. Количество выпускаемой крови определяется клинической картиной и общим состоянием больной; в общем оно должно быть не меньше 400 мл. Б. А. Архангельский советует применять кровопускание в количестве 800—1000 мл за один раз. Только в отдельных случаях он прибегает к повторному кровопусканию в большем количестве. Мы предостерегаем от массивных и частых кровопусканий, ибо, как доказано работами Ужанского, Логинова и Чукановой, в первые часы после выпуска крови происходит дальнейший распад эритроцитов; кроме того, осторожность необходима потому, что не исключена возможность большой кровопотери в родах.

В. В. Строганов рекомендует кровопускание лишь в тяжелых, более или менее запущенных случаях, а в легких случаях он прибегает к нему лишь тогда, когда припадок повторяется, несмотря на правильное лечение. При этом кровопускание надо делать тем скорее, чем сильнее припадки и чем тяжелее они отражаются на состоянии больной. Строганов применял кровопускание лишь в 15% случаев и только после третьего припадка; в 85% кровопускание не применялось, так как результаты медикаментозной терапии были оценены автором как вполне удовлетворительные.

### **Основные принципы ведения больной при эклампсии**

Различные подготовительные мероприятия предпринимаются в зависимости от того, доставлена ли больная в сознательном или бессознательном состоянии.

Очистительные клизмы больным, находящимся в бессознательном состоянии, как правило, не применяются, за исключением случаев чрезмерного переполнения кишечника. Душ при приеме заменяют обтиранием тела полотенцем, смоченным теплой водой или разведенным спиртом; эта процедура производится в постели. Подготовку больной производят обязательно под эфирным наркозом; при эклампсии во время беременности или

во время родов больная обязательно подвергается влагалищному исследованию с целью выяснения, насколько родовые пути подготовлены для окончания родов; если условия для этого налицо, то роды должны быть тотчас закончены. Одновременно с влагалищным исследованием у больной берут катетером мочу для исследования.

При наличии условий для немедленного родоразрешения больную переводят в операционную (наркоз при этом не прекращается) или помещают ее в родильную палату, в которой создается специальная обстановка.

Больную желательно поместить в отдельную (одна койка) просторную, хорошо проветриваемую палату, температура воздуха в которой должна быть 15—16°. Комната должна быть достаточно изолирована от родильного зала и служебных помещений, чтобы в нее не проникал шум. Окна затемняют днем шторами. Таким путем в комнате создается полумрак. При эклампсии отмечается повышенная рефлекторная возбудимость органов чувств. Поэтому резкий свет, шум, раздражение кожи могут провоцировать наступление припадков. В палате, где находится больная эклампсией, запрещается громкий разговор. Хорошо подготовленный ухаживающий персонал должен неотлучно находиться возле больной, чтобы обеспечить ей наилучший уход. Кровать изголовьем придвигают к стене, чтобы можно было подойти к больной с двух сторон. По бокам кровати вставляют в виде бортов две гладко выструганные доски, чтобы предупредить случайное падение больной на пол в момент припадков. Прежде чем уложить больную, постель предварительно согревают грелками; рекомендуется класть больную на водяной матрац или по крайней мере на резиновый круг.

Положение больной — преимущественно на правом боку, а при подозрении на возможность возникновения пневмонии (после многих припадков) следует менять положение для вентиляции отдельных участков легких.

Под голову и верхнюю часть туловища больной подкладывают подушку или укладывают ее на специальную раму, чтобы облегчить дыхание и предотвратить возможность возникновения легочных заболеваний, нередко поражающих больных эклампсией. Тело больной покрывают теплым, но легким одеялом. С целью повышения диуреза на поясничную область с обеих сторон, а затем к ногам помещают пузыри с горячей водой. Надо следить за тем, чтобы температура резинового мешка не была чрезмерной, так как больные весьма чувствительны к ожогам. Теплота, вызывая испарину, успокаивает нервную систему и устраняет спазм сосудов. В круг обязанностей ухаживающего персонала входит тщательное наблюдение за полостью рта больной, так как при плохом уходе на слизистой оболочке легко образуются афты, изъязвления. Точно так же необходимо следить и за очищением носа, чтобы создать лучшие условия для дыхания.

При припадках эклампсии следует оберегать больную от ушибов, а язык ее — от укусов; тотчас же после припадка и в промежутках между ними надо давать кислород.

Благотворное влияние на больных оказывает питье теплого чая с молоком или молока — около 500 мл в первые сутки и в 2—3 раза больше в следующие. Необходимо наблюдение за деятельностью сердца. Больным с частым и слабым пульсом (110 ударов и выше после многих припадков) назначают дигиталис в клизме или питье настоя *Inf. fol. Digitalis* 0,6—200,0 по 2 столовых ложки 3 раза в день. При резком ослаблении деятельности сердца назначают камфору и кофеин.

Если у больной эклампсией имеются вставные зубы, то они должны быть извлечены изо рта. С целью предохранения языка от укуса и улучшения дыхания при экламптическом припадке необходимо закладывать между задними коренными зубами резиновый клин или рукоятку ложки, обернутую полотенцем. Резиновый клин или ложка с обернутой рукояткой должны быть всегда наготове, так же как шприц, капельница с эфиром и подушка с кислородом. Вдыхание кислорода действует весьма благотворно: у больной улучшается дыхание, исчезает цианоз и возвращается сознание.

При появлении предвестников припадка (двигательное беспокойство, типичное почесывание пальцами под носом, судороги отдельных мышц лица, продолжительная фиксация глаза в одну точку и т. п.) больной немедленно дают кратковременный (5—10 минут) общий эфирный наркоз, предупреждающий развитие судорог.

Если же припадок начался, то ухаживающий персонал должен ограничиться введением между коренными зубами резинового клина или рукоятки ложки с целью предотвратить прикусывание языка и облегчить дыхание. Во время припадка, как правило, больную наркотизировать не следует. Это не только бесполезно, но и вредно, так как дыхание больной затруднено до степени возникновения асфиксии. Применение наркоза способствует ухудшению снабжения организма кислородом. В таких случаях более целесообразно для устранения асфиксии назначать вдыхание кислорода. Только в исключительных случаях во время припадка допускается применение ингаляции эфира. После прекращения припадка применяют эфирный наркоз и подкожно вводят 0,01—0,02 морфина (в зависимости от тяжести случая).

С момента введения морфина начинается систематическое применение наркотиков и других лекарственных веществ (схема приводится ниже).

Систематическое введение наркотиков не следует проводить по шаблону. Принцип индивидуального подхода должен быть положен в основу лечения.

При поступлении больной в лечебное учреждение, как было сказано, тотчас же производят под наркозом влагалищное иссле-

дование. Если условия для родоразрешения налицо (полное или почти полное раскрытие зева), то надо роды закончить тем или иным способом, применительно к данному случаю (наложение щипцов, поворот, извлечение за тазовый конец при ножных или ягодичных предлежаниях, перинеотомия).

Если же влагалищным исследованием установлено, что роды точчас закончить нельзя, то, по мнению В. В. Строганова, необходимо вести такой случай выжидательно, руководствуясь нижеприводимой схемой.

При открытии зева на два-три пальца, а в отдельных случаях даже на один палец В. В. Строганов допускал возможным вскрытие плодного пузыря, конечно, при отсутствии противопоказаний к данной операции (например, узкий таз).

### Схема назначения наркотиков по Строганову (табл. 12)

Больной впрыскивают под легким эфирным наркозом 0,015 морфина; в тяжелых случаях (при сильных и частых припадках) морфин вводят в количестве 0,02.

Через полчаса после введения морфина внутримышечно вводят в подогретом виде 40 мл 15% сернокислой магнезии (стерильной); при отсутствии последней вводят в прямую кишку в клизме 2—2,5 г хлоралгидрата, растворенного в 100 мл теплого молока; при ясном сознании хлоралгидрат дают внутрь.

Если морфин уже вводился вне учреждения (больная доставлена извне), то лечение начинают впрыскиванием сернокислой магнезии или введением хлоралгидрата.

Через 2 часа от начала лечения вновь впрыскивают солянокислый морфин, смотря по состоянию больной, в той же дозе.

Через 3½ часа (т. е. через 5½ часов от начала лечения) снова вводят сернокислую магнезию в дозе 20—25 мл 15% раствора, если припадков не было и состояние больной остается удовлетворительным.

Если припадки повторялись, то сернокислую магнезию вводят в дозе 40 мл.

При лечении хлоралгидратом последний дают в дозе 2—2,5 г на молоке в клизме.

Через следующие 6 часов (через 11½ часов от начала лечения) снова вводят сернокислую магнезию в дозе 20—25 мл 15% раствора, а при лечении хлоралгидратом — 1—1,5 г (на молоке).

Через 8 часов (через 19½ часов от начала лечения) при длительном отсутствии припадков и их предвестников доза сернокислой магнезии и хлоралгидрата может быть уменьшена или даже заменена 0,5—0,6 веронала.

При высоком кровяном давлении на второй день вводят 2—3 раза в сутки средние дозы магнезии и дают веронал в дозе

0,3—0,6 или хлоралгидрат в дозе 1—1,5 на молоке каждые 8 часов.

При эклампсии в послеродовом периоде и хорошем общем состоянии большой дозы веществ, указанных в схеме (при отсутствии припадков), уменьшают. При легких формах послеродовых

Таблица 12

Срок введения наркотика	Морфин (подкожно)	Эфир	Сернистая магнезия
Начало лечения . . . . .	0,01—0,02 (0,015)	Легкий паркоз	—
Через полчаса от начала лечения	—	То же	40 мл 15% раствора
» 2 часа » » »	0,015 (0,01—0,02)	» »	—
» 5½ часов » » »	—	» »	20—25 мл 15% раствора
» 11½ » » » »	—	» »	20—25 мл 15% раствора
» 19½ » » » »	—	» »	20—25 мл 15% раствора

эклампсий и при удовлетворительном состоянии роженицы можно прекратить введение наркотиков уже спустя 12 часов после последнего припадка.

В тяжелых случаях применяют более энергичное лечение, и назначения, указанные в схеме, выполняют в течение 12—14 часов. В течение суток допускается назначать максимально: хлоралгидрат — 9 г, морфин — 0,04 г в сочетании с кровопусканием и ингаляционным наркозом. Вместо морфина лучше применять пантопон в той же дозировке. Максимальная суточная доза сернистой магнезии не должна превышать 24 г.

Укажем на некоторые детали метода Строганова, которые автор особенно подчеркивает: 1) эфир должен применяться с большой примесью воздуха; не следует применять насильствен-

ных мер к усилению, если больная этому противится; маску в таких случаях прикладывают к лицу постепенно, следуя за движениями головы больной; 2) особенно важно энергичное введение наркотиков в первые часы лечения.

А. И. Петченко рекомендует при коматозной (мозговой) форме эклампсии введение сернокислой магнезии с аскорбиновой кислотой (300 мг) в сочетании с люмбальной пункцией (от 1 до 30 мл ликвора). В тяжелых случаях оказалось особенно полезным сочетать введение аскорбиновой кислоты с глюкозой (30 мл 40% раствора в одном шприце с витамином С). Этим методом автору удавалось резко снижать смертность.

К кровопусканию следует прибегать в тех случаях, когда, несмотря на применение вышеуказанных мероприятий, у больной было 3 припадка. Кровь выпускается из локтевой вены в количестве 400—500 мл. Кровопускание не производится в том случае, если можно рассчитывать на родоразрешение в ближайшие  $1\frac{1}{2}$ —2 часа. Если больная имела уже припадки на дому, показано немедленное кровопускание.

За последнее время мы обязательно соединяем кровопускание с одновременным внутривенным вливанием 40% раствора глюкозы в количестве 30—40 мл или подкожным введением 5—10% раствора глюкозы в количестве от 300,0 до 600,0 с добавлением 0,05 аскорбиновой кислоты. При наличии желтухи одновременно с введением глюкозы подкожно вводят по 10 единиц инсулина; хлоралгидрат в этих случаях не применяется.

Техника кровопускания. На плечо, на 4—5 пальцев выше локтевого сгиба, накладывают резиновый жгут. Кожу на месте введения иглы обтирают ваткой со спиртом и смазывают настойкой йода. В вену локтевого сгиба, *v. mediana basilica* или *v. mediana cephalica*, вкалывают иглу (острием против тока крови!), через которую выпускают 300—600 мл крови; при этом жгут не снимают. По окончании кровопускания кожу на месте вкола иглы заливают коллодием и накладывают сухую давящую повязку.

В некоторых случаях кровопускание путем венепункции не удается ввиду плохого развития вен или глубокого их расположения. В таких случаях прибегают к хирургическому методу, т. е. нослойному разрезу тканей, что обеспечивает доступ к венам. Под вену подводят лигатуры, которые располагаются по обе стороны предполагаемого разреза; после этого в вену вводят иглу или надрезают ее стенку. Когда вытечет нужное количество крови, снимают провизорные лигатуры, края кожной раны соединяют наложением скобок и на поверхность бывшего разреза накладывают давящую повязку. Перевязки вены можно не делать: гематом обычно не бывает.

Если припадки повторяются после кровопускания и применения максимальных доз наркотических средств и солей магния, то следует выяснить ситуацию в отношении возможности родоразрешения. При наличии необходимых условий для родоразреше-

ния беременность следует ликвидировать немедленно; если подходящих условий не имеется, показан ингаляционный наркоз и повторное кровопускание в количестве 300—400 мл.

В большинстве случаев вскоре после родоразрешения общее состояние больной резко улучшается: исчезают глубокое коматозное состояние и анурия, уменьшается гемоглобинурия, повышается диурез, уменьшается количество белка в моче, падает кровяное давление и т. д.

Быстрое окончание родов важно не только в интересах матери, но и в интересах плода. Методы родоразрешения выбирают применительно к данному случаю, причем они должны удовлетворять двум требованиям: травма должна быть минимальной, выполнение быстрым. Надо иметь в виду, что всякая травма, в частности, раздражение родовых путей, может привести к судорогам и ухудшению общего состояния больной.

Благоприятный исход эклампсии во многом, если не полностью, зависит от времени родоразрешения. Позднее акушерское вмешательство не дает таких положительных результатов, как раннее. Поэтому не следует медлить с операцией, где она признана необходимой.

По данным Мельмана, родоразрешение после третьего припадка дает 5,3% летальности, между третьим и шестым припадком — 8,8%, между седьмым и десятым припадком — 7,9% и после десятого припадка — 33,4%.

По данным Л. Сахарова, при родоразрешении в срок от 5 до 60 минут после бывшего припадка летальность матерей равняется 13%, между одним часом и 4 часами — 16,6%, свыше 4 часов — 18,3%.

Кривский и Филатова нашли, что в тех случаях, где лечение было предпринято через 1—2 часа от начала заболевания, средний процент летальности матерей равнялся 9,5; если лечение начиналось позже 24 часов от начала приступов эклампсии, летальность матерей доходила до 54%.

Очень важно следить за деятельностью сердечно-сосудистой системы. Поэтому по окончании припадков (12 часов и более) при пульсе 100 ударов в минуту и больше рекомендуется введение *reg gestum* по 2 столовых ложки дигиталиса (0,6 : 200,0) 3 раза в сутки, а при ясном сознании микстуру из дигиталиса назначают внутрь. При резком ослаблении деятельности сердца применяют камфору, кофеин, дигален.

В течение первых 24 часов после последнего припадка за больной, перенесшей эклампсию, и ее ребенком должно быть установлено непрерывное наблюдение.

В день припадка и следующий за ним пищу больной не дают, для питья назначают сладкий чай с молоком (0,5 л).

Обязательно и систематически измеряют давление крови и температуру тела, ведут учет диуреза, а мочу подвергают лабораторному анализу (белок, микроскопия осадка).

С установлением нормального кровяного давления, исчезновением отеков и альбуминурии и хорошем самочувствии женщины может быть выписана домой. Беременная выписывается не ранее 2 недель после прекращения припадков, а родильница — на 12-й день. Новорожденного от матери, страдавшей эклампсией, следует рассматривать как угрожаемого по внутричерепному кровоизлиянию (К. П. Гаврилов, Я. Н. Полонский и др.). Поэтому для него необходимо в первые двое-трое суток создать условия полного покоя. Новорожденных кормят сцеженным молоком матери.

Только тщательный уход за больной, твердый режим в работе персонала, спокойная обстановка и индивидуальный подход в каждом отдельном случае могут вывести больную эклампсией из опасности и дать моральное удовлетворение врачу.

акusher-lib.ru



### I. НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

#### Стерилизация инструментов и перевязочного материала

Стерилизация инструментов достигается кипячением их в 1% растворе углекислого натрия (*Natg. carbonicum*) в течение 10 минут. Кипячение производится в специальном аппарате, а за неимением последнего — в большой кастрюле или даже в самоваре (в практике участкового врача).

Режущие инструменты (скальпели, ножницы) не кипятят, а погружают в спирт за полчаса до операции.

После операции инструменты моют щеткой в мыльной воде, снова кипятят в том же растворе углекислого натрия (*Natg. carbonicum*), хорошо обсушивают и затем раскладывают на полках инструментального шкафа.

Стерилизация ваты, марлевых бинтов, компрессов, белья и пр. производится сжатым паром в автоклаве (при 108—110°) в течение 45 минут. В исключительно экстренных случаях, когда стерилизованного материала наготове нет, перевязочный материал стерилизуют кипячением и после отжатия применяют при операции. Чистое белье при отсутствии условий для быстрой стерилизации подвергают глажению горячим утюгом.

Резиновые перчатки стерилизуют путем кипячения в воде в течение 10 минут. После высушивания стерильным полотенцем перчатки обсыпают тальком и завертывают в марлю.

#### Стерилизация материалов для швов

Материалом для швов служит кетгут, шелк, ремизная (льняная) нить.

Кетгут применяют следующих номеров: 0, 1, 3, 5 и 7. Нити кетгута наматывают (в один слой) на стеклянные пластинки или катушки, затем помещают на 2 недели в широкогорлую банку с притертой пробкой, куда влит раствор следующего состава: *Kalii iodati* + *Jodi puri* āā 10,0 + *Spir. Vini rectific.* 96° 1 000 мл.

По истечении указанного срока кетгут переключивают в стеклянную банку с 96° спиртом, где он сохраняется впредь до применения.

Второй рецепт приготовления кетгута (Окинчиц) состоит в следующем:

1. Кетгут разматывают на отдельные нити и погружают на 7 суток в следующий раствор: иодистого калия 10,0, иода чистого 10,0, воды 1000,0.

2. После этого кетгут погружают на 48 часов в эмульсию, состоящую из ксероформа 5,0, глицерина 25,0, этилового эфира 100,0, 95° винного спирта 500,0.

Для приготовления эмульсии ксероформ тщательно растирают в ступке с глицерином, затем, продолжая растирать, прибавляют спирт и, наконец, добавляют эфир; приготовив эмульсию, ее взбалтывают и заливают ею кетгут.

По прошествии 48 часов кетгут вынимают из эмульсии, сушат не менее суток в стерильном полотенце, после чего погружают в стерильную банку со спиртом, в котором и хранят; на операцию кетгут подают сухим. Можно готовить и сохранять кетгут в 2% спиртовом растворе бриллиантовой зелени.

Сухой способ приготовления кетгута в парах иода состоит в том, что моточки кетгута подвешивают на 8—10 суток (в зависимости от толщины нити) в герметически закупоренной стеклянной банке, на дно которой насыпают кристаллический иод.

Такой кетгут после стерилизации сохраняют сухим в стеклянной (стерильной) банке с притертой пробкой.

В участковой практике удобно пользоваться сухим иодным кетгутом в запаянных стеклянных трубочках.

**Приготовление шелка по рецепту Кохера.** Мотки шелка раскручивают на отдельные нити, которые связывают в небольшие пучки. После многократного мытья в мыльной воде эти пучки помещают сначала на 12 часов в эфир, затем на 12 часов в абсолютный алкоголь и, наконец, кипятят в течение 5 минут в 1% растворе сулемы. После кипячения, соблюдая строжайшую асептику, чисто приготовленными руками нити наматывают на пластинки или катушки и укладывают в банку с 96° спиртом.

Каждый раз перед употреблением катушки с нитями кипятят в течение 5 минут. В участковой практике удобно пользоваться шелком в запаянных стеклянных трубочках. Для проверки стерильности кетгута и шелка производят посев на бульоне.

### Дезинфекция рук

1. Дезинфекция рук обычно состоит из трех моментов: 1) механическая очистка (мытьё рук проточной водой 45—55° с мылом и щеткой в течение 10 минут с последующим высушиванием стерильным полотенцем); 2) обтирание спиртом (90°) в течение 2—3 минут; 3) смазывание ногтевых фаланг настойкой иода.

В последние годы в хирургической (акушерской) практике широко применяется обработка рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина.

2. Обработка рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина (мытьё рук 0,5% раствором нашатырного спирта). Нашатырный спирт разводят в горячей воде по следующему рецепту:

Rp. Liquor Ammonii caustici 10% 5 см<sup>3</sup>, Aq. fontis coctae 1 000 мл (1 л).

Более крепкий (25%) нашатырный спирт непригоден. Щетки при мытье рук совершенно не применяются.

Достоинства метода: быстрая подготовка рук, кожа избавляется от трещин и делается мягкой и нежной.

Методика: 1) двукратное мытье рук 0,5% нашатырным спиртом (3 минуты) и мытье рук в тазу с протиранием марлевой полоской (5 минут); 2) обтирание рук спиртом; 3) смазывание концов пальцев (ногтевых фаланг) иодной настойкой.

В течение операции рекомендуется прополаскивать руки в том же растворе с последующим протиранием их спиртом и предварительным осушиванием марлевым тупфером или стерильным полотенцем.

3. Обработка рук хирурга щелоком из древесной золы по способу И. М. Стельмашонок («Хирургия», № 4, 1943). Обычную древесную золу хорошо просеивают через частое сито, после чего заливают кипятком из расчета 100 г золы на 900 г воды. Раствор кипятят при помешивании в течение 15—20 минут, затем дважды фильтруют через 4 слоя марли. Получается совершенно прозрачная желтоватого цвета жидкость, в которой при помощи марлевой салфетки в течение 3—5 минут моют руки. Руки моют в тазах дважды сменяемой жидкостью. После этого руки досуха вытирают стерильным полотенцем и обрабатывают салфеткой, смоченной 95° спиртом.

При подобной обработке рук получается полное их обезжиривание, кожа становится мягкой и бархатистой.

В древесной золе содержатся соли преимущественно калия, натрия и кальция в виде углекислых, фосфорнокислых, кремниеских (хлористые соли отсутствуют). Соли калия и натрия, которые содержатся в сухой древесной золе, встречаются в виде поташа ( $K_2CO_3$ ) и соды ( $Na_2CO_3$ ), т. е. мы имеем дело преимущественно с углекислыми щелочами. Если сухую древесную золу подвергнуть действию гидролиза, то в растворе образуется едкое кали (KOH) и едкий натр (NaOH), тогда как многие другие ингредиенты (известь и т. д.) останутся в нерастворенном виде.

В 100 г золы содержится 15 г поташа и соды в соотношении 3 : 1, т. е. преобладает поташ, что является важным при использовании древесного щелока для обработки рук хирурга.

**Защита рук акушера от инфекции.** Любую акушерскую операцию, в том числе и чревосечение, несомненно лучше произво-

доть в резиновых перчатках как в интересах больной, так и для защиты рук акушера от инфекции. Однако влагалищные операции акушеры производят преимущественно без перчаток, так как они притупляют тактильную чувствительность и осложняют технику выполнения некоторых моментов операции.

### Дезинфекция операционного поля (брюшной стенки)

1. Бритье волос (в предоперационной) с последующим обтиранием кожи живота спиртом.

2. Обработка (двукратная) кожи операционного поля спиртом, причем пупок обрабатывают отдельно.

3. Смазывание 5% йодной настойкой.

О подготовке к операции влагалища говорилось в соответствующих главах.

### Местное обезболивание

1. Местное обезболивание (анестезия) производится 0,25—0,5% раствором новокаина с добавлением на каждые 100 мл раствора 5 капель 1‰ раствора адреналина (1 : 1 000).

Обычно раствор готовят на дистиллированной воде. А. В. Вишневский предложил готовить анестезирующий раствор на жидкости следующего состава: NaCl 5,0, KCl 0,075, CaCl<sub>2</sub> 0,125, Aq. destill. 1000,0.

Соли, входящие в состав жидкости, должны быть химически чистыми. Техника приготовления анестезирующего раствора: 1) берут необходимое количество жидкости, которую фильтруют и затем подвергают кипячению; 2) в кипящую жидкость всыпают соответствующее количество новокаина для получения 0,25% раствора; жидкость с новокаином кипит еще 1 минуту; 3) в снятую с огня, но еще кипящую жидкость добавляют раствор адреналина.

В окончательной прописи анестезирующий раствор А. В. Вишневского имеет следующий состав: NaCl 5,0, KCl 0,075, CaCl<sub>2</sub> 0,125, Aq. destill. 1000,0, Novokaini 2,5, Sol. Adrenalinii 1 : 1000 2,0.

Наиболее распространена инфильтрационная анестезия по методу ползучего инфильтрата А. В. Вишневского.

При этом виде местного обезболивания производится послышная инфильтрация тканей новокаином, причем первый укол иглы делают внутривожно.

2. Регионарная анестезия достигается прерыванием проводимости чувствительного нерва на его протяжении. Этот вид анестезии сложнее в техническом отношении: необходимо хорошо знать анатомо-топографические особенности анестезируемого участка. Чувствительность нерва прерывается путем непосредственного введения новокаина в нерв (эндоневральная

анестезия) или в окружающие его ткани (периневральная анестезия). При эндоневральной анестезии пользуются 0,5%, а при периневральной — 1—2% раствором новокаина в количестве 20—40 мл.

Методика А. В. Вишневого представляет собой наиболее доступный и эффективный вид местного обезболивания.

Этого рода обезболивание применимо как при брюшностеночных операциях (например, операция кесарева сечения, удаления матки и т. п.), так и при операциях на промежности, тазовом дне и во влагалище, при зашивании разрезов (перинеотомия, эпизиотомия) и разрывов после родов.

3. Спинальная анестезия производится путем введения в спинномозговой канал, между III и IV или IV и V поясничными позвонками, 3 мл 5% стерильного водного раствора Sol. Novokaini (лучше приготовить на Aq. bidestill.).

Вместо новокаина можно применять совкаин; 0,6—0,8 мл 1% раствора совкаина обеспечивают прекрасную анестезию в течение 2 часов. В этом его преимущество перед новокаином. С целью предупреждения резкого падения кровяного давления за полчаса до анестезии профилактически вводят подкожно 1 мл 5% раствора эфедрина; во время операции при надобности инъекции можно повторить. При отсутствии эфедрина его заменяют кофеином (10% Sol. Coffeini patrio-benzoici), который вводят подкожно по 1 мл за несколько минут до анестезии и тотчас после введения анестезирующего раствора.

Спинальную анестезию производят на операционном столе либо в сидячем положении больной, либо в положении ее на боку. Наиболее удобное положение больной — сидячее на краю стола с выгнутой спиной и втянутым животом при наклоненной вперед голове и шее. При подобном положении тела обеспечивается свободное прохождение иглы между острыми отростками. Игла должна идти строго по средней линии с небольшим уклоном вверх. Момент прокола иглой твердой мозговой оболочки обычно ощутим; тотчас после него из иглы показываются капельки светлой жидкости. Насилия при проведении иглы применять не следует; если конец иглы упирается в кость, то ее надо немного вытянуть обратно (но не вынимать!) и, изменив направление иглы, вновь продвигать глубже; если при проколе вместо светлой жидкости будет вытекать кровь, то иглу сразу извлекают, на место укола накладывают вату, смоченную коллодием, и укол делают в другом месте. Кожа в месте укола должна быть тщательно продезинфицирована спиртом. После введения раствора новокаина больная остается в сидячем положении в течение 5 минут, а затем переводится в горизонтальное положение с несколько приподнятым головным концом. Врач заранее должен провести «психическую» подготовку больной к операции.

Из осложнений, возникающих при спинномозговой анестезии, надо указать на падение кровяного давления (коллапс) и паралич

дыхания. Меры борьбы с падением кровяного давления: инъекции эфедрина, кофеина, камфоры, внутривенное введение теплого физиологического раствора с добавлением адреналина 1 : 1 000 (15 капель на 1 л). При расстройствах дыхания: вдыхание углекислоты, кислорода, инъекции (подкожно) лобелина (1%—1 мл; в тяжелых случаях внутривенно) и искусственное дыхание. Спинномозговая анестезия особенно эффективна при операции кесарева сечения.

Противопоказания к спинномозговой анестезии: заболевания центральной нервной системы, заболевание и искривление позвоночника и заболевания, сопровождающиеся падением кровяного давления (особенно внутренние кровотечения), и повышенное реактивное (нервно-психическое) состояние больной.

### Общий (ингаляционный) наркоз

Для этой цели преимущественно применяется эфир и реже хлороформ (с учетом всех особенностей организма оперируемой); обязательна проба на чистоту эфира или хлороформа.

Сначала, за 45 минут до наркоза, производится инъекция 20 мл 25% Sol. Magnesii sulfurici, а через 25 минут после этого инъекция (подкожно) 2 мл 1% Sol. Pantoponi sterilis или 1 мл 1% Sol. Morphini muriciaci (за исключением случаев кесарева сечения — противопоказания со стороны плода) и 1 мл 0,1% Sol. Atropini sulfurici sterilis.

Эти мероприятия облегчают усыпление больной, уменьшают секреторную деятельность слизистых оболочек дыхательных путей (атропин) и укорачивают период возбуждения.

К наркозу приступают только после полной подготовки и основательного исследования больной [осмотр рта и зева — удаление искусственных челюстей (протеза), исследование дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы (артериосклероз), почек (исследуется моча на белок и сахар)].

Одежда, стесняющая тело, должна быть снята, волосы закрыты колпаком или косынкой. Одна рука привязана вдоль туловища, вторая, согнутая в локтевом суставе, находится в руке наркотизатора или его помощника (контроль за пульсом).

Наркоз начинают, как правило, в предоперационной и только в неотложных случаях в самой операционной.

Лицо больной смазывают вазелином, на глаза накладывают повязку из полотенца, сложенного в несколько рядов.

Около наркотизатора на отдельном столике должны быть расположены следующие инструменты и медикаменты: 1) маски для наркоза, 2) эфир или хлороформ, 3) роторасширитель, 4) языкодержатель, 5) шприц (кипяченный с иглами), 6) Ol. Camphora sterilis 10% или 20% в ампулах, 7) Sol. Coffeini natrio-benzoici sterilis 10% (в ампулах), 8) Lobelin, 9) мешок с кислородом и углекислотой и канюлей для вдыхания и т. п.

Контроль за состоянием больной в течение наркотизирования осуществляется наблюдением за дыханием, за пульсом и реакцией зрачков. При наступлении наркотического сна зрачки становятся узкими и не реагируют на свет, пульс ровный и замедленный, дыхание ровное и спокойное, рефлексы отсутствуют, мышцы ослаблены.

Из осложнений в течение наркоза, непосредственно угрожающих жизни, встречаются западение языка, нарушение дыхания и сердечной деятельности (особенно при хлороформном наркозе), наступающие чаще всего при передозировке наркотического вещества или рефлекторно (хлороформ). При параличе дыхательного центра зрачки расширены, окраска лица цианотична, сердце продолжает еще работать. Мероприятием по устранению паралича дыхательного центра является искусственное дыхание (после устранения западения языка и освобождения дыхательных путей от слизи и рвотных масс), вдыхание углекислоты с кислородом. Искусственное дыхание производят даже после остановки сердца (в течение 15—20 минут) с одновременным возбуждением сердечной деятельности. При остановке сердечной деятельности — подкожные инъекции камфоры, кофеина, дигалена, внутривенное введение 3 капель T-rae *Strophanthi* с глюкозой, внутрисердечная инъекция адреналина ( в количестве 0,5—1 мл) не позднее 5 минут с момента остановки сердца (иглу вкалывают в четвертом подреберье у правого края грудины на глубину 3—5 см), массаж сердца.

В акушерской практике могут применяться газовый, ректальный и другие виды наркоза.

### Режим для послеоперационной больной и диета

После операции всем больным без исключения ставят капельную клизму (рингеровский раствор 500 мл + 50,0 глюкозы + 10 капель адреналина) на время 1—1½ часа. Ток жидкости регулируют винтовым зажимом или краном с таким расчетом, чтобы в 1 минуту падало от 40 до 120 капель, т. е. по 2—4—8 мл жидкости. Жидкость должна иметь температуру 42—43°. Затем ставят круговые банки на грудную клетку (после ингаляционного наркоза) и в течение 2—3 суток (на ночь) производят инъекцию пантопона, за исключением матерей, кормящих грудью (после кесарева сечения). Следить за мочеиспусканием (при необходимости катетеризация).

Обязательно следить за сокращением матки (особенно после кесарева сечения), применяя в первые двое суток инъекцию эрготина (внутримышечно), а в последующие дни препарат спорыньи *per os*.

В первые часы после операции ничего не давать через рот, только через 12 часов, если нет рвоты и тошноты, можно давать

пить (из поильника или чайными ложками) крепкий сладкий чай, морс.

На 2-е сутки — бульон, кисель, крупяной отвар, желе, чай, кофе без молока.

На 3-и сутки можно добавить простоквашу, различные каши, сухари, паровую котлету и т. п. (если нет особых противопоказаний).

На 5-е сутки можно перейти на более плотную пищу (сухари, белый хлеб, курица, отварная рыба, яйцо всмятку, каши, картофельное пюре и т. п.).

При задержке газов, вздутии кишечника, вызывающих боль в животе и затрудняющих дыхание и деятельность сердца, уже на 2-е сутки, помимо газоотводной трубки, может быть поставлена очистительная клизма из гипертонического раствора поваренной соли (10% раствор).

Накануне 5-х суток назначают очистительную клизму, а в некоторых случаях дают слабительное, преимущественно *Magnesium sulfuricum* в количестве 20—30 г.

## **II. ПРАКТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И МЕРЫ БОРЬБЫ С УГРОЖАЮЩЕЙ И НАЧИНАЮЩЕЙСЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ АСФИКСИЕЙ ПЛОДА**

### **Мероприятия по профилактике асфиксии внутриутробного плода**

1. После отхождения вод выслушивать и сосчитывать сердцебиения плода с записью в истории родов через каждые 15 минут, при изменениях в частоте и ритме сердечных тонов — через каждые 5 минут.

2. При изменении в частоте, ритме и ясности сердечных тонов плода А. П. Николаев рекомендует назначать роженице следующие мероприятия: а) вдыхание кислорода через каждые 3—5 минут по 2—3 минуты до стойкого выравнивания сердцебиения плода; б) одновременно с вдыханием кислорода внутривенное введение 50 мл 40% стерильного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (по 100—200 мг); в) внутримышечное введение 1 мл 10% раствора кардиазола или (коразола) или 2 мл анакардона.

При отсутствии коразола подкожно вводят 1 мл однопроцентного раствора стрихнина или 1 мл 10% раствора кофеина, а при отсутствии глюкозы внутрь дают большое количество сахара.

Все указанные средства должны быть введены роженице повторно через 1—2 часа, независимо от характера сердцебиения плода. Обычно через 2—3 минуты после применения вышеназванных средств сердцебиение плода выравнивается и его прежний ритм и частота восстанавливаются.



В случае отсутствия эффекта в результате введения указанных средств требуется повторное их применение, хотя бы даже через 10 минут после первого.

Если при двукратном применении указанных средств сердцебиение плода все же не выравнивается, следует приступить к немедленному родоразрешению. Выбор способа родоразрешения будет зависеть от условий, имеющихсся в данный момент.

В процессе подготовки к операции роженице необходимо давать вдыхать кислород, еще раз внутривенно ввести 50 мл 40% раствора глюкозы и 1 мл коразола, кардиазола или анакардона. Вдыхание кислорода применяется до момента рождения ребенка.

Если после первого или второго применения указанных средств сердцебиение плода стойко выравнивается, роды представляют их естественному течению при обязательном контроле за сердцебиением плода каждые 3—5 минут. Характер сердцебиения плода (глухое, ясное, звонкое, стучащее) и ритм его необходимо отмечать в истории родов.

При отсутствии признаков внутриутробной асфиксии и наличии регулярной родовой деятельности (правильные схватки и потуги) не следует затягивать период изгнания плода у первородящих свыше 4 часов, а у повторнородящих — свыше 2 часов. Особенно не допускать длительного стояния головки на тазовом дне. При затянувшемся периоде изгнания показаны перинеотомия и наложение щипцов.

3. Во всех случаях за 6—12 часов до ожидаемых родов роженице рекомендуется давать витамин К в дозе 20 мг. Исследования сотрудников нашего института Дьяковой и Градель показали целесообразность применения витамина К до родов как средства, предупреждающего кровотечение у женщины и кровоизлияние у новорожденного.

4. При родах в тазовом предлежании, извлечении плода за тазовый конец и оказании ручного пособия не следует производить надавливание на головку через наружную брюшную стенку с целью облегчить выведение головки плода (кровоизлияние в мозг).

5. При бурной родовой деятельности рекомендуется регулировать последнюю путем подкожного введения 1 мл 1% раствора морфина или пантопона (в первом периоде родов), применять легкий эфирный наркоз (во втором периоде родов).

### **Мероприятия по оживлению детей, родившихся в состоянии асфиксии**

1. Отсасывание слизи из дыхательных путей (из трахеи и бронхов) производится с помощью трахеального катетера, вводимого в дыхательное горло по пальцу, который отдавливает корень языка кпереди, чтобы легче было провести катетер за над-

гортанником в гортань. Наружный конец катетера соединяют с баллоном или со стеклянным шариком, на другой конец которого также насаживают резиновую трубку, через которую врач производит отсасывание слизи ртом. Слизь изо рта и зева новорожденного осторожно выбирают марлевыми тупферами. Слизь из носа удаляют «ватными гусариками» (жгутиками).

2. Одновременно с удалением слизи допустимы повторные ритмические потягивания (вытягивание) языка (язык захватывают марлевым тупфером пальцами и несколько раз вытягивают наружу) до 20 раз в минуту.

3. Подкожно вводят 1% раствор лобелина или 0,15% раствор цититона по 0,3 или 0,4 мл; стрихнин вводят в очень малых дозах — по 0,1 мл — в разведении 1 : 10 000.

4. Теплую ванну делают из кипяченой воды температуры 38—40° с одновременным легким растиранием грудки и спинки ребенка. Периодически вынимаемого из ванны ребенка обрызгивают водой комнатной температуры (15—20°).

5. Если эти способы не дают быстрого эффекта, приступают к искусственному дыханию по способу Соколова или Сильвестра. Способ Шульце запрещен.

#### Описание способа Соколова

Ребенок лежит на краю стола с запрокинутой за край стола головкой; оживляющий поддерживает головку правой рукой, а левой рукой захватывает ножку. Одновременно сгибая головку к груди и прижимая осторожно ножки к животу, вызывают акт выдоха; откидывание головки назад и выпрямление ножек соответствуют акту вдоха. Движения проводят спокойно, ритмично, 20—30 раз в минуту.

6. При рождении ребенка в состоянии белой асфиксии следует немедленно переходить к искусственному дыханию, одновременно согревая ребенка. Контрастные температурные воздействия и похлопывания по ягодицам запрещаются.

7. При плохой деятельности сердца, слабых тонах, значительном замедлении пульса и пр. производятся инъекции по 0,5 мл 10% раствора кофеина, 10% раствора коразола или по 0,2 мл анакардона, адреналина 1 : 1 000 или 0,1 мл стрихнина 1 : 10 000. Камфору применять не рекомендуется.

При появлении первого вдоха дают кислород (через каждые 5—10 минут по 2—3 минуты). Оживление надо производить, пока прослушивается сердцебиение плода. Родившегося в асфиксии ребенка не следует быстро отделять от матери, т. е. не следует спешить с перерезкой пуповины.

Рекомендуется применять для оживления новорожденного, родившегося в состоянии асфиксии, способ И. С. Легенченко, который за последние годы получил широкое распространение в Советском Союзе.

Плод, родившийся в состоянии асфиксии, тотчас же помещают в продолговатую ванночку, установленную между ногами матери и наполненную теплой водой. Перевязку пуповины не производят. Слизь отсасывают ртом (а не баллоном) через катетер. Никаких других манипуляций не производят. Только после того как ребенок издает крик, перевязывают пуповину и ребенка отделяют от матери. В тех случаях, когда имеются признаки начавшегося отделения плаценты (кровотечение), а плод еще находится в состоянии асфиксии, применяют кожные раздражители (обрызгивание холодной водой груди ребенка, лежащего в теплой ванне, в тех случаях, когда белая асфиксия переходит в синюю), инъекции сердечных средств (камфора, кофеин).

8. Новорожденных, родившихся в асфиксии, следует всячески оберегать от охлаждения. Стол, на котором помещается новорожденный, должен обогреваться специальными электролампами. При отсутствии специальных приспособлений рекомендуется пеленальный столик согреть грелками, покрытыми байковым одеялом. Пеленки также должны быть согреты. Помещение, в котором производится туалет ребенка, должно систематически облучаться кварцевой лампой, температура воздуха в нем должна быть не ниже 24°. В случае отсутствия эффекта показаны: а) при синей асфиксии — кровопускание из пуповины в количестве 15—30 мл; б) при белой асфиксии — переливание (в пупочную вену) плацентарной крови или вливание физиологического раствора в количестве 50 мл с прибавлением 5—10 капель раствора адреналина 1 : 1 000. Методом выбора является магнетание плацентарной крови к плоду по пупочному канатику (прием, усовершенствованный Челомбитько); в) наиболее эффективным мероприятием следует считать вдвухание (периодическое) воздуха в легкие через трахеальный катетер (до 30 мл).

9. При малейшем подозрении на кровоизлияние в мозг следует запретить все виды оживления, связанные с движением плода (искусственное дыхание, опускание вниз головой, контрастные ванны). В силу трудности диагностики кровоизлияния в мозг у родившегося ребенка следует особенно бережно призвать оживление недоношенных детей.

О наличии кровоизлияния в мозг можно судить по ряду признаков: 1) плод, родившийся с ясным ритмичным, хотя и замедленным сердцебиением, не начинает дышать после освобождения его дыхательных путей от слизи (конечно, при отсутствии патологических изменений в легких плода и некоторых не совместимых с актом дыхания пороков развития); 2) при локализации кровоизлияния над мозжечковым наметом наблюдается резко выраженное или меняющееся напряжение родничков или швов черепа плода; 3) иногда наблюдается бледность лица, на фоне которой выделяются отдельные цианотические участки, расположенные чаще вокруг рта; в редких случаях при кровоизлиянии в мозг можно наблюдать очень сильную цианотическую окраску половины черепа и лица; 4) в отдельных случаях при наличии кровоизлияний в мозг и синей асфиксии

зрачки имеют разную величину и форма их изменена; 5) о наличии кровоизлияния в мозг свидетельствует наблюдаемое иногда кровотечение из носа, рта и ушей (приведено по Кейлину); 6) судороги мышц тела, лица и конечностей.

### **III. ПРАКТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПЕНИЦИЛЛИНА У РОЖЕНИЦ**

1. Пенициллин применяют при затяжных родах с безводным периодом свыше 6 часов.

2. При инфицированных родах (повышенная температура тела, учащенный пульс, лихорадочный румянец на щеках, сухой и обложенный язык, утомленное состояние женщины, околоплодные воды с примесью мекония) [зеленоватая окраска, неприятный запах, гнилостные (гнилые) выделения, иногда отечность наружных половых органов, резкое ослабление или полное прекращение родовой деятельности].

3. При обескровленном состоянии организма на почве общих заболеваний или в результате кровотечения во время беременности, родов и в послеродовом периоде (предлежание плаценты, отслойка плаценты, разрыв матки и т. п.) и при наличии комбинированного митрального клапана.

4. При акушерских вмешательствах, связанных с вхождением руки в полость матки (удаление последа и его частей и т. п.).

5. При операции кесарева сечения в инфицированных случаях, при затянувшихся родах и несвоевременном отхождении околоплодных вод, при разрыве матки, отслойке плаценты, при родах с выпадением пуповины и т. п.

**Дозировка.** Пенициллин назначают 3—4 раза в сутки по 100 000 единиц в течение первых трех дней. Препарат применяют с раствором пирамидона или с цитратной кровью, согласно инструкции.

#### **Указания к применению пенициллина у новорожденных**

1. Пенициллин назначают новорожденным, родившимся от матерей, имевших следующую акушерскую патологию: затяжные роды с длительным безводным периодом, особенно при наличии инфицированного состояния (эндометрит в родах, повышение температуры при учащенном пульсе свыше 100 ударов в минуту) и особенно при родах с акушерским вмешательством.

2. Новорожденным, которые подверглись наложению «кожно-головных щипцов».

3. Новорожденным, у матерей которых перед родами и в родах отмечалось повышение температуры тела. Двукратное повышение температуры после родов у матери также является показанием для назначения пенициллина новорожденному.

4. Новорожденным, родившимся в состоянии глубокой асфиксии или при наличии явных признаков кровоизлияния в мозг, но не ранее двух суток после рождения.

5. Новорожденным, родившимся вне родильного учреждения (дома, на улице).

**Дозировка.** Препарат назначают в течение 3 дней по 50 000 единиц в сутки. Инъекции производят три раза в день в плечо или бедро. Пенициллин применяется с раствором пирамидона по инструкции.

#### Методика применения пенициллина с цитратной кровью

К 2 мл цитратного раствора (раствор состоит из 0,3 мл 2% раствора новокаина, 1 мл лимоннокислого натрия и 19 мл 0,35% физиологического раствора поваренной соли) добавляют 3 мл крови, взятой из локтевой вены больной. Смесь взбалтывают и растворяют в ней 300 000—400 000 единиц пенициллина. Раствор вводят в три приема внутримышечно по 150 000—200 000 единиц с промежутками в 8 часов.

#### Методика применения раствора пенициллина с пирамидоном

1—2% раствор пирамидона стерилизуют в стеклянной посуде в автоклаве при температуре 100° в течение 30 минут (раствор пирамидона должен храниться не более 3 суток). К 100 000 единиц пенициллина, растворенного в 5 мл физиологического раствора, добавляют 1 мл раствора пирамидона. Смесь вводят подкожно или внутримышечно. Для уменьшения болезненности к раствору можно добавить 1 мл 0,5% раствора новокаина. Раствор вводят 2 раза в сутки по 150 000—200 000 единиц с промежутками в 8 часов.

#### Внутривенное введение пенициллина

При необходимости быстро создать высокую концентрацию пенициллина в крови (при сепсисе, перитоните) применяют внутривенное введение препарата капельным способом или периодически через 2—3 часа.

Для внутривенного введения пенициллин растворяют в 5% растворе глюкозы или в физиологическом растворе поваренной соли. Капельное вливание пенициллина можно соединять с одновременным переливанием крови. Препарат вводят в количестве 150 000—300 000 единиц в сутки со скоростью 20—40 капель в минуту.

### IV. СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ВОЗБУЖДЕНИЯ И УСИЛЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МАТКИ

В основе предлагаемых комбинаций «стимулирующих» средств лежат ингредиенты, которые повышают возбудимость коры головного мозга и в то же время снимают утомление за счет мобилизации энергетических резервов организма и более

совершенного их использования, следствием чего, естественно, является повышение возбудимости матки, а стало быть, развращение или усиление сократительной способности последней. К этим средствам относятся кофеин, стрихнин, фенамин, прозерин, глюкоза, витамины, гормоны (питуитрин, фолликулин, синэстрол и др.), китайский лимонник, хинин, акрихин, ингаляционный (эфирный) наркоз и т. п. Ниже мы приводим ряд методов.

1. Медикаментозно-гормональный метод, применяемый нами. Накануне дня возбуждения родовой деятельности беременной дают внутрь слабительное (касторовое масло или глауберова соль), а затем назначают внутримышечные инъекции фолликулина в количестве 60 000 единиц или синэстрол в том же количестве. Делают 2—3 инъекции с промежутком в 3 часа. В этот же день одновременно с инъекциями беременные получают внутрь по одному порошку аскорбиновой кислоты в дозе 0,05 г (что составляет 150 мг витамина С). Аскорбиновую кислоту можно вводить в виде инъекций 5% водного раствора (1 мл соответствует 0,05 мг витамина С).

Утром следующего дня ставят очистительную клизму. Далее, после легкого завтрака производят подкожно инъекцию питуитрина и назначают на прием внутрь хинин (или акрихин), чередуя их каждые полчаса. Доза питуитрина 0,2 мл, солянокислого хинина 0,2 г, акрихина 0,025—0,03 г на прием. Всего расходуют 1,2 мл питуитрина и 1,2 г хинина (или 0,17 г акрихина). Повторнобеременным и повторнородящим, имеющим неблагоприятный гинекологический (акушерский) анамнез, рекомендуется назначать одновременно с первой инъекцией питуитрина прием внутрь 40 капель китайского лимонника на 5% растворе глюкозы или сахарной воды в количестве одной чайной ложки. Повторно назначить лимонник еще один раз можно только через 3 часа.

#### Пример

Время	Препараты
0 час. 00 мин.	Питуитрин (инъекция), китайский лимонник
0 » 30 »	Хинин (или акрихин) внутрь
1 » 00 »	Питуитрин Хинин
2 » 00 »	Питуитрин Хинин
3 » 00 »	Питуитрин Хинин
4 » 00 »	Питуитрин Хинин
5 » 00 »	Питуитрин Хинин

2. Схема Штейна-Хмельевского. Касторовое масло 60,0. Через 2 часа ставят очистительную клизму. Солянокислый

хинин по 0,25 через каждые 30 минут 4 раза. Между первым и вторым приемом хинина назначают 50,0 глюкозы с 10,0 кристаллического хлористого кальция, разведенных в теплой воде.

3. С х е м а Х м е л е в с к о г о. Глюкозы 50,0, кальция 2,0, аскорбиновой кислоты 0,5, тиамина 0,03, разведенной соляной кислоты 15 капель, воды 150,0. Повторять через 2—3 часа. Родильную комнату тщательно проветривают.

#### 4. С х е м а Н и к о л а е в а

Касторовое масло 60,0 — усиливает кишечную перистальтику и способствует усиленному выделению ацетилхолина.

Хинин по 0,2 пять раз — предохраняет ацетилхолин от чрезмерно быстрого и полного разрушения холинэстеразой.

Глюкоза 50 мл 40% раствора внутривенно — необходима для питания мышц, усиления синтеза ацетилхолина и повышения выносливости организма к кислородному голоданию.

Хлористый кальций 10 мл 10% раствора внутривенно — усиливает выделение калия, потенцирующего эффект ацетилхолина.

Витамин В<sub>1</sub> 60—100 мг внутривенно — вызывает образование ацетилхолина и потенцирует его эффект, подавляет холинэстеразу, нормализует обмен, выравнивает функции вегетативной нервной системы и ликвидирует мышечную усталость.

А. П. Николаев указывает, что в неотложных случаях при недостаточной мышечной активности матки могут быть применены или глюкоза и кальций, или касторовое масло и хинин, или витамин В<sub>1</sub>.

5. При слабо выраженной родовой деятельности, при перенесенной беременности с целью возбуждения схваток может быть назначен прозерин в чистом виде или в сочетании с атропином.

Прозерин — средство, тормозящее холинэстеразу и предохраняющее ацетилхолин от разрушения. Атропин устраняет побочное действие прозерина и в то же время не снимает действия холинэргических нервов матки и не нарушает ацетилхолиновой передачи в синапсах нервной системы и гипофиза (З. А. Дроздова, А. В. Савшинская и др.).

Однократная доза прозерина на прием 0,015. Прозерин назначают по одному порошку 4 раза с промежутком через час (см. ниже запись).

Rp. Proserini 0,015  
Atropini sulfurici 0,0003  
Sacchari albi 0,3  
DS. По 1 порошку 4 раза с промежутком через час

Прозерин можно применять в виде подкожных инъекций по 0,5 мл через 30—60 минут 4 раза;

Rp. Sol. Proserini 0,5% steril. 10,0  
DS. По 0,5 мл подкожно через 30—60 минут 4 раза

6. При утомлении и сонливости в результате затянувшейся родовой деятельности, при явно выраженной первичной или вторичной слабости внутрь принимают один порошок фенаминна в дозе 0,01—0,02.

Rp. Phenamini 0,01

DS. Один порошок на прием

Противопоказанием к его применению являются: токсемия беременных, гипертония, заболевания сердечно-сосудистой системы с наличием органических изменений и повышенной возбудимости роженицы.

Эффективность действия фенамина возрастает в тех случаях, когда этот препарат назначают после предварительной подготовки организма инъекциями эстрогенных гормонов и приема женщиной аскорбиновой кислоты.

## V. О ТЕХНИКЕ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ПОСОБИИ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ЧИСЛУ НЕОТЛОЖНЫХ, И О ПОКАЗАНИЯХ К НИМ

### Показания к оперативному родоразрешению

Показаниями к оперативному родоразрешению служат те обстоятельства, которые в данный момент являются опасными для жизни плода или матери. Соответственно этому они разделяются на две группы. Для внутриутробного плода существует одна опасность — недостаток или полное прекращение притока кислорода. Главнейшими причинами нарушения кислородного снабжения плода являются: прижатие пуповины при ее выпадении, обвитие пуповины вокруг какой-либо плодной части, отслойка нормально прикрепленной или подлежащей плаценты, долгое пребывание плода в матке при отсутствии вод и наличии судорожных, непрекращающихся схваток. Некоторые из этих причин могут быть распознаны при исследовании (выпадение пуповины), о других мы можем высказывать только предположения.

Состояние плода, который испытывает недостаток кислорода и в организме которого происходит накопление углекислого газа, носит название асфиксии. Это состояние характеризуется изменением частоты и силы сердечных тонов плода. Нормально сердцебиение плода выслушивается как ясные и четкие, совершенно ритмичные удары частотой в 120—140 ударов в минуту. Во время каждой схватки сердечные тоны обычно замедляются, а после схватки быстро возвращаются к норме. Если же замедление остается и во время паузы, то это указывает на начинающуюся асфиксию. Стойкое замедление сердечных тонов до 100 ударов в минуту есть уже симптом асфиксии, сигнализирующий о серьезной опасности для жизни плода. Падение числа



ударов ниже 100 в минуту указывает на грозную опасность, а иногда и на безнадежное положение плода.

Одновременно с этим меняется характер тонов: они становятся неясными, «глухими», в тяжелых случаях аритмичными. Стойкая аритмия сердечных тонов плода — явление предагональное. Замедление сердечных тонов плода объясняется раздражением венозной кровью блуждающего нерва (n. vagus). Замедлению сердечных тонов обычно предшествует значительное их ускорение; сердцебиение ускоряется до 150—160 и больше ударов в минуту и одновременно становится слабым и нерегулярным.

Кроме того, признаком асфиксии плода являются также судорожные движения его, обычно ощущаемые роженицей как внезапно наступающие резкие толчки.

Еще одним признаком асфиксии внутриутробного плода является отхождение мекония из родовых путей матери (при головном предлежании).

Со стороны плода родоразрешающая операция показана:

1) если сердечные тоны длительно держатся на 160 ударах в минуту;

2) если число сердечных тонов плода в течение нескольких пауз между схватками падает до 100 ударов и ниже в минуту;

3) если при головном предлежании длительно отходит меконий;

4) при наличии дыхательных движений утробного плода.

Со стороны матери показания для родоразрешения *per vaginam* значительно обширнее. Некоторые из них могут возникнуть в любой момент родов. Другие присущи только определенным моментам. Показания эти следующие:

1) слабость потужной деятельности при продолжительном стоянии головки на тазовом дне;

2) эклампсия;

3) *endometritis sub partu*;

4) предлежание плаценты;

5) отслойка (преждевременная) нормально прикрепленной плаценты;

6) порок сердца в стадии декомпенсации;

7) туберкулез легких (угроза легочного кровотечения);

8) инфекционные заболевания с повышенной температурой (*pneumonia seiposa*, скарлатина, тиф и т. д.);

9) тяжелые психические расстройства.

Среди показаний к родоразрешению со стороны женщины и плода особую группу составляют сужения таза, которые устраняют всякую возможность родов *per vias naturales* и где возникает надобность в кесаревом сечении.

## Условия для производства операции

Условием для выполнения операции является не только состояние родовых путей. Это положение справедливо в некоторой мере только для части операций, выполняемых *per vias naturales*. Так, например, нельзя наложить щипцы при малом открытии зева, нельзя низвести ножку при целом пузыре и т. д. Игнорировать эти условия невозможно, ибо в таком случае операцию нельзя технически совершить или она будет сопровождаться значительной травмой и окажется вредной и даже губительной. В то же время для такой операции, как кесарево сечение, состояние родовых путей не имеет существенного значения. В то же время необходимо в числе условий учитывать и состояние организма роженицы в целом, а также состояние плода. Далее, например, не принято накладывать щипцы при мертвом плоде, при анэнцефалии и т. п.

Наряду с условиями, необходимыми для производства операции, учитывают и обстоятельства, препятствующие выполнению операции. Эти обстоятельства, наличие которых исключает возможность операции, называются противопоказаниями. Однако не всегда показания, условия и противопоказания для операции сочетаются четко и ясно. В таком случае решающее значение имеет опыт врача.

Итак, состояние плода у матери определяет необходимость родоразрешения, а условия и противопоказания решают выбор оперативного действия. Выбор оперативного пособия зависит от окружающих условий и возможности, но выбираемое пособие всегда должно быть наименее опасным для жизни матери и ребенка.

## VI. ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКОВ (ХИРУРГИЧЕСКИЙ И КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД)

Техника прерывания беременности путем инструментального удаления плодного яйца с последующим выскабливанием полости матки (*excochleatio cavi uteri seu abrasio cavi uteri*).

Прерывание беременности путем выскабливания полости матки (удаление плодного яйца и *decidua*) допустимо только в пределах 3 месяцев, ибо чем больше срок беременности, тем больше растягивается матка, а в связи с этим возрастают и технические трудности и опасности для здоровья и жизни женщины. *Excochleatio cavi uteri* у первобеременных производится под наркозом. Применяется эфир, хлорэтил, закись азота; особенно необходим наркоз у беспокойных и нервных беременных. Выскабливание матки можно производить и без наркоза, за исключением первобеременных, имеющих ригидную длинную шейку. Нередко потребность в наркозе бывает насущно необхо-

дима, в частности, при спазматическом сокращении внутреннего зева. В этих случаях производится инъекция подкожно 1 мл 0,1% Sol. Atropini sulfurici sterilis.

За полчаса до операции делают подкожно инъекцию 1 мл 2% Sol. Pantoroni и 20 мл 25% Sol. Magnesii sulfurici sterilis. внутримышечно.

Перед выскабливанием всегда необходимо провести тщательную дезинфекцию наружных половых частей и влагалища, о чем уже говорилось выше.

До операции проводится влагалищное исследование. Определяется положение матки, ее величина, форма, консистенция, а также состояние придатков. По введении во влагалище зеркал (нижнего и подъемника) шейку захватывают двумя парами пулевых щипцов, обязательно на переднюю и заднюю губу. Этим достигается выпрямление шеечного канала матки, а кроме того, создается хорошая опора для рук оператора. Затем шейку, захваченную пулевыми щипцами, слегка подтягивают к влагалищному входу. После этого производят механическое очищение и дезинфекцию шеечного канала (наружного зева) посредством ваты на плейферах, смоченной спиртом. Шеечный канал не смазывают ввиду возможности последующего затруднения при его расширении.

Трудность механической очистки шейки зависит от наличия слизи, выделяемой бокаловидными железами, ввиду чего желательно применение щелочных растворов, например, 2% Sol. Natrii bicarbonici. Перед введением расширителей зондом определяют направление канала матки. Расширители вводят в том направлении, которое показывает зонд. Расширители мы применяем непременно с полуномерами. Насилия при проведении расширителей быть не должно, иначе может образоваться ложный ход. В результате насилия при положении матки в anteflexio-versio перфорируется задняя стенка (обычно несколько выше внутреннего зева), при retroflexio uteri — передняя, а при боковых смещениях — боковые стенки матки. Закончив расширение (до № 13 при беременности в 1½ месяца), приступают к удалению плодного яйца. Для этого берут кюретку наибольшего размера, которая свободно может быть проведена через шеечный канал, и производят ею раздробление плодного яйца и извлечение частей его наружу. Абортцанг применяют только для удаления уже отделенных кюреткой частей яйца. Вообще все выскабливание производят кюреткой. При манипулировании ею надо избегать грубых и резких движений и не толкать кюреткой дно матки.

Особенно тщательно надо удалять остатки яйца и децидуальную оболочку из углов матки, для чего в наборе нужно иметь маленькую кюретку.

Убедившись в полном освобождении полости матки от содержимого, мы не высушиваем ее марлей и не смазываем стенок

иодом или спиртом, так как частые вхождения в полость матки способствуют внесению инфекции; рассчитывать же на бактерицидное действие иода при происходящем в таких случаях разведении его кровью не приходится.

При кровотечении, продолжающемся после выскабливания, для сокращения матки рекомендуется вводить на 2—3 минуты марлевый тампон, конец которого смачивается иодом или эфиром (пары эфира вызывают сокращение матки). Марлевый дренаж в полость матки вводят (на 2—4 часа) только в исключительных случаях, когда имеется сильное кровотечение, с целью вызвать лучшее сокращение маточной мускулатуры. При тщательном удалении плодного яйца и децидуальной оболочки кровотечение, как правило, отсутствует. Кроме того, для лучшего сокращения матки подкожно или непосредственно в шейку последней впрыскивают препараты спорыньи, а затем производят массаж матки. С той же целью применяются подкожные инъекции адреналина в количестве 0,5—1 мл, за исключением тех случаев, где имеются явления гипертонии (больные токсемией, нефритом). После выскабливания матку переводят в нормальное положение и массируют. Этим достигается лучшее ее сокращение.

Для прерывания беременности сроком свыше 3 месяцев производят либо хирургическую операцию — влагалищное или малое кесарево сечение, либо пользуются консервативным методом (беременность 5 месяцев и больше) — вливание риванола (1 : 4 000) за оболочки яйца, либо применяют метрейриз.

### **Техника влагалищного кесарева сечения по Лейбчику (sectio caesarea vaginalis)**

Беременная помещается на край операционного стола с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами и с разведенными бедрами. На ноги надевают ногодержатель Отта. Обычная дезинфекция наружных половых органов и влагалища (об этом говорилось выше). По введении зеркал во влагалище последнее, равно как и шейку, тщательно дезинфицируют, а затем шейку захватывают пулевыми щипцами (накладывают по 2 пары щипцов на переднюю и заднюю губу шейки), низводят к introitus vaginae, насколько представляется возможным, и тщательно дезинфицируют канал шейки матки. После введения боковых пластинчатых зеркал производят дугообразный разрез слизистой переднего свода влагалища, обычно на 2—3 см от наружного зева шейки матки (рис. 114). Необходимо до разреза определить металлическим катетером границу мочевого пузыря. Затем производят отсепаровку тупым путем мочевого пузыря вместе с передним влагалищным сводом (помни о мочевом пузыре!); отсепаровку производят до тех пор, пока не покажется брюшина (выше внутреннего зева). Вскрывать брюшину не следует. Когда мочевой пузырь достаточно отведен вверх, в рану вводят

пластинчатое зеркало (подъемник), чтобы защитить пузырь и маточнопузырную складку брюшины от поранения ножницами.



Рис. 113. Введение в шейечный канал расширителя Гегара.

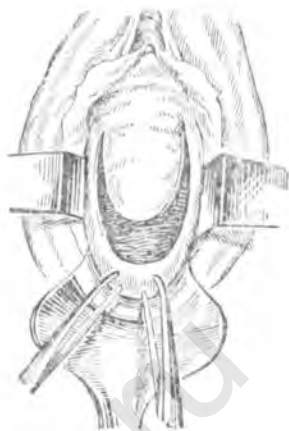


Рис. 114. Влагалищное кесарево сечение, дугообразный разрез передней влагалищной стенки.

В просвет шейечного канала вводят один номер расширителя (обычно № 11—12) (рис. 113) и затем, отступя на один палец от наружного зева, рассекают скальпелем переднюю стенку шейки матки (разрез на расширитель) (рис. 115). Удлинение разреза вверх за внутренний зев производят ножницами под контролем глаза. Края разреза шейки захватывают пулевыми щипцами и подтягивают книзу.



Рис. 115. Влагалищное кесарево сечение по методу Лейбчика.

В просвете расширенного отверстия показывается напряженный плодный пузырь. При вскрытии пузыря пулевые щипцы с шейки снимают и два пальца вводят в полость матки. С помощью наружной руки производят поворот плода с последующим извлечением его за ножку и перфорацией скальпелем последующей головки (все делается под контролем глаза). По извлечении плода абортангом (идя по пуповине до места прикрепления ее к последу) удаляют послед, после чего производят инструментальную проверку полости матки, выскабливают *decidua*; для этой цели применяют тупую большого размера кюретку. Тщательно должны быть проверены маточные углы. В случае недостаточного сокращения матки и кровотечения производят массаж

матки и инъекцию в шейку эрготина или секакорнина. На произведенный разрез шейки матки накладывают узловатые кетгуттовые швы (обязательно с вершины разреза). После этого производят пришивание к шейке переднего свода кетгуттовыми узловатыми швами. В целях предупреждения «затека» крови целесообразно выводить с обеих сторон шейки марлевые дренажи («выпускники»), которые удаляют обычно на 3-й день после операции.

В первые два-три дня после операции с целью лучшего сокращения матки следует назначать препараты спорыньи.

### **Техника малого кесарева сечения (*sectio caesarea parva*)**

Подготовительные мероприятия к операции те же, что и при влагалитном кесаревом сечении. Перед операцией обязательно должен быть опорожнен мочевой пузырь.

Оперируемой придают положение с умеренно поднятым тазовым концом. Разрез брюшной стенки — чаще продольный, но при беременности небольшого срока он может быть поперечным. Длина продольного разреза 10—12 см, начало разреза на два поперечных пальца выше лонного сочленения. Разрез тканей — послойный. По вскрытии брюшины в брюшную полость вводят влажные марлевые компрессы, которыми отграничивают операционное поле от петель кишечника, а брюшную полость предохраняют от затека в нее околоплодных вод и крови. Компрессы смачивают в теплом физиологическом растворе, затем отжимают, после чего вводят в брюшную полость. Матку выводят через просвет раны наружу (при беременности небольшого срока) или подводят к просвету разреза брюшной стенки. Разрез матки делают по передней ее стенке, начиная от пузырно-маточной складки; еще лучше делать разрез матки, особенно при беременности большого срока, в нижнем сегменте матки после предварительной отсепаровки мочевого пузыря. Отсепаровка мочевого пузыря технически проста: в месте складки (*plica vesico-uterina*) брюшину вскрывают в поперечном направлении и пузырь остепаровывают книзу. В результате этого обнажается нижний сегмент матки, который продольно разрезают по средней линии матки. По удалении плода и последа производят выскабливание полости матки. Разрез матки зашивают узловатыми кетгуттовыми швами (рис. 116 и 117). Швы обычно накладывают в два этажа (мышечно-мышечный и серозно-мышечный шов), не прокалывая слизистой оболочки матки. Швы следует завязывать в три узла ввиду склонности кетгута к саморазвязыванию. Отделенную брюшину подшивают обратно к матке. Таким образом, швы прикрываются мочевым пузырем и находятся в полном покое. По зашивании матки последнюю выводят (если она была извлечена) в брюшную полость, затем удаляют

из брюшной полости марлевые компрессы и производят ее осмотр. После этого брюшную стенку зашивают наглухо обычным путем (швы накладывают послойно).

Операция перевязки маточных труб у здоровой женщины категорически воспрещена Наркомздравом СССР (приказ от 1/VII 1939 г., № 10). В особо исключительных случаях стерилизация производится только по строгим медицинским показаниям.

Послеоперационный уход обычный.

### Техника вливания риванола за оболочки плодного яйца

Для вливания применяют раствор риванола 1 : 4 000.

Накануне дня операции тщательно готовят кишечник больной (клизмы, в отдельных случаях прием слабительного).

Далее производят внутримышечные инъекции масляного раствора фолликулина (или синэстрола) в количестве 60 000

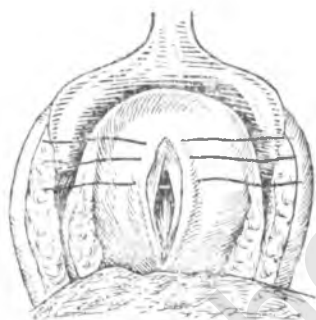


Рис. 116. Наложение швов на разрез стенки матки при малом кесаревом сечении.

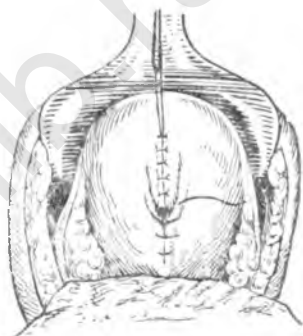


Рис. 117. Наложение непрерывного перитонизирующего серозно-мышечного шва.

единиц, что соответствует 5 мл 0,1% его раствора. Делают 2—3 инъекции с промежутком в 3 часа. Одновременно с инъекциями больная получает внутрь по одному порошку аскорбиновой кислоты в дозе 0,05.

На следующий день утром ставят очистительную клизму, сбривают волосы на наружных половых органах, производят обмывание последних с прибавлением дезинфицирующих веществ. Перед самой операцией опорожняют мочевой пузырь.

После введения зеркал во влагалище тщательно дезинфицируют шейку матки, которую затем захватывают пулевыми щипцами (по две пары на переднюю и заднюю губу шейки накладывают тангенциально); затем следует дезинфекция шейного канала. Через канал шейки матки между оболочками и стенкой матки, приблизительно на  $\frac{2}{3}$  его длины, осторожно, без насилия, проводят мужской катетер.

К отверстию катетера приставляют узкий конец большого шприца, содержащего раствор риванола. Раствор медленно вводят через катетер между оболочками и стенкой матки. Чтобы сохранить жидкость рекомендуется сближением пулевых шипцов уменьшить просвет шейки матки. Обычно вводят 800—1 000 мл раствора риванола в подогретом виде (до 37°), после чего катетер извлекают и вводят во влагалище тампон. Тампоном стараются закрыть просвет шейки матки, сдавливания ее вверх по направлению к лонному сочленению.

Беременную перевозят в палату. Тампон извлекают с момента установления явной сократительной деятельности матки, но не позже чем через 3—4 часа. К этому времени обычно появляются схватки; для усиления их иногда применяют хинин, акрихин, стрихнин, китайский лимонник.

Хинин назначают по 0,2 каждый час в количестве 6 порошков до появления энергичных схваток. Акрихин назначают в дозе 0,02 тоже каждый час в количестве 6 порошков. Акрихин можно назначать также в виде клизмы (на 50 мл теплой воды 2,5—3 мл 1% Sol. Acrichini); ставят клизмы 4 раза через 30—45 минут.

Стрихнин применяют в дозе 0,0003 (что составит одну треть обычной стандартной ампулы, содержащей 0,001 стрихнина) в виде трех инъекций, которые делают с промежутком в 50 минут. Китайский лимонник назначают внутрь по 40 капель на 5% растворе глюкозы или сахарной воды в количестве одной столовой ложки. Повторный прием препарата не ранее чем через 3 часа.

В случаях с неблагоприятным акушерским анамнезом к стимуляции приступают сразу после вливания.

Прерывание беременности протекает по типу родов.

В отдельных случаях вливание за оболочки риванола приходится делать повторно.

### Метрейриз

Там, где шейка еще существует, т. е. где процесс сглаживания течет медленно, а также при отошедших водах и выявившейся первичной слабости схваток может быть применен метрейриз. Техника введения метрейринтера нетрудная.

Если при placenta praevia метрейринтер обязательно вводят внутриоболочечно (предварительно вскрыв плодный пузырь), то в случаях, где показано только расширение шеечного канала, его вводят внеоболочечно (не вскрывая плодного пузыря).

Метрейринтер (рис. 118) не должен содержать воздуха. С этой целью баллон при закрытом зажиме Кохера на отводном конце погружают в таз с раствором борной кислоты. Под жидкостью снимают зажим и, скручивая метрейринтер в виде сигары, выжимают из него воздух. Скрученный метрейринтер передают



ассистенту, а оператор выжимает из трубки, находящейся под водой, остатки воздуха и жидкости, после чего на конец трубки накладывают зажим.

Вводят метрейринтер следующим образом. Влагалище обнажают зеркалами, после чего шейку захватывают пулевыми щипцами и подтягивают ко входу во влагалище для того, чтобы она не прикасалась к стенкам последнего.

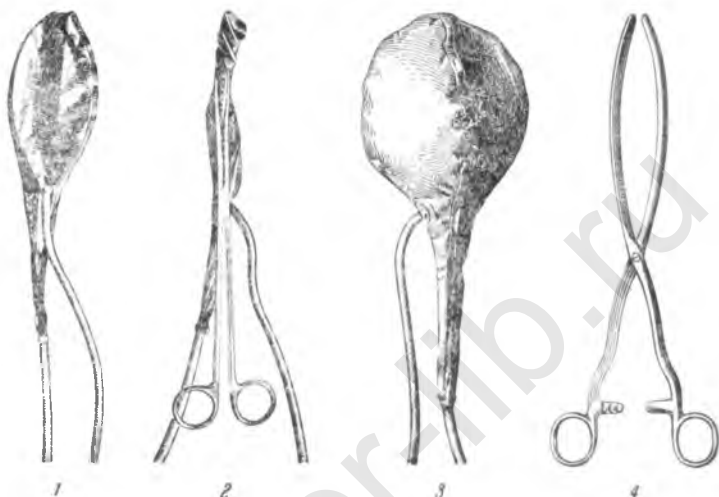


Рис. 118. Метрейринтер конструкции И. М. Старовойтова.

1 — метрейринтер до заполнения его жидкостью; 2 — сигарообразно сложенный метрейринтер, захваченный щипцами; 3 — баллон, наполненный жидкостью; 4 — специальные щипцы для захвата баллона.

Сигарообразно сложенный метрейринтер (смазанный стерильным вазелином) вводят посредством кривых щипцов Ришело или особым инструментом через канал шейки в матку (выше внутреннего зева); когда в шейке матки будет находиться шейка метрейринтера, бранши-кривульки постепенно разжимают и метрейринтер наполняют при помощи шприца или из кружки Эсмарха стерильным борным или физиологическим раствором в количестве, установленном при подобном наполнении метрейринтера. Наполнение метрейринтера должно производиться медленно, так как при быстром нагнетании иногда наблюдается шок. Щипцы снимают, когда метрейринтер наполнен жидкостью настолько, что выскальзывание его из шейки невозможно. Инструмент снимают наподобие извлечения браншей акушерских щипцов — каждую ветвь отдельно. Отводную трубку наполненного метрейринтера закрывают зажимом или петлей марли, к которой через блок или просто через спинку кровати подвешивают груз; груз не должен превышать более чем на 200 г коли-

чество введенной в метрейринтер жидкости. Доказательством того, что метрейринтер спустился во влагалище, является начинающаяся потужная деятельность. Максимальный срок, в течение которого метрейринтер может оставаться в матке, — 12 часов.

### **Брюшностеночное кесарево сечение (sectio caesarea, partus caesareus)**

Операция должна производиться лишь по строгим медицинским показаниям. Расширения показаний к операции допускать не следует.

При рассмотрении соответствующих разделов акушерской патологии мы указывали те случаи, в которых допустимо производство операции кесарева сечения. Здесь мы лишь вкратце их систематизируем.

К числу показаний к кесареву сечению относятся случаи, где имеется:

1. **Узкий таз** при истинной конъюгате ниже 7 см при живом плоде.

2. **Суженный таз** первой и второй степени при выявившемся в родах несоответствии между величиной головки и размерами таза (т. е. когда отсутствует вставление головки при хорошо выраженной родовой деятельности) в целях предупреждения разрыва матки и внутриутробной гибели плода или при обнаруженном неправильном вставлении головки, как-то: лобное, лицевое и переднегемное вставление.

3. **Топографически неблагоприятно расположенные опухоли матки, ущемленные в малом тазу кисты яичника или опухоли костного таза, препятствующие вставлению и прохождению плода по родовому каналу.**

4. **Наличие препятствий по протяжению родового канала, как-то: зашитые ранее свищи (влагалищно-пузырные или влагалищно-кишечные), опухоли во влагалище, возникшие в период беременности или в родах (гематомы), рак шейки матки (операция кесарева сечения соединяется, как правило, с расширенным удалением матки) и т. п.**

5. **Центральное предлежание плаценты; при других видах предлежания плаценты (краевое, боковое) руководствоваться степенью кровопотери, состоянием матери и подготовленностью родовых путей.**

6. **Преждевременная отслойка нормально сидящего детского места.**

7. **Угрожающий разрыв матки.**

8. **Поперечное положение плода при неподготовленном зеве, недавно отошедших водах и выпадении пуповины или при наличии суженного таза и особенно при неблагоприятном акушерском анамнезе.**

Запущенное поперечное положение плода при соответствующих условиях (см. главу V).

9. Повторные роды в тазовом предлежании плода при неблагоприятном акушерском анамнезе.

10. Выпадение пуповины при неподготовленном зеве, особенно у первородящих с узким родовым каналом.

11. Переносенная беременность при безуспешности возбуждения родовой деятельности путем многократного применения гормонально-медикаментозных и других средств и методов.

12. Выявившиеся в процессе родов **аномалии сократительной способности матки**, не поддающиеся медикаментозно-гормональной терапии, при безуспешности применения таких акушерских мероприятий, как расширение шейки матки и вскрытие околоплодного пузыря, наложение «кожно-головных шипцов» по Иванову и т. п.

13. Эклампсия, не поддающаяся лечению консервативными методами, в сочетании с другими видами акушерской патологии, диктующими окончание родов путем операции кесарева сечения (угрожающая асфиксия плода, вторичная слабость схваток, кровотечение и т. п.).

14. Агональное состояние матери.

Вышеуказанными случаями не исчерпываются все показания к производству операции кесарева сечения; мы привели лишь те из них, которые не вызывают никаких возражений.

Наиболее распространенным способом является внутрибрюшинное кесарево сечение, и значительно реже (лишь единичные операции) применяют внебрюшинное кесарево сечение ввиду сложности техники, большой травмы тканей и возможности нарушить целостность брюшины. В силу сказанного этот вид операции не рекомендуется и поэтому мы не считаем нужным приводить его описание.

При внутрибрюшинном выполнении имеются в свою очередь две разновидности: матка вскрывается в верхнем (собственно тело матки) сегменте — так называемое корпоральное (классическое) кесарево сечение (без отслойки мочевого пузыря), и в нижнем сегменте — так называемое забрюшинное, или ретровезикальное, кесарево сечение (с предварительной отслойкой мочевого пузыря). Расположение плаценты в области нижнего сегмента не должно являться препятствием к применению указанного метода. Для большинства случаев ретровезикальное кесарево сечение будет операцией выбора.

Классическое кесарево сечение должно применяться только при неподготовленном нижнем сегменте или при наличии в области последнего рубцово-спаечного процесса или опухолей.

Необходимым условием для выполнения операции кесарева сечения является асептичность случая. Поэтому во всех случаях, когда опера-

ция кесарева сечения проводится в плановом порядке, должны быть заранее устранены все неблагоприятные факторы, которые могут сказаться на исходе операции:

1) при загрязнении родового пути (инфицированность последнего) чистота влагалищного секрета должна быть доведена соответствующим лечением до первой-второй степени;

2) должны быть ликвидированы гнойничковые заболевания кожи и места с постоянным нахождением стрепто-стафилококков (хронический тонзиллит, кариес зубов и т. п.);

3) должны быть ликвидированы сопутствующие заболевания и т. п.

При производстве операции кесарева сечения в неотложных случаях, когда исключена возможность родоразрешения другими способами, при наличии согласия роженицы на операцию, необходимо иметь минимум благоприятных условий, как-то:

1) отсутствие у женщины общего септического заболевания;

2) отсутствие поражения гнойным процессом кожи передней брюшной стенки;

3) отсутствие гриппозных явлений;

4) отсутствие загрязнения (инфицирования) влагалища;

5) жизнеспособный плод, за исключением случаев, когда операция производится по жизненным показаниям со стороны самой женщины.

Не менее существенное значение имеет и выбор наиболее благоприятного времени для операции; это имеет особенно большое значение при ретро-везикальном кесаревом сечении, так как в этом случае важно добиться полной подготовленности нижнего сегмента. Само собой разумеется, что плод должен быть живым. Техника операции в основном касается выбора места разреза матки, а также методики наложения швов на разрез матки. Мы полагаем, что надо придерживаться срединного продольного разреза матки, по передней ее стенке, ибо, наряду с последним, применяется поперечный разрез матки по Дерфлеру и его модификации по Гусакову и Н. П. Лебедеву. Как известно, матка сливается из двух мюллеровых путей, генетическим местом сращения которых является средняя линия. Применяя срединный путь разреза, мы, во-первых, минимально нарушаем нервный аппарат, во-вторых, избегаем сильной кровопотери и, в-третьих, имеем более благоприятные условия для заживления. Отсюда ясно, как важно оператору всегда попасть на середину матки. Для этого надо руководствоваться расположением круглых связок и принимать во внимание отхождение фаллопиевых труб (углы).

**Техника операции.** Оперируемая помещается на стол с умеренно поднятым тазовым концом. Разрез брюшной стенки продольный. При корпоральном кесаревом сечении разрез начинают

обычно с середины расстояния между лоном и пупком и продолжают выше пупка с обходом его с левой стороны. При кесаревом сечении, производимом в нижнем сегменте матки, разрез делают на два поперечных пальца выше лона до пупка и только при необходимости увеличения разреза последний продолжают выше пупка.

Разрез тканей послойный. По вскрытии брюшины в брюшную полость вводят смоченные в теплом физиологическом растворе и отжатые марлевые компрессы, которыми отграничиваются петли кишечника, а брюшная полость предохраняется от затека в нее околоплодных вод и крови.

Ассистент подводит матку к просвету разреза брюшной стенки через наружную брюшную стенку. Разрез стенки матки срединный по передней ее стенке, выше отхождения пузырно-маточной складки (при корпоральном кесаревом сечении). При разрезе матки в нижнем сегменте предварительно вскрывают брюшину в области *plica vesico-uterina*, отсепаровывают нижний ее край вместе с мочевым пузырем книзу (тупым путем) и только после этого вскрывают матку. По методу Дерфлера разрез тела матки производят в поперечном направлении немного выше и параллельно маточно-пузырной складке.

По удалении плода и плаценты разрез матки закрывают узловатыми кетгутowymi швами.

Для наложения швов на матку последнюю можно вывести через разрез наружу из брюшной полости. При выведении матки наружу верхнюю часть кожной раны соединяют зажимами и защищают большими стерильными марлевыми компрессами или полотенцами. Маточную рану надо закрыть со всей тщательностью, чтобы избежать в последующем возможных осложнений, например, разрыва матки. Все случаи ее разрывов при следующих родах происходят либо от плохого сшивания, либо от инфекции.

Разрез матки необходимо закрывать двухэтажным швом при операции в нижнем сегменте и трехэтажным швом при корпоральном кесаревом сечении. Техника наложения швов имеет существенное значение не только для гемостаза, но и для предупреждения рубца и хорошей изоляции полости матки от полости брюшины. Всегда применяют узловатые кетгутowe швы, которые надо завязывать в три узла.

При разрезе стенки матки необходимо помнить о плоде, ибо нередко случаи поранений скальпелем его головки и тела.

Разрез стенки делают обычно скальпелем, а его удлинение производят ножницами под контролем пальца, введенного в полость матки между околоплодным пузырем и маточной стенкой. Кровопотеря в момент разреза значительная. Оператор должен учитывать это с целью быстрейшего извлечения плода, так как с удалением последнего и выделением плаценты матка обычно хорошо сокращается.

Во всех случаях операции кесарева сечения, подозрительных в отношении инфекции, с целью предупреждения генерации последней показано профилактическое введение в брюшную полость пенициллина (свободно или в паравезикальную клетчатку, или по протяжению шва на матке в толщу мышцы) с одновременным вливанием в брюшную полость эфира в количестве 30 мл. От применения во время операции сульфаниламидных препаратов в последнее время мы отказались, так как они по силе действия уступают пенициллину.

Переливание крови должно производиться возможно шире, причем не только в случаях явного обескровливания организма роженицы, но и с целью мобилизации защитных сил организма. В последнем случае количество переливаемой крови может быть ограничено 400 мл.

С целью лучшего сокращения матки перед закрытием разреза, рекомендуется вводить непосредственно в мышцу матки 1 мл питуитрина, что противопоказано лишь у женщин, страдающих гипертонией.

Новорожденные, родившиеся у женщин после операции кесарева сечения, особенно производимого в случаях затяжных и осложненных родов, должны рассматриваться как угрожаемые по внутрочерепному кровоизлиянию. Поэтому в первые двое-трое суток они должны быть поставлены в условия полного покоя, что вполне совпадает с интересами самой женщины, перенесшей большую хирургическую операцию.

В послеоперационном периоде нужно следить за опорожнением мочевого пузыря и сокращением матки.

## **VII. НАЛОЖЕНИЕ ШИПЦОВ (APPLICATIO FORCIPIS)**

### **Выходные щипцы (forceps minor)**

Щипцы накладывают на предлежащую головку. Зев матки должен быть полностью открыт. Плодный пузырь должен быть вскрыт, а ребенок жив. Головка должна стоять в выходе или в полости таза. При головке, стоящей в выходе таза, обнаруживается следующая картина: стреловидный шов стоит в прямом размере, малый родничок — под лоном и ниже большого родничка; головка стоит на тазовом дне и выполняет всю крестцовую впадину. Следовательно, головка не выполнила механизма врезывания и прорезывания (разгибания) (рис. 119). Головка не может стоять в выходе таза больше определенного времени, измеряемого в среднем 2 часами. По истечении этого времени головка должна быть освобождена. При длительном стоянии головки на тазовом дне, даже при хорошем общем состоянии матери и плода, возникает опасность травматических повреждений мягких тканей родовых путей, поставленных в очень плохие

условия питания и испытывающих немалое давление со стороны плотной головки. Некрозы и ссадины (*usurage*) мягких тканей и чаще всего мочеиспускательного канала являются тяжким последствием длительного стояния головки. Обычно употребляют щипцы Симпсона и очень редко прямые щипцы Лазаревича.

Щипцы Симпсона имеют небольшую тазовую кривизну, меньшую, чем щипцы французских и немецких авторов, и отличаются большей поверхностью захвата головки, небольшой длиной, легкостью и подвижностью замка. Они состоят из двух ветвей (бранш), каждая из которых в свою очередь состоит из ложки, замковой части и рукоятки. Шейкой щипцов называется переход от замка к ложкам. В шейку помещается средний палец руки, производящий тракции.



Рис. 119. Головка, стоящая в выходе таза.

Перед наложением ложки щипцов должны быть сложены и поставлены в такое положение, в котором они будут находиться в тазу; бушевские крючки будут показывать в каком размере таза (поперечном или косом) наложены щипцы. Щипцы Симпсона приспособлены для захватывания головки в



Рис. 120. Захват головки в бипариетальном размере (фронтальная плоскость).

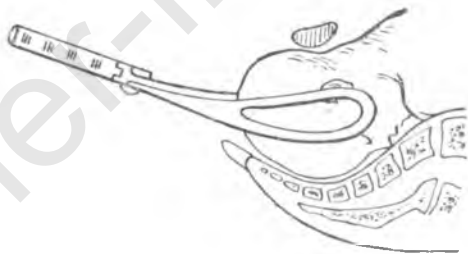


Рис. 121. Захват головки в бипариетальном размере (сагиттальная плоскость).

бипариетальном размере при нормальном затылочном предлежании. При этом ложки щипцов захватывают область от теменных бугров до угла нижней челюсти; в окне ложки оказывается область уха (рис. 120 и 121). Так как проводная точка головки находится под лонем и верхушки ложек щипцов всегда должны быть обращены в сторону лона, то принято говорить, что верхушки ложек щипцов всегда должны быть направлены к проводной точке головки.

При захвате головки щипцами в бипариетальном размере стреловидный шов оказывается перпендикулярным плоскости щипцов.

Применение щипцов складывается из двух главных моментов: наложения щипцов на головку и тракций, при которых выполняется незавершенный механизм родов.

Операция наложения щипцов производится под наркозом. Роженица готовится, как для обычной операции (мытьё и дезинфекция операционного поля); обязательно опорожнение мочевого пузыря; для выпуска мочи применяют металлический или резиновый катетер. Катетер вводят таким образом, что между головкой и передней влагалищной стенкой (по ходу мочеиспускательного канала) помещается 2 пальца руки, введенной во влагалище. Пальцами по возможности отжимают головку вверх и назад (по направлению к крестцу), тем самым облегчая проведение катетера в мочевой пузырь. Катетер должен вводиться без насилия. Перед операцией тщательно исследуют роженицу. Акушер должен иметь ясное представление о состоянии зева, о степени открытия, о высоте стояния головки, о расположении швов и родничков и т. д. Влагалищное исследование производят 4 пальцами, которыми охватывают наибольшую поверхность головки; пальцы перед введением во влагалище смазывают стерильным вазелиновым маслом.

После уточнения положения головки в родовом канале и определения опознавательных точек на головке (роднички, швы) приступают к наложению щипцов.

Наружную поверхность левой ложки смазывают стерильным вазелином. Четыре пальца правой руки вводят во влагалище, в левую часть крестцовой впадины, между головкой и стенкой влагалища. Ложку захватывают за кончик рукоятки, как пишущее перо или как смычок, тремя пальцами левой руки. Захватывать ложку всей рукой нецелесообразно.

Сферическая вогнутая поверхность ложки должна скользить по сферической выпуклой поверхности головки.

Для заведения ложки щипцов в левую половину крестцовой впадины ложку располагают таким образом, что ее верхушка ложится в бороздку между указательным и средним пальцем, а рукоятка в это время находится у пахового сгиба противоположной стороны. Большой палец правой руки накладывают на нижнюю ветвь ложки. Введение ложки в родовой канал при искусственном выполнении операции совершается подталкиванием нижней ветви большим пальцем внутренней руки. Другая рука только поддерживает рукоятку щипцов, а не вводит ее. Применение большой силы при наложении щипцов недопустимо.

Ложка щипцов будет наложена правильно, когда рукоятка подошла близко к средней линии и легла на промежность; показателем этого является расположение боковых крючков в строго поперечном размере выхода таза (при выходных щипцах) (рис. 122, а).

После наложения ложку передают помощнику, а акушер берет правую ложку щипцов в правую руку, заводит левую



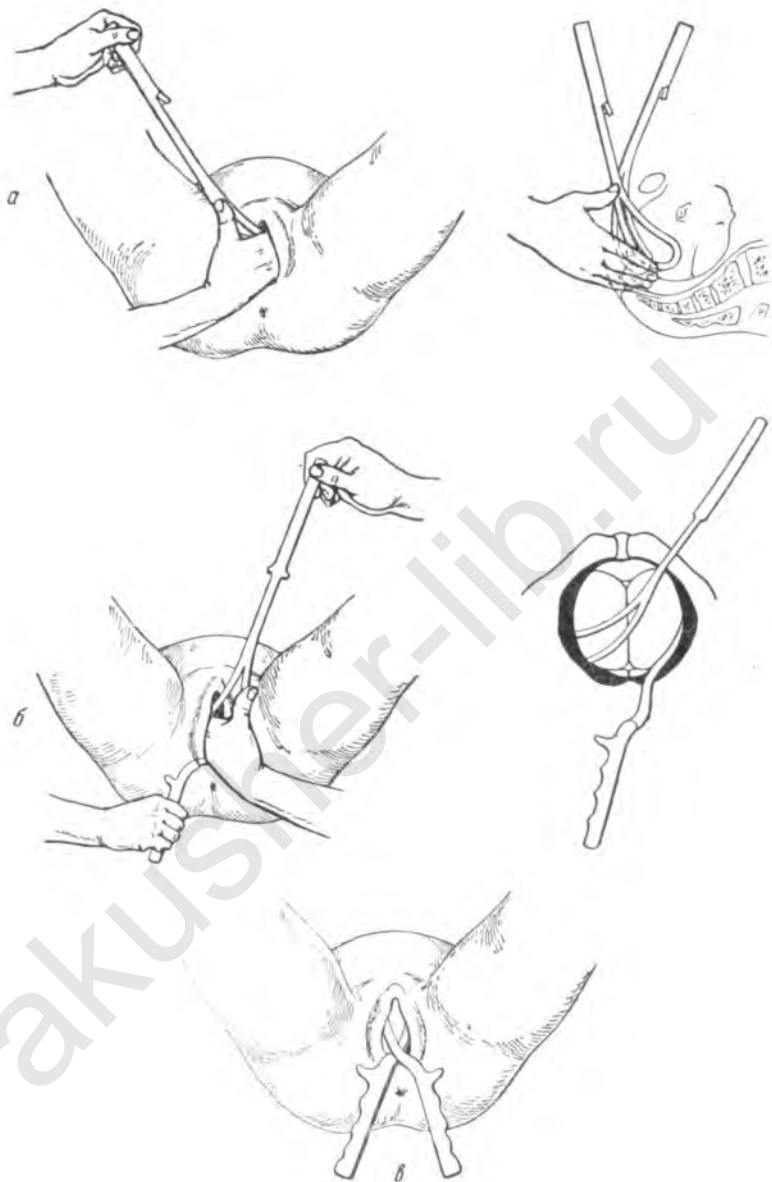


Рис. 122. Техника наложения щипцов на головку.

а — введение левой ложки; б — введение правой ложки; в — замыкание щипцов.

руку в правую половину крестцовой впадины, соблюдая те же правила, и накладывает правую ложку над левой (рис. 122, б).

Когда рукоятка правой ложки опустилась и бушевский крючок оказался в поперечном размере, левая рука освобождается и рукоятки щипцов смыкаются в замке (рис. 124, в). При замыкании может оказаться, что одна ложка лежит выше другой по оси таза. Для исправления этого положения необходимо одну ложку корригировать, причем корригируется нижестоящая, а не вышестоящая ложка. Это делается из тех соображений, что бывает трудно решить, которая из двух заведенных ложек неправильно лежит на головке. Так, если сдвинуть вниз вышеуказанную ложку, причем нижестоящая ложка наложена также неправильно, то обе ложки окажутся наложенными неправильно (низко) и могут даже соскользнуть с головки.

Соскальзывание же щипцов с головки представляет тяжелое осложнение, так как при этом происходит значительная травма тканей плода и матери. Если же поднимается нижестоящая ложка, а вышестоящая ложка (по которой корригируется последняя) оказывается наложенной слишком высоко и неправильно, то эта неправильность устраняется при пробной тракции, и щипцы, таким образом, не могут соскользнуть с головки. Несответствие ложек может быть и в другой плоскости — в горизонтальной, когда одна ложка наложена ближе к крестцовой впадине, чем другая. При этом правильно наложенная ложка определяется по правильно стоящему в сторону бушевскому крючку. Тогда другая ложка переводится ближе к лону или ближе к крестцу пальцами, введенными так же, как при наложении ложек, т. е. ложка поднимается к лону или отводится в крестцовую впадину.

Может быть и такое положение ложек, при котором обе они лежат в одной горизонтальной плоскости, но в отношении головки оказываются наложенными неправильно, а именно: бывают расположены слишком близко к лону (рис. 123, а и б) или слишком глубоко в крестцовой впадине. При таком положении ложки не захватывают бипариетального размера головки и упираются в головку нижними или верхними ветвями, в результате чего они уже при первой тракции соскальзывают (рис. 124). Ошибка обнаруживается очень легко, так как одна ветвь отстоит от головки, в то время как другая плотно лежит на ней. Эту ошибку исправляют передвигая каждую ложку в отдельности кпереди или кзади.

Когда акушер убедился в том, что ложки лежат правильно и совпадают в обеих плоскостях, рукоятки замыкаются. При замыкании щипцов может обнаружиться, что головка слишком велика для щипцов, следовательно, замкнутые щипцы сильно ее сдавят. Для устранения этого явления между рукоятками щипцов вкладывают сложенное в несколько раз полотенце

Когда замок щипцов закрыт, производят так называемую пробную тракцию, смысл которой заключается в контроле, правильно ли наложены щипцы и не соскользнут ли они (рис. 125, а). Производится тракция таким образом, что одна рука (обыкновенно правая) укрепляется на закрытом замке щипцов, а другая указательным пальцем касается выдающейся



Рис. 123. Ложки щипцов, неправильно наложенные на головку (а, б).

части головки. При потягивании щипцов правой рукой пальцем левой руки производится контроль, следует ли головка за движением щипцов или



Рис. 124. Сползающие с головки ложки щипцов.

последние идут вниз без головки и мимо головки, соскальзывая по оси таза или в сторону. Когда пробная тракция дает положительный результат (щипцы не соскальзывают), приступают к настоящим тракциям (рис. 125, б, в).

Н. А. Цовьянов<sup>1</sup> предложил особый прием захвата рукояток щипцов, при котором можно одновременно производить извлечение головки и отведение ее в крестцовую впадину (рис. 126). В результате подобного захвата щипцов тракции выполняются исключительно одними пальцами обеих рук, в то время как кисти рук не касаются щипцов.

Техника захвата рукояток такова. После наложения ложек на головку плода и замыкания щипцов II и III пальцы обеих рук врача, согнутые крючком, захватывают в шахматном порядке рукоятки на уровне боковых, так называе-

<sup>1</sup> Н. А. Цовьянов, К технике наложения акушерских щипцов, Медгиз, 1944, стр. 40—44.

мых бушевских крючков, и наружную и верхнюю поверхность последних. Таким образом, боковые крючки располагаются между фалангами этих пальцев.

IV и V пальцы, также несколько согнутые крючком, захватывают отходящие от замка параллельные ветви щипцов сверху и продвигаются как можно выше, ближе к головке. Желательно, чтобы кончик V пальца касался головки.

Большие пальцы, находящиеся под рукоятками щипцов, мякотью ногтевых фаланг упираются в среднюю треть нижней поверхности рукояток, оставляя свободной их наружную треть.

Такое захватывание ветвей щипцов возможно при условии наличия между ветвями последних достаточного пространства (щипцы Симпсона и др.).

Подходя к понятию о тракциях, необходимо сделать несколько замечаний о том, какой принцип вложен в это действие. Как уже отмечалось, наши акушерские пособия и операции должны подражать истинному течению родового акта. Следовательно, при тракциях необходимо подражать направлению и характеру нормального движения головки в родовом канале: в выходе таза головка производит врезывание до *punctum fixum*, прорезывание — на *punctum fixum*, в полости таза — внутренний поворот с одновременным опусканием на

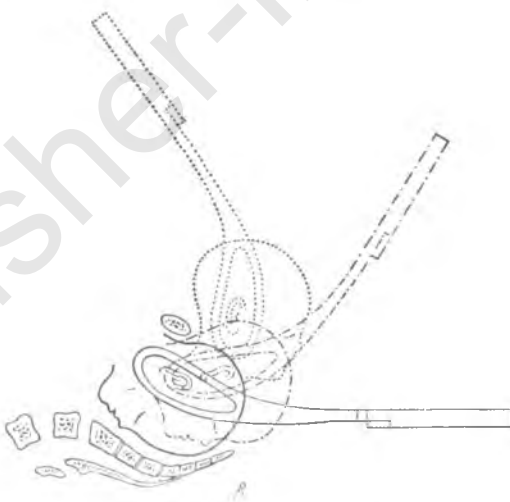
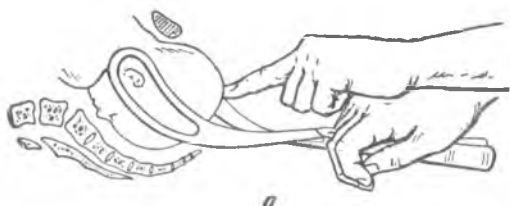


Рис. 125. Тракции в щипцах: пробная (а) при выходных щипцах (б и в).

тазовое дно, т. е. турбинообразное движение; во входе в таз головка без всякого поворота или при наличии крестцовой ротации постепенно с боковым поворотом вклинивается до большого своего сегмента.

Таким образом, во входе в таз движение головки может быть названо качательным, причем это движение головки в родовом акте ни разу больше не повторяется.

При выходных и полостных щипцах не должны иметь места качательные тракции, так как они являются нефизиологическими, но зато должна выполняться периодичность тракции. Щипцы не должны быть наглухо закрыты на головке

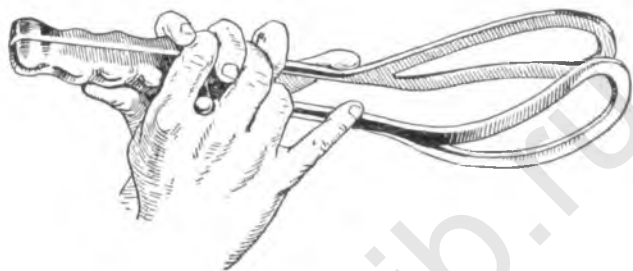


Рис. 126. Захват рукояток щипцов по Н. А. Цовьянову.

от начала до конца операции, так как длительное сдавление головки наносит большой вред. Опасность заключается в травме от сдавления головного мозга и периферических нервов (n. facialis). Поэтому между тракциями ложки щипцов разводят и удерживают легким захватом в замке. Сами же тракции производятся только во время потуг и являются подкреплением слабой по силе потужной деятельности. Быстро наступающая асфиксия плода является, естественно, показанием к тому, чтобы пренебречь этим соображением и закончить роды независимо от схваток. Наркоз во время тракции должен быть прекращен совсем или быть неглубоким, слегка оглушающим, чтобы не подавлять потужной деятельности.

Тракции при всяких щипцах, будь то щипцы выходные или более высокие, разделяются на три позиции, существенно отличающиеся друг от друга и имеющие особое назначение. При первой позиции головка (которая обыкновенно при наложении щипцов уходит слегка выше) плотно садится на тазовое дно в состоянии сгибания. Понятно, что это движение головки совершается по оси таза, которая направляется косо кзади и вниз. При второй позиции происходит врезывание головки в половую щель; при этом *punctum fixum* (подзатылочная ямка) подходит

под лона, а затылочный бугор проходит мимо лона, двигаясь по горизонтальной линии при обычном лежащем положении роженицы. При третьей позиции головка *in toto* поступательного движения не совершает, так как подзатылочная ямка и следующие дальше шейные части фиксированы. В этот момент головка описывает дугу вверх, причем наибольший радиус приходится на лобно-лицевые части. Так как щипцы на головке лежат в одном положении до конца родоразрешения (в бипариетальном размере), то рукоятки щипцов прodelьвают то же движение, какое прodelьвает головка, т. е. дугообразное: вниз, горизонтально и кпереди. Эта дуга движения нигде не прерывается, сохраняя свою кривизну, и движение рукояток щипцов должно быть строго и постепенно дугообразным (см. рис. 125, в).

Если это движение разделено на три этапа, это не значит, что между этими этапами существуют угловатые и резкие границы. Эти три позиции — лишь схема, при помощи которой мы подражаем нормальному механизму родов. Чтобы закончить общие соображения о трех позициях при наложении щипцов, надо еще упомянуть, что вторая и третья позиции при прочих равных условиях имеют определенный и всегда одинаковый объем работы; продолжительность же первой позиции и объем того механизма, который совершается при ней, могут быть разные в зависимости от высоты стояния в тазу головки, причем при выходных щипцах эта позиция сводится к нулю. Техника выполнения тракций при каждой из трех позиций заключается в следующем.

**Первая позиция.** Выполняется сидя. Руки на сомкнутых щипцах располагаются таким образом, что правая рука лежит сверху на замке, средний палец этой руки помещается выше замка между двумя ложками; указательный и безымянный пальцы лежат согнутыми на бушевских крючках; левая рука всей кистью охватывает рукоятки снизу. Направление тракции косо кзади и вниз.

**Вторая позиция.** Выполняется сидя. Руки располагаются на те же места щипцов, только с обратных сторон. Правая рука располагается снизу, левая — сверху. Рукоятки щипцов к этому времени начинают подниматься к горизонтальному положению и выше. Главное направление тракции — на себя (клизу).

**Третья позиция.** Выполняется стоя. Оператор помещается сбоку от роженицы таким образом, чтобы рука, сжимающая замок щипцов, была перекинута через согнутую ногу роженицы. Захват замка всей кистью с двумя пальцами, вложенными между ложками щипцов. Другая рука в это время занята защитой промежности.

Для полного прорезывания головки в щипцах необходимо значительно отклонить рукоятки щипцов в направлении живота роженицы, т. е. тракции следует производить по направлению

косо вниз и кпереди (см. рис. 125, в). При этом надо следить за тем, чтобы верхушки ложек щипцов не сползли с головки, ибо в таком случае это будут две выступающие над головкой режущие поверхности, в результате чего могут возникнуть тяжелые повреждения мягких тканей.

Когда головка прошла через половую щель своим наибольшим диаметром (при затылочном — малым косым), щипцы должны быть сняты, так как прорезывание остальной части головки совершается без труда даже при отсутствии схваток и потужной деятельности. Совершается это легко потому, что тазовое дно даже при растяжении сохраняет свою эластичность и способствует выталкиванию нижнего клина головки верхушкой своей, обращенной вглубь родового канала. Щипцы в этот момент занимают почти перпендикулярное положение в отношении горизонтальной линии или даже слегка отклонены рукоятками в сторону роженицы. Вследствие того что щипцы значительно увеличивают размер прорезываемой головки, их целесообразно снять в начале прорезывания последней.

Ложки щипцов снимают поочередно, причем снимать ложки необходимо в порядке, обратном тому, который был принят при наложении щипцов, т. е. сначала снимают правую ложку, а потом левую.

Увеличение размера прорезываемой головки ложками щипцов создает опасность разрыва тазового дна. Поэтому забота о тазовом дне и промежности должна быть при щипцах особенно тщательной. Как правило, перинеотомия должна предшествовать операции наложения щипцов у первородящих. Естественно, надобность ее не исключена и у повторнородящих даже в том случае, если предыдущие роды происходили самостоятельно и без разрывов; если же в анамнезе имеются разрывы и швы, то надобность перинеотомии даже не может быть подвергнута обсуждению. Принцип рассечения промежности до прорезывания головки остается при щипцах неизменным.

При перинеотомии щипцы, как правило, снимают с головки до прорезывания, так как увеличение объема головки за счет щипцов чрезвычайно опасно в смысле глубоких разрывов промежности и даже прямой кишки. Ввиду этой опасности некоторые акушеры предпочитают при щипцах боковые разрезы (*epysiotomia*).

**Извлеченный плод переводится в положение с опущенной вниз головкой.** Подобное положение плода головкой вниз имеет известную целесообразность: в результате наложения щипцов ребенок часто рождается в состоянии синей асфиксии, а его верхние дыхательные пути нередко оказываются заполненными слизью. Поэтому применение положения с опущенной вниз головкой способствует механическому оттоку слизи. Кроме того, для

удаления слизи из зева и гортани пользуются механической очисткой последних; остатки слизи удаляют мизинцем, обернутым марлевым тупфером.

Далее, опущенная вниз головка способствует хорошему снабжению кровью головного мозга, а следовательно, и дыхательного центра. Этих простых мер обычно бывает достаточно, чтобы наступила дыхательная деятельность плода. Что касается пуповины, то она перевязывается тогда, когда затихает или почти затихает ее пульсация.

Если ребенок не дышит, его немедленно отделяют от матери и применяют более решительные оживляющие процедуры (стр. 307).

В заключение надо сказать, что выходныи щипцы представляют собой в руках опытного и осторожного акушера безусловно безопасное и легкое вмешательство. Опасности при наложении щипцов могут происходить только от неопытности акушера и заключаются в ранении материнских и плодных частей, что происходит, когда ложка щипцов отклоняется от своего истинного направления и упирается в мягкие родовые части или в головку. Эти ранения могут возникнуть только при условии применения некоторой силы при введении ложек щипцов. Поэтому принцип свободного скольжения ложек щипцов имеет существенное значение, и выполнение его спасает плод от травмы.

### Полостные щипцы (*forceps media*)

Щипцы, применяемые на головку, стоящую в полости таза, носят название полостных щипцов. В полости таза головка находится стреловидным швом в одном из косых размеров (рис. 127) или в поперечном размере таза (переход заднего вида в передний). Стало быть, из моментов родового механизма головке осталось выполнить еще внутренний поворот, врезывание и прорезывание. Эти моменты выполняются в щипцах. Выше было указано, что щипцы приспособлены для захвата головки в бипариетальном размере и соответствуют кривизне таза. Мы видели, что при выходных щипцах в этом отношении имеется полное соответствие: щипцы в отношении головки плода и таза матери находятся в самых благоприятных условиях. При головке, стоящей в полости таза, эти благоприятные условия не могут быть достигнуты, так как стреловидный шов стоит в косом, даже поперечном размере таза. Поэтому в теории и практике оперативного акушерства допускается захват головки не в бипариетальном, а в косом размере (при стоянии стреловидного шва в поперечном размере таза) и стояние щипцов не в поперечном, а в косом размере таза (рис. 128—129). Верхушки ложек, разумеется, могут быть обращены только кпереди, а не



кзади. Что касается стояния щипцов в прямом размере таза, то в отношении щипцов Симпсона подобное наложение совершенно недопустимо ввиду большой тазовой кривизны щипцов.

В отношении головки надо усвоить следующее правило наложения щипцов. Тот пункт головки, который поворачивается к лону и первым показывается в половой щели как наиболее низкостоящая точка, носит название проводной точки. Так как проводная точка при нормальных условиях лежит впереди и верхушки щипцов обращены всегда всегда вперед, мы говорим, что верхушки щипцов обращены к проводной точке головки. На это обстоятельство надо указать, ибо существуют положения щипцов, при которых верхушки ложек обращены в сторону, обратную проводной точке, — задний вид. При косом положении щипцов в тазу понятно, что одна ложка будет находиться спереди, другая сзади, причем передней и задней могут быть левая



Рис. 127. Стреловидный шов в косом размере.



Рис. 128. Наложение щипцов на головку при стоянии стреловидного шва в косом размере таза.

и правая ложки. Обычный порядок наложения ложек, начиная с левой, сохраняется. Но если представить себе отношение головки, стоящей в полости таза, к крестцу и к лону, то станет понятно, что задняя ложка оказывается в более выгодных пространственных отношениях, чем передняя. Если задней ложкой окажется левая, то, будучи наложена по правилу первой, она еще более ухудшает пространственные отношения между лонем и головкой, придавливая последнюю к лону. Возможны положения, при которых передняя ложка, если она правая, не может быть наложена после левой. В таких случаях допускается наложение сначала правой ложки. По характеру замка щипцов ясно, что в таком случае левая ложка должна быть заведена, находясь под правой ложкой, ниже ее. Если же она заведена сверху, то для замыкания щипцов необходимо перекрестить их рукоятки, что вызывает сильное сближение верхушек ложек (момент, неблагоприятный для плода). Выше мы условились, что вогнутая поверхность ложки должна скользить при наложении по выпуклой поверхности головки. Этим условием определяется то положение, которое приобретают рукоятки ложек при их наложении. Рукоятка передней ложки идет снизу и с противоположной стороны, т. е. если ложка заводится вправо, то

рукоятка помещается слева; при лежачем положении роженицы это направление будет определяться ягодичной складкой. Рукоятка задней ложки идет спереди по средней линии. Кроме указанного способа наложения ложек, при котором последние сразу ложатся в нужном размере, существует еще способ, при котором задняя ложка накладывается так, как было указано, передняя же ложка накладывается, как при выходных щипцах—со стороны противоположного пахового сгиба. Будучи наложена таким образом, она оказывается в поперечном размере таза и поэтому должна быть перемещена по головке кпереди. Это выполняется внутренней рукой осторожными подталкиваниями ложки кпереди (путем «странствования»).

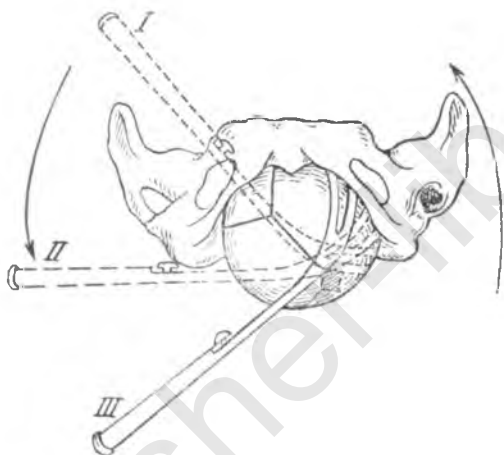


Рис. 129. Захват головки щипцами, наложенными на поперечные ее размеры при стоянии стреловидного шва в косом размере таза.

При этом ложка постепенно скользит по головке, проходя через лобные или затылочные кости. Такой способ наложения практикуется тогда, когда передняя ложка не может быть сразу наложена на должное место. Как было указано, это может произойти в силу пространственных затруднений (головка сильно прижата к лону), но и, помимо этого, переднюю ложку трудно или невозможно бывает наложить потому, что рукоятка не может быть так резко отклонена кзади, чтобы головная кривизна ложки совпала с кривизной головки. В таком случае она упирается в головку острой своей поверхностью.

Выше было указано, что при наложении щипцов на головку, находящуюся в полости таза, допускается захват головки не в биариетальном, а в косом размере. С этим положением щип-

цов на головке мы должны детально ознакомиться. При бипариетальном захвате головки щипцы лежат перпендикулярно в отношении стреловидного шва; каждая ложка захватывает теменной бугор и идет к нижней челюсти через область уха. Верхушки теменных бугров оказываются в окне ложки, каждая из ветвей одинаково плотно прижата к головке.

При косом захвате головки наблюдается иная картина. Поперечник щипцов образует острый угол со стреловидным швом (рис. 129). Ложки ложатся в стороны от теменных бугров — одна кпереди, другая кзади. Область уха уходит из окна ложек, и последние оказываются одна кпереди, а другая кзади от уха. Верхушки теменных бугров не вставлены в окна ложки. Ветви ложек неодинаково прижаты к головке: в то время как одна ветвь плотно прижата к поверхности головки, другая отстоит от нее.

При замыкании щипцов, расположенных таким образом, оказывается, что точками наибольшего приложения силы будут нижняя ветвь одной и верхняя ветвь другой ложки. Эти точки расположены на разных уровнях в отношении направления силы сжатия, и замыкание щипцов вызывает вращение, поворот головки. При этом вращении слегка увеличивается острый угол, образованный плоскостью щипцов и стреловидным швом. Чем больше первоначальный острый угол, тем значительнее поворот головки при замыкании щипцов. Если к этому повороту головки при замыкании щипцов прибавить еще величину того поворота, который совершает головка во время расслабления щипцов, то станет понятно, что щипцы совершают меньшую дугу поворота, чем головка, в результате чего к концу внутреннего поворота головки щипцы сдвинутся по последней в сторону более благоприятного захвата, бипариетального. Этим естественным механизмом облегчается и улучшается ненадежный захват головки в косом ее размере. Становится также понятным и даже желательным то обстоятельство, что щипцы, будучи наложены в полости таза на косой размер головки, в выходе таза оказываются близко к поперечному размеру таза и к бипариетальному размеру головки.

Техника заведения внутренней руки, защиты материнских частей, захвата рукоятки щипцов наружной рукой и скольжения нижней ветви щипцов по пальцам внутренней руки остается та же, как и при выходных щипцах, так как эти правила неизбежны для любого применения инструмента.

Тракции полостных щипцов отличаются от тракции выходных щипцов длительностью первой позиции. Эта позиция является самой важной и трудной при полостных щипцах. Искусство выполнения тракции этой позиции заключается в том, чтобы к тому моменту, когда головка окажется плотно стоящей на тазовом дне, внутренний поворот был завершен, причем ни в полости таза, ни тем более на тазовом дне поворот головки не

может происходить на месте. Он происходит одновременно с опусканием головки по родовому каналу (поступательное движение). Сочетать эти два движения является самой трудной задачей, а между тем их необходимо сочетать, чтобы не вызвать искусственной патологии в положении головки, относительно таза. Это ощущение приобретает только опытом.

Перед началом поворота, конечно, необходимо учесть размер дуги поворота: чем больше эта дуга, тем больше градусов вращения приходится на единицу тракционной силы, а скорость вращения превалирует над скоростью опускания головки; наоборот, чем меньшая дуга вращения должна быть выполнена головкой, тем больше скорость вращения отстает от скорости опускания. Эти два положения можно уподобить двум винтам: для первого случая схемой может служить винт с мелкой (а следовательно, отлогой) нарезкой, для второго же случая — винт с крупной (крутой) нарезкой. Следует всегда помнить, что акушерские операции вообще, а щипцы в особенности дополняют нормальную работу изгоняющих сил и помогают этим силам. Опытный акушер только в этой плоскости рассматривает свое вмешательство и, наложив щипцы на головку, чутко улавливает, куда и когда вращается головка.

По поводу косо́го захвата головки в щипцах следует указать еще на одно обстоятельство. Кривизна щипцов устроена таким образом, что при бипариетальном захвате и при головке средней величины рукоятки щипцов смыкаются в то время, когда ложки достаточно плотно, но не сдавливая, охватывают головку. Косой размер головки больше бипариетального размера: щипцы, наложенные в косом размере, оказываются малы для головки, рукоятки смыкаются с трудом, и, следовательно, при замыкании щипцов головка подвержена значительно большему сжатию. Это обстоятельство надо помнить и не злоупотреблять своей силой, создавая достаточную прокладку между рукоятками.

### **Способы наложения щипцов при разных положениях головки в полости таза**

Теперь перейдем к рассмотрению способов наложения щипцов при разных положениях головки в полости таза при нормальном механизме. При передних видах обоих положений стреловидный шов находится в косом размере, затылок — впереди. Дуга вращения (поворот головки до прямого размера) в грубых цифрах определяется в половину прямого угла ( $45^\circ$ ). Щипцы, наложенные бипариетально, соответствуют оси таза и обращены к проводной точке (малый родничок). В отношении таза щипцы находятся в размере, обратном тому, который занимает стреловидный шов, т. е. при первом положении — в левом косом размере, при втором положении —

в правом. Поворот при первом положении происходит против часовой стрелки, при втором — по часовой стрелки. Левая ложка при первом положении будет задней, при втором — передней

Поперечное положение стреловидного шва в полости таза при нормальном механизме может возникнуть при переходе одного вида в другой — заднего в передний или наоборот. При таком положении головки щипцы, наложенные на головку в бипаритальном размере, оказались бы в прямом размере таза, что совершенно недопустимо. Поэтому щипцы устанавливаются в косом размере таза и ложатся на косые размеры головки, верхушками кпереди и в сторону затылка. При первом положении щипцы, следовательно, будут находиться в левом косом размере таза. Левая ложка — задняя — ляжет кпереди от уха, захватывая область лямбовидного шва; правая ложка — передняя — ляжет кпереди

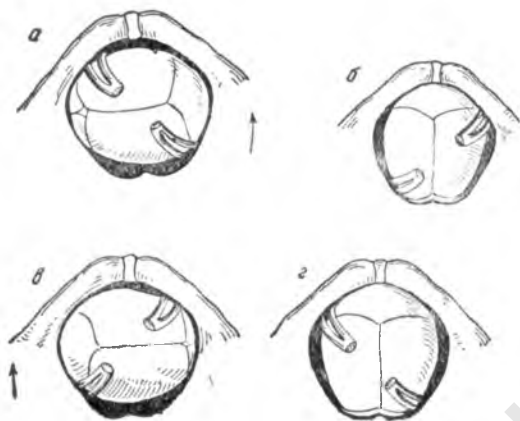


Рис. 130. Наложение щипцов на головку, находящуюся в полости таза при поперечном стоянии стреловидного шва при первой и второй позиции (а, б, в, г).

от уха, захватывая область венечного шва, заднюю часть лобной кости (передней), скуловую кость, направляясь к углу рта. Поворот против часовой стрелки. Головка совершает дугу поворота в 90°, щипцы — менее (но не более) 90°, в выходе щипцы будут в правом косом размере (рис. 130, а, б). При втором положении щипцы накладываются в правом косом размере на соответствующие части головки, т. е. передняя ложка — левая — на область переднего венечного шва, задняя ложка — правая — на область задней теменной кости и лямбовидного шва, кзади от уха. Поворот производится по часовой стрелке. В выходе щипцы оказываются в левом косом размере (рис. 130, в, г).



Рис. 131. Наложение щипцов на головку, находящуюся в полости таза (задний вид, первая позиция).

от уха, захватывая область венечного шва, заднюю часть лобной кости (передней), скуловую кость, направляясь к углу рта. Поворот против часовой стрелки. Головка совершает дугу поворота в 90°, щипцы — менее (но не более) 90°, в выходе щипцы будут в правом косом размере (рис. 130, а, б). При втором положении щипцы накладываются в правом косом размере на соответствующие части головки, т. е. передняя ложка — левая — на область переднего венечного шва, задняя ложка — правая — на область задней теменной кости и лямбовидного шва, кзади от уха. Поворот производится по часовой стрелке. В выходе щипцы оказываются в левом косом размере (рис. 130, в, г).

Наложение шипцов при задних видах осложняется тем, что проводная точка головки обращена кзади. Исходя из того положения, что наложение шипцов на головку, стоящую стреловидным швом в поперечном размере таза, не представляет затруднения. Сканцони предложил следующий способ наложения.

Шипцы накладываются два раза. Первое наложение шипцов есть операция подготовительная и имеет целью совершить поворот головки до поперечного стояния стреловидного шва. Второе наложение шипцов есть операция заключительная, которой завершается весь механизм проведения головки. При заднем виде первой позиции стреловидный шов находится в левом косом



Рис. 132. Наложение шипцов на головку, находящуюся в полости таза (задний вид, вторая позиция).

размере, затылок — кзади (рис. 131, а). Шипцы накладываются бипариетально на головку в правом косом размере таза верхушками кпереди и вправо, т. е. к большому родничку. Поворот совершается против часовой стрелки. Дуга поворота в грубых цифрах равна  $45^\circ$ . Шипцы не могут стать в прямой размер таза и снимаются, подойдя близко к этому размеру.

Головка оказывается стреловидным швом в поперечном размере таза (относительно). Снятые щипцы перекаладываются в косой размер, обратный тому, в котором они были наложены, в данном случае — в левый (рис. 131, б). Левая ложка — задняя, правая — передняя. Поворот производится против часовой стрелки на  $90^\circ$  и немного более. Шипцы в выходе оказываются в правом косом размере (рис. 131, в). Головка в течение всей операции совершает большой поворот — в  $135^\circ$ .

При заднем виде второй позиции шипцы накладываются сначала в левом косом размере таза бипариетально на головку верхушками к большому родничку — влево кпереди (рис. 132, а). Поворот производится по часовой стрелке, затем шипцы перекаладываются в правый косой размер таза на косой размер головки (рис. 132, б), поворот производится по часовой стрелке. В выходе шипцы оказываются в левом косом размере (рис. 132, в).

Наконец, существуют задние виды, резко выраженные, при которых предпочтительно оставить головку в заднем виде в силу тех трудностей, которые можно ожидать при совершении очень большого поворота.

Вопрос о том, почему задние виды вообще надо переводить в передние, далеко не простой. Нормальность механизма родов в переднем виде подтверждается частотой переднего вида, не сравнимой с количеством случаев родов в заднем виде. Подтверждает с несомненностью то же самое и изучение отношений головки плода к тазу матери. При переднем виде идеально используется отношение бобовидной формы головки к родовому каналу. Когда роды протекают в заднем виде, это отношение нарушается, но оно компенсируется конфигурацией головки. При помощи этого приспособления форма головки постепенно изменяется. Кости головки изменяют отношение друг к другу, головка вытягивается в направлении проводной точки — большого родничка. Поэтому при родах в заднем виде головка имеет все же бобовидную форму и ее ось если не вполне совпадает с осью таза, то и не находится с ней в обратном отношении.

Теперь становится понятным вопрос, возникающий при родоразрешении, когда головка стоит в заднем виде: следует ли нарушать те приспособления, которые уже успели выработаться? При повороте из заднего вида эти приспособления будут противоречить форме родового канала и так как поворот в щипцах должен быть произведен в короткий срок, то понятно, какие трудности и травму испытывает головка и как повышаются усилия, осуществляемые для поворота. Прорезывание головки, переведенной из заднего вида в передний, совершается в силу тех же причин неблагоприятно.

Поэтому если мы приступаем к наложению щипцов на головку, стоящую в заднем виде, то перед выбором способа наложения щипцов мы должны решить вопрос, будем ли выводить головку в переднем или заднем виде. При решении этого вопроса играют роль два обстоятельства: степень выраженности заднего вида и размеры происшедшей конфигурации головки: чем резче задний вид и чем больше захождение костей (конфигурация), тем меньше оснований превращать задний вид в передний. При этом надо учесть и продолжительность стояния головки в полости таза, и общую продолжительность родов, и точное положение головки относительно тазового дна (высота стояния головки). Конфигурация головки в заднем виде требует большего времени и значительной затраты родовых сил. Так же трудно и даже противоестественно устранять те приспособления, которые уже выработались. Чем ниже в полости таза стоит головка, тем больше противопоказаний для совершения перевода головки в передний вид.

Выведение головки в щипцах при заднем виде трудностей не представляет. Надо только помнить, что при этом головка делает два вращательных движения: одно — с точкой фиксации у

лона, другое — с точкой фиксации на промежности. При первом движении под лонем фиксируется передняя область большого родничка и происходит усиленное сгибание головки, при втором движении подзатылочная ямка фиксируется на промежности и производит небольшое разгибание головки.

Для техники наложения щипцов сохранение заднего вида головки только благоприятно. Щипцы накладываются бипариетально на головку в одном из косых размеров таза, верхушками к большому родничку. Поворот при резко выраженных видах имеет незначительный объем.

Мы уже упоминали о так называемом боковом виде, когда стреловидный шов головки стоит в поперечном размере таза. В механизме родов при нормальном тазе такое положение головки не может быть ни первоначальным (исходным), ни окончательным, а является переходным, когда головка из одного вида переходит в другой. Если головка в этот момент находится в широкой части полости таза, то нет никаких затруднений для ее поворота в щипцах. Затруднительное положение возникает в том случае, когда головка, находясь стреловидным швом в поперечном размере таза, опускается в суженную часть полости таза и даже на тазовое дно, не совершая дальнейшего поворота. Такое положение головки в тазу обусловлено низким поперечным стоянием стреловидного шва и возникает в механизме родов при плоском тазе, где оно к тому же является исходным и где внутренний поворот затруднен в силу уменьшения прямых размеров таза. Но при плоском тазе одновременно существует и разгибание головки. В механизме родов при нормальном тазе низкое поперечное стояние стреловидного шва наблюдается при состоянии нормального сгибания головки. В выходе таза стояние стреловидного шва в поперечном размере таза недопустимо, ввиду чего оперативное вмешательство в этих случаях является необходимым.

Внутренний поворот головки при низком поперечном стоянии стреловидного шва осложняется тем обстоятельством, что головка уже прошла отдел таза, в котором нормально совершается ее поворот, а поступательное движение головки должно быть минимальным. Ввиду этого поворот головки происходит, так сказать, «на месте», теряя характер турбинообразного. Он обыкновенно происходит при значительном усилии со стороны оперирующего и представляет опасность для целостности материнских тканей, сдвигаемых не по винтообразной линии, а по окружности, соответствующей наибольшему размеру головки (в сгибательном состоянии).

Техника наложения щипцов Симпсона ничем не отличается от таковой при боковом виде головки; они накладываются на косые размеры головки и в косом размере таза, верхушками в ту половину таза, где находится затылок. В последние годы



при низком поперечном стоянии с успехом стали применяться щипцы Килланда, допускающие наложение в прямом размере таза, а следовательно, биариетально на головку. Преимущество этих щипцов в данном случае — совершенный захват головки, а следовательно, и облегчение ее поворота.

### VIII. АКУШЕРСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

К акушерским мероприятиям при беременности и в родах при тазовом предлежании относятся:

1. Профилактическое низведение ножки.
2. Ручное пособие при рождении плода в ягодичном предлежании.
3. Методика ведения неосложненных родов при чисто ягодичном предлежании по Цовьянову.
4. Ведение родов при ножных предлежаниях по Цовьянову.
5. Извлечение (экстракция) плода за тазовый конец.
6. Операции при вколоченных ягодицах.
7. Поворот на головку наружными приемами.

#### Профилактическое низведение ножки (*deductio pedis prophylactica*)

Показания для него: а) первые роды, особенно у немолодых женщин; б) повторные роды при неблагоприятном анамнезе предыдущих родов в ягодичном предлежании; в) несостоятельность брюшного пресса. Само собой разумеется, что к показаниям, обусловленным ягодичным предлежанием, примыкают показания, возникающие независимо от последних, как-то: *placenta praevia centralis* или *marginalis*, *eclampsia*, пороки сердца и туберкулез легких матери в некомпенсированной форме, *endometritis sub partu*, *hydramnion*.

Условиями для выполнения операции низведения ножки служат: а) подвижность ягодиц, б) раскрытие зева не менее  $2\frac{1}{2}$ —3 пальцев, в) отсутствие плодного пузыря.

Подвижность ягодиц необходима потому, что только при этом условии имеется возможность провести ножку в свободном пространстве между ягодицами и тазом. Для отыскания ножки необходимо проникнуть в нижний сегмент матки двумя пальцами, чтобы там захватить ножку, имеющую в поперечнике  $2\frac{1}{2}$  пальца, и провести ее через зев матки. Захватить ножку и низвести ее можно только тогда, когда нет плодного пузыря; чем ближе к моменту низведения ножки приближается момент вскрытия пузыря, тем лучше условия для производства операции.

Без указанных условий операция низведения ножки не производится. Однако может случиться, что условия не отвечают

указанным требованиям, между тем имеется настоятельная необходимость в производстве операции. В таких случаях акушер должен попытаться создать необходимые условия. Если ягодицы фиксированы во входе и неподвижны, рекомендуется применить резко выраженное наклонное положение с приподнятым тазовым концом; одновременно с этим внутренняя рука осторожно выталкивает ягодицы из входа в таз. Операция эта производится под наркозом ввиду того, что расслабление матки создает благоприятные условия для отталкивания плода из малого таза. Если имеется недостаточное раскрытие зева, то при условии сглаженной шейки необходимо произвести расширение зева по способу Боннер-Строганова. **Вообще при ягодичном предлежании низводить ножку следует там, где это возможно без ущерба для матери и плода;** в тех же случаях, где операция низведения ножки требует форсирования, она должна быть отвергнута.

Техника операции низведения ножки. Роженица находится в обычном положении с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами и с разведенными в стороны бедрами. Операция проводится под наркозом ввиду болезненности при введении руки во влагалище, а также с целью расслабления матки. Первоначальным исследованием определяется положение предлежащей части (ягодиц). Рука оператора складывается конусообразно, тыльная поверхность ее смазывается стерильным вазелином. Что касается выбора внутренней руки, то она должна соответствовать позиции плода. Иначе говоря, при первой позиции пользуются левой рукой, а при второй — правой. Рука вводится во влагалище, два пальца проникают в зев шейки. Наружная рука фиксирует ягодицы для лучшего отыскания ножек, если они лежат выше ягодиц.

Если определяется две ножки, необходимо отличать переднюю ножку от задней при любом положении и виде плода. Если попадает одна ножка, а другая не достигается, мы останавливаемся на этой единственной ножке, будь она передней или задней. Как правило, захватывается передняя ножка, и только в некоторых случаях допускается захват и задней ножки. Объясняется это следующим: ножка, будучи захвачена и низведена, стремится установиться под лоном, так как всякая впереди идущая точка предлежащей части поворачивается к лону. Если мы захватываем и низводим переднюю ножку (а следовательно, и ягодицу), то мы только усиливаем и ускоряем естественный поворот туловища. При этом задние виды ягодичных предлежаний переходят в передние. При захвате и низведении задней ножки задняя ягодица приближается к лону, в то время как передняя уходит к крестцу и передние виды временно становятся задними. Это есть нарушение и осложнение нормального механизма родов. Однако если мы проследим дальнейшую судьбу создавшегося положения, то убедимся в том, что та ножка, которая нами низведена, обязательно становится

передней, как и всякая впереди идущая часть. Туловище при этом проходит через положение полного заднего вида спинкой к крестцу и совершает поворот, перемещая спинку из правой половины полости матки в левую половину и обратно, т. е. из первого положения вырабатывается второе, из второго — первое.

Дуга, которую при этом описывает туловище, равна  $180^\circ$  при первоначальном заднем виде и  $270^\circ$  при первоначальном переднем виде. Понятно, насколько эта дуга поворота больше той дуги, которую описывает туловище при захвате передней ножки. При правильном захвате ножки туловище при передних видах описывает незначительную дугу; при задних видах — дугу не более  $90^\circ$ , и всякая низведенная ножка (и ягодица) становится передней. Однако, исходя из требования целесообразности и необходимости экономить родовые силы и время, предпочтительно выбирать переднюю ножку. Поворот спинки, стоящей в переднем виде, при захвате задней ножки может, очевидно, произойти и таким образом, что передняя (незахваченная) ягодица скользит по верхней границе лона и спинка переходит в передний вид другого положения, описывая небольшую дугу в  $90^\circ$  мимо лона. Однако такой поворот представляется менее логичным, и вероятно, может происходить при резко выраженных передних видах.

Из этого краткого обзора о повороте туловища можно вывести еще одно практически важное соображение, что оператор никогда не должен навязывать плоду поворот, — наоборот, он должен улавливать тот поворот, который ягодицы проделывают самостоятельно без его помощи, и лишь способствовать этому повороту.

Если ножки расположены очень высоко и вытянуты, то при их отыскании не исключена возможность ошибочного захвата ручки плода; в случае потягивания за ручку может возникнуть неестественное членорасположение плода. Ряд отличительных признаков рассеивают сомнения оператора при распознавании ручки от ножки.

При чистых (неполных) ягодичных предлежаниях достичь ножки (ступни), чтобы захватить ее, представляется делом нелегким, а иногда даже невозможным. Причина этого — высокое положение ножек. При этом вхождение в матку лишь двумя пальцами оказывается недостаточным, более же глубокое проникновение в матку (полурукой или всей рукой) возможно только при большом открытии ее зева. Поэтому если ножки не достижимы при открытии в  $2\frac{1}{2}$  пальца, попытка низведения должна быть оставлена; при зеве в 4 пальца для низведения ножки рука вводится в матку. При недостаточном открытии зева, если достигается подколенная область ножки плода, должна быть сделана попытка сгибания ножки в коленном суставе приемом надавливания на сухожилия приводящих мышц.

Когда искомая ножка найдена, ее захватывают двумя пальцами. Захват ножки производится таким образом, чтобы пяточный бугор был обращен к большому пальцу введенной руки. При таком положении пяточный бугор соответствует спинке плода, обращенной кпереди, т. е. нормальному положению туловища при передних видах, и будет соответствовать положению спинки по совершении поворота плода из заднего вида. Захваченную двумя пальцами ножку осторожно (во избежание травмы шейки) проводят через зев. Иногда проведение ножки плода при небольшом открытии зева представляет значительное затруднение. В таких случаях приходится приспособлять ножку к размерам зева. Это приспособление состоит в том, что оператор вытягивает стопу, т. е. посылает вперед пальчики ее, или приводит ее к голени, т. е. посылает вперед пяточный бугор.



Рис. 133. Низведенная ножка.

Как только ножка плода оказывается во влагалище, дальнейшее ее низведение не представляет никакого труда. Операция низведения ножки считается выполненной с того момента, когда в половой щели показался коленный сустав (рис. 133). Степень легкости, с которой ножка, согнутая и прижатая к ягодиче, скользит мимо ягодиц до половой щели, зависит от подвижности ягодиц в отношении таза. При совершенно подвижных ягодицах операция совершается очень легко, при фиксированных ягодицах — с затруднением, при вколоченных ягодицах она может быть выполнена только при условии выталкивания ягодиц из тазового входа.

Когда коленный сустав ножки находится в половой щели, ягодицы вступают во вход таза, и зев шейки плотно их обхватывает. При передних видах и при захвате передней ножки пяточный бугор в это время смотрит кпереди. При задних видах и особенно при захвате задней ножки поворот туловища плода в большинстве случаев не может совершиться в тот короткий промежуток, который необходим для низведения ножки. В результате этого низведения ножка сохраняет заднее положение, и пяточный бугор ножки бывает обращен к крестцу.

При выполнении операции низведения ножки и после таковой никогда не следует совершать насильственного поворота туловища. Необходимо только знать, в какую сторону должен совершиться поворот, и ощущать, куда он совершается, чтобы неверным движением не осложнить этого механизма.

Возникает вопрос: следует ли низводить одну ножку или обе? Если принять в соображение, что объем ягодиц меньше объема головки, а низведение каждой из ножек уменьшает этот

объем, что наиболее ответственная и трудная часть для выведения плода — головка, для которой должен быть приготовлен родовый путь, то ответ напрашивается сам собой, иначе говоря, низводить вторую ножку не следует. Надо еще подчеркнуть, что для низведения ножки допускается захват ее только за голено-ступный сустав; захват за голень является ненужным и ошибочным.

Внешняя температура ниже, чем в полости матки, а потому необходимо позаботиться о том, чтобы рожденная до колена ножка чрезмерно не охлаждалась. Для этой цели, а также для сохранения возможной асептичности ножку заворачивают в стерильное мягкое полотно. Ножка, выступающая из половой щели, через короткое время становится цианотичной вследствие стеснения в родовом канале и изменения условий ее кровоснабжения. Однако это состояние не должно вызывать тревогу.

Дальнейший акт родов — полное раскрытие зева и прохождение ягодиц через всю родовую трубку — совершается самостоятельно, но требует для своего завершения определенного времени. Вся операция низведения ножки должна быть произведена осторожно, без приложения физической силы. Поэтому если низведение захваченной ножки затруднительно, то необходимо выяснить причину затруднения, но ни в коем случае не форсировать эту операцию.

При захвате задней ножки одной из причин, затрудняющих низведение ножки, может быть такое состояние, при котором передняя ягодица сидит на лоне, иначе говоря, оказывается выше входа в таз и удерживается в таком положении некоторое время. В подобном случае сильное подтягивание за ножку может только усилить фиксирование этой ягодицы, между тем как ягодица, не фиксированная искусственно, не может долго удерживаться на лонном сочленении, ибо это положение является неустойчивым. Постепенно ягодица соскальзывает с лона в направлении совершающегося поворота. Таким образом, всякую попытку с силой вращать туловище за ножку при вышеуказанном, а также при других положениях надо считать грубо ошибочной. Не следует забывать, что суставной аппарат плода при форсированном низведении подвергается большей опасности растяжения и разрывов, чем при вытягивании в длину.

### **Ручное пособие при рождении плода в ягодичном предлежании**

Ручным пособием при ягодичном предлежании называется сумма тех вмешательств (освобождение ручек и выведение головки плода), которые применяются при нормально протекающих родах тазовым концом после прорезывания ягодиц, рождения туловища плода до нижних углов лопаток и вступления головки в полость таза. К этому времени родовые пути оказы-

ваются совершенно подготовленными для родов, в частности, зев матки бывает полностью открыт.

Как только в половой щели показались углы лопаток, врач приступает к освобождению ручек. Относительно того, какую сначала освобождать ручку — переднюю или заднюю, существует разногласие, но большинство акушеров рекомендует освобождать сначала заднюю ручку, так как в области крестцовой впадины пространственные отношения благоприятнее. При этом, если заднее плечико находится в левой половине таза, внутренней рукой будет правая (первая позиция), при других соотношениях (вторая позиция) — левая рука. Наружная рука захватывает ножки плода за обе голени вместе таким образом, чтобы четыре пальца руки располагались на разгибательной их поверхности; плод отводится резко вверх и в сторону, противоположную освобождаемой руке.

Два пальца внутренней руки проводят от угла лопатки к плечу, отжимают его глубже в крестцовую впадину (кзади), переходят через плечико и доходят до локтевого сгиба, помещающегося, естественно, на грудке плода. Только убедившись, что это именно локтевой сгиб и что пальцы введенной руки помещены возможно близко к нему, допускается применение некоторой умеренной силы для освобождения ручки. Игнорирование этой детали иногда приводит к перелому плечевой кости.

Освобождение ручки при нормальном ее членорасположении (прижатой к туловищу в согнутом состоянии) производится своеобразным классическим движением, при котором локоть ручки плода, не удаляясь от туловища, скользит по боковой поверхности плода, а кисть ручки очерчивает дугу, начинающуюся у подбородка плода, пересекающую грудь и идущую вниз и кзади в отношении туловища плода. Когда локоть показывается в половой щели, ручка свободно выскальзывает (рис. 134).

Аналогичным образом освобождается правая ручка. Освобождение второй ручки происходит обычно легче, чем первой. С этой целью туловище плода поворачивается на  $180^\circ$ . При повороте не следует подтягивать плод книзу, — наоборот, надо стараться его как бы отталкивать вверх. Помимо классического приема освобождения ручек, существует прием Мюллера, при котором сначала освобождается передняя, а затем и задняя ручка.

Указанный прием освобождения ручек оказывается несостоятельным при вытянутых вверх ручках, потому что локтевой



Рис. 134. Освобождение ручки.

сгиб выпрямлен и лежит значительно выше плечиков. В таком случае применяется прием Преображенского, который заключается в следующем. При вытянутых ручках нижние углы лопаток отведены резко в сторону. При надавливании на эти углы и смещении их в сторону позвоночника верхний угол лопатки опускается книзу; вместе с ним опускаются все мышцы, приводящие плечо, а следовательно, и плечевая кость, и локтевой сгиб. После этого приема освобождение ручек оказывается вполне возможным.

Когда плечики освобождены и стоят вне половой щели, остается самый ответственный момент операции — выведение головки.



Рис 135. Выведение головки.

Для того, чтобы не произошло разгибания головки, надо помнить, что по освобождении ручек тракции за туловище недопустимы до тех пор, пока не наступило сгибание головки. Очень часто отступление от этого правила создает такие тяжелые условия, которые нередко влекут за собой смерть плода. Для сгибания и ос-

вобождения последующей головки предложено несколько приемов. Прием Морисо-Левре (Mauriceau-Levret) является сочетанием действия на головку (соответственно естественному механизму родов) с одновременным влечением за плечики. Практически поступают следующим образом: плод сажают «верхом» на левую руку (рис. 135); эту же (левую) руку вводят во влагалище, проводят к головке и ею отыскивают ротик плода. Средний палец (как самый длинный и сильный) вводят в ротик и располагают (согнутым) на нижней челюсти. Ротик в это время находится сбоку (стреловидный шов в косом размере). Приведение подбородка к груди способствует сгибанию головки. Палец в ротик можно не вводить, а помещать указательный и средний пальцы по бокам носа (на fossa canina). Наружная рука захватывает туловище плода таким образом, что указательный и средний пальцы виллообразно ложатся на плечики. При этом надо следить за тем, чтобы головка и туловище находились в нормальных соотношениях, чтобы не возникло скручивание шейки. Признаком скручивания является наличие складок на шее, идущих от плечика к головке в противоположную вращению сторону (слева направо и наоборот). Указанное обстоятельство имеет большое значение для плода, который переносит значительное растяжение шейных частей (связок) в длину, но только при полном отсутствии скручивания.

Головку извлекают по направлению оси таза. Сначала тракции направлены книзу, затем горизонтально (на себя) и, наконец, вверх (к лону).

Как только подзатылочная ямка подведена под лонное сочленение (*punctum fixum*), а ротик оказался в половой щели, туловище плода поднимается вверх. Из-за промежности последовательно выводятся подбородок, личико, лоб и, наконец, темя. В последний момент извлечения положение тела плода является почти вертикальным. Забота о промежности при таком захвате головки не может быть выполнена самим акушером и возлагается на помощника.

Перинеотомия (лучше даже эпизиотомия) производится перед врезыванием головки при резком отведении туловища к лону. Рождение теменных бугров является, естественно, самым тяжелым моментом для мягких тканей промежности.

С целью ослабить давление на мягкие ткани акушерской промежности можно технически изменить прием выведения головки. Для этого наружной рукой (пальцы которой лежали на плечиках) захватывают обе ножки, плод приподнимается вверх, и туловище отводится к лону, благодаря чему головка медленно вращается на *punctum fixum* и мягкие ткани промежности растягиваются более постепенно и плавно.

В тех случаях, когда оператор не имеет помощника и должен сам следить за промежностью, можно пользоваться приемом Рубежки. Этот прием состоит в том, что большой палец руки переносят на верхнюю челюсть плода и регулируют им плавность поступательного движения головки, остальные же четыре пальца той же руки располагают веерообразно на промежности, сближая к середине растягивающуюся ткань. Применение излишней силы при извлечении головки опасно в смысле возможности разрыва шейных связок и вывиха шейных позвонков.

Головка прорезывается малым косым размером (9 см). Если врач не соблюдает условий, при которых подзатылочная ямка подводится под лонное сочленение, то прорезывание головки будет происходить большим косым размером — затылочно-подбородочным (13 см); это неизбежно приводит к разрыву мягких тканей промежности.

После освобождения головки в случае тяжелой асфиксии плода пуповину немедленно пересекают.

Нередко плод рождается в состоянии легкой асфиксии: поэтому надо немедленно очистить верхние дыхательные пути от слизи и произвести мероприятия, способствующие устранению асфиксии.

Если плод после рождения не обнаруживает признаков асфиксии, с перевязкой пуповины можно ждать, согласно общепринятому правилу, до прекращения в ней пульсации.

Необходимо тотчас произвести осмотр конечностей и ключиц новорожденного, чтобы исключить травму (переломы). В случае



выявления переломов необходимо наложить иммобилизирующие повязки.

Как выше было указано, освобождение ручек и выведение последующей головки могут представить затруднение и привести к



Рис. 136. Родившиеся ягодички поддерживаются акушером во избежание провисания последних.



Рис. 137. Ягодички переходят в поперечный размер таза спиной кверху.



Рис. 138. Родившиеся ягодички устремляются вверх. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по ножкам к задней спайке роженицы. Этим приемом ножки плода прижимаются к туловищу с целью препятствовать отхождению ручек и с целью ослабления пружинящего давления бедер плода на промежность.



Рис. 139. Родившиеся ягодички акушер направляет несколько на себя, чтобы обеспечить рождение передней (верхней) ручки из-под лонной дуги.

при котором ручки и головка плода рождаются самостоятельно без особой активности со стороны акушера.

нежелательным осложнением (переломы и параличи верхних конечностей, внутричерепные кровоизлияния и т. п.). Исходя из этого, Цовьянов предложил такую модификацию ручного пособия,

## Методика ведения неосложненных родов при чисто ягодичном предлежании по Цовьянову

В отличие от общепринятого метода ручного пособия большие пальцы рук акушера располагаются на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца обеих рук — на крестцовой поверхности (рис. 136—139).

Прижимая большими пальцами бедра плода к его брюшной стенке, акушер ослабляет пружинящее действие приведенных ножек, уменьшает давление на промежность, а тем самым облегчает продвижение тела плода. Для сохранения ножек в вытянутом положении в течение всего периода изгнания большие пальцы акушера по мере продвижения плода передвигаются по ножкам в направлении половой щели роженицы (к задней спайке), чтобы воспрепятствовать преждевременному рождению (выпадению) ножек из влагалища.

Таким образом ягодичцы плода направляются косо вверх к лону роженицы.

Когда туловище плода рождается до нижнего угла передней лопатки, плечевой пояс обычно устанавливается в прямом размере выхода таза, а переднее плечико плода подходит под лонную дугу.

Н. А. Цовьянов рекомендует в это время направлять ягодичцы плода несколько на себя, чтобы облегчить рождение из-под лонной дуги передней ручки.

Для рождения задней ручки плод приподнимают кверху и из крестцовой впадины освобождают (выводят) заднюю ручку, если она сама не выпадает. С выведением головки торопиться не следует. Последующая головка вступает в таз в поперечном или в одном из косых размеров, противоположном вставлению ягодич (при первой позиции — в правом, при второй позиции — в левом косом размере таза). Согнутая головка плода под защитой вытянутых ножек проходит полость и опускается до тазового дна. В это время ножки плода (пятки) выпадают из влагалища, а в глубине зияющей половой щели роженицы уже видны подбородок, ротик и ноздри плода. С выведением головки торопиться не следует, так как плод имеет возможность дышать.

Способ выведения головки зависит от характера родовой деятельности. При энергичных схватках достаточно направлять ягодичцы плода на себя, косо вверх. Головка, оставаясь в согнутом положении, легко рождается без помощи акушера. При ослаблении родовой деятельности после рождения ручек плода головку выводят с помощью приема Морисо-Левре. Для выведения головки ее наименьшим размером необходимо предварительно подвести подзатылочную ямку под лонную дугу и фиксировать ее здесь. С этой целью первую тракцию производят на себя и несколько косо книзу. В дальнейшем ягодичцы плода направля-

зотся косо вверх и головка выводится, вращаясь вокруг неподвижной точки опоры (лонная дуга). У повторно- и многоплодных родов при тазовом предлежании в несложненных случаях проводятся так же, как и у первородящих.

В заключение надо еще сказать, что при всех условиях, в которые может быть поставлен оперирующий, надо помнить одно основное правило, что туловище плода от таза до грудной клетки должно быть неприкосновенным для рук опериющего, так как заложены в брюшной полости мягкие паренхиматозные органы плода не переносят сдавливания; в результате неправильного захвата туловища могут возникнуть кровоизлияния в эти жизненно важные органы или даже их разрывы.

### Ведение родов при ножных предлежаниях по Цовьянову

В основе неблагоприятного исхода родов для плода при тазовых предлежаниях, особенно у первородящих, лежат трудности для прохождения плечевого пояса и последующей головки плода при неполном раскрытии маточного зева и ослаблении родовой деятельности. В родах при ножных предлежаниях, особенно при недоношенных плодах, опасности для рождения живого плода особенно велики в силу имеющегося несоответствия величины головки по сравнению с туловищем.

Эти обстоятельства легко устраняются с помощью простого технического приема Н. А. Цовьянова, который состоит в искусственной задержке опустившихся во влагалище ножки плода до полного раскрытия зева. Благодаря этому приему раздражения нижнего сегмента матки и шейки происходит усиление родовой деятельности и достигается быстрое и полное раскрытие шейки матки.

Вслед за отхождением околоплодных вод при наличии тазового предлежания тотчас производится влагалищное исследование. При диагностировании ножного предлежания (ножки во влагалище) акушер садится лицом к роженице с правой стороны от нее, помещая локоть правой руки на кровать между раздвинутыми бедрами роженицы и ладонной поверхностью той же руки, приставленной к вульве и обернутой стерильной пеленкой, систематически во время схваток оказывает противодействие пожаткам, не давая им родиться раньше полного раскрытия маточного зева.

Показателем наступления полного раскрытия маточного зева служит: 1) высота стояния пограничного валика («ретракционного кольца»), 2) сила выпирания промежности и предлежащей части, 3) реакция со стороны роженицы на оказываемое противодействие.

При правильной и регулярно протекающей родовой деятельности к началу изгнания плода пограничный валик находится

на середине расстояния между лобком и пупком. В отдельных случаях он может стоять либо ниже, либо выше пупка. Непременным условием при ведении родов является систематическое выслушивание сердцебиения плода (после каждой схватки).

Наличие полного раскрытия зева обуславливает легкое продвижение плода по родовому каналу и получение живого ребенка.

### **Извлечение (экстракция) плода за тазовый конец (*extractio foetus clunibus graevius*)**

Операция извлечения плода за тазовый конец отличается от ручного пособия тем, что производится при наличии показаний к родоразрешению (со стороны плода или матери) независимо от того, прорезались ли ягодичцы или они находятся в родовом канале. При наличии показаний для родоразрешения выжидание исключается, и весь механизм рождения туловища и головки производится оперирующим. Показания для экстракции плода могут возникнуть в разные моменты родового механизма: 1) ножка низведена, но ягодичцы не прорезались и находятся на дне, в полости или во входе таза; 2) ножка не низведена, ягодичцы в выходе или на тазовом дне; 3) ножка не низведена, ягодичцы лежат в вышележащих отделах родового канала (во входе или полости), неподвижны, вколочены; 4) ягодичцы подвижны, над входом в таз.

Необходимым условием для экстракции плода является полное или почти полное открытие зева матки.

Состояние зева имеет первостепенное значение для успеха операции. При недостаточном открытии зева головка задерживается в родовом канале, и плод погибает или шейке матки наносятся тяжелые повреждения. Наличие живого плода является условием в том случае, если операция предпринимается по показаниям с его стороны; если же операция предпринимается по показаниям со стороны женщины, то эти показания имеют силу независимо от того, жив плод или нет. Но при мертвом плоде вполне допустима операция, уменьшающая объем последующей головки (перфорация), если возникает мысль об опасности разрыва материнских тканей. При низведенной ножке операция извлечения за тазовый конец отличается от ручного пособия тем, что к последнему присоединяются приемы, способствующие рождению ягодичц. В зависимости от того, в каком отделе таза находятся ягодичцы при начале извлечения, они продельвают еще незавершенные моменты механизма родов или весь механизм целиком. Операция извлечения плода обычно производится без наркоза; изгоняющие силы при этом складываются из сокращений матки (схваток), потужной деятельности и силы, применяемой при тракциях. Знание механизма родов при тазовом предлежании является необходимым условием для оперирующего.

Извлечение за тазовый конец наиболее легко выполнимо при ножном или коленном (реже) предлежании. В этих случаях ножка захватывается, как при низведении, за стопу или за голень; направление тракции вниз — до появления под лоном передней ягодицы. Когда передняя ягодица установилась под лоном и передний trochanter прошел лоно, акушер захва

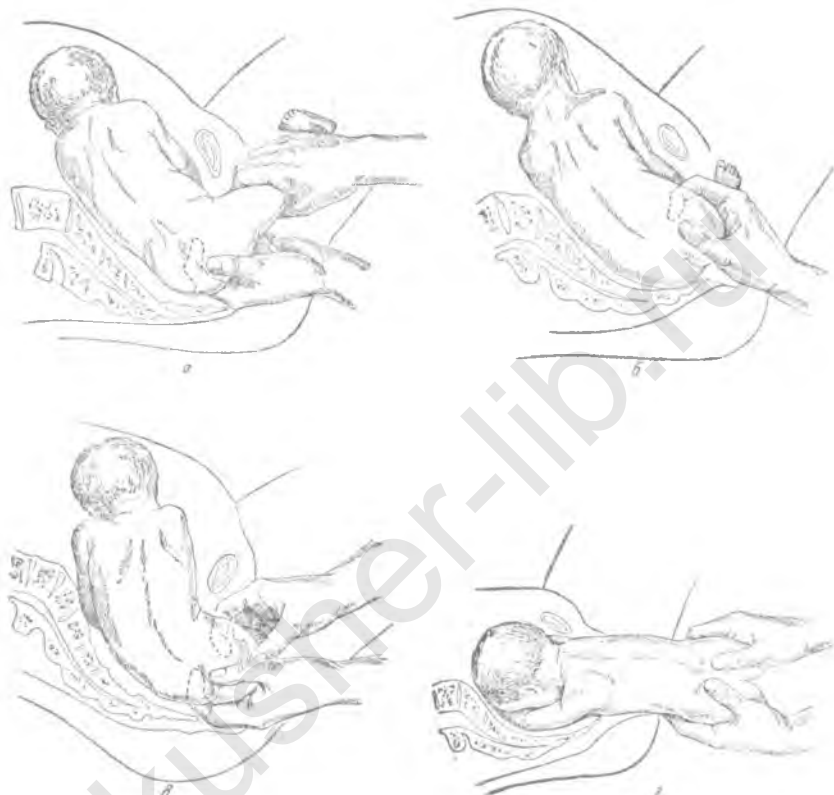


Рис. 140. Отдельные моменты при выполнении операции экстракции плода.

тывает ножку за голень указанным ранее путем, поднимает ее, а вместе с ней переднюю ягодицу вверх до рождения задней ягодицы. При этом другой рукой оперирующий производит защиту промежности. Когда в половой щели показывается паховая складка задней ягодицы, тазовый конец захватывают одной рукой за бедро (как ранее указывалось), указательный же палец другой руки (и только один палец) вводят в задний паховый сгиб, а большой палец той же руки помещают на крестец (рис. 140, а). Тракции производятся на себя до освобождения задней ножки. Затем оба бедра захватываются обеими руками, после чего производятся тракции до нижних углов лоп

ток; освобождение ручек и головки производится так же, как при ручном пособии

Если при стоянии ягодич в выходе или на тазовом дне ножка не низведена (чистое ягодичное предлежание), то извлечение затрудняется, так как отсутствует часть, удобная для захвата (низведенная ножка). При таком положении извлечение производится за паховый сгиб. С этой целью согнутый крючком палец вводят в передний паховый сгиб и несколькими тракциями, направленными вниз, переднюю ягодицу выводят из половой щели (рис. 140, б). После этого оказывается доступным и задний паховый сгиб, куда также вводят палец, и ягодичи обыкновенно рождаются без труда при сгибании поясничной части позвоночника (рис. 140, в). После рождения ягодич тазовый конец захватывают двумя руками таким образом, что четыре пальца каждой руки помещаются на бедре плода, обхватывая его с внутренней поверхности. Большой палец каждой руки располагается на крестце плода (рис. 140, г). Захват должен быть не выше паховой складки, спинка плода при таком захвате обращена к лицу оператора. В отношении таза матери туловище плода находится в косом размере, так как плечики вступают в этом размере в таз; поперечное же положение ягодич вне родового канала создает скручивание туловища и препятствует естественному механизму рождения плечиков. Таким образом, никогда не следует спешить с переводом ягодич в поперечный размер таза, чтобы не создать ускоренного поворота плечиков, при котором часто наблюдается отставание ручек от движения плечиков и их запрокидывание.

Захватив указанным образом тазовый конец, оператор совершает тракции вниз до появления в половой щели нижних углов лопаток.

В момент тракций должно быть постоянное наблюдение за пуповиной; при сильном натяжении пуповины (обвитие пуповины, короткая пуповина) создается опасность ее разрыва и даже отрыва в пупочном кольце. Поэтому, как только обнаружено натяжение пуповины, ее необходимо ослабить осторожным потягиванием вниз; если же обнаружено обвитие пуповины вокруг ножки, ее необходимо освободить. В тех случаях, когда натяжение достигает высокой степени и потягивание не приводит к цели, необходимо немедленно пересечь пуповину между двумя зажимами.

Через вход таза головка проводится в согнутом состоянии, т. е. малым косым размером через поперечный размер входа (не исключена возможность прохождения через косой размер) при направлении тракции резко вниз (по тазовой оси); при этом наружная рука развивает более значительную силу, чем внутренняя, которая только фиксирует подбородок. Когда головка прошла вход, совершается внутренний ее поворот в полости; к концу поворота головки внутренняя рука оказывается

на средней линии, а подбородок обращен к крестцовой впадине. Направление тракции прежнее. Когда в половой щели из под лона показывается волосистая часть головки, тракции прекращаются, так как подзатылочная ямка находится под лоном (точка фиксации). Наружной рукой захватывают за голень обе ножки и отводят кверху. Одновременно совершается вращение головки вокруг точки фиксации, способствующее рождению головки.



Рис 141. Извлечение пальцем за паховый сгиб.

### Операции при вколоченных ягодицах

Большие трудности ожидают акушера, когда показания к срочному родоразрешению возникают при наличии ягодиц, вколоченных во вход таза. Эти затруднения можно предупредить только своевременным производством профилактического низведения ножки. Если ягодицы не могут быть вытолкнуты осторожным движением из тазового входа и обрести подвижность (даже при переводе роженицы в наклонное положение с приподнятым тазовым концом) и в то же время не представляется возможным их низведение с помощью ручного

приема (извлечение пальцем за паховый сгиб, рис. 141), то при наличии показаний к срочному родоразрешению прибегают к инструментальным методам. С этой целью применяются: 1) специальный крючок, 2) петля и 3) щипцы.

**Н а л о ж е н и е к р ю ч к а.** Крючок представляет собой простой металлический инструмент в виде стержня, загнутого на конце, как посох. Этот конец крючка — захватывающий; к другому концу инструмента может быть приделана любой формы ручка, за которую производятся тракции. Весь инструмент должен быть тупым и гладким, умеренно толстым, массивным, чтобы он не травмировал материнские ткани, и не очень тонким, так как в этом случае он мог бы превратиться в режущий инструмент.

Инструмент вводят в передний паховый сгиб, так как передняя ягодица при любом положении плода является впереди идущим пунктом подлежащей части. Захват задней части не только противоестествен, но и невозможен. Ягодицы во входе в таз стоят в одном из косых размеров, и, следовательно, передняя ягодица лежит в правой или левой половине таза. Крючок

вводят следующим образом. Устанавливается положение ягодич. Опорожняется мочевого пузырь. Внутренняя рука (два пальца) устанавливается на нижней точке переднего пахового сгиба, кисть руки стоит по длиннику половой щели. Другой рукой инструмент захватывается за рукоятку и вводится в родовую канал плашмя по ладонной поверхности введенной во влагалище кисти; нос крючка опущен вниз. Пройдя тазовое дно инструмент поворачивают под контролем внутренних пальцев носом крючка в сторону от руки и плашмя же проводят выше пахового сгиба между плодными и материнскими частями, наклоняя за зевом, если предлежит его край. Когда нос крючка окажется выше пахового сгиба плода, инструмент осторожно вращают за рукоятку таким образом, чтобы он стал в тот же размер таза, в котором находятся ягодичи. После этого осторожными потягиваниями вниз крючок плотно насаживают на паховый сгиб.

При правильном пользовании крючком травма материнских тканей исключается, так как нос крючка вращается только в направлении плода и его контуры не выступают за пределы контуров плода; стержень же крючка, находясь между лоном и ягодичами, совершенно не опасен по своей конструкции.

Нос крючка, плотно насаженного на паховый сгиб, легко достижается пальцами внутренней руки со стороны внутренней поверхности бедра. Операция низведения ягодич в крючке выполняется тракциями вниз до появления в половой щели передней ягодичи, после чего инструмент снимается и может быть заменен пальцами. Для того чтобы снять крючок, достаточно произвести в обратном порядке те движения, которыми он вводился.

Как видно из описания, наложение крючка представляет собой несложный прием, но, наряду с этим достоинством, крючок имеет большой недостаток, в силу которого не может считаться безопасным инструментом. Дело в том, что если крючок наложен не вполне правильно на паховый сгиб, то вся сила тракции переносится на шейку бедра или на его верхнюю треть. Это обстоятельство весьма опасно, так как при этом часто бывают переломы бедра в самом неблагоприятном месте. Даже в том случае, если инструмент наложен правильно, никогда нельзя быть уверенным в том, что он не соскользнет по бедру, в силу той причины, что таз плода низводится труднее, следовательно, последние могут при тракциях опуститься, а крючок соскользнуть по бедру.

Наложение петли. Ввиду опасностей, которым подвергается плод при наложении крючка, было предложено заменить его мягкой петлей, принцип действия которой тот же. Для заведения петли употребляется крючок с отверстием на конце, куда может быть проведена тонкая тесемка или нитка. Когда крючок с тесемкой наложен, тесемку захватывают пальцами



внутренней руки и выводят из-под бедра, крючок же снимают и удаляют. Тазобедренный сустав оказывается обведенным тесемкой, два конца которой находятся в руках акушера. К одному из концов петли прикрепляется полоска из любого материала, любой ширины и толщины и протягивается за тесемку вокруг пахового сгиба. Имея наложенную петлю, мы пользуемся ею для тракции так же, как крючком.

### Наложение щипцов на предлежащие ягодицы

Понятно, что тот инструмент, который был изобретен для захвата головки, является мало приспособленным для захвата ягодиц. Щипцы, естественно, могут быть наложены только на один размер ягодиц — на *d. intertrochanterica*. При этом в ходе таза они будут стоять в прямом размере. Для этого размера модель допустимой модели щипцов можно считать только модель Лазаревича и Киллаида. Но и захват ягодиц в указанном размере далеко не удовлетворителен — щипцы легко соскальзывают. В акушерской практике нет большого опыта в наложении щипцов на ягодицы. Но, рассуждая теоретически, мы должны указать еще на одно неблагоприятное обстоятельство, а именно: сдавливание верхушками ложек мягких частей туловища, лежащих выше таза (брюшная полость). Сравнивая расстояние между верхушками ложек щипцов, равное 2 см, и поперечные размеры туловища плода, значительно превосходящие данную величину, легко представить себе травму, которую можно нанести при такой непригодности инструмента.

При показании к извлечению при ягодицах, подвижных над входом или легко переходящих из фиксированного состояния в подвижное, извлечение предшествует низведению ножки. В этом случае, а также при предлежании детского места низведение ножки явится приемом не профилактики, а лечения.

Как на редкий случай родов при ягодичном предлежании надо указать на роды в заднем виде, когда спинка плода поворачивается кзади. Очевидно, это происходит в тот момент, когда извлечение ведется слишком поспешно, без соблюдения механизма родов, когда поворот насильственно совершают не в нужном направлении, когда во время освобождения ручек в крестцовую впадину отдают давление не то плечико. Задние виды, конечно, могут возникнуть и без вмешательства оперирующего. При этом поступать надо следующим образом. Освобождение ручек совершается по тому же принципу, как и в переднем виде. Пальцы заводятся до локтевого сгиба, который при заднем виде находится спереди и легко достижим, и если плечики стоят в косом размере таза, то сначала освобождается передняя ручка. Для освобождения головки внутренней рукой со стороны лона достигается подбородок и производится сгибание головки. После тракции вниз под лонем устанавливается точка фикса-

ции — переносе; затем туловище плода отклоняется резко кпереди, и головка выкатывается из-за промежности, начиная с затылочной части (рис. 142, а). Однако нижняя челюсть плода не всегда достижима из-за пространственных отношений или подбородок в это время оказывается выше лона (при разогнутой головке). В таких случаях не следует делать попыток достичь подбородка. Угол нижней челюсти является



Рис. 142. Выведение головки при родах в заднем виде (а и б).

удобным пунктом фиксации, и головка рождается при резком отведении туловища плода кпереди, к брюшной поверхности матери при одновременном надавливании на головку наружной рукой через брюшные материнские покровы (рис. 142, б).

В заключение главы о тазовых предлежаниях надо упомянуть о тех случаях, при которых применяется родоразрешающая операция при наличии мертвого плода. Показания для родоразрешения в этом случае будут, естественно, только со стороны матери. Несоввершенство захватывающих инструментов, перечисленных нами (крючок, щипцы), теряет свое значение, и эти ин-

струменты могут быть применены, следовательно, без опьянения.

Несоответствие между размером предлежащих ягодиц и тазом матери встречается реже, чем между головкой плода и тазом матери, но при больших сужениях таза оно будет налицо и с ним приходится считаться. Операции, уменьшающей размер предлежащей части, подобной перфорации головки, для ягодиц не существует. Поэтому при наличии такого несоответствия для родоразрешения при мертвом плоде может быть применен только инструмент с сильным захватом, как, например, краниокласт. Соответственно механизму рождения ягодиц этот инструмент должен быть наложен в *d. interfrochanterica*. При этом внутренняя ложка вводится в *anus*, наружная накладывается на задний *trochanter*. При развивающейся большой силе влечения этот захват является ненадежным, и создается необходимость наложения наружной ложки на крестец; но в таком случае в выходе таза возникают затруднения для прорезывания ягодиц.

Если препятствия для прохождения ягодиц создаются при наличии мертвого плода, то во избежание травмы материнских частей необходима перфорация последующей головки.

Рассмотренный механизм родов в ягодичном положении и методика оперативных вмешательств относятся к нормальному тазу. Для группы плоских тазов существуют некоторые отличительные особенности, главным образом касающиеся выведения головки. Соответственно механизму родов при плоском тазу последующая головка, так же как и впереди идущая, вступает в таз в поперечном размере в состоянии той или иной степени разгибания. Поэтому внутренняя рука при захвате нижней челюсти идет по боковой стенке таза, сгибание головки не делается; но все же внутренняя рука фиксирует подбородок, дабы избежать чрезмерного разгибания головки. Головка проходит вход таза в поперечном размере. В полости же внутренняя рука производит возможное сгибание головки.

### **Поворот на головку наружными приемами (*versio foetus in caput*)**

Роды при тазовом предлежании некоторые авторы относят к числу патологических; они чаще сопровождаются осложнениями для матери, чем роды в головном предлежании; процент мертворождаемости и ранней детской смертности при них также выше.

В целях снижения мертворождаемости и ранней детской смертности в акушерской практике при тазовых предлежаниях применяется наружный поворот плода на головку (Лельчук, Архангельский, Трубкович, Дьякова и др.). Применение наружного поворота позволило снизить мертворождаемость до 1—2%.

Однако многие акушеры весьма сдержанно, а некоторые совершенно отрицательно (К. К. Скробанский) относятся к этому

ценному методу, считая его небезопасным для жизни матери и плода и технически трудно выполнимым. Цовьянов считает, что пользование его методом при ведении родов в тазовом предлежании в несложных случаях исключает необходимость наружного поворота плода на головку.

Крылова и Сакулина, Архангельский и Трубкович, Дьякова (из нашей клиники) и другие авторы, применявшие наружный поворот, отметили снижение мертворождаемости и безопасность операции для матери.

Эффективность метода зависит от правильности выполнения техники и строгого учета противопоказаний к повороту.

Установлены следующие противопоказания к наружному повороту на головку при тазовых предлежаниях:

- 1) отсутствие хорошей подвижности плода (маловодие и крупный плод) и низкое стояние предлежащей части во входе в таз;
- 2) предшествующие операции на матке (кесарево сечение, операция Штрассмана и др.);
- 3) пороки развития матки;
- 4) многоводие;
- 5) токсокозы поздних сроков беременности;
- 6) узкий таз;
- 7) кровоотделение в течение беременности (предлежание плаценты, угрожающий выкидыш, угрожающие преждевременные роды и т. п.);
- 8) несвоевременное отхождение околоплодных вод;
- 9) многоплодие;
- 10) задний вид тазового предлежания;
- 11) заболевания, не связанные с половым аппаратом (хлещистит, сифизит).

Наружный поворот удается произвести в 86% случаев. В 14% несмотря на наличие условий к повороту, он технически не удается. Отсутствие успеха в основном зависит от следующих причин: 1) чрезмерно повышенной возбудимости матки; 2) повышения реактивности нервной системы женщины; 3) прикрепления плаценты по передней поверхности матки; 4) отклонений в строении тела беременной (короткое туловище, уменьшенный объем брюшной полости, порочная архитектура таза и т. п.); 5) обильного развития подкожного жирового слоя и чрезмерной упругости брюшной стенки.

Условия для поворота: 1) срок беременности — конец 35-й—36-я неделя; 2) ясная ориентация акушера в отношении положения плода, вида позиции, величины и подвижности плода; 3) учет состояния возбудимости матки и состояния брюшного пресса; 4) учет архитектуры и размеров таза; 5) согласие женщины на акушерское мероприятие.

Техника наружного поворота. Перед производством наружного поворота у беременной должен быть очищен кишечник (обычно накануне) и опорожнен мочевой пузырь.

Беременная помещается на твердой кушетке, причем врач располагается справа от нее.

Врач должен подготовить беременную к данному акушерскому пособию, так как дальнейший контроль за ней имеет большое значение.

Б. А. Архангельский подчеркивает, что наружный поворот будет успешен в том случае, если плод сохранит форму овоида и головка его не разогнется. С этой целью рекомендуется наружный поворот производить всегда в направлении от ягодиц в сторону спинки, от спинки — в сторону головки и от головки — в сторону брюшной стенки плода.

Сравнительная клиническая оценка (и рентгенография) метода Архангельского и Трубковича и нашей методики, при которой наружный поворот на головку производится без учета позиции плода, но при обязательном учете его подвижности (Дьякова), показала отсутствие необходимости придерживаться методики, предложенной первыми авторами.

Мы применяли следующие методы контроля результатов наружного поворота: 1) рентгенография плода; 2) учет сердцебиения плода до и после поворота; 3) оценка родового акта.

После завершения наружного поворота бинтование живота для фиксации плода не производится.

## IX. АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ В РОДАХ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

Существуют две разновидности этой операции, а именно:

1) ранний поворот на ножку, или так называемый поворот по Бракстон-Гиксу, производимый при полном раскрытии маточного зева;

2) своевременный поворот на ножку, так называемый классический, производимый при полном раскрытии маточного зева.

**Ранний поворот на ножку.** Необходимым условием для раннего поворота на ножку должно быть раскрытие маточного зева на 2—3 пальца.

Поворот производится под глубоким наркозом на операционном столе или на поперечной кровати. Введение руки производят вне схватки. Во влагалище надо непременно вводить левую руку. Наружная рука приближает тазовый конец плода и ножки к внутренней руке, а головку отодвигает вверх.

Поворачивать плод следует медленно. Ножку извлекают до тех пор, пока из влагалища не появится колено, так как только с этого момента ягодицы достигают нижнего сегмента матки.

Для усиления раздражения маточной мускулатуры можно накинуть на ножку петлю, перекинуть шнур через край кровати или блок и привесить к нему груз в 200 г. После прорезывания

ягодиц груз необходимо снять во избежание разрыва нижнего сегмента.

Дальнейшее изгнание плода необходимо всегда предоставлять силам природы. Несмотря на то, что при выжидании самостоятельного окончания родов жизнь плода подвергается опасности, никогда не следует при малом раскрытии зева делать искусственное и быстрое извлечение плода, чтобы не погубить смертельного кровотечения (разрыв шейки, нижнего сегмента). Точно так же нельзя производить поворот, если прошло много часов после отхождения околоплодных вод, во избежание разрыва матки в области нижнего сегмента.

**Своевременный поворот на ножку (*versio foetus in pedem*).** Для производства акушерского поворота полной рукой необходим ряд условий, а именно: 1) достаточное открытие зева (не менее 4 пальцев); 2) подвижность плода (при целых водах произвести поворот легко; чем больше времени прошло с момента отхождения околоплодных вод, тем поворот труднее и опаснее ввиду возможности разрыва матки); 3) отсутствие контракционного кольца; 4) размеры таза, допускающие рождение ребенка.

Производство поворота возможно также независимо от состояния плода.

Перед операцией производится обычная дезинфекция наружных половых частей и влагалища. Наркоз применяется глубокий ингаляционный для того, чтобы вполне расслабить матку. Операция проводится следующим образом. Одну из рук (о выборе руки будет сказано ниже) с конусообразно сложенными пальцами оператор проводит осторожными вращательными движениями через влагалище в полость матки. Внутренней рукой он захватывает одну из ножек плода и низводит сначала во влагалище, а потом и наружу выше колена. Наружной рукой оператор направляет тазовый конец навстречу внутренней руке и отодвигает головку плода кверху, ко дну матки. Выводить руку из матки для замены ее другой рукой не следует.

Существенную роль играет выбор руки, вводимой в полость матки, хотя некоторые операторы не придают этому никакого значения. Ладонная поверхность руки должна соприкоснуться с поверхностью плода, а тыл руки — с внутренней поверхностью матки. Следовательно, при передних видах поперечного положения рука должна идти сзади плода, ладонью вперед, а при задних видах — спереди плода, ладонью назад.

При передних видах должна быть выбрана та рука, которая имеет большую свободу движений в сторону искомого ножки, т. е. при первом положении — правая рука, а при втором — левая; при задних видах на основании того же правила при первом положении выбирается левая, а при втором положении — правая рука.

Помимо выбора руки, большое значение имеет умение найти внутри матки нужную ножку, определив, какая из них верхняя, какая нижняя, так как существует правило, что при всех задних видах захватывается вышележащая ножка, а при передних видах — нижележащая. С этой целью надо представить себе ребенка, лежащего в матке, в том виде, в каком он находится, и представить себе, куда должен быть обращен большой палец требуемой ножки. При всех положениях и видах верхняя ножка обращена большим пальцем вниз, а нижняя ножка — вверх. Подобный выбор ножки мы рекомендуем потому, что при передних видах захват за нижнюю ножку переводит плод в задний вид; при задних видах происходит обратное. Допускается также захват и любой ножки, но это усложняет дальнейший механизм, хотя в конечном счете обычно образуется передний вид.

Захватывание ножки производится следующим образом. Оператор внутренней руку ведет по боковой поверхности плода и вдоль ее до ягодичи и, продвигаясь до верхней или нижней ножки (которая требуется в данном случае), захватывает ее двумя пальцами — средним и указательным — несколько выше стопы и выводит книзу до тех пор, пока колено не выйдет из родового канала. В некоторых случаях может оказаться более удобным захват ножки всей рукой. Захватывается обычно одна ножка. После захвата ножки наружная рука переносится на головку, и только при отодвигании последней ко дну бывает возможно продвижение вниз тазового конца. В дальнейшем оператор поступает так, как было указано при ягодичном предлежании.

Если при повороте выпадает ручка, которая может быть ошибочно захвачена, то ручка обратному вправлению не подлежит. Надо лишь наложить на выпавшую ручку петлю из тонкого стерилизованного бинта и конец петли во время поворота передать помощнику, чтобы последний мог предупредить загромождение ручки.

В случае выпадения пуповины при неполном открытии зева необходимо произвести вправление последней, для чего рекомендуется придать роженице наклонное положение (головной конец ниже), пальцами руки, введенной во влагалище (два пальца в шеечный канал), одновременно помогать вправлению пуповины в полость матки. В тех же случаях, когда выпадение пуповины происходит при полном открытии зева, вправление бывает излишним, — необходимо быстрое извлечение плода.

## **Х. ОПЕРАЦИИ, УМЕНЬШАЮЩИЕ РАЗМЕРЫ ПЛОДА**

Операции этого рода применяются, как правило, на мертвом плоде и как редкое исключение на живом, когда создаются условия, не допускающие родоразрешения ни влагалищным, ни брюшностеночным путем (угроза для жизни матери). Расчленение мертвого плода диктуется только интересами женщины.

Для уменьшения размеров плода применяются следующие операции: 1) перфорация головки и краниоклазия, 2) клейдотомия, 3) декапитация, 4) спондилотомия, 5) эвентрация. Две первые операции применяются при продольном положении плода, остальные — при запущенном поперечном положении.

### Перфорация головки плода (*perforatio capitis*)

Перфорация головки плода имеет целью нарушить целостность черепных костей для опорожнения содержимого (удаление мозга — *excerebratio*) и уменьшения объема головки.

Отверстие в головке производится особым инструментом — перфоратором. Наиболее распространенными являются модели перфоратора Н. Н. Феноменова и Бло. Перфоратор Феноменова (рис. 143, б) представляет собой бурав, имеющий на верхушке острые грани. Копьевидный перфоратор Бло (рис. 143, а) составлен из двух ветвей, скрепленных друг с другом наподобие ножниц. Одна ветвь снабжена массивной рукояткой, другая — искривленным рычагом, при помощи которого инструмент раскрывается. При раскрывании инструмента копьевидные пластинки скользят одна мимо другой.

Принцип действия инструмента заключается в том, что копье при надавливании на рукоятку продельвает отверстие в костях черепа; далее, при раскрывании копья костное отверстие расширяется и доступ в черепную полость оказывается проложенным. Отношение перфоратора к головке должно быть строго определенным. Головка представляет собой сферическую костную коробку, обтянутую мягкими тканями, обладающими значительной подвижностью. Перфоратор с наибольшей легкостью будет пробуравливать головку в том случае, если он стоит в направлении радиуса головки как сферического тела. В то же время такое радиальное направление инструмента предотвращает соскальзывание последнего с головки и возможность повреждения мягких тканей матери. Поэтому чем выше в родовом канале стоит головка, тем больше кзади, к промежности, отклоняется рукоятка

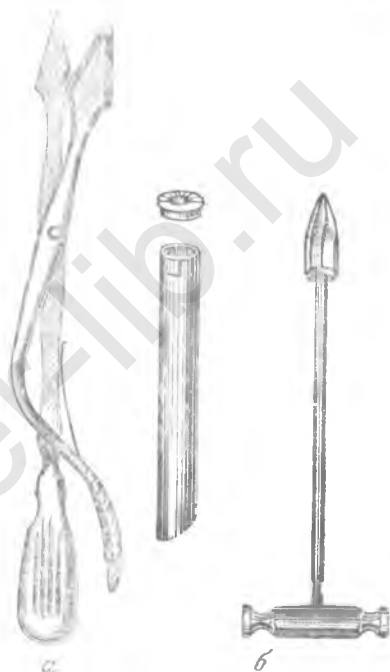


Рис. 143. Перфораторы.  
а — Бло; б — Феноменова.



инструмента при перфорации. Само собой понятно, что из этих соображений предпочтительнее выбрать для перфорации ту точку головки, которая лежит ближе к проводной оси таза.

Какие пункты головки наиболее удобны для перфорации? Некоторые акушеры рекомендуют производить перфорацию в кости черепа из тех соображений, что отверстие, проделанное в кости, не спадается. Однако перфорация кости выполняется



Рис. 144. Перфорация подлежащей головки.

с применением значительной силы и связана с большей опасностью соскальзывания инструмента. Поэтому предпочтительнее избрать местом перфорации какой-нибудь из родничков (в зависимости от вставления) или даже стреловидный шов. При лобном вставлении местом перфорации очевидно, будет глазница, при лицевом — ротик наконец, при последующей головке — подзатылочная ямка или подчелюстная область. Так как перфорационное отверстие производится при всех условиях с применением некоторой силы, то операцию желательно производить при неподвижно стоящей головке. Поэтому если головка подвижна над входом, ее необходимо фиксировать снаружи (что делает помощник, вдавливая головку во вход таза); к этому можно прибавить фиксацию головки путем захватывания ее кожи двузубцами. Для защиты мягких тканей матери от возможности соскальзывания перфоратора операцию надо производить под контролем зрения, обнажая операционное поле широкими пластинчатыми зеркалами (Н. Н. Феноменов).

Техника операции. После обычной подготовки роженицы, точного обследования положения головки и выбора перфорационной точки на ней во влагалище вводят пластинчатые зеркала.

Перфоратор Н. Н. Феноменова острием устанавливается к выбранному месту прободения. После вкола острия инструмента в кость врач производит вращательные движения слева направо как обычным буравом. Автор всегда советует производить операцию под контролем зрения.

Техника применения копьевидного перфоратора следующая. Кожу головки захватывают в двух местах пулевыми щипцами, складку между ними рассекают ножницами до надкостницы. Растянув рану пулевыми щипцами, в образовавшуюся щель вводят перфоратор, острый которого обращено к пункту, где производится прободение, а рукоятка опущена вниз (рис. 144).

При легком надавливании на рукоятку перфоратора в черепе (в кости, в родничке, в шве) образуется отверстие. Нажимая на рычаг второй ветви, перфоратор максимально раскрывает в двух взаимно перпендикулярных направлениях. Образующееся при этом отверстие расширяется до проходимости пальца и даже больше. После этого перфоратор в сложенном виде проникает в полость черепа. С помощью вращательных движений перфоратор разрушает вещество мозга, затем он извлекается наружу.

В перфорационное отверстие вводят тунную ложку большого размера, которой и производят окончательное разрушение и удаление мозга. Удаление мозга производят для того, чтобы головка могла сплюснуться. В отдельных случаях производят вымывание мозга струей стерильной жидкости (например, 2% раствором борной кислоты, физиологическим раствором) с помощью длинного наконечника, который вводят в полость черепа через перфорационное отверстие.

Техника перфорации головки не меняется от того, на каком участке головки проделывается перфорационное отверстие. При перфорации последующей головки при переднем виде единственным местом перфорации является подзатылочная ямка (рис. 145). При таком положении туловища плода должно быть оттянуто книзу, что облегчает фиксирование головки, которая удерживается по возможности в сгибательном положении рукой помощника через брышные покровы. Потягивание за туловище должно быть умеренным.

Когда головка освобождена от мозга, ее прохождение через суженный родовой канал становится возможным. Для этого достаточно применить влекущую силу, захватив руками туловище плода. Подражать нормальному механизму родов необходимо и в этом случае. При впереди идущей, а иногда и при последующей головке необходимо применять инструментальный захват головки. Для этой цели служит краниокласт. Этот инструмент сконструирован наподобие щипцов. Он состоит из двух ложек — наружной и внутренней. При закрытии замка ложки плотно сходятся одна с другой. Соприкасающиеся их поверхности приспособлены для прочного захвата (шероховаты). Инструмент имеет тазовую кривизну, ввиду чего не может быть наложен (как и щипцы) верхушкой к крестцу. Допустимым положением инструмента в тазу является прямой размер, оба косых (при верхушке впереди) и поперечный размер.

Положение краниокласта в отношении головки плода определяется следующими соображениями. Инструментом захваты-

вается одна из стенок черепной полости. Так как извлечение плода требует иногда значительной силы, то и захват головки краниокластом должен быть надежным. Чешуйчатые кости головы, имеющие подвижные швы, не обеспечивают надежного захвата потому, что они легко отрываются. Зато лицевые кости очень плотно соединены с основанием черепа и являются вполне на-



Рис. 145. Перфорация послелующей головки.

дежным пунктом захвата. Следовательно, лицевая часть черепа должна лежать между внутренней и наружной ложкой краниокласта. Это легко достигается при передних видах затылочных и теменных предлежаний.

При задних видах тех же предлежаний инструмент не может быть наложен на лицевые части, и его в силу необходимости приходится накладывать на затылочную кость. Таким образом, нормально краниокласт на головке находится в прямом размере последней, верхушкой к затылку или к подбородку. Приспособление краниокласта к головке производится не только в целях прочности захвата. Перфорированная и сплюснутая головка должна проделать в родовом канале обычный

механизм, т. е. совершить поворот в полости таза и прорезаться по обычному типу.

**Техника наложения краниокласта.** Внутренняя ложка (сплошная) вводится всегда первой. При введении она подчиняется тем же законам, как и ложка щипцов. В перфорационное отверстие ложка заводится под контролем зрения в зеркалах, а также внутренней руки. После того как ложка будет установлена в том размере таза, в каком должен быть наложен краниокласт, ее передают помощнику. Наружная (окончатая) ложка заводится совершенно так же, как задняя ложка щипцов, перекрещивая внутреннюю ложку всегда сверху. Замок инструмента завинчивается до отказа (рис. 146).

Тракция краниокласта и поворот головки совершаются так же, как в щипцах (продельвая обычный механизм родов).

### Клейдотомия (cleidotomia)

Клейдотомия состоит в рассечении ключицы для уменьшения объема плечевого пояса. Эта операция была предложена и введена в акушерскую практику Н. Н. Феноменовым.

Клейдотомия может потребоваться вслед за извлечением перфорированной головки. В этот момент плечевой пояс, находящийся в поперечном или косом размере входа в таз, фиксируется потягиванием за головку. Ключица оказывается оттянутой в противоположную сторону головки плода. Рассечение ключицы производят специальными изогнутыми ножницами с короткими режущими браншами.

Наиболее целесообразным местом рассечения ключицы надо считать ее середину. Рассечение у акромияльного конца невыгодно, так как при этом плечевой пояс недостаточно спадается и острый конец ключицы, выступая из мягких частей плеча, может причинить травму тканям матери. Ножницы вводят под контролем внутренней руки, причем пальцы руки лежат между ножницами и материнскими тканями. В то же время необходимо, чтобы инструмент контролировался ладонной поверхностью пальцев. Отсюда возникает правило выбора внутренней руки: так, при рассечении ключицы, лежащей в левой половине таза, внутренней рукой будет правая рука оператора, при обратном отношении — левая.



Рис. 146. Техника наложения краниокласта.

Техника операции. Два пальца внутренней руки устанавливаются на ключице, примерно по ее середине, таким образом, чтобы один из пальцев упирался в подключичную ямку, другой — в надключичную. Ключица, таким образом, оказывается в бороздке между указательным и средним пальцем и фиксируется ими. Ножницы в сложенном виде осторожно вводят по ладонной поверхности пальцев и достигают ключицы. Изгиб ножниц обращен всегда в сторону головки. После этого ножницы очень бережно, только на толщину поперечника ключицы, раскрывают. Производя осторожные стригущие движения, сначала рассекают кожу, а затем и ключицу. В результате операции плечевой пояс легко изменяет свою форму и диаметр. Рассечение ключицы другой стороны производится по мере надобности; понятно, что если возникла надобность уменьшения размера плечиков, то целесообразно делать операцию с двух сторон.

### Декапитация (decapitatio)

При поперечном положении плода чаще всего подлежащей частью является плечо. При подвижной или легко выталкиваемой из входа в таз подлежащей части поперечные положения разрешаются поворотом на ягодичный конец. Фиксированное плечико свидетельствует о «запущенном» поперечном положении. В исключительных случаях при малом и мацерированном плоде самопроизвольное родоразрешение возможно при условии скольжения туловища мимо головки (сдвижное туловище). Гораздо чаще требуется оперативное вмешательство. Последнее заключается в том, что головка отделяется от туловища, отводится в сторону, после чего препятствий для экстракции туловища нет. Оставшаяся головка выводится после туловища.

Отделение головки от туловища носит название декапитации и заключается в разрушении мягких и костных частей шейки плода. Декапитация может быть выполнена, если шейка легко достижима, а для проведения оперативного вмешательства требуется несложный инструментарий: декапитационный крючок, двузубцы и ножницы. Крючок предназначен для введения захватывающей шейки возможно глубже в таз и для вывихивания шейных позвонков. Крючок сконструирован по типу ягодичного крючка, только его носик загнут не дугообразно, а под острым углом к стержню и конец носика имеет пуговку или заострение для пробуравливания мягких частей шейки. Декапитационные ножницы имеют тазовую кривизну и короткие сильные режущие бранши.

Техника операции. Операция декапитации производится обязательно под наркозом. Ассистент должен фиксировать головку снаружи во избежание ее движений при вращении крючка. Эти движения особенно опасны при истонченных стенках нижнего отдела матки (при запущенном поперечном поло-

жении плода). Все это было отмечено в свое время Н. Н. Феноменовым. Им же предложено производить операцию с помощью ножниц, чтобы избежать движений головки в матке.

Внутреннюю руку, соответствующую той половине таза, где находится головка (при первом положении — правая, при втором — левая), вводят во влагалище и продвигают до шейки плода таким образом, чтобы два пальца — указательный и средний — были кзади (к крестцу) от шейки, а большой палец — кпереди (к лону) от нее. Затем пальцы обхватывают шейку. Для низведения шейки можно потягивать за ручку, которая в это время находится во влагалище или свисает из половой щели.



Рис. 147. Декапитация. Техника заведения крючка, отделение головки от туловища (а и б).

Крючок вводят во влагалище, скользя по лонной поверхности руки, причем нос крючка располагается по длине половой щели. Дойдя до шейки плода, крючок поворачивают таким образом, чтобы плашмя (поперечно к тазу) провести еще выше между лонным и шейкой плода. Когда нос крючка оказался выше шейки плода, его поворачивают кзади; при этом пальцы, лежащие кзади от шейки, должны ощущать нос крючка.

По совершении поворота крючок оказывается в прямом или косом разрезе. Крючок устроен таким образом, что поперечник шейки плода не помещается даже в самой широкой части инструмента. Поэтому чтобы насадить крючок на шейку, нос крючка

должен пробуравить мягкие части шейки, лежащие кзади от шейных позвонков. Острым крючком это делается легче, чем пуговчатым, но применение острого инструмента противоречит принципу осторожности в отношении материнских тканей. Пробуравливание мягких частей шейки производят вращательным движением рукоятки крючка при одновременном потягивании крючка книзу и надавливании стержня крючка на шейку. Последнее совершенно необходимо, так как нос крючка может оказаться впереди от позвоночника и позвоночник, следовательно, будет вне крючка.

Когда нос прошел мягкие части, крючок потягиванием вниз плотно насаживают на позвоночник, причем выгоднее, чтобы позвоночник оказался в наиболее узкой части крючка, близко к вершине угла (рис. 147, а). Насаженный на позвоночник крючок при энергичном низведении вниз резко поворачивается в противоположные стороны, разрывая все шейные связки и позвоночник. Разрыв позвонков происходит при затрате значительной силы и особенно при непрекращающемся сильном потягивании крючка книзу. Если крючок посажен неплотно, возможно его соскальзывание с шейки. Внутреннюю руку во время поворота крючка необходимо оставить на месте для контроля. Когда позвоночник разрушен, остаются неразделенными только мягкие части шейки. Крючок снимают, если мягкие части легко низводятся пальцами, или оставляют, помогая низведению (передают помощнику). Наружная рука оператора вводит во влагалище ножницы соответственно тазовой кривизне. Рассечение мягких тканей шейки производят постепенно мелкими стригущими движениями при минимальном раскрытии брашшей под контролем внутренних пальцев (рис. 147, б). Отделенная от туловища головка легко сама отходит в сторону от входа в таз. Потягиванием за ручку низводят плечевой пояс.

После извлечения туловища оператор вводит руку в матку и отыскивает головку. Головка захватывается таким образом, что средний палец вводится в ротик и располагается на нижней челюсти, большой же палец фиксируется на остатке шеи — в пункте, соответствующем большому затылочному отверстию. Экстракция головки производится соответственно механическому роду и сообразно характеру таза. Если головка очень большая и обнаруживается явное несоответствие ее с тазом, необходимо ее перфорировать. Для этого головку прочно фиксируют крепкими двузубцами за оставшиеся мягкие части шейки.

### **Спондилотомия (spondylotomia)**

Если шейка плода находится вне входа в таз, то она недо-стижима и операция декапитации выполнена быть не может. Это те случаи, когда плод предлежит прудной или поясничной

частью туловища. Вместо декапитации в этих случаях производится рассечение плода на две половины, после чего каждая из этих половин может быть извлечена сообразно механизму родов.

При рассечении туловища плода наиболее важным моментом является разделение позвоночника, откуда и сама операция получила название спондилотомии. По месту разделения спондилотомия называется грудной или поясничной. Как при декапитации, так и при спондилотомии, прежде чем сломать позвоночник, необходимо дойти до него и захватить крючком. Для разрушения позвоночника служит тот же декапитационный крючок. Путь инструмента при грудной спондилотомии лежит через межреберную полость, средостение и частично верхнюю плевральную полость. При передних видах крючок вводится, следовательно, носиком кзади (к позвоночнику плода).

Техника операции спондилотомии. Два пальца фиксируют на одном из межреберных промежутков, по возможности ближе к проводной оси таза. Перфоратором или остроконечными ножницами производят прободение мягких частей межреберного промежутка. При этом инструмент должен идти параллельно ребрам, чтобы не нарушить целости последних. Острые края рассеченных или сломанных ребер могут травмировать руки оператора и мешать его работе. Отверстие в межреберном промежутке должно быть такой величины, чтобы пропустить палец оператора. Палец через отверстие попадает в ближайшую плевральную полость, доходит до средостения, разрушает его, оказывается во второй плевральной полости и фиксируется за позвоночником. После этого вводят декапитационный крючок. Когда его носик оказался выше позвоночника плода, пробуравливают мягкие части, лежащие кзади от позвоночника, и крючок плотно насаживают на позвоночник. Носик крючка при этом оказывается под мягкими частями спинки плода. Для разрушения позвоночника производят энергичный поворот крючка в двух противоположных направлениях. После этого мягкие части низводят крючком и постепенно рассекают под контролем внутренней руки. Это можно производить в зеркалах, захватывая и фиксируя разводимые части двузубцами. По разделении туловища на две части одна из частей, более доступная, фиксируется по краям размера двузубцами, другая же часть отталкивается в сторону. Извлечение каждой из частей затруднения не представляет. При надобности следует произвести перфорацию последующей головки. Поясничная спондилотомия в силу анатомических особенностей несколько отличается от грудной.

Так как подлежащая часть (боковая брюшная область плода) мягка и податлива, то для ее рассечения перфоратор является непригодным инструментом и заменяется ножницами;



при этом фиксирование мягких тканей каким-либо захватывающим инструментом необходимо. Крючок, проходя через перфорационное отверстие, попадает в брюшную полость; заведение его за позвоночник затруднения не представляет. Разрушение позвоночника крючком совершается с немалым усилием. Ввиду этого крючок надо считать не вполне пригодным для этой цели инструментом. Попытки создать более массивный и сильный инструмент пока успехом не увенчались.

Для рассечения туловища на две половины, а тем более для декапитации можно применить пилу. Для этого пилу, вложенную в резиновую трубку, обводят вокруг туловища или шейки (способ Строганова). Влагалище защищается глубокими пластинчатыми зеркалами. При первых пилящих движениях пила рассекает трубку и вонзается в тело плода. Рассечение плода производится легко и быстро. Но наложение пилы вокруг туловища возможно только при благоприятных пространственных отношениях, ввиду чего пользование ею не всегда возможно. Наложение пилы выполняется таким образом, что внутренняя рука ладонью кпереди проникает возможно глубже, обхватывая туловище плода со стороны крестца, наружная рука заводит годичный крючок с тесемкой (ниткой) между лоном и туловищем. Нос крючка должен встретиться с пальцами внутренней руки, после чего тесемка захватывается пальцами, а крючок выводится. К одному концу тесемки прикрепляется пила, вложенная в резиновую трубку, и обводится вокруг туловища.

### **Эвисцерация — эвентрация (evisceratio — eventratio)**

Операция эвентрации заключается в удалении через разрез брюшных покровов органов брюшной полости. При нормально развитом плоде брюшные органы не представляют никаких затруднений для родов при любом положении плода. Следовательно, эвентрация является показанной лишь в редких случаях, когда объем брюшной полости резко увеличен вследствие водянки или опухолей внутренних органов.

Плодоразрушающие операции представляют для клиник и городских родильных домов большую редкость. При правильной и своевременной подаче акушерской помощи совершенно исключаются случаи «запущенных» поперечных положений, а следовательно, устраняется и надобность в операциях, расчленяющих плод.

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборг трубный 81, 83  
 Абуладзе, метод 158  
 Анамнез 9  
 Анестезия 299  
 — регионарная 299  
 — спинномозговая 300  
 Антефлексия матки искусственная 173  
 Аорты нисходящей прижатие 175  
 Аппендицит и беременность 261  
 — — — диагностика 265  
 — — — клиника 263  
 — — — приступ острый 263  
 — — — лечение 266  
 — — — этиология 261  
 Асфиксия внутриутробного плода, профилактика 303  
 — родившихся детей, оживление 304  
 Ацетилхолин 46  
 — связь с питуикрином 46  
 — — — эстрогенами 46
- Беременность** внематочная 80  
 — — аборт трубный 81, 83  
 — — — лечение 96  
 — — — особенности хирургической техники 100  
 — — — нарушенная 86  
 — — — — распознавание 85, 86, 90  
 — — — — в рудиментарном роге 96  
 — — — — интерстициальная 90  
 — — — — межуточная 90  
 — — — — опухоль заматочная кровяная 89  
 — — — — пробная пункция 87  
 — — — — яичниковая 96  
 — — — трубная ненарушенная 84  
 — — — — распознавание 84  
 — — — патогенез 82  
 — — — повторная 82  
 — — — поздних сроков 100  
 — — — прерывающаяся 85  
 — — — развитие 80  
 — — — разрыв плодoвместилища 81  
 — — — сочетание с маточной беременностью 82  
 — — — формы 80
- Беременность и аппендицит 261  
 — — непроходимость кишечника 270  
 — — перекрученная киста 273  
 — — переносенная 235  
 — — прерывание путем инструментального удаления плодного яйца с последующим выскабливанием полости матки 313  
 — — трубная нарушенная 86  
 — — прогрессирующая 84  
 — — шеечная 112  
 Бло, перфоратор 367  
 Бракстон-Гикс, поворот 232  
 Бровкин, метод (лечение эклампсии) 287
- Валик пограничный 144  
 Вастей, признак 28  
 Ведение неосложненных родов при ягодичном предлежании по Цовьянову 353  
 Вены нижние кардинальные, асимметрия развития 189  
 Вербов, метод (выделение последа) 159  
 — теория разрыва матки 143  
 Влагалище, тампонада 114  
 Вливание риванола за оболочки плодного яйца 319  
 Вправление ручное вывернутой матки 186  
 Вращение ворсин плаценты глубокое 167  
 Выворот матки 183  
 Выделение последа 155  
 Выжимание последа 159  
 Выкидыш искусственный внебольничный (инфицированный) 60  
 — — — клиника 62  
 — — — — классификация 62  
 — — — — лечение 63  
 — — — патогенез 61  
 — — — — этиология 60  
 — — — несостоявшийся 76  
 — — — клиника 78  
 — — — лечение 78

Выкидыш несостоявшийся, причины 77  
— самопроизвольный 44  
— — — — — клинические формы 50  
— — — — — начинающийся 50  
— — — — — неполный 51  
— — — — — полный 51  
— — — — — шеечный 51  
— — — — — лечение 55  
— — — — — гормональное 56  
— — — — — фармакологическое 59  
— — — — — хирургическое 59  
— — — — — механизм отделения и изгнания яйца 50  
— — — — — патогенез 45  
— — — — — состояние высшей нервной деятельности 46, 49  
— — — — — признаки 49  
— — — — — профилактика 52  
— — — — — распознавание 51  
— — — — — исследование мочи по Ангейм-Цондеку 52  
— — — — — этиология 47  
Выпадение ножки при головном предлежании 238  
— ручки при головном предлежании 239  
Выскабливание матки 313  
— — — — — повреждения 254  
Гематома больших губ 187  
— — — — — влагаллица 187  
— — — — — вульвы 187  
— — — — — параметрия 187  
— — — — — родовых путей 187  
— — — — — виды 187  
— — — — — клиника 192  
— — — — — лечение 192  
— — — — — предсказание 191  
— — — — — причины 188  
— — — — — профилактика 193  
— — — — — распознавание 190  
Генкель, ущемление параметров 177  
Головка, баллотирование 36  
— вставление в таз большим сегментом 38  
— — — — — малым сегментом 38  
— — — — — средним сегментом 36  
— — — — — высоко над входом в таз 36  
— — — — — конфигурация 39  
— — — — — перфорация 366  
— — — — — поворот паружьями приемами 362  
Дезинфекция рук 297  
— — — — — по Спасокукоцкому-Кочергину 298  
— — — — — Стельмашонок 198  
— — — — — операционного поля 299  
Дети, оживление 304  
— — — — — способ Легенченко 306  
— — — — — Соколова 305

Декапитация 372  
— техника 372  
Диета послеоперационная 303  
Егоров-Микеладзе, угломер 18  
Елкин, метод 160  
Жгут Момбурга 175  
Живот 9  
— осмотр 24  
— опцупывание 25  
— форма 9  
Задержка длительная в полости матки доношенного мертвого плода 79  
Занос кровяной 50  
— мясистый 50  
— — — — — пузырный 65  
— — — — — гистология 66  
— — — — — диагностика 69  
— — — — — лечение 70  
— — — — — осложнение (хориоэпителиома) 70  
— — — — — причины 66  
— — — — — прогноз 69  
— — — — — распознавание 68  
— — — — — формы 66  
Иванов, метод 120  
Индекс Соловьева 23  
Инструменты, стерилизация 296  
Инфаркт плаценты 130  
Инфантилизм 13  
Инфекция, защита рук акушера 298  
— при выкидыше 61  
Исследование влагалличное 31  
— — — — — методика 32  
— — — — — по Пискачеху 29  
Кесарево сечение брюшиностеночное 321  
— — — — — влагалличное 315  
— — — — — малое 317  
— — — — — при предлежании плаценты 120  
Клейдотомия 371  
— техника 371  
Кольцо контракционное 144  
— — — — — ретракционное 144  
Конституция 9  
— — — — — инфантильный тип 12  
— — — — — классификация 10  
— — — — — смешанный тип 12  
Конъюгата боковая 22  
Кости таза, толщина их 23  
Кохер, метод приготовления шелка 297  
Кранпокласт, техника наложения 371  
Креде, способ 159  
Кровопускание при лечении эклампсии 288, 293  
Кровотечение атоническое 168

Кровотечение атоническое, лечение 172  
 — причины 168  
 — распознавание 171  
 — в последовом периоде 155  
 — гипотоническое 168  
 — — лечение 172  
 — — причины 168  
 — — распознавание 171  
 — из влагалища 178  
 — — — лечение 181  
 — — — причины 179  
 — — — распознавание 181  
 — наружных половых органов 178  
 — — — — лечение 179  
 — — — — причины 179  
 — — — — распознавание 181  
 — шейки матки 178  
 — — — — лечение 180  
 — — — — причины 179  
 — — — — распознавание 181  
 — позднее послеродовое 193  
 — — — — лечение 195  
 — — — — признаки 195  
 — — — — причины 193  
 — — — — профилактика 197  
 — при неправильном прикреплении плаценты 107  
 — — предлежащей плаценты 107  
 — — преждевременном отделении нормально расположенной плаценты 125  
 — — разрывах матки 148  
 Крючок 358  
 Лазарев, теория поддержания охранительного состояния 45  
 Лейбчик, кесарево сечение влагалищное 315  
 Легенченко, способ 306  
 Литопедон 77  
 Лордосколинометр 18  
 Мандельштам, прибор для измерения угла наклона таза 17  
 Массаж матки наружно-внутренний 172  
 Матка, выворот 183  
 — — — время возникновения 184  
 — — — клиника 185  
 — — — лечение 185  
 — — — — оперативное 186  
 — — — — ручное вправление 186  
 — — — — механизм возникновения 183  
 — — — — выскабливание полости 313  
 — — — — при поздних послеродовых кровотечениях 196  
 — — — — отрезки 102  
 — — — — отрыв от сводов 152  
 — — — — — классификация 152  
 — — — — — лечение 154

Матка, отрыв от сводов, механизм 153  
 — — — — — распознавание 154  
 — — — — — повреждения при выскабливании 254  
 — — — — — — — — — лечение 258  
 — — — — — — — — — профилактика 256  
 — — — — — — — — — распознавание 256  
 — — — — — — — — — этиология 254  
 — — — — — — — — — разрыв во время беременности 138  
 — — — — — — — — — родов 138  
 — — — — — — — — — — классификация 139  
 — — — — — — — — — — лечение 146, 150  
 — — — — — — — — — — патогенез 140  
 — — — — — — — — — — теория Вербова 143  
 — — — — — — — — — — симптомы 143  
 — — — — — — — — — — совершившегося разрыва 148  
 — — — — — — — — — — угрожающего разрыва 144  
 — — — — — — — — — — состояние активное 46  
 Метрейриз 116, 319  
 Метод Абуладзе 158  
 — Бровкина 287  
 — Вербова 159  
 — Елкина 160  
 — Иванова 120  
 — Кохера 297  
 — медикаментозно-гормональный 309  
 — Строганова лечения эклампсии 285, 291  
 — — — — — потягивания за пуповину 160  
 Missed abortion 76  
 — labour 79  
 Момбург, жгут 175  
 Моча беременных, применение 58  
 Наложение щипцов при боковом виде 343  
 — — — — — задних видах 340, 341  
 — — — — — передних видах 340  
 Наркоз общий (цигалационный) 301  
 — — — — — осложнения 302  
 Наркотики, вред 286  
 Нарушения нормального течения беременности и родов, причины 7  
 Непроходимость кишечника и беременность 270  
 — — — — — диагностика 271  
 — — — — — лечение 272  
 — — — — — прогноз 272  
 — — — — — распознавание 271  
 — — — — — этиология 270  
 Низведение ножки профилактическое 341  
 — — — — — показания 341  
 — — — — — техника 342  
 — — — — — условия 341  
 Николаев, схема 310

Обезболивание местное 299  
 Оживление детей, родившихся в асфиксии 304  
 Опухоль замочная кровяная 89  
 Осложнения в последовом периоде 154  
 — — послеродовом периоде 154  
 Осмотр 9  
 Отделение последа 155  
 — преждевременное нормально расположенной плаценты 125  
 Параметриев ущемление по Генкелю 177  
 Пенициллин, применение у новорожденных 307  
 — — рожениц 307  
 Перекрученная киста и беременность 273  
 — — — — диагностика 276  
 — — — — клиника 275  
 — — — — лечение 277  
 — — — — механизм перекручивания 274  
 — — — — форма 273  
 — — — — этиология 274  
 Период послеродовый нормальный 154  
 — — — — кровотечение 155  
 — — — — механизм выделения последа 155  
 — — — — отделения последа 155  
 — — — — признаки отделения плаценты 156  
 — — — — осложненный 157  
 — — — — выделение последа 158  
 — — — — задержка последа 157  
 — — — — отделение последа 158  
 — — — — ручное 160  
 — — — — отдаленные результаты 163  
 Перфоратор Бло 367  
 — Феноменова 368  
 Перфорация головки 367  
 — техника 368  
 Петля 359  
 Пискачек, исследование 29  
 Питуитрин, внутривенное введение 173  
 — связь с ацетилхолином 46  
 Плацента, определение целости 162  
 — — — — воздушная проба 162  
 — — — — молочная проба 162  
 — — — — проба Щербака 163  
 — отделение ручное 161  
 — предлежание полное 103  
 — — — — лечение 113  
 — — — — кесарево сечение 120  
 — — — — тампонада влагалища 114  
 — — — — распознавание 110  
 — — прикрепление 102  
 — — — — неправильное 103

Плацента, классификация прикрепления; неправильное, центральное боковое 103  
 — — — — краевое 103  
 — — — — низкое 103  
 — — — — частичное 103  
 — — — — лечение 115  
 — — — — вскрытие плодного пузыря 115  
 — — — — метод Иванова 120  
 — — — — метрейриз 116  
 — — — — поворот на ножку 119  
 — — — — причины 105  
 — — — — распознавание 110  
 — — — — беременность шеечная 112  
 — — — — рентгеновезикография 111  
 — — — — симптомы 106  
 — — — — асфиксия плода 109  
 — — — — кровотечение 107  
 — — — — нормальное 103  
 — — — — преждевременное отделение 125  
 — — — — — — — — диагностика 132  
 — — — — — — — — клиника 131  
 — — — — — — — — кровотечение 129  
 — — — — — — — — лечение 134  
 — — — — — — — — механизм 127  
 — — — — — — — — предсказание 133  
 — — — — — — — — профилактика 136  
 — — — — — — — — патологоанатомические изменения 130  
 — — — — — — — — приращение истинное 166  
 — — — — — — — — лечение 168  
 — — — — — — — — патогенез 167  
 — — — — — — — — формы 167  
 — — — — — — — — ложное 166  
 — — — — — — — — сростаяся 167  
 Плод, асфиксия 109  
 — величина 26  
 — внутривутробный, асфиксия, профилактика ее 303  
 — извлечение за тазовый конец 355  
 — отношение предлежащей части ко входу в таз 28, 29  
 — поворот произвольный 230  
 — положение 26  
 — — — — поперечное 228  
 — — — — ведение родов 230  
 — — — — залущенное 233  
 — — — — исправление положения 236  
 — — — — наружный поворот 233  
 — — — — — — — — противопоказания 232  
 — — — — — — — — условия 233  
 — — — — — — — — распознавание 228  
 — — — — — — — — профилактика 233  
 — — предлежание 26  
 — — — — сердцебиение 30  
 Поворот на ножку 119, 232, 364  
 — — — — ранний 364



Роды при высоком прямом стоянии  
стреловидного шва при головных  
предлежаниях 218  
— — поперечном положении плода  
228  
— — предлежании и выпадении нож-  
ки при головном предлежании 238  
— — — — ручки при головном  
предлежании 239  
— узком тазе 244  
— сухие 230  
Ромб Михаэлиса 19  
Рукав Окинчица 165  
— Рогоза 165  
Самозворот 230  
Слой жировой подкожный 25  
Соколов, способ 305  
Соловьев, индекс 23  
Спасокукоцкий-Кочергин, дезинфек-  
ция рук 298  
Спондилитомия 374  
— техника 375  
Способ Креле 159  
— Легенченко 306  
— Соколова 305  
Способность сократительная, возбу-  
ждение и усиление 308  
Среда внешняя, влияние 9  
Стельмашонок, дезинфекция рук 298  
Стерилизация инструментов 296  
— материала для швов 296  
— перевязочного материала 296  
Строганов, метод потягивания за  
пуловину 160  
— — лечения эклампсии 285, 291  
Схема Николаева 310  
— Хмелевского 310  
— Штейна-Хмелевского 309  
Таз, емкость 20  
— конъюгата боковая 22  
— костей толщина 23  
— костный, внутренняя поверхность 40  
— размер наружный прямой 21  
— — поперечный 21  
— — — — выхода 22  
— — — — прямой входа 42  
— узкий 244  
— анатомически 244  
— исход родов 251  
— клинически 244  
— механизм родов, особенности 249  
— — — — период изгнания 250  
— — — — раскрытия 249  
— — размеры 246  
— — степени сужения 248  
— — течение родов 251  
— — угол наклона 14  
Тазомер 20  
Тампонирование матки 174

Тампонирование матки, вред 174  
Тело, строение 13  
Теория поддержания охранительного  
состояния 45  
— разрыва матки Вербова 143  
Тип женщин 11  
— — астенический 11  
— — гипертенический 11  
— — нормостенический 11  
— кровоснабжения 189  
Тракция пробная 330  
Тонус мускулатуры матки 45  
Труба, разрыв 83  
Угломер Егорова-Мискладзе 18  
Угол лонной дуги 23  
— — — — наклона таза 14  
— — — — изменения 16  
— — — — измерение 17  
— — — — приборами 17  
— — — — ручным путем 18  
Удаление инструментальное плодного  
яйца 313  
Фенамин 311  
Феноменов, перфоратор 368  
Хмелевский, схема 310  
Хориоэпителиома 71  
— диагностика 71, 74  
— реакция Ангейм-Цондека 73  
— лечение 74  
— симптомы 73  
«Хруст снега» симптом 149  
Цовьянов, методика ведения родов  
при ножных предлежаниях 354  
— — — — ягодичных предлежа-  
ниях 353  
— техника наложения щипцов 330  
Чукалов-Кюстнер, признак 156  
Шелк, приготовление 297  
Шов стреловидный, высокое прямое  
стояние 215  
— — — — — ведение родов 218  
— — — — — клиника 217  
— — — — — механизм родов 216  
— — — — — этиология 215  
Штейн-Хмелевский, метод 309  
Штрасман, признак 157  
Шумы кишечные 31  
— плацентарные 31  
Щипцы 325  
— — — — — выходные 325  
— — — — — полостные 332  
— — — — — наложение на ягодичцы 359  
— — — — — при разных положениях го-  
ловки 339  
— — — — — полостные 335

- Эвентерация 376
- Эвисцерация 376
- Эклампсия 277
  - ведение больной 288
  - диагностика 283
  - клиника 278
  - — бессудорожная форма 278
  - — судорожная форма 278
  - лечение 284
- Эклампсия, симптоматология 237
  - прогноз 281
- Эндометрит послеабортный 51
- Эстрогены, связь с ацетилхолином 46
- Ягодицы вколоченные 358
  - — наложение крючка 358
  - — — петли 359
  - предлежащие, наложение щипцов 360

akusher-lib.ru



## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
От автора	5
<b>Общая часть</b>	
<b>Задачи врача акушера-гинеколога</b>	
<b>Клиническое исследование беременной и роженицы</b>	<b>9</b>
Общее исследование организма	9
Строение тела	13
Инструментальное измерение таза	20
О методике внутреннего акушерского исследования	31
<b>Часть первая</b>	
<b>Наиболее важные и часто встречающиеся клинические формы патологии</b>	
<b>I Осложнения в период беременности и родов</b>	<b>44</b>
1. Выкидыш самопроизвольный и искусственный — внебольшничный	44
Этиология и патогенез самопроизвольного выкидыша	45
Искусственный внебольшничный (инфицированный) выкидыш	60
2. Заболевания плодного яйца	65
Пузырный занос	65
Хорионэпителиома	71
Несостоявшийся выкидыш и задержавшиеся роды	76
3. Внематочная беременность	80
Нарушенная, или прогрессирующая, трубная беременность	84
Нарушенная трубная беременность	86
4. Неправильное прикрепление плаценты	102
5. Преждевременное отделение нормально расположенной плаценты	125
6. Выпадение плаценты	136
7. Оболочечное прикрепление пловины	137
8. Самопроизвольный разрыв матки во время беременности и родов	138
9. Отрыв матки от сводов влагалища	152
<b>II Осложнения в послеродовом и послеродовом периоде</b>	<b>154</b>
1. Нормальный послеродовый период	154
2. Осложненный послеродовый период	157
Задержка последа и его частей	157

Ложное и истинное приращение плаценты . . . . .	166
Гипотоническое и атоническое кровотечение . . . . .	168
3. Кровотечение из наружных половых частей, влагалища и шейки матки . . . . .	178
4. Выворот матки . . . . .	183
5. Гематомы родовых путей . . . . .	187
6. Поздние послеродовые кровотечения . . . . .	193
<b>III. Роды при неправильных предлежаниях головки</b> . . . . .	197
1. Общие сведения о разогнутых предлежаниях . . . . .	197
2. Передне-головное предлежание . . . . .	204
3. Лобное предлежание . . . . .	206
4. Лицевое предлежание . . . . .	209
5. Высокое прямое стояние стреловидного шва при головных предлежаниях . . . . .	215
<b>IV. Роды при тазовом предлежании</b> . . . . .	219
<b>V. Роды при поперечном положении плода</b> . . . . .	228
<b>VI. Роды крупным и гигантским плодом</b> . . . . .	234
<b>VII. Роды при предлежании или выпадении конечности плода</b> . . . . .	238
Предлежание и выпадение ножки при головном предлежании . . . . .	238
Предлежание и выпадение ручки при головном предлежании . . . . .	239
<b>VIII. Предлежание и выпадение пуповины</b> . . . . .	240
<b>IX. Роды при узком тазе</b> . . . . .	244
<b>X. Травматические повреждения половой сферы, связанные с абортom</b> . . . . .	254
Повреждения матки и смежных органов при выскабливании . . . . .	254
<b>XI. Хирургические осложнения при беременности</b> . . . . .	261
Аппендицит и беременность . . . . .	261
Непроходимость кишечника и беременность . . . . .	270
Перекрученная киста яичника и беременность . . . . .	273
<b>XII. Эклампсия</b> . . . . .	277
Судорожная форма эклампсии . . . . .	278
Лечение эклампсии и тактика ведения беременности и родo-разрешения . . . . .	284
Основные принципы ведения больной при эклампсии . . . . .	288
Схема назначения наркотиков по Строганову . . . . .	291

## Часть вторая

<b>I. Некоторые практические указания по общей хирургии</b> . . . . .	296
Стерилизация инструментов и перевязочного материала . . . . .	296
Стерилизация материала для швов . . . . .	296
Дезинфекция рук . . . . .	297
Дезинфекция операционного поля (брюшной стенки) . . . . .	299
Местное обезболивание . . . . .	299
Общий (ингаляционный) наркоз . . . . .	301
Режим для послеоперационной больной и диета . . . . .	302
<b>II. Практические указания по профилактике и меры борьбы с угрожающей и начинающейся внутриутробной асфиксией плода</b> . . . . .	303
Мероприятия по профилактике асфиксии внутриутробного плода . . . . .	303

Мероприятия по оживлению детей, родившихся в состоянии асфиксии . . . . .	304
<b>III. Практические указания по применению пенициллина у рожениц</b>	<b>307</b>
Указания к применению пенициллина у новорожденных . . . . .	307
<b>IV. Средства и методы возбуждения и усиления сократительной способности матки . . . . .</b>	<b>308</b>
<b>V. О технике акушерских операций и пособий, относящихся к числу неотложных, и о показаниях к ним . . . . .</b>	<b>311</b>
Показания к оперативному родоразрешению . . . . .	311
Условия для производства операции . . . . .	313
<b>VI. Искусственное прерывание беременности ранних и поздних сроков (хирургический и консервативный метод) . . . . .</b>	<b>313</b>
Техника влагалищного кесарева сечения по Лейбчику . . . . .	315
Техника малого кесарева сечения . . . . .	317
Техника вливания риванола за оболочки плодного яйца . . . . .	318
Метрейриз . . . . .	319
Брюшиногеночное кесарево сечение . . . . .	321
<b>VII. Наложение щипцов . . . . .</b>	<b>325</b>
Выходные щипцы . . . . .	325
Чолостные щипцы . . . . .	335
Способы наложения щипцов при разных положениях головки в полости таза . . . . .	339
<b>VIII. Акушерские мероприятия при беременности и в родах при тазовом предлежании . . . . .</b>	<b>344</b>
Профилактическое низведение ножки . . . . .	344
Ручное пособие при рождении плода в ягодичном предлежании . . . . .	348
Методика ведения несложненных родов при чисто ягодичном предлежании по Цовьянову . . . . .	353
Ведение родов при ножных предлежаниях по Цовьянову . . . . .	354
Извлечение (экстракция) плода за тазовый конец . . . . .	355
Операции при вколоченных ягодицах . . . . .	358
Наложение щипцов на предлежащие ягодицы . . . . .	360
Поворот на головку наружными приемами . . . . .	362
<b>IX. Акушерский поворот плода на ножку в родах при поперечном положении плода . . . . .</b>	<b>364</b>
<b>X. Операции, уменьшающие размеры плода . . . . .</b>	<b>366</b>
Перфорация головки плода . . . . .	367
Клейдотомия . . . . .	371
Декапитация . . . . .	372
Спондилотомия . . . . .	374
Эвисцерация — эвентрация . . . . .	376
Предметный указатель . . . . .	377

### ОПЕЧАТКИ

<i>Стр.</i>	<i>Строка</i>	<i>Напечатано</i>	<i>Следует читать</i>
308	11 сверху	0,35% физиологического раствора	0,85% физиологического раствора
308	12 сверху	3 мл крови	8 мл крови

Несложная помощь при акушерской патологии

Редактор *Н. Н. ГАРВЕИ*  
 Технический редактор *Е. Н. Боброва*  
 Корректор *О. В. Соколова*  
 Обложка художника *Л. С. Эрмана*

Т06333. Подписано к печати 29/VII 1953 г. МН—56 Ф. б. 60 × 92/16 =  
 12,125 бум. л. 24,25 печ. л. 26,05 уч.-изд. л. Знаков в 1 печ. л. 43 000.  
 Тираж 30 000 экз. Цена 13 руб. Переплет 2 руб. Заказ 295.

Типография Государственного издательства медицинской литературы,  
 Москва, Ногатинское шоссе, д. 1