



---

## ПРЕДИСЛОВИЕ.

«Оперативное акушерство», если оно излагается для начинающих, должно описывать, главным образом, методику акушерских операций и давать основные принципы как самих операций, так и показаний к ним. «Оперативное акушерство» для специалистов должно особенно останавливаться на деталях оперативной техники и на критическом разборе различных операций и их модификаций. Настоящее «Оперативное акушерство» предназначается для участкового врача и должно служить его потребностям. Поэтому оно исходит и считается с теми условиями, в которых работает участковый врач, и с теми возможностями, которыми он располагает.

Условия работы участковых врачей нашего Советск. Союза все еще чрезвычайно разнообразны. Здесь мы можем встретить большие и прекрасно оборудованные больницы с прекрасно обставленными родильными отделениями и врачами со специальной подготовкой по хирургии и оперативному акушерству. Таких больниц и таких условий для акушерской работы, к сожалению, в сельских условиях нашей республики незначительное меньшинство. Не о таких больницах и не о таких врачах мы думали, когда составляли настоящую книгу.

В подавляющем большинстве участков в настоящее время работает всего один врач, невольным специалистом по всем специальностям. Здесь далеко не часто встречается особое акушерское отделение лечебницы,

а чаще вовсе нет стационара, и в распоряжении врача находится одно отделение для амбулаторного приема больных. Здесь, как правило, акушерское оперативное пособие врач вынужден оказывать на дому в условиях, приближающихся к XVIII столетию. Врач здесь, впрочем, располагает двумя ценнейшими завоеваниями XIX столетия — антисептикой и наркозом. О врачах участков этого последнего типа я думал, главным образом, когда писал свою книгу. «Оперативное акушерство» для таких врачей должно быть справочником и советчиком, как им выходить из затруднительных положений в тех или иных акушерских оперативных комбинациях, располагая ничтожными им доступными средствами. Такого случая, чтобы у участкового врача не было средств для наркоза, чтобы врач был вынужден делать акушерскую операцию, не располагая возможностью прокипятить акушерские инструменты и не имея в своих руках стерилизованного перевязочного материала,—я себе не представляю. Хотя бы стерилизатор Шimmelбуша и тазы для стерилизации инструментов должны быть в каждом врачебном участке.

В настоящей книге я пытался использовать и свой личный опыт как полученный мною в качестве клинического преподавателя акушерства, так и добытый личной акушерской практикой в сельских условиях,— и те беседы, которые я многократно вел с товарищами участковыми врачами, стараясь выяснить их затруднения и неудачи в деле акушерской оперативной работы.

Буду очень счастлив, если мне удалось справиться с поставленной себе задачей. При окончательном редактировании книги мне очень помог своими советами и указаниями Константин Григорьевич Слепский, в настоящее время—один из старейших сельских врачей. Пользуюсь случаем, чтобы выразить ему здесь мою сердечную благодарность.

Мих. Колосов.

---

## ГЛАВА ПЕРВАЯ.

### В В Е Д Е Н И Е.

Акушерская оперативная техника, как никакая другая, основывается не столько на чувстве зрения, сколько на чувстве осязания и на своеобразном мышечном чувстве. Что касается осязания, то оно тоже имеет свои особенности и заключается, если так можно выразиться, в стереогностической способности мысленно воспроизводить те пространственные соотношения, которые получаются при осязании. Последняя способность, как показывает мой преподавательский опыт, развивается обычно с большими трудностями и, я думаю, что она является врожденной, как музыкальный слух и цветоощущение у художников. В этом смысле можно сказать, что акушеры рождаются, а не делаются. Всякая врожденная способность для своего развития нуждается в упражнении. Так и это стереогностическое осязательное чувство может быть утончено и улучшено путем длительного и настойчивого упражнения. Еще недавно таким упражнением было внутреннее акушерское исследование, на моей памяти очень широко практиковавшееся в родовспомогательных учреждениях. Я сам, в числе других, вел борьбу за ограничение внутреннего исследования при проведении родов и продолжаю утверждать, что опытный акушер может и должен проводить без внутреннего исследования огромное большинство родов (никак не менее



90%). Однако, можно ли стать «опытным» акушером, не пройдя систематической выучки во внутреннем исследовании? На основании своего опыта должен ответить, что это, повидимому, совершенно невозможно. Молодые врачи, которые специализируются в настоящее время по акушерству, так ограничены в своем праве производить внутреннее исследование, что мало или даже совсем не ориентируются, когда такое исследование им приходится делать по определенным показаниям. А между тем на основании внутреннего исследования надо ставить предсказание о дальнейшем течении родов, а следовательно, и о показаниях к тому или иному вмешательству. Самое акушерское вмешательство, т.-е. акушерское оперирование, требует от врача навыка к стереогностическому осязанию и стереогностическому мышлению, которое вырабатывается только путем постоянного упражнения во внутреннем исследовании. Получается заколдованный круг, из которого, как будто, нет выхода. Выход этот придется искать, и он может быть найден в строгом проведении асептики при внутреннем исследовании, допуская внутреннее исследование при 1-й степени влагилистной чистоты, и в профилактической вакцинации против послеродовой инфекции. Это в родовспомогательных учреждениях. Отдельным врачам, которые самоучкой должны приобретать практические акушерские навыки, можно только посоветовать, чтобы они без пренебрежения относились к нормальным родам, упражнялись в проведении нормальных родов и при том без преувеличенного страха перед внутренним исследованием.

В утешение всем тем, кто не имеет опыта во внутреннем исследовании, можно сказать, что и опытные акушеры часто становятся втупик перед неясностью и неопределенностью тех данных, которые они получают

при помощи внутреннего исследования в трудных случаях. Особенно часто это бывает в тех случаях, когда приходится высказываться на основании однократного исследования, ибо часто внутреннее исследование вполне выясняет дело только тогда, когда его делаешь повторно через определенные промежутки времени и наблюдаешь те изменения, которые произошли на подлежащей части и в окружности ее за эти промежутки времени. Когда нет возможности выждать, и определенный ответ требуется безотлагательно, нужно применить внутреннее исследование, так сказать, в расширенном масштабе и принять к руководству следующее. Если обычное исследование двумя пальцами не дает ясной картины, дополнить его исследованием полурукой, т.-е. четырьмя пальцами, а то и полной рукой. Если и при этом данные получатся сомнительные, не останавливаться и перед исследованием второй рукой в этой же последовательности, т.-е. сперва двумя пальцами, потом полурукой и целой рукой. Это правило особенно важно в тех случаях, когда ты приступаешь к операции. Здесь такое исследование становится допустимым, если роженица для операции подвергнута наркозу. Преимущества исследования обеими руками можно приравнять к преимуществам бинокулярного зрения по сравнению с монокулярным.

И такое расширенное исследование не всегда ведет к отчетливому выяснению дела, и всякому акушеру не раз приходилось приступать к операции, как бы в потемках или сумерках, и дело выяснялось в самом ходе операции. Мне случалось проводить всю операцию и заканчивать ее, полагаясь на случай. Такое положение особенно возможно при затянувшихся родах, когда

огромная родовая опухоль не позволяет прощупать то, что находится под ней, и приходится иногда накладывать щипцы, не зная точно ни предлежания, ни позиции, ни вида. В отдельных случаях это ведет к неудачам. Пусть это признание послужит утешением тому товарищу-врачу, который, не имея ни опыта, ни знаний специалиста, вынужден разрешать задачи, может быть, вообще неразрешимые, и разрешать их всецело на свою ответственность, без содействия и совета со стороны.

Большая беда для молодого врача, который попадает на роды, заключается в том, что при теоретическом изучении акушерства у него обычно составляется представление, будто бы акушерская помощь всегда носит характер неотложный, и что, приехав к роженице, врач немедленно, скоропалительно должен что-то сделать, чтобы спасти роженицу. Такое настроение обычно усугубляется нервным, тревожным состоянием окружающих, которые измучены длительными родами, криками и стонами роженицы. Первейшей обязанностью врача в таком положении является—сохранить спокойствие и хладнокровие. Хотя, иногда, в акушерстве промедление, действительно, смерти подобно, — все же никогда не бывает достаточных оснований для спешки и суетливости. Акушер всегда должен действовать «степенно». Прежде всего нужно помнить, что даже в самой невозможной обстановке акушер должен работать, по возможности, асептично. Так как для асептики первой необходимостью является кипяченая вода, то мы начинаем с того, что выясняем этот вопрос. По счастью, этот вопрос даже в самой захудалой крестьянской избе всегда можно разрешить вполне удовлетворительно. Если не в данной избе, то в одной из соседних непременно есть кипящий самовар и всегда можно найти самовар прокипевший и уже остывший.

Пока вам готовят воду, осмотритесь в обстановке и обставьте себя удобствами для исследования роженицы. Возьмите за правило не только оперировать, но и исследовать в лучше освещенной части избы и непременно на столе, а не в темном углу, на нарах. Стол должен быть устойчив и устойчиво поставлен. Его надо покрыть чистой простыней. В акушерской корзине участкового врача всегда должна быть коробка Шиммельбуша с запасом стерилизованных простынь и полотенец. Если врач попадает на роды случайно без своего акушерского набора, надо потребовать у роженицы чистую простыню для стола. Если не окажется чистой простыни, надо потребовать чистую скатерть. На другом столе или лавке, тоже застав их, разложите свои инструменты и принадлежности. В семьях более состоятельных, у которых имеются утюги, надо требовать, чтобы на роженицу была надета свежее проглаженная сорочка и чтобы под роженицу и затем под родильницу подкладывались свежее проглаженные простыни. Глаженые несколько влажного белья горячим утюгом (около  $500^{\circ}\text{C}$ ), как показал опыт, делает белье совершенно стерильным. Удалите всех лишних и ненужных людей, оставив в избе трех-четырех толковых женщин. Мойте руки начерно и тем временем собирайте анамнез. Сделайте наружное исследование. Вымойте руки вторично и уже тщательней: щеткой и с применением антисептических средств (денатурат или сулема в растворе 1:2000 — самые доступные). Обмойте у роженицы наружные половые органы и влагалище. Еще раз вымойте руки. Смажьте исследующие пальцы или руку камфарным маслом из ампулы (в наборе всегда должен быть запас стерильного камфарного масла в больших ампулах). Я предпочитаю смазывать пальцы камфарным маслом, но не возражаю и против иодной настойки,

которую тоже лучше всего иметь в ампулах. Если ясно, что тут же исследующей рукой нужно будет оказать помощь, то прямо вводите во влагалище всю руку. Напр., три раза в моей жизни мне пришлось в деревенской избе извлекать второго ребенка при близнецах, после того, как первый родился при помощи «бабушки». Конечно, во всех трех случаях я прямо вводил руку, разрывая пузырь, делал поворот и извлекал плод. В одном случае все это было сделано через 36 часов после рождения первого ребенка. Я всегда прямо ввожу всю руку при первом же исследовании, если кровотечение заставляет думать о предлежании последа и есть основание рассчитывать, что можно сделать поворот полной рукой или двумя пальцами по Бракстон-Хиксу. То же самое я делаю и при поперечном положении, если по ходу родов можно рассчитывать, что возможно уже сделать поворот. Само собой разумеется, что не надо делать внутреннего исследования двумя пальцами, а следует прямо вводить всю руку в тех случаях, где не удастся выжимание последа по Креде.

О наркозе и о болеутоляющих средствах я считаю нужным сказать только два слова. Если врач имеет в своем распоряжении больничную обстановку с соответствующим персоналом, при своей оперативной акушерской деятельности он может пользоваться любым методом наркоза. В мою задачу не входит перечислять здесь все способы наркоза и наркотические вещества. Я укажу лишь на самое важное и доступное,—на то, без чего нельзя обойтись и что можно применять в любой обстановке. Таких средств три: опийная настойка (*T-ra opii simplex*), морфий (*Sol. morphii 1% in ampulis à 1,5*) и хлороформ. С этими тремя средствами в акушерском наборе можно прекрасно выйти из любого положения. Самое старое из этих средств — опийная

настойка. Можно пожелать, чтобы она почаще употреблялась, как болеутоляющее, в акушерской практике. Опийную настойку можно давать в периоде раскрытия при болезненных или судорожных схватках, но еще более кстати она бывает в периоде изгнания, особенно во время прорезывания подлежащей части. Болезненность при прорезывании заставляет рожениц кричать, что ослабляет потужную деятельность, затягивает, а иногда и приостанавливает рождение ребенка. Облегчение этих болей дает роженице возможность сильно тужиться, и в результате быстрое рождение ребенка. Применяется опийная настойка обычно в так наз. «утешительной» клизме, в смеси с валериановой настойкой (12—15 капель опийной и столько же валериановой настойки). Нужно только позаботиться, чтобы введенная клизмочка не вытекла из прямой кишки, зажимая на некоторое время после ее введения заднепроходное отверстие. По тем же показаниям и с таким же успехом применяется и морфий (1—1,5 см<sup>3</sup> 1% раствора). Кроме того, морфий показан при затяжных родах, когда больная долго не спала и не может заснуть, несмотря на вялую родовую деятельность. Шприц морфия в этих случаях дает успокоение на несколько часов, иногда на целую ночь. Проснувшись, роженица начинает рожать самым удовлетворительным образом. Наконец, морфий необходим при эклампсии и неплохо действует при явлениях т. наз. «эклампсизма», когда имеются налицо головная боль и повышенное кровяное давление. В этих случаях я предпочитаю несколько большую дозу, чем 0,01, и при первых же припадках эклампсии охотно ввожу до 0,02 морфия.

Хлороформ можно применять и при болезненных схватках и при болезненном прорезывании, давая по капелькам во время схваток (это — так называемый

Королевский способ наркоза,—называется он так потому, что был впервые применен Симпсоном при родах у английской королевы Виктории). Хлороформ должно применять при всех манипуляциях у эклямписчек (при исследовании, катетеризации, клизмах и т. д.). Хлороформ является излюбленным средством наркоза при акушерских операциях. В его пользу всегда выставляли его невоспламеняемость при близости лампы или свечи, что имеет значение при родах в домашней обстановке, без электрического освещения. Хлороформ великолепно переносится беременными и роженицами и требуется для усыпления их в очень незначительных количествах. Последнее совершенно верно и объясняется наличием большого количества липоидов в крови беременных. Однако, у хлороформа есть один недостаток—этот недостаток заключается в том, что хлороформ определенно предрасполагает к атоническим маточным кровотечениям. Об этом нужно твердо помнить, и ни в коем случае не оставлять без надзора родильницу, разрешенную под хлороформным наркозом. Такого недостатка не имеет эфир. Эфир, напротив, определенно способствует хорошему сокращению послеродовой матки и потому там, где нет оснований бояться воспламенения паров эфира и где имеется помощник для наркоза, там можно применять эфир. Хлороформный наркоз при акушерских операциях может вести сам оператор. Обыкновенно при этом поступают так: усыпляют роженицу и приступают к мытью рук, а в это время кто-нибудь из окружающих по капле, считая их вслух, капает на маску. Таким путем совершенно безопасно поддерживается наркоз до операции и во время операции, только несколько учащая число капель.

Весьма заманчивым способом обезболивания в акушерстве должна бы явиться спинномозговая анестезия.

По личному небольшому опыту могу вполне рекомендовать спинномозговую анестезию при кесарском сечении. Здесь спинномозговая анестезия привлекательна тем, что она дает хорошее сокращение маточной мускулатуры так, что кровотечение при ней поразительно мало. Такое влияние спинномозговой анестезии на маточную мускулатуру а priori заставляет меня высказаться против нее при операции поворота на ножку, так как подвижность плода при ней должна уменьшиться. Напротив, по литературным данным, спинномозговая анестезия очень хороша при щипцах, так как при ней расслабляется тонус мышц тазового дна и промежности, что облегчает извлечение плода и, до известной степени, предотвращает разрыв промежности. Совсем недавно я прочел в новейшем французском руководстве по оперативному акушерству (Brindeau A. La pratique de l'art des accouchements, том четвертый, Les opérations, стр. 36. Paris 1926 год.) о том, что два французских врача еще в начале XX столетия с успехом применяли спинномозговую анестезию, как средство для вызывания искусственных преждевременных родов. Если, действительно, спинномозговая анестезия может служить для такой цели, то мы в ней имеем чрезвычайно удобный способ для прерывания беременности. К сожалению, я не имел случая лично проверить такое влияние спинномозговой анестезии на беременную матку. Замечу, к слову: раз отмечено влияние спинномозговой анестезии на маточную мускулатуру, следует избегать этой анестезии при операциях над беременными женщинами. Недостатком спинномозговой анестезии при внебольничной практике является то, что для введения в спинномозговой канал раствор нужно готовить *ex tempore*. Когда врачу приходится работать в одиночку, это не так просто.



Чтобы закончить наше введение, надо бы сказать несколько слов об акушерском наборе и акушерском инструментарии. Я этого здесь не делаю. В дальнейшем при каждой операции будут описаны и те инструменты, которые при данной операции употребляются. Таким образом, попутно читатель познакомится со всеми необходимыми акушерскими инструментами. В наших бедных участковых больницах обычно многих из этих инструментов не хватает и тогда, конечно, приходится пускаться на всякие выдумки, работать уже не в условиях XVIII века, а в условиях средневековья.

Что касается до фармацевтических средств, необходимых акушеру в его практике, то, кроме перечисленных наркотиков, необходимы средства антисептические, тоже уже указанные (денатурат и таблетки сулемы). *Hydrarg. bichlor. corrosivi, Natrii chlorati* ââ 1,0 in *tabulettis* № 10 (таблетка на два литра воды). Необходимы и сердечные средства. Кроме валериановой настойки, надо иметь камфарное масло (20% или 10%), раствор кофеина и дигален, препараты мозгового придатка (необязательно) и препараты спорыньи (обязательно). Все эти средства лучше всегда иметь в ампулах. Но, вообще говоря, свою походную аптечку каждый врач может составлять по своему вкусу.

---

---

## ГЛАВА ВТОРАЯ.

### В Ы К И Д Ы Ш.

Искусственный выкидыш. Научное акушерство в своем поступательном развитии делает эту операцию все менее и менее нужной. В самом деле, медицинские показания для прерывания беременности сильно суживаются с каждым годом, и, надо думать, недалеко то время, когда такие показания вообще будут отсутствовать. В противоположность этому требования жизни сделали операцию искусственного выкидыша распространенной, повседневной в буквальном смысле этого слова,—и участковому врачу, более чем кому-либо другому, необходимо в полной мере владеть техникой этой операции, хотя самые авторитетные и опытные специалисты—акушеры и гинекологи—признают, что операция эта труднее и ответственнее типичного чревосечения.

Естественно поэтому, что мы ставим эту операцию во главу угла и с нее начинаем наше изложение оперативного акушерства.

В настоящее время почти повсеместно в СССР искусственный выкидыш производится т. наз. о д н о м о м е н т н ы м способом, т.-е. в один прием производится и расширение шейки матки и удаление плодного яйца. Производится эта операция по социальным показаниям при беременности сроком до 3 мес. (циркуляром № 20 от 12/II—1926 г. НКЗ РСФСР установил, что производство

абортов по истечении трех месяцев беременности не допускается при отсутствии опасных для жизни показаний: острый нефрит, порок сердца, острое кровотечение беременных, острая атрофия печени. «Московский Медицинский Журнал», 1926 г., № 5, ст. 129).

Отсюда ясно, что при беременности свыше 3-х мес. врач не только имеет право, но и прямо обязан от операции искусственного выкидыша отказаться. Так как анамнестические данные при желании женщин прервать беременность часто умышленно запутываются, то правильнее пользоваться объективными признаками беременности и считать, что искусственный выкидыш противопоказан, если матка достигла величины мужского кулака и дно ее ясно прощупывается над лоном. Почти все врачи, с которыми мне пришлось беседовать по поводу выкидыша и в частности по поводу приведенного циркуляра, признавали установленный срок в 3 мес. беременности слишком большим, ибо в конце 3-го м-ца беременности операция искусственного выкидыша является технически трудной. Большинство врачей высказывалось за беременность в 10 недель, как за крайний срок для искусственного выкидыша по социальным показаниям. Такой же взгляд разделяют и специалисты-акушеры, опрошенные журналом «Врачебное Дело» (1927 г.). Я вполне присоединяюсь к мнениям о необходимости еще более сузить диапазон социального выкидыша, но, пока существует указание на три мес., врачам приходится считаться с этим сроком. 3-месячный возраст беременности—первое противопоказание для производства искусственного выкидыша по социальным показаниям.

Вторым очень серьезным противопоказанием для производства искусственного выкидыша является наличие воспалительного процесса в придатках матки, ибо обострение этих процессов

после операции дает чрезвычайно тяжелые формы септических заболеваний с частым смертельным исходом. Убедиться в наличии воспалительного процесса в придатках не всегда легко, ибо естественно, что беременность наступает лишь при слабо выраженных или уже затухших воспалениях придатков. Руководиться для диагноза можно: 1) увеличением придатков и «пастозностью» (отечностью) боковых сводов с обеих сторон (с одной стороны, придатки в начале беременности бывают увеличены на счет нормального желтого тела и сопутствующей ему гиперемии); 2) чувствительностью и особенно болезненностью придатков; 3) резко-выраженной и учащенной пульсацией маточной артерии в обоих боковых сводах. Дополнительную помощь для диагноза оказывают повышения вечерней температуры (хотя бы небольшие), почти всегда наблюдаемые у беременных в первые месяцы беременности, если у них имеется воспалительный процесс в малом тазу (конечно, если эти повышения температуры не объясняются каким-либо другим болезненным процессом). Надо иметь в виду, что наступление беременности при воспалительных процессах в половой сфере является всегда желанным терапевтическим фактором, который естественным образом ведет к исцелению больной, если беременность дойдет до конца. Таким образом, делая аборт при наличии воспаления в придатках, мы не только рискуем обострением процесса, но и мешаем самопроизвольному исцелению.

Менее опасны при производстве аборта воспалительные состояния влагалища и шейки. Тем не менее, следовало бы считать противопоказанием для искусственного аборта: эрозии влагалищной части, гнойный характер слизи шейной пробки, сильное загрязнение влагалищного содержимого при нейтральной или щелочной

его реакции. Все это может вызывать при искусственном аборте распространение инфекции выше по полости матки и дальше по трубам и давать в результате огромное число бесплодных женщин после однократно произведенного выкидыша.

С моей точки зрения, безусловным медицинским противопоказанием для искусственного аборта по социальным показаниям является первая беременность, ибо первая беременность является чрезвычайно важным фактором для нормального доразвития женского организма.

Из вышеизложенного явствует, что врач не может приступать к производству искусственного выкидыша, не подвергнув свою пациентку тщательному клиническому и специально гинекологическому обследованию. Гинекологическое исследование необходимо еще и потому, что для правильного производства операции необходимо составить себе ясное и отчетливое представление о положении матки. Фиксированные отклонения и загибы матки кзади, в соответствии с вышесказанным, должны считаться противопоказаниями для социального выкидыша, ибо они связаны с воспалительными процессами в придатках и тазовой брюшине. Беременность для излечения таких девиаций является самым желанным и самым действительным процессом.

Если установлено, что противопоказаний для производства выкидыша нет, то можно приступить к операции. Пациентка готовится, как ко всякой влагалищной операции. Операция, по смыслу нашего законодательства, должна производиться в специальной операционной комнате. Отсутствие такой комнаты в участковой больнице освобождает врача от обязанности производить социальный выкидыш. В огромном большинстве случаев операцию можно производить без наркоза.

Самая техника операции складывается следующим образом:

1) Влагалищным зеркалом раздвигаются стенки влагалища и обнажается влагалищная часть матки. Сперва вводится заднее, потом переднее зеркало.

2) Влагалищная часть и своды влагалища тщательно протираются спиртом (ватным комком в корицанге).

3) Передняя губа влагалищной части захватывается щипцами Мюзе. При отсутствии щипцов Мюзе их можно заменить обыкновенными пулевыми щипцами.

4) Задняя губа влагалищной части захватывается вторыми щипцами Мюзе.



Рис. 1. Расширители Хегара.



Рис. 2. Расширение канала шейки расширителями Хегара. Передняя губа влагалищной части взята на щипцы Мюзе.

5) Переднее влагалищное зеркало удаляется. В этот момент многие сильно потягивают за Мюзе, так что влагалищная часть низводится почти ко входу во

влагалище. Делать этого не следует, ибо это операции не облегчает, а ткани может травмировать довольно сильно.

6) Приступают к зондированию и измерению полости матки зондом.

Мы уже знаем, как важно предварительное определение положения матки путем гинекологического исследования. Однако, заключения на основании такого исследования иногда могут быть не вполне отчетливыми и даже ошибочными. Мало того, матка во время всех описанных манипуляций может изменить свое положение. Так матка, находившаяся в нормальной anteversio-flexio, уже на операционном столе может запрокинуться назад. Поэтому зондирование матки является необходимым. Необходимо оно еще и потому, что зондом одновременно измеряется длина маточной полости, чем впоследствии руководствуются при введении в матку того или иного инструмента.

Зондирование производится по обычным правилам. Производя зондом обследование матки и ее измерение, можно попытаться пройти тем же зондом между яйцом и стенкой матки, т.-е. отделить яйцо и даже проткнуть его (вытечет прозрачная жидкость—околоплодные воды). Настаивать, однако, на том и другом не надо.

7) После зондирования приступают к расширению канала шейки. Для этого пользуются расширителями Хегара, коих для выкидыша достаточно иметь десять номеров—с 4-го по 14-й (номер расширителя указывает его диаметр в миллиметрах). 4-й номер обычно легко проходит там, где прошел зонд, а больше 14-го расширять нет нужды. Имеются расширители с половинными номерами, т.-е. с постепенным увеличением диаметра на 0,5 мм. Работа с такими расширителями идет медленнее, но безопаснее.

Расширители вводятся один за другим, при чем после проведения за внутреннее отверстие их оставляют на некоторое время (до полуминуты) в канале шейки, а затем, вынув, тотчас же заменяют следующим номером. До 7—8-го номера расширение идет обыкновенно легко и почти безболезненно. С 8-го номера проведение расширителя становится труднее и вызывает все усиливающуюся боль при прохождении его через внутреннее отверстие канала. Очевидно, при этом внутреннее отверстие может спазматически сжиматься,—и тут-то легко сделать ложный ход вперед, кзади или в бок. Чтобы этого избежать, нужно строго следить за тем, чтобы влагалищная часть не смещалась во время расширения и чтобы расширитель шел всегда строго по тому же направлению, что и предшествовавшие ему номера. Если расширение идет гладко, можно довести его до № 14, после которого свободно проходит тупая ложка Винтера—прекрасный инструмент для отделения и удаления плодного яйца. Если расширение идет с трудом, можно остановиться на 11—12 и даже 10-м номере, но тогда отделение и удаление яйца придется делать уже тупой кюреткой меньшего калибра, чем ложка Винтера. Если расширение идет с трудом или оператор не уверен в себе, лучше отказаться от одномоментного способа операции и перейти к двухмоментному способу, т. е. плотно затампонировать марлевым бинтом матку, канал шейки и влагалище и оставить тампон на 12—18 (в крайнем случае на 24 часа). По истечении этого промежутка времени удаляют тампон, и обычно шейка оказывается размягченной, раскрытой на палец, матка хорошо сокращенной, а иногда на бинте удаляется и самое плодное яйцо. Кроме такой техники двухмоментного способа, можно применить и расширение шеечного канала палочкой ламинарии. К сожалению, пока эти



палочки отсутствуют в продаже. В прежнее время применяли их очень широко и у меня сохранилось о них самое лучшее воспоминание. За границей они и по сейчас в большом ходу. Огромное преимущество ламинарий, как и вообще двухмоментного способа, заключается в том, что их применение ведет к хорошему сокращению маточных стенок, так что прободение матки становится положительно невозможным.

8) После того, как канал шейки расширен, в полость матки вводится, как сказано, или ложка Винтера, или тупая кюретка, и доводится до дна матки, т.-е. настолько, сколько показал зонд, если еще раньше не получено



Рис. 3. Тупая ложка Винтера.

ощущение, что инструмент упирается в стенку. Ложкой (кюреткой) обходят всю полость матки, время от времени подводя инструмент к внутреннему отверстию шейки, но отнюдь не извлекая совсем. При этом в канале шейки показываются оболочки яйца и отделенная от маточной стенки отпадающая оболочка.

9) Эти части, если они не выходят наружу, можно захватить специальным абортцангом и, потягивая к себе, таким путем удаляют все яйцо в смятом виде, с зародышем, который при этом, обычно, оказывается уже разрушенным. Тогда еще раз обходят полость матки. Если ложка дает ощущение плотно сокращенной стенки матки, это обычно показывает, что действительно плодное яйцо отделено вполне.

Тупым инструментом можно хорошо отделить яйцо, но чисто отделить отпадающую оболочку удается не всегда. Местами — особенно в тубных углах — она остается.

10) Чтобы удалить и ее, производят контрольное обследование (выскабливание) полости матки «острой» (не слишком острой!) кюреткой меньшего калибра. При этом матка еще больше сокращается, а при движении кюретки от дна матки к внутреннему зеву слышится особенный звук с металлическим оттенком, и рука ясно ощущает плотную стенку матки. Тогда кюретку вынимают, и операцию можно считать законченной. Удаляют кровь с влагалищной части и сводов и снимают щипцы Мюзе. Обычно принято после выскабливания протереть полость матки сухим Плайфером, а затем промазать ее иодной настойкой, вводимой на другом Плайфере. И в том и другом особенной необходимости нет, если все сделано хорошо. Если же уверенности в этом нет, то лучше ввести в матку и шейку конец смоченного в иодной настойке марлевого тампона, а самым тампоном плотно затампонировать влагалище. Этим вы предохраните себя от возможного кровотечения и, вынимая тампон на следующий день, часто удалите на нем все, что оставили в полости матки.

Описанным методом операция искусственного выкидыша производится в настоящее время десятками тысяч ежегодно, и этот грандиозный опыт показывает, что — в смысле ближайших послеоперационных результатов — она, лишь в виде редкого исключения, дает непосредственный смертельный исход. Из осложнений наиболее серьезным является перфорация стенки матки, которая наблюдается даже в учреждениях с очень квалифицированными операторами. Частота перфораций колеблется около 1:250—1:500. Перфорация, тотчас же замеченная и не сопровождающаяся явным повреждением брюшных органов (гл. обр. кишечника), обычно требует лишь немедленного прекращения операции выскабливания и постельного покоя для больной в течение нескольких

дней. В тех же случаях, где имеется предположение о повреждении брюшных органов, лучше сейчас же сделать чревосечение и поступить сообразно с картиной, которая при этом чревосечении обнаружится. Цифры перфораций матки 1:250, руками даже опытных акушеров, следовало бы хорошо запомнить. У молодых и неопытных врачей она, вероятно, подымается до трагических величин. М. б., следовало бы запретить производство искусственных выкидышей по социальным показаниям в тех операционных, где невозможно сейчас же после тяжелой перфорации приступить к чревосечению. Если дело с непосредственной опасностью искусственного выкидыша обстоит сравнительно благополучно, то отнюдь нельзя сказать того же о вредности этой операции: никто вероятно не сомневается, что искусственный выкидыш весьма вредно отзывается на здоровье женщины. Выше уже было указано на большой вред искусственного выкидыша для первобеременных. Такого же характера вредность проявляется в тех случаях, когда искусственный выкидыш производится повторно с небольшими промежутками времени — два-три раза в течение одного года. В этих случаях обычно резко нарушается эндокринная деятельность яичника, а в связи с этим и всей эндокринной системы. То же приходится наблюдать и после однократного искусственного выкидыша у повторобеременных. Такой результат наблюдается после операции, проведенной безусловно в техническом отношении, и, следовательно, от таких последствий не гарантированы ни один оператор и ни одна оперируемая. Характернейшим признаком вредного влияния искусственного выкидыша служит последующее бесплодие женщины без каких-либо видимых анатомических

изменений в ее половой сфере. Вредность искусственного выкидыша выражается еще и в том, что при операции в матку и дальше в трубы заносится слабо вирулентная инфекция, которая, однако, постепенно начинает проявлять себя воспалительными изменениями в придатках и часто делает женщину хронически больной, даже инвалидной. И это наблюдается после операций, проведенных технически безукоризненно и вполне асептично. Сама матка, или, точнее, ее слизистая нередко страдает от слишком усердного выскабливания, производимого из опасения что-либо оставить («не дочистить»). Естественно, что после такого выскабливания слизистая оболочка заменяется настоящей рубцовой тканью или слизистой, неполноценной в функциональном отношении. Отсюда—тоже бесплодие или дефективная беременность с повторными самопроизвольными выкидышами, с плохим развитием яйца, со всевозможными осложнениями в родах и особенно в послеродовом периоде. Наконец, немало страдает и шейка матки, особенно в области внутреннего отверстия, от насильственного расширения Хегарами. Слизистая канала шейки и самые стенки шейки при этом надрываются и зарубцовываются соединительной тканью. Нужно иметь в виду, что эта соединительная ткань обладает определенной агрессивностью и явным образом разрастается далеко за пределы своего первоначального распространения. Рубцы в дальнейшем ведут к атрофии мышечных волокон, и в результате, после нескольких выкидышей, у молодой женщины мы находим «ригидную» шейку. Немало огорчений может причинить такая шейка и при новом искусственном выкидыше и при родах, если до них дойдет дело.

Это основные вредности, доставляемые женщине операцией искусственного аборта. Отчасти они неизбежны

и вызываются самим воздействием, отчасти объясняются небрежным, неосторожным проведением послеоперационного периода. Огромное число операций искусственного аборта делается амбулаторно или почти амбулаторно. В лучшем случае оперированные выдерживаются в лечебном учреждении три дня, как того требует циркуляр Наркомздрава.

Но ведь и трех дней мало, ибо мы знаем, что восстановление слизистой после выскабливания требует не менее недели.

Недостаточное выдерживание больных после операции очень часто обуславливает осложнения, о которых говорено выше. Так, например, мне не раз приходилось слышать от своих пациенток, что они имели coitus (!) в ближайшие дни после выскабливания и даже в день (!) самого выскабливания. Вряд ли нужно говорить, как легко заносится инфекция в матку и придатки при таких условиях. Но, и помимо инфекции, coitus и другие погрешности в режиме в первые дни после операции неизбежно ведут к нарушению правильной инволюции матки и, вероятно, яичника. О последнем мы, впрочем, можем лишь догадываться по клиническим нашим наблюдениям, ибо пока мы не имеем никаких данных об изменениях яичников и в частности об инволюции желтого тела после искусственного выкидыша.

На почве неправильной инволюции матки нередко наблюдаются повторные и часто длительные, обильные и упорные кровотечения. Обычно такие кровотечения объясняются неудачей операции или несовершенством техники оператора: не дочистил, оставил части плодного яйца. Отрицать такую возможность нет оснований, ибо каждому приходилось делать повторные выскабливания и после операции, сделанной самим или другими, и при таком повторном выскабливании удалять определенное

corpus delicti. Но, с другой стороны, не один раз мне приходилось видеть больных, которые кровоточили после искусственного выкидыша, несмотря на повторное выскабливание. Под моим наблюдением была жена одного московского коллеги после того, как ей было сделано пять выскабливаний (считая и основное первое, превратившее беременность). Все пять выскабливаний были произведены в высшей степени компетентными специалистами, и для меня поэтому не было сомнения, что налицо кровотечение «функциональное». Я воздержался от шестого выскабливания, и через 3 — 4 месяца у больной восстановился нормальный менструальный цикл. Однако, и до сих пор (почти десять лет) эта пациентка бесплодна, несмотря на все ее желание забеременеть.

В прежнее время к операции искусственного выкидыша приступали врачи, уже искушенные в оперировании неполных самопроизвольных выкидышей. Теперь начинают с искусственного выкидыша. Понятно, что для врача, который освоился с операцией искусственного выкидыша так, как она здесь описана, хирургическое проведение неполного выкидыша не представит никаких затруднений. В самом деле, при неполном выкидыше отпадают основные трудности этой операции, а именно: 1) расширение шейки,—обычно она уже несколько раскрыта и размягчена, так что дальнейшее расширение идет без труда, и 2) самое выскабливание полости матки гораздо легче, ибо при неполном выкидыше мы всегда имеем уже сокращенную, а следовательно, плотную стенку матки, которая не так легко перфорируется, как мягкая («масляной» консистенции) стенка матки при искусственном выкидыше.

Тем не менее, я остановлюсь здесь на операции при самопроизвольном и неполном выкидыше и посоветую тем, кто вынужден изучать операцию искусственного

выкидыша «самоучкой», не приступать к этой операции, не проделав предварительно ряда операций при самопроизвольном и неполном выкидыше.

Самопроизвольный выкидыш обычно характеризуется двумя симптомами: кровотечениями и схваткообразными болями внизу живота. Больная попадает под наблюдение врача либо в самом начале выкидыша, когда имеются кровотечение и сокращения матки, но шейка еще закрыта, либо тогда, когда при тех же явлениях шейка уже раскрывается или раскрыта настолько, что даже пропускает палец и в шеечном канале прощупываются части плодного яйца или, наконец, тогда, когда яйцо уже вышло. Если оно вышло целиком, мы имеем полный выкидыш, если часть яйца вышла, а часть осталась в полости матки, то мы имеем так наз. неполный выкидыш. Неполный выкидыш большей частью бывает «подпольным», т.-е. выкидышем, где-то и кем-то начатым, но не законченным.

Имея перед собою выкидыш, нужно всегда помнить, что кровотечение при нем никогда не бывает жизнеопасным и, следовательно, с этой стороны обычно нет показаний для слишком поспешного оперирования, иными словами,—при самопроизвольном выкидыше больную большей частью можно неспеша перевезти в больницу и оперировать там в соответствующей обстановке.

Операция будет протекать совершенно так же, как при искусственном выкидыше, и по технике проще. Если шейка пропускает палец, яйцо или его остатки не трудно отделить пальцем, после чего можно сделать контрольное выскабливание кюреткой. После выскабливания промазывание полости матки иодной настойкой здесь вполне показано, ибо при самопроизвольных и особенно неполных выкидышах полость матки, в большинстве случаев, инфицирована и применение иодной настойки ее до известной степени дезинфицирует. Клинически выкидыш

характеризуется еще одним моментом — он может протекать с повышенной температурой (лихорадящий выкидыш) или без температуры. Прежде лихорадка сама по себе считалась показанием для производства выскабливания, ибо совершенно естественно считали, что чем

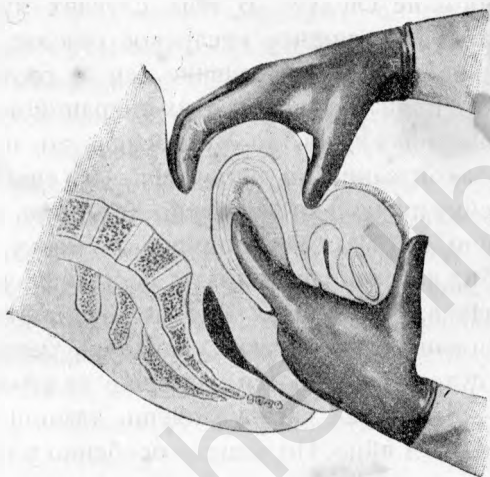


Рис. 4. Удаление остатков плодного яйца пальцем.

скорее удалить инфицированные остатки плодного яйца, тем лучше. Теперь в этом вопросе имеется разномыслие, и многие советуют воздерживаться от выскабливания при повышенной температуре, а такие выкидыши вести консервативно, приступая к выскабливанию лишь после того, как температура упадет и установится в норме. Надо признать, что это—дело вкуса, но вообще к неполным выкидышам лучше подходить с осторожностью, ибо, кроме того, что они почти всегда инфицированы, они иногда носят следы предшествующих манипуляций до перфорации включительно, что распознать не всегда возможно. Врачу, который при этих условиях оказывает



помощь путем выскабливания, могут быть приспаны повреждения, произведенные не им.

Если по медицинским показаниям приходится прерывать беременность на IV и V месяце, тогда производить искусственный выкидыш вышеописанным одномоментным способом не следует. В этих случаях лучше производить или влагалищное кесарское сечение, или, так наз., маленькое кесарское сечение (см. в соответствующих главах). Если ни одна из этих операций невозможна и невозможно выждать до VI месяца, то приходится проводить такой выкидыш двухмоментным способом: расширить шейку насколько возможно Хегарами, проколоть плодное яйцо, плотно затампонировать матку, шейку и влагалище и, назначив препараты спорыньи или мозгового придатка, выждать. Иногда — у повторнородящих — выкидыш этим путем удавалось закончить до истечения суток: начинаются хорошие схватки и, когда спустя 12—16—18—24 часа удаляешь тампон, то вслед за ним выходит и яйцо. Но чаще — особенно у первобеременных — такого результата добиться сразу не удавалось, приходилось тампонировать вторично или терпеливо ждать по несколько суток, с трепетом думая о повышении температуры и последующем заболевании. Не раз мне приходилось при небольшом открытии удалять яйцо или послед двумя пальцами, введенными в матку — операция нелегкая и возможна только под наркозом. Искусственный выкидыш на IV и V месяцах, действительно, — очень трудная операция.

На VI и VII месяцах самопроизвольный выкидыш протекает по типу преждевременных родов. Поэтому естественно, что прерывание беременности VI—VII-месячного возраста, если его приходится делать, производится так, как производятся искусственные преждевременные роды.

обстановки и вообще условий для производства кесарского сечения. Он будет совершенно прав, если предпочтет при узком тазе искусственные преждевременные роды, но, конечно, здесь ему нелегко будет установить срок, когда эти преждевременные роды произвести, чтобы по возможности сохранить в живых ребенка. В утешение ему можно сказать, что это вообще одна из труднейших задач, которые существуют в клиническом акушерстве, несмотря на все методы определения величины плода до рентгеновских снимков включительно. Ориентировочно можно сказать следующее: при *coniugeita vera* ниже 7 см почти нет надежды получить жизнеспособного ребенка, а потому здесь можно прерывать беременность и до 7 мес. При *cop. v.* от 7 до  $8\frac{1}{2}$  см прерывать беременность нужно в начале десятого месяца беременности. При *coniugeata v.* от  $8\frac{1}{2}$  см и выше надо выжидать срочных родов. Только при явно крупном плоде прерывать беременность недели за две до срока.

Переходя теперь к технике искусственных преждевременных родов, скажем, что в тех случаях токсикоза, где время не терпит (быстро нарастающие явления эклампсизма)—самым лучшим методом в клинике теперь признается кесарское сечение, брюшно-стеночное или влагалищное—по выбору оператора (против влагалищного—только узкий таз в конце беременности и, пожалуй, первые роды, с узкими и неподготовленными мягкими родовыми путями).

В практике участкового врача наиболее доступным является самый старый способ—прокол плодного пузыря. Этот способ одно время совсем отвергался клиникою и его определенно вытеснил метрейриз. Но за годы интервенции, блокады и вызванной ими разрухи мы вынуждены были вернуться к старому другу из-за

отсутствия метрейринтеров и научились ценить его по достоинству. В тех случаях, где идет дело о сохранении в живых плода, там, конечно, метрейринтер имеет очень большие преимущества перед проколом. Там же, где плод не жизнеспособен (V, VI, VII мес. беременности), там, где жизнь плода отступает на второй план (напр., при предлежании последа), там, наконец, где желательно уменьшить внутрибрюшное давление, а не увеличивать его (при сердечной декомпенсации, при эклампсизме с высоким кровяным давлением), — там предпочтительнее делать прокол, а не вводить метрейринтер. Поясню последнее положение: прокалывая оболочки, мы выпускаем воды (в среднем около 500 гр), вводя метрейринтер и наливая его жидкостью (200—600 см<sup>3</sup>), мы можем существенно повлиять на ухудшение кровообращения в брюшной полости, что, понятно, при данных обстоятельствах будет очень некстати.

Технически операция производится так: 1) обнажает-ся зеркалами влагалитная часть; 2) берется на Мюзе передняя и задняя губы; 3) канал шейки расширяется Хегарами до 18—20 номера и выше — в конце беременности, особенно у повторнобеременных, шейка очень податлива и легко поддается расширению; 4) очень важный, но часто упускаемый момент: нижний сегмент плодного яйца, по возможности, выше отслаивается от стенки матки. Это производится или маточным зондом, или одним из расширителей, или, наконец, пальцем. Отслаивать нужно только оболочки. Если инструмент или палец подходит к месту прикрепления последа, то отслойка немедленно приостанавливается и оператор начинает работать в обратном направлении, опять-таки до встречи с последом. Значение этого момента не совсем ясно, но обосновать его можно тем, что в начале нормальных родов нижний полюс яйца, как правило,

отслаивается от маточной стенки. После этого, наконец, 5) прокалывают пузырь и выпускают как можно больше вод (помощник массирует и сдавливает матку). Чем моложе беременность, чем лучше был отслоен пузырь, тем труднее его просто проколоть или прорвать. Лучше всего для этой цели пользоваться острым корнцангом, — оболочки захватываются им (защипываются) и разрываются вращательным его движением.

Неблагоприятная сторона этого способа заключается в том, что родовые схватки часто долго не начинаются — иной раз приходится ждать родов и несколько суток (максимально в моем личном опыте пять суток). В настоящее время для ускорения и усиления родовых схваток мы имеем не плохое средство в препаратах мозгового придатка. Назначать их нужно подкожно дробными дозами по  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  см<sup>3</sup> каждые 3—4 часа (всего 2—3 см<sup>3</sup>). К сожалению, препараты эти очень капризны в своем действии и совсем неясно, отчего это зависит, от самого ли препарата или от индивидуальности данной женщины.

Кроме препаратов мозгового придатка или при их отсутствии, можно применить старые средства, ныне многими отвергаемые: хинин и горячие (до 48° С) влагалищные души (обозначаю градусы по Цельсию, хотя пока невозможно добиться, чтобы воду и ванны измеряли по Цельсию).

Если роды не наступают в ближайший день, часто температура у больной по вечерам начинает подыматься. Это, конечно, опасно, но в панику впадать не следует. Повидимому, такое повышение часто зависит не от инфекции (*endometritis sub partu*), а от интоксикации, вследствие нарушения внутривещного обмена

веществ. Во всяком случае вполне справедливо старинное наблюдение, что за повышением температуры обычно следует хорошая родовая деятельность, а после родов температура прочно падает (если, действительно, не было инфекции).

Вторым способом для вызывания преждевременных родов является введение одного или двух бужей. Способ этот я не берусь рекомендовать и лишь упоминаю о нем. Техника его ничем не отличается от только-что описанной. Вся разница заключается в том, что плодное яйцо отслаивается от стенки матки этим бужом и засим этот буж оставляется в матке до тех пор, пока не появятся хорошие схватки. Пузырь при этом не прокалывается. В тех случаях, когда роды начинаются вскоре, преимущество этого способа очевидно: роды протекают ближе к норме — «с целым пузырем», а не по типу «сухих родов». К сожалению, буж иногда лежит в матке несколько суток, а родовая деятельность не начинается. В смысле инфекции этот способ опаснее, так как часть бужа лежит во влагалище и по бужу, конечно, инфекция может подняться в полость матки.

Прекрасным способом для вызывания искусственных преждевременных родов является метрейриз, но, к сожалению, правильное проведение метрейриза требует очень внимательного, неотступного наблюдения за роженицей и тонкой индивидуализации в применении многих деталей. В конце концов метрейриз дает действительно хорошие результаты только в руках опытного и искусного акушера. Но и искусный акушер, чтобы правильно провести метрейриз, не может обойтись без повторного внутреннего исследования, а мы теперь его так избегаем. Недостатком этого способа является и то, что самый метрейринтер — очень хрупкий и недолговечный инструмент. Там, где их редко

применяют, метрейринтеры обыкновенно небрежно хранятся и, когда в них встречается надобность, оказывается, что они пересохли, перелопались или рвутся при наполнении жидкостью. Приступаешь к операции и попадаешь в конфузное положение.

В силу этих обстоятельств метрейризы в условиях участковой врачебной деятельности, пожалуй, и не применим. Тем не менее, я его опишу в том виде, в каком сам применяю. Во-первых, самый инструмент, если его так можно назвать. Метрейринтеры имеются различных



Рис. 5. Метрейринтер.

образцов, но очень простым и удобным является образец Московской акушерской клиники. Он изготовляется в трех размерах. При наполнении жидкостью наш метрейринтер принимает яйцевидную форму, тонким концом соединенную с резиновой трубкой. Техника метрейриза такова: 1) обнажается влагалищная часть, канал шейки расширяется Хегарами до возможного номера, 2) метрейринтер свертывается сигарой и при помощи специального зажимающего корнцанга вводится в матку. Его вводят и рядом с плодным яйцом, и внутрь плодного яйца. В последнем случае, естественно, надо предварительно прорвать пузырь.

Проведя метрейринтер за внутренний зев, зажим расслабляют, и помощник через резиновую трубочку начинает наполнять метрейринтер стерильной жидкостью—

прокипяченной водой с прибавлением какого-либо анти-септического средства. Наполнять метрейринтер лучше всего при помощи большого шприца (емкостью в 100 см<sup>3</sup>). Если такого шприца нет, можно обойтись обыкновенным резиновым баллончиком. Когда баллон метрейринтера несколько расправится, зажим удаляют и баллон продолжают наполнять настолько, чтобы он прочно удерживался в матке. Обычно для этого нужно не менее 100—200 гр. Но вот тут-то и начинается искусство: чрезвычайно важно в каждом отдельном



Рис. 6. Зажим для метрейринтера.  
Внутренние поверхности его гладки.

случае налить именно столько жидкости, чтобы схватки начались как можно скорее, но вместе с тем столько, чтобы метрейринтер не «родился» раньше времени. Никаких определенных указаний по этому поводу я дать не могу, и сам, конечно, действую по интуиции. Только *post factum* чувствуешь, что в этом случае не долил, а в этом перелил.

Однако, вообще говоря, сразу наливать слишком много не следует, а гораздо лучше подливать жидкость по мере того, как идут схватки, и зев раскрывается. Здесь-то и требуется неусыпное наблюдение: чуть прозевал, метрейринтер выскакивает при небольшом открытии. Хорошо, если схватки не прекратятся, тогда дело пойдет дальше, как по маслу, и вы можете сказать: «этого я только и добивался; мне нужно было возбудить схватки, а дальше роды должны идти естественным путем». Часто,

однако, бывает, что схватки прекращаются и зев спадается, и, следовательно, все ваши предшествующие манипуляции идут на-смарку, а ведь вы без всякой пользы для пациентки могли этими манипуляциями ее инфицировать.

Если метрейриз проведен правильно, то дело должно пройти приблизительно так: после введения и наполнения метрейринтера (скажем 200 см<sup>3</sup>) в ближайшие часы начинаются схватки; идут они, правильно чередуясь и постепенно усиливаясь; через некоторое время мы доливаем еще около 150 см<sup>3</sup>, а еще через некоторое время вторично около 150 см<sup>3</sup>, доводя, таким образом, наполнение метрейринтера приблизительно до 500 см<sup>3</sup>. Если теперь метрейринтер «родится», то можете быть уверены, что имеется почти полное открытие, и вы, конечно, хозяин положения и можете поступать по имеющимся показаниям.

Самое приятное, конечно, если на место вашего баллона опустится головка плода и вступит во вход, а то и в верхнюю часть полости таза. Тогда начинается нормальная потужная деятельность; все может кончиться по законам природы, а вы по справедливости можете сказать: «какой прекрасный способ возбуждения искусственных преждевременных родов». К сожалению, такое успешное проведение метрейриза далеко не является правилом, и часто, напротив, дело идет не так гладко. Прежде всего нередко метрейринтер лежит, не вызывая схваток. В таких случаях думали помочь температурой жидкости, которой наполняется баллон, но, насколько я знаю, систематических наблюдений по этому вопросу нет. Лично я применял жидкость различной температуры—от комнатной и до терпимо-горячей, т.-е. до 48° С, но и у меня нет доказательных наблюдений, так что определенно высказаться по этому вопросу я не



решаюсь. Другое, чем думали ускорить появление схваток, а затем их усиление, это—груз, подвешиваемый к метрейринтеру. Этот способ, несомненно, оказывает некоторое воздействие в благоприятном направлении.

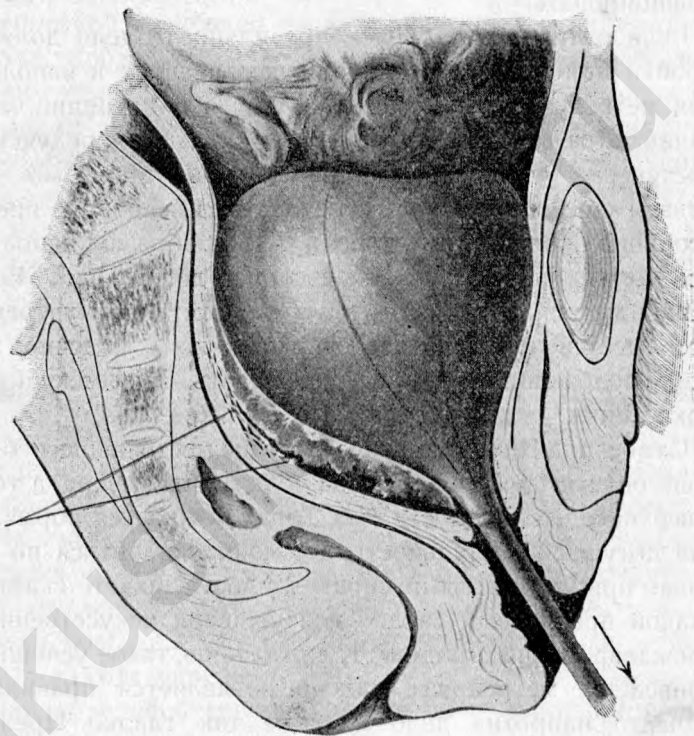


Рис. 7. Метрейринтер введен при предлежании последа. Он прижимает послед к стенке матки. Благодаря этому кровотечение останавливается.

Груз не должен быть велик. Мы обычно применяем одно лишь натяжение—натягиваем трубочку метрейринтера и в таком натянутом состоянии привязываем ее марлевым бинтом к краю кровати. И груз, и натяжение ведут к тому, что метрейринтер удлиняется,

нижний его полюс как бы вклинивается в канал зева, тем механически его расширяя, и давлением на шейные нервные сплетения вызывает родовую деятельность.

Все перечисленные способы имеют один общий, но для многих случаев весьма существенный недостаток. Недостаток этот заключается в продолжительности их действия. Естественно, что способы эти неподходящи там, где искусственное родоразрешение надо провести быстро. Тут на сцену выступает операция влагалищного кесарского сечения, при помощи которой мы можем быстро разрешить беременную или роженицу. Операции этой посвящается отдельная глава (XIII).

Метрейриз является одним из способов для родоразрешения при предлежании последа, если имеется угрожающее кровотечение при закрытом или мало открытом зеве. В таких случаях при госпитальной и хирургической обстановке наилучшие результаты дает кесарское сечение. Если его сделать нельзя, можно выйти из положения путем метрейриза. Для этого расширяют шейку Хегарами, разрывают оболочки, а если до них дойти нельзя, то пробуравливают самый послед, и вводят метрейринтер в полость яйца. Когда метрейринтер наполнен жидкостью, он прижимает послед к стенке матки и, таким образом, прекращает кровотечение. При предлежании последа особенно важно не слишком наполнять метрейринтер, чтобы при его рождении шейка матки не надорвалась.

---

## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

### ОПЕРАЦИЯ РАЗРЫВА ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ.

В наше время грандиозных хирургических операций как-то странно называть операцией такое пустяшное вмешательство, как разрыв плодного пузыря. И тем не менее, будем считать это вмешательство именно операцией и будем подходить к нему с такой же серьезностью, как к любой операции, ибо это пустяшное вмешательство, во-время примененное, может спасти даже две жизни, а сделанное некстати может повлечь за собой смерть двух человек.

Из повседневных наблюдений еще в до-научные времена было известно два очень важных факта: 1) отхождение вод во время беременности неминуемо в ближайшие же дни вызывает начало родовой деятельности и 2) если воды проходят в конце беременности или в самом начале родов, то роды, как правило, затягиваются, а нередко и осложняются. Отсюда всегда сомнительный прогноз при сухих родах.

Далее, уже в последние два столетия было установлено чрезвычайно важное значение сохранения в целости плодного пузыря до полного открытия и до вставления предлежащей части во вход—и это особенно при узких тазах, при неправильных вставлениях и, наконец, вообще при несоответствии величины предлежащей части с емкостью таза.

С начала бактериальной эры было твердо установлено значение целости пузыря для предохранения от инфекции. Впрочем, еще и до этой эры, отмечалось, что роженицы, у которых рано отходили воды, чаще заболевали родильной лихорадкой.

Отсюда у акушеров, естественно, установилось всегда бережное отношение к целости пузыря и особенная осторожность при внутреннем исследовании. На заре моей врачебной деятельности помню, что врачи очень злоупотребляли внутренними исследованиями и больше боялись невзначай прорвать пузырь, нежели инфицировать роженицу, ибо последнее, казалось тогда, исключается щепетильнейшей подготовкой рук перед внутренним исследованием.

При таком отношении к целости пузыря показания к его разрыву, конечно, всегда ставились, да и должны ставиться, самым обдуманном образом.

В предыдущей главе мы уже говорили о разрыве плодного пузыря, как о способе возбуждения искусственных преждевременных родов. В родах приходится разрывать пузырь—если он еще цел—в тех случаях, когда мы приступаем к таким операциям, как внутренний поворот, как наложение щипцов. Здесь смысл разрыва понятен без объяснений. Как самостоятельное акушерское вмешательство, разрыв пузыря имеет применение при кровотечениях во время родов. Практически это почти всегда будет предлежание последа, или так называемое низкое его прикрепление. Здесь, если ничего другого предпринять нельзя, остается одно: разорвать пузырь, после чего кровотечение резко уменьшается, а иногда и совсем прекращается. Смысл разрыва пузыря при этих обстоятельствах заключается в следующем: во-первых, после разрыва пузыря прекращается или значительно уменьшается дальнейшая отслойка предлежащего последа, что,

конечно, само по себе ограничивает источник кровотечения. С другой стороны, стенка матки после истечения вод имеет возможность несколько сократиться и, в силу этого, маточно-плацентарные сосуды, уже надорванные, сжимаются иногда до полного исчезновения их просвета. Это тоже естественно ограничивает или даже прекращает кровотечение.

Я остановлюсь на двух обстоятельствах, когда показан разрыв плодного пузыря в родах, которые как-будто протекают нормально. Одно из этих обстоятельств в акушерском просторечии называется «короткостью оболочек», а другое—«чрезмерной крепостью оболочек».

Что такое «короткость оболочек» и наблюдается ли она в действительности? Иногда, правда, довольно редко,—уже в самом начале родов вас поражает, что предлежащая часть не вставляется во входе в таз, хотя никаких оснований для этого как-будто и нет: и таз нормальный, и плод нормальной величины, и нет основания заподозрить неправильное предлежание, и схватки хороши, даже чересчур сильны, так что роженица с самого начала их страдает и кричит от боли. Проходит час—другой, все остается попрежнему. Только роженица кричит еще сильнее, теряя терпение от все усиливающихся болей. Если схватки очень сильны, акушер охотно поставит диагноз: «спазматические» и впрыснет морфий, если схватки не сильны, неопытный или невнимательный акушер об'яснит крики роженицы ее нетерпеливостью и... тоже впрыснет морфий. Роженица на некоторое время успокоится и то только в том случае, если схватки под влиянием морфия у нее прекратятся или действительно очень сильно ослабеют. Но стоит схваткам возобновиться, и роженица вновь начинает кричать благим матом, и так будет продолжаться до тех пор, пока не пройдут воды. Едва они проходят, пациентка

успокаивается и рождает дальше самым терпеливым образом. Если, не дожидаясь прохождения вод, врач сделает внутреннее исследование, то найдет следующее: шейка сохранена; если канал ее пропускает палец, то нужно глубоко проникнуть в него, чтобы достигнуть плодного пузыря; во время схватки пузырь сильно напрягается, но совсем не вклинивается в канал шейки, а иногда даже во внутреннее его отверстие. Это и есть «короткость оболочек» и здесь показан разрыв пузыря. Но, прежде чем рвать, необходимо еще раз проверить себя: не узок ли таз, не велика ли подлежащая часть и правильно ли предлежание?

Теперь, что такое «чрезмерная крепость оболочек»? Вот что. Роды идут прекрасно. Схватки сильны и чередуются правильно. Они сильны, но не чрезмерно болезненны, и роженица прекрасно их переносит. Предлежащая часть с надлежащей постепенностью опускается в верхнюю часть полости таза. Роженица начинает потуживаться. Чувствуется, что близко полное открытие, что пройдут воды, и роженица начнет тужиться по-настоящему. Но воды не проходят, хотя подлежащая часть еще и заметно опустилась. Все идет хорошо, но беда, что терпение начинает изменять роженице.

То она терпеливо переносила схватки, а теперь стоит начаться схватке, как роженица кричит благим матом и совсем не думает тужиться. Напрасны все уговоры и увещания. Если врач жалостлив и впрыснет морфий, все на некоторое время может успокоиться. Но, как только возобновятся схватки, опять та же история. Но вот после долгих часов страданий, воды вдруг проходят и проходят обыкновенно с шумом водопада, и картина сразу меняется: беспокойная нетерпеливая и шумливая пациентка сразу делается неузнаваема — прекрасно начинает тужиться и в короткий срок рождает. Если, не

дожидаясь прохождения вод, врач сделает внутреннее исследование, то обычно найдет пузырь низко в полости и тотчас же ему бросится в глаза (о с я з а н и е) необычная толщина и плотность оболочек; во время схватки пузырь напрягается, как барабан. Если, действительно, имеется полное открытие, если подлежащая часть, действительно, вставилась в полости или даже только во вход таза, врач может спокойно заключить, что здесь «чрезмерная крепость оболочек». Разорвав пузырь, он этим прекратит страдания, как мановением волшебного жезла, и, вероятно, ему не долго придется ждать рождения ребенка.

В обоих, только что описанных, осложнениях родов имеется один симптом, мною подчеркнутый, это—крик роженицы. Нужно добавить, что крик этот особенный, характерный—очень напоминающий тот крик, которым кричат роженицы при ручном отделении последа.

Крик настолько характерен, что по одному такому крику можно поставить диагноз короткости или крепости оболочек, даже не входя в родильную комнату. Говорю это для того, чтобы подчеркнуть огромную необходимость прислушиваться к тому, как стонет, кричит и жалуется женщина во время родов. Что касается до сходства криков, при короткости или чрезмерной крепости оболочек и при ручном отделении последа, то я объясняю себе это сходство тем, что при короткости и крепости оболочек, оболочки во время схватки, как бы «отрываются» от маточной стенки, а ведь то же мы имеем, когда рукой отделяем, «отрываем» послед. А кто же не знает, что ручное отделение последа есть одна из самых болезненных операций.

Переходя к технике разрыва пузыря, скажем, что обычно это, действительно, совершенно простая операция: выждав

схватку, вы на высоте ее надавливаете на напряженный пузырь исследующим пальцем и под этим давлением пузырь лопается. Если оболочки плотно облегают подлежащую часть и настоящего пузыря, собственно говоря, нет, так как нет «передних» вод, то, чтобы разорвать пузырь, приходится «перетереть» его между пальцем и подлежащей частью. Здесь нужно быть уверенным, что оболочки, действительно, целы, а то можно «протирать» кожу подлежащей части. И в том случае, когда «пузырь» есть и в том случае, когда его нет, может оказаться, что пальцем прорвать оболочки не удастся, тогда приходится проколоть оболочки инструментом. Лучше всего для этого пользоваться корнцангом, которым, как сказано в предыдущей главе, оболочки защипываются, оттягиваются и перекручиваются. Этим же инструментом лучше пользоваться, когда приходится рвать пузырь при предлежании последа, ибо здесь, надавливая пальцем, легко довольно сильно отслоить послед от стенки матки, что, конечно, нежелательно.

---



---

## ГЛАВА ПЯТАЯ.

### ОПЕРАЦИЯ РАЗРЕЗА МАТОЧНОГО ЗЕВА.

Во время беременности и особенно к ее концу беременные, как правило, несколько отекают. Издавна на такую отечность смотрели, как на явление вполне физиологическое, и лишь в самое последнее время было указано, что здесь, как и везде, не всегда легко провести границу между физиологией и патологией. В настоящее время мы можем говорить о физиологической отечности лишь тогда, когда она незначительна, не сопровождается повышением кровяного давления и—хотя бы незначительной—альбинурией. Важно знать, что при беременности наблюдается также отечность изолированных областей тела. Так, часто отекают лицо, кисти рук и ступни ног; такую отечность ставят в связь с изменениями в придатке мозга, присущими беременности. В конце беременности изолированная отечность наблюдается в области малого таза, захватывая шейку матки, влагалище, мышцы дна таза и промежность. Обыкновенно отечность в этой области объясняют застойными явлениями в связи с затруднением кровообращения вследствие давления подлежащей части на венозные сосуды таза, но возможно, что и здесь играют некоторую роль еще неизвестные внутрисекреторные влияния. Так или иначе, но отечность в этой области действительно нужно рассматривать, как

явление физиологическое и весьма важное для правильного течения родового акта. В самом деле, только отечная шейка размягчена и легко поддается расширению под действием плодного пузыря, только отечное влагалище и отечная промежность хорошо растягиваются при поступательном движении подлежащей части. Наконец, все эти ткани, если они отечны, растягиваются безболезненно, ибо чувствительность отечных тканей значительно меньше, чем тканей нормальных (обратное имеем только при воспалительном отеке тканей). Изолированная отечность, о которой мы сейчас говорили, обычно в полной мере проявляется лишь на X мес. беременности, и этим, отчасти, объясняется то, что преждевременные роды часто протекают относительно медленнее, чем срочные, хотя, казалось бы, небольшой плод должен встречать значительно меньшее сопротивление при своем рождении, чем плод доношенный. Этим же объясняются столь частые сравнительно разрывы промежности при недоношенной беременности, разрывы, которые никак нельзя объяснить величиной головки недоношенного плода.

Вот эта-то физиологическая отечность проводных путей родового канала нередко отсутствует вследствие причин общего и местного характера. Так, например, шейка почти не бывает отечной у старых первородящих за 35—40 лет; у молодых это бывает после хронических эндоцервицитов и повторных выкидышей, на что я указывал во II главе. Далее, то же явление наблюдается, как проявление конституционной особенности, у женщин «сухопарого» сложения. Такие шейки мы обычно называем «ригидными». Ригидность может захватывать всю шейку, но может ограничиваться лишь областью наружного зева. В первом случае шейка в родах не только не раскрывается, но и не сглаживается, во втором—она

сглаживается, но в дальнейшем плотный, мясистый наружный зев остается едва приоткрытым, несмотря на хорошие схватки. Ригидная шейка определенно способствует преждевременному разрыву плодного пузыря и тем еще значительно ухудшает течение родов. В результате после продолжительной и явно хорошей родовой деятельности мы при внутреннем исследовании вместо ожидаемого хорошего раскрытия находим открытие совершенно ничтожное.

Как ни хорошо, вообще говоря, выжидательное ведение родов, но именно при этом осложнении не следует перегибать палки, ибо мы имеем возможность легко и просто помочь нашей роженице. Помощь заключается в рассечении маточного зева. Техника операции очень проста, и старые акушеры делали ее втемную, по пальцу левой руки, введенному во влагалище. В правую руку берутся изогнутые ножницы (Негеле) и по пальцу проводятся до зева. Рассекается обыкновенно сперва передняя губа, а затем задняя по средней линии сантиметра на 2. Лучше, однако, делать четыре более мелких насечки в радиарном косом направлении—две на передней губе и две на задней. Обычно после таких насечек при первых же схватках зев быстро раскрывается и, если подлежащая часть не встречает препятствий в своем дальнейшем пути, то роды быстро и благополучно заканчиваются. Такие насечки очень мало кровоточат и в то время, как их накладывают, и после родов, так что, обычно, их не приходится зашивать. Впоследствии наружный зев имеет звездчатую форму, но обезображенным его назвать нельзя, и он мало чем отличается от нормального зева рожавших женщин. Ту же операцию рассечения зева приходится делать в тех случаях, когда щипцы наложены при неполном открытии. Тут, уже при пробной тракции, выясняется, что зев натягивается венчиком на головке. Извлечение

при таком положении дела будет явно неблагоприятно, и здесь необходимо предварительно рассечь шейку. Делается это совершенно так же, как только-что описано. Из этой небольшой операции развилась та операция, которая называется «влагалищным кесарским сечением», — о ней будет речь в особой главе (XIII).

Мне пришлось слышать совет рассекать наружный зев при выкидышах в тех случаях, когда расширение Хегарами идет плохо, и оператор плохо ориентируется, хорошо ли он проходит через внутренний зев. Здесь рассечение надо делать в стороны для того, чтобы, раздвигая щипцами Мюзе переднюю и заднюю губы влагалищной части, так сказать, обнажить область внутреннего зева. Сам я этого приема никогда не применял и не знаю, насколько он облегчает положение. Привожу его здесь ради полноты изложения.

---

---

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

ОПЕРАЦИЯ РАЗРЕЗА ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ.

Половая щель должна быть очень эластичной и растяжимой для того, чтобы ее целостность не нарушалась при прорезывании головки. Растяжимость эта довольно часто недостаточна,—напр., у пожилых первородящих, при недостаточной отечности промежности, как указано в предыдущей главе, у рожениц, перенесших хронические воспаления влагалища и окружающей его клетчатки, у женщин с определенно выраженным геморроидальным страданием. Но даже и при хорошей эластичности половая щель (промежность) легко рвется, особенно, у первородящих, если период прорезывания протекает слишком энергично, если плод крупен или имеется недостаточное сгибание головки, или вообще неправильное предлежание, если промежность слишком высока и т. п. Нередко, вероятно, промежность рвется и от неумелого или поспешного выведения головки. В результате даже в образцовых родовспомогательных учреждениях с прекрасным персоналом количество разрывов промежности достаточно велико. Правда, отчасти это объясняется тем, что в таких учреждениях регистрируются и зашиваются даже такие ничтожные разрывы, которые при других условиях прошли бы незамеченными.

В некоторых случаях сопротивление со стороны промежности и тазового дна бывает настолько велико, что

ослабевшая роженица не в силах его преодолеть: поступательное движение головки останавливается, и ребенка приходится извлекать щипцами. Этой операции можно избежать, если своевременно рассечь половую щель и, таким образом, сильно уменьшить сопротивление. Однако, в большинстве случаев, этого не делают и почему-то выжидают, пока роженица не ослабеет окончательно или пока не ухудшится сердцебиение плода. Некоторые американские акушеры стали в последнее время вести борьбу против чрезмерного (утрированного) стремления сохранить промежность в целости, указывая, что такой образ действия покупается ценой многих детских жизней, угасающих во время родов или вскоре после родов от слишком длительного прорезывания. Пожалуй, они правы, и, если мы станем почаще рассекать половую щель во время родов, детская смертность от родов станет у нас, м. б., меньше. Пока мне не известны соответствующие статистические сопоставления.

Но есть еще и другая сторона в этом вопросе, и касается она уже не судьбы плода, а той же промежности, которую мы так стремимся сохранить. Нередко длительное и очень тщательное поддержание промежности ведет к полному успеху, но успех этот—иллюзия, так как при тщательном обследовании оказывается, что сохранилась в целости одна лишь кожа, а самые мышцы промежности разорваны или до того размяты длительным давлением, что впоследствии они атрофируются. В тех случаях, когда промежность все-таки рвется, ее зашивают; разрыв заживает первым натяжением и, кажется, что все приведено к благополучному концу, но и здесь благоприятное впечатление иногда оказывается самообманом: срастается лишь кожа, а мышцы остаются раз'единенными, или потому, что их не соединили при сшивании, или потому, что в глубине не произошло

срастания. В результате и здесь получается ослабление тазового дна со всеми вытекающими отсюда последствиями. Все перечисленные факты и соображения заставляют многих акушеров и рекомендовать другим, и самим рассекать половую щель, так сказать, профилактически. Добавляют они к своим доводам еще один

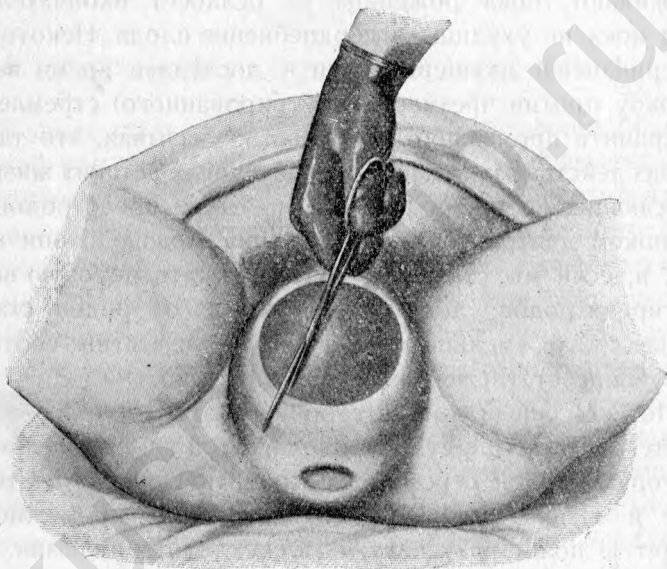


Рис. 8. Рассечение половой щели сбоку. Если представить себе ножницы по средней линии в направлении к заднепроходному отверстию, то будем иметь срединное рассечение половой щели (операция называется эпизиотомия—боковая или срединная).

и немаловажный—они справедливо указывают, что зашивание рассеченной раны, какая получается после разреза, и легче, и дает лучшие результаты, чем зашивание рваной раны, какая получается при самопроизвольных разрывах.

Я сам редко прибегал к рассечению половой щели и это потому, что у меня всегда брала верх надежда,

что все кончится благополучно и без этого вмешательства, да и хотелось испытать свое мастерство по ведению родов без какого-бы то ни было вмешательства, что я всегда считал и продолжаю считать самым трудным делом в нашей вообще трудной профессии. То же я проповедывал своим слушателям и ученикам.

Однако, теперь, раздумывая по этому вопросу, я, пожалуй, готов согласиться, что заходил слишком далеко в своем ригоризме и, может быть, действительно рассечение половой щели нужно делать чаще, чем делали и делаем это мы.

Сама операция технически очень проста и делается двояко: либо промежность рассекается по средней линии в направлении к заднепроходному отверстию, однако, отнюдь не захватывая в разрез мышцы, сжимающей задний проход; либо рассекается половая щель вкось, отступя сантиметра на 2 от средней линии, при чем разрез ведется по направлению к седалищному бугру,— эти разрезы делаются обыкновенно с обеих сторон и на глубину в зависимости от потребности.

Самое рассечение делается ножницами и, понятно, разрезы по окончании родов должны быть зашиты приблизительно так же, как зашиваются самопроизвольные разрывы промежности, о чем—в главе XX.

---



## ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

### АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.

Тазовые предлежаия плода в конце беременности встречаются приблизительно в трех случаях на 100. Даже в специальных родовспомогательных учреждениях, при высококвалифицированном врачебном персонале, смертность детей при тазовых предлежаиях очень высока. Какими же причинами обуславливается эта большая смертность детей? Припомним главнейшие: 1) самая родовая деятельность и в начале родов, и в дальнейшем их течении отличается некоторой неправильностью—схватки не так точны в своей периодичности, не так симметричны и сокращения матки в обеих ее половинах, как при предлежаиях головных; 2) воды часто отходят раньше времени; 3) раскрытие зева идет хуже даже при целом пузыре и хороших схватках. Эти неправильности можно объяснить тем, что предлежащая головка своей массой и относительной твердостью воздействует на нервные сплетения шейки сильнее, чем мягкие ягодицы,—отсюда и лучшая рефлекторная передача раздражения на маточную мускулатуру; далее, правильное предлежаие головки, несомненно, способствует сохранению целости вод, так как головка равномерно со всех сторон охвачена стенкой матки, и при схватке нижние воды, т.-е. плодный пузырь, герметически

отделяются от задних вод; таким образом давление на водный пузырь передается через головку, что смягчает его силу и интенсивность; раскрытие идет лучше потому, что давление на периферию зева при правильных головных предлежаниях будет передаваться равномерно по всем направлениям. В других случаях, в частности при тазовых предлежаниях, это давление не одинаково в разных сторонах зева — будет сильнее в той стороне, где предлежит твердый крестец, и меньше там, где лежат мягкие ягодичы. В результате всего перечисленного период раскрытия при тазовых предлежаниях тянется относительно дольше, чем при предлежаниях головных, и особенно затылочных.

Еще неблагоприятнее для плода период изгнания. Начать с того, что при тазовых предлежаниях чаще встречается предлежание пуповины и она чаще выпадает, а следовательно, и сдавливается. Далее, вся рефлекторная цепь, вызывающая потужную деятельность при тазовых предлежаниях, работает гораздо хуже, чем при головных. Это можно объяснить тем же, чем выше объяснено недостаточное возбуждение рефлекса на схватки, а именно: тазовый конец, опускаясь в верхнюю часть влагалища, производит здесь не столь равномерное и сильное давление, как более об'емистая и твердая головка. Отсюда и более затяжное течение периода изгнания.

Самая большая опасность для плода таится в заключительной фазе периода изгнания. Тут наблюдается следующее: пока прорезывается нижняя часть туловища до пупка, все идет относительно благополучно и, следя за сердцебиением плода, мы можем отметить только обычные колебания в его частоте, зависящие от схваток. Если же предоставить силам природы прорезывание верхней части туловища, то сейчас же после появления пупка наружу в сердцебиении плода начинают

отмечаться неправильности: сначала резкое и стойкое учащение, что свидетельствует о нарушении плацентарного кровообращения, которое вызывается тем, что в этот момент последующая головка вступает во вход и верхнюю часть полости таза и здесь почти неминуемо придавливает пуповину к костной стенке таза. Если пуповина тонка и бедна Вартоновою студенью, то сдавление бывает очень сильно, и кровообращение по пуповине прекращается вполне, не возобновляясь даже в отсутствии схватки. Тогда, после некоторого периода учащения сердцебиения плода, начинается стойкое его замедление—число ударов падает ниже ста. Это—всегда грозный признак наступающей асфиксии. Если пуповина богата студенью, если имеется вполне емкий по отношению к данной головке таз, то сдавление может быть неполным, и тогда, конечно, кровообращение не нарушается вполне.

Опыт показывает, что, в тех случаях, когда головка прорежется через 10 минут после появления наружу пупка, в огромном большинстве случаев ребенок родится в столь глубокой асфиксии, что оживить его не удастся. А между тем, обычно без акушерской помощи на прорезывание верхней части туловища и головки требуется времени много больше, чем 10 минут, особенно у первородящих, или при узком тазе, или при слабости потужной деятельности. Медленное прохождение головки объясняется тем, что мягкие родовые пути недостаточно растягиваются тазовым концом, менее обемистым, чем головка, и, естественно, поэтому, что поступательное движение головки идет медленно.

Отсюда уже давно установлена необходимость в интересах плода ускорить помощь роженице врачебным вмешательством при тазовых предлежаниях. Но помощь эта, как правило, должна начинаться не раньше, чем

появится наружу область пупка. Ибо, если акушер вмешается раньше (т.-е. начнет извлекать плод, как только прорежутся ягодицы), то обычно дело для плода кончается так же скверно, как и при естественном течении родов. Последнее объясняется вот чем. Если роды до пупка идут без помощи, то плод сохраняет свое нормальное члено-расположение, при котором ручки его сложены на грудке и при схватке плотно прижимаются к ней так, что отойти от грудки не могут. Если начинают извлекать плод до появления пупка, когда грудка находится еще во входе или даже над входом в таз, особенно, если извлечение делается вне схватки, то ручки легко отстают от туловища или, как говорят акушеры, «запрокидываются за головку». Вследствие этого головка должна вступить и пройти через таз бок-о-бок с запрокинутой ручкой (или ручками), что—при обычном соотношении размеров таза и головки—является совершенно невозможным,—головка надолго застревает и, конечно, плод может родиться лишь мертвым.

В тех случаях, когда акушерская помощь оказывается после прорезывания нижней части туловища, мы говорим о ручном пособии при тазовых предлежаниях. В тех же случаях, где по особым показаниям со стороны матери или плода нам приходится приложить нашу помощь ранее, чем прорезалась нижняя часть туловища, мы имеем уже дело с настоящей акушерской операцией, которая называется извлечением за тазовый конец.

Как ручное пособие, так и извлечение за тазовый конец являются сравнительно весьма частыми акушерскими операциями в повседневной врачебной работе участкового врача и потому понятно, как важно овладеть их техникой или, по крайней мере, точно знать теоретическое ее обоснование.

## Ручное пособие.

Начнем с ручного пособия. Итак, пока прорезываются ягодицы мы будем терпеливо выждать и будем заранее готовы, что наше терпение, особенно когда перед нами первородящая, может быть подвергнуто большому испытанию, ибо здесь, в нижнем отделе родового пути, давление тазового конца на промежность обычно вызывает более слабые потуги, чем подлежащая головка. После появления передней ягодицы под лонной дугой проходит иногда очень много времени прежде, чем сзади у промежности начнет выкатываться задняя ягодица. После того, как прорежется задняя ягодица, передняя выскальзывает из-под лона, и нижняя часть туловища прорезывается в одну—две потуги. При этом ножки часто сами выскальзывают из влагалища, а если они и вытянуты вдоль туловища, то высвободить их не представляет труда. С этого момента и начинается собственно наше ручное пособие. Обычно рекомендуется предварительно осмотреть, в каком состоянии находится пуповина. Бывает иногда, что плод «сидит верхом» на пуповине, т.-е. пуповина проходит между ножками плода, тогда, естественно, при дальнейшем влечении за туловище пуповина натянется и будет нам сильно мешать. Поэтому в таких случаях, прежде всего, перекидывают петлю пуповины, через ту или иную ножку. Когда пуповина лежит нормально, нелишне захватить ее пальцем и постараться извлечь наружу; если она извлекается легко, это значит, что нет ни истинной, ни ложной ее короткости, и тогда спокойно можно приступить к дальнейшему рукодействию. Если же окажется, что пуповина не поддается, благоразумно будет перерезать ее между двумя зажимами. Самое ручное пособие распадается на три акта: 1) извлечение верхней части туловища

до нижнего угла передней лопатки; 2) освобождение ручек и 3) выведение головки.

1) Чтобы извлечь верхнюю часть туловища, плод захватывают за бедра так, что первые (большие) пальцы ложатся на крестец параллельно средней линии тела, а остальные четыре охватывают бедро спереди, при чем

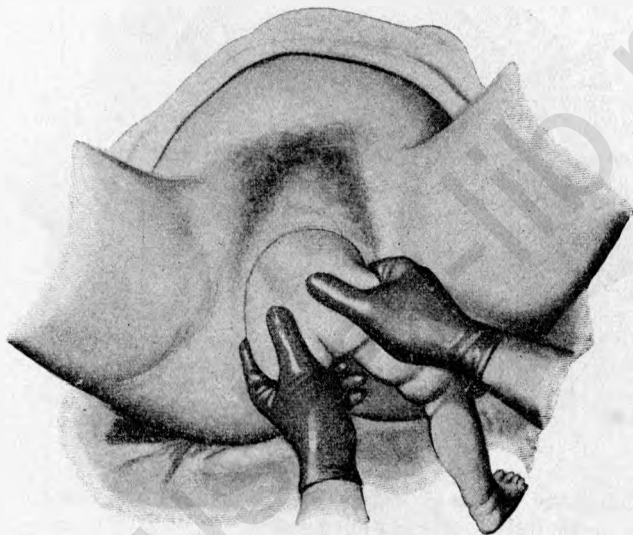


Рис. 9. Ручное пособие при тазовых предлежаниях. I. Родились ягодицы, одна из ножек и нижняя часть туловища до пупка. Оператор захватил ягодицы, как описано в тексте, и сейчас сделает влечение вверх или освободит вторую ножку. Сейчас же вслед за этим тракции будут делать вниз, как показано на следующем рисунке.

указательные пальцы могут располагаться на тазовых костях в области передней верхней ости. Ни в коем случае пальцы не должны лежать на передней брюшной стенке, так как при дальнейшем извлечении кисти невольно сжимаются и пальцами можно нанести повреждение

внутрибрюшным органам плода, главным образом печени, которая у новорожденного выстоит из-под ребер. Из тех же соображений никогда не следует перехватывать туловище плода руками при его извлечении,

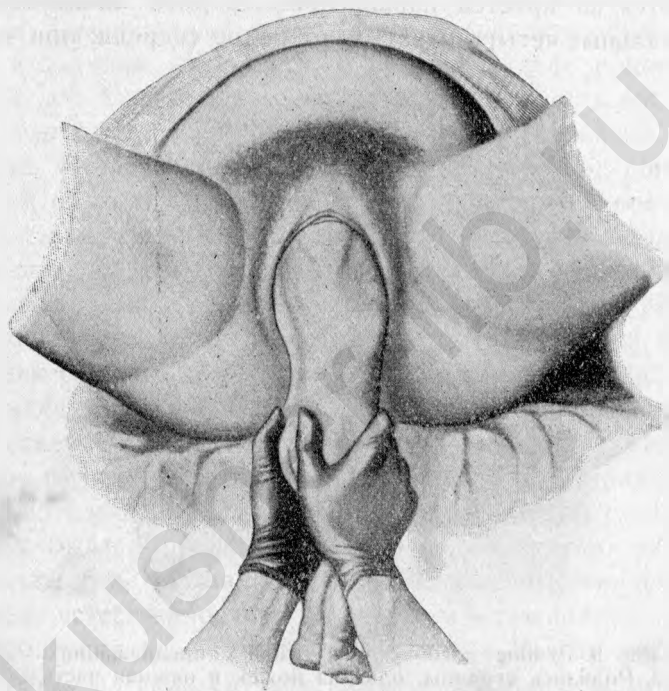


Рис. 10. Ручное пособие при тазовых предлежаниях. II. Туловище извлечено до нижнего угла передней лопатки. Этим заканчивается извлечение самого туловища и теперь приступают к освобождению ручек.

что делается инстинктивно подобно тому, как перехватывают канат, работая, напр., на блоке. Нужно ясно помнить, что извлечение необходимо делать по оси таза, т.-е. вниз. Если роженица лежит на низком ложе, надо стать на колени, ибо иначе направление

приложенной силы будет неправильно, что может повести к запрокидыванию одной из ручек, а то и обеих. Выше уже указано на роковые последствия этого осложнения для жизни плода. Еще раз напомню, что даже в крестьянской избе роженицу лучше класть на время операции на устойчивый стол. Извлечение надо делать беспрерывно и плавно, а не отдельными подергиваниями, и



Рис. 11. Ручное пособие при тазовых предлежаниях. III. Освобождение ручки.левой рукой оператор со стороны спинки доходит до плеча и постепенно сводит ручку мимо личика, если она запрокинута, и далее по передней поверхности туловища плода. Правой рукой, захватив обе ножки, акушер подымает туловище высоко кверху по направлению к левому паху матери (это при спинке, обращенной, как здесь, вправо, если спинка обращена влево, все соответственно меняется).

очень полезно, чтобы во все время извлечения туловища матка была сокращена—для этого помощника просят массировать матку.

Извлечение прекращается, как только из наружной половой щели появится нижний угол передней лопатки,



что хорошо заметно, так как этот угол подымается выступом над спинкой плода. Теперь приступаем ко второму акту—освобождению ручек. Основные правила: первой освобождается задняя ручка, т.-е. ручка, лежащая в крестцовой впадине, это—раз, и ручки освобождаются всегда со стороны спинки, а не со стороны грудки, это—два. Технически дело проводится так: одной рукой захватывают ножки плода и подымают туловище его резко вверх, одновременно оттягивая ножки в сторону того паха роженицы, куда обращена передняя сторона плода; двумя пальцами другой руки по спинке плода проникают во влагалище, доходят до плечика и низдавливают его к выходу. Если ручка находится в крестцовой впадине и прижата к грудке плода, то такое низведение ручки не встречает затруднения. Напротив, если ручка запрокинута и лежит высоко, вытянутая рядом с головкой, освобождение ручки не всегда легко—приходится приложить определенное усилие, при чем часто переламывается плечевая кость. Заднюю ручку освобождают первой потому, что сзади у крестца больше простора и потому, что передняя ручка обычно плотно прижата к лону так, что проникнуть между лоном и этой ручкой не удастся. Когда освобождена задняя ручка, приступают к освобождению передней. Для того, чтобы сделать это легко и скоро, почти всегда полезно перевести ее кзади. Это делается так: грудная клетка плода захватывается кистями обеих рук и туловище плода поворачивается на 180° в сторону брюшка. Этим достигается как раз то, что требовалось. Теперь легко освободить вторую ручку из крестцовой впадины, куда она передвинута. Освобождение совершается совершенно так же, как освобождение первой ручки, но ясно, что делается оно уже другой рукой оператора. Конкретно: если при освобождении первой ручки спинка плода

была обращена влево, то ручка освобождалась правой рукой оператора, а левая его рука оттягивала ножки плода кверху. Для освобождения второй ручки мы повернули туловище плода на  $180^\circ$ , следовательно, его спинка обращена теперь вправо, а посему вторая ручка освобождается левой рукой, а правая рука оператора поднимает ножки. Наоборот, если первоначально спинка плода обращена вправо, то правая ручка освобождается левой рукой, а вторая — правой. Это важное техническое правило можно формулировать и так: правая ручка плода всегда освобождается правой же рукой акушера, а левая — левой.

Освободив вторую ручку, мы тотчас же приступаем к выведению головки, т.е. к третьему и последнему акту нашего пособия, и надо помнить, что здесь-то и таятся наибольшие трудности. Существует три способа для выведения головки, но мы опишем только один, так наз., французский, он, несомненно, лучше других. При этом способе одной рукой захватываются надплечья плода — палец указательный ложится с одной, а средний — с другой стороны шеи, остальная часть кисти охватывает грудную клетку плода со стороны спинки. Другая рука охватывает грудную клетку спереди, а указательный ее палец продвигается вверх и вводится в ротик плода, все же туловище плода лежит на предплечьи этой руки. Пальцем, введенным в рот, надавливают на нижнюю челюсть и тем способствуют сгибанию головки, что важно, ибо при этом головка выводится наименьшей своей окружностью. Когда таким образом захватывают головку, она обычно стоит еще в поперечном или косом размере таза. Для того, чтобы ее вывести, нужно прежде всего свести ее к выходу. Для этого, делая извлечение вниз, постепенно переводят головку в прямой размер выхода таза и одновременно — самое

важное — подводят затылок под лоно, т.е. получают передний вид. Все это совершается без особого труда, если не встречается препятствий со стороны мягких путей или со стороны костного таза. Из мягких путей роковую

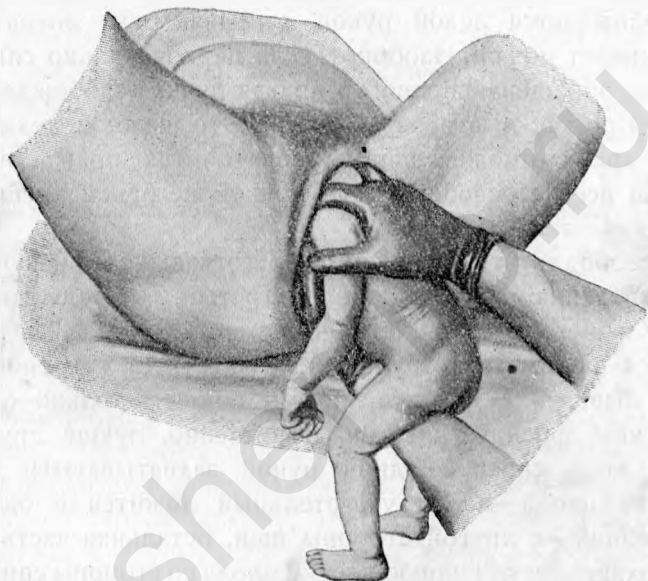


Рис. 12. Ручное пособие при тазовых предлежаниях. IV. Выведение головки по французскому способу. Одна рука введена во влагалище и указательный ее палец введен в ротик плода, который сидит верхом на предплечии этой руки. Другая рука захватывает плод сверху так, что второй и третий ее пальцы лежат по сторонам шеи на надплечьях. Влечение плода первоначально делается книзу, потом горизонтально и, наконец, в вертикальном направлении.

роль может сыграть маточная шейка, особенно у первородящих. Дело в том, что туловище обычно не растягивает шейку до полного раскрытия, и головка в ней застревает. У повторнородящих при извлечении головка

обычно легко растягивает шейку и без затруднения низводится книзу. Не то — у первородящих. Здесь шейка и сама по себе оказывает порядочное сопротивление акушерскому вмешательству. Но самая большая беда за-



Рис. 13. Деталь к предыдущему рисунку. Отчетливо видно, как именно захватывается головка по французскому способу.

ключается в том, что при резком извлечении шейка может рефлекторно сократиться и сократиться так сильно, что такое сокращение мы называем спазмом. Преодолеть этот спазм можно только, применяя очень большую силу, и при том, обычно, ценой разрыва шейки. Следует остановиться и ожидать терпеливо, пока спазм не разрешится сам, что, к сожалению, иногда наступает лишь минуты через три, а то и через пять. Понятно в какое тяжелое положение попадает при этом жизнь плода, и нужно сказать, что большая смертность детей у первородящих при тазовых предлежаниях в значительной мере обуславливается именно такими спазмами шейки. Несколько помогает делу хлороформный наркоз, и я советую у первородящих оказывать ручное пособие под наркозом, если это возможно.

Влагалище только при его относительной узости или патологическом состоянии стенок оказывает сопротивление низведению головки к выходу таза. Так как такие изменения влагалища бывают сравнительно очень редко, то фактически останавливаться на них не стоит.

Практически наибольшие затруднения при низведении головки бывают, конечно, при несоответствии между ее величиной и емкостью таза. Иными словами—узкий таз при нормальной головке или нормальный таз при головке большой величины. Тогда как спазм шейки заранее предугадать нельзя, сужение таза должно быть определено заранее и не должно быть неожиданностью для акушера. При нормальном тазе чрезмерная величина прорезывающихся или, тем более, прорезавшихся ягодиц и туловища дают основание судить о величине головки и ожидать тех или иных затруднений при ее проведении через полость. По поводу всех этих затруднений надо дать один общий совет: как ни тяжело извлечь мертвого ребенка, все же нужно всегда помнить, что для ускорения извлечения непозволительно употреблять чрезмерные усилия. Если головка не подается, разумнее отказаться от извлечения и перейти к перфорации последующей головки. Применяв большую силу, можно извлечь головку даже при большом несоответствии между ее величиной и емкостью таза, но при этом можно нанести матери чрезвычайно серьезные повреждения, а плод все равно будет мертвый или погибнет в ближайшие часы от тех или иных повреждений в его продолговатом или головном мозге (чаще всего это будут кровоизлияния под черепной крышкой или в вещество мозга).

Когда головка низведена к выходу и подведена затылком под лонное сочленение, мы приступаем к окончательному ее выведению. Здесь искусство должно

заключаться в том, чтобы головку вывести наименьшей окружностью и при том настолько бережно, чтобы сохранить промежность. С этой целью туловище плода начинают постепенно приподнимать кверху, выводя из-под промежности подбородок, личико, лобик и, наконец, передний отдел темени. В последний момент извлечение направляется почти вертикально к потолку. Этот последний момент извлечения головки только изредка может встретить затруднение со стороны таза, именно— в тех случаях, когда мы имеем воронкообразный таз с узким выходом (к сожалению, выход таза обычно никогда не измеряется). Зато нередко сопротивление со стороны мышц таза и промежности бывает достаточно сильно, что объясняется как их неподатливостью, например, у старых первородящих, так и спазматическим сокращением— здесь неплохую службу может сослужить наркоз. Во всяком случае, сопротивление со стороны мягких частей всегда поддается под силу акушера, т.е. происходит разрыв промежности. Такой исход, конечно, неприятен для оперируемой и оператора, но с ним приходится мириться. Не должно лишь происходить полных разрывов промежности с нарушением целостности заднепроходного жома. Могу сказать, что я не видел таких разрывов за всю свою акушерскую деятельность, так что они, как будто, исключаются.

Уже подавая ручное пособие, врач часто чувствует, что плод в его руках делает дыхательные движения. В таких случаях он может быть уверен, что ребенок родится в состоянии асфиксии. С другой стороны, приступая к операции при самых благоприятных предзнаменованиях и уверенный в своей технике, врач все же никогда не может поручиться, что ребенок родится не в асфиксии. Отсюда—золотое правило: приступая к операции, необходимо озаботиться о мерах оживления

новорожденного. Самым лучшим и самым бережным способом оживления новорожденных я считаю попеременное погружение их то в холодную, то в очень теплую воду — и посему у меня всегда при акушерских операциях заранее заготавливается два ведра с водой. Если этого не сделают заранее и начнут готовить воду ех tempore, то в одно ведро могут налить кипятка, а в другом вместо холодной воды окажется вода тепленькая.

Оживление новорожденного нужно начинать тотчас же после выведения головки. Прежде всего его берут рукой за ножки и держат отвесно головой вниз. Указательный палец другой руки, лучше завернутый в марлю, вводят в ротик и очищают ротик и носоглотку от слизи. Слегка потряхивают ребенка и похлопывают его по спинке, чтобы из трахеи и бронхов вытекла аспирированная слизь и околоплодная жидкость. В легких случаях этого бывает достаточно: новорожденный вздыхает и тотчас же начинает кричать. Если ребенок не дышит, то быстро перевязывают пуповину и без проволоочки погружают в холодную, а затем в теплую воду. Если это в течение 3—5 минут не вызывает дыхания, тогда приходится перейти на другие способы оживления, так как при дальнейшем оживлении путем погружения в воду новорожденный сильно охлаждается (единственный недостаток этого способа). Принято оживлять до тех пор, пока имеется, хотя бы слабое, сердцебиение. Это требование вполне законно, ибо приходилось оживлять новорожденных, не дышавших около получаса, особенно после родоразрешения, проведенного под наркозом. Я выше дважды указываю, что ручное пособие желательно делать под наркозом. Наркоз в этих случаях полезен и для извлекаемого плода. В самом деле, те дыхательные движения плода, которые мы

наблюдаем уже во время самой операции, возможно, отчасти вызываются рефлекторно от раздражения, вносимого нашими руками. При наркозе рефлекторная чувствительность плода понижена, и наши манипуляции не вызывают рефлекторных дыхательных движений. Зато, конечно, после рождения такой плод не скоро раздышится. Говорят даже, что таких «мирно спящих» новорожденных и оживлять не стоит: пройдет состояние наркоза — они задышат и закричат. Лично я никогда не мог успокоить себя этим рассуждением и добросовестно оживляю таких новорожденных до крика. Правда, за сим я уже не волнуюсь, если новорожденный продолжает «спать», лишь бы он не сопел и дышал, хотя бы поверхностно. Таково то ручное пособие, которое нам приходится оказывать, если не каждодневно, то все же нередко.

Бывают, однако, случаи, когда нам необходимо закончить роды при тазовом предлежании гораздо раньше, чем прорежется нижняя часть туловища. Тогда мы приступаем к извлечению за тазовый конец.

### Извлечение за тазовый конец.

По существу эта операция заключается лишь в том, чтобы извлечь нижнюю часть туловища, ибо дальше все делается совершенно так же, как при ручном пособии. Операция не трудна, если ягодицы находятся уже низко и оператор может проникнуть своим пальцем в тот или иной паховой сгиб плода. Здесь он получает довольно удобную точку опоры для приложения своей силы и, потягивая книзу за пах, довольно скоро выводит ягодицы настолько, что может захватить другой пах пальцем другой руки. Тогда дело идет еще лучше: ягодицы выводятся окончательно, высвобождаются



и ножки, и мы можем теперь приступить к извлечению верхней части туловища, ручек и головки. Если бы при этом ручки часто не запрокидывались, то такая помощь стала бы, вероятно, повседневной. К сожалению, мы еще не знаем приема, при помощи которого можно было бы предупредить такое запрокидывание,



Рис. 14. Извлечение пальцем, введенным в паховой сгиб. Тазовой конец извлекается пальцем, введенным в паховой сгиб.

а потому пока должны придерживаться строго выжидательного ведения родов при тазовых предлежаниях.

Когда тазовый конец находится еще в полости таза, и тем более, когда он стоит высоко во входе, достигнуть пахового сгиба пальцем невозможно. И вот, естественно, явилась мысль удлинить свой загнутый крючком палец, заменив его металлическим крючком. Такие

крючки употреблялись в отдаленнейшее время, таким же крючком («тупой крючок») работаем мы и теперь.

Техника операции такова: крючок под контролем пальца доводится до пахового сгиба плода, вводится в этот сгиб, как палец, и теперь за крючок делают извлечение по оси таза, т. е. вниз. Обычно тазовый конец начинает



Рис. 15. Крючок Смелли, удобный тем, что на одном его конце имеется «тупой крючок» для извлечения за тазовой конец, на другом «острый крючок» для декапитации.

опускаться и, как только к тому представляется возможность, крючок заменяют пальцем, продолжая извлечение уже при его помощи. Несмотря на то, что крючок тупой, он все же нередко наносит тяжелую травму коже и мышцам бедра, а при более затруднительном извлечении легко происходит и перелом бедра или вывих в тазобедренном суставе. И то и другое обычно сопровождается большими подкожными кровоизлияниями, и дело чаще кончается нагноением гематомы и смертельным сепсисом. Уже давно поэтому явилась у акушеров мысль заменить этот грубый инструмент чем-нибудь другим, и заменили его петлей. В самом деле, казалось, что, если вместо металлического инструмента продеть через пах петлю из мягкой материи и делать извлечение при помощи такой петли, можно бережно и без всякой травмы извлечь плод. Самую петлю часто не трудно провести через пах при помощи того же тупого крючка и не нужно для этого особых проводников, какие, впрочем, изобретены в изобилии. В настоящее время для петли обычно берут стерильный марлевый бинт.

Мне приходилось пользоваться и видеть, как другие пользовались этим приемом, и я должен сказать, что мягкий бинт может произвести не малые повреждения. Дело в том, что в паху он скручивается жгутом, намо-



Рис. 16. Проведение тупого крючка в паховый сгиб плода при тазовых предлежаниях. При помощи этого же крючка можно проводить тесьму (марлевый бинт) и тогда пользоваться ею для извлечения вместо крючка.

кает при накладывании и в таком виде режет кожу и особенно подкожные ткани, как проволоочная пила Джили (Gigli) режет кость. Я поэтому уже давно обычно делаю извлечение при тазовых предлежаниях при помощи

обыкновенных акушерских щипцов. Думаю, что для акушера-специалиста это — лучший путь, чтобы выйти из крайне затруднительного положения. Врачу, не владеющему техникой наложения щипцов, этот прием рекомендовать, очевидно, нельзя: беда в том, что щипцы с ягодиц легко соскальзывают и травму матери можно нанести отчаянную.

Вся трудность нашего положения при тазовых предлежаниях заключается в том, что нам, так сказать, не за что ухватиться. Совершенно так же чувствовали себя акушеры и при головных предлежаниях до изобретения

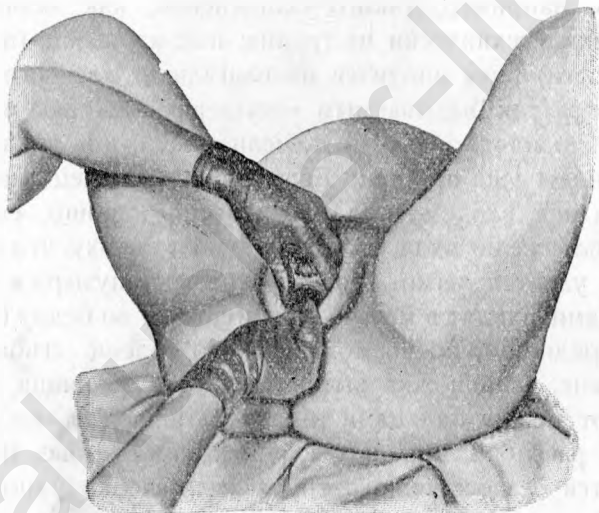


Рис. 17. Правая рука, сложенная «акушерским конусом», вводится во влагалище по задней его стенке. Левая рука раздвигает половую щель.

щипцов. В следующей главе мы увидим, что извлечение не представляет труда после поворота на ножку и это потому, что, ухватившись за ту ножку, на которую сделан поворот, акушер может в любой момент приступить

к извлечению. Отсюда возникла мысль при тазовых предлежаниях, чтобы не попасть в безвыходное положение, заранее («профилактически») низводить ножку. Эту операцию «низведение ножки» академическое акушерство отвергает и делает это потому, что в клинической обстановке при выжидании получаются лучшие результаты. Думаю, что здесь, в руководстве для участкового врача, я должен отказаться от академического ригоризма и прямо посоветовать во всех тазовых предлежаниях, где это еще возможно, делать низведение ножки. Особенно это важно у первородящих и в тех случаях, когда можно ждать, например, такого осложнения, как эклямсия. Операция технически не трудна: под наркозом (по возможности) рука вводится во влагалище, для чего складывается так называемым «акушерским конусом». Доходят до плодного пузыря, если он цел, или до ягодиц, если воды уже прошли. Если тазовый конец еще подвижен над входом в таз, это очень хорошо, если он вступил уже во вход, его отталкивают кверху, что всегда почти удается легко. Теперь разрывают пузырь и двумя пальцами входят в матку. Поднимаются по бедру (лучше по переднему), по возможности, до голени, сгибают ее в колене, если ножка вытянута вдоль туловища, захватывают между пальцами и начинают сводить во влагалище, разгибая ногу в тазобедренном суставе. Все это делается без особенного труда, если шейка широко раскрыта, труднее, если шейка раскрыта мало, например, на два пальца. Если шейка раскрыта еще меньше, но пропускает палец, то, естественно, низведение ножки можно было бы делать лишь одним пальцем, это—очень трудно и почти не удается при беременности, близкой к сроку; но в тех случаях, где беременность еще мала, удается сделать низведение ножки и одним пальцем и при небольшом открытии.

Низведя ножку, акушер делается хозяином положения, но злоупотреблять таковым не следует, и лучше предоставить дальнейшее течение родов силам природы, и только при действительной нужде приступать к извлечению.



Рис. 18. Низведение ножки при тазовых предлежаниях.

Изо всего того, что я здесь сказал, вероятно не всякому ясно, что тазовое предлежание в отдельных случаях может представить очень сложную проблему, весьма трудную для разрешения вне клинической или больничной обстановки. Клиника, всегда ведя выжидательную политику, в конце концов имеет еще один выход из положения. Этот выход—кесарское сечение. Эта операция должна быть операцией выбора в тех

случаях, когда мать во что бы то ни стало желает иметь живого ребенка, особенно, если эта мать—первородящая и, сугубо, если это—пожилая первородящая.

Но, отрешаясь от клиники, как же быть в участковой (безбольничной) обстановке?—Если тазовое предлежание обнаружено во время беременности, при хорошей подвижности плода, надо попытаться наружными приемами повернуть плод на головку. В родах при целых водах ждать по возможности полного открытия и низвести ножку; если воды отошли, но тазовый конец еще над входом или легко отдавливается из таза, низвести ножку. В обоих случаях после низведения ножки терпеливо ждать. Если ножку низвести уже нельзя, так как ягодицы плотно вколочены в таз, выждать терпеливо. Если нужно роды закончить, делать нечего, надо применить крючок, но при этом вместе с крючком приготовить и перфоратор. При недостаточном открытии головка застрянет в шейке и ее благоразумнее перфорировать, чем рисковать разрывом шейки.

---



## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

### АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ.

Когда произносят слово «поворот», то мысленно невольно добавляешь: «на ножку». Ведь именно этот поворот имеет в прикладном акушерстве подавляющее значение. И недаром же мы считаем, что эпоха современного акушерства начинается с 1542 г., когда Амбруаз Парэ выпустил свое описание этой операции. И мы здесь отдадим наибольшее внимание именно повороту на ножку, а из других разновидностей поворота оставимся лишь «на наружном» повороте и на повороте по Бракстон-Хиксу. Другие разновидности поворота, о которых в дидактических целях трактуется в учебниках акушерства, мы оставим в стороне, ибо прикладного значения они не имеют.

#### Поворот наружными приемами.

Начнем с поворота наружными приемами. О нем мы уже упоминали, когда говорили о тазовых предлежаниях. В самом деле: зная, что тазовые предлежания сулят нам всевозможные неожиданности и большую смертность детей, не должны ли мы превращать их заблаговременно в головные, как наиболее благоприятные? Думается, что двух ответов на этот вопрос быть не может. И тем не менее, такой поворот в акушерской практике почти не применяется. Объясняется это



целым рядом причин. Во-первых, очень часто тазовое предлежание не распознается как таковое; во-вторых, и в тех случаях, когда оно распознано, обычно нет полной уверенности в точности такого распознавания; в третьих — самый поворот на головку наружными приемами совершается не так легко, как бы казалось, и возможен только тогда, когда имеется хорошая подвижность плода. И, наконец, когда сделаешь поворот в конце беременности, все же нет уверенности, что до родов плод опять не вернется к своему прежнему положению. Тем не менее, я очень рекомендую в тех случаях, когда имеется тазовое предлежание во время беременности, всякий раз настойчиво стараться превратить его в головное. Приемы, которыми для этого надо пользоваться, — просты: одной рукой охватывают головку, другой — тазовый конец и, — в момент полной расслабленности матки, — отводят их в противоположные стороны, при чем, однако, головку надо отводить всегда в сторону брюшка, а не спинки. Делать это нужно достаточно быстро, чтобы матка не успела сократиться, пока акушер превращает продольное положение в поперечное. Если к этому моменту матка сократилась, необходимо остановиться, дать передышку и ждать вновь полного расслабления матки. Как только оно наступило, продолжать рукодействие и стремиться отдавить головку ко входу в таз, а тазовый конец — в дно матки. Достигнув этого, оставить беременную в покое и в лежачем положении в течение получаса. В течение этого времени последовательные сокращения матки фиксируют плод в головном предлежании, а иногда даже головка успевает вступить во вход. Чтобы закрепить достигнутый результат, надо, отпуская беременную, прибинтовать ей плотно живот. Нередко достигнутый успех бывает прочным и сохраняется до родов. В случае

неудачи самое неприятное будет, если врач сделает поворот наполовину, т.-е. переведет тазовое предлежание в поперечное или косое положение. Такая возможность не исключена и это—еще одна причина, по которой не рекомендуется делать наружный поворот на головку при тазовом предлежании. Что и говорить, невесело, когда из плохого положения попадаешь в худшее, но опыт учит, что смущаться такой неудачей не следует. Поэтому пациентку надо отпустить, предложив ей притти через несколько дней. И, как правило, без исключения, при повторном посещении мы найдем у нее продольное положение (а часто—это будет желанное головное).

Если можно сомневаться, нужно ли делать поворот на головку из тазового предлежания, то уже нет никакого сомнения, что такой поворот делать необходимо, если мы во время беременности встречаемся с поперечным или косым положением. Делать это следует лишь на X месяце и даже лишь в конце его. Если же вы определите поперечное положение раньше, то помните, что это не имеет никакого практического значения, и даже не говорите беременной о своем распознавании, потому что диагноз «поперечное положение» может произвести очень сильное впечатление на женщину. Мне, по крайней мере, не раз приходилось успокаивать сильно встревоженных женщин, которых молодые коллеги огорашивали диагнозом «поперечное положение» на VII, VIII и IX месяцах беременности. В последний раз пациентка оказалась даже женщиной-врачем и женой молодого акушера, и беременной на VII месяце. Если врач считает себя обязанным почему-либо осведомить пациентку о положении дела, то надо непременно разяснить, что в огромном большинстве случаев поперечное положение совершенно самостоятельно

изменяется к концу беременности в продольное, и предложить ей показаться через некоторое время. Приходилось видеть не раз, что поперечное положение переходило в продольное даже только в начале родов,

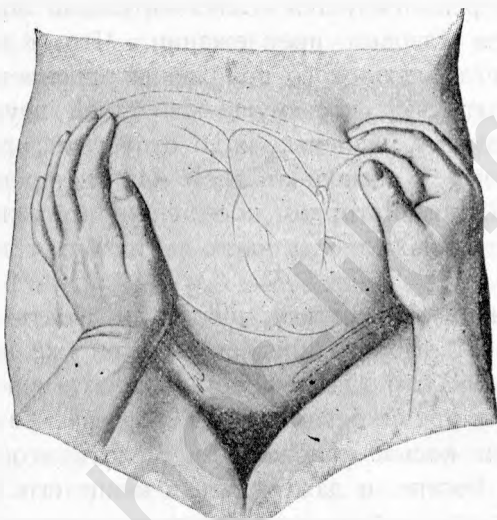


Рис. 19. Поворот плода наружными приемами (как ни заманчиво в этом случае сделать поворот, опуская вниз головку,—все же лучше оттолкнуть головку в дно матки—получится тазовое предлежание, которое можно или оставить, или изменить в головное, продолжая поворот).

именно—в самом начале родов, пока матка еще не успела сократиться. Все это заставляет относиться довольно спокойно к поперечному положению даже в самом конце беременности. Тем не менее, тут не мешает сделать поворот на головку наружными приемами. Как это сделать, достаточно ясно из вышесказанного. Здесь возникает лишь один вопрос. Что делать в тех случаях, когда при косых положениях, ближе к тазу, находится

не головка, а тазовый конец? Не лучше ли в этих случаях делать поворот на тазовый конец? Я скажу, что, как правило, всегда следует поворачивать на головку. Исключение допускается в тех случаях, где есть основание подозревать низкое прикрепление последа или его предлежание. Тут благоразумнее всего будет во время беременности ничего не делать, а в родах свести на ножку.

Если удалось перевести поперечное положение в головное, то здесь особенно важно прибинтовать живот, так как этим мы уменьшаем подвижность плода и способствуем фиксированию головки во входе в таз.

Я выше сказал, что, распознав поперечное положение задолго до родов, можно это скрыть от беременной и, во всяком случае, сообщить ей об этом в самой мягкой форме. Совсем другое дело, когда беременная является в конце беременности и со дня на день можно ждать родов (при поперечном положении часто досрочных). Тут пациентку не только нужно осведомить об ее положении, но не мешает, если есть возможность, положить ее до родов в стационарное отделение.

Наконец, еще один последний совет при поперечном положении. Если удалось сделать поворот на головку наружными приемами, но есть опасность, что головное положение не будет прочно — спустить воды (т.-е. начать преждевременные роды).

После того, как воды спущены, продольное положение никогда не переходит в поперечное, если нет несоответствия между головкой и тазом. Этот—несколько странный—совет надо принять к сведению особенно для тех случаев, где имеется сужение таза, так как именно тут при целых водах головное положение оказывается особенно непрочным. Если мы будем применять все, только что сказанное, то очень скоро поперечное положение в родах будет встречаться так же

редко, как редко встречается теперь запущенное поперечное положение. Конечно, речь идет о городах. В наших деревнях это время еще далеко, и нашим участковым врачам еще долго придется являться на роды при поперечном положении плода и хорошо еще, если к их приезду поперечное положение не превратится в запущенное поперечное.

В родах, когда матка уже сокращена, когда подвижность плода значительно меньше, чем во время беременности, сделать поворот на головку наружными приемами очень трудно, почти невозможно. Здесь некоторую надежду на успех можно получить, придав роженице определенное боковое положение. В самом деле, если роженицу или беременную положить на бок, то при достаточной подвижности матки в брюшной полости, мы можем наблюдать, что дно матки отклоняется в ту сторону, на которой лежит женщина. В ту же сторону, естественно, отклоняется и та часть плода, которая лежит и в дне матки. Одновременно нижний отдел матки, а следовательно, и предлежащая часть должны отклониться в противоположную сторону. Когда предлежащая часть уже фиксирована во входе в таз, этого, конечно, не происходит, однако самое предлежание может несколько измениться. Этим мы и пользуемся иногда, чтобы воздействовать на механизм родов при головных предлежаниях. Так, напр., если головка находится в разогнутом состоянии, мы кладем роженицу на ту сторону, где находится затылок, и в дальнейшем видим, как головка под влиянием такого положения начинает сгибаться — и вместо переднечерепного у нас получается нужное нам затылочное предлежание. При плоском тазе бывает и наоборот. Нам выгодно, чтобы согнутая головка несколько разогнулась и чтобы, таким образом, в прямом размере входа установился малый

поперечный размер головки. Естественно, что для этого мы кладем нашу роженицу на сторону, противоположную той, где находится затылок подлежащей головки, и этим способствуем разгибанию головки. Я сделал это отступление, чтобы пояснить, какое воздействие мы можем оказать на косое положение плода, изменяя положение самой роженицы. Здесь подлежащей части в сущности нет, так как головка или тазовой конец плода лежат не над входом в таз, а в стороне от него в той или иной подвздошной яме. Нам не нужно, чтобы эта часть переместилась к средней линии и стала над входом. Что мы должны для этого сделать? Из сказанного ясно — мы должны поместить роженицу на ту сторону, где находится эта крупная часть. При этом в ту же сторону отклонится дно матки, а крупная часть отойдет в противоположную, т.е. к средней линии и, может быть, установится над входом и получится продольное положение плода. К сожалению, такой благоприятный оборот дело принимает не всегда, и часто плод упорно сохраняет свое неправильное положение. Вот тут-то и является неоспоримое показание к изменению поперечного положения в продольное, но сделать это можно лишь внутренним приемом, т.е. внутренним поворотом. На практике такой поворот всегда будет поворотом на ножку (или на ножки) и никогда мы не делаем внутреннего поворота на головку, как об этом трактуется в учебниках. И мы будем говорить здесь исключительно о повороте на ножку.

### Поворот на ножку.

Чтобы можно было произвести внутренний поворот на ножку, естественно, нужно проникнуть в матку рукой. Отсюда необходимое условие для поворота — достаточное, т.е. полное или почти полное

раскрытие зева. Следовательно, внутренний поворот нельзя сделать вначале родов, а нужно выждать пока не раскроется зев.

С другой стороны, для того, чтобы можно было повернуть плод, захватив его за ножку, нужно, чтобы плод в матке был хорошо подвижен. Это бывает при целых водах и в течение некоторого времени после их отхождения. В дальнейшем матка все плотнее и плотнее облегает тело плода, и одновременно нижний ее сегмент все более и более истончается («растягивается»). В силу этого подвижность плода совершенно пропадает и поворот можно сделать, лишь применяя довольно большую силу, с большим риском, что произойдет разрыв матки. К сожалению, второе условие (подвижность плода) часто отсутствует, когда мы с опозданием являемся на роды, особенно в сельской практике. Тогда все зависит от обстоятельств, и в каждом данном случае врачу предоставляется решать, достаточна ли еще подвижность плода для совершения поворота или же поворот уже невозможен, т.-е. имеется так. наз. запущенное поперечное положение, когда нельзя делать поворота, а необходимо произвести эмбриотомию. При оценке случая не нужно быть слишком большим пессимистом и всегда помнить, что под наркозом матка расслабится и подвижность плода увеличится. Гораздо важнее обратить внимание на нижний сегмент матки: если он растянут и болезнен при дотрагивании, тогда о повороте не может быть и речи, да и эмбриотомию надо делать с величайшей осторожностью. При этом не забыть выяснить, жив ли плод? Если плод мертв или в заведомо плохом состоянии, рисковать делать поворот будет, конечно, большим неблагоприятием.

В руководствах, обычно, приводится еще одно условие для производства поворота, это—не слишком узкий

таз. Конечно, когда имеется абсолютное сужение таза, о повороте думать нечего. Но и при относительном сужении таз может быть непроходим для руки оператора. Таким образом, здесь приходится руководствоваться величиною и гибкостью руки акушера. Даже крупная рука, если она вытрена и хорошо складывается в «акушерский конус», проходит через таз с наименьшим размером в 7,5 см. Понятно, однако, что при больших сужениях шансы получить живого ребенка очень невелики, и здесь всегда заранее надо быть готовым к необходимости перфорировать головку. К этому вопросу я еще вернусь, когда буду говорить о так наз. «профилактическом повороте».

Перейдем к технике поворота. Старые акушеры придавали большое значение вопросу, какой рукой надо пользоваться для поворота в разных случаях. Мы упростили ответ на этот вопрос — и делаем поворот, почти как правило, правой рукой. Однако, надо сознаться, что иногда делаешь поворот правой рукой и сознаешь, что легче было бы сделать его левой. Левша, конечно, должен делать поворот левой рукой. Но за все годы моей преподавательской работы мне не привелось видеть среди своих учеников ни одного левши, хотя при занятиях я всегда выясняю этот вопрос опросом всех слушателей. Итак, правая рука складывается конусом и в промежутке между схватками бережно вводится во влагалище. Придерживаться нужно задней стенки влагалища, надавливая рукой на промежность — так менее чувствительно. Если приступаем к операции под наркозом, то, вводя руку во влагалище, можно действовать не так деликатно, а, напротив, нажимать на промежность довольно сильно. Этим путем мы заблаговременно растягиваем вход во влагалище в нижнем его отделе и таким образом подготовляем его к извлечению туловища



и головки плода. Пройдя влагалище и дойдя до шейки, останавливаемся и, если она не вполне раскрыта, бережно растягиваем ее пальцами. Если воды целы, выжидаем схватку и на высоте ее резким движением разрываем пузырь и быстро входим в полость яйца. Это лучший способ не потерять слишком много вод, так как

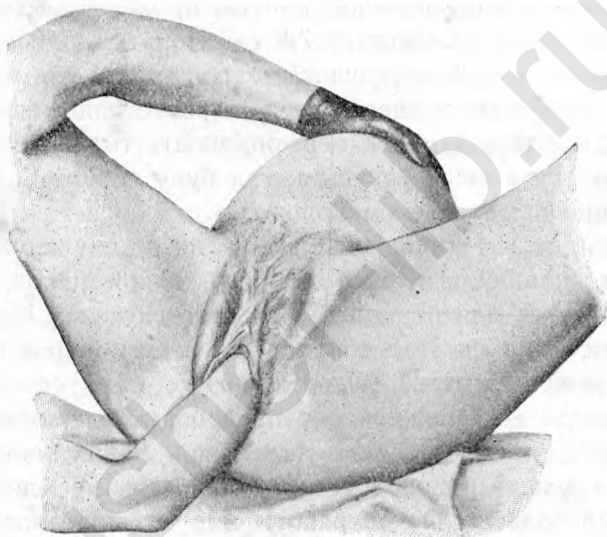


Рис. 20. Поворот на ножку. Внутренняя рука вводится в матку, в то же время наружная через брюшную стенку подает тазовый конец. Обратите на это особенное внимание: поворот на ножку всегда производится обеими руками.

при этом предплечье оператора выполняет влагалище и почти герметически закрывает его. А сохранить воды в матке важно, так как они дают плоду подвижность, столь нам желанную. Пока мы вводим руку во влагалище, другая рука растягивает снаружи половую щель, но как только рука введена во влагалище, вторую наружную руку переносим на матку и дальше все

время помним, что поворот мы совершаем обеими руками.

Уже в тот момент, когда мы разрываем пузырь, наружная рука должна надавливать на дно матки, что облегчает и разрыв пузыря и введение руки в полость яйца.

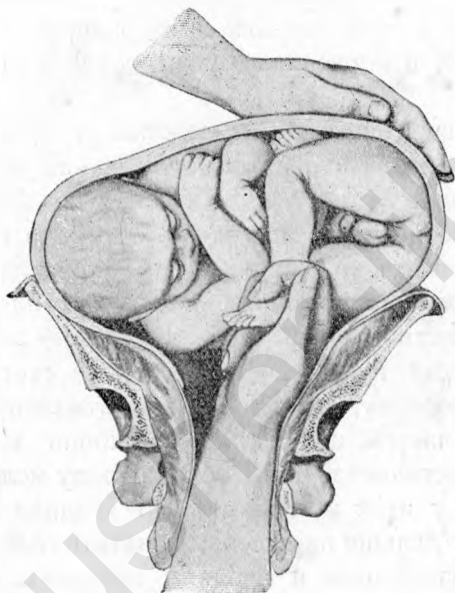


Рис. 21. Поворот на ножку. Внутренняя рука захватила ножку. В данном случае—задний вид, поэтому верхнюю. Наружная рука все время помогает со стороны брюшной стенки.

В момент проведения руки через зев, особенно у первородящих при неполном открытии, может случиться даже под полным наркозом большая неприятность: кольцевые мышцы шейки сокращаются, получается то, что мы называем спазмом шейки. Бывает, что этот спазм захватит кисть акушера и сожмет ее так, как не

сделает этого сильный человек при дружеском рукопожатии; бывает, что кисть уже проскользнула в полость матки и спазм браслетом сожмет нижнюю часть предплечья. В обоих случаях врач скоро почувствует, как немеют концы его пальцев. Не старайтесь освободиться из тисков!—это только ухудшит положение. Полное спокойствие в этих случаях самое лучшее, чтобы спазм прекратился, и плененная рука получила свободу действия.

Теперь наступает самый важный и тревожный момент: надо захватить ножку, а у акушера под рукой клубок мелких частей! Мало того: надо захватить определенную ножку, а из головы вышибло все акушерские правила, да врач и не сумел определить заранее, в какой позиции и в каком виде лежит плод. Спокойствие и хладнокровие! Прежде всего—помнить, что здесь длинный путь приведет к цели скорее, чем короткий; и поэтому, не торопясь, выхватывать какую-либо из мелких частей, необходимо спокойно дойти до туловища, «расталкивая» или обходя толпу мелких частей; по туловищу итти к ягодицам, по ягодице спуститься на бедро и дальше на голень; захватить голень у ступни между указательным и средним пальцами, а большим прихватить самую ступню—так ножка не выскользнет, а она скользкая. Во время этого путешествия одной руки внутри матки, другая пусть нажимает снаружи на нее в той стороне, где первая внутри. Получается ощущение точно перебираешь плод между обеими руками и чувствуешь себя увереннее. Возможно, что взял не ту ножку, какую нужно по правилам, не смущаться: большой беды не случится; гораздо важнее, чтобы удался самый поворот, к которому мы теперь приступаем. Прежде всего надо перенести наружную руку на головку плода, обхватить ее, насколько можно, и теперь

одновременно внутренней рукой извлекать ножку, а наружной отводить головку в дно матки. Если поворот совершается легко, то скоро кисть акушера и в ней ступня плода будут извлечены наружу. Но на этом



Рис. 22. Внутренняя рука извлекает ножку из матки во влагалище и дальше наружу. В то же время наружная со стороны брюшной стенки старается отвести головку в дно матки.

не останавливаться! Извлекать вниз, пока не покажется колено, и лишь тогда остановиться. Тогда только можно быть уверенным, что поворот совершен, когда в половой щели видно колено, ибо до того мы, может быть, только сильно «согнули» плод, а туловище его продолжает лежать поперечно. Теперь же, когда колено в половой щели, можно быть уверенным, что

плод принял продольное положение, и головка его лежит в дне матки. Совершив поворот, не спешить извлечением младенца: в огромном большинстве случаев роды после поворота должны заканчиваться естественным

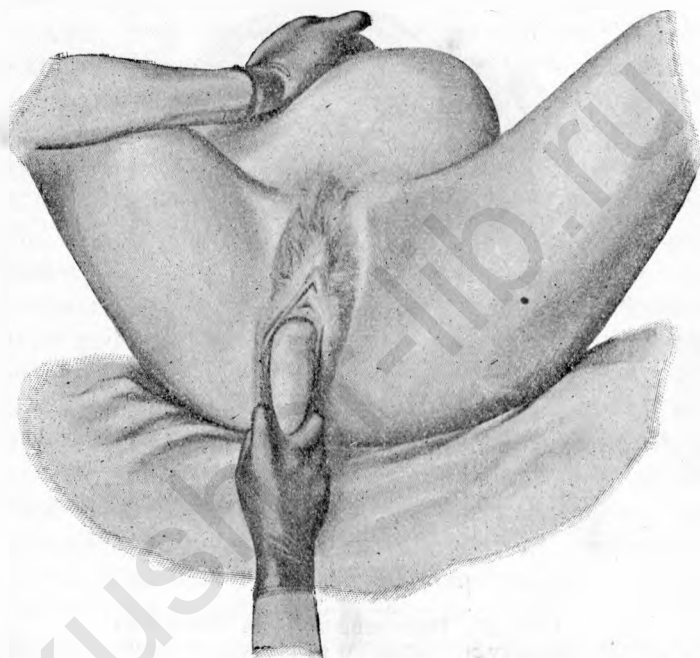


Рис. 23. Поворот на ножку. Поворот закончен: ножка извлечена наружу до колена.

путем, и врачебная помощь понадобится лишь с момента прорезывания пупка. Эта помощь будет «ручное пособие». Особенно большую беду наживем, извлекая, если сделан поворот, не на ту ножку, что нужно. Если же не форсировать извлечение, то механизм родов установит ягодицы как следует и даже неправильно извлеченная ножка в конце концов окажется под лонным

сочленением, т.-е. спереди, и плод будет прорезываться в переднем виде.

Что же делать, если поворот не совершается? В этом случае первое, чем можно помочь делу, это захватить вторую ножку, т.-е. постараться сделать поворот «на ножки», а не на ножку. Нужно иметь в виду, что поворот «на ножки» совершается легче, чем на ножку. Легче он и потому, что не приходится задумываться, какую именно ножку нужно захватить в каждом данном случае. Первоначально операция поворота и была предложена, как поворот на ножки, и лишь постепенно выяснилось, что поворот, произведенный на ножку, дает лучшие результаты для плода. Объясняется это тем, что при повороте на обе ножки окружность ягодиц значительно меньше по сравнению с головкой, и потому головка с большим трудом проходит плохо подготовленные мягкие пути, а мы знаем, как это неблагоприятно отражается на жизни и жизнеспособности детей. Когда же поворот сделан на одну ножку, вторая, согнутая в тазобедренном суставе, увеличивает об'ем ягодиц и благодаря этому мягкие родовые пути расширяются лучше. Все эти рассуждения, конечно, очень основательны и акушер-специалист всегда почти, за редким исключением, должен делать поворот на ножку, но вряд ли можно предъявлять аналогичные требования к врачу неспециалисту. Такой врач имеет полное право выбирать для себя более доступный путь и, в случае малейшего затруднения, делать поворот на обе ножки. Этим же соображением я руководился и выше, когда не остановился на теоретической необходимости захватывать определенную ножку. В заключение, однако, я коснусь и этой детали нашей оперативной техники. Дело вот в чем. После поворота нам очень важно иметь передний вид тазового предлежания, ибо извлечение в заднем

виде может представить чрезвычайные затруднения. В лучшем случае оно ведет к смерти плода, часто же дает и серьезные повреждения матери. Если мы отчетливо представляем себе, как «поперечный плод» лежит при заднем и как при переднем виде, то нам совершенно ясно будет, что при заднем виде нам необходимо захватить верхнюю ножку, а при переднем—нижнюю. Только при этом условии захваченная ножка после поворота подойдет под лонное сочленение, и в дальнейшем роды на верное пойдут по механизму переднего вида. Если при заднем виде мы захватим нижнюю ножку, а при переднем—верхнюю, то после поворота эта ножка окажется у мыса, а другая, согнутая в тазобедренном суставе, будет обращена к лону и нередко будет упираться в его верхний край. Отсюда ясно, что вступление ягодиц в таз будет сильно затруднено, особенно при узком тазе и сугубо в том случае, если нетерпеливый акушер станет делать извлечение тотчас после поворота. Посему повторю еще раз: если сведенная ножка оказалась не у лона, а у мыса, не смущаться и не торопиться с извлечением. Наблюдая дальнейшее течение родов, мы с удовольствием увидим, как эта «задняя» ножка при поступательном движении плода мало помалу будет переходить кпереди, переместившись к моменту прорезывания ягодиц на  $180^\circ$ , а иногда и более.

Хотя мы и усвоили себе за правило—после поворота не делать извлечения, но здесь, как и при тазовых предлежаниях, бывают исключения, когда особые показания заставляют нас отступить от этого золотого правила. По счастью, извлечение после поворота никогда не представляет тех затруднений, какие встречаются при тазовых предлежаниях, и это потому, что здесь в сведенной ножке мы всегда имеем прекрасную «зачучку».

Техника операции проста: захватив ножку за голень, мы делаем влечения вниз (по направлению оси таза) и в ту сторону, куда направлены пальчики ступни. Последнее для того, чтобы спинка при извлечении постепенно переходила кпереди, т.-е. опять-таки для того, чтобы сохранить передний вид, если он был, и получить его, если вначале извлечения мы имеем задний вид. Такое извлечение книзу совершается до тех пор, пока одна из ягодиц не начнет подходить под лонное сочленение. Тут направление наших влечений меняется: мы делаем их все выше и выше—сперва горизонтально, потом кверху косо и, наконец, в момент прорезывания задней ягодицы влечение будет направлено почти вертикально вверх. Как только задняя ягодица прорезалась, мы стараемся вывести вторую ножку и теперь уже делаем влечение вниз до прорезывания пупка. Дальше все продолжается так, как при ручном пособии.

Если, приступив к повороту и хорошо взвесив условие подвижности плода, мы, встречая затруднение, вспомним вышесказанное о повороте на обе ножки и поступим сообразно с тем, то в подавляющем большинстве случаев поворот нам вполне удастся. Бывают, однако, такие случаи, когда дело, что называется, не спорится и поворот не удается. Благоразумие требует не настаивать, отказаться от поворота и перейти к эмбриотомии. Тут советую, выводя из матки свою руку, захватить одну из ручек плода и вывести ее наружу, если она до того не была во влагалище. Такая «выпавшая» ручка облегчит вам совершить тот обычный способ эмбриотомии, который употребляется в наше время и заключается в обезглавливании плода.

Делать поворот нужно по возможности под наркозом, но у многоплодных и при недоношенной беременности опытный акушер может сделать поворот так быстро



и безболезненно, что операция пройдет почти незаметно для оперируемой. Легче всего делается эта операция при двойнях для поворота второго плода, если он лежит поперечно. В самом деле, здесь даны самые благоприятные условия для операции: мягкие пути раскрыты и растянуты рождением первого ребенка, пузырь второго плода обычно цел, подвижность хороша, так как плоды при двойнях меньше нормы. Так как при родах двойнями большею частью не дожидаются самопроизвольного рождения второго плода, а после некоторого выжидания разрывают пузырь, то я часто предоставляю молодым врачам совершать их первый поворот именно при двойнях. И извлечение здесь почти всегда можно делать вслед за поворотом. Счастлив тот участковый врач, который делается акушером-самоучкой, если свой первый поворот случайно сделает при двойнях. Мы описали поворот на ножку, как он делается при поперечном положении плода. Если бы эта операция делалась только при поперечном положении, то и тогда значение ее в прикладном акушерстве было бы чрезвычайно велико, ибо все-таки она должна совершаться один раз на двести — триста родов (такова частота поперечных положений). На самом деле значение поворота на ножку гораздо больше, так как на практике эту операцию приходится делать гораздо чаще не при поперечном, а при головных предлежаниях и, между прочим, при таком тяжелом осложнении родов, как предлежание последа. Про себя лично могу с определенностью сказать, что мне пришлось сделать больше поворотов при головных предлежаниях, чем при поперечных положениях. Показания к повороту при головном предлежании далеко не так тверды, как при поперечном положении; они даже очень суб'ективны. При современном хирургическом направлении в акушерстве эти

показания очень часто смиренно отступают перед кесарским сечением, напр., при предлежании последа. Это, конечно, вполне естественно для госпитального родовспоможения. Но что делать без поворота в участковой практике на родах в домашней обстановке, где в нашем распоряжении, кроме собственной головы, имеются только собственные руки? Нельзя, однако, чувствовать себя совершенно беспомощным в таких случаях и опускать руки; одними ими можно спасти много человеческих жизней. С полным сознанием своей ответственности перед читателем этой книги могу указать на те случаи, когда можно и должно производить поворот на ножку при головных предлежаниях: 1) при предлежании последа — если имеется уже достаточное раскрытие; если можно выждать такового раскрытия (при небольшом кровотечении); если можно искусственно раскрыть шейку, напр., метрейризом или пальцами; 2) при всех патологических предлежаниях, если головка не вставилась во вход в таз при полном открытии, таковы—а) лобные предлежания, в) лицевые, с) задние и передне-теменные; 3) при узком тазе, если головка явно не имеет наклона вставляться при полном открытии, это будет, если хотите, т. наз. «профилактический поворот»; 4) при нормальном тазе, если плод явно велик и головка также не вставляется при полном открытии; 5) во всех случаях, где нужно ускоренно закончить роды при достаточном открытии (напр., головное предлежание, почти полное открытие, головка подвижна,—начинаются припадки эклампсии—делаю поворот на ножку); 6) то же и при недостаточном открытии, если его можно достигнуть искусственно (напр., метрейризом) и вообще после метрейриза (напр., при искусственных преждевременных родах). Такое родоразрешение, если хотите, можно назвать «насильственным»—*accouchement forcé*; 7) после

влагалищного кесарского сечения; 8) при искусственных преждевременных родах, проводимых при помощи метрей-риза, если метрейринтер отклонил головку и этим испортил головное предлежание.

Почти все эти показания современное академическое акушерство отводит и делает это с большим основанием, но нам, в нашей стране, еще рано от них отказываться и их забывать. Они более чем жизненны в тех условиях и в той обстановке, в каких приходится работать нашему сельскому врачу. Техника поворота на ножку при головных предлежаниях ничем существенным не отличается от того, как она производится при поперечном положении, но в ней есть все же одна деталь, которую нужно твердо запомнить. Войдя рукой во влагалище и дойдя до плодного пузыря, мы при головном предлежании чувствуем за оболочками эту лежащую часть. Прежде, чем рвать пузырь, отклоним головку в сторону — при работе обеими руками это часто удается довольно легко. Таким образом, мы получим поперечное положение, и дальше операция уже ничем не отличается от того, что делается при поперечном положении. Если головку отклонить далеко в сторону не удастся, тогда — нечего делать — разорвем пузырь, пройдем мимо головки к ножке (всегда передней), захватим ее и, оттягивая вниз, делаем поворот все время при помощи наружной руки. Кроме этой детали, в технике поворота при головных предлежаниях надо помнить, что здесь уже имеет определенное значение то, какую руку мы вводим в матку для совершения поворота. В самом деле, легко себе представить, что при первой (левой) позиции поворот гораздо легче произвести, если внутрь введена левая рука, так как тогда ладонная поверхность руки будет обращена к передней поверхности плода и легко доберется и

захватит ножку. Напротив, при второй (правой) позиции удобнее будет совершать поворот правой рукой. Отсюда правило: при головных предлежаниях внутрь вводится рука, одноименная с позицией плода.

Я вполне сознательно поставил п е р в ы м показанием для поворота на ножку при головных предлежаниях предлежание послета. И теперь, при широком применении кесарского сечения при предлежании послета, я даже в клинике при полном или достаточном открытии считаю наиболее показанной операцией, именно—поворот на ножку. В самом деле, пусть вспомнит читатель, что при помощи поворота мы можем остановить кровотечение в наикратчайший срок. Нам нужно только время для мытья рук и никаких приготовлений инструментов. Но даже в тех случаях, где есть возможность все быстро приготовить для кесарского сечения, у обескровленных рожениц я предпочту поворот на ножку. Ведь, как ни как, производить кесарское сечение на обескровленной женщине с довольно длительным наркозом, это все же значит подвергать больную большому риску. Между тем, сделать поворот можно очень быстро при минимальном наркозе и даже вовсе без наркоза. После поворота кровотечение останавливается, и мы располагаем довольно продолжительным сроком, чтобы заняться пациенткой в смысле улучшения ее сердечной деятельности и для наполнения ее сосудистой системы. В дальнейшем, к моменту рождения ребенка больная уже настолько оправится от острого малокровия, что неизбежное при отделении послета кровотечение, может быть, и не будет для нее роковым. При кесарском сечении кровотечение неизбежно, и хотя оно может быть небольшим, все же для обескровленного организма это кровотечение может быть как бы последней каплей,

после чего уже никакие меры часто не спасают роженицу. Недостатком поворота на ножку является, однако, то, что его можно сделать только при большом открытии. Правда, предлежание последа чаще наблюдается у повторнородящих, а у таких женщин довольно часто без особого труда можно расширить шейку пальцами настолько, что можно провести и всю руку. Беда, однако, в том, что как раз при предлежании последа нельзя рекомендовать этого приема: ткань шейки здесь очень хрупка и нетрудно ее надорвать, а это при предлежании последа ведет к очень тяжелому кровотечению—или тут же во время самого расширения, или потом, после рождения ребенка. Таким образом, при недостаточном раскрытии, мы, как будто, не можем применить такой спасительной операции, как поворот на ножку.

#### Комбинированный поворот по Бракстон-Хиксу.

По счастью, английский акушер Бракстон-Хикс научил нас делать поворот даже при открытии всего на два пальца. Эта операция в настоящее время называется комбинированный поворот по Бракстон-Хиксу. Первое слово в этом длинном названии следовало бы откинуть, так как оно дает повод к ложному предположению, будто обычный поворот полной рукой не комбинированный, между тем, выше мы все время подчеркивали, что и этот поворот делается всегда обеими руками, а не одной внутренней, т.-е. по существу является тоже комбинированным.

Операция Бракстон-Хикса до последнего времени была операцией выбора при предлежании последа, и многие более пожилые акушеры, вероятно, с чувством удовлетворения вспоминают о тех случаях, когда им

пришлось ее применять. Теперь в клинической и вообще больничной обстановке поворот по Бракстон-Хиксу, конечно, уступает место кесарскому сечению, но и теперь для его применения остается много места в обстановке нашей сельской медицины. Что, в самом деле, делать, когда попадаешь на роды к истекающей кровью женщине, когда нет возможности подвергнуть ее кесарскому сечению и нет еще условий, необходимых для поворота полной рукой? Если кровотечение невелико, если роженица еще в хорошем состоянии, можно, конечно, выждать, пока роды подвинутся и наступит достаточное раскрытие. Но нелегко сидеть безучастным зрителем у постели кровоточащей женщины, когда знаешь, в какой огромной опасности она находится. Можно, конечно, применить метрейриз, но нет метрейринтера; можно затампонировать больную, но мы знаем, что тампонация при предлежании последа дает наихудший прогноз по послеродовой заболеваемости! Остается, наконец, спустить воды — это, действительно, некоторая помощь, но, к сожалению, разрыв пузыря обыкновенно только уменьшает кровотечение, но не прекращает его совсем. И вот в таких случаях вспомним о комбинированном повороте по Бракстон-Хиксу и постараемся его применить, даже не обладая акушерской техникой. Нельзя смущаться и тем, что операция эта технически трудна и возможно на первых порах не будет нам удаваться. У нас всегда есть некоторый выход: если поворот не удастся, мы кончаем тем, что разрываем пузырь и этим все же оказываем некоторую помощь пациентке. Техника операции такова. Под наркозом вводим во влагалище всю руку, два пальца вводим в зев и стараемся расширить его, насколько это возможно, без особого насилия. Теперь приступаем к самому повороту: внутренними пальцами мы

отталкиваем головку в сторону, а наружной рукой отводим ее в дно матки. Делаем это повторно и настойчиво до тех пор, пока внутренними пальцами через оболочки не почувствуем, что над зевом у нас имеется ножка. В этот момент разрываем пузырь, захватываем ножку между своими пальцами и сводим ее во влагалище. Поворот кончен. Остается подтянуть ножку настолько, чтобы ягодицы (иногда даже верхняя часть бедра) заполнили зев настолько, чтобы кровотечение прекратилось. Теперь проспринцуем влагалище и подождем самопроизвольного рождения плода. В огромном большинстве случаев после поворота и до рождения плода пациентка не потеряет ни капли крови. Если она продолжает кровоточить, подтянем ножку настолько, чтобы кровотечение остановилось, и будем очень терпеливо выжидать. Роды не всегда пойдут быстро, но это не беда—тем больше времени останется нам для борьбы с малокровием пациентки, если оно уже имеется налицо от предшествующего кровотечения. Повторяю,—считаю эту операцию одной из самых спасительных. Недостаток ее—нелегкая техника. Если она не удастся, и рука врача устала настолько, что уже не слушается, откажемся от надежды сделать поворот, восстановим головное предлежание, если уже получили поперечное положение плода, и разорвем пузырь.

В заключение остановимся еще на тех показаниях к повороту, которые выше нами только перечислены, но не обоснованы.

1-е показание—предлежание последа рассмотрено достаточно. Нужно добавить, что все здесь сказанное в равной мере относится и к преждевременному отделению последа.

2-е показание—предлежание лобное возражений не встретит. При остальных предлежаниях, указанных

ранее в обстановке родовспомогательного заведения, выжидательное ведение родов даст, конечно, лучшие результаты для плода, и клиника такое именно ведение родов и рекомендует. Но участковый врач поступит благоразумнее, если своевременно при достаточном открытии и целых водах сделает поворот.

3-е показание—узкий таз. Клиника всецело за выжидание и она права. Даже классический профилактический поворот, т.-е. поворот при плоском тазе, она категорически отвергает. И здесь клиника, может-быть, права. Тем более права современная клиника с кесарским сечением в своем обыденном арсенале. Участковый врач не сделает ошибки, если при узком тазе, при достаточном открытии и при целых водах будет делать «профилактический» поворот.

4-е показание—может показаться совсем странным. Я привожу его для того, чтобы лишний раз подчеркнуть то всегда забываемое обстоятельство, что узкий таз есть понятие относительное, и в каждом отдельном случае размеры таза должны оцениваться по отношению к данному, наличному плоду. Это постоянно забывают и при небольшом плоде беременной грозят кесарским сечением только потому, что наружная конюгата у нее около 18. С другой стороны, сколько раз в моей жизни мне приходилось оперировать женщин с нормальным тазом, у которых предсказывали благополучнейшие роды, не приняв во внимание большой величины плода.

5, 6, 7 и 8 показания—мне кажется, не должны вызывать особенных возражений, и лишь после влагалищного кесарского сечения не так уже редко можно наложить щипцы и, пожалуй, лучше накладывать щипцы в тех случаях, когда при рассечении шейки случайно спущены воды.



В заключение—рассказ, который может показаться невероятным, но, тем не менее, соответствует действительности. В Америке в настоящее время работает акушер, который в течение одного года на 1200 родов, прошедших в его клинике, 900 разрешил поворотом на ножку, 100—кесарским сечением и лишь в 200 случаях роды закончились самопроизвольно, и то, кажется, потому, что во всех этих случаях наш акушер замешкался и приехал в клинику после рождения ребенка!

Отсюда вывод—при наличии твердых показаний не медли с поворотом на ножку (или с другой акушерской операцией), но такому американскому акушеру не подражай!

---

## ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

### АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ.

Все значение акушерских щипцов можно понять лишь тогда, когда познакомишься с акушерской литературой «дощипцовой» эпохи,—с акушерскими сочинениями начала XVIII и всего XVII столетия. В самом деле, как беспомощен тогда был акушер в сравнительно очень легких акушерских положениях, как, напр., при ослаблении родовой деятельности в конце периода изгнания, когда головка, опустившись к выходу таза, остановилась здесь в своем поступательном движении. И невольно удивляешься, как могло случиться, что человек так долго не мог додуматься до такого простого по идее инструмента, каким являются акушерские щипцы. Щипцы это—не что иное, как те же предплечья и кисти рук, но только тонкие и плоские, которые можно продвинуть между стенками таза и головкой, чтобы, охватив головку, вытягивать ее к себе. Недаром же и называли щипцы железными руками. И жаль, что это название забыли. Мне кажется, что сравнение щипцов с руками сразу же облегчает понимание назначения щипцов и самую технику их наложения и пользования ими. Это сравнение особенно подходит для щипцов без перекреста ложек, какими и были первоначальные щипцы. Получив в свое распоряжение новый инструмент, акушеры XVIII и XIX столетий с величайшим увлечением стали разрабатывать

показания к наложению щипцов и технику новой операции. К самому инструменту они относились с какой-то трогательной нежностью<sup>1</sup> и всячески старались его усовершенствовать. В самом начале XX столетия я слышал на лекции ученейшего акушера нашего времени проф. Винкеля, что моделей щипцов имеется свыше трехсот, «и, — говорил он, — кажется, изобретательность акушеров окончательно исчерпана». Однако он ошибался, ибо за последнюю четверть века предложено еще немало новых моделей и одна из них, модель Киллянда (Cillaпd), является в настоящее время злобой акушерского дня.

Наилучшим инструментом я считаю модель Симпсон-Брауна и ее рекомендую читателю этой книги. Но, конечно, можно с полным успехом работать и со всякой другой моделью — лишь бы эта модель была в искусных руках, а руки руководились бы понимающей и знающей головой. При пользовании щипцами более, чем где-либо необходимо то стереогностическое осязательное чувство, о котором я говорил в первой главе, а за сим четкое знание и понимание того, что мы называем механизмом родового акта. Если есть то и другое — роль модели инструмента отступает на второй план.

Акушерские щипцы приходится накладывать на головку, когда она стоит уже в выходе таза («выходные щипцы»), когда она еще находится в полости («полостные щипцы») и, наконец, тогда, когда головка лишь вставилась своей большой окружностью во вход таза («высокие щипцы»). Есть смельчаки, которые говорят, что можно накладывать щипцы и тогда, когда головка еще подвижна над входом в таз. Огромное большинство

---

<sup>1</sup> Так, наш московский акушер Вильгельм Рихтер (начало XIX в) называет щипцы «священным якорем спасения акушера» (заметьте акушера, а не роженицы!).

акушеров такую возможность отрицает, и мы всецело присоединимся к этому взгляду. Даже тогда, когда головка находится во входе, наложение щипцов является делом очень трудным и дает не блестящие результаты даже в хороших, опытных руках. Поэтому операция «высоких щипцов» все больше выходит из акушерского обихода, уступая место кесарскому сечению по относительным показаниям. Думается, что врачу не-специалисту, каким поневоле является участковый врач, лучше не накладывать высоких щипцов. Но в его практике высокие щипцы придется заменить не кесарским сечением, если у него нет хирургических возможностей, а перфорацией головки даже живого плода.

Мы займемся здесь изложением операции только выходных и полостных щипцов.

Когда же является показание для наложения акушерских щипцов? Для наложения щипцов необходимо, чтобы зев был вполне раскрыт. Поэтому, естественно, что до полного открытия, как правило, говорить о показаниях к наложению щипцов не приходится. Иными словами, показание для наложения щипцов наступает лишь с полным открытием, т.-е. в периоде изгнания. Основным фактом в периоде изгнания мы должны признать постепенное, но постоянное поступательное движение предлежащей головки. При нормальном течении родов это поступательное движение совершается довольно быстро, и у повторнородящих иногда измеряется немногими минутами. У первородящих весь период изгнания берет тоже немного времени, в среднем около 2 часов. Всякое замедление, а тем более остановка поступательного движения предлежащей части за пределы известной нормы, могут быть признаны явлением патологическим и требующим вмешательства. Но где же границы нормы? Одни готовы установить

эти границы определенным временем и признают, что остановка поступательного движения головки в течение 2—3 часов есть уже показание для наложения щипцов. Другие считают, что само по себе замедление поступательного движения и даже его остановка не являются показанием для наложения щипцов, что нужно руководиться определенными клиническими симптомами, указывающими на опасность, угрожающую матери или плоду.

Нужно, конечно, руководиться и тем и другим показанием. В клинике мы никогда не обосновываем своего вмешательства одним временем и тщательно взвешиваем все за и против, считая строгую установку показаний труднейшей проблемой клинического анализа. Другое дело участковый врач, не-специалист; он имеет право обосновывать свое вмешательство таким простым критерием, как время. Подчеркиваю, что я говорю о показаниях к полостным и выходным щипцам. В тех случаях, где головка стоит высоко, во входе в таз, там отсутствие поступательного движения само по себе никогда не должно служить показанием к наложению щипцов.

От чего же может зависеть остановка поступательного движения головки в периоде изгнания? Обычно это бывает или вторичная или относительная слабость родовой деятельности. Я строго различаю эти два понятия, при чем первый термин считаю очень неудачным и предпочел бы говорить не о вторичной слабости, а о последовательном ослаблении родовой деятельности. Поясню примером: роды протекают при вполне удовлетворительной родовой деятельности, но вследствие утомления маточной мускулатуры или брюшного пресса родовая деятельность постепенно прекращается и останавливается поступательное движение

головки. Почему это — «вторичная» родовая слабость, когда никакой «первичной» по существу и не было? Другой пример: роды протекают при вполне удовлетворительной родовой деятельности; в периоде изгнания схватки и потуги не только не ослабели, но даже усилились, однако поступательного движения головки нет и два, и три, и более часов. Можно ли здесь говорить о слабости родовой деятельности вообще? Нет, здесь имеется только относительная слабость, слабость при данном соотношении силы и противодействия ей. И в первом и во втором случаях могут быть показания к наложению щипцов, и в том и в другом случаях роды могут благополучно закончиться без нашего вмешательства, но как различно надо подходить к обоим случаям и как различно будут они протекать в дальнейшем. В самом деле, что будет, если мы не вмешаемся в первом случае? Роженица и ее матка могут отдохнуть и после отдыха вновь возникшая родовая деятельность может дать быстрое поступательное движение предлежащей части, и роды быстро и благополучно закончатся. Во втором случае родовая деятельность долго не прекращается, но результата от нее нет, нет поступательного движения головки. Можем ли мы чего-либо добиться дальнейшим выжиданием? Казалось бы нет, ибо в конце концов дальше родовая деятельность может только ослабеть и тогда уже, конечно, толка не будет. Здесь, однако, есть одно «но» и очень большое, которое все решает. Это «но» заключается в том, что, кроме поступательного движения, огромное значение имеет еще и то, что мы называем «конфигурацией» головки. Мы знаем, что способность к конфигурации разных головок чрезвычайно различна, мы знаем, что у одинаковых головок способность к конфигурации меняется в зависимости от того или иного предлежания, мы знаем, наконец,

что при определенной форме таза головка хорошо конфигурируется только при строго определенном вставлении — все это мы знаем, но во время родов мы очень плохо умеем оценивать самую способность головки к конфигурации и не умеем оценивать тех мелких, незаметных изменений в головке, которые при отсутствии поступательного движения являются единственными показателями, по которым можно было бы судить, стоит ли еще выждать или дальнейшее выжидание бесцельно. Сознаюсь, что в этом огромной важности вопросе я не могу предложить из собственного опыта ни одного обоснованного совета или указания, не нашел я таких указаний ни в одной из тех книг по акушерству, которые пришлось мне прочесть. Все же необходимо остановиться на том, в каких направлениях мы должны сосредоточивать наше внимание и нашу наблюдательность. Прежде всего это будет плотность костей и ширина швов и родничков. Ясно, что головка тем хуже конфигурируется, чем сильнее выражено окостенение ее костей и чем уже швы. Далее, весьма важно обратить внимание, обнаруживают ли кости способность и склонность заходить одна на другую. Наконец, значительную роль в способности головки к конфигурации играют кожа черепа и подкожная клетчатка. Иногда чувствуешь, что кожа как бы туго натянута на костях и плохо смещается вследствие плотности или недостаточного развития подкожной клетчатки — на такой головке медленно и плохо образуется родовая опухоль и такая головка не обладает выраженной способностью к конфигурации. Наоборот там, где клетчатка рыхла, там родовая опухоль растет на глазах, и это почти всегда говорит за хорошую способность головки к конфигурации. Итак, хорошо развитая родовая опухоль — благоприятный признак и дает нам право ставить лучшее

предсказание. Но здесь будет уместно остановиться на тех затруднениях, которые возникают для акушера от наличия большой родовой опухоли. Прежде всего, это—трудность и даже невозможность ориентироваться в предлежании и невозможность определить позицию и вид путем осязания. Через большую родовую опухоль не чувствуешь не только швов и родничков, но не получаешь даже отчетливого ощущения подлежащей кости. Единственно, что можно посоветывать в этих случаях — это надавить пальцами на родовую опухоль и терпеливо ждать, пока под пальцами не образуется глубокое вдавление. Это иногда даст возможность ориентироваться насчет направления шва или положения родничка. Вторая и немалая опасность, которую представляет для акушера родовая опухоль, заключается в том, что большая родовая опухоль может симулировать низкое стояние головки. Мне приходилось видеть родовую опухоль в половой щели, в то время как головка находилась еще высоко в полости. Легко понять, какие трудности предстоят в таких случаях акушеру, если он, напр., предполагая, что накладывает легкие выходные щипцы, будет иметь на самом деле чуть ли не высокие. Чтобы закончить речь о конфигурации головки, я должен коснуться еще двух сторон этого вопроса: 1) происходит ли конфигурация головки при целых водах? и 2) происходит ли конфигурация в отсутствие родовой деятельности в периоде изгнания?

На первый вопрос следует ответить так: при целом пузыре конфигурация, как исключение, возможна, и в этом иногда приходилось убеждаться на детях, родившихся в оболочках («в сорочке»).

Второй вопрос имеет существенное практическое значение. В самом деле, если в периоде изгнания родовая деятельность прекращается, то на что мы можем



рассчитывать выжидая? Мы можем рассчитывать, что роженица и ее матка отдохнут и через некоторое время начнется хорошая родовая деятельность, которая может привести роды к самопроизвольному завершению. Об этом мы уже говорили. Я должен отметить, что во время полного отсутствия родовой деятельности я не раз наблюдал, как головка продолжала конфигурироваться. Если это так, то понятно, что при наличии конфигурации мы имеем право, выжидая, ставить хорошее предсказание и гораздо спокойнее относиться к затиханию родовой деятельности. К сожалению, повторяю, судить о степени и ходе конфигурации мы можем только «по интуиции». Нередко эта интуиция выручает нас в самых запутанных обстоятельствах, нередко она нас подводит, но никогда и ничем мы ее обосновать и осмыслить не можем и не умеем. Здесь то и заключается то «чуть-чуть», которое, по словам Л. Толстого, определяет все искусство и талант.

Мы уклонились от нити нашего изложения, но я думаю, что это отклонение вызвано действительной необходимостью. Думаю, что сказанное нами достаточно убедительно говорит за крайнюю желательность благоразумного выжидания при решении вопроса о наложении щипцов. Вместе с тем мы видим, что сознательное, мотивированное выжидание возможно только при постоянном контроле путем внутреннего исследования, ибо, конечно, наружным исследованием всего, что необходимо, не уловишь. Мало того, внутреннее исследование должно быть изо щр е н н ы м. Что это значит и к чему эта оговорка — ясно из первой главы этой книги («осязание»!).

Итак, отсутствие поступательного движения головки является показанием к наложению щипцов, самое же отсутствие поступательного движения вызывается

слабостью родовой деятельности. Но отчего происходит самая слабость родовой деятельности, как ее предотвратить и нельзя ли при ней обойтись без наложения щипцов?

Родовая слабость может быть вызвана вполне естественными причинами. Вот, напр., пожилая многородящая с дряблыми брюшными стенками. Не естественно ли, что схватки у нее могут быть слабы и так же слабы могут быть в дальнейшем потуги. Что мудреного, если такая роженица не справится с родами собственными силами и потребует нашей помощи? Вот пожилая же роженица, но первородящая. У нее тоже с самого же начала схватки могут быть слабы. Но и хорошие схватки у нее могут оказаться недостаточны, чтобы открыть ригидную шейку, а затем протолкнуть плод через влагалище и половую щель, тоже ригидные. Удивительно ли, что такая роженица может потребовать нашего вмешательства? В таком же положении может оказаться и непожилая первородящая, если правильное течение родов нарушено, напр., ранним отхождением вод или атипичным механизмом родов. Реже тоже может случиться и с крепкой непожилой повторнородящей. Чаще всего, однако, отсутствие поступательного движения наступает при чрезмерном противодействии со стороны костного тазового кольца, т.е. при несоответствии емкости таза величине головки (я умышленно не говорю здесь «узкий таз», ибо повторяю, что на практике и «нормальный» таз при крупном плоде может оказаться «узким»). Здесь-то мы и можем наблюдать как последовательную, так и относительную слабость родовой деятельности. Надо помнить, что родовая деятельность может ослабеть вследствие неправильностей в ведении родов! В деревнях этим часто грешат повитухи.

Не имея понятия о том, как протекают роды, они нередко заставляют своих пациенток тужиться с самого начала родов. Неудивительно, что здоровая, молодая крестьянка при таком ведении родов скоро выбивается из сил без всякой пользы для дела, и, когда наступает период изгнания, брюшной пресс у нее отказывается работать. Этим грешат иногда и акушерки, думая скорее закончить роды и, конечно, часто ошибаются в своих расчетах.

Нередкой причиной относительной слабости потуг является переполненный мочевой пузырь. Эта причина встречается и в наших образцовых родовспомогательных заведениях при большом количестве высококвалифицированного персонала (здесь это происходит по поговорке: у семи нянек — дитя без глаза). Полный, а тем более переполненный мочевой пузырь не позволяет роженице развивать хорошей потужной деятельности. Отсюда — строжайшее правило: во время родов всегда внимательно следить за мочеиспусканием и особенно следить за этим при выжидательном ведении родов. Что толку, что головка хорошо конфигурируется, что толку, что она совершает поступательное движение, если, в конце концов, роженица откажется тужиться из-за наполненного мочевого пузыря. Хорошо, если мочу удастся спустить катетером, но беда в том, что головка может так сильно прижать мочеиспускательный канал к лонному сочленению, что нельзя бывает и катетеризировать. Волей-неволей придется накладывать щипцы, а делать это при полном пузыре, ой, как неприятно. Наконец, часто относительная слабость потужной деятельности зависит от болезненности потуг: роженица кричит от боли и этим настолько ослабляет силу потуг, что головка останавливается в своем

поступательном движении. В дальнейшем в таком случае может, конечно, развиваться и последовательная (вторичная) слабость родовой деятельности.

Из сказанного ясно, что правильное и предусмотрительное ведение родов во многих случаях может предотвратить наступление слабости родовой деятельности и тем устранить необходимость прибегать к щипцам. При относительной слабости, которая зависит от болезненности, иногда хорошую помощь окажет обезболивание (опий, морфий или хлороформ).

Что же делать, если родовая слабость все же наступила? В старину в этих случаях излюбленными средствами были спорынья и хина. От спорыньи теперь все отказались, а хину мы применяем и теперь и, должен сказать, не без пользы. Однако, основным средством при родовой слабости являются теперь препараты из придатка мозга.

Что сказать об этих препаратах в чисто прикладном отношении? Я уже говорил выше, что средство это капризно в своем действии, и часто оно действует неожиданно энергично. Поэтому применять его необходимо с разумною осторожностью. Ни в коем случае нельзя применять препаратов придатка мозга, когда не уверен в правильности предлежания головки и в достаточном соответствии емкости таза с величиной головки. В обоих случаях усилившаяся, под влиянием препаратов придатка мозга, родовая деятельность может оказаться не в состоянии преодолеть препятствия со стороны таза, и тогда легко разовьется бурная картина спазматических схваток или, того хуже, маточного столбняка. Кроме того, я должен отметить одну неприятную сторону препаратов мозгового придатка: после их применения, сравнительно нередко, наблюдается послеродовая атония матки со всеми ее тяжелыми последствиями, и я, старый акушер, когда

приходится выбирать между щипцами и питуитрином, невольно склоняюсь на сторону щипцов.

В тех случаях, когда слабость родовой деятельности наступила в конце периода изгнания, т.е. в начале прорезывания головки, иногда помочь делу можно и без выходных щипцов: можно применить выжимание плода по Кристеллеру (о чем будет речь в следующей главе) или же воспользоваться старым приемом Ритгена. Он заключается в том, что указательный палец левой руки (в перчатке) вводится в прямую кишку и, как крючком, поддает головку по направлению к половой щели. Прием этот нередко ведет к благоприятному результату, но применять его надо бережно из опасения повредить слизистую прямой кишки.

Раз после Ритгена я видел кровоподтек и на личике ребенка.

Итак, при родовой слабости мы располагаем некоторым выбором средств и пособий, разумное употребление которых дает часто возможность обойтись без щипцов. В родовспомогательных заведениях при желании можно низвести число операций щипцов до минимума, проводя роды сериями по несколько сотен без накладывания щипцов. Да и в тех случаях, когда щипцы накладываются, они накладываются не вследствие родовой слабости, а по другим показаниям.

Каковы же эти показания? Показания к щипцам принято разделять на показания со стороны матери и показания со стороны плода. Со стороны матери показания будут во всех случаях, когда в периоде изгнания необходимо или желательно скорее закончить роды. Напр., при припадках эклампсии, ослаблении сердечной деятельности, при пороках сердца щипцы накладываются для избежания повышения кровяного давления во время потуг. При повышении температуры

у роженицы (так назыв. *endometritis sub partu*) я накладываю щипцы, чтобы избежать распространения инфекции, но рационально ли это, сказать не берусь.

Со стороны плода показанием к щипцам будет угрожающая асфиксия, т.е. ухудшение сердцебиения плода. Принято считать, что стойкое учащение сердцебиения плода (150—160) должно побудить акушера готовиться к наложению щипцов, а последующее падение частоты сердцебиений (ниже 100) уже является определенным показанием к самой операции.

Частота операций — щипцов — по акушерским учреждениям колеблется между 2 и 5% общего числа родов. Эта разница свидетельствует, конечно, о неизбежной субъективности наших показаний. Если взять, как среднее, 3% и перевести это отношение в условия участковой акушерской работы, то в участке с населением в 10.000 надо было бы ожидать около 10—12 операций наложения щипцов в год (считая рождаемость в 40‰). Небольшие участки с населением в 10 т. имеются, увы, всего в 5—6 губерниях нашего Союза. На остальном же протяжении его число населения на участок значительно выше (до 40.000 в Вятской губ.), и соответственно должно быть большим у участкового врача число операций щипцов.

Перейдем теперь к технике операции и начнем с описания инструмента. Акушерские щипцы Симпсон-Брауна состоят из двух ложек, у которых на рукоятках имеются особые выемки, в которых рукоятки взаимно помещаются при складывании (замыкании) щипцов. Эти выемки образуют так назыв. английский замок, чрезвычайно остроумное приспособление, которое прочно и вместе с тем подвижно удерживает ложки щипцов, когда они сложены. На одной ложке выемка помещается по верхней поверхности, а на другой

по нижней. Эта особенность устройства щипцов вызывает очень важное техническое правило при их наложении: ложка с выемкой кверху всегда вводится первой, ибо только при этом условии удастся легко замкнуть щипцы после введения второй ложки. Выемка сверху всегда делается на той ложке, которая вводится в левую половину таза роженицы. Акушер

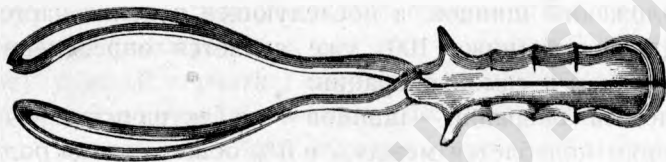


Рис. 24. Щипцы Симпсон-Брауна.

держит эту ложку в своей левой руке; посему ложка эта называется левой. Другая ложка вводится в правую половину таза, накладывается правой рукой акушера, называется правой. За исключением замка, ложки совершенно одинаковы. В них различают рукоятки и собственно ложки. Рукоятки делаются довольно массивные и имеют волнистую наружную сторону—это делается для удобства держания рукоятки. Близ замка с наружной стороны рукоятки от ложек отходят крючки, за которые удобно ухватиться пальцами при извлечении головки щипцами.

Самая ложка делается окончатой и изогнутой в двух направлениях, имеет, как говорят, две кривизны. Одна кривизна—по плоскости ложки—конструируется так, что со своей парой плотно охватывает головку среднего доношенного плода, когда ложки положены совершенно симметрично на боковые стороны головки и притом так, что малый родничек находится в одной плоскости с замком щипцов. Эта кривизна ложки называется головной. Из сказанного следует, что если

головка плода меньше средней величины, то щипцы будут захватывать ее неплотно. Напротив, если головка плода больше нормы, то щипцы, наложенные на головку совершенно симметрично, будут расходиться в рукоятках и, сжимая рукоятки, мы неизбежно будем сжимать головку. Это, конечно, крайне нежелательно, так как мы можем нанести повреждение и головке и ее содержанию, т.-е. мозгу. И при малой и при большой головке щипцы при извлечении могут с нее соскользнуть. Этого недостатка в конструкции щипцов избежать нельзя, но можно было бы строить щипцы нескольких калибров, хотя бы трех: для средней величины головки, для малой и большой. На практике мы обходимся обычно одним размером щипцов, и нужно, справедливости ради, сказать, что некоторая часть наших неудач с щипцами и, главным образом, в смертности детей падает на счет указанного их недостатка, а не на счет малого искусства акушера. Также плохо щипцы охватывают головку, даже нормальной средней величины, в том случае, если они наложены на нее не симметрично, не по боковым ее сторонам. Чтобы этого избежать, щипцы необходимо накладывать симметрично, но, к сожалению, это не всегда возможно. Речь об этом будет ниже.

Вторая кривизна идет по ребру ложки. Она конструируется соответственно вогнутости крестцовой кости и до известной степени повторяет проводную линию таза, посему и называется тазовой кривизной. При правильном наложении щипцов эта кривизна должна быть параллельна проводной линии таза. Никогда щипцы не накладываются так, чтобы их тазовая кривизна была своей вогнутостью обращена к крестцу. Это—недопустимая техническая ошибка.

Первоначально щипцы не имели тазовой кривизны. В процессе усовершенствования щипцам придали эту



кривизну и это было истинным их усовершенствованием, между прочим, и потому, что щипцы с тазовой кривизной гораздо лучше охватывают головку плода. Однако, таковая кривизна в некоторых специальных случаях представляет определенные неудобства. Это побудило нашего соотечественника—проф.

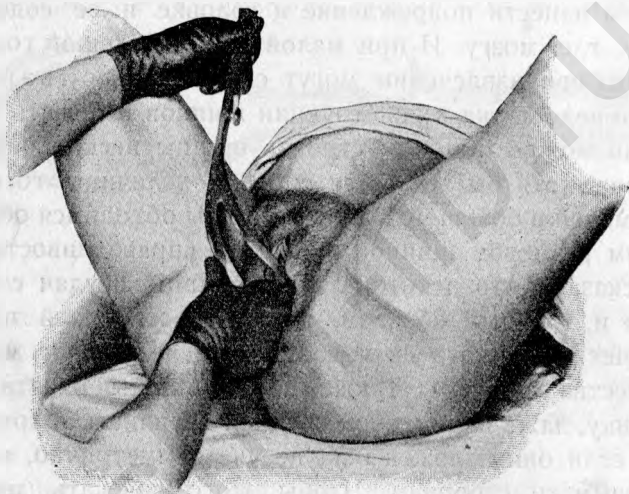


Рис. 25. Наложение акушерских щипцов. I. Под контролем двух пальцев правой руки, введенных во влагалище, левой вводится левая ложка в левую сторону матери. Она проводится между головкой и пальцами правой руки, которые по возможности доходят до края зева, чтобы щипцы непременно проскользнули под этот край.

Лазаревича, лет 50 тому назад, вновь вернуться к щипцам без тазовой кривизны (такие щипцы называются прямыми). Предложение проф. Лазаревича не встретило особого сочувствия, и щипцы с тазовой кривизной сохранили свое преобладающее значение. В последнее время ранее упомянутый Киллянд в своей модели вновь возвращается к идее прямых щипцов, но

пока я не вижу оснований изменять испытанному старому другу — щипцам Симпсон-Брауна.

Перейдем к технике наложения щипцов и начнем с самых легких — выходных. Когда головка находится в выходе таза, она, как правило, стоит в его прямом размере, при чем затылок может быть обращен к лон-

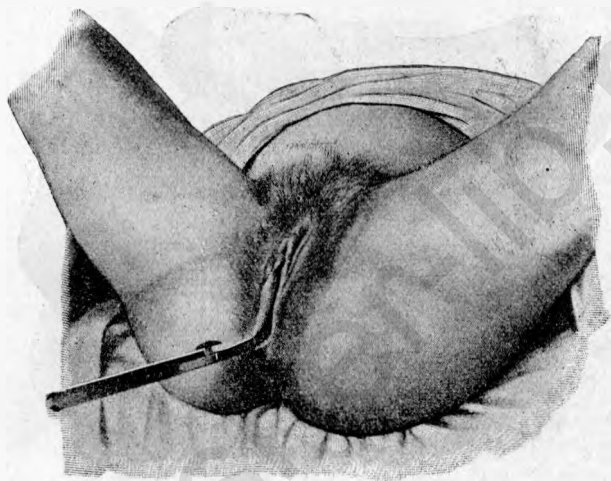


Рис. 26. Наложение акушерских щипцов. II. Левая ложка наложена.

ному сочленению (передний вид) или к крестцу (задний вид). Техника наложения в обоих случаях будет совершенно одинакова. Операция начинается с введения левой ложки. Ее берут левой рукой и держат или как писчее перо, или как смычок. Не следует захватывать рукоятку щипцов всей кистью, как рукоятку меча, хотя это и кажется удобным. При таком захвате мы можем развить большую силу и, накладывая щипцы, нанесем повреждения и матери и плоду. Напротив, если мы держим рукоятку всего тремя пальцами, то применить большую силу не сможем, да оно и не

нужно, если операция совершается правильно. Правая рука при наложении левой ложки играет очень существенную роль. Два или четыре ее пальца «просовываются» между головкой и боковой стенкой влагалища. Просовывать их нужно как можно дальше, чтобы дойти, по возможности, до наружного зева и еще раз убе-

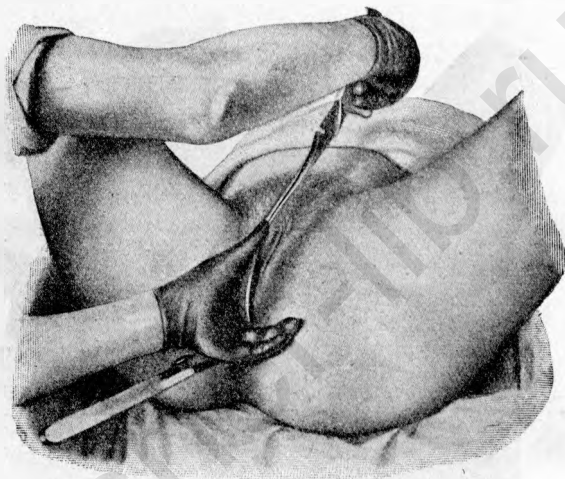


Рис. 27. Наложение акушерских щипцов. III. Поверх левой ложки вводится в правую сторону матери вторая правая ложка. Вводится она правой рукой оператора совершенно так же, как и левая. Второй и третий пальцы левой руки введены внутрь, и ложка проводится между ними и головкой.

даться, что имеется полное открытие. Теперь конец ложки помещается между пальцами правой руки и головкой, а самая ложка держится почти отвесно, с некоторым уклоном к правому паху матери. Опуская рукоятку книзу и чуть-чуть проталкивая ложку вглубь, мы проводим ложку между головкой и пальцами правой руки. Когда рукоятка щипцов окажется приблизительно в горизонтальной плоскости, можно считать, что

ложка легла на свое место — на боковую сторону головки. Теперь рукоятка передается помощнику, который держит ее, стараясь совершенно ее не смещать. Оператор берет правой рукой вторую (правую) ложку и накладывает ее поверх левой, применяя точь-в-точь те же приемы, что и при накладывании левой ложки.

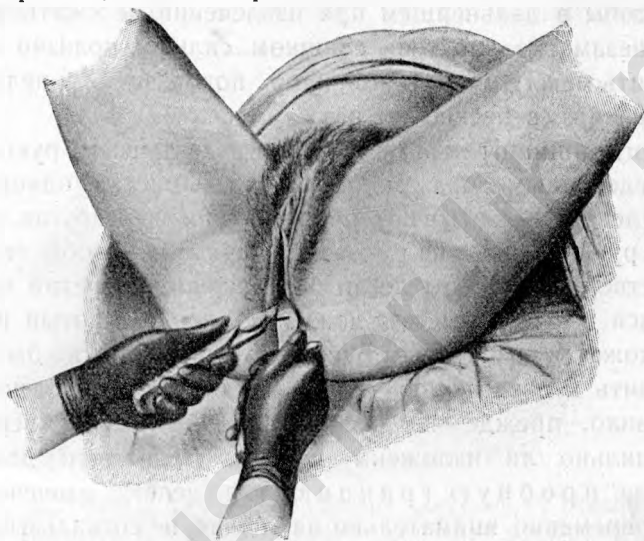


Рис. 28. Наложение акушерских щипцов. IV. Щипцы наложены, приступают к их замыканию. Так как обе рукоятки лежат в одной горизонтальной плоскости, то можно заключить, что щипцы наложены правильно и замкнутся они легко.

Когда правая ложка наложена, она перекрещена с левой, и теперь остается только сомкнуть щипцы, т.е. ввести соответствующую часть в выемки замка. Если обе ложки лежат правильно и совершенно симметрично, замыкание щипцов совершается очень легко, без малейшего насилия, и внутренние поверхности рукояток соприкасаются друг с другом. Плотное смыкание рукояток указывает и на то, что головка нормальной величины.

Если головка больше нормы, то рукоятки несколько расходятся, и, чтобы их свести, нужно приложить определенное усилие. Такое усилие и приходится делать, но оно не должно быть слишком велико, иначе головка будет сдавлена, что, как сказано, может неблагоприятно отразиться на плоде.

Чтобы в дальнейшем при извлечении не сжать щипцы незаметно для себя слишком сильно, полезно положить между рукоятками, напр., полотенце или пеленку, сложенные в несколько раз.

Когда щипцы наложены, мы захватываем рукоятки определенным образом. Обычно всей кистью одной руки (левой) захватывают рукоятки снизу, а другая (правая) рука ложится на рукоятки сверху так, чтобы второй и четвертый пальцы легли на крючки, а третий поместился в выемке между ложками; первый и пятый пальцы ложатся по сторонам рукояток. Теперь можно бы приступить к извлечению плода, но существует разумное правило, прежде чем извлекать, еще раз проверить, правильно ли наложены щипцы. Для этого делают т. наз. пробную тракцию, т.-е. делают извлечение, одновременно внимательно наблюдая, не соскальзывают ли щипцы с головки. Если щипцы лежат правильно, не соскальзывая, то расстояние между головкой и замком щипцов не увеличивается, и чувствуется, что при извлечении головка начинает подаваться вперед. После этого испытания можно приступить к извлечению всего плода. Если техника наложения щипцов в общих чертах почти всегда одинакова, то, наоборот, извлечение будет различно в зависимости от многих причин и, главным образом, в зависимости от вида, в котором лежит плод. В самом деле, при извлечении мы должны вполне повторять тот механизм, который головка совершала бы, если бы роды протекали самостоятельно. Мы знаем, что

во время прорезывания головки в переднем виде затылок (или вернее подзатылье) подходит под лонное сочленение и прочно упирается в него. Также поставить головку щипцами должны и мы. Очевидно что для этого мы должны делать тракции в направлении книзу.

Самые тракции должны подражать нормальному характеру родовой деятельности, т.-е.: 1) повторяться



Рис. 29. Наложение акушерских щипцов. V. Щипцы сомкнуты и рукоять их захвачена обеими руками: левая рука лежит снизу, правая сверху, при чем ее второй и третий пальцы лежат на крючках. Теперь приступают к пробной тракции, при помощи которой убеждаются, что щипцы лежат прочно и не соскальзывают. Дальнейшие тракции будут зависеть от предлежания, позиции и вида головки.

с определенными перерывами (паузами), 2) усиливаться с определенной постепенностью и, после того, как тракция произведена в течение некоторого времени с определенной силой, она постепенно же должна ослабляться. Нужно помнить, что при тракциях никогда не следует развивать чрезмерной силы. Работать надо одними предплечьями, а не силой всей руки. Для того, чтобы

незаметно для себя не развить слишком большой силы, рекомендуется локти прижимать к туловищу, и самое туловище не слишком откидывать назад. Немногими тяганиями обычно удается подвести затылок под лонное сочленение, после чего надо переменить их направление: тягания теперь делают горизонтально и с каждой новой тяганием направляют их все более и более кверху.

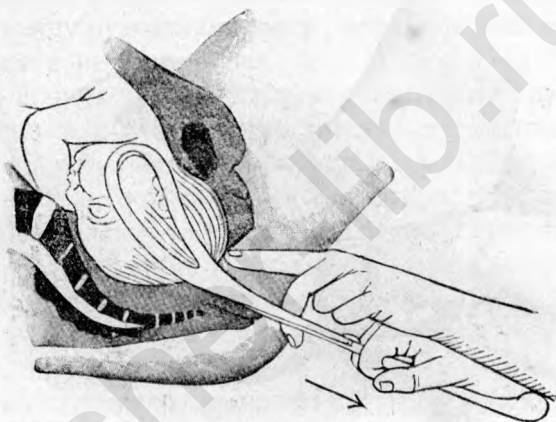


Рис. 30. Наложение акушерских щипцов. VI. Щипцы наложены при переднем виде. Пробная тягания и первые тягания делаются вниз по направлению тазовой оси с тем, чтобы подвести подзатылье под лонное сочленение.

При таком характере извлечения головка постепенно разгибается, одновременно прорезываясь через половую щель. Последние тягания делаются вертикально и даже переходят через вертикаль по направлению к животу роженицы.

Как и при естественном прорезывании головки, так и при извлечении ее щипцами промежность сильно растягивается. Чтобы сохранить ее в целости, необходимо соблюдать приблизительно те же правила, какими

руководятся при т. наз. защите промежности. Для сохранения промежности рекомендуется даже заблаговременно снимать щипцы, но вряд ли это правильно, так как в щипцах мы можем вывести головку, пожалуй, гораздо бережнее, чем без щипцов. При помощи щипцов мы очень удобно можем удерживать головку от слишком быстрого прорезывания, если оперируемая

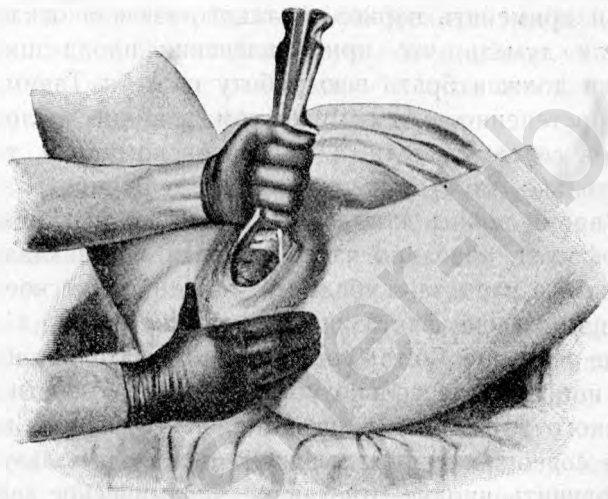


Рис. 31. Наложение акушерских щипцов. VII. Последние моменты извлечения. Тракции делают в вертикальном направлении и косо по направлению к лицу роженицы: головка плода таким путем очень постепенно прорезывается через половую щель, разгибаясь, как при естественном механизме.

тужится. Потуги здесь вполне возможны и тогда, когда мы накладывали щипцы из-за отсутствия родовой деятельности, и даже в том случае, когда мы их накладываем под наркозом.

Тут я считаю нужным остановиться на одной спорной стороне в теории щипцов. Старые акушеры, накладывая щипцы, придавали большое значение их т. наз.



динамическому действию. Они думали, что наложение щипцов уже само по себе вызывает прекратившиеся схватки и усиливает их, если они только ослабели. Никаких тракций, никакого усилия со стороны акушера не требуется; он наложил щипцы, и дальше роженица начнет рожать сама, а акушер лишь слегка может ей помогать. С течением времени, особенно с тех пор, как начали применять наркоз, от такого взгляда отказались и стали думать, что при извлечении плода щипцами акушер должен брать всю работу на себя. Таким образом, постепенно о динамическом влиянии наложения щипцов совсем забыли, а, если и вспоминали, то для того только, чтобы категорически его отрицать.

Во время войны, когда за отсутствием помощника и хлороформа довольно часто приходилось накладывать щипцы без наркоза, я убедился, что динамическое влияние щипцов не фантазия старых акушеров, а нечто вполне реальное. Я стал совершенно сознательно изучать этот вопрос и не только убедился в реальности динамического влияния щипцов, но и извлек из своих наблюдений совершенно определенную для себя пользу. Чтобы получить вполне отчетливое динамическое действие щипцов, нужно охладить щипцы хотя бы до комнатной температуры (а во время оно комнатная температура бывала немногим выше, а то и ниже нуля). Это охлаждение очень важно, и, кроме наркоза, отсутствие динамического влияния щипцов в наше время можно, пожалуй, объяснить тем, что мы обыкновенно накладываем щипцы теплыми, вынимая их прямо из кипятивника. Иной раз даже руки обжигает, когда берешься за ложку. Старые акушеры работали проще,—они вынимали свой инструмент из боковых карманов сюртука. Вот какую мораль можно извлечь из только-что сказанного: накладывай щипцы (выходные) по возможности без наркоза;

наложив, не торопись сейчас же извлекать,—может быть, щипцы проявят свое динамическое влияние. Если схватки и потуги действительно начнутся, это облегчит твою задачу вдвойне: не только легче будет извлекать, но само собой выяснится, в каком направлении следует делать тракции, а ведь во многих случаях, когда неясно определено предлежание, это решается не легко. Если только щипцы наложены правильно, ты можешь руководствоваться тем, куда подается рукоять щипцов во время произвольной потуги роженицы, — в этом же направлении ты должен прилагать и свою силу.

Итак, с помощью роженицы или без нее, но головку мы извлекли. Тогда остается снять щипцы, и операция кончена, так как туловище родится само или при незначительном нашем пособии. Снимать щипцы надо бережно и в определенном порядке: сперва снимается правая ложка, а потом левая. При снятии делают дугообразное движение, так что ложка должна как бы соскальзывать с головки и не должна при этом нанести повреждения ни головке плода, ни матери.

Мы изложили технику наложения выходных щипцов при переднем виде затылочного предлежания. Совершенно так же мы будем накладывать щипцы и в том случае, если у нас будет задний вид затылочного предлежания, но извлечение головки мы будем здесь делать по иному. В самом деле, если мы станем делать первые тракции книзу, как делали это при переднем виде, то головка плода под влиянием этих тракций разогнется, и вместо затылочного предлежания мы получим теменное или переднечерепное. Дальнейшие горизонтальные тракции будут уже нележки, так как придется выводить головку в разогнутом положении, т.-е. сравнительно большей окружностью; а переводя тракции кверху, в вертикальное направление, мы встретим еще большие

затруднения. И может случиться, что нам придется отказаться от извлечения щипцами и, сняв их, сделать перфорацию головки. В лучшем случае мы, может быть, извлечем головку в разогнутом состоянии, но почти наверное купим этот успех ценой очень большого, может быть, полного разрыва промежности. Поэтому-то в тех случаях, где мы не уверены, с каким видом мы имеем дело, лучше всего не торопиться извлечением и выждать указания о направлении тракции по движению рукоятки при самопроизвольной потуге. Если же мы уверены в данных своего внутреннего исследования и определенно знаем, что имеем дело с задним видом затылочного предлежания, тогда тракции наши будут производиться в другом порядке, чем при переднем виде. Вместо того, чтобы делать тракции книзу, мы здесь, при заднем виде, сделаем несколько тракций кверху, чтобы по возможности согнуть головку и подвести под лонное сочленение границу между лобиком и волосистой частью или, того лучше, область большого родничка. Теперь мы делаем ряд горизонтальных тракций до тех пор, пока не выведем теменные бугры и, наконец, закончим тракциями вниз, коими выведем личико из-под лона. Операция щипцов при заднем виде значительно более трудна, чем та же операция при переднем виде и, даже в удачных случаях, дает большие разрывы промежности.

Выйти из этого тягостного положения можно только довольно сложной и технически нелегкой операцией, которая заключается в том, что после наложения щипцов прежде, чем делать тракции, головку щипцами поворачивают в передний вид. Академическое акушерство справедливо говорит по этому поводу, что щипцы являются инструментом не для исправления предлежания головки, а лишь для извлечения ее. Однако опытный практик

не остановится перед таким запретом и, переведя головку в поперечное положение, снимет щипцы и вновь наложит их в косом размере, после чего дальнейшим вращением головки повернет ее в прямой размер так, что теперь затылок окажется под лонным сочленением. Получится передний вид затылочного предлежания; иными словами, головка будет повернута на  $180^\circ$ . Казалось бы, что, раз мы пойдем на такое изменение предлежания головки, проще было сделать это в один прием, не снимая щипцов после поворота на  $90^\circ$ . Тут надо помнить то, что выше сказано о тазовой кривизне щипцов: эта кривизна никогда не должна быть обращена своей вогнутостью к крестцу, а это неминуемо получится, если мы будем вращать головку сразу на  $180^\circ$ . Понятно, что при таких обстоятельствах тазовая кривизна является для нас настоящей помехой. Здесь, действительно, прямые щипцы могли бы оказаться очень кстати. Нужно, однако, помнить, что вся описанная операция, даже в очень искусных руках, не всегда удается, и осторожнее будет никогда не форсировать и при неудаче извлекать плод в заднем виде. Зато при удаче можно воочию убедиться и убедить окружающих, насколько велика разница в легкости извлечения головки при переднем виде в сравнении с таким же извлечением в заднем.

Из описания операции выходных щипцов как при переднем, так и заднем видах явствует, что и в том и в другом случаях щипцы должны лежать на головке по боковым ее сторонам и тазовая кривизна должна быть параллельна вогнутости крестца. Когда при наложении щипцов удовлетворены оба эти условия, мы говорим, что щипцы наложены типично или, что мы имеем типичные щипцы. Во всех остальных случаях, когда одно или оба условия не соблюдены, наложение щипцов будет атипичным, и техника операции

при этом будет значительно труднее. К атипичному наложению щипцов мы вынуждены в тех случаях, когда головка стоит еще в полости и, следовательно, в косом, а не в прямом размере таза. Если мы введем ложки щипцов так, как вводили их при наложении выходных щипцов, то они лягут не на боковые стороны головки, а захватят головку несимметрично. При этом положение ложек будет различно в зависимости от позиции и вида, в которых находится плод. В самом деле, возьмем наиболее частое предлежание: передний вид первой (левой) затылочной позиции. Затылок здесь будет расположен кпереди от поперечного размера — между ним и лонным сочленением, стреловидный шов будет проходить в первом (правом) косом размере и личико будет обращено кзади к области правого крестцово-подвздошного сочленения. При таком расположении головки левая ложка ляжет на левый теменной бугор, а правая — на боковую (правую) сторону личика. Захват головки будет, следовательно, несимметричный. По отношению к тазу щипцы будут лежать типично. Такое нетипичное положение щипцов на головке прежде всего скажется тем, что рукоятки щипцов после их замыкания будут расходиться. Если мы будем их сжимать, то сожмем и головку, что нежелательно, но, если мы начнем делать тракции, не сжимая рукояток, щипцы легко могут соскользнуть. Приходится, придерживаясь золотой середины, сжимать рукоятки настолько, чтобы ложки не соскальзывали, но вместе с тем настолько, чтобы головка не слишком сильно сжималась. Слишком сильно сжимать головку нельзя еще и по другой причине. Если мы, наложив щипцы, как описано, станем делать тракции и тракциями сводить головку вниз, к выходу, то при сильном ее сжатии мы так и сведем вниз в косом размере, т.е. помешаем ей совершить свое внутреннее

вращение. Напротив, если головка будет сжата не слишком сильно, то она совершит свое вращение в щипцах. Мы ясно ощутим это вращение головки, так как рукоятки щипцов будут сближаться по мере того, как головка будет переходить в прямой размер выхода таза, и, наконец, они будут вполне соприкасаться, когда вращение вполне совершится. Таким образом, мы получим такое расположение головки и щипцов, какое имели при наложении выходных щипцов. Дальнейшее извлечение ничем не будет отличаться от того, как оно выше описано при операции выходных щипцов. Операция наша закончится благополучно, но в ряде случаев мы волей-неволей нанесем те или иные повреждения плоду. В большинстве эти повреждения будут поверхностного характера и будут заключаться в отпечатках от ложек щипцов. Здесь могут быть и кровоподтеки, и ссадины; при более сильном сдавлении может получиться прижатие лицевого нерва с последующим парезом или параличом; может произойти кровоизлияние вокруг глаза. Все эти повреждения, не исключая паралича лицевого нерва, скоропреходящи и не должны внушать чрезмерных опасений. В других случаях могут быть более глубокие повреждения, и особенно тяжелым будет повреждение глаза. Однако, для жизни плода роковыми являются не эти наружные повреждения, а те повреждения, которые происходят внутри черепа и, как правило, состоят в разрыве кровеносных сосудов с последующими кровоизлияниями под оболочки или в вещество мозга. Такие повреждения дают или глубокую асфиксию, из которой новорожденного оживить не удастся, или ведут к смерти через несколько дней после рождения.

Ни один акушер не гарантирован, что, оперируя, он не нанесет плоду того или иного повреждения или даже не извлечет его мертвым; об этом всегда нужно

заранее предупреждать и роженицу и ее окружающих, дабы потом не получить упреков и нареканий.

Так как щипцы накладываются, главным образом, в интересах плода, то естественно, что акушеры издавна стали стремиться изменить технику наложения полостных щипцов в таком направлении, чтобы получать лучшие для плода результаты. Наша беда заключается в том, что щипцы при накладывании их в полости таза захватывают головку несимметрично и ложатся не на боковые ее стороны. Можно ли помочь этой беде? Можно. Нужно только, введя первую ложку, перевести ее из поперечного размера таза, в который она введена, в косой размер, т.-е. с теменного бугра головки на ее боковую сторону. Такой «перевод» ложки делается с величайшей осторожностью и под постоянным контролем «внутренних» пальцев правой руки. Лучше даже сказать прямо: ложка переводится исключительно внутренними пальцами. Перевод первой ложки обычно удается легко. Теперь мы накладываем вторую ложку — она ложится в поперечном размере таза и на боковую сторону личика. И ее мы должны «перевести» на боковую сторону головки, т.-е. в косой размер так, чтобы она легла симметрично первой. Этот перевод делается также, по возможности, одними внутренними пальцами и еще осторожнее, чем перевод первой ложки. Не всегда он, однако, удается, и тогда лучше отказаться от перевода, вынуть вторую ложку, первую вернуть обратно в первоначальное место и после этого вновь наложить правую (вторую) ложку в поперечном размере таза. Если же перевод второй ложки удался, то щипцы легко замыкаются, но, конечно, лежат не горизонтально, а косо. Делаем пробную тракцию и убеждаемся, что щипцы наложены правильно и не соскальзывают. Приступаем к извлечению.

Наша задача — свести головку к выходу, — для этого делаем тракции вниз. Одновременно необходимо, чтобы головка вместе со щипцами совершила свое внутреннее вращение и повернулась затылком к лонному сочленению. Это часто совершается и без всякого старания с нашей стороны; не нужно только противодействовать этому естественному движению. Однако, иногда головка упорно не выходит из косога размера, тогда волей-неволей необходимо сделать щипцами соответствующее вращательное движение или, лучше сказать, тогда при каждой тракции книзу нужно дополнительно делать небольшое вращательное движение в сторону лона, и в результате этих движений получится полное вращение, и затылок, опускаясь к выходу, одновременно будет подходить под лонное сочленение. Когда головка низведена к выходу, остается извлечь ее окончательно. Это делается так, как описано при выходных щипцах.

Второй способ наложения полостных щипцов, «способ с переводом ложек», дает гораздо лучшие результаты для детей, и обычно повреждения головки бывают самые поверхностные. К сожалению, техника этой операции значительно труднее и представляет определенную опасность для матери. При переводе ложек можно нанести матери значительные повреждения, особенно опасные, если они располагаются во влагалищных сводах, где можно поранить маточную артерию. Если операция производится при полном мочевом пузыре, можно поранить пузырь. Все это заставляет меня не очень рекомендовать эту операцию врачу без специальной акушерской выучки.

Мы описали наложение полостных щипцов при первой позиции. Когда приходится накладывать полостные щипцы при второй позиции, по существу все приемы



остаются те же, но расположение ложек после наложения будет другое.

Если мы имеем вторую позицию и накладываем щипцы без перевода ложек, то левая ложка ляжет не на теменной бугор, а на боковую сторону личика; правая ложка ляжет не на боковую сторону личика, а на те-

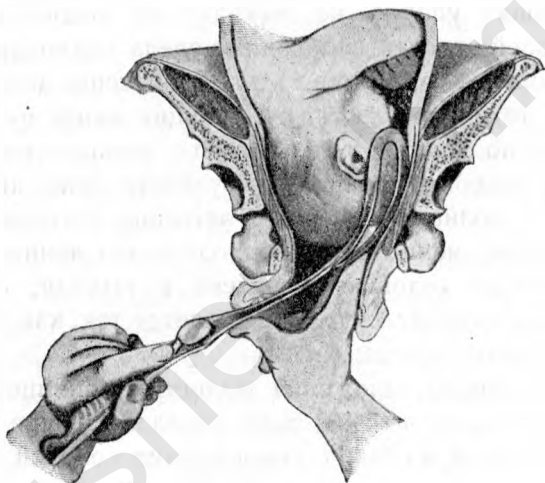


Рис. 32. Наложение полостных щипцов с переводом ложек. Левая ложка переводится при помощи внутренней руки на боковую сторону головки, т.е. в косой размер полости газа.

менной бугор, притом правый. При накладывании щипцов с переводом ложек техника операции при второй позиции будет та же, но самый перевод ложек будет совершаться несколько иначе. Левую ложку при первой позиции нам приходилось переводить кзади, чтобы она с теменного бугра перешла на боковую сторону головки. При второй позиции для того, чтобы ложка легла на боковую сторону головки, приходится

переводить ее кпереди с боковой стороны лица. Правая ложка при второй позиции тоже переводится иначе, чем при первой. При первой позиции правая ложка переводится с боковой стороны лица кпереди на боковую сторону головки; при второй позиции она ложится первоначально на правый теменной бугор и отсюда переводится кзади на боковую сторону головки.

Читатель прочел это краткое описание, а в голове у него, б. м., остается впечатление какой-то путаницы и неясности. К сожалению, такая же неясность и неуверенность бывает часто и тогда, когда приходится переводить ложки в действительности. А если переведешь ложки неверно, то получится и совсем конфуз. Вот еще причина, почему трудно рекомендовать эту операцию не-специалисту.

Все это, однако, пустяки в сравнении с тем, что может случиться при неправильном переводе ложек, если головка в полости находится в заднем виде. А, между тем, задний вид нередко служит причиной того, что крепкая и здоровая роженица не может самостоятельно родить нормальной величины ребенка при нормальном тазе. Разберем дело более конкретно. Имеем задний вид первой позиции. Головка в полости в косом размере. Затылок обращен кзади, к левому крестцово-подвздошному сочленению, личико вперед, в квадранте между поперечным и прямым размерами. Накладываем щипцы без перевода ложек. Левая ложка ляжет на теменной бугор, правая—на боковую часть личика. Щипцы замкнулись, рукоятки в горизонтальной плоскости, но расходятся, так как щипцы охватывают головку несимметрично. Делаем тракции вниз, головка спускается вниз, при чем затылок, следуя обычному при задних видах механизму, переходит прямо кзади к копчику, к подлонному сочленению подходит передняя

часть черепной крышки. Вращение головки совершилось в щипцах, и теперь имеем головку в выходе в прямом размере и в заднем же виде. Дальнейшее извлечение можно производить в заднем же виде, как это описано при выходных щипцах. Возможно, что все обойдется благополучно. Но представим себе теперь, что при том же изначальном положении головки мы решаем сделать извлечение с переводом ложек.

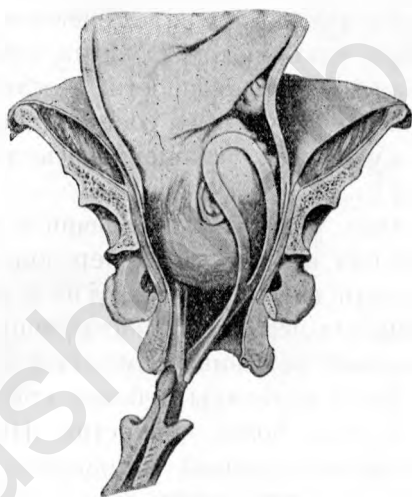


Рис. 33. Наложение полостных щипцов с переводом ложек—щипцы иметь в косом размере.

Левая ложка после наложения находится на теменном бугре. Если мы вздумаем перевести ее кзади, то ясно, что ложка попадет прямо на затылок, т.-е. ляжет на часть головки совсем для этого неподходящую. Когда мы затем наложим правую ложку и переведем ее с боковой стороны личика кпереди, то она ляжет прямо на личико, и, таким образом, обе ложки охватят головку

в направлении спереди назад. Такой захват чрезвычайно неблагоприятен, и рукоятки щипцов при этом сильно расходятся—щипцы чрезвычайно легко соскальзывают, и так как ложки сильно раз'единены, то при соскальзывании их получают очень обширные повреждения мягких тканей матери. Если мы, сжав рукоятки, избегнем соскальзывания, то самое извлечение представит очень большие, почти непреодолимые затруднения. В самом деле, если мы будем извлекать, не стараясь вывести щипцы из косога размера, наши тракции будут почти безрезультатны, так как свести головку к выходу таза в косом размере при заднем виде почти невозможно. Если, извлекая, мы будем переводить щипцы в горизонтальную плоскость, т.-е. в поперечный размер, то и головка должна перейти в поперечный размер выхода, но мы знаем, что поперечный размер выхода еще менее благоприятен для головки, чем косой. Остается одно: стремиться перевести головку в прямой размер выхода, т.-е. переводить щипцы в прямой размер, поставив их в вертикальном направлении. Нетрудно понять, что тогда щипцы будут лежать крайне неблагоприятно для дальнейшего извлечения, и снять их при таком положении очень нелегко. Быть может, можно надеяться, что при тракциях вниз головка совершит свое внутреннее вращение в щипцах? Увы! Этого никогда не бывает, когда головка захвачена спереди назад. Отсюда видно, что при таком переводе ложек получается совершенно безвыходное положение для акушера при большой опасности для матери и плода. Понятно поэтому, что ни один акушер сознательно в такое положение не попадет, но неприятность эта тем не менее бывает в тех случаях, когда ошибочно определено положение головки в тазе, когда, напр., задний вид принимается за передний.

Вся беда в нашем случае произошла потому, что мы левую ложку перевели кзади и поместили на самый затылок. Посмотрим, что будет, если при заднем виде мы переведем левую ложку не кзади, а кпереди. Ясно, что при этом она поместится на боковой стороне головки, т.-е. займет правильное положение. Правую ложку после этого мы будем переводить не кпереди, а кзади, чтобы она заняла симметричное с левой ложкой положение,—к нашему удовольствию, она при этом тоже ляжет на боковую сторону головки. Таким образом, головка будет захвачена щипцами совершенно правильно, но радоваться рано: при первых же тракциях мы убедимся, что головка не поддается, и это—потому, что нельзя ее свести к выходу в косом размере. Тогда мы делаем вращательное движение щипцами, чтобы перевести головку в прямой размер. Если это и удастся, то только при условии, что затылок переместится кзади, т.-е. задний вид останется задним. Дальнейшее извлечение надо делать так, как описано при выходных щипцах, при заднем виде. Итак, из описания наложения полостных щипцов при заднем виде затылочного предлежания видно, что перевод ложек не дает нам особенной выгоды в сравнении с простым наложением в поперечном размере, ибо в конце концов и в том и в другом случае получается задний вид в выходе таза. Если же мы сделаем перевод ложек неправильно, то попадем в большую беду. Все это, а также и то, что было сказано раньше, заставляет нас еще раз дать совет—при неясности распознавания отнюдь не накладывать полостных щипцов с переводом ложек, а накладывать их попросту, без затей в поперечном размере.

Боюсь, что такое заключение оставит в читателе невысокое мнение об акушерском оперативном искусстве,

и потому остановлюсь на вопросе: как же быть, чтобы выйти с честью из положения? И возможно ли это вообще? Возможно — путем наложения щипцов по способу Сканцони, или, как говорят у нас, путем наложения щипцов «с перекладыванием и переводом ложек». Подробно описывать ход операции я не буду, скажу лишь, в чем смысл этой операции. Первая задача, которую при этом ставит себе акушер, заключается в том, чтобы перевести головку из косо́го размера в поперечный. Для этого ее нужно повернуть кпереди приблизительно на  $45^\circ$ . Это возможно сделать вращательным движением щипцов, наложенных в поперечном размере таза. Щипцы и при левой и при правой позиции вращаются кпереди, при чем, конечно, не плохо, если без насилия удастся сделать вращение несколько больше  $45^\circ$ , так, чтобы затылок хотя бы немного повернулся кпереди от поперечного размера. Теперь щипцы снимают. Делают это по общим правилам, т.е. сперва снимают правую, а потом левую ложку, но снимают с величайшей осторожностью, чтобы головка при снятии не вернулась в свое исходное положение, т.е. в задний вид. После этого маневра мы имеем как бы передний вид. Приступаем вновь к наложению щипцов с переводом ложек, но и теперь действуем с величайшей осторожностью, ибо и теперь легко сместить головку в исходное положение, т.е. в задний вид, а тогда, конечно, придется начинать сначала. Если наложение щипцов удалось, то извлечение головки совершается обычным порядком, как описано выше. Здесь, как уже указано выше, прямые щипцы оказываются гораздо более удобными, так как, наложив их раз, снимать и перекладывать уже не приходится, и можно делать вращательное движение почти на  $180^\circ$ . Беда только в том, что, как я уже говорил, прямые щипцы охватывают головку не

так хорошо, как щипцы с тазовой кривизной, и потому при вращательном движении они несколько «ерзают» по головке и могут причинить ей большие повреждения. Но, конечно, гораздо опаснее те повреждения, которые при этом могут быть нанесены матери.

Все, что сказано о наложении щипцов при заднем виде первой позиции, совершенно повторяется и при заднем виде второй позиции. Конечно, с соответствующими изменениями.

Я довольно подробно остановился на описании операции полостных щипцов, так как думаю, что каждый участковый врач после нескольких лет практики осваивается с акушерством настолько, что сумеет наложить не слишком трудные полостные щипцы.

Теперь следовало бы перейти к описанию операции высоких щипцов, но из предшествующего достаточно ясно, что эта операция должна оставаться уделом специалистов, да и ими будет применяться все реже и реже, уступив место кесарскому сечению. По нашему мнению, участковый врач не должен накладывать высоких щипцов, но он должен отчетливо представлять себе, когда такие щипцы показаны, чтобы своевременно вместо них применить доступную ему операцию перфорации головки, если кесарское сечение ему недоступно. Показанием здесь в противоположность выходным и полостным щипцам, будет не ослабление родовой деятельности, а ее усиление. В самом деле, если головка вставилась во вход в таз, но дальше не продвигается, а родовая деятельность идет правильно или даже на время затихла, у нас нет оснований вмешиваться, и мы можем выждать, не конфигурируется ли головка и не пойдет ли после этого дело на лад. Совсем другое получается, если при отсутствии поступательного движения схватки начинают усиливаться. Здесь уже очень скоро

положение становится тревожным. Начать с того, что роженица становится очень беспокойной и, даже терпеливая, кричит особым, резким криком. Схватки не только болезненны,—они беспорядочны и спазматического характера. Огий и морфий плохо их успокаивают и обезболивают. Нижний сегмент матки определенно истончается, и контракционное кольцо поднимается кверху. Болезненность не прекращается и в перерывах между схватками, так что крик роженицы раздается без перерыва. Об'ективно можно отметить резкое учащение пульса, и, что я считаю особенно важным, нижний сегмент становится нестерпимо чувствительным даже к очень легкому прикосновению рукой, и не только рука, но даже одеяло и простыня причиняют боль роженице: она все с себя сбрасывает и лежит обнаженная с выражением ужаса на лице. Все это—признаки т. наз. угрожающего разрыва матки. Здесь медлить нельзя. Поистине промедление здесь смерти подобно. Нужно быть готовым приступить к перфорации головки живого плода.

Начинают с того, что дают глубокий, глубочайший наркоз. Под глубоким наркозом опытный акушер, пожалуй, имеет право сделать осторожную попытку наложить высокие щипцы. Однако малейшая неуспешность при накладывании, отсутствие поступательного движения при первых же тракциях—заставляют акушера отказаться от своей попытки, и он переходит к перфоратору, который в таких случаях всегда кипятится вместе с щипцами. Такие щипцы мы называем «пробными». Конечно, мало кто согласится выжидать до тех пор, пока роды примут характер, который здесь нарисован. Обычно мы приступаем к операции, если в течение 2—3 часов при очень сильных схватках нет ни поступательного движения головки, ни ее конфигурации. Понятно, однако, что и то, и другое, и третье устанавливается



довольно субъективно и зависит от темперамента и опыта акушера.

В чем же опасность высоких щипцов? Во-первых и прежде всего, в том, что головка останавливается во входе обычно только при определенном несоответствии между ее величиной и емкостью таза. Это уже само по себе отягчает всякое оперирование. Вторая беда заключается в том, что при высоко стоящей головке мы должны ввести щипцы очень глубоко и концами их манипулировать без контроля внутренней руки, при этом всякое движение рукояткой снаружи передается на конец ложки по закону рычага. Неудивительно, что при таких условиях легко нанести повреждение матери. В-третьих,— стоит головка во входе в поперечном размере таза, т.-е. в размере, совершенно неудобном для того, чтобы можно было мало-мальски правильно наложить щипцы. Если щипцы наложены неправильно, то опасность от соскальзывания их очень велика. Когда все эти трудности преодолены благополучно, остается еще впереди извлечение через весь костный таз. Как бы бережно мы ни извлекали, все же головка никогда не успевает при этом достаточно хорошо приспособиться к проходным теснинам, т.-е. она не конфигурируется, а сжимается. При этом, естественно, происходят повреждения и на ней и в черепной полости. Результат— неизбежно большой процент мертвых детей.

Наконец, есть еще одно обстоятельство, которое чрезвычайно отягощает наложение высоких щипцов, оно бывает налицо и при стоянии головки в полости таза. До сих пор я умышленно обходил это обстоятельство молчанием, но теперь должен на нем остановиться. Все время, говоря о наложении щипцов, мы предполагали, что оперируем при полном открытии зева. Неполное открытие зева мы выставили серьезным противопоказанием

к наложению шипцов. Однако в жизни многие школьные, академические, правила приходится иногда нарушать. Так обстоит дело и с открытием зева при наложении щипцов. Если мы имеем большое открытие и по окружности головки ощущаем тонкую и мягкую кайму зева, естественно, мы можем наложить щипцы. Нужно только особенно внимательно и осторожно проводить ложки, чтобы они непременно совершенно отчетливо проскользнули под края зева. После того, как щипцы наложены и мы начинаем делать тракции, этот тонкий край зева, естественно, напрягается и «венцом» охватывает головку. Возможно, что под влиянием тракций он легко и быстро начнет растягиваться и никакого препятствия к извлечению не представит, часто «бывает легко его завести за головку» пальцами. Иногда, однако, край зева, особенно, если он потолще или поплотнее, напрягается упругим кольцом и при сильной тракции может надорваться и разорваться. Этого следует избегать, сделав рассечение шейки искривленными по ребру ножницами (Негеле), о чем уже говорилось в V главе. Там же описана техника этой немудреной операции. Пользуясь рассечением шейки, можно накладывать щипцы при открытии в четыре и даже в три пальца, но злоупотреблять этой возможностью не следует.

Бывают, однако, случаи, когда нельзя выжидать до полного открытия, потому что с выжиданием зев не расширяется, а все больше и больше суживается. Это бывает при патологическом отеке и наружного зева вследствие сдавливания шейки между головкой и тазовым кольцом. Особенно часто и сильно при этом отекает передняя губа, так как шейка особенно сильно придавливается головкой именно к лонному сочленению. В этих случаях при повторных внутренних исследованиях вы можете воочию наблюдать, как край наружного

зева все больше и больше отекает. Иногда, раздвинув половую щель, можно увидеть такой зев глазами—он гладкой поверхности и сине-багрового цвета (цвета спелой сливы). Отекание зева вследствие придавливания головкой всегда может и должно служить показанием к оперативному окончанию родов, ибо здесь выжидание поведет только к ухудшению положения, так как отекание будет все больше увеличиваться, и самый зев, отекший и об'емистый, будет служить большим препятствием для дальнейшего продвижения головки. Кроме того, отекание зева указывает на сильное сдавливание вышележащих частей, что, понятно, грозит омертвлением придавленного участка с образованием свища.

Все то, что здесь сказано о неполном открытии зева, может встречаться и при головке, стоящей в полости таза, но, конечно, гораздо чаще наблюдается при головке, стоящей во входе. Полное открытие при высоких щипцах является скорее исключением. Вот это-то и является еще одним и немаловажным осложнением при наложении высоких щипцов. О нем нужно всегда помнить и, если оно не всегда должно удерживать вас от операции, то всегда должно служить предостережением и указанием на необходимость сугубой осторожности.

Все время до сих пор у нас идет речь о наложении щипцов при затылочных предлежаниях и, главным образом, о переднем виде затылочных предлежаний. Мы выяснили, что задний вид затылочных предлежаний, как отклонение от нормы, уже сильно затрудняет и технику наложения щипцов и самое извлечение. Неудивительно поэтому, что более серьезные аномалии предлежания, как-то предлежания теменные, лицевые и лобные, представляют при наложении щипцов значительные и очень значительные трудности. Обычно в руководствах по акушерству при всех этих предлежаниях наложению

щипцов посвящены особые главы, но да позволено мне будет сказать здесь, что для практического врача, не специалиста, этот отдел оперативного акушерства не нужен, ибо ни в коем случае ему нельзя рекомендовать браться в этих случаях за щипцы. Здесь операцией выбора должна быть перфорация головки и даже в родовспомогательных учреждениях эта операция не может и не должна исключаться из обихода.

То же надо сказать и о щипцах на последующую головку. Там, где не удалось извлечь последующую головку обычным путем, там нет смысла накладывать на нее щипцы. Живого ребенка не получишь, а мать зря подвергаешь опасности. И здесь единственно уместной операцией является перфорация. Если же перфорации почему-либо сделать нельзя, надо спокойно выждать. Как только у плода наступят посмертные изменения в соединении черепных костей и в мозге, так головка легко сплющивается и извлекается без труда. Наступают такие изменения сравнительно скоро.

---

---

## ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

### ВЫЖИМАНИЕ ПЛОДА.

В предыдущей главе упоминалось, что иногда наложение щипцов может быть предотвращено выжиманием плода по Кристеллеру.

Для того, чтобы можно было выполнить этот прием вполне успешно, удобнее, чтобы роженица лежала довольно низко, и если она лежит на столе или на высокой родильной кровати, нужно стать на скамеечку или невысокий табурет. Удобнее стать с левой стороны роженицы. Кисти рук акушер кладет плашмя по бокам матки ближе ко дну и выжидает схватки. Вместе со схваткой производят давление обеими руками сверху вниз. Это давление рук непосредственно передается на плод, и, наблюдая за прорезыванием головки, можно воочию убедиться, что наша помощь, действительно, приносит определенную пользу. Кроме непосредственного давления на плод, такое выжимание действует еще иначе: руки акушера являются как бы стенкою, в которую упирается дно матки, и это усиливает производительность ее работы.

Однако, в этом способе есть свои отрицательные стороны. Он грубоват и требует довольно большого напряжения сил, так что руки скоро устают, и помощь, которую мы этим прием можем оказать, в общем, очень кратковременна. Поэтому там, где требуется усиление

эффекта относительно слабой родовой деятельности, — более рационально пользоваться бинтом Вербова или каким-нибудь приспособлением, в основу которого вложена та же идея. Приспособление это лучше всего осуществляется хорошим суровым полотенцем достаточной ширины и длины. Полотенце накидывают на живот роженицы и концы его подводят под спину. Натягивая концы полотенца в стороны во время схватки, можно укреплять брюшную стенку и заметно улучшать течение родов. Кроме выжимания плода по Кристеллеру, в акушерстве применяется еще выжимание последующей головки при извлечении плода за тазовый конец. Делается это выжимание помощником оператора, который надавливает на головку со стороны брюшной стенки и тем может значительно облегчить ее извлечение.

Как при выжимании плода по Кристеллеру, так и при выжимании последующей головки нужно помнить, что противопоказанием для того и другого является наполненный мочевой пузырь. Во всяком случае, здесь не следует слишком усердствовать.

---

## ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

### ОПЕРАЦИИ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ОБЪЕМ ПЛОДА.

Перфорация головки. В предыдущих главах несколько раз уже упоминалось об этой операции, как об операции неизбежной в деятельности участкового врача. Я не представляю себе, как можно обойтись без нее в тех условиях, в каких у нас находится деревенское родовспоможение. Но я должен сказать, что и в госпитальной обстановке, даже во вполне оборудованных родовспомогательных заведениях, эта операция будет еще долго производиться, несмотря на все успехи хирургического направления в акушерстве. Я помню время, когда это направление делало свои первые триумфальные шаги; я помню, как мои старшие товарищи, бывшие пионерами этого направления, с энтузиазмом говорили, что близко время, когда с акушера будет снята самая тягостная его обязанность — обязанность жертвовать одной жизнью, жизнью плода, для спасения жизни матери. Я всецело разделял и разделяю этот энтузиазм, и все же я думаю, что и современный акушер в известных условиях может и даже обязан со спокойной совестью производить операцию перфорации головки живого плода.

Выше, описывая высокие щипцы и признаки угрожающего разрыва матки, я уже подчеркнул, что в таких случаях имеются все показания к перфорации

головки. Тем более вески эти показания, если, при аналогичной картине родов, головка еще не вставилась во вход таза. В таких случаях не приходится даже и думать о высоких щипцах. Конечно, здесь, на ряду с перфорацией, нужно иметь в виду и кесарское сечение, но лишь при подходящих условиях и при безусловном согласии матери. В случаях инфицированных и там, где плод уже пострадал в своей жизнеспособности, кесарское сечение даже в клинике должно уступить место перфорации.

Нужно ли говорить, что показания к перфорации головки в деятельности участкового врача приходится ставить гораздо шире и что здесь даже невозможность наложить полостные щипцы дает полное право произвести перфорацию.

Все вышеизложенное касается перфорации головки живого плода. Там, где имеется мертвый плод, там



Рис. 34. Копьевидный перфоратор Бло.

перфорация головки всегда является вполне показанной операцией. Беда, однако, заключается в том, что у акушера почти никогда нет уверенности в смерти плода, так что на практике мы с уверенностью делаем перфорацию на мертвом плоде только при выпадении из зева непальсирующей пуповины и при невозможности вывести последующую головку при тазовых предлежаниях. Техника перфорации чрезвычайно проста и заключается в том, что: 1) в черепной крышке плода делается отверстие и 2) через проделанное отверстие разрушается и удаляется мозг плода.



Для того, чтобы сделать прободение черепных костей, можно воспользоваться одним из многочисленных инструментов, предложенных для этой цели, и, в крайнем случае, даже обыкновенными швейными ножницами. Из существующих инструментов я предпочитаю простой копьевидный перфоратор Бло или ножницеобразный перфоратор Негеле, но не отрицаю, что трепановидные

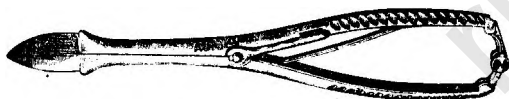


Рис. 35. Перфоратор ножницеобразный—модель Негеле.

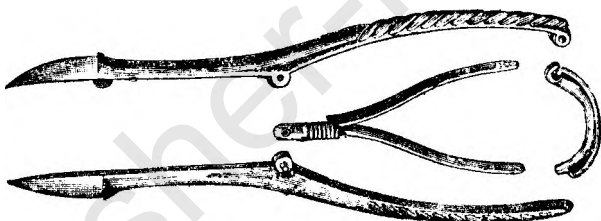


Рис. 36. Тот же перфоратор в разобранном виде.

перфораторы безопаснее в работе. Однако, они дороги, сложны и требуют за собой такого ухода, который трудно доступен в условиях участковой лечебницы.

При производстве операции нужно строго помнить об основном условии ее безопасности — о хорошем фиксировании головки. Когда головка подвижна, это требование совершенно понятно. Но, когда головка уже плотно вставилась во вход или, тем более, в полость так, что кажется, ничто ее сдвинуть не может, тогда может явиться побуждение делать перфорацию без фиксирования головки помощником. Это

будет грубая неосторожность. Посему, даже в деревенской избе, прежде, чем приступить к мытью рук, надо выбрать из окружающих наиболее подходящее лицо и об'яснить ему, что он должен делать для фиксации головки и показать ему, как он это должен делать. Только после того, как имеется помощник для фиксации, можно приступить к самой операции. Я всегда делаю ее «по старому завету», т.-е «втемную» и по пальцу левой руки. Нельзя отрицать, что безопаснее делать перфорацию на-глаз, как предлагает это Фененов, обнажив подлежащую часть влагалищными зеркалами. Но горе заключается в том, что для этой цели необходимы особо большие и широкие зеркала, каких не бывает даже в хорошо оборудованных заведениях, а не то - что в инструментарии участковой лечебницы.

Итак, захватив инструмент в правую руку, его по пальцам левой руки вводят во влагалище и доводят до головки. Стараются конец инструмента фиксировать на шве или на родничке и, отдав команду о фиксации, делают инструментом пронзающее движение в направлении полости черепа, одновременно как бы ввинчивая инструмент. Обычно перфоратор сразу проникает в полость черепа. Тогда его раскрывают, чем расширяется отверстие в черепной крышке, и им же начинают делать вращательные движения в полости черепа, чтобы разрушить мозг. Не надо торопиться вынимать перфоратор из черепной полости, при удаче им можно разрушить мозг столь основательно, что он тут же вытекает в большом количестве. Тогда можно считать свою задачу выполненной и, удалив перфоратор, ждать самопроизвольных родов.

Так как перфорацию вполне можно делать без наркоза, то роженицу можно заставить тужиться, и если

мозг удален хорошо, головка на наших глазах сплющивается и начинает быстро продвигаться книзу. Если страшно работать в глубине черепа острым перфоратором

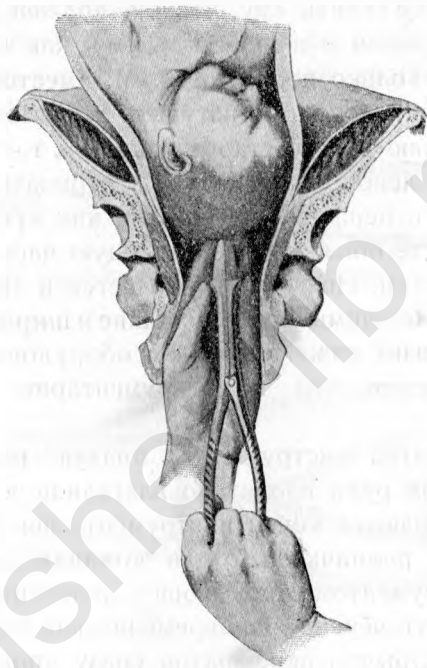


Рис. 37. Перфорация предыдущей головки ножницеобразным перфоратором Негеле. Момент прободения черепной крышки. Именно в этот момент чрезвычайно важно, чтобы помощник снаружи фиксировал головку, т.-е. обеими руками удерживал ее совершенно неподвижно.

ром или мы не сумели разрушить и удалить мозг, то лучше всего и вполне безопасно можно удалить мозг при помощи обычной эсмарховской кружки. Наконечник вводят в перфорационное отверстие, кружку поднимают

довольно высоко, и струя жидкости прекрасно разрушает и вымывает мозг. После этого опять-таки выжидают самопроизвольных родов. Если есть основание торопиться, то можно ввести в перфорационное отверстие указательный палец, обернутый марлей, и им, как крючком, потянуть головку. Обычно сравнительно небольшой силы вполне достаточно, чтобы сдвинуть головку, и тогда уже определенно можно предоставить

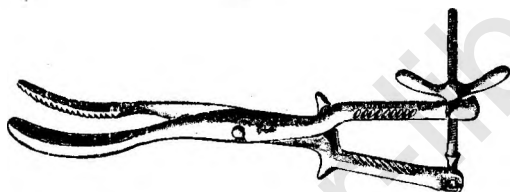


Рис. 38. Краниокласт.

роды собственному течению. Только в редких, я готов сказать—в исключительно редких случаях, для выведения перфорированной головки понадобится тот грубый и громоздкий инструмент, который носит название краниокласта. А между тем у молодых врачей, изучавших акушерство по учебникам, составляет ничем не искоренимое представление, что перфорация и краниоклязия—это две операции, столь тесно связанные друг с другом, что одна без другой немислима. Конечно, нельзя сделать краниоклязию без предварительной перфорации, но за перфорацией вовсе не обязательно должна следовать краниоклязия.

Это такая же aberrация идей, как в вопросе о повороте на ножку и извлечении. С трудом удастся внушить учащемуся, что после поворота на ножку вовсе не обязательно тотчас же делать извлечение и что

гораздо полезнее, а иногда прямо необходимо, с извлечением не торопиться.

Хотя я и назвал краниокласт грубым инструментом, но не могу не сказать, что в изобретение и усовершенствование этого инструмента вложено много человеческого труда и изобретательности. Инструмент состоит из двух ветвей и винта. Одна из ветвей на одном своем конце имеет утолщение, напоминающее продолговатую шишку, другая ветвь заканчивается узкой окончательной ложкой. Первая ветвь называется внутренней—она



Рис. 39. Наложённый краниокласт.

вводится внутрь черепа через перфорационное отверстие, вторая—наружная—накладывается поверх черепа и вводится, как вводится ложка щипцов. Так же, как щипцы, ветви краниокласта замыкаются, и тогда между ними

оказывается ущемленной стенка черепа. Чтобы закрепить ветви, их наружные концы свинчиваются винтом. После этого начинается самое извлечение: оно делается тракциями в направлении книзу и так, чтобы затылок повернулся кпереди и подошел под лонное сочленение. Если краниокласт захватил кости черепа недостаточно глубоко, то при извлечении может случиться, что черепная кость, захваченная инструментом, вырвется из общей связи, и тогда придется накладывать краниокласт вторично. Во избежание этого рекомендуется захватывать краниокластом лицевую часть черепа, а не затылочную, так как лицевые кости плотно связаны друг с другом и захват краниокластом здесь будет очень прочным. Это - деталь, которую не мешает запомнить.

Описание перфорации головки и краниоклязии обычно заканчивается следующим напутствием чисто практического характера: так как при перфорации довольно часто не удается разрушить продолговатый мозг, то ребенок, извлеченный после перфорации, может проявлять признаки жизни—дышать и кричать, — что производит тяжелое впечатление на окружающих и на самого оператора. Во избежание этого рекомендуется заранее заготовить ведро с водою и опустить туда извлеченный плод.

### Перфорация последующей головки.

При описании извлечения за тазовый конец мы достаточно выяснили, что плод погибает, если извлечение произведено недостаточно быстро. Тогда же мы пришли к заключению, что в таких случаях нет ни малейшего основания во что бы то ни стало форсировать извлечение головки, а гораздо благоразумнее произвести перфорацию последующей головки, так как перфорированная она выводится без малейшей травмы для матери. Если в распоряжении акушера нет перфоратора, то и

в этом случае нельзя форсировать извлечения, а надо выждать некоторое время, чтобы в головке наступили посмертные изменения: размягчение мозга и расхлябывание черепных костей. Однако, нельзя останавливаться перед перфорацией, если есть возможность ее произвести.

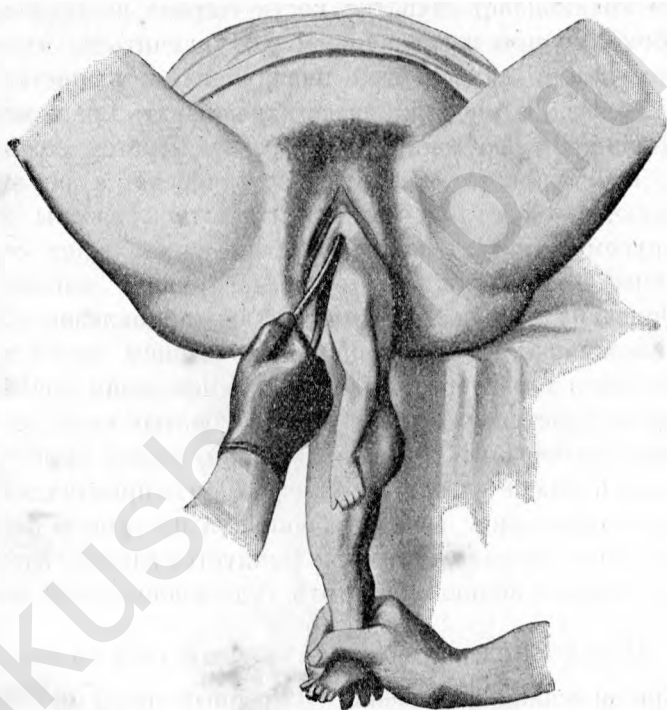


Рис. 40. Перфорация последующей головки.

Перфорация последующей головки еще проще, чем перфорация предыдущей. Она совершается почти на виду. Фиксация головки совершается очень просто: помощник оттягивает туловище книзу. После перфорации последующей головки никогда не требуется делать краниоклязии, так как после удаления мозга головка

сама собой спадается и извлекается за туловище без всякого затруднения. Самая перфорация всегда делается копьевидным или ножницеобразным перфоратором, и притом обычно делается подкожно. Для этого перфоратор вкалывается снаружи под кожу шеи и под кожей проводится до черепа. В череп он вкалывается по возможности через затылочное отверстие и отсюда разрушает мозг. Через это же отверстие мозг удаляется при помощи кружки Эсмарха.

В числе акушерских операций, описания которых по традиции переходят из одного учебника в другой, хотя никто их уже не делает, есть операция, которая носит название кефалотрипсии, что значит головодробление. В акушерских клиниках, в музейных шкафах, хранятся инструменты, которыми эта операция производится. Это т. наз. кефалотрибы, но я не знаю, чтобы теперь где-нибудь, кто-нибудь и когда-нибудь применял на деле эти инструменты. Думаю, что инструментов этих нет и не должно быть в участковых лечебницах, и потому воздержусь от всякого описания этой акушерской палеонтологии.

### Э м б р и о т о м и я .

К числу таких же допотопных операций надо отнести и операцию эмбриотомии. Я горжусь тем, что, работая четверть века по акушерству, я не имел случая делать эту операцию, ибо, конечно, там, где родовспоможение и охрана материнства поставлены мало-мальски удовлетворительно, там эмбриотомия должна производиться как величайшая редкость. К сожалению, в условиях нашей деревенской страны мы еще далеки от такой постановки родовспомогательного дела, и участковому врачу может встретиться необходимость знать технику этой операции и показания к ней.



Говоря о поперечном положении плода и повороте на ножку, мы выяснили, что поворот на ножку возможен только при условии достаточного раскрытия зева и достаточной подвижности плода. Если роженица с поперечным положением плода попадает под наблюдение врача после того, как у нее уже давно отошли воды, то даже при полном открытии он не может произвести поворот на ножку без риска нанести матке очень тяжелое повреждение до полного ее разрыва включительно. Такое положение называется запущенным поперечным положением. Дело часто осложняется выпадением ручки и выпадением пуповины. В последнем случае пуповина обычно уже не пульсирует, и, следовательно, плод мертв. В госпитальной обстановке



Рис. 41. Декапитационный крючок Брауна (см. рис. 15).

при запущенном поперечном положении и живом плоде наилучшей операцией будет кесарское сечение, пожалуй, даже в инфицированных случаях. При мертвом плоде, конечно, лучше остановиться на эмбриотомии. В обстановке домашнего родовспоможения выбора нет, и при запущенном поперечном положении всегда приходится прибегать к эмбриотомии.

Эмбриотомия — значит рассечение плода на части. До XVI столетия все оперативное акушерство и заключалось в одной этой операции, если при широком понимании эмбриотомии сюда же отнести и перфорацию головки. Теперь под эмбриотомией обыкновенно понимают простую декапитацию, т. е. обезглавливание плода.



Рис. 42. Эмбриотомия. Обезглавливание. Левая рука проведена в матку, и ею сзади захвачена шея плода. Правая рука проводит декапитационный крючок и под контролем пальцев левой руки захватывает им шею плода спереди. После этого крючком делаются вращательные движения в стороны, чем надламывается позвоночник, и крючок проникает между позвонками. Теперь, извлекаемая крючком, мы можем рассечь им мягкие части шеи.

Мне приходилось, впрочем, слышать, что и теперь кое-кто из товарищей делал настоящую эмбриотомию, т. е. рассекал плод и извлекал его по частям. Эта последняя операция по существу своему будет всегда чрезвычайно атипична, и дать ее описание совершенно невозможно. Всякий врач, который приступает к такой операции, должен полагаться на свою находчивость, здравый смысл и ловкость своих рук.

Напротив, эмбриотомия в узком смысле этого термина есть операция строго типичная и технически хорошо разработанная. Ее мы здесь и опишем. Для производства операции обычно пользуются декапитационным крючком, но за его отсутствием можно отсечь головку плода и крепкими ножницами. Если при запущенном поперечном положении имеется выпадение ручки, то это обстоятельство значительно облегчает операцию. Оттягивая выпавшую ручку одной (правой) рукой, оператор проходит другой (левой) во влагалище до плеча и до шеи плода. Охватив шею плода одним или двумя пальцами — лучше сзади, оператор передает ручку плода помощнику, а сам берет крючок и проводит его по левой руке во влагалище до шеи плода, которую и захватывает этим крючком спереди. Оттягивая крючок книзу так, чтобы он слегка согнул позвоночник, оператор вращает свой инструмент по очереди в обе стороны и этим движением производит вывих в шейной части позвоночника. Теперь крючок как бы проскальзывает между двумя позвонками и захватывает мягкие части и кожу шеи. Если крючок заострен с внутренней своей стороны, то им же и рассекают шею. Если он тупой, то мягкие части сильно оттягивают книзу и здесь, у половой щели, рассекают их ножницами или разрезают ножом. После рассечения шеи, т. е. после обезглавливания, приступают к извлечению плода. Начинают с туловища, которое

извлекают, потягивая за ручку. Это, повидимому, всегда удается без особого затруднения. После удаления туловища, приступают к удалению головки, что тоже почти всегда удается без затруднения. Для этого вводят руку в матку и стараются указательный палец ввести в рот или затылочную дыру. Захватив, таким образом, головку, ее выводят. Если имеется сужение таза, то предварительно разрушают и удаляют мозг. Послеоперационное течение зависит, конечно, главным образом от степени инфекции.

---



## ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

### КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ.

Идея кесарского сечения так проста, что она зародилась у человечества в очень отдаленные времена. В самом деле, и первобытному охотнику случалось на охоте подстрелить беременную самку и, взрезав ее, получать живых детенышей; и скотовод патриархальных времен, конечно, не раз взрезал беременных животных и сохранял на племя извлеченных из чрева матери детенышей; то же случалось и при жертвоприношениях. Поэтому неудивительно, что в мифологии многих народов сохранились легенды и мифы о кесарских сечениях, произведенных на женщинах, и весьма вероятно, что и легенды эти и мифы были основаны на реальных событиях и фактах. В древнейшем законодательстве римских царей, за семь столетий до нашей эры, уже имелась статья, запрещающая хоронить умерших беременных женщин без их вскрытия для спасения внутриутробного плода. Самое название операции «кесарское сечение» объясняют тем, что один из предков римского рода цезарей был спасен путем такой операции. До конца XIX столетия почти все операции кесарского сечения на живой кончались смертью матери. Только анти- и асептика, с одной стороны, и предложение накладывать шов на разрез матки привели к тому, что операция эта стала мало опасной для матери и спасительной для плода.

По мере улучшения исходов операции после кесарского сечения показания к нему все больше и больше расширялись, и в настоящее время кесарским сечением буквально рассекаются все затруднительные положения в акушерской практике. В самом деле, узкий таз теряет почти все свое значение в патологии родового акта, ибо при несоответствии между плодом и емкостью таза мы можем закончить роды кесарским сечением. То же можно сказать и о неправильных предлежаниях, которые при нормальном тазе служили таким тяжким испытанием для искусства и терпения акушера. Даже столь грозное осложнение беременности и родов, как предлежание последа, чрезвычайно упрощенное, но очень действительно ликвидируется тем же кесарским сечением. Поперечное положение плода, тазовые предлежания—особенно у пожилых первородящих, выпадение пульсирующей пуповины и ряд других осложнений родов,—все это может служить и действительно служит показанием к кесарскому сечению. Даже явная или предполагаемая инфекция матери не служит теперь противопоказанием к кесарскому сечению, и в общем операции даже на инфицированных случаях дают неплохие результаты. Все это оправдывает то хирургическое направление, которое существует в наше время в прикладном акушерстве. Если прибавить, что кесарское сечение по своей технике, по анатомической своей ясности является одной из самых простых хирургических операций и сделать ее может всякий врач, имеющий хотя бы скромный хирургический опыт, то можно предсказать, что в ближайшее время кесарское сечение станет чрезвычайно распространенным оперативным акушерским пособием и, может быть, особенно распространенным в условиях именно сельской медицины. Среди наших участковых врачей найдется гораздо больше лиц, сведущих в хирургии,

чем достаточно осведомленных и технически подготовленных для сложных акушерских операций. И ясно, что при соответствующей обстановке, при наличии второго врача на участке, наши сельские товарищи будут скорее и легче идти на операцию кесарского сечения, чем на какую-либо другую.

Против кесарского сечения можно, однако, выставить одно, и весьма существенное возражение. Давая очень утешительные результаты и для плода и для матери, кесарское сечение, однако, весьма заметно поражает чадородную способность женщины.

Все мы читали о кесарских сечениях, повторно, по несколько раз, произведенных на одной и той же женщине; многим из современных акушеров приходилось самим производить дважды кесарское сечение на одной и той же женщине. Наконец, все мы знаем женщин, повторно и совершенно благополучно рожавших после кесарского сечения, даже произведенного у них по поводу узкого таза. И все же несомненно, что кесарское сечение делает женщину относительно бесплодной. Для многих женщин это является даже плюсом кесарского сечения; многие женщины идут на кесарское сечение только при условии, что одновременно они будут подвергнуты стерилизации. Однако, с чисто научной точки зрения, эта сторона кесарского сечения в настоящее время является ее определенным минусом. Таким же минусом является и тот, тоже несомненный факт, что беременность и роды после благополучно перенесенного кесарского сечения довольно часто сопровождаются различными осложнениями, опасными и для матери, и для плода.

Широкое распространение кесарского сечения в XX столетии и желание сделать его совершенно безопасным повели к тому, что в наше время предложено и

разрабатывается довольно много модификаций этой операции. Таких модификаций насчитывается три с лишним десятка. Для наших целей будет вполне достаточно остановиться на двух способах кесарского сечения: 1) на основной операции кесарского сечения, так наз. классическом брюшно-стеночном кесарском сечении, и 2) на шеечном кесарском сечении.

Техника классического, брюшно-стеночного кесарского сечения.

Классическое кесарское сечение производится, как типичное чревосечение. Та же подготовка поля операции, тот же наркоз, в зависимости от возможностей обстановки.

Продольный разрез брюшной стенки проводится строго по белой линии в 15—20 см длиной так, что пупок оказывается в середине этого разреза. Сделать разрез точно по белой линии нетрудно, так как к концу беременности она сильно растягивается. Самое вскрытие брюшной полости обычно не представляет трудностей, так как к брюшной стенке непосредственно прилежит матка, и поранение кишечника почти исключается. В разрез вводится рука, проходит на заднюю поверхность матки и матка выводится наружу. После этого на верхнюю часть разреза накладываются два-три зажима (цапки) или два-три временных шва, и таким образом брюшная полость довольно хорошо изолируется от попадания в нее крови и околоплодных вод. Для лучшей изоляции матка обкладывается стерильными полотенцами или салфетками.

После этого приступают к разрезу матки. Разрез делается или вдоль тела матки по средней линии, или по дну от одной трубы к другой. Разрез матки должен иметь в длину 12—14 см, чтобы через него легко



можно было извлечь плод. Нужно помнить, что стенка матки в конце беременности очень истончена и рассекать ее следует не слишком резкими движениями ножа. Иначе легко вскрыть разрезом и плодное яйцо (что, правда, обычно не представляет большой беды) и при этом поранить самый плод.

Если на пути разреза окажется послед, смущаться этим не следует и, не обращая внимания на обильное кровотечение, надо быстро провести руку между последом и стенкой матки и рукой же вскрыть плодное яйцо. Той же рукой захватывается ножка плода, и он извлекается наружу. На пуповину накладывают два зажима, между ними пуповину перерезывают и плод отдают специально для этого предназначенному помощнику, который и должен заняться оживлением и туалетом новорожденного. Тем временем матка успевает хорошо сократиться, и послед от ее стенки отслаивается целиком или на большом протяжении, так что не представляет никакого труда удалить его из матки вместе с оболочками.

Весь этот непродолжительный момент операции обычно сопровождается довольно значительным кровотечением, и еще недавно этого кровотечения старались избежать различными приемами.

Так, еще до разреза матки накладывали на нижний ее сегмент резиновый жгут, который сдавливал приводящие кровеносные сосуды; или ассистент руками сдавливал этот сегмент, пока оператор делал разрез и удалял плод. Теперь от этих способов почти все отказались, ибо в конце концов крови при этом теряется не так уже много, а предварительное сжатие матки определенно отрицательно влияло на сократимость матки после операции и приходилось бороться с ее послеоперационной атонией. Борьба с атонией велась впрыскиванием препаратов спорыньи, а в последнее время

препаратов мозгового придатка. Эти средства и теперь многими применяются, при чем обычно их впрыскивают или во время самой операции или в самом ее начале. Некоторые операторы вводили в матку марлевый тампон, конец которого выводили во влагалище,—такой тампон и останавливал кровотечение и одновременно служил дренажем.

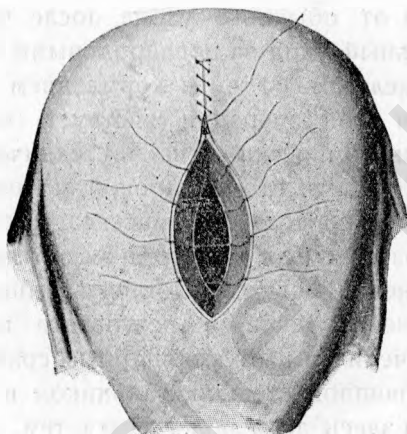


Рис. 43.

Шов после классического кесарского сечения. Внизу четыре шва, как они накладываются на мышечную стенку, не проникая в полость матки и не захватывая брюшины. Сверху непрерывный шов на брюшину.

Нужно, однако, сказать, что обычно наилучшим способом остановки кровотечения является наложение шва на матку. По мере того, как вы зашиваете матку, она сокращается в ваших руках и перестает кровоточить. Швы накладываются в два этажа. Первый—мышечный—не должен проникать в полость матки. Его можно накладывать непрерывным, но, пожалуй, тщательнее удастся зашить отдельными узловатыми швами. Второй

шов на брюшинный покров матки вполне удовлетворительно накладывается непрерывным.

После того, как матка зашита, ее опускают в брюшную полость, прикрывают спереди сальником и приступают к зашиванию разреза брюшной стенки: непрерывный шов на брюшину, узловатые на апоневроз и кнопки на кожу. Повязка. Послеоперационный уход ничем не отличается от обычного ухода после чревосечений плюс специальный уход за послеродовыми очищениями и грудными железами (т.-е. за кормлением).

Из описания этой операции явствует, что она, действительно, анатомически ясна и технически проста. Посему надо думать, что в широкой акушерской практике она надолго, если не навсегда, останется операцией выбора. В смысле анатомической ясности некоторые затруднения могут представить лишь повторные кесарские сечения, если в результате предыдущего кесарского сечения имеются обширные сращения матки с передней брюшной стенкой, сальником и кишечными петлями. Но и здесь дело облегчается тем, что к концу беременности все такие сращения сильно разрыхляются и довольно легко раз'единяются.

Технически более трудной является операция шеечного кесарского сечения, или, как его называют, «надлонного» кесарского сечения, но ему приписывают определенные преимущества в случаях инфицированных и вообще в смысле меньшей опасности инфекции. Кроме того, отдаленные результаты после этой операции должны, как будто, быть лучше, так как здесь разрез проводится низко, он меньших размеров, разрез проходит по шейке и нижнему сегменту, а не по телу матки и, следовательно, разрезом вскрывается не полость матки, а шеечный канал, функционально менее важный для благополучного течения последующей беременности.

### Техника надлонного шейечного кесарского сечения.

Продольный разрез брюшной стенки от лонного сочленения почти до пупка или поперечный по Пфанненштилю. Вскрытие брюшины производится очень осторожно, так как здесь можно наткнуться на кишечную

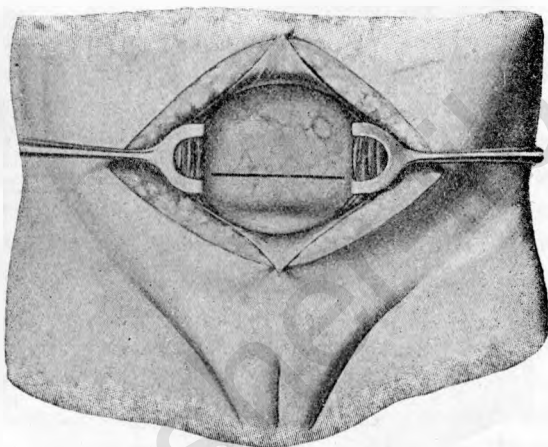


Рис. 44. Надлонное шейечное кесарское сечение (чрезбрюшинное). Поперечный разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Прямые мышцы живота оттянуты крючками. Перед нами обнажена пристеночная брюшина, на которой проведена черта, по которой она будет вскрыта.

петлю и на мочевой пузырь и при неосторожном разрезе поранить их. После вскрытия брюшной полости глазам представляется нижний сегмент матки, растянутой подлежащей частью плода. Брюшина, покрывающая матку, вскрывается поперечным разрезом как раз в том месте, где ее прикрепление к стенке матки становится значительно рыхлей. Таким путем брюшина отслаивается книзу вместе с мочевым пузырем. Теперь

шейка матки вскрывается продольным разрезом в 10—12 см, что нужно делать особенно осторожно, так как при этом очень легко поранить плод. После этого надо приступить к извлечению плода. Извлечение можно сделать путем выжимания, надавливая руками на дно матки. Если этот прием не удастся, то при головном

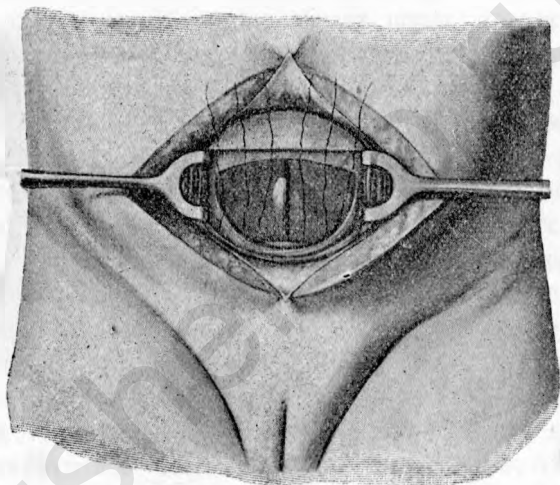


Рис. 45. Надлонное шейечное кесарское сечение (чрезбрюшинное). Пристеночная брюшина вскрыта. Так же поперечно надрезана брюшина на матке и отслоена кверху и книзу (вместе с пузырем). Маточная брюшина несколькими швами соединяется с пристеночной и, таким образом, брюшная полость отграничивается от места операции. Нижний отдел матки вскрывается продольным разрезом непосредственно над предлежащей частью, почему разрез надо вести с большой осторожностью.

предлежании можно наложить щипцы или сделать поворот на ножку. Можно также ввести палец в ротик ребенка и извлечь головку этим путем, а уже захватив головку, извлечь и весь плод. Если имеется поперечное

положение плода, то, конечно, делается поворот на ножку и извлечение. Наконец, при тазовых предлежаниях захватывается ножка, и делается извлечение.

Из вышеизложенного ясно, что эта модификация кесарского сечения, при остальных равных условиях, всегда должна быть несколько менее благоприятной для плода. Это имеет немаловажное значение во всех тех случаях, когда операция делается, главным образом, в интересах плода. После извлечения плода приступают к удалению последа. Его можно выдавить по К р е д е, можно удалить рукой через разрез. После удаления последа накладывают непрерывный шов на разрез шейки, перитонизируют его, покрывая брюшиной мочепузырной складки, и зашивают брюшную стенку, как обычно. Нельзя не признать, что этот способ операции — технически несколько более трудный в инфицированных случаях — должен дать лучшие результаты для матери, и потому в таких случаях он является операцией выбора.

Стремление сделать кесарское сечение еще менее опасным повело к тому, что в настоящее время вновь воскресло и разрабатывается в н е б р ю ш и н н о е кесарское сечение. Техника его совпадает с техникой шеечного кесарского сечения. Разница заключается в том, что брюшина здесь не вскрывается, а отодвигается с шейки матки тупым путем слева направо вместе с мочевым пузырем. Оператор подходит к шейке несколько сбоку и не вскрывая брюшину. Разрез шейки и дальнейшее извлечение плода совершаются так же, как и при чрезбрюшинном пути. Техника этой операции уже настолько тонка, что рекомендовать ее можно только опытному специалисту.

Резюмируя сказанное, можно прийти к следующим выводам: 1) кесарское сечение легко и просто решает

трудные в акушерском отношении случаи; 2) технически кесарское сечение легче и проще чисто акушерских операций и потому доступнее врачу не специалисту, если он владеет хирургической техникой и располагает хирургической обстановкой; 3) давая неплохие непосредственные результаты как для матери, так и для плода, современное кесарское сечение определенно поражает чадородную способность женщины (иными словами, поражает потенциальное материнство в интересах кинетического); 4) последнее обстоятельство должно сдерживать акушера от чрезмерного увлечения кесарским сечением, и он должен ставить к нему показания с меньшей серьезностью, чем в прежнее время; 5) если кесарское сечение предполагается делать в интересах плода, то у первородящих на такое кесарское сечение должно решаться лишь в виде исключения (напр., у старых первородящих под сорок или за сорок лет, или при близком к абсолютному сужению таза).

Стерилизация женщины при кесарском сечении. В тех случаях, где кесарское сечение производится по серьёзным и не переходящим показаниям, там есть полное основание попутно сделать и стерилизацию. Вообще же нужно относиться к вопросу о стерилизации весьма осторожно. Не следует забывать, что женщина, знаящая, что она бесплодна, всегда чувствует себя не совсем полноценной, и это является для нее причиной довольно тяжелых душевных переживаний, а иногда и настоящей жизненной драмы. Самую стерилизацию вернее всего производить иссечением клиновидного куска из углов матки на месте вхождения труб. Края такого иссеченного клина хорошо сшиваются и удобно перитонизируются. Можно одновременно иссечь обе трубы, как орган уже совершенно лишней, но можно их и оставить, хотя бы для утешения, что

они будут вновь вшиты в матку, если у женщины возникнет желание восстановить проходимость яйцеводного пути.

В тех случаях, где имеется серьезное показание к стерилизации, можно делать кесарское сечение и в ранние месяцы беременности, заменяя им искусственные преждевременные роды и искусственный выкидыш. В последнем случае операцию называют маленьким кесарским сечением. Лично я думаю, что такой способ действия вполне целесообразен, и не вижу оснований, почему лучше оперировать в два приема, т.-е. сперва прерывать беременность, а потом уже в небеременном состоянии производить стерилизацию. В конце беременности оперирование в два приема имеет основание, так как искусственные преждевременные роды можно провести как довольно легкое вмешательство и даже без наркоза, а последующее чревосечение для стерилизации потребует значительно меньшего разреза брюшной стенки. При беременности ранних сроков эти соображения отпадают, и тут положительно целесообразнее произвести чревосечение, чтобы в один прием и прервать беременность и произвести стерилизацию путем иссечения маточных концов труб. Самая операция не представляет никаких технических трудностей: разрез брюшной стенки, разрез матки, удаление плодного яйца, удаление отпадающей оболочки пальцем или выскабливанием (необязательно), шов на разрез матки, иссечение труб, шов на брюшную стенку.

---



---

## ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

### ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ.

По созвучию названий влагалищное кесарское сечение обычно рассматривается в одной главе с брюшным кесарским сечением, но по существу это неправильно. В самом деле, основное показание к кесарскому сечению, вызвавшее эту операцию к жизни, есть узкий таз или, как я обычно выражаюсь в этой книге, несоответствие величины плода с емкостью таза. Как раз наличие этого условия и является основным противопоказанием к влагалищному кесарскому сечению. Это понятно, ибо влагалищное кесарское сечение, устраняя препятствия для родоразрешения со стороны шейки матки, не устраняет узости костного кольца и не обходит этого препятствия, как оно обходится при брюшно-стеночном кесарском сечении. Надо запомнить, что во всех тех случаях, где об'ем плода велик по сравнению с данным тазом, там влагалищное кесарское сечение будет противопоказано. При благоприятном соотношении между об'емом плода и емкостью таза влагалищное кесарское сечение, конечно, является операцией показанной, но следует не забывать, что при влагалищном кесарском сечении жизнь плода всегда находится в значительно большей опасности, чем при брюшном. Это понятно. Глубоко рассекая маточную шейку, как мы это делаем при влагалищном кесарском сечении, мы

еще не открываем себе широкой возможности к быстрому и безопасному родоразрешению: мы совершаем подготовительную, но не родоразрешающую операцию. Чтобы закончить роды, мы, после влагалищного кесарского сечения, должны или наложить щипцы или сделать поворот на ножку — и в обоих случаях извлечь плод через мягкий родовой канал, который может представлять довольно значительные препятствия для быстрого извлечения, особенно у первородящих. В результате влагалищное кесарское сечение дает значительную детскую смертность. Посему вряд ли мы станем делать влагалищное кесарское сечение в интересах плода.

Если оставить в стороне эти две основные отрицательные стороны влагалищного кесарского сечения, то операция эта является очень большим обогащением оперативного акушерства. Во главе V я сказал, что операция эта развилась из операции рассечения маточного зева, как логическое ее продолжение и завершение. Творцом операции является современный нам берлинский гинеколог Дюрсен, и было бы справедливо влагалищное кесарское сечение называть операцией Дюрсена.

В главе III мы уже говорили, что влагалищное кесарское сечение является операцией, при помощи которой возможно скорее всего произвести искусственные преждевременные роды или разрешить роженицу при недостаточно раскрытой шейке. Показанием к такому быстрому родоразрешению чаще всего служит эклямпсия, развившаяся во время беременности или в начале родов, особенно в тех случаях, когда беременность еще далека до срока и плод маложизнеспособен. Если беременность срочная, то в интересах плода лучше делать брюшное кесарское сечение. Кроме эклямпсии, показанием к влагалищному кесарскому сечению могут служить и все другие

заболевания, угрожающие опасностью для матери, но здесь, где нет такой спешки, как при эклампсии, влага-

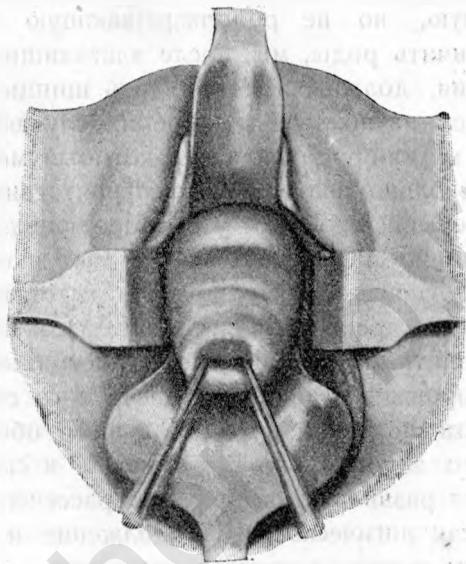


Рис. 46. Влагалищное кесарское сечение. I. Влагалище растянуто зеркалами, и влагалищная часть матки двумя пулевыми щипцами низведена ко входу во влагалище. Это низведение сильно облегчается предварительно сделанным здесь (справа) разрезом влагалища (паравагинальный, или Шухартовский разрез). Этот предварительный разрез не всегда необходим, особенно у многорожавших, с растяжимым влагалищем, без него очень часто можно обойтись.

лищное кесарское сечение является операцией, с которой успешно конкурируют другие способы искусственных преждевременных родов.

Только при необходимости прервать беременность на IV и V месяцах влагалищное кесарское сечение является

операцией более предпочтительной, чем все другие способы; но часто можно выждать один-два-три месяца, и обсуждению подлежит вопрос, когда прерывать беременность, а не как ее прерывать (социальный выкидыш после трех месяцев не разрешается и потому показанием для влагалищного кесарского сечения служить ни в коем случае не должен).

Техника операции такова: обнажается влагалищная часть зеркалами, захватывается двумя Мюзе, зеркало удаляется, и влагалищная часть низводится ко входу во влагалище. По передней губе шейки надрезается слизистая оболочка влагалища, как раз там, где ее подслизистая клетчатка становится рыхлей; разрез можно делать поперечно ножом или продольно ножницами, при этом одна ветвь ножниц вводится в шеечный канал так, что вместе со слизистой надрезается и стенка шейки. Теперь приступают к самому важному моменту операции, — к отслойке мочевого пузыря от матки. Если вам удалось попасть в рыхлый слой клетчатки, то отслойка обычно

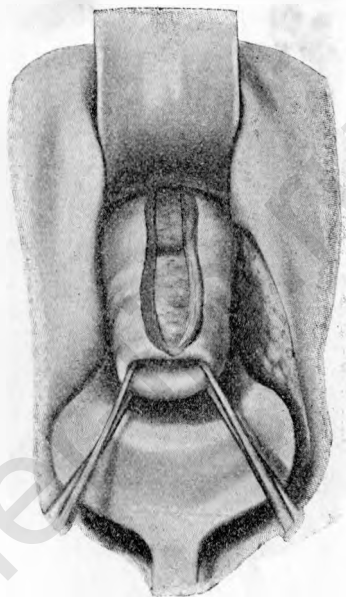


Рис. 47. Влагалищное кесарское сечение. II. Влагалище рассечено вдоль передней стенки влагалищной части. В глубине разреза (сверху) виден мочевой пузырь. В дальнейшем мочевой пузырь тупым путем отделяется от влагалищной части и отводится кверху подъемником. После этого передняя стенка влагалищной части разрезается ножницами несколько выше внутреннего зева так, что в полученный зев без особого труда входит рука оператора, сложенная акушерским конусом.

к отслойке мочевого пузыря от матки. Если вам удалось попасть в рыхлый слой клетчатки, то отслойка обычно

идет без особенных затруднений, и скоро вы заходите до передней брюшной складки. Эта отслойка обычно

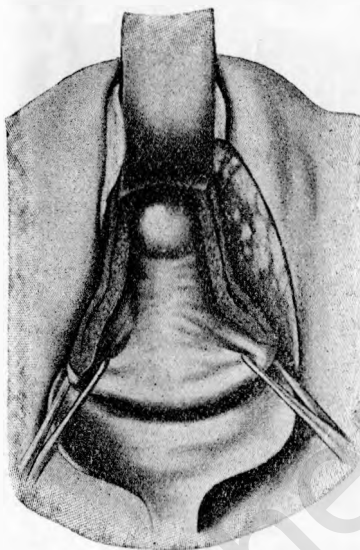


Рис. 48. Влагалищное кесарское сечение. III Мочевой пузырь оттянут под'емником вверх. Влагалищная часть разрезана, и в верхней части разреза виден плодный пузырь. Теперь приступают к самому родоразрешению: обычно для этого делают поворот на ножку и извлечение плода, но, если головку можно хорошо захватить акушерскими щипцами, то можно сделать извлечение и ими. После извлечения плода рукой отделяют послед, после чего приступают к зашиванию разрезов.

тем легче, чем ближе беременность к концу, так как по мере развития беременности клетчатка все больше рыхляется. Если отслойка идет нелегко, можно опасаться нанести поранение мочевому пузырю. Если такая беда случится, то, конечно, прежде, чем продолжать операцию, надо зашить пораненный мочевой пузырь.

Когда отслойка закончена, мочевой пузырь отстраняют под'емником и рассекают переднюю стенку шейки выше внутреннего отверстия и этим открывают широкий доступ в матку—обычно рука оператора при беременности, близкой к сроку, входит в матку совершенно свободно. Подготовительный момент операции закончен. Теперь можно приступить к родоразрешению. Можно родоразрешение произвести наложением щипцов, но гораздо чаще удобнее и лучше сделать поворот на ножку.

Извлечение туловища и особенно головки надо делать очень бережно, чтобы матка не стала надрываться

дальше по линии разреза. Если плод не жизнеспособен, лучше сделать перфорацию последующей головки. Извлечение плода может встретить затруднение не только в разрезе шейки, но и в узком влагалище и особенно в половой щели. В последнем случае следует рассечь половую щель иногда даже глубоким так наз. Шухартовским разрезом. Когда закончено извлечение плода, делают ручное извлечение последа и приступают к зашиванию разрезов. Сперва накладывают швы на разрез шейки, а затем зашивают влагалищную слизистую. Если была рассечена или подорвана половая щель, зашивают и ее.

Послеоперационное течение, если нет осложнений, бывает обычно гораздо легче, чем после чревосечения. Отдаленные последствия операции тоже лучше, так что операция имела все данные для более широкого распространения, если бы не худшие результаты для детей и указанные ранее противопоказания.

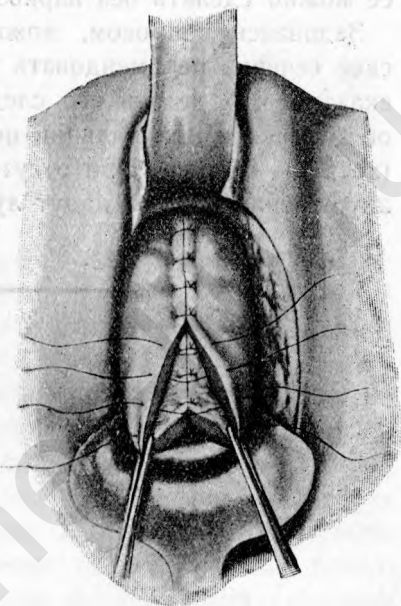


Рис. 49. Влагалищное кесарское сечение. IV. Стенки влагалищной части зашиты отдельными узловатыми (кетгутовыми) швами: три из них—самые верхние—видны в разрезе уже завязанные. После зашивания влагалищной части такими же узловатыми швами зашивается стенка самого влагалища. Четыре шва уже завязаны (сверху), четыре снизу только наложены. После того, как защита влагалищная часть, накладывают швы на паравагинальный разрез—и операция этим заканчивается.

Положительной стороной операции является и то, что в конце беременности она мало болезненна и по нужде ее можно сделать без наркоза.

Задаваясь вопросом, можно ли влагалищное кесарское сечение рекомендовать участковому врачу, должен сказать, что делать его следует только в больничной обстановке и при наличии подготовленных помощников (хотя бы одного). При отсутствии этих условий старые акушерские методы дадут лучшие результаты.

---

---

## ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ.

### ОПЕРАЦИЯ ПОРРО.

В прежние времена—до введения анти-асептики—кесарское сечение давало очень плохие результаты для матерей: немногие из них выживали. Обусловлено это было двумя причинами: послеоперационными кровотечениями из разреза матки и вследствие ее атонии и, во-вторых; и главным образом, вследствие инфекции. И вот, чтобы избежать обеих этих причин смертности, Порро предложил после кесарского сечения отрезать матку вместе с придатками и операционную культю подшивать к брюшной стенке, оставляя ее вне брюшной полости. Такую операцию он осуществил впервые в 1876 году, и с тех пор эта операция носит его имя.

Действительно, результаты после операции Порро получались лучше, чем после обычного кесарского сечения. Однако, с улучшением техники кесарского сечения и с одновременным значительным улучшением исходов после этой операции, операция Порро все более и более теряла свое значение, и в XX столетии ее стали делать все реже и реже (а если и делали, то делали не типично по Порро, а как надвлагалищную ампутацию или полную экстирпацию матки, притом с внутрибрюшинным погружением культи и, по возможности, с сохранением яичников). Показаниями к таким операциям могут служить: 1) рак шейки матки в конце



беременности, когда родоразрешение возможно только путем чревосечения, 2) фиброматоз беременной матки, когда узел фибромы лежит на пути плода и препятствует родоразрешению через влагалище и сохранить матку после кесарского сечения не представляется возможным.

Такие показания в участковой работе встретятся, однако, как редкие исключения. Гораздо вероятнее показание другого характера, это — показание со стороны происшедшего разрыва матки. Выше, говоря о высоких щипцах, я привел симптомы угрожающего разрыва матки, как они представляются при несоответствии между подлежащей частью и тазом и при чрезмерно сильной родовой деятельности. Но не надо думать, что разрыв матки может произойти лишь при таком бурном симптомокомплексе. Несомненно, что разрыв матки может произойти совершенно неожиданно и без таких красноречивых предвестников. Это относится к самопроизвольным разрывам, но кроме таких разрывов беда может случиться и при нашей оперативной помощи и особенно, конечно, при попытках совершить поворот при запущенном поперечном положении или даже при недостаточной подвижности плода. Когда разрыв матки происходит у вас на глазах, поставить диагноз нетрудно, особенно, если разрыву предшествовала усиленная родовая деятельность, ибо после разрыва родовая деятельность тотчас же прекращается и роженица чувствует резкое облегчение в своем состоянии. При ощупывании живота вы с удивлением видите, что болезненность его почти совершенно исчезла, и вместо большой напряженной матки ощупываете в брюшной полости плод, лежащий непосредственно под брюшной стенкой, так как при разрыве плод через образовавшееся отверстие выпадает из матки в брюшную полость. Если до того можно было выслушивать сердцебиение плода, то

теперь прослушать его не удастся. Рядом с плодом почти всегда удастся прощупать тело сократившейся матки. Наконец, обычно разрыв сопровождается кровотечением из родовых путей. Все эти признаки настолько характерны, что в родовспомогательных учреждениях происшедший разрыв матки диагностируется без труда. Не то, конечно, если под ваше наблюдение попадает роженица с уже происшедшим разрывом—здесь у вас могут встретиться сомнения в постановке диагноза, но, в конце концов, и здесь можно прийти к правильному решению вопроса. Если поставить диагноз разрыва матки нетрудно, то далеко не просто решить вопрос, как помочь пострадавшей. Конечно, если есть возможность быстро произвести чревосечение, то вопрос, безусловно, решается в пользу такого вмешательства. Если такой возможности нет, то возникает вопрос, как быть и что делать. Конечно, во всех случаях нужно пройти рукой в брюшную полость и бережно извлечь через место разрыва и плод, и послед с оболочками. Дальнейшее течение случая будет зависеть от кровотечения и инфекции, и, как ни странно, процент выживающих после консервативного ведения разрывов матки довольно большой. Однако, несравненно лучшие результаты даст оперативное вмешательство. Вскрыв брюшную полость, мы удаляем плод с последом и оболочками и приступаем к осмотру места разрыва. Если имеется кровотечение, то прежде всего надо найти его источник и перевязать кровоточащий сосуд. После этого место разрыва повторно осматривают, и теперь предстоит решить очень большой и ответственный вопрос, как быть с маткой: зашить ли ее разрыв или удалить. При решении этого вопроса каждый оператор будет вносить много субъективного. В общем надо сказать, что разрывы матки, относительно небольшие, линейные,

с мало ушибленными краями, в тех случаях, где инфекция роженицы маловероятна, следует зашивать. При разрывах обширных, с разможенными краями, с вероятной инфекцией, надо удалять матку. Из десятка случаев разрыва матки, которые мне пришлось видеть на своем веку, в двух—разрыв был зашит; в обоих случаях пострадавшие были молодые женщины, и разрыв казался ровным и чистым. В остальных операторы предпочли удалить матку, при чем во всех случаях было решено сделать надвлагалищное иссечение с перитонизацией культи и с внутрибрюшным ее погружением. Все эти случаи, насколько помню, прошли благополучно, но некоторые оперированные проделали тяжелый послеоперационный период. Единственный бывший под моим наблюдением случай разрыва матки, происшедший ночью, где операция была отложена до утра, окончился летально от внутреннего кровотечения.

Таков, так сказать, личный мой опыт в этом вопросе. Вряд ли нужно пояснить, что он безусловно говорит за необходимость хирургического вмешательства.

В самое последнее время, когда стали сильно расширять показания к кесарскому сечению и стали его делать в подозрительных и даже заведомо инфицированных случаях, вновь являются предложения изолировать матку после кесарского сечения от брюшной полости. Так, предложено подшивать разрез матки к брюшной стенке, образуя маточный свищ, или всю матку целиком оставлять снаружи, обшивая ее с брюшной стенкой, и затем приблизительно через месяц при помощи вторичной операции погружать в брюшную полость<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Последняя операция предложена французом Portes. Недавно пришлось прочесть, что в одном случае после операции Portes'a наступила беременность, закончившаяся кесарским сечением с благополучным исходом для матери и плода (см. Zentralblatt f. Gyn. 1928, № 4. Стр. 280).

Время покажет, насколько благоприятны окажутся результаты этих операций, но уже и теперь ясно, что такие способы оперирования далеки от идеала сохраняющей хирургии, и понятно, что акушерство всегда будет стремиться по возможности ограничить такие операции.

Как бы то ни было, но как раз в условиях работы участкового врача могут встретиться случаи, когда он вынужден делать чревосечение роженице для кесарского сечения или по поводу разрыва матки, или по другому поводу, при этом могут быть налицо основания к удалению матки из опасения инфекции. Думаю, что в таких случаях правильнее всего делать надвлагалищную ампутацию матки или полную экстирпацию в отдельных случаях с дренажем через влагалище или брюшной разрез, напр., по способу Микулича, который, кстати сказать, опять возвращается в обиход хирургов и гинекологов при чревосечениях.

Техника операции Порро: разрез брюшной стенки, по возможности ближе к лонному сочленению. Извлечение матки из брюшной полости. До рассечения матки разрез брюшной стенки зашивается, при чем шейка матки подшивается к брюшной стенке. Таким образом, матка совершенно изолируется от брюшной полости. Только после этого матка рассекается обычным продольным разрезом, извлекается плод, удаляется послед. Далее, тело матки ампутируется, при чем будущая культя предварительно прокалывается двумя вязальными иглами крест-накрест или просто крепкой карлсбадской булавкой. Это делается затем, чтобы в послеоперационном периоде, особенно при рвоте, культя не ушла в брюшную полость. Прежде, во избежание последовательного кровотечения, на будущую культю еще до рассечения матки накладывали эластический жгут.

В настоящее время этого больше не делают, но в случае надобности можно вместо жгута наложить обычную, но крепкую лигатуру. Послеоперационный уход за культей будет, естественно, довольно продолжительным — в лучшем случае до полного заживления пройдет месяц.

Я не останавливаюсь на технике иссечения матки, так как операция эта после разрыва матки не всегда может быть сделана строго типично, и от оператора почти всякий раз требуется известное оперативное творчество. Скажу только, что, повидимому, лучше делать надвлагалищное иссечение, так как влагалищная часть матки и верхняя часть влагалища представляются очень дряблыми и их довольно трудно хорошо обшить после удаления матки. Область же внутреннего отверстия канала шейки до известной степени формируется тотчас после разрыва, и здесь состояние ткани допускает лучшее обшивание. Перитонизация культи не должна представлять затруднения, так как при удалении матки от нижнего ее отдела можно довольно легко отслоить необходимый для перитонизации лоскут брюшины.

Не останавлиюсь я и на технике вновь предложенных методов с отграничением матки или ее полости от брюшной полости. Думаю, что пока не настало еще время вводить эти модификации в широкий обиход.

---

---

## ГЛАВА ПЯТНАДЦАТАЯ.

### ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПО ПОВОДУ ЕЕ.

Вообще говоря, чревосечение во время беременности можно и должно делать по тем же показаниям, как и вне ее, т.-е. сама по себе беременность не является противопоказанием для операции в брюшной полости. Дело, конечно, касается неотложных случаев. Понятно, однако, что в известном проценте таких чревосечений вслед за операцией через больший или меньший промежуток времени может начаться выкидыш или преждевременные роды. Такой выкидыш или преждевременные роды сами по себе не влияют или, вернее, не должны влиять на исход основной операции, но, конечно, доставляют хирургу определенные беспокойства. Посему хирурги предпочитают, если только есть возможность и время, сперва разрешить пациентку от бремени и потом уже ее оперировать. На этой почве приходилось не раз идти навстречу пожеланиям хирурга и прерывать беременность, хотя в душе казалось, что оснований для этого нет.

Участковый врач, который в своем лице объединяет и акушера и хирурга, может и должен обсуждать и решать эти вопросы совершенно самостоятельно. Дать ему какой-либо определенный совет трудно, но можно в общем сказать, что беременная матка чрезвычайно

выносливый орган, гораздо более выносливый, чем принято думать, а потому бояться особых оснований нет. Мне пришлось видеть самые разнообразные операции, произведенные на беременных, без какого-либо вреда для дальнейшего течения беременности и родов. В частности, и шов брюшной стенки, если он был правильно наложен и хорошо зажил, нисколько не страдал от растяжения растущей маткой и даже от потуг во время родов.

К числу показаний к чревосечению, которые особенно близко касаются акушера, надо отнести фибромы матки и кисты яичника. По поводу первых надо сказать, что в большинстве случаев нет оснований оперировать их непременно во время беременности, так как в родах они редко являются помехой, а удаление фибромы все-таки довольно часто вызывает выкидыш или преждевременные роды. Напротив, кисты яичника во время беременности лучше удалять тотчас после распознавания, и только, если беременность уже перешагнула через половину, то лучше, может быть, подождать ее конца, чтобы получить жизнеспособный плод (в случае, если после удаления кисты начнутся роды).

Самым частым и действительно несомненным показанием к чревосечению во время беременности является внематочное ее развитие. Всем известно, что в наше время внематочная беременность стала явлением гораздо более распространенным, чем это было сравнительно недавно. Объясняют это как большим распространением гонорреи, так и чрезвычайно широким применением всевозможных противозачаточных средств, а также и искусственного выкидыша (не могу и я не присоединиться к этим объяснениям). Эти достижения культуры и прогресса быстро проникли в нашу деревню, где, как и в городах, внематочная беременность перестала быть

редкостью. Посему участковый врач должен помнить о ее возможности и всегда быть настороже, когда имеет раннюю беременность с острыми болевыми симптомами внизу живота. Во всех мало-мальски сомнительных случаях необходимо больных помещать под наблюдение в больницу до точного выяснения диагноза. Если же диагноз несомненен, но поставлен где-нибудь вдали от больницы, то врач попадает в очень тяжелое положение, ибо, конечно, страшно таких больных подвергнуть риску перевозки и, может быть, правильнее было бы организовать операцию на месте даже при неудовлетворительной обстановке. Два раза в жизни я попадал в такое положение. В обоих случаях я решил вопрос в сторону перевозки: в одном случае 40 верст на санях, а в другом 250 верст по железной дороге. В обоих случаях больные доехали благополучно и благополучно перенесли операцию, но случаи эти, конечно, доставили мне много тяжелых переживаний. Сознаю, что и теперь, если бы пришлось попасть в аналогичное положение, я стал бы втупик и не знал, что делать. Думаю, однако, что постепенно страх перед оперированием в неподходящей обстановке должен уменьшаться и врач будет считать себя вправе—в неотложных случаях—оперировать тут же, где застигла беда, если только есть возможность произвести операцию с соблюдением некоторой асептики и антисептики. К числу таких неотложных и чрезвычайных случаев на одно из первых мест надо будет поставить лопнувшую внематочную беременность. Такая внематочная беременность диагностируется сравнительно легко, если у женщины с некоторой задержкой регул при прочих симптомах «инсульта» появляется кровотечение из матки и при внутреннем исследовании можно ощутить свободную жидкость в заднем влагалищном своде. При этом выпячивается



свод, и мало-мальски чуткий палец не может не отметить этого выпячивания и не ощутить присутствия жидкости в заднем Дугласе. Этот признак меня никогда не подводил и я никогда почти не проверяю себя проколом при помощи шприца. Совсем другое дело, если явления шока выражены нерезко и если в заднем Дугласе крови мало или совсем нет. Тут диагноз внематочной беременности становится уже нелегким, и можно впасть в ошибку. Совсем трудно поставить диагноз внематочной беременности, если ее течение еще не нарушено: тут ошибки будут, пожалуй, чаще, чем верные диагнозы, и притом—ошибки как в ту, так и в другую сторону. Не боюсь сознаваться, что и теперь, имея некоторый опыт, я довольно часто, положив больных под наблюдение из-за подозрения на внематочную беременность, потом убеждаюсь, что никакой внематочной беременности нет. Несмотря на это, я не собираюсь изменять своего поведения и даже делаюсь в этом отношении еще более «подозрительным», ибо, увы, опыт учит, что при всей осторожности все-таки ошибаешься. Так, в 1927 году я дважды выписал больных, положенных под наблюдение, и выписал потому, что пришел к отрицанию внематочной беременности, а через несколько дней обе больные вернулись к нам при явлениях инсульта, и операция показала, что налицо была внематочная беременность. Оба случая, по счастью, кончились благополучно, но что бы пришлось перестрадать, если бы дело приняло печальный оборот! Мораль всего этого: при подозрении на внематочную беременность—осторожность, осторожность и осторожность.

Операция внематочной беременности в тех случаях, где нет больших сращений, технически нетрудна и с успехом может быть производима при некотором хирургическом навыке: рассечение брюшной стенки, после этого

тотчас же обследование полости малого таза рукой, отделение сращений и, лучше всего, извлечение матки в разрез той же рукой или при помощи щипцов Мюзе; когда матка извлечена наружу, обычно нетрудно ориентироваться в придатках и найти источник кровотечения. Тогда накладывают зажимы: один—у места отхождения трубы от матки, другой—вдоль трубы по ее брыжжейке. Теперь кровотечение остановлено, и можно спокойно оперировать дальше; проще всего иссечь трубу, перевязать сосуды и обшить рану так, чтобы все было хорошо покрыто брюшиной. Далее, производится удаление крови и кровяных сгустков из брюшной полости; впрочем, настаивать на этом особенно нет нужды. Шов на разрез брюшной стенки.

Если в полости малого таза имеются сращения, особенно плотные, если топография органов сильно нарушена, то операция внематочной беременности теряет в своей типичности, и без хирургического опыта, без привычки находить выход из запутанных положений оператор теряется и может произвести операцию не безупречно. В таких случаях спасибо и за то, если найден источник кровотечения и оно хорошо остановлено после удаления плодного яйца и его вместилища. Еще труднее выйти с честью из положения, если налицо имеется прогрессирующая внематочная беременность. Правда, такие случаи встречаются редко, но и о такой возможности не следует забывать, когда имеешь дело с неясным и запутанным случаем. В настоящее время в таких случаях делу очень помогает рентгенография, но как быть без нее, не знаю. Знаю, однако, что тут легко ошибаются самые опытные и талантливые специалисты, а правильный диагноз тут является счастливой случайностью. Прибавлю, что операция при прогрессирующей внематочной беременности, особенно поздних сроков, технически настолько трудна, что браться за нее может только вполне опытный хирург-гинеколог.

---

## ГЛАВА ШЕСТНАДЦАТАЯ.

### ОПЕРАЦИЯ РАССЕЧЕНИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ И ЛОННЫХ КОСТЕЙ.

В учебниках и руководствах по оперативному акушерству всегда отдается определенное место изложению этих операций. И, действительно, история этих операций, идея, вложенная в них, показания к ним, — все это представляет очень большой интерес и в педагогическом отношении представляет весьма благодарный материал. Но, когда пишешь оперативное акушерство с чисто прикладными заданиями, когда твоя книга должна быть по преимуществу руководством в работе врача-практика, то невольно задаешь себе вопрос: да нужно ли говорить об этих операциях, которые почти никто не делает даже в специальных клиниках? Я готов дать отрицательный ответ на этот вопрос, но тут невольно вспоминаешь, что симфизеотомия была впервые и с успехом произведена в XVIII столетии в невероятной с нашей современной точки зрения обстановке; вспоминаешь и то, что пуботомия была впервые и с успехом произведена в конце XIX столетия в бедной горной хижине в обстановке, совсем не подходящей для оперирования. Вспоминаешь и думаешь: может быть, мы не правы, что забросили эти операции, может быть, они-то как раз и могут облегчить положение врача в патологических родах при несоответствии между объемом плода и

емкостью таза. В самом деле, технически эти операции легче, чем высокие щипцы, и, пожалуй, не труднее кесарского сечения; в смысле непосредственной опасности для матери тоже, вероятно, не хуже этих операций. В чем же дело? Дело в том, что поставить показание к этим операциям, хорошо обосновав его, чрезвычайно трудно, даже имея большой специально акушерский опыт. Далее, операции эти только подготовительные, а не родоразрешающие, и, делая их, не знаешь, что последует дальше: самопроизвольные ли роды или дополнительно та или иная родоразрешающая операция; наконец, здесь операция, нанося матери очень существенное повреждение, далеко не гарантирует ей живого ребенка — огромное преимущество кесарского сечения.

Вот главные причины, почему эти операции не вошли и, вероятно, не войдут в клинический обиход; по тем же причинам их нельзя рекомендовать и врачу в его прикладной деятельности. О себе лично могу сказать, что я ни в своей частной работе, ни при разборе клинического материала, как текущего, так и прошлого, ни разу не встретил необходимости ни самому произвести, ни посоветовать произвести одну из этих операций. Такое же отрицательное отношение к этим операциям составилось у меня на основании изучения литературного материала по этому вопросу, хотя, кстати сказать, начало моей акушерской деятельности как раз совпало с огромным увлечением этими операциями и особенно второй из них. После этих слов мне, конечно, простят то, что здесь я обойду молчанием и симфизео- и ишио-пуботомию.

---

---

## ГЛАВА СЕМНАДЦАТАЯ.

### ОПЕРАЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ—ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА, РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА.

Рождение ребенка всегда вызывает вздох облегчения как у роженицы, так и у окружающих ее, но, в сущности, этот вздох преждевременен, так как роды еще не кончены и оставшийся заключительный период родов — последовый период—таит едва ли не наибольшие опасности для матери.

После рождения плода матка сильно сокращается, и это сокращение матки ведет к тому, что послед целиком или на большей своей части от стенки матки отслаивается. Отслойка происходит в так наз. губчатом слое отпадающей оболочки, и, если слой этот развит нормально, она протекает без затруднения, совершается очень быстро и на всей поверхности последа. При этом разрываются маточно-последовые сосуды, проходящие в перегородках губчатого слоя, и материнская кровь изливается между последом и стенкой матки. Эта кровь способствует окончательной отслойке последа. После этого наступает некоторый период покоя, матка несколько «распускается», но вскоре начинает вновь периодически сокращаться. Эти сокращения — последовые схватки, чередуясь с паузами, постепенно выталкивают послед из полости матки в верхний отдел влагалища. Отсюда послед должен бы выделиться наружу в силу сокращений

самого влагалища и при помощи сокращений брюшного пресса, т.-е. при помощи потуг.

Однако, у современной женщины механизм выделения последа резко нарушен. Можно думать, что это вызвано следующими обстоятельствами: плохим развитием мышечной оболочки влагалища, чрезмерным ее растяжением головкой, непомерно развитой у человеческого плода, и наконец, растянутостью и расслаблением брюшных стенок, вообще не сильных у современной женщины. Возможно, что этому же способствует и обычное положение на спине, в котором рожают наши женщины. Так или иначе, но совершенно самопроизвольное выделение последа из влагалища встречается в настоящее время, как очень большая редкость. Обычно для выделения отслоившегося последа, находящегося уже во влагалище, применяют искусственный прием, который заключается в том, что матку массируют и, когда она сократится, ее низдавливают по оси таза. Этого несложного приема бывает достаточно, чтобы послед без труда вышел из влагалища. Весь секрет успеха заключается в том, чтобы послед был уже во влагалище целиком.

Если послед находится еще в матке, хотя бы одной своей частью, предварительный массаж может испортить дело, так как он ведет к сокращению мышц, окружающих внутреннее отверстие шейечного канала. Такое сокращение — иногда оно превращается в настоящий и длительный спазм — может так сильно охватить послед, что при последующем надавливании матки его не удастся выдвинуть наружу — так он зажат в шейке.

Итак, основная задача при ведении последового периода заключается в том, чтобы приступить к выделению последа не раньше, чем он спустится во влагалище. Эта простая, казалось бы, задача оказывается, однако,

нелегкой на практике. Дело в том, что выделение последа, в противоположность отслойке его, протекает не быстро, а скорее медленно — обычно  $1\frac{1}{2}$  часа, а на самом деле, в большинстве случаев не меньше часа. Вот, — выждать этот час — другой не всегда хватает желания и терпения, — начинают тормозить матку и тем нарушают правильный и закономерный механизм последового периода. Особенно начинают усердствовать, если покажется, что роженица кровоточит: тут уже начинается форменная спешка, и матку уже не тормозат, а попросту мнут, называя это в простоте душевной массажем. Чем более стараются, тем более сокращаются круговые мышцы, тем основательнее удерживается послед в полости матки. Вот основная причина задержания последа.

В таких случаях лучшей помощью, которую вы можете оказать, будет — некоторое время ничего не делать. Матка успокоится, спазм круговых мышц пройдет, и новые сокращения матки выделят послед из ее полости во влагалище. После этого нетрудно будет выделить его наружу тем приемом, о котором говорено выше.

Если этого не происходит, а роженица действительно, кровоточит и время не терпит, тогда, делать нечего приходится применить способ Креде. Способ Креде по своей методике мало чем отличается от только-что описанного приема. Разница, но очень существенная, заключается лишь в том, что при способе Креде послед сперва выдавливается из полости матки и уже затем низдавливанием матки выделяется наружу. Когда же к нему следует прибегать? Чем позже, тем лучше. Но практика установила, что при отсутствии кровотечения предельным сроком для выжидания является 1—2 часа; если же имеется кровотечение, разрешается, конечно, выжимание последа по Креде, хотя бы тотчас после

рождения плода. К сожалению, относительность и субъективность этого последнего показания и ведет очень часто к чрезмерной поспешности в применении способа Креде. В неопытных руках он часто не дает результата, и тут прибегают к другому способу выделения последа— к его ручному выделению. Операция эта технически нетрудна, но опасна в смысле возможности занесения инфекции, а главное, по сути дела, она совершенно излишня, так как, в крайнем случае, выжимание по Креде, но под наркозом всегда ведет к цели, ибо спазм круговых мышц при этом прекращается, и одновременно прекращается сопротивление руке оператора со стороны брюшной стенки, т.-е. устраняются оба препятствия, которые, главным образом, и мешали успеху этого способа.

Совсем другое получается, если имеется не задержание последа, а его приращение, хотя бы частичное. Здесь, действительно, выжиманием, даже под наркозом, делу не поможешь; здесь ручное отделение вполне уместно.

Приращение последа встречалось довольно редко, и некоторые акушеры его даже отрицали. Теперь в связи с гонорреей и, особенно, в связи с неумеренными выскабливаниями матки при искусственных абортах приращение последа встречается значительно чаще. Степень приращения и по протяженности его, и по глубине прорастания бывает чрезвычайно различна, и потому, естественно, на ряду с легкими могут встретиться и глубоко тяжелые случаи полного приращения или глубокого прорастания последа в толщу маточной стенки. Патолого-анатомическая картина приращения последа в легких случаях будет заключаться в отсутствии губчатого слоя отпадающей оболочки. Иными словами, в таких случаях ворсинки последа отделены от мускулатуры



матки лишь тонким компактным слоем отпадающей оболочки. В более тяжелых случаях отсутствует и компактный слой: ворсинки прилежат непосредственно к мышечной стенке, от которой они отделены лишь тонким слоем фибрина (точнее: фибриноида). Наконец, в резко выраженных случаях приращения ворсинки врастают в самую мускулатуру матки, проникая в ее толщу между мышечными пучками по кровеносным сосудам. Такие прорастающие ворсинки могут пронизать всю стенку матки и достигнуть ее брюшинного покрова.

Если приращение последа охватывает всю поверхность его, то мы имеем полное приращение последа. Полное приращение последа встречается исключительно редко. Характерно при таком приращении то, что роженица почти совсем не кровоточит. Обычно наблюдается частичное приращение последа. В случае частичного приращения, напротив, кровотечения является характерным признаком, и наличие кровотечения позволяет заподозрить приращение, так как при простом задержании последа кровотечения бывает реже.

При приращении последа, так же, как и при его задержании, всегда начинают со способа Креде, но разумное его применение здесь, как сказано, обычно не ведет к цели. Если же выделение и удастся, то покупается оно обычно дорогой ценой,—нарушается целостность последа, часть его, бывшая приращенной, остается в матке, и послед выходит с явно заметным изъяном, что уже обязательно заставляет делать ручное отделение этого оставшегося в матке куска.

Если послед не выходит, женщина кровоточит и поставлен диагноз приращения, приходится производить ручное отделение. Эта операция, не в пример ручному удалению, нелегка, дает большую заболеваемость и

немалую смертность. Трудность ее заключается не в проведении руки в матку, а в самом отделении последа от матки. Даже при хорошо развитом осязании нелегко с уверенностью итти: как раз в слое между последом и стенкой матки невольно заблудишься и то попадешь в толщу самого последа, то проникнешь в существо маточной стенки.

В первом случае извлеченный послед оказывается при его осмотре сильно пострадавшим, и как его ни складывай, никогда с уверенностью не скажешь, что выделил послед целиком. Если этой уверенности нет, приходится вторично итти в матку, что уже значительно увеличивает опасность инфекции. Беда увеличивает еще тем, что небольшой кусок последа, оставшийся в матке, нелегко ощупать и нелегко, следовательно, отделить. Если при отделении последа проникнешь в ткань матки, то можно наделать большую беду — до прободения стенки матки включительно. Так и приходится лавировать между Сциллой и Харибдой. Если прибавить, что ручное отделение последа — страшно болезненная операция, что иной раз приходится делать ее без наркоза при громких воплях роженицы, то понятно, что этим трудность операции усугубляется.

После ручного отделения последа многие еще до сих пор промывают матку горячей иодной водой или даже промазывают ее иодной настойкой. Это делается с двойной целью: 1) чтобы дезинфицировать полость матки и 2) чтобы матка прочно сократилась. Первое — вряд ли достигается, второе — достигается, но не всегда на пользу дела, и вот почему. Если вы после отделения последа имеете хорошее и прочное сокращение матки без всяких дополнительных воздействий, можете быть уверены, что отделение сделано хорошо и в матке ничего не оставлено. Если, наоборот, через несколько

минут после отделения матка начинает кровоточить, лучше проверить не осталось ли чего-нибудь в ее полости. Если вы после отделения последа дадите сокращающие матку препараты или воздействуете на матку горячим промыванием, матка может сократиться надолго, несмотря на то, что в ней осталась частица последа,—и тогда расплата придет или в виде последующего, иногда очень обильного, кровотечения или в виде опасной инфекции. Если в течение часа—двух матка после ручного отделения последа остается хорошо сокращенной, а вы должны оставить роженицу, здесь препараты спорыньи будут показаны. Не мешает положить лед на живот.

Признаки, по которым можно судить, что послед выделился из матки во влагалище. Если в последовом периоде нет кровотечения, то, вообще говоря, здесь выжидание не повредит. Но, понятно, нет нужды выжидать, если послед выделился из матки и лежит во влагалище. Есть целый ряд признаков, по которым можно довольно точно судить, произошло ли выделение последа из матки. Эти признаки нужно знать, помнить и уметь ориентироваться при их помощи—этим можно избежать вредных попыток преждевременного применения способа Креде. Для того, чтобы пользоваться этими признаками, нужно все время наблюдать за теми изменениями, которые происходят с маткой и вообще в нижней половине живота женщины во время последового периода. Это непрерывное наблюдение имеет здесь такое же значение, как и наблюдение за течением родового акта,—оно помогает нам делать правильные заключения без ненужных вмешательств и исследований.

Если тотчас после рождения плода мы обратим наше внимание на матку, то увидим, что она хорошо

сокращена, дно ее лежит на определенной высоте, приблизительно на уровне пупка, и сама матка имеет шарообразную форму. В дальнейшем, наблюдая глазом или прикосновением пальцев, мы увидим, что матка «распускается», становится мягче. В это время дно ее поднимается выше пупка, но форма матки не изменяется. Скоро, однако, матка вновь сокращается, и дно ее возвращается к прежнему уровню. После целого ряда таких сокращений и пауз мы увидим, что матка, сократившись, не возвращается уже к прежнему уровню, а, напротив, дно ее поднимается еще выше над пупком. Если мы теперь осящем матку, охватив ее рукой, то увидим, что и форма ее очень заметно изменилась — стала уплощенной спереди назад, потеряла свою шарообразность. Одновременно мы увидим, что непосредственно над лонным сочленением появилось возвышение, которого раньше не было. При осязании это возвышение дает ощущение мягкой массы. Это не что иное, как послед, опустившийся во влагалище и своей массой приподнявший здесь брюшную стенку, а матку одновременно отодвинувший кверху. Вот эти изменения, если их наблюдать в процессе их появления, являются лучшими признаками выделения последа. К сожалению, наши заключения здесь не всегда безошибочны. Так, за послед во влагалище мы можем принять большой сгусток крови, постепенно натекшей сюда и здесь свернувшийся. Такой сгусток может и матку приподнять высоко над пупком. Правда, форма матки остается в таких случаях шарообразной. Иной раз опухоль, появившаяся над лоном, оказывается не последом во влагалище, а мочевым пузырем, наполненным мочей и вдруг сократившимся.

По этому поводу надо сказать, что иногда после рождения плода мочевого пузырь остается распластанным и

незаметным, хотя в нем много мочи. Можно думать, что он находится в состоянии атонии. Но вот — иногда на ваших глазах — он сокращается и тогда шарообразно выпячивается над лоном. Такой наполненный пузырь может так же мешать выделению последа, как иногда он нарушает потужную деятельность. Справиться с ним тут, однако, нетрудно — обычно достаточно небольшого надавливания на пузырь, чтобы моча из него вытекла широкой струей. Наконец, иногда дно матки поднимается высоко над пупком, а послед и не думает выделяться. Зависит это от того, что в самой матке накапливается кровь — матка кровоточит в самое себя, ни капли крови не давая наружу. При этом, однако, всегда матка сохраняет свою шарообразную форму и совершенно своеобразное напряжение своих стенок.

Все, здесь сказанное, общеизвестно, но я умышленно повторяю, чтобы остановить внимание читателя на этих основных явлениях в последовом периоде. С помощью их одних можно, в большинстве случаев, совершенно отчетливо составить себе представление о том, как идет послед и настало ли уже время для нашего вмешательства.

Техника выделения последа из влагалища. Матка массируется. Когда она хорошо сократится, дно ее охватывается рукой и низдавливается книзу. В этот момент женщина должна широко открыть рот и совсем не напрягать брюшной стенки. Почти тотчас послед появляется в половой щели либо своим краем (по Дункану), либо местом прикрепления пуповины (по Шульце). Я иногда пользуюсь одновременно с низдавливанием французским способом натягивания пуповины. Плохого от этого я никогда не видел. Подчеркиваю: не надо потягивать за пуповину, а именно натянуть ее — и только.

Способ выдавливания последа из матки по Креде. Матка массируется. Когда она хорошо сократится, дно ее охватывают всей рукой, так, что ладонь с первым пальцем лежит по передней ее поверхности, а остальные четыре пальца — по задней. Теперь матку сдавливают между ладонью и паль-

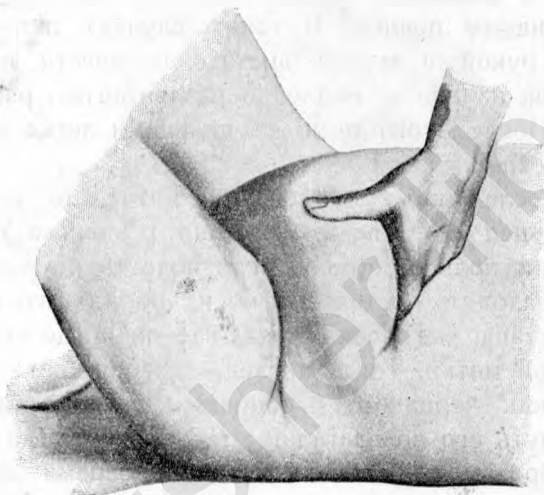


Рис. 50. Выдавливание последа из матки по способу Креде. Так же производится и влагалища—в последнем случае матка после выведения уже выделившегося последа из массажа просто низдавливается по направлению оси таза.

цами и, при удаче, тут же чувствуют, как матка в руке уплощается и из нее что-то выскальзывает. Получив такое ощущение, начинают низдавливать самую матку. Если же этого ощущения нет, то повторяют массаж матки и вновь делают выдавливание. Если при повторном применении Креде послед не выходит, можно и должно повторить его под наркозом. Последнее,

к сожалению, очень редко производится, чем отчасти и объясняется чрезмерное число ручных отделений и выделений последа.

Техника ручного выделения последа. Правая рука складывается конусом и, как обычно, вводится во влагалище. Здесь она часто находит часть последа и пальцами может ощутить кольцо шейки, перехватившее послед. В таких случаях нет нужды входить рукой в матку: достаточно ввести в канал шейки два пальца и, медленно раздвигая их, растянуть кольцо. После этого теми же пальцами легко вывести и весь послед.

Если послед целиком лежит в матке, то в шейку вводят конец «конуса» и, медленно раздвигая пальцы, расширяют кольцо, проникая в полость матки. Здесь послед находят «скомканным» и, обойдя его со всех сторон, сейчас же убеждаются, что он нигде не связан со стенкой матки. Тогда послед «зачерпывают» полной кистью, как черпаком, и концами пальцев стараются протолкнуть его во влагалище по ладони. Когда послед таким образом выведен из матки, пальцами осматривают всю полость матки, особенно последовую площадку, и только после этого начинают выводить руку.

Ручное отделение последа. Рука вводится в матку, как описано выше, но в матке послед находят частично или целиком «распластанным» на ее стенке или нередко вытянутым в конус по направлению к одному из трубных углов. В таких случаях приходится приступать к отделению последа. Можно это делать концами всех пальцев, сложенных вместе, передвигая их пилообразно или локтевой поверхностью ладони, действуя, как разрезным ножом. Тыльная поверхность пальцев должна быть обращена к стенке матки. Когда послед отделен на всей

приращенной поверхности, он также выталкивается из матки концами пальцев, и полость матки тщательно обследуется. Это часто забывают сделать. Сразу выводят послед вместе с рукой, осматривают его, и тут начинает

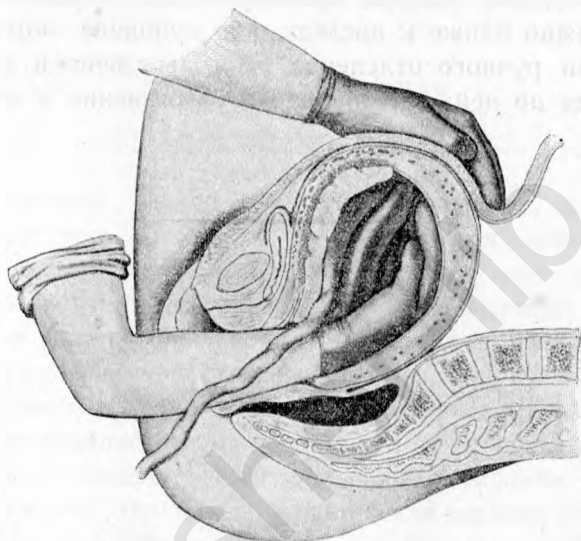


Рис. 51. Ручное отделение последа. Так же, конечно, производится и ручное удаление последа. Вся разница заключается в том, что в первом случае приходится отделять послед от стенки матки, что и представляет главную трудность и главную опасность в смысле инфекции. Руки изображены в перчатках. Должен сознаться, что я, вообще оперируя в перчатках, именно при ручном отделении не советую ими пользоваться: здесь чувство осязания должно быть совершенно безупречно.

брать сомнение: да все ли я удалил? Входят в матку вторично, забыв вторично — и как следует вымыть руку. Эти повторные обследования матки являются, вероятно, нередкой причиной инфекции. Еще одно



замечание: со времени Цельза повелось, что рука вводится во влагалище и дальше в матку по пуповине, которая натягивается другой рукой. Думаю, что мало-мальски опытной руке такой путеводитель, как пуповина, совершенно не нужен, и потому советую предварительно отрезывать ее, как можно ближе к последу, ибо пуповина обычно ко времени ручного отделения уже загрязнена и пальцы, проходя по ней, переносят это загрязнение в полость матки.

---

---

## ГЛАВА ВОСЕМНАДЦАТАЯ.

### ВПРАВЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ.

Припоминая случаи выпадения пуповины, которые мне пришлось видеть в своей жизни, я думаю, что вопрос о вправлении пуповины почти не имеет практического значения—настолько редко это явление. Кроме того, во многих случаях выпавшая пуповина оказывается не пульсирующей, и тогда, следовательно, отпадают всякие заботы о ее вправлении. В прежнее время, когда роды проводились под непрерывным контролем внутреннего исследования, дело обстояло несколько лучше в том смысле, что иногда можно было заранее подготовиться к выпадению пуповины, если при внутреннем исследовании обнаруживалось ее предлежание. Раза два я спас детей, быстро наложив щипцы, когда пуповина выпала с прохождением вод при полном открытии. В обоих случаях это было возможно благодаря очень благоприятному стечению обстоятельств и в частности благодаря наличию уже простерилизованных щипцов. Конечно, такое стечение обстоятельств на практике встретится не часто. Если пуповина выпадает при небольшом открытии, для того, чтобы ее вправить можно воспользоваться одним из остроумных инструментов, придуманных для этой цели. Беда только в том, что их, за редкой надобностью, никогда не бывает под руками. Я по крайней мере никогда ими не пользовался

и держал их в руках только на лекциях при демонстрациях студентам. При открытии большею, чем на два пальца, можно попытаться вправить пуповину, проведя ее в матку на двух пальцах. Конечно, нужно это делать очень бережно, не сдавливая пуповины. Иногда это удается, но часто пуповина вновь выпадает, а вправлять ее повторно, конечно, рискованно в смысле инфекции. Чтобы пуповина не выпала тотчас же после вправления, есть одно лишь верное средство, это—после вправления ввести метрейринтер, но при этом вовсе не исключается, что пуповина выпадет вновь одновременно с «рождением» метрейринтера.

Обычно пуповина выпадает при несоответствии между объемом головки и емкостью таза, когда воды проходят при не вставившейся еще головке. Надо иметь в виду, что при таких обстоятельствах выпадение пуповины является благодетельным для матери, ибо вслед за выпадением пуповины довольно скоро наступает смерть плода, а засим и посмертные изменения в плоде и главное в его головке, которая после этого легко сжимается, что дает роженице возможность разрешиться от бремени, хотя бы мертвым плодом.

Резюмируя вышесказанное, приходится сделать грустное заключение, что при выпадении пуповины мы лишь в исключительных случаях можем оказать действительную помощь.

Приходилось читать казуистические сообщения, где для спасения ребенка при выпадении пуповины делали кесарское сечение и с успехом. Это, конечно, наиболее верный путь, но при условии, что выпадение произошло в учреждении, где очень быстро можно приготовиться к операции. Лично я и при этом условии воздержался бы от такого вмешательства.

## ГЛАВА ДЕВЯТНАДЦАТАЯ.

### КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ.

Кровотечения после родов чаще всего зависят от атонического состояния маточной мускулатуры. Атонией называется такое состояние матки, когда она теряет возможность оставаться в сокращенном состоянии или, иначе говоря, в состоянии ретракции. При нормальном сокращении матки после родов мы наблюдаем не только сокращение отдельных мышечных пучков ее стенки, но и сдвиг их по отношению друг к другу. В силу этого кровеносные сосуды, проходящие в толще маточной стенки, не только сдавливаются между мышечными пучками, но и перегибаются между сдвинувшимися их пластинами. Этим достигается прочное сжатие кровеносных сосудов на значительном протяжении, и сосуды облитерируются без образования тромбов. Нарушение этого механизма и влечет за собой кровотечение той или иной силы.

Опыт учит, что атония матки наблюдается при условиях, которые выявляются уже во время родов; поэтому внимательный и наблюдательный акушер или акушерка уже заранее могут учесть возможность атонии в каждом данном случае. Эти условия следующие: 1) многочисленные, повторные роды в анамнезе («изрожавшаяся женщина»); 2) вялая родовая деятельность при настоящих родах (первичная и вторичная родовая слабость); 3) затяжные

роды при хорошей родовой деятельности; 4) чрезмерное растяжение матки при многоплодной беременности, большом плоде и многоводии; 5) фибромиома матки; 6) наркоз во время родов (хлороформный в большей степени, чем эфирный).

К числу атонических кровотечений обычно относят и такие кровотечения из полости матки, которые зависят от оставшихся в матке оболочек или частиц последа. По существу это, однако, совершенно неправильно, ибо здесь матка не сокращается вследствие нарушения условий, необходимых для ее правильного сокращения, а при атонии имеется патологическое состояние самой мускулатуры матки. С другой стороны, и терапия в обоих случаях должна быть различна: если имеется основательное подозрение, что в матке остались частицы последа или оболочек, то единственной рациональной терапией будет ручное обследование полости матки и ручное удаление оставшихся частей. Поэтому в таких случаях акушер, не теряя времени, должен мыть руки, чтоб ими «заглянуть» в матку, как ни ответственно такое мероприятие в смысле инфекции. Напротив, при настоящей атонии в огромном большинстве случаев можно обойтись без внутриматочного вмешательства, и к нему можно прибегнуть лишь, как к последнему средству, в надежде механическим раздражением изнутри вызвать прочное сокращение матки.

Кроме кровотечения из полости матки, кровотечение после родов наблюдается еще из разрывов шейки и из разрывов наружных половых органов, главным образом, из надрывов клитора, особенно, при варикозном расширении вен. Разрывы промежности и влагалища дают жизнеопасные кровотечения лишь в особо редких случаях и тоже при варикозных узлах. Распознавание кровотечения из наружных половых органов не

представляет трудности: внимательный осмотр вполне достаточен. Проста и терапия: обычно достаточно прижать кровоточащий разрыв—и кровотечение прочно останавливается. При необходимости покинуть родильницу благоразумнее обколоть кровоточащее место швом.

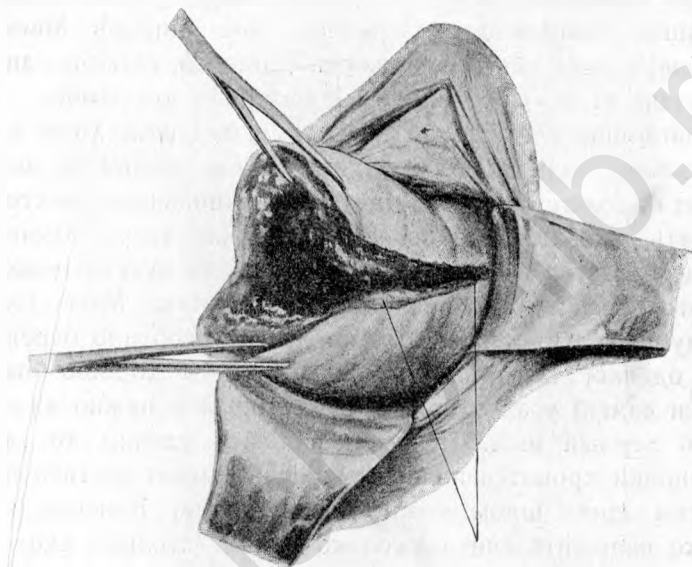


Рис. 52. Разрыв шейки. Влагалищная часть двумя пулевыми щипцами низведена ко входу влагалища.

Нетрудно распознать, что кровотечение происходит из разрыва шейки, если помнить о его возможности, о чем обыкновенно забывают. При кровотечении из шейки матка обычно хорошо сокращена, и совершенно очевидно, что кровоточит не она. Кроме того, разрывы шейки, если исключить предлежание последа, бывают обычно при быстрых, безводных родах, когда сильные схватки быстро изгоняют плод из матки без постепенного открытия шейки плодным пузырем.

При кровотечении из разрыва шейки первое требование: не тормозить матку т. наз. массажем, а готовиться к наложению швов. Если при покое кровотечение не останавливается, то единственным средством здесь будет наложение швов на разрыв.

Для наложения швов на разрыв шейки необходимы: большие влагалищные зеркала, двое щипцов Мюзе, иглодержатель, по возможности длинный, хотя бы одна «крутая» игла, и тот или иной материал для швов.

Влагалище раскрывают зеркалами, щипцами Мюзе захватывают переднюю и заднюю губы шейки и низводят ко входу во влагалище. Для начинающих уместно сказать, что послеродовая влагалищная часть обычно представляется в виде двух дряблых лоскутков темно-синего цвета и легко расплзается в щипцах Мюзе. Поэтому низведение матки нужно делать особенно бережно, однако, все-таки настолько, чтобы хорошо был виден самый угол разрыва, на который и нужно наложить первый шов. Если он наложен удачно, то для остановки кровотечения одного шва бывает достаточно и этим одним швом можно ограничиться. Конечно, не плохо наложить еще несколько швов — столько, сколько нужно для видимого восстановления шейки, но усердствовать здесь особенной нужды нет, ибо швы, чем ближе к наружному краю, тем легче прорезываются и тем легче инфицируются. Снимают швы на 8—10 день, если они из нерассасывающегося материала.

Теперь перейдем к лечению чистой атонии. Здесь на первое место нужно поставить массаж матки, которым можно остановить даже значительное атоническое кровотечение. Одновременно с массажем даются препараты спорыньи и кладется на живот мешок со льдом. Если эти меры оказываются недостаточными, то нужно подготавливаться к горячему промыванию матки. Хотя всякие

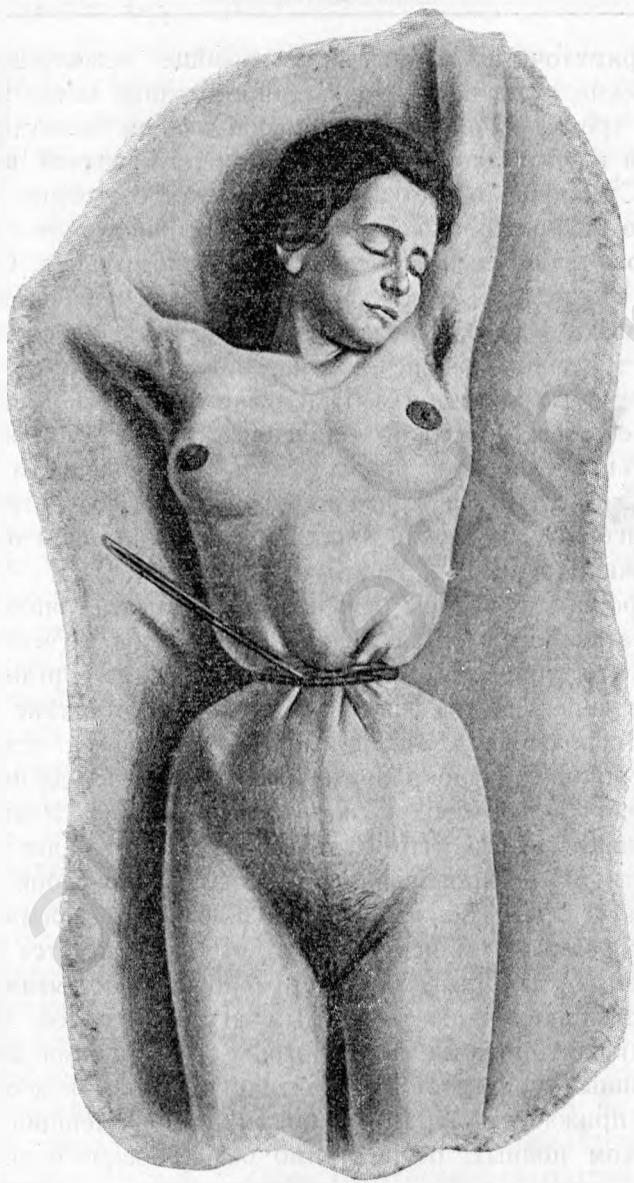


Рис. 53. Наложение жгута по Момбургу.



внутриматочные манипуляции вообще нежелательны, но нужно сказать, что горячее промывание матки является чрезвычайно могучим сокращающим матку средством и, что главное,—матка, промытая горячей водой (48° С), прочно остается в сокращенном состоянии. Мне лично не пришлось ни разу видеть возобновления атонического кровотечения после горячего промывания. Средство это везде и легко доступно,—кроме горячей воды и кружки Эсмарха нужен еще маточный наконечник. Если маточного наконечника нет, можно воспользоваться и простым влагалищным. При всяком промывании матки нужно избегать высокого давления струи (кружку высоко!) и предварительно выпускать из наконечника весь воздух. Вводится наконечник по пальцу, но нетрудно при небольшом навыке провести его при помощи одной наружной руки.

Хорошим способом лечения атонии матки является прижатие аорты. Действие этого способа объясняется тем, что при известном обескровливании организма матка переходит из состояния атонии в состояние резкого сокращения. Женщины, погибающие от острого послеродового малокровия на почве атонии, всегда имеют не дряблую, а твердую, как камень, матку. Этим же объясняется и то, что атоническое кровотечение при известном обескровливании организма само собой прекращается. Из этих наблюдений и возникло стремление обескровить матку искусственно, что и достигается прижатием аорты. Для этой цели предложено перетягивание живота родильницы резиновым жгутом (способ Момбурга) или прижатие аорты особыми приборами вроде старинных турникетов. На практике, однако, можно обойтись прижатием аорты пальцами, что у женщин, не слишком полных, осуществимо без особенного труда. Беда, однако, в том, что пальцы скоро утомляются,

а прижатие надо продолжать около 10 минут, чтобы получить стойкий эффект. Выйти из положения можно тем, что прижатие производится вдвоем, при чем второе лицо кладет свои пальцы поверх пальцев первого. Сперва прижимает аорту первый, а пальцы второго лежат пассивно. Когда пальцы первого устанут, прижимать аорту начинают пальцы второго, действуя через пальцы первого, который тем временем остается пассивным и отдыхает. Так, чередуясь друг с другом, можно прижимать аорту довольно долго и достигнуть обескровливания нижней части тела, а, следовательно, и матки, которая при этом хорошо сокращается.

В литературе описаны случаи, когда из-за атонического кровотечения делали экстирпацию матки влагалищным путем или путем чревосечения. Допускаю, что такая необходимость, как большая редкость, может встретиться. Лично я пошел бы в таком случае путем чревосечения, ибо читал, что один почтенный акушер предлагал при атонии вскрывать брюшную полость и массировать матку, непосредственно взяв ее в руки. Если наступало длительное сокращение матки, то брюшной разрез зашивался, и этим дело кончалось; если бы успеха не было, то можно экстирпировать матку.

При всяком атоническом кровотечении необходимо соблюдать полное спокойствие и, не бросаясь от одного мероприятия к другому, соблюдать известную последовательность. Такое спокойствие акушера благотворно действует на родильницу и психотерапевтически воздействует на ее атоническую матку. Да не покажется последнее утверждение простым парадоксом!

Тем или иным путем, но атоническое кровотечение останавливается,—и тут для акушера наступает не менее ответственная обязанность бороться с последствиями кровотечения, т. е. с острым малокровием родильницы.

Здесь тоже первое условие успеха—спокойствие и правильная оценка состояния больной. Обычно переоценивают положение дела в худшую сторону и начинают без меры вводить различные сердечные средства, отчего бывает мало пользы, а часто бывает и вред. Здесь гораздо важнее наполнить кровеносную систему. Вероятно, в близком будущем для этой цели будет применяться, главным образом, переливание крови. Пока мы не без успеха пользуемся подкожным вливанием физиологического раствора. Я подчеркиваю—«подкожным вливанием», ибо считаю этот путь более рациональным, чем внутривенный, при котором не всегда можно избежать последующего озноба с повышением температуры. А это для обескровленной бывает тяжким испытанием. Напротив, при подкожном введении физиологического раствора он всасывается достаточно быстро и побочных явлений при этом не наблюдается. Сколько надо вводить физиологического раствора, сказать очень трудно, но и здесь не следует переходить границы благоразумия. Обычно достаточно влить—по крайней мере, на первый раз—500—1000 см<sup>3</sup>.

Если нет прибора для подкожного вливания, если нет стерильного раствора, надо поставить клизму из физиологического раствора в 200—300 см<sup>3</sup>. Такая клизма, если больная ее не держит, должна быть удержана прижатием заднего прохода. Она всасывается чрезвычайно быстро, и через некоторое время ее можно повторить, и неоднократно. Как к подкожному вливанию, так и в клизму хорошо прибавить 5—10 капель адреналина.

Одновременно с этими мероприятиями больную все время надо поить (из ложечки) небольшим количеством жидкости (чай, кофе). Этим путем можно ввести большое количество жидкости. Если сразу дать выпить много жидкости, напр. стакан, то часто обескровленный

желудок женщины не может всосать такой порции, и наступает рвота, что, конечно, крайне неблагоприятно действует на состояние больной.

Женщины, вообще говоря, очень хорошо справляются с потерями крови, и то же наблюдается после атонических кровотечений. Тем не менее, всегда надо помнить, что обескровленная родильница, особенно если она кормит, нуждается в длительном бережном к себе отношении. Такую родильницу надо подольше выдерживать в постели. Только при этих условиях обескровленные женщины хорошо и прочно восстанавливают свое здоровье.

---

---

## ГЛАВА ДВАДЦАТАЯ.

### ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ЧАСТЕЙ ПОЛОВОГО КАНАЛА И ИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

В предыдущей главе я говорил о разрывах шейки и их зашивании. В редких случаях значительное кровотечение может произойти и из разрыва влагалища. Это бывает, главным образом, при варикозных узлах влагалищной стенки. Естественно, что при таких кровотечениях наилучшим лечением будет наложение швов. Нужно только помнить, что послеродовое влагалище так же дрябло, как и послеродовая шейка, и, накладывая швы, отнюдь не следует их чрезмерно стягивать, иначе они непременно прорежутся.

Чаще влагалище разрывается в своем нижнем отделе, и здесь разрыв влагалища переходит непосредственно в разрыв промежности. Зашивая промежность, можно попутно наложить швы и на разрыв влагалища, но обычно, если швы на промежности хорошо наложены, края влагалищного разрыва тем самым хорошо прилаживаются и в дальнейшем прекрасно срастаются. Таким образом, на практике влагалище зашивается, как исключение. Зато зашивание промежности является повседневной акушерской операцией и даже поражает нас своим числом в родовспомогательных заведениях. Такое большое число разрывов в родовспомогательных заведениях зависит, главным образом, от того, что здесь не

проходят незамеченными и незашитыми даже самые пустяжные надрывы спайки на один и два шва. Разрывы спайки великолепно заживают без всякого шва и поразительно, насколько сокращается разрыв через несколько часов после родов. Мы зашиваем небольшие разрывы так усердно, главным образом, из боязни инфекции через открытую поверхность разрыва. Вряд ли можно здесь что-нибудь возразить, но там, где шов нельзя наложить с соблюдением достаточной асептики и где нельзя обезопасить его от последующей инфекции, там, пожалуй, можно и не накладывать. Однако, начинающему участковому врачу можно посоветовать в начале своей деятельности накладывать швы даже на небольшие разрывы.

Разрывы побольше всегда следует зашивать, и здесь для успеха нужно обладать определенной техникой. Прежде всего надо иметь в виду, что и большие разрывы можно зашивать не тотчас же после родов, а спустя несколько часов, когда успеет пройти отечность и ушибленность тканей и размер разрыва несколько сократится, но в пользу немедленного зашивания имеются тем не менее основательные доводы. Во-первых, тотчас после родов зашивание менее чувствительно и, во-вторых, возможность заражения разрыва меньше. Все эти соображения для участкового врача отпадают: ему приходится накладывать швы, когда представляется возможность, а не тогда, когда он этого хотел бы (по поговорке: «бедный ест, когда может, а богатый—когда хочет»).

При наложении швов на разрыв промежности нужно проводить иглу под дном разрыва, не проникая ею в прямую кишку. В этом самая трудная сторона операции. Проведя таким образом все швы, начиная снизу, их завязывают, тоже начиная снизу. И здесь

нужно затягивать швы не слишком сильно. Почти все неполные разрывы промежности зашивают, таким образом, в один этап, но при глубоких разрывах можно

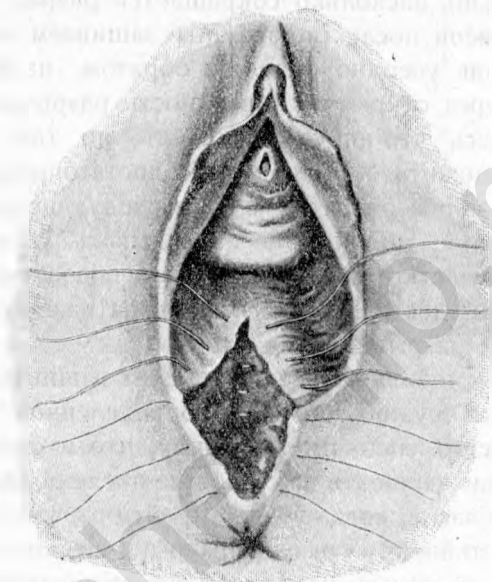


Рис. 54. Зашивание разрыва промежности. Три нижних шва наложены на разрыв самой промежности, три верхних—на разрыв влагалищной стенки. В глубине разрыва видны проходящие там нитки—лучше, если и здесь они проходят в самой ткани. Когда завязаны нижние (промежностные) швы, края влагалищного разрыва настолько хорошо соприкасаются, что самые швы здесь оказываются лишними, тем более, что при завязывании они очень легко прорезываются и при этом только увеличивают обнаженную раневую поверхность.

их зашивать в два этапа. Первый этап из кэтгутовых швов (тонкий кэтгут) накладывается на мышцы тазового дна, а второй этап—на кожу из нерассасывающегося

материала. Теоретически трудно что-либо возразить против такого зашивания, но практика показывает, что такие более сложные швы чаще нагнаиваются и результат

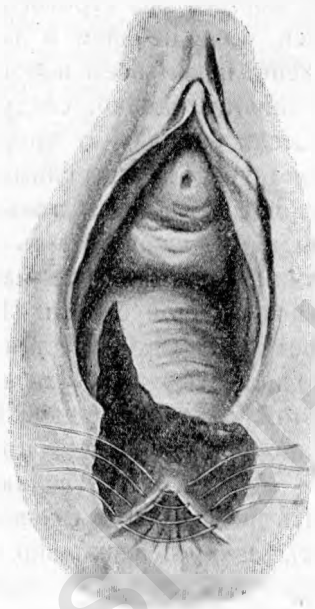


Рис. 55. Зашивание полного разрыва промежности. Четыре тонких шва наложены на стенку прямой кишки и заднепроходный жом. После того, как они будут завязаны, перед нами будет картина обычного неполного разрыва промежности, который и зашивается как обычно.

получается хуже. Главная беда при этом заключается в том, что нагнаивается обычно один внутренний шов, и нагноение, если не пробьется наружу через промежность, ползет по ректовагинальной клетчатке вверх и может дать серьезное послеродовое заболевание.



Уход за родильницами после зашивания разрыва промежности в настоящее время ничем не отличается от обычного: ног мы уже не связываем, лежать неподвижно не заставляем, кормим без строгого ограничения одной жидкой пищей, опия не даем и даже слабительное даем на третий день, как и всем вообще родильницам. Посматривать за швами, однако, следует, чтобы снять их днем раньше, если они начнут прорезываться. Если же все идет благополучно, то швы снимаются на 6-й день.

Все вышесказанное относится только к неполным разрывам. Совсем иное нужно сказать о полных разрывах, т.-е. о таких разрывах, где нарушена целостность сфинктера и прямокишечной стенки. По счастью, такие разрывы очень редки, но если имеется полный разрыв, на зашивание его надо смотреть, как на ответственную операцию. В самом деле, при удаче ваша пациентка через неделю — здоровый человек, при неудаче — она в течение многих месяцев будет великомученицей, так как будет страдать недержанием газов и кала (жидкого, во всяком случае), а через несколько месяцев ей придется подвергнуться пластической операции.

Вся трудность операции при полном разрыве заключается в том, что предварительно нужно тщательно защитить стенку кишки, при чем так, чтобы ни игла, ни шов не проникли через слизистую кишки. В ушибленной, отечной ткани это делать не так легко, однако же, конечно, не свыше сил врача с небольшим хирургическим навыком. Хуже обстоит дело с инфекцией, ибо вы всегда имеете здесь дело с сильно загрязненной поверхностью, и заживление здесь — дело случая и мало зависит от тщательности оператора. Когда швы на стенку кишки и сфинктер наложены, перед нами оказывается знакомая нам картина неполного разрыва, который и зашивается по общим правилам.

Уход за родильницей после зашивания полного разрыва должен быть особый: здесь уместно даже голодание в течение первых четырех-пяти дней, уместен, пожалуй, и опий; слабительного лучше не давать, а день на шестой начать очищение кишечника легкими клизмами. Ставить эти клизмы должен определенно опытный и аккуратный человек.

---

---

## ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ПЕРВАЯ.

### АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ И ВСТАВЛЕНИЯХ ГОЛОВКИ.

Мой жизненный опыт учит меня, что неправильные предлежаия сильнее всего ставят в тупик начинающего акушера или врача неспециалиста, особенно когда при этом нет сужения таза.

В самом деле, если имеется «узкий таз» (а измерить сужение нетрудно), то обычно все невзгоды во время родов сваливаются на него. Другое дело, если женщина имеет совершенно нормальный таз, если она рождает не в первый раз, если ей еще при беременности предсказали совершенно благополучные роды—в этих случаях заминка в течении родов вызывает недоумение, и случилось видеть, как даже очень опытным товарищам в таких случаях совершенно не приходила в голову мысль о неправильном предлежании. Однажды я сам, уже не молодым врачом, попал на роды, заменяя товарища, не распознал своевременно лобного предлежания, не сделал своевременно поворота на ножку, и пришлось роды закончить перфорацией головки. Во всех таких промахах чаще всего беда происходит от чересчур доверчивой оценки акушерского анамнеза и данных наружного исследования при отсутствии исследования внутреннего. Хороший акушерский анамнез всегда делает

врача большим оптимистом. Данные наружного исследования при этом тоже трактуются в благоприятном смысле, и роды ведутся «выжидательно, консервативно». Бывает, что врач успокаивает и роженицу и окружающих словами: «все идет превосходно, делать мне у вас нечего», и спокойно покидает свою пациентку. Даже в родовспомогательных заведениях изредка такие случаи передаются с дежурства на дежурство в самом искреннем заблуждении, что дело идет благополучно.

Для того, чтобы не попасть в неприятное положение, нужно твердо помнить очень важный факт: при нормальном соотношении между предлежащей головкой и тазом головка часто уже в конце беременности и всегда в первые часы родов должна прочно встаться во вход и даже в верхнюю часть полости таза. Если после нескольких часов родовой деятельности вставления головки не происходит, нельзя успокоиться, пока не выяснена причина этого явления. Для выяснения причины надо произвести, если это нужно, внутреннее исследование, при чем внутреннее исследование должно быть настойчивым, с особо внимательным исследованием всех подробностей головки. Когда все хорошо выяснено, тогда уже акушер может решать, как он поведет роды: сознательно выжидая или сознательно же вмешиваясь. Клиника в большинстве случаев решает вопрос в первом направлении, и она совершенно права: в массе — даже очень патологические — случаи дают лучшие результаты при выжидательном ведении, не говоря уже о том, что наблюдение за течением патологических родов является наилучшей школой для акушера, соединяя в его лице врача с научным исследователем. А как много еще подлежит научному исследованию и в физиологии и в патологии родового акта! Участковый врач, врач-практик, находится в совершенно

других условиях: всякое выжидание, самое благонамеренное, если оно окончится неблагоприятно, будет вменено ему в вину, как неподание своевременной помощи, и объяснено или его невежеством или его «халатностью» при исполнении врачебных обязанностей.

В этой книге я прежде всего стараюсь, по мере сил войти в положение участкового врача в его повседневной работе. При отсутствии вставления головки в таз я очень советую участковому врачу вспомнить о повороте на ножку и делать эту операцию, расширяя показания далеко за пределы, указанные в учебниках акушерства.

Если воды отошли давно, если нет уже подвижности плода, то, конечно, от поворота придется отказаться и надо, выжидая, позаботиться о том, чтобы в нужную минуту был под руками перфоратор. Не следует торопиться с применением этого инструмента, но не следует и останавливаться перед производством этой операции. Положительно утверждаю: перфорируя застрявшую над входом или во входе головку, врач, в участковой обстановке, почти никогда не совершит большой ошибки и не обнаружит своей неподготовленности. Другое дело, если головка опустилась уже в полость таза и особенно к его выходу. Здесь перфорация живого плода может уже свидетельствовать о неподготовленности участкового врача к его энциклопедической деятельности, но кто же решится поставить участковому врачу в вину, если он в интересах матери жертвует плодом и не станет спасать плод наложением щипцов, техникой которых он не вполне владеет.

Из вышесказанного можно заключить, что при неправильных предлежаниях и вставлениях я, как будто бы, знаю только два выхода: или «профилактический» поворот или выжидание с перфоратором в руках.

Нет, в отдельных случаях я допускаю, что врач може и должен попытаться ручным способом изменить не правильное предлежаие в правильное или более правильное.

Так, при всех разгибательных предлежаиях можно попытаться, введя в матку руку, захватить ею затылок и согнуть головку, приводя ее таким образом в правильное затылочное предлежаие. При лобном предлежаии можно, по совету Г. А. Соловьева, ввести палец в рот плода и еще более разогнуть головку, превращая совсем неблагоприятное лобное в менее неблагоприятное лицевое предлежаие. И это, и многое еще другое можно делать, но нужно помнить, что, поступая так, мы часто отказываемся от поворота на ножку и впоследствии вынуждены будем прибегнуть к перфорации. Дело в том, что даже при удаче измененное предлежаие может оказаться непрочным и головка через некоторое время может вернуться в прежнее предлежаие, а тем временем условия для поворота на ножку пропадают, и уже волей-неволей приходится делать перфорацию, лишь ухудшив ее результаты возможным внесением инфекции при попытках исправить предлежаия.

Перечислю неправильные предлежаия, которые могут представиться:

1) Лобное предлежаие всегда очень неблагоприятно. При подвижном плоде лучше всего сделать поворот на ножку. Если головка вставилась, можно до перфорации попытаться превратить лобное предлежаие в лицевое или в затылочное.

2) Лицевое предлежаие при подвижном плоде,—поворот на ножку, особенно, если подбородок смотрит кзади. Если личико вставилось подбородком кзади, выжидание не принесет пользы; попытка перевести головку в затылочное предлежаие вряд ли удастся—

посему перфорация. Если подбородок обращен кпереди, возможно более длительное выжидание; можно попробовать согнуть головку до затылочного предлежания. Можно бы наложить щипцы, но лучше этого не делать, — перфорация значительно безопаснее для матери.

3) Теменные предлежаия при синклитическом вставлении (стреловидный шов на одинаковом расстоянии как от мыса, так и от лона, т.-е. как бы по середине таза в поперечном его размере) допускают довольно продолжительное выжидание. В дальнейшем, если получается передний вид, вполне возможна попытка наложения выходных и даже полостных щипцов. При заднем виде безопаснее для матери перфорация.

При асинклитическом вставлении нужно помнить, что так наз. задне-теменное вставление, когда стреловидный шов проходит у лона и предлежит задняя теменная кость, крайне неблагоприятно. Если нельзя уже делать поворота, остается перфорация. При переднем теменном вставлении (стреловидный шов ближе к мысу) должно быть сдержанным, ибо при плоских и уплощенных тазах такое вставление благоприятно, даже более благоприятно, чем синклитическое вставление. Иными словами, если при плоском тазе мы имеем передне-теменное вставление, то можем выждать спокойнее и дольше, чем при «правильном» затылочном. Однако, и при передне-теменном вставлении, если имеется подвижность плода, в условиях участковой работы, лучше сделать поворот на ножку. Тут этот поворот можно назвать профилактическим и без кавычек, ибо как раз при таких тазах он вполне обоснован. Можно его делать даже без особой надежды получить живой плод, ибо перфорировать последующую головку легче и безопаснее, чем предыдущую.

4) Высокое прямое вставление головки. Эта редкая аномалия характеризуется тем, что при затылочном предлежании головка вставляется во вход в прямом его размере и так может пройти до выхода, при чем роды могут закончиться благополучно естественными силами. При высоком прямом вставлении надо всегда попытаться сдвинуть головку исследующими пальцами в поперечный размер таза. Если это удастся, дальше делать нечего: простейшим приемом — буквально мановением пальца — вы превратили сугубо неправильное вставление в норму, и дальше дело может пойти как по маслу. Если прием этот не увенчается успехом, то надо непременно выяснить, куда обращен затылок. Если он обращен кзади (задний вид), то ждать добра не следует, и можно приступить к перфорации. Если затылок обращен кпереди, возможно более спокойное выжидание; однако не исключается необходимость перфорации. При переднем виде высокого прямого вставления более опытный врач может попытаться наложить щипцы как в полости, так даже и во входе. В обоих случаях наложение щипцов будет типичное, что значительно облегчает как самое наложение, так и извлечение.

Все вышеописанные патологические предлежания можно наблюдать и до вставления головки, и во входе, и в полости таза. Впрочем, надо сказать, что асинклитические теменные вставления наблюдаются только во входе. Если сила родовой деятельности преодолевает препятствие во входе, то в полости головка обыкновенно переходит в косой размер, сгибается и дальше механизм родов протекает, как при затылочных предлежаниях.

Кроме высокого прямого вставления при затылочных предлежаниях наблюдается еще одна аномалия



механизма родов, важная в практическом отношении. Ее надо знать и о ней помнить. Это—так наз. низкое поперечное стояние головки.

Такое стояние зависит от того, что головка, опускаясь в полость и дальше к выходу, не совершает внутреннего своего вращения. Наблюдается это при очень емких тазах и нормальной величине плода. Этой аномалии особенно благоприятствует уплощенная форма таза без его сужения. При низком поперечном стоянии как в полости, так и в выходе нужно всегда попытаться сдвинуть головку в косой размер таза, конечно, затылком кпереди. Если это вам удастся, то вы, не вынимая своих пальцев, можете наблюдать, как тотчас же начинается поступательное движение головки, и роды могут быстро и благополучно закончиться. Опять-таки мановением своего пальца вы превращаете патологию в норму.

Если пальцами сдвинуть головку не удастся, то акушер всегда выйдет из положения при помощи щипцов, часто даже при помощи одной ложки, которой он действует как рычагом, наложив ее предварительно по общим правилам в косом размере. Иногда этой ложкой достаточно сделать совершенно незначительное движение, чтобы вывести головку из «мертвой точки» и тогда, опять-таки на ваших глазах, может начаться поступательное движение головки, и роды быстро заканчиваются. Однако, когда роженица уже совершенно измучилась и у ней развилась настоящая родовая слабость, тогда, конечно, недостаточно бывает сдвинуть головку пальцами или ложкой щипцов. В этих случаях благоразумнее наложить щипцы. Накладывать щипцы как в полости, так в выходе таза приходится при этом в косом размере. Сделав небольшое вращательное движение, легко удастся перевести головку в косой, а затем и прямой

размер, после чего нужно тотчас же делать извлечение.

При таком наложении щипцов мы будем иметь атипичные щипцы в выходе, но особенной трудности ни в наложении, ни в извлечении не представится, а посему операцию в этих случаях может делать и врач без специальной подготовки в акушерстве.

---

---

## ПОСЛЕСЛОВИЕ.

Я прекрасно сознаю все недостатки написанного мною «о перативного акушерства». Отчасти они вызваны необходимостью уложиться в определенные рамки десяти печатных листов. Хочется, однако, думать, что и в таком несовершенном виде эта книжка может принести свою пользу товарищу участковому врачу — этому истинному подвижнику и страстотерпцу медицинской профессии. Я сознательно исключил из своего изложения всякие ссылки на источники и на авторитеты, но, конечно, все написанное заимствовано мной из тех книг, которые я прочел, и у тех лиц, у которых я учился. Однако, почти все это взвешено и обдуманно мною на личном опыте. Правда, я избалован тем, что почти всю свою жизнь работал в Москве, в крупных родовспомогательных заведениях, окруженный учителями, товарищами и учениками. В таких условиях работать легко, и ошибки и неудачи переживаются легче. Однако, мне приходилось немало работать и в деревенской обстановке, в полном и беспомощном одиночестве.

Я знаю, как трудна эта работа, и знаю те границы, которые ей положены силой обстоятельств. Понимаю положение врача, от которого требуют невозможного и который боится сделать то, что ему доступно, так как это доступное не соответствует достижениям той науки, которую он изучал в университете. Да не смущается его душа и не опускаются руки при неудачах.

Не пропадет ваш скорбный труд  
И дум высокое стремление.

## О Г Л А В Л Е Н И Е.

Предисловие . . . . .	3
Глава I. Введение. (Внутреннее акушерское исследование. Обстановка акушерск.помощи в деревенской избе. Наркоз. Акушерский инструментарий) . . . . .	5
Глава II. Выкидыш. . . . .	15
Глава III. Искусственные преждевременные роды . . . . .	31
Глава IV. Операция разрыва плодного пузыря . . . . .	42
Глава V. Операция разреза маточного зева . . . . .	48
Глава VI. Операция разреза половой щели . . . . .	52
Глава VII. Акушерская помощь при тазовых предлежаниях (Ручное пособие, извлечение за тазовый конец, низведение ножки) . . . . .	56
Глава VIII. Акушерский поворот (поворот наружными приемами; внутренний поворот на ножку; поворот по Бракстон-Хиксу) . . . . .	79
Глава IX. Акушерские щипцы . . . . .	105
Глава X. Выжимание плода . . . . .	148
Глава XI. Операции, уменьшающие объем плода (перфорация головки, эмбриотомия) . . . . .	150
Глава XII. Кесарское сечение . . . . .	164
Глава XIII. Влагалищное кесарское сечение . . . . .	176
Глава XIV. Операция Порро . . . . .	183
Глава XV. Чревосечения во время беременности и по поводу ее. . . . .	189
Глава XVI. Операция рассечения лонного сочленения и лонных костей (симфизеотомия; ишио-пуботомия) . . . . .	194

---

Глава XVII.	Операции в послеродовом периоде (выделение последа; ручное отделение последа)	196
Глава XVIII.	Вправление пуповины	209
Глава XIX.	Кровотечения после родов и их лечение	211
Глава XX.	Повреждения мягких частей полового канала и их оперативное лечение.	220
Глава XXI.	Акушерская помощь при неправильных головных предлежаниях и вставлениях головки	226
Послесловие		234

---