

Проф. А. М. АГАРОНОВ

# ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

1 9 3 5

Проф. А. М. АГАРОНОВ (АГАРОНЯН)

# ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Краткое руководство для студентов и врачей

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО ССР АРМЕНИИ  
ЭРИВАНЬ — МОСКВА

1 9 3 5

Ответ. ред. Агаонов А. М.

Стил. ред. Атоян А.

Тех. ред. Сивов И. А.

Отпечатано в типографии  
Госиздата ССР Армении  
Москва, Армянский пер., 2.  
Уполн. Главлита № Б-1297  
Сдано в набор 5/IX — 35  
Подп в печ. 5/X — 35 г.  
формат 62x94 печ. л. 8<sup>1</sup>/<sub>8</sub>  
в 1 п. л. 42 000 зн. Тир. 6 000  
Заказ № 1318.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В течение ряда лет, читая курс оперативного акушерства в Медицинском Институте ССР Армении, я часто сталкивался с трудностями усвоения студентами проходимого курса из-за полного отсутствия в продаже пособий по этому предмету. Принимая во внимание также большую потребность врача периферии в практическом руководстве по оперативному акушерству, я решил составить это руководство. В нем я несколько видоизменил метод изложения предмета, проводимого мною на занятиях со студентами. Это сделано с целью дать краткое руководство, которое могло бы служить пособием как для студентов при прохождении ими курса, так и практическим руководством для врача периферии.

В руководстве предмет излагается в виде краткого разбора отдельных клинических случаев, с обращением внимания на вопросы, имеющие непосредственно практическое значение.

При составлении его я пользовался известными русскими и иностранными руководствами (Винтера, Груздева, Липмана, Малиновского и Кушнера, Фелинга, Феноменова, Штеккеля и др.), к которым и отсылаю желающих более подробно ознакомиться с предметом оперативного акушерства.

Большинство рисунков взято из книги Винтера (*Biologie und Pathologie des Weibes. Halban und Seitz, т. VIII, ч. 2*).

За просмотр рукописи этой книги и за ценные указания выражаю свою благодарность заслуженному деятелю науки профессору Михаилу Сергеевичу Малиновскому.

Проф. А. Агаронов.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
<b>Введение в оперативное акушерство</b> . . . . .	7
<b>Подготовительные акушерские операции</b> . . . . .	16
1. Расширение шейки матки . . . . .	—
Некровоавое расширение шейки матки . . . . .	—
Кровоавое расширение шейки матки . . . . .	23
2. Расширение вульвы и влагалища . . . . .	28
3. Расширение костного канала . . . . .	32
4. Разрыв плодного пузыря . . . . .	33
5. Вправление выпавших мелких частей плода . . . . .	34
6. Акушерский поворот . . . . .	37
<b>Операции искусственного прерывания беременности</b> . . . . .	53
1. Преждевременные роды . . . . .	—
2. Искусственный выкидыш . . . . .	57
<b>Родоразрешающие операции</b> . . . . .	66
Родоразрешающие операции без уменьшения плода . . . . .	—
1. Извлечение плода . . . . .	—
2. Щипцы . . . . .	79
3. Выжимание плода . . . . .	94
Родоразрешающие операции с уменьшением размеров плода . . . . .	97
1. Краннотомия . . . . .	—
2. Эмбриотомия . . . . .	106
Кесарское сечение . . . . .	111
<b>Операции последового периода</b> . . . . .	122
1. Выведение последа . . . . .	—
2. Операции при повреждениях мягких родовых путей . . . . .	125

## ВВЕДЕНИЕ В ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Предмет опера-  
тивного акушер-  
ства

Нормальное течение беременности, родов и послеродового периода может быть нарушено различными осложнениями, исходящими как от матери, так и от плода. В этих случаях, требующих врачебного вмешательства, производятся операции на органах половой сферы матери и на самом плоде. Учение об этих операциях является предметом оперативного акушерства.

Все акушерские операции могут быть разделены на следующие три основные группы:

1. Подготовительные акушерские операции:

Кровавое и некровавое расширения маточного зева.

Влагалищное кесарское сечение.

Поворот и другие.

Эта группа операций имеет целью исправление неправильных положений плода и подготовку мягких родовых путей и костного таза для последующего окончания родового акта.

2. Операции искусственного прерывания беременности:

Преждевременные роды.

Искусственный выкидыш.

3. Родоразрешающие операции:

Ручное извлечение плода за тазовый конец.

Шипцы.

Выжимание плода.

Краниотомия.

Эмбриотомия.

Классическое кесарское сечение.

Эта группа операций непосредственно способствует искусственному окончанию родового акта.

4. Операции послеродового периода:

Все операции, связанные с неправильным отделением, задержкой и приращением последа и оболочек, а также операции, направленные на борьбу с кровотечениями в этом периоде.

Некоторые из современных акушерских операций были известны еще в древние века, но не получили тогда своего развития по ряду причин. При родах к роженице имела доступ только женщина; врачи-мужчины не были знакомы с физиологическим родовым процессом. В силу этого вопросы патологического акушерства ими разрешались чисто эмпирически, а самопроизвольные роды считались возможными только при головном предлежании; при ягодичном предлежании предлагалось кускование плода.

Развитие медицины вообще, анатомии и физиологии в частности, внесло существенные изменения и в вопросы оперативного акушерства. Уже в первом веке нашей эры Корнелий Цельз, в противоположность учению Гипократа—кусовать плод при ягодичном и ножном предлежании, вводит поворот на ножку и извлечение плода за тазовый конец и тем самым допускает возможность произвольных родов при ягодичном предлежании.

Однако, операция эта вскоре была забыта, и метод кускования опять получил распространение. Операция поворота на ножку снова вводится в акушерство спустя много веков и получает свое дальнейшее развитие (Амбураз Паре, 1510—1590). Точно также почти все современные акушерские операции с большим трудом прививались и приобретали права гражданства. Как иллюстрацию к прежним условиям развития оперативного акушерства, приведем историю акушерских щипцов.

С начала XVII века акушерские щипцы являлись наследственным секретом врачей из семейства Чемберленов. Для сохранения своей тайны (весьма прибыльной) щипцы накладывались ими в комнате наедине с роженицей, под простыней. Один из Чемберленов, желая продать свой секрет, прибыл в Париж, где ему было предложено продемонстрировать свое искусство на роженице с абсолютно узким тазом. После многих безрезультатных попыток извлечь плод, владельцу секрета щипцов пришлось ретироваться из Парижа. Секрет свой он продал в Голландии. С этих пор секрет щипцов переходит из рук в руки и вскоре становится предметом спекуляции. В XVIII веке гентский хирург Пальфин вновь изобретает щипцы и докладывает об этом в Парижской академии, благодаря чему щипцы становятся достоянием широких врачебных масс.

В новейшее время, в связи с развитием антисептики, асептики, особенно в связи с хирургическим направлением в акушерстве, акушерские операции также расширяются, детализируются показания и условия для их производства, усовершенствуется инструментарий.

Для успешного производства акушерских операций требуются 3 фактора:

- а) строгие показания;
- б) условия, при наличии которых можно вообще произвести данную операцию и
- в) знание техники операции.

Без совокупности этих трех факторов врач, производящий акушерскую операцию, взамен пользы роженице, может принести ей, порой непоправимый, вред.

Показания

Прежде чем приступить к операции, врач должен взвесить основательно, показана ли к производству данная операция или нет.

Для правильного решения этого вопроса необходимо основательное знакомство с физиологическим родовым процессом, чтобы иметь возможность судить о патологии данного случая и необходимости врачебного вмешательства.

Необходимо отметить, что в последнее время наблюдается некоторое увлечение оперативным вмешательством. Однако нельзя забывать, что всякая операция, даже технически блестяще выполненная, имеет свои отрицательные стороны, ибо увеличивает процент заболеваемости и смертности рожениц. Приводимые данные Винтера исчерпывающе иллюстрируют это положение:

	смертность	заболеваемость
На 1 000 сл. нормальных родов . . . . .	0,1%	6,0%
„ 1 000 сл. щипцов . . . . .	0,3%	18,0%
„ 500 сл. поворота . . . . .	0,5%	13,0%
„ 500 сл. кесарского сечения . . . . .	2,1%	—
„ 800 сл. ручного отслоения последа . . . . .	1,0%	15—40%
„ 800 сл. краниотомий . . . . .	0,5%	20,0%

Если к этому прибавить, что данная статистика касается случаев, проведенных в клинической обстановке, то будет понятно, что в условиях районной практики эти цифры значительно должны быть увеличены. Это заставляет помнить, что «акушер больше наблюдает и мало действует».

Условия

Другим фактором, как упомянуто выше, является наличие соответствующих условий для производства операций. Этот момент особенно важен, ибо могут быть показания к данной операции, но отсутствовать условия к производству ее. Например: при гидроцефалии показана перфорация головки, но для нея необходимым условием является достаточное открытие маточного зева. Производство той или иной акушерской операции, без наличия требуемых условий, может по-



вести к весьма неблагоприятным результатам как для матери, так и для плода.

#### Техника

Третий фактор—наличие техники у оператора—играет громадную роль для благоприятного исхода операции. Могут быть показания и условия к производству данной операции, но у оператора не быть соответствующей техники или обстановки. В этих случаях необходимо произвести другую, более легкую операцию, которая возможна при данных показаниях и условиях, даже в ущерб интересам плода.

#### Обстановка

Кроме умения технически правильно оперировать, врачу необходимо уметь учитывать и ту внешнюю обстановку, при которой производится операция. Этот момент имеет значение особенно в условиях работы на периферии. Здесь врачу нередко приходится оказывать помощь вдали от своего пункта, в условиях крестьянской избы и при отсутствии достаточно подготовленных помощников. Если для некоторых операций (щипцы, поворот, выскабливание матки) можно создать вполне асептическую обстановку в избе, то для других операций (кесарское сечение, операция внематочной беременности) эту обстановку создать там невозможно, и их нужно производить только в условиях больничной работы.

При производстве операции в условиях сельской практики, необходимо избрать наиболее удобную, свободную и наилучше освещенную часть избы. Земляной пол нужно полить водой, а излишнюю обстановку вынести из комнаты.

Некоторые акушерские операции могут быть произведены на обыкновенной, другие—на поперечной кровати, а третьи—на обычном или операционном столе.

#### Асептика и антисептика

Если необходимость асептического проведения всякого хирургического вмешательства не вызывает сомнения у каждого, то это условие особенно необходимо соблюдать при производстве акушерских операций. При них опасность занесения инфекции руками оператора в верхние части родового канала женщины особенно велика, ибо патогенные микробы могут уже находиться во влагалище, благодаря длительности родового акта или предшествующему внутреннему исследованию.

Еще задолго до Листера, Земмельвейс в сороковых годах XIX века первым ввел понятие об антисептике и асептике. Он обратил внимание на то, что родильная горячка несравненно больше свирепствовала в акушерской клинике (Вена), в которой обучались студенты, чем в родильных домах, где занимались ученицы акушерской школы. На

трупам женщин, умерших от родильной горячки, он находил те же изменения, что и у лиц, погибших от гнойных ран. В этом он особенно убедился на вскрытии трупа проф. Колецка, умершего от заражения при вскрытии трупа. После этого Земмельвейс твердо заявил, что родильная горячка есть результат инфекции, вносимой в организм роженицы рукой исследующего. Как меру борьбы с родильной горячкой, Земмельвейс предложил дезинфекцию рук и инструментов и ввел ее в заведываемых им родильных учреждениях. Положительные результаты этого мероприятия быстро сказались на снижении процента смертности и заболеваемости среди рожениц. Однако, понятие асептики и антисептики получило признание только со времен Листера.

#### Пути инфекции

Не останавливаясь на вопросе об экзогенной инфекции, т.е. внешней, занесенной рукой оператора или инструментом, и об эндогенной инфекции, т.е. внутренней, находящейся в половых путях роженицы, практически нужно полагать, что инфекция при родах возможна по обоим путям. Поэтому, при производстве акушерских операций, должны быть приняты соответствующие меры предосторожности.

#### Стерилизация инструментов

Отобранные инструменты, необходимые для данной операции, должны быть простерилизованы кипячением. При отсутствии соответствующего размера никелированного стерилизатора, стерилизацию можно произвести в чистой кастрюльке или в самоваре. Кипятить инструменты лучшего всего в 1% растворе *Natrium carbonicum* в течение 10—12 минут (раствор этот кипит при 104°). В случаях, не терпящих отлагательств, инструменты могут быть простерилизованы обжиганием спиртом. При отсутствии сухого стерильного материала, вату, марлю и бинты можно прокипятить вместе с инструментами. Шелк и кетгут лучше иметь стерильными в запаянных ампулах.

#### Дезинфекция рук

После приготовления операционного ложа и стерилизации инструментов, необходимо приступить к дезинфекции рук. Из существующих методов ее производства остановимся на способах Фюрбрингера, Альфельда, Гроссиха и Спасокукоцкого. По Фюрбрингеру, после стрижки ногтей и очищения подногтевых пространств, производится мытье рук в течение 10 минут теплой водой, мылом и двумя щетками; обработка 5 минут спиртом и 3 ми-

нуты сулемой. Альфельд исключил сулему и пользовался только спиртом.

По способу Гроссиха, руки без предварительной подготовки смазываются 10% раствором иода. Он применим только в случаях не терпящих отлагательств, так как, при частом пользовании им, можно получить экзему рук. По Спасокукоцкому, руки, после обычного двухминутного мытья мылом и водой, обрабатываются сначала в течение 5 минут 1/2% раствором нашатырного спирта, а затем в течение 3—5 минут—95% этиловым спиртом.

Во всех случаях, сопряженных со вскрытием брюшной полости или вхождением рукой в полость матки, мы обрабатываем руки по Фюрбрингеру. При всех способах дезинфекцию рук надо производить до локтя, так как нередко приходится входить в родовый канал женщины по локоть.

Большое значение в деле асептики приобрели резиновые перчатки, которые одеваются в стерильном виде на обработанные тем или иным способом руки. Стерилизацию резиновых перчаток лучше всего производить в автоклаве или кипячением. Наилучшими нужно считать перчатки из тонкой резины, как сохраняющие тактильную чувствительность. При некотором навыке можно с успехом пользоваться и перчатками из черной резины.

Подготовка роженицы
---------------------

Прежде чем приступить к производству операции, нужно подготовить к ней роженицу. Предварительно ставится роженице клизма, дабы избежать отхождения кала во время операции; в противном случае создается опасность инфицирования операционного поля и рук оператора. Производится бритье или, в крайнем случае, стрижка волос на половых органах роженицы; тщательное обмывание их мылом и теплым раствором сулемы (1:1000); смазывание 5% раствором иода больших губ, промежности и прилегающей части кожи. Мочевой пузырь опорожняется произвольным мочеиспусканием или катетеризацией.

Вопрос о необходимости дезинфекции наружных половых органов не вызывает ни у кого сомнения, дезинфекция же влагалища не всеми признается целесообразной. Сторонники дезинфекции влагалища мытьем и спринцеванием считают ее необходимым, ввиду наличия во влагалище патогенных микроорганизмов, могущих быть занесенными рукой оператора в матку. Противники же ее считают, что, при спринцевании влагалища, инфекция может быть током воды занесена в матку. Мы считаем, что этот вопрос должен разрешаться в каждом отдельном случае особо: при обильных и грязных выделениях и при том, если до этого про-

изведено внутреннее исследование (бабки!), необходимо, после дезинфекции наружных половых органов, растереть влагалище намыленной ватой или марлей, разглаживая складки, а затем проспринцовать раствором марганцево-кислого калия или лизола (избегать сулемы при эклампсии, нефритах, предлежании последа!). После введения влагалищного зеркала, шейку матки смазывают иодом. В тех же случаях, когда нет выделений, и роженица не была никем исследована, особенно если околоплодные воды уже отошли, достаточно раскрыть влагалище зеркалами, протереть ее марлевыми шариками с сулемой и смазать стенки влагалища и шейку матки 5% раствором иода.

**Положение роженицы**

После подготовки роженицы к операции, ей придают положение соответственно предполагаемой операции, а именно: для производства кесарского сечения роженице придают такое же положение, как и при всяком гинекологическом чревосечении,



Рис. 1. «Ногодержатель» из полотенец.

а для других акушерских операций—положение на спине с согнутыми и разведенными ногами, удерживаемыми помощниками, а еще лучше ногодержателем Отта. При отсутствии тех и других, можно приготовить ногодержатель из полотенец, как это указано на рисунке.

**Наркоз**

Почти при всех акушерских операциях, особенно при крупных, необходим глубокий наркоз. При нем значительно уменьшается опасность серьезных осложнений от резких движений роженицы, реагирующей на манипуляции оператора, и, кроме

того, облегчается техника операции. Роженицы лучше переносят хлороформ, которому быстро поддаются. При условии сельской практики и при отсутствии достаточного числа ассистентов, наркоз может быть начат самим врачом и продолжен акушеркой под его наблюдением.

Только после проверки наличия всего необходимого, подготовки роженицы, инструментария и рук, врач может приступить к операции.

Как резюме к вышеизложенному, считаем уместным привести слова Штеккеля: «самый совершенный знаток техники с загрязненными руками, акушер в резиновых перчатках, но не владеющий навыками, и акушер-невежда—самые опасные типы в акушерстве. Безупречная асептика, хорошая техника и способность правильно учесть любую акушерскую ситуацию представляют основные качества, необходимые для акушера-хирурга».

<b>Акушерский набор</b>
-------------------------

Для производства различных акушерских операций врачу необходимо иметь при себе сумку со следующим (ориентировочно) со-

держимым:

- 1) щипцы акушерские,
- 2) перфоратор,
- 3) краниокласт,
- 4) декапитационный крючок Брауна,
- 5) тупой ягодичный крючок,
- 6) костные щипцы,
- 7) крепкие ножницы Зибольда,
- 8) двое пулевых щипцов,
- 9) влагалищное зеркало и под'емник,
- 10) женский металлический катетр,
- 11) эластический катетр Нелатона,
- 12) длинный пинцет,
- 13) пинцет анатомический,
- 14) зажимы Кохера и Пеана,
- 15) ножницы,
- 16) тазомер,
- 17) сантиметровая лента,
- 18) иглы хирургические, иглодержатель, шелк, кетгут,
- 19) стетоскоп Пинара,
- 20) термометр максимальный,
- 21) шприц Рекорда,
- 22) маска для наркоза, капельница, хлороформ,

- 23) аппарат Боброва для вливания солевого раствора,
  - 24) кружка Эсмарха с прибором,
  - 25) щетки, ногтечистка, мыло,
  - 26) бритва,
  - 27) резиновые перчатки,
  - 28) стерилизатор для инструментов,
  - 29) ногодержатель Отта,
  - 30) весь необходимый инструментарий для выскабливания,
  - 31) белье, медикаменты.
- 

Акusher-Lib.ru

## ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

К этой группе акушерских операций относятся операции, имеющие целью устранение препятствий со стороны мягких и твердых частей родового канала, а также со стороны частей плодного яйца для последующего окончания родов. К числу подобных операций относятся:

1. Расширение шейки матки;
2. Расширение вульвы и влагалища;
3. Расширение костного канала;
4. Разрыв плодного пузыря;
5. Вправление выпавших мелких частей;
6. Акушерский поворот.

### 1. РАСШИРЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

#### Некроавое расширение шейки матки

Случай 1. Гр. А. Н., 30 лет, многорожавшая. Кормит своего последнего ребенка. Менструации после родов не возобновлялись. В течение последних 6 дней—сильное кровотечение. Матка величиной с 4 мес. беременность. Канал шейки матки полностью закрыт, придатки не прощупываются. Температура 36,7.

Случай 2. Гр. С. Л., 29 лет, 3-и роды. Беременна на 9-ом месяце. С вечера имела 3 эclamптических приступа, начавшиеся одновременно с небольшой родовой деятельностью. Безуспешное лечение по Странганову; приступы повторяются. Маточная шейка не сглажена, ясно выражена. Наружный зев открыт на 2 пальца, внутренний—пропускает палец; предлежит головка. Сердцебиение плода слабо слышно.

В первом случае беременность, по всей вероятности, уже прервалась, и начался аборт. Ввиду сильного кровотечения, истощившего больную, необходимо опорожнить матку и тем самым приостановить кровотечение.

Во втором случае, из-за тяжелой эклампсии, необходимо ускорить роды. Ввиду отсутствия уверенности в жизнеспособности плода, роды желательно закончить влагалищным путем, а именно произвести расширение маточной шейки с последующим извлечением плода.

В обоих случаях предварительным условием для опорожнения матки является расширенный канал шейки. Операция расширения канала шейки матки может быть произведена различно, в зависимости от обстоятельства и случая. В основном различают: некровавое и кровавое расширения шейки матки.

Некровавое расширение шейки матки может быть форсированное и замедленное. При форсированном расширении, операция производится одномоментно и в кратчайший срок. Такое расширение канала шейки достигается металлическими расширителями Гегара и особым расширителем Босси.

Расширитель  
Босси

О расширителях Гегара мы остановимся в главе об аборте, что же касается расширителя Босси, то он представляет собой металлический инструмент, имеющий на верхнем конце 4 ветви; к концам их приделаны 4 снимающиеся шапочки, а к рукоятке приделан винтовой механизм.

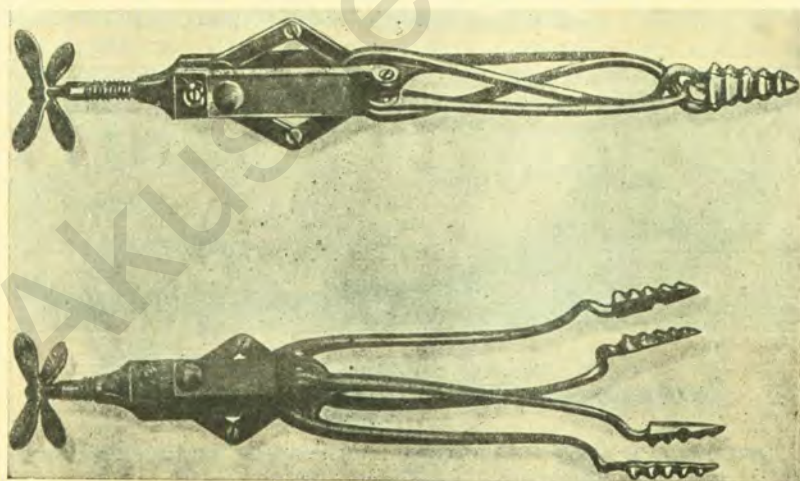


Рис. 2. Расширитель Босси.

Инструмент Босси не приобрел распространения, так как при нем расширение канала шейки происходит не-



равномерно, в 4-х направлениях, а остальная часть шейки не принимает в нем участия. При этом часты повреждения и разрывы шейки матки, сопровождающиеся сильными кровотечениями.

#### Ляминарии

При замедленном некровавом расширении пользуются ляминарием, метрейринтером, марлевой тампонадой, пальцами и ножкой плода. Ляминарии (*laminaria digitata*) бывают различной толщины, длиной 5—8 см. Дезинфицируются кипячением в течение 5 мин. в 5% карболовом растворе. Благодаря способности медленно набухать во влажной среде, ляминарий, введенный в канал шейки на 12—24 часа, постепенно расширяет его.

В настоящее время ляминарии почти вовсе вышли из употребления, ввиду осложнений (инфекции), которые нередко наблюдаются при них. Кроме того, ляминарии по своим результатам могут быть полностью заменены расширителями Гегара.

В наших обоих случаях ляминарии не могут быть использованы, ибо оба случая требуют быстрого опорожнения матки.

#### Метрейриз

Впервые Барнес предложил для расширения шейки матки резиновый конусообразный баллон (метрейринтер), который



Рис. 3. Метрейринтер.

в дальнейшем был подвергнут некоторым видоизменениям. Действие метрейринтера двоякое:

1. Благодаря своей форме, действует механически, расширяя внутренний зев, канал шейки, а затем и наружный зев до величины соответствующей размерам самого баллона.

2. Благодаря раздражающему действию на ближайшие цервикальные ганглии, вызывает нормальную сократитель-

ную деятельность всей матки, что ускоряет в свою очередь раскрытие канала шейки.

Показания для расширения шейки матки метрейринтером:

а) все случаи, как со стороны матери, так и плода, требующие ускорения родового акта;

б) возбуждение преждевременных родов;

в) кровотечение при предлежании плаценты.

Необходимыми условиями для пользования метрейринтером являются:

а) открытие зева минимум на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца;

б) отсутствие инфекции как во влагалище, так и в матке (нормальная температура, отсутствие подозрительных выделений);

в) беременность свыше 7 месяцев;

г) высокое стояние предлежащей части.

Техника метрейриза проста: после соответствующей дезинфекции влагалища обнажают шейку матки зеркалами и фиксируют ее пулевыми щипцами. Предварительно простерилизованный кипячением метрейринтер сворачивается как сигара и захватывается корнцангом или специальными окончатými щипцами так, чтобы конец метрейринтера несколько выступал над ним (рис. 4). В таком виде метрейринтер вводится в канал шейки, следуя его кривизне. После проникновения за внутренний зев, метрейринтер заполняется асептическим или слабо дезинфицирующим раствором в количестве до 100—150 куб. см., удаляется корнцанг, а к краю метрейринтера привешивается на бичевке небольшой груз. При необходимости ускорить процесс раскрытия шейки, увеличивают подвешенный груз (можно брать небольшое ведерко, в которое, по мере надобности, доливают воду).



Рис. 4. Захват метрейринтера щипцами.

При желании вызвать метрейринтером преждевременные роды, лучше избежать разрыва плодного пузыря; если же есть опасность от растяжения матки (гидрамнион, эклампсия), то перед введением метрейринтера разрывают плодный пузырь и выпускают околоплодные воды. Родовую

деятельность усиливают инъекциями питуитрина. Метрейринтер может быть оставлен в матке не более 12 часов.

Прогноз, при правильном пользовании метрейринтером, весьма хорош. Метрейринтер производит равномерное расширение шейки матки (в противовес расширителю Босси) и вызывает, одновременно, сокращения матки. Темп раскрытия можно регулировать грузом. После рождения метрейринтера, роды обычно заканчиваются самопроизвольно, реже приходится извлекать ножку или накладывать щипцы (при доношенном плоде).

При форсированном расширении метрейринтером возможны разрывы или даже циркулярные отрывы шейки матки, что можно избежать подвешиванием легкого груза. Не исключена возможность восходящей инфекции, ибо длительное нахождение баллона в матке и во влагалище является способствующим моментом для проникновения микробов из влагалища в матку. По сборным данным Винтера, смертность при метрейринтере на 351 случае равнялась 0—1,8%, а заболеваемость—7—40%. Тем не менее нужно отметить, что инфекцию возможно избежать, при наличии строго соответствующих условий для пользования метрейринтером. Особенно в условиях районной практики метрейринтер, в показанных случаях и надлежаще поставленный, может сослужить хорошую службу.

В нашем случае № 1 для метрейринтера нет соответствующих условий, но в случае № 2 он может быть использован с весьма благоприятным исходом, тем более, что небольшая родовая деятельность уже началась. Единственным осложняющим моментом являются продолжающиеся приступы эклампсии. В условиях клинической обстановки этот случай может быть проведен, конечно, не метрейринтером, а кровавым (как быстродействующим) методом. Но в условиях районной практики, при отсутствии соответствующей обстановки и, особенно, техники, метрейринтером можно бережно закончить роды, при одновременном ведении эклампсии по Строганову. После рождения метрейринтера, необходимо сделать внутреннее исследование и, при отсутствии поступательного движения головки, произвести поворот на ножку с последующим извлечением плода.

Тампонада
-----------

В приведенном нами случае № 1 шейка матки полностью закрыта, но больная кровит уже 6 дней. Изложенные методы некровавого расширения в данном случае не могут быть использованы, а кровавого расширения желательно избежать. В этом случае, после повторного исследования и исключения наличия осложнений со стороны придатков и ин-

фекции, можно вызвать тампонадой достаточное расширение шейки матки и изгнание плодного яйца.

Условием для расширения шейки матки тампонадой является отсутствие инфекции, нормальная температура, отсутствие подозрительных выделений, озноба.

Техника весьма проста. После тщательной дезинфекции влагалища, обнажают шейку матки зеркалами, фиксируют ее пулевыми щипцами и маточным зондом определяют направление и длину канала шейки. Зондом тампонируют канал иodoформенной стерильной марлей и этой же марлей тщательно тампонируют влагалищные своды. Тампон оставляют на 12—24 часа. В случае озноба или повышения температуры, необходимо немедленное удаление тампона.

**Прогноз.** Тампонация шейки матки и влагалища, при начавшемся аборте 4—6-месячной беременности, останавливает кровотечение и возбуждает сократительную деятельность матки. Благодаря этому, канал шейки матки расширяется, и плодное яйцо или само выделяется, или же появляется возможность удалить его абортангом.

Тампонада может быть причиной весьма тяжелой инфекции, если произведена она не в соответствующих условиях или не асептично. Поэтому многие авторы являются противниками этого метода. Вопрос о расширении канала шейки матки тампонадой надо решать после тщательного обследования случая. В нашем случае № 1 метод тампонации даст благоприятные результаты, так как остановится кровотечение и одновременно усилятся сокращения матки. В этом случае нет противопоказаний к тампонации.

**Ручное расширение**

Случай 3. Гр. И. Л., 20 лет, первородящая; беременность на 9 месяце. Доставлена в бессознательном состоянии, после повторных экламптических приступов. Отеки по всему телу. При исследовании: пузырь цел; шейка матки выражена; наружный зев пропускает 2 пальца. Предлежат ягодицы. Сердцебиение плода не выслушивается. Родовая деятельность слабо выражена.

В этом случае необходимо ускорить родоразрешение, ибо плод уже погиб, а состояние роженицы требует возможно скорого прекращения экламптических приступов. Открытие маточного зева на 2 пальца мешает низведению ягодиц. Для окончания родов необходимо расширить шейку матки. Кроме упомянутых ранее методов, расширение шейки матки можно произвести пальцами. Способ этот один из старых, ибо описан еще у Цельса.

Необходимым условием для этого метода является первоначальное раскрытие шейки не менее, чем на 2 пальца, податливость ее и отсутствие инфекции.

Техника. При ручном расширении, оператор вводит сперва два пальца, которыми раздвигает края маточного зева и, в случае удачи, вводит третий и четвертый пальцы и даже всю руку. Расширение нужно производить медленно, с передышками.

Этот метод удается чаще у повторнородящих, у которых шейка матки более податлива. У первородящих, благодаря большей упругости тканей, пальцевое расширение проходит значительно медленнее, причем рука оператора быстро устает, и поэтому приходится отказываться от дальнейшего расширения. Вообще эта операция не получила распространения, ибо при ней чаще наблюдаются осложнения благодаря инфекции, которая легко может проникнуть при длительном разминании и травматизации ткани шейки матки пальцами оператора.

В случае № 3 этот метод тем более не показан, что больная вся отечна, особенно отечны наружные половые органы, а это значительно затрудняет проникновение всей руки во влагалище. Благодаря отечности тканей, ручное расширение легко может вызвать повреждения (разрывы) шейки, с последующим сильным кровотечением.

Расширение ножкой плода
----------------------------

Расширение шейки матки возможно также произвести телом самого плода. При этом расширение производит сначала ножка, ягодицы, а затем само туловище плода.

Показанием для этой операции служат все случаи осложнения беременности и родов на 7—9 месяце, требующие вызова или ускорения родового акта, токсикозы, тяжелые заболевания сердца, почек и легких, предлежание последа и др.

Метод этот выполним при условии первоначального раскрытия шейки минимум на 2 пальца и при возможности низвести ножку.

О технике более подробно см. поворот на ножку по Бракстон-Гиксу. К низведенной двумя пальцами ножке привязывают какой-либо груз (как при метрейризе) и следят за постепенным выхождением туловища из половой щели. Особенно осторожно надо выводить головку, ибо, при ее извлечении, нередки случаи разрывов и циркулярных отрывов шейки. Если после рождения туловища окажется, что наружный зев снова сократился, то необходимо сделать перфорацию последующей головки и вывести уменьшенную таким образом головку из половой щели (рис. 5).

В нашем случае наиболее целесообразным методом расширения шейки и удаления плода является низведение ножки. Необходимо после соответствующей дезинфекции влагалища, под наркозом, ввести во влагалище и дальше в канал шейки 2 пальца, разорвать плодный пузырь и низвести ножку плода. При ягодичном положении, это удастся сравнительно легко. Груз к ножке плода надо подвесить небольшой, во избежание возможности разрыва шейки матки при форсированном прохождении туловища, но достаточный, чтобы роды не затянулись слишком долго (эклампсия у роженицы). Прогноз для матери, в смысле результата операции, благоприятный.

### Кровавое расширение шейки матки

Рассечение маточного зева

Случай 4. Гр. С. С., 38 лет, 1-ые роды. Родовая деятельность наступила 3 дня тому назад. Воды отошли накануне. Схватки частые и сильные. Таз нормальный. Шейка матки сглажена, наружный зев открыт на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Предлежит головка. Повторное исследование через 3 часа дало те же результаты.

В виду наличия нормальных размеров таза и нормальной родовой деятельности, затянувшиеся роды нужно объяснить ригидностью наружного зева. В подобных случаях показано рассечение маточного зева (Hysterostomatomia).

Показания. Операция эта показана:

а) при ригидности наружного зева, часто встречающейся у пожилых первородящих;

б) при рубцовых изменениях в окружности наружного зева, не поддающихся продвигающейся вперед головке;

в) при необходимости быстрого извлечения плода, в связи с наличием опасности как для матери (эклампсия), так и для плода (асфиксия).

Операция гистеростоматомии может являться как подготовительной мерой для других акушерских операций (щипцы, поворот, извлечение за ягодицы и др.), так и самостоятельной операцией, после которой может наступить произвольное родоразрешение.

Условия. Гистеростоматомия производится только при полном сглаживании шейки, то-есть, когда канал шейки, как таковой, отсутствует, внутренний зев полностью раскрыт, а наружный зев закрыт или частично раскрыт.

Техника операции проста. Обнажив шейку матки зеркалами, захватывают край зева пучевыми щипцами и на

высоте схватки делают ножницами 2—4 надреза в радиальном направлении. Длина надреза в зависимости от случая, но не более 2 см. Если эта операция производится по поводу рубцов, надрезы проводят через рубец, и длина их находится в зависимости от рубца. Некоторыми авторами предложен для этой операции специальный нож—метротом, которым край зева прорезается изнутри кнаружи. После родов, в случае значительного кровотечения, накладываются швы на края надрезов.

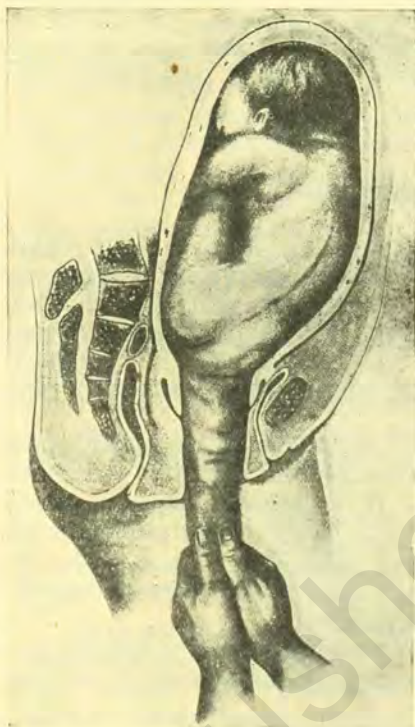


Рис. 5. Расширение шейки матки ножкой плода.

Прогноз при этой операции, произведенной в показанных случаях, хороший. Вскоре после надрезов наружный зев, под влиянием потужной деятельности, полностью раскрывается, и роды быстро заканчиваются. Чрезмерно быстрые роды после гистеростоматомии ухудшают прогноз, ибо наружный зев не успевает полностью раскрыться и происходят глубокие разрывы по линии произведенных надрезов.

В разбираемом нами случае препятствием для родов, как сказано, является ригидность шейки. После мытья рук и наружных половых органов и дезинфекции влагалища, необходимо произвести надрезы. Этим самым исчезнет препятствие для продвижения головки, и роды закончатся самопроизвольно. Операция

эта может быть произведена и не в больничной обстановке.

Влагалищное  
кесарское  
сечение

Случай 5. Гр. К. С., 34 лет, многорожавшая, беременна на 8 мес. После сильного ушиба в живот (удар быка), наступило сильное маточное кровотечение; обморок.

При исследовании обнаружено: пульс частый, нитевидный. Живот напряжен, матка величиной с 9-месячную беременность. Сердцебиение плода не выслу-

шивается. Шейка матки выражена, канал закрыт. Сильное кровотечение.

Диагноз ясен: преждевременная отслойка последа в результате травмы. Плод погиб, состояние матери в опасности. Необходимо быстрое опорожнение полости матки. Из изложенных выше методов некровавого и кровавого расширения шейки матки в данном случае ни один неприменим из-за отсутствия соответствующих условий. Для данного случая показана операция влагалищного кесарского сечения (*Hysterotomia vaginalis*), предложенная Дюрсеном.

Показанием к производству этой операции могут служить:

- а) тяжелые заболевания почек, сердца и легких, требующие быстрого прекращения беременности;
- б) тяжелые токсикозы беременности (эклампсия);
- в) преждевременная отслойка плаценты;
- г) асфиксия плода;
- д) рубцовые стенозы шейки матки.

Условия: а) головка плода должна по размерам соответствовать тазу, если целью нашей операции является получение живого плода;

б) при производстве этой операции в интересах матери, особенно при мертвом плоде, таз не должен быть абсолютно сужен, т. к., при менее значительных степенях узости таза, плод может быть удален с перфорированной головкой;

в) отсутствие рубцовых спаек, делающих шейку неподвижной; влагалище не должно быть рубцово изменено и слишком узкое.

Для производства этой операции необходима больничная обстановка.

Техника. После тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища, приступают к операции под наркозом. Влагалище обнажается зеркалами, лучше Дуайена; шейка матки захватывается пулевыми щипцами и низводится. Скальпелем рассекают по средней линии слизистую передней стенки, отступя на  $1\frac{1}{2}$ —2 см. от наружного отверстия мочеиспускательного канала до края наружного зева. Края слизистой захватываются кохерами и слегка тупо отсепаровываются в стороны (рис. 6). В нижней трети разреза обнажается мочевой пузырь, который весьма осторожно тупо отсепаровывается кверху до обнажения пузырно-маточной складки брюшины. Отсепарованный мочевой пузырь отводится за лобок и защищается передним зеркалом (подъемником). Шейка матки рассекается посередине обнаженной поверхности, при этом края разреза захватываются пулевыми щипцами, а нижний сегмент матки постепенно низводится. Разрез доводится до пузырно-маточной



складки, которая, при случайном ранении, должна быть немедленно зашита. Расширенная таким образом шейка матки бывает достаточной для удаления плода тем или иным способом (щипцы, поворот). Иногда разрез передней стенки недостаточно расширяет шейку матки для последующего удаления плода: В этих случаях раскрытие шейки увеличивают за счет заднего разреза: рассекают задний свод, отсепаровывают кверху брюшину задней Дугласовой складки и разрезают шейку матки ножницами по средней линии на 5—6 см., до Дугласовой складки (рис. 7). Благодаря этому разрезу, шейка матки расширяется до максимума и плод может быть свободно удален.

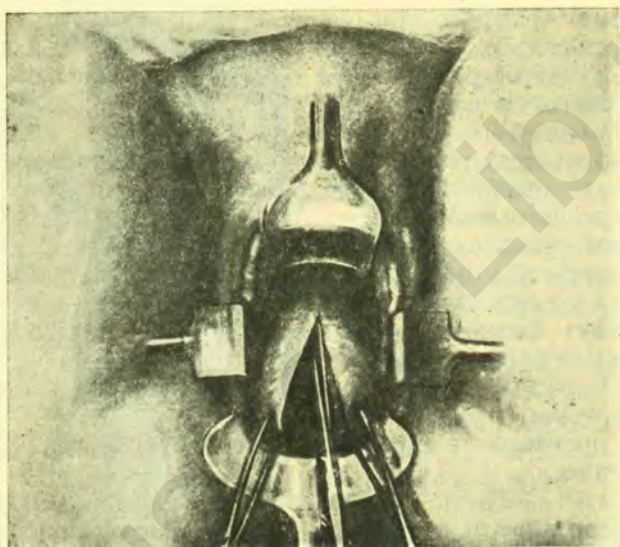


Рис. 6. Рассечение передней стенки шейки.

После удаления плода и последа накладывают узловатые швы на разрезы шейки матки, а затем и на слизистую влагалища (рис. 8). В нижний край раны вкладывается на сутки небольшой тампон.

Операция эта, получившая у нас широкое распространение, подверглась различным модификациям. Предложенные изменения техники операции касаются, главным образом, метода рассечения шейки матки (рис. 9).

Так, по Какушкину, разрез слизистой делается U-образный, отслаивается мочевого пузырь, вскрывается пузырно-маточная складка (рис. 10). Матка вскрывается по перед-

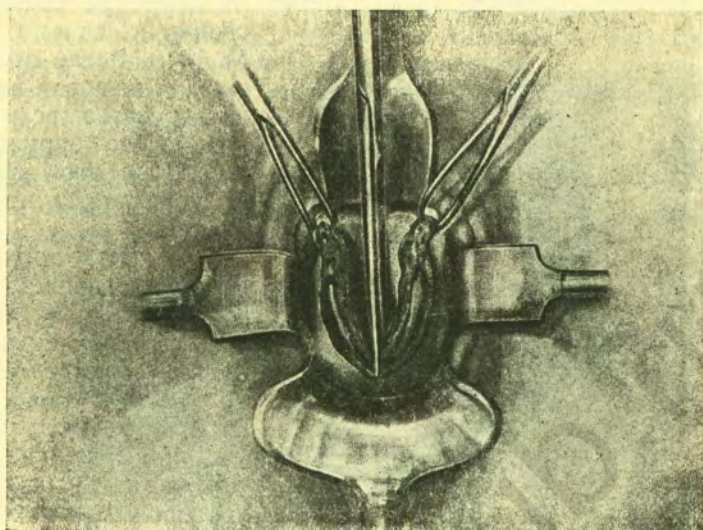


Рис. 7. Рассечение задней стенки шейки.

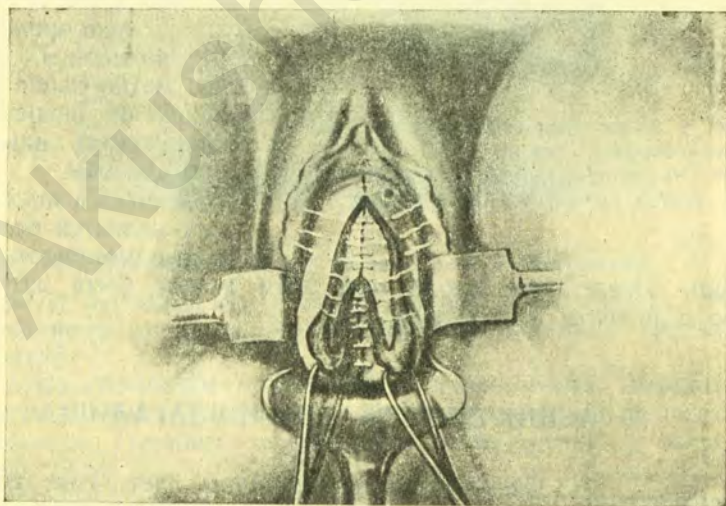


Рис. 8. Наложение швов.

ней стенке, выше внутреннего зева (sectio caesarea vaginalis vera). По Лейбчику, шейка матки

расширяется расширителями Гегара до № 10 и, после отсепаровки слизистой влагалища, матка вскрывается выше наружного зева. При этом способе шейка матки не уродуется.

Прогноз при этой операции весьма благоприятный. В большинстве случаев получается полное *restitutio ad integrum* матки и влагалища, и после нее нередко случаи нормальных самопроизвольных родов.

Осложняющим моментом для этой операции является чрезмерно большая величина головки плода. В этом случае при усиленной тракции и желании вывести головку неповрежденной, возможны разрывы матки выше и в сторону от разреза с последующим сильным кровотечением.

Узость влагалища также является осложняющим моментом операции.

Извлечение плода при этом может быть затруднено и повести к его асфиксии.

## 2. РАСШИРЕНИЕ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Эпизиотомия,  
перинеотомия

Случай 6. Роженица 28 лет, 1-ые роды. Длительная потужная деятельность при нормальных размерах таза и плода. Головка у выхода таза. При потугах выпячивается растянутая про-

межность, высотой в 10—12 см. В дальнейшем промежность еще более растянулась, наступила опасность разрыва.

При наличии угрозы разрыва промежности, предложены методы хирургической профилактики: эпизиотомия (Episiotomia) и перинеотомия (Perineotomia). В случаях с высокой промежностью или узкой вульвой, а также при большой головке плода, происходит чрезмерное и длительное растяжение тканей промежности. Хотя при этом кожа промежности может не разорваться, но всегда имеет место повреж-

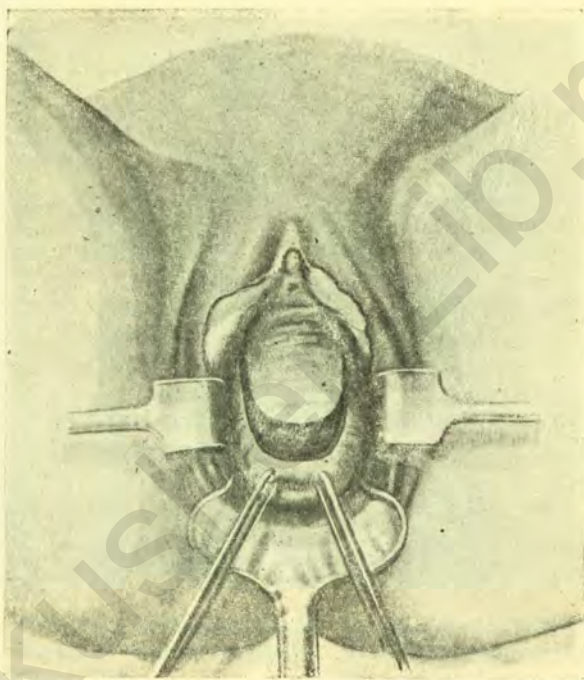


Рис. 10. Влагалищное кесарское сечение по Какушкину.

дение и расхождение мышц и фасций промежности. Это в дальнейшем ведет к опущениям и выпадениям влагалища и матки.

Михаэлисом (1810 г.) впервые было предложено в этих случаях производить профилактический разрез промежности. Горячим сторонником этого метода у нас был проф. Отт.

Показанием для хирургического расширения половой щели служат:

- а) ригидность наружной половой щели;
- б) высокая промежность;

в) предшествующая пластическая операция по поводу опущения влагалища;

г) несоответствие чрезмерно расширенной вульвы размерам головки плода.

Условие: для производства этой операции промежность должна быть достаточно растянута и напряжена.

Техника весьма проста. Первоначально было предложено рассекать промежность по средней линии, по *raphe* (*Perineotomia*). Позднее стали применять боковые разрезы (*Episiotomia*).

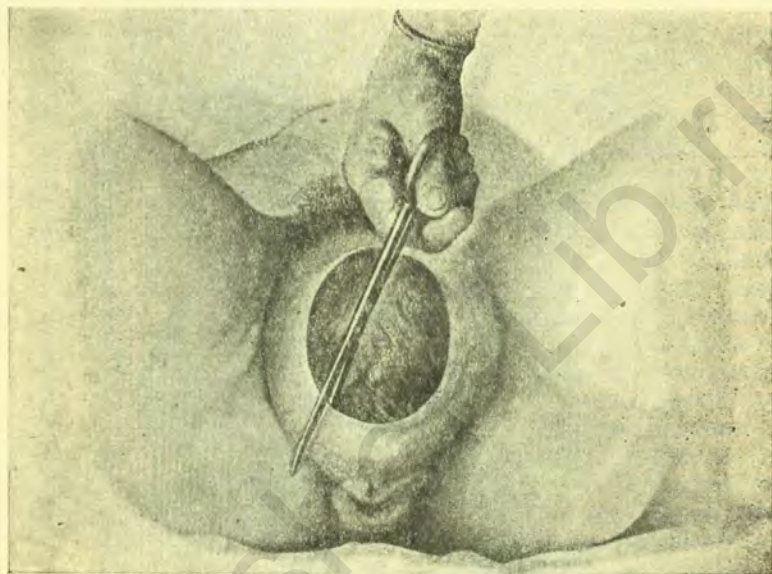


Рис. 11. Эпизиотомия.

При эпизиотомии разрез производится на одной или обеих сторонах, на 2 см. выше задней уздечки. Разрез—косой, длиной не менее 2 см. (рис. 11). Разрезается слизистая, кожа, фасция промежности с поверхностными пучками *m. constrictor cunni*. Отт предпочитает производить срединный разрез (*Perineotomia mediana*), ибо при нем, при разрезе длиной в 3 см., вульварное кольцо расширяется на 6 см.

После мытья наружных половых органов и смазывания промежности 5% раствором иода, вводят во влагалище одну браншу прямых ножниц и на высоте потуги, при чрезмерно растянутой промежности, производят разрез в том или ином направлении.

Прогноз. После производства этой операции, затянувшиеся роды быстро заканчиваются. Надлежащее зашивание после родов краев разреза дает гладкое послеоперационное течение, хорошее заживление и небольшой рубец.

В разбираемом случае промежность чрезмерно высока; дальнейшее продвижение головки поведет к отеку и ее разрыву. Рваная же рана промежности большею частью дает плохое заживление и неровный рубец. Поэтому необходимо произвести хирургическое расширение вульвы, желательнo эпизиотомию.

Разрез по Шухарду

Случай 7. Гр. К. Н., 22 лет. 1-е роды. Беременность доношенная. Сильная потужная деятельность. Размеры головки соответствуют размерам таза. Внутреннее исследование: влагалище сужено, имеются плотные рубцы, особенно в наружной трети. Головка в косом размере полости таза. В анамнезе—повторное спринцевание крепким раствором квасцов с целью вызвать аборт в начале беременности.

Препятствием для продвижения головки является рубцовое сужение влагалища. Ясно, что без хирургического расширения влагалища, представляется опасность как для матери (разрыв чрезмерно растянутой матки), так и для плода (асфиксия, смерть). С этой целью Шухардом предложено обширное боковое рассечение влагалища и вульвы до седалищного бугра. Этот разрез, произведенный с обеих сторон, делает влагалище вполне доступным.

Показанием для этой операции служат:

- а) рубцовые сужения влагалища;
- б) узость влагалища в результате общего недоразвития (инфантилизм).

Операция эта производится в виде предшествующей к операции накладывания щипцов или влагалищного кесарского сечения.

Условия. Костный таз не должен служить препятствием для прохождения головки, в противном случае операция расширения влагалища не достигает цели.

Техника. После соответствующей подготовки влагалища, под наркозом производят скальпелем боковой разрез влагалища и вульвы, захватывающий глубокую мускулатуру тазового дна. При этом влагалище значительно расширяется, и получается возможность закончить роды. После выведения последа необходимо тщательно зашить сделанный разрез, накладывая изолированно лигатуры на кровоточащие сосуды.

Рубцовое сужение влагалища может служить относительным показанием для кесарского сечения, но в условиях

районной практики разрез по Шухарду может также дать возможность к благоприятному окончанию родов.

### 3. РАСШИРЕНИЕ КОСТНОГО КАНАЛА

#### Симфизиотомия

Случай 8. Гр. М. С., 27 лет, беременность по счету третья, на 9 месяце. В ближайшее время ожидает наступление родов. Обратилась в районную консультацию за советом. Предыдущие роды были тяжелые, длившиеся несколько дней и кончившиеся самопроизвольно, но мертвым плодом. Размеры таза несколько сужены, *conj. ext.* 17 $\frac{1}{2}$  см.

Источником частых осложнений нормального хода родового процесса является сужение костного канала. При нем головка плода подвергается сильной травме, роды чрезмерно затягиваются, и весьма часто погибает плод. При сильных сужениях таза, роды не могут произойти без уменьшения размеров головки (перфорация), а при более слабых сужениях, головка должна подвергнуться сильной конфигурации, что может повести к гибели плода.

Для устранения препятствий со стороны костного канала предложены операции расширения таза—симфизиотомия и пубиотомия. Операции эти в настоящее время имеют только единичных сторонников и представляют скорее исторический интерес. Поэтому здесь мы изложим только вкратце их.

Операция расширения таза, симфизиотомия, на живой впервые произведена Зигольтом в 1777 г. в Париже.

Сущность ее заключается в следующем: поперечный разрез в 2 см. непосредственно над *tuberculum pubicum* через кожу, подкожную фасцию, жировой слой и фасцию прямой мышцы живота. Указательным пальцем проникают тупым путем по задней стенке симфиза и отсесняют пузырь и мочеиспускательный канал. Симфиз вскрывается пуговчатым ножом сверху вниз. Благодаря этому, расходятся лобковые кости и значительно увеличиваются размеры таза.

В честь открытия этой операции была даже выбита медаль, столь гениальной она казалась. Но вскоре сказались отрицательные стороны этой операции, и акушеры отказались в дальнейшем от ее применения.

#### Пубиотомия

Видоизменением этой операции явилась пубиотомия, во время которой костный таз расширяется, благодаря распиливанию лонной кости специальной пилой.

Но и этой операции присущи недостатки симфизиотомии: большой процент смертности детей и матерей; оставшиеся в живых женщины остаются калеками на всю жизнь. Вследствие этого, обе изложенные операции расширения костного таза оставлены.

Для приведенного нами случая показана операция расширения костного таза. Однако, принимая во внимание прогноз при этой операции, больной мы предложим, в случае надобности, при начале родовой деятельности подвергнуться абдоминальному кесарскому сечению.

Эта операция, как будет изложено ниже, скорее всего может с незначительной опасностью для ее здоровья, гарантировать ей получение живого ребенка.

#### 4. РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Случай 9. Роженица П. И., 30 лет, 10 роды. Последние 6 беременностей закончились искусственным абортom. Таз нормальный. Родовая деятельность, начавшаяся энергично накануне, к концу дня стала ослабевать. Внутреннее исследование: открытие зева полное, пузырь цел, головка во входе таза. Значительные кровянистые выделения.

В данном случае мы имеем дело с запоздалым разрывом пузыря.

В период родовой деятельности плодный пузырь, под влиянием сокращений матки, играет роль клина в расширении канала шейки матки. Эта роль ее заканчивается с полным раскрытием шейки. Если после этого плодный пузырь остается неразорванным, то может наступить преждевременная отслойка последа со всеми опасными последствиями для плода и матери.

В нашем случае, появившиеся кровянистые выделения, при полном открытии зева, говорят за начало отслаивания последа, поэтому необходимо произвести разрыв плодного пузыря (*Diruptio velamentorum, oocystotomia*).

Показанием к этой операции чаще всего служат:

- а) относительная плотность оболочек;
- б) кровотечение во время родов, вследствие преждевременного отслоения последа;
- в) краевое предлежание последа;
- г) слишком обильное количество околоплодных вод (*hydramnion*);
- д) как предварительная операция, при необходимости проникнуть в полость яйца (для поворота, щипцов и др. операций).

Условия. В зависимости от показаний, должны быть соответствующие условия для производства этой операции.



При наличии относительной плотности яйцевых оболочек, разрыв должен быть произведен только при полном или почти полном открытии матки. При кровотечении, в связи с преждевременным отслаиванием последа, разрыв оболочек надо произвести при первой возможности. Если при этом нет открытия, то предварительно канал шейки может быть расширен расширителем Гегара до 10—12 номера. При краевом предлежании, необходимо открытие наружного зева на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца. При гидрамнионе—необходимо начало родовой деятельности.

Техника. При соблюдении всех правил асептики, вводят во влагалище палец и при очередной схватке надавливают им на плодный пузырь снизу вверх. При слабой потужной деятельности, добиваются напряжения плодного пузыря надавливанием на дно матки. При плотных оболочках не всегда удается разорвать пузырь пальцем. В этих случаях по пальцу вводят одну браншу ножниц или корнцанга и им разрывают оболочки.

Прогноз при этой операции благополучен, если к ее производству были соответствующие показания и условия. Преждевременный разрыв пузыря без достаточных показаний может повлечь за собой замедление родов.

В нашем случае запоздалый разрыв пузыря можно объяснить чрезмерной плотностью оболочек. В результате—родовая деятельность ослаблена. Плотные оболочки во время схваток производят влечение за край последа, вследствие чего происходит нарушение целостности сосудов и последующее кровотечение. После разрыва пузыря и излития околоплодных вод, матка несколько уменьшится в объеме, родовая деятельность усилится и восстановится поступательная деятельность предлежащей части плода.

## 5. ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШИХ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА

### Вправление пуповины

Случай 10. Гр. Л. И., 32 лет, 6-е роды. Беременность доношенная. Родовые боли начались с утра, сильные. По дороге в роддом разорвался плодный пузырь, и излилось большое количество околоплодных вод.

Таз нормальный. Предлежит слабо-баллотирующая головка. Из половой щели выпала петля пульсирующей пуповины.

Предлежание и выпадение мелких частей плода (в частности, пуповины и ручки) возникают в результате неполного закрытия входа в таз головкой или ягодицами плода. В результате этого остается щель между крупной частью плода и *I. innominata*, через которую, при раз-

рыве пузыря и излитии вод, и выпадают мелкие части.

Аномалия эта наблюдается при неправильных и разгибательных положениях плода,—гидрамнионе, двойнях, плоском тазе и при высоком стоянии головки у многоорождающих.

Выпадение пуповины и ручки всегда грозит большой опасностью для плода, особенно при головном предлежании. Поэтому, при начавшейся родовой деятельности, как только распознано предлежание мелких частей, необходимо предупредить возможность их выпадения при разрыве пузыря.

С этой целью роженицу кладут на бок, противоположный той стороне, с которой предлежат мелкие части. При этом конец туловища плода, находящийся у дна матки, по тяжести опустится на ту сторону, на которую уложена роженица, а предлежащая крупная часть плода (головка или ягодица) продвинется ко входу в таз и оттеснит мелкие части. В таком положении на боку роженицу нужно удерживать до разрыва пузыря. При предлежании мелких частей, при поперечных положениях, показан поворот плода на ножку до самопроизвольного разрыва пузыря (см. «поворот на ножку»).

Одним из методов вмешательства, при выпадении пуповины, является ее вправление.

Показанием для вправления выпавшей пуповины является головное предлежание, ибо при этом пуповина ущемляется между головкой и стенкой таза, что ведет сначала к асфиксии, а затем и к смерти плода. При ягодичном предлежании опасность от выпадения пуповины незначительна.

Условия. Плод должен быть живым, ибо операция эта производится исключительно в интересах плода.

Предлежащая часть должна быть подвижной, дабы была возможность провести выпавшую петлю мимо головки в полость яйца.

Техника. Вправление пуповины может быть произведено рукой или инструментом. При вправлении рукой осторожно захватывают выпавшую петлю и проводят ее быстро кверху, мимо головки (рис. 12). После этого роженица укладывается на сторону противоположную той, с которой была вправлена пуповина. При выпадении большого клубка пуповины предлагают завернуть его в стерильную марлевую салфетку и в таком виде вправить в полость матки. Марля впоследствии изгоняется вместе с плацентой.

Лучше всего вправление производить при коленно-локтевом положении роженицы, так как при этом наиболее низкой точкой матки будет дно ее, а верхней—наружный

зев. Часто одно укладывание роженицы в это положение бывает достаточно для самопроизвольного вправления пуповины.

При недостаточно раскрытом маточном зеве, вправление пуповины производят специальным инструментом — репозиторием.

Нередко вправленная пуповина снова выпадает. С этой целью некоторые авторы предлагают после вправления ввести метрейринтер с тем, чтобы, при полном открытии зева, произвести поворот и извлечение плода. Феноменов предлагает удержать вправленную пуповину стерильной губкой (на нитке) или куском марли.

Прогноз при этой операции неблагоприятный, т. к. уже при самом введении пуповины может прекратиться пульсация ее сосудов, т. е. наступит смерть плода. Иногда прекратившаяся пульсация вновь возобновляется, но плод за этот промежуток времени производит дыхательные движения, в результате чего наступает асфиксия.

В нашем случае, осторожно вправив пальцами (открытие зева на 4 пальца) пуповину, предложим роженице лечь на левый бок, ибо головка отклонена влево, а пуповина вправлена справа. Благодаря силе тяжести, ягодицы отклонятся влево, а головка проскользнет ко входу в таз и тем самым воспрепятствует повторному выпадению пуповины.

Вправление  
ручки

Случай 11. Гр. П. З., 28 лет, 5-е роды. Предыдущие роды—без особых отклонений. Беременность доношенная. Воды отошли 2—3 часа тому назад. Слабая родовая деятельность. Головка плода отклонена к левой подвздошной впадине. Ягодицы вправо у дна. Выслушивается сердцебиение плода. Открытие зева на 3 пальца. Пузыря нет. Во влагалище левая ручка.



Рис. 12. Вправление пуповины.

Нормальное течение родов осложнилось выпадением ручки, которая может затруднить прохождение головки через таз, как уменьшением пространственных отношений, так и препятствием головке совершать свои повороты. Это осложнение чаще встречается при поперечном или косом положении, а также при неполном вставлении головки во вход в таз, или при недоношенном плоде.

Показанием для вправления выпавшей ручки является черепное предлежание и выпадение всей ручки, ибо при выпадении только кисти руки механизм и течение родов не меняются.

Условия. Плод должен быть живым. При мертвом плоде нет смысла вводить ручку обратно в полость матки, ибо она оказывает большую помощь оператору при декапитации.

Головка должна сохранить свою подвижность. При фиксированной у входа в таз головке, вправление не удастся, а повторные попытки могут повести к разрыву матки. Наконец, размеры головки плода должны соответствовать размерам таза.

Техника. Вправление выпавшей ручки лучше производить, как и при выпавшей пуповине, в коленно-локтевом положении роженицы. Оператор захватывает полной рукой ручку плода и, осторожно отодвигая предлежащую головку, вводит ее в полость матки. Роженица тотчас укладывается на ту же сторону, куда отклонена головка. Ягодицы своей тяжестью опускаются на ту же сторону, а головка тем самым приближается ко входу в таз и, при последующих потугах, фиксируется в нем.

В приведенном случае вправление можно произвести в положении на спине. Двумя пальцами надо захватить ручку плода и ввести в полость матки, после чего роженицу надо уложить на левый бок. Инъекции питуитрина усилят родовую деятельность. Нужно предполагать, что роды благополучно закончатся, тем более, что предыдущие роды были самопроизвольные, доношенным плодом.

## 6. АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ

Акушерским поворотом ( *Versio obstetrica* ) называется операция, помощью которой данное положение плода переводится в другое, в данный момент более выгодное. При повороте плоду всегда придается продольное положение. Эта операция является наиболее важнейшей в практическом отношении, в особенности в условиях работы на периферии. Своевременно произведенный поворот может спасти от ги-

бели плод, а роженицу—от целого ряда тяжелых осложнений.

Поворот может быть произведен как с целью перевода плода из неправильного положения (поперечное, косое) в правильное (продольное), так и с целью изменить одно правильное положение на другое тоже правильное (из ягодичного в головное и обратно).

По способу производства различают:

1. Наружный поворот, когда производят эту операцию при помощи только наружных приемов, через брюшные стенки, или когда операция эта удастся одним изменением положения роженицы.

2. Внутренний поворот, когда при производстве этой операции вводят в полость матки всю руку или только несколько пальцев.

<b>Наружный поворот</b>
-------------------------

Случай 12. Гр. У. З., 37 лет, 7-е роды. Предыдущие роды все, без оперативного вмешательства; все дети живы. Настоящая беременность доношенная. Родовая деятельность—сильная. Положение плода—правое косое. Головка упирается в правый пах. Сердцебиение плода 132. Размеры головки плода нормальны. Таз нормальный. При внутреннем исследовании—шейка матки открыта на 3 пальца, края сглажены, пузырь цел, предлежит край головки.

Наша роженица имела все предыдущие роды без каких либо осложнений, следовательно, нужно полагать, что и в настоящем случае таз не послужит препятствием к нормальному течению родового акта. Нарушение родового механизма может вызвать неправильное, косое положение плода, которое часто служит причиной целого ряда осложнений. Во избежание их, необходимо исправить косое положение плода на продольное, т. е. произвести поворот.

Показанием для наружного поворота является косое или поперечное положение плода.

Условия для его производства:

а) полная подвижность плода, что бывает при неотошедших водах;

б) податливые брюшные стенки роженицы;

в) нормальные размеры головки плода;

г) нормальный таз роженицы (conjug. vera не ниже 8 см).

Наличие всех этих условий для производства наружного поворота необходимо, ибо основной целью поворота является получение живого плода. Так как операция производится наружными приемами, то удача ее зависит во многом от подвижности плода.

Техника. Наружный поворот, при косом положении плода, иногда удается произвести одним изменением положения роженицы. С этой целью роженицу укладывают на тот бок, куда отклонена головка. В силу тяжести ягодицы отклоняются на эту же сторону, а головка по закону рычага отодвигается ко входу в таз. В таком положении на боку роженицу нужно держать до момента отхождения вод, когда сократившаяся матка зафиксирует плод в продольном положении. При достаточном открытии наружного зева и получении плодом продольного положения, можно произвести искусственный разрыв плодного пузыря.



Рис. 13. Наружный поворот.

При наружном повороте чаще приходится прибегать к ручным приемам, а именно: во время паузы между схватками, оператор отыскивает обеими руками крупные части плода и, захвативши их, движением рук в противоположном направлении смещает головку ко входу в таз, а ягодицы — ко дну матки (рис. 13). Поворот производится медленно, по возможности удерживая во время схваток достигнутое положение. По окончании поворота, т. е. по придании плоду продольного положения, необходимо таковое зафиксировать. При начавшихся родах и достаточном открытии наружного зева, это достигается разрывом плодного пузыря.

Если же поворот производится до начала родовой деятельности, то продольное положение фиксируется 2 валиками, скатанными из простынь. Валики укладываются по обе стороны брюшной стенки, вдоль матки, и укрепляются

тугим бинтованием. Валики и бинт удаляются только после излития вод.

Для частичного расслабления мышц брюшной стенки, у первородящих, можно впрыснуть под кожу морфий. Наркотизирование рожениц для наружного поворота не целесообразно.

Прогноз при этой операции хорош, если для ее производства имеются соответствующие условия. Худшие результаты дает поворот на ягодицы, особенно у первородящих.

В разбираемом нами случае поворот может удасться одной переменной положения роженицы, а именно, укладыванием ее на правый бок. Как только плод примет продольное положение, необходимо на высоте схватки разорвать плодный пузырь. Часть околоплодных вод отойдет, и головка будет прижата ко входу в таз сократившейся маткой.

Внутренний своевременный поворот на ножку

Случай 13. Гр. А. А., 23 лет, 2-е роды, срочные. Предыдущие роды доношенным плодом. Родовая деятельность началась 2 дня тому назад. Status без особенностей; температура нормальная; брюшная стенка напряжена. Положение плода—I поперечное (головка слева), передний вид. Подвижность плода ограничена. Сердцебиение 124. Таз нормальный. Открытие зева—4 пальца, пузырь цел.

Диагноз ясен: имеем случай поперечного положения плода. Для благополучного окончания родов требуется врачебное вмешательство. Наружный поворот в данном случае не удасться, ибо роженица хотя и повторородящая, но с упругими брюшными стенками, для расслабления которых нужно было бы роженицу подвергнуть глубокому наркозу. Здесь показан внутренний, т. н. классический поворот, который следует правильнее называть комбинированным (при нем принимает участие и наружная рука).

Внутренний поворот может быть произведен, смотря по открытию зева, введением всей руки или только 2—3 пальцев. В первом случае говорят о своевременном классическом, во втором—о преждевременном внутреннем повороте по Бракстон-Гиксу. При этих операциях плод может быть повернут на ножку и на головку; практическое значение имеет поворот на ножку.

Показания. 1. Одним из основных показаний для производства внутреннего своевременного (классического) поворота являются поперечные и косые положения плода. В этих случаях самопроизвольные роды могут произойти только лишь при недоношенном или мацерированном плоде; при доношенном плоде без исправ-

ления положения, роды не могут произойти. Внутренний поворот по этим показаниям производится приблизительно в 40% всех случаев поворота.

2. Наличие угрожающих состояний матери (заболевания легких, сердца, эклампсия, преждевременное отделение плаценты и др.) и плода (асфиксия), требующие быстрого окончания родов. В этих случаях поворот должен быть произведен, если тотчас же после поворота представляется возможным произвести извлечение плода.

3. Узкий таз может служить показанием, если одновременно имеется и другое показание к повороту (напр. неправильное положение плода, выпадение пуповины, слабые потуги и др.). В этих случаях роды могут быть закончены поворотом, если головка, в соответствии с тазом, не чрезмерно велика. Поворот при узком тазе дает неблагоприятный прогноз для плода (30—40% смертности).

4. Выпадение ручки при головном предлежании, если не удалась ее репозиция, также вынуждает произвести поворот на ножку.

5. Выпадение пуповины, не имеющее существенного значения при ягодичном положении, может быть весьма опасным для плода при головном предлежании. В этих случаях, при наличии соответствующих условий, поворот может спасти жизнь плода.

6. Головное предлежание, с неправильным вставлением, дает неблагоприятный прогноз для матери и для плода. Предложенные некоторыми авторами (Торн) способы внутриматочного исправления вставления головки часто не дают положительных результатов и технически трудно выполнимы. Эти случаи могут быть благополучно закончены внутренним классическим поворотом, если имеются соответствующие условия.

Условия. Внутренний поворот является безопасным для матери и плода и технически легко выполнимым, если производится при соответствующих условиях:

1. Маточный зев должен быть открыт достаточно для прохождения в полость матки всей рукой, в противном случае, классический поворот не может быть произведен. Показания для внутреннего поворота чаще всего требуют, в интересах плода, произвести извлечение плода сейчас же после поворота. Это возможно только при полном открытии зева, в противном случае, всякое форсирование может нанести тяжелый вред матери (отрыв шейки матки, кровотечения).

2. Пузырь должен быть целым или незадолго до этого разорвавшимся. При целом пузыре оператор сам разрывает его и, не давая возможности вытечь околоплодным водам, вводит руку в полость матки и производит по-



ворот. При отошедших водах необходимо точно установить время разрыва пузыря: чем больше времени прошло, тем больше опасность разрыва матки при производстве поворота. Это и понятно, ибо по отхождении вод матка, под влиянием продолжающихся схваток, плотно охватывает плод со всех сторон и следует движениям плода. Опасность разрыва матки при повороте особенно велика при запущенных поперечных положениях.

3. Предлежащая часть не должна быть вколочена во вход в таз, т. к. для поворота необходимо ввести в полость матки всю руку. При отошедших водах это иногда удается под глубоким наркозом, если достигнуть полного расслабления мышц брюшной полости и матки. Форсированное отодвигание вколоченной предлежащей части может повести к разрыву матки.

4. Плод должен быть живым. Это условие тем более необходимо, что, при производстве операции поворота, при отошедших водах имеется определенная опасность для матери. В случае смерти плода желательно произвести плодоразрушающие операции, при которых опасность для матери значительно меньше.

Техника внутреннего своевременного поворота. Операцию эту легче и лучше производить на поперечной кровати или на операционном столе, особенно в целях последующего извлечения плода. Необходимо произвести тщательную дезинфекцию наружных половых органов и влагалища. Руки оператора дезинфицируются до середины плеча, так как иногда представляется необходимым по локоть войти в полость матки. Мочевой пузырь и кишечник роженицы необходимо предварительно опорожнить (произвольное мочеиспускание, клизма).

Поворот во всех случаях, за исключением витальных противопоказаний, должен быть произведен под глубоким наркозом.

При производстве поворота без наркоза, под влиянием раздражителя (внутренняя рука) наступают сильные и частые, порой тетанические, сокращения матки, затрудняющие технику поворота; беспокойство роженицы, резкие ее движения увеличивают опасность разрыва матки.

Выбор руки, которую нужно ввести в полость матки, зависит от положения плода. Этому вопросу некоторые авторы уделяют особое внимание. Так, Феноменов считает, что всегда следует вводить ту руку, на которую больше можно надеяться, т. е. для большинства — правую, как более развитую, ловкую, а подчас и более сильную руку. Другие авторы предлагают индивидуализировать каждый случай с тем, чтобы, при производстве поворота, наружная и внутренняя рука действовали не скрещиваясь, в параллель-

ном направлении. С этой целью необходимо вводить руку противоположную той стороне, куда обращены ягодицы или, иначе, одноименную с позицией плода. Напр.: при I поперечном положении, когда головка обращена влево, а ягодицы право, лучше ввести левую руку; а при II поперечном—правую руку.

Однако, было бы большой ошибкой для врача, если бы он пожелал вывести из матки введенную несоответствующую руку и ввести другую. Вред от этого (в смысле инфекции) будет больше, чем польза от исправления замеченной ошибки.

Рука вводится во влагалище и дальше в полость матки со сложенными конусообразно и обращенными кзади тыльными поверхностями пальцев («рука акушера»). Наружная рука в это время придвигает к симфизу дно матки. Проведение руки через маточный зев производится безостановочно и вне схватки. При целом плодном пузыре необходимо вскрыть его и, не давая околоплодным водам излиться в большом количестве, проникнуть в полость матки (яйца).

Выбор ножки зависит от положения плода. Вопрос этот имеет практическое значение, ибо неправильно низведенная ножка может привести к неправильному вставлению плода в таз. Низведение ножки, которая во время вставления во вход в таз окажется задней (т. е. обращенной к промоториуму) чревато тем, что передняя ножка может задержаться над симфизом и задержать роды. Прохождение плода через таз спинкой, обращенной кзади, также является патологией, осложняющей выведение головки («задний вид»). С целью правильного выбора ножки, предложено:

а) при переднем виде поперечного положения, низводить нижнюю ножку;

в) при заднем виде—верхнюю ножку;

с) при головном предлежании—переднюю ножку.

Для выбора ножки при поперечных положениях Леопольдом предложена формула:  $\frac{P}{A}$ , где «P» обозначает

задний вид, «A»—передний вид. При заднем виде—захватывать верхнюю ножку (в формуле «P» расположено наверху), при переднем виде—нижнюю («A» расположено внизу) (рис. 14 и 15).

Пользуясь этой формулой, можно всегда безошибочно схватить соответствующую ножку. Если тем не менее оператор ошибся и низвел не ту ножку, которая соответствует данному случаю, все же не следует вводить обратно ее и искать другую. Положение может быть исправлено во время выведения бедра: резким поворотом бедра на 180° поворачи-

чивают туловище плода, и подлежащую заднюю ножку делают передней, а туловище рождается спинкой кпереди.

Как отыскать ножку? С этой целью предложены два способа: короткий (немецкий) и длинный (французский). По короткому способу, внутренняя рука оператора направляется прямо к предполагаемому местонахождению ножки и захватывает ее. По длинному—рука направляется к туловищу плода и, найдя подлежащий бок, постепенно продвигается к ягодиче, бедру, подколенной ямке и, наконец, к голени и захватывает ее.

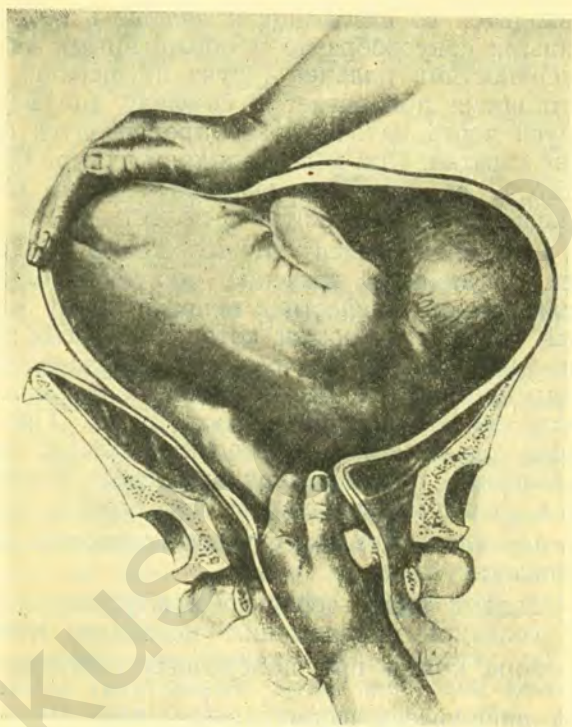


Рис. 14. Низведение нижней ножки при переднем виде.

Последний способ больше гарантирует от возможной ошибки захвата ручки взамен ножки, поэтому предпочтительнее пользоваться им. При отыскивании ножки, наружная рука придвигает край матки, где предполагается нахождение мелких частей.

Как захватить ножку? Феноменов предлагает захватывать голень полной рукой. При этом ножка достаточно фиксирована в руке оператора, и исключается воз-

можность соскальзывания. Это последнее иногда наблюдается при захвате ножки двумя пальцами (указательным и средним) в области лодыжек.

Низводить ли обе ножки? Вполне достаточно и целесообразно низводить одну ножку. При этом вторая ножка рождается вместе с туловищем и этим способствует лучшей подготовке мягких родовых путей к быстрому извлечению последующей головки.

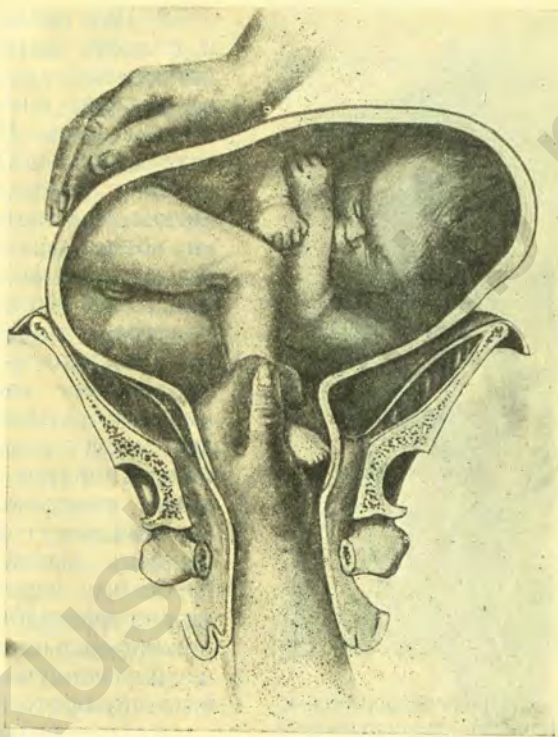


Рис. 15. Низведение верхней ножки при заднем виде.

После захвата ножки приступают к самому повороту. Захваченная ножка осторожным потягиванием низводится ко входу в таз и во влагалище, а наружная рука отодвигает головку от симфиза и тем способствует повороту. При выведении ножки необходимо следить, как это упомянуто выше, чтобы ножка была обращена к симфизу пяткой. После придания плоду вертикального положения с низведенной ножкой—поворот закончен (рис. 17).

Осложнения при повороте. При операции поворота могут оказаться некоторые трудности, которые оператором

своевременно должны быть учтены и приняты соответствующие меры. Здесь мы упомянем о некоторых из них:

1. Вульва у первородящих и рубцовые сужения влагалища у повторнородящих могут значительно затруднить введение руки. У первых не надо приступать к введению руки до наступления глубокого наркоза, а у вторых—показан глубокий боковой разрез влагалища (по Шухарду). Благодаря этому разрезу, последующее извлечение плода может значительно облегчиться.



Рис. 16. Низведение передней ножки левой рукой при головном предлежании.

боким наркозом. В этом случае иногда оказывает значительную помощь низведение второй ножки. Если и это не помогает, то прибегают к приему Смелли-Зигемундин. Метод этот заключается в следующем: на низведенные обе ножки накладывают петлю, конец которой выводит наружу внутренняя рука. Внутри вводят другую, соответствующую головке, руку. При постоянном потягивании наружной рукой за конец петли, внутренняя рука, захватив головку всей ладонью, медленно отодвигает ее кверху и тем способствует окончанию поворота. Поворот облегчается, если помощник оказывает помощь оператору сна-

2. При введении руки в полость матки, может встретиться препятствие в области контракционного кольца. В результате длительного раздражения наступают тетанические сокращения матки, обхватывающей судорожно плод со всех сторон. При этом, если и удается с трудом ввести руку в полость яйца, то продвижение головки из нижнего сегмента в полый мускул вовсе не удастся. Попытки форсирования поворота в этих случаях могут повести к разрыву матки. Только глубоким наркозом возможно расслабить судорожное сокращение мышц и благополучно закончить поворот.

3. При большом плоде поворот бывает затруднителен и под глу-

ружи, со стороны брюшной стенки. Прием этот, называемый Феноменовым «поворот во что бы то ни стало», весьма опасен и может быть испробован только технически опытным акушером.

4. Выпавшая или ошибочно низведенная ручка плода может также осложнить поворот, так как при этом уменьшаются пространственные отношения полости таза. Вправление выпавшей ручки является технической ошибкой: введенная обратно в полость яйца ручка может быть источником инфекции, а при извлечении туловища может запрокинуться за головку и родиться вместе с нею, что значительно затруднит извлечение головки. Целесообразнее на выпавшую ручку наложить петлю из стерильного бинта и конец дать удерживать помощнику. После окончания поворота, выпавшая ручка родится вместе с туловищем и тем самым лучше подготовит половой канал для прохождения головки.

5. Неправильно расположенные мелкие части плода или переkreщивание ножек в момент их захватывания могут затруднить поворот. Это осложнение возможно избежать при отыскании ножки по французскому способу или же низведением обеих ножек.

6. Об исправлении неблагоприятного положения плода («задний вид») при неправильном низведении ножки изложено выше.

В разбираемом нами случае поворот легко выполним так как размеры таза роженицы нормальны, а со стороны мягких родовых путей осложнений не предвидится.

Дождавшись полного открытия шейки, особенно внутреннего зева (повторнородящая!) нужно ввести левую руку и,

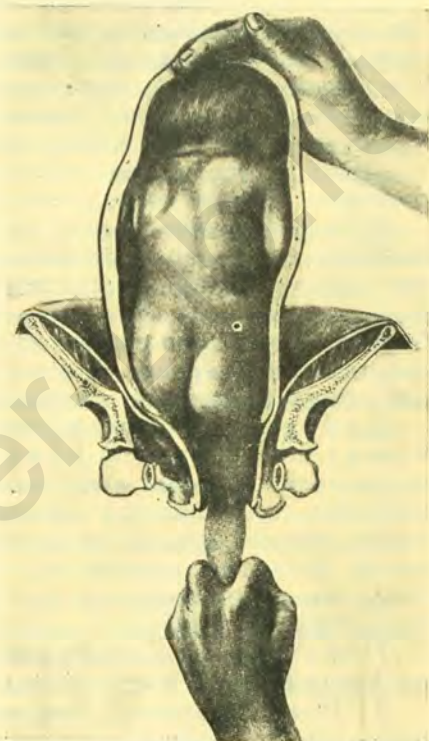


Рис. 17. Поворот закончен.

разорвав пузырь, французским способом отыскать нижележащую ножку (передний вид плода) и низвести ее.

Надо помнить, что наружная рука постоянно следует внутренней и помогает ей в производстве поворота.

**Внутренний  
преждевремен-  
ный поворот**

Случай 14. Гр. П. Р., 36 лет, 5-е роды. Врач вызван из-за сильного кровотечения, начавшегося в этот же день. Прежние роды без особенностей. Настоящая беременность доношенная. Родовая деятельность хорошая. Роженица анемична, температура—36,1, пульс—110. Положение плода—I черепное; головка баллотирует над тазом; сердцебиение—130. Пузырь цель. Шейка матки пропускает 2 пальца. У внутреннего зева прощупывается ткань последа.

Диагноз ясен: имеем случай *placenta praevia*. Состояние роженицы требует немедленного врачебного вмешательства.

В условиях клинической практики, как мы увидим ниже, наиболее целесообразным методом родоразрешения в подобном случае, как в интересах матери, так и в интересах плода, является абдоминальное кесарское сечение. В условиях работы на периферии не всегда имеется возможность производства этой операции. В этом случае применяется внутренний преждевременный поворот на ножку.

Внутренний преждевременный поворот на ножку или поворот по Бракстон-Гиксу, в отличие от рассмотренного нами выше своевременного (классического) поворота, производится задолго до полного раскрытия шейки матки. Благодаря этому, последующее извлечение плода возможно произвести только спустя 20—30 минут после окончания поворота, при наступлении полного раскрытия маточного зева.

Показаниями для производства операции поворота по Бракстон-Гиксу являются:

1. *Placenta praevia*. При предлежании последа, с момента начала родовой деятельности наступает кровотечение, усиливающееся по мере раскрытия маточного зева. При повороте по Бракстон-Гиксу низведенная ножка придавливает послед к стенке матки и тем самым останавливает кровотечение. Одновременно усиливается родовая деятельность; по мере раскрытия маточного зева, туловище плода опускается в полость малого таза и роды вскоре заканчиваются. В условиях районной практики поворот по Бракстон-Гиксу является надежным, порой единственным средством остановки кровотечения при предлежании последа. В 80% всех случаев поворот по Бракстон-Гиксу производится по этому показанию.

2. Выпадение пуповины. Выпадение пуповины, особенно при головном предлежании, дает до 70% смерт-

ности для детей. При этом осложнении показана операция поворота на ножку, которую нужно произвести и при недостаточном раскрытии зева.

3. Неправильное положение плода. В случае раннего отхождения вод, при поперечном или косом положении и открытии маточного зева на 2-3 пальца, во избежание образования запущенного поперечного положения плода, показан поворот по Бракстон-Гиксу.

4. Эклампсия. Одним из частых осложнений периода раскрытия является эклампсия, приступы которой нередко быстро прекращаются тотчас после родоразрешения. Ввиду этого, с целью ускорения окончания родов, при наступлении эклампсии и при открытии зева на 2-3 пальца, показан поворот на ножку по Бракстон-Гиксу. Подвешивание легкого груза к низведенной ножке ускорит раскрытие зева.

5. Преждевременное отделение нормально прикрепленного последа бывает причиной смертельного кровотечения. При закрытии зева показано кесарское сечение, а при небольшом открытии и отсутствии соответствующих условий для кесарского сечения—поворот по Бракстон-Гиксу, благодаря которому имеется возможность произвести быстрое опорожнение полости матки от содержимого.

Условия для производства поворота по Бракстон-Гиксу:

1. Маточный зев должен быть открыт не менее 2-3 пальцев, ибо при этой операции для низведения ножки необходимо ввести в полость матки 2 пальца внутренней руки.

2. Пузырь должен быть цел или околоплодные воды должны быть недавно отошедшими, так как поворот при этой операции требует полной подвижности плода.

3. Остальные условия те же, что и при производстве внутреннего классического поворота.

Техника. Внутренний преждевременный поворот является технически более трудной операцией, чем своевременный поворот, при котором в полость матки вводится вся рука.

Поворот по Бракстон-Гиксу производится следующим образом: после тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища, при глубоком наркозе и в положении на поперечной кровати, во влагалище вводят соответствующую руку (см. классический поворот). Двумя пальцами внутренней руки разрывают плодный пузырь и проникают в полость матки. Отодвигая головку, внутренние пальцы стараются проникнуть глубже в полость матки и ухватить ножку плода. В это время наружная рука подвигает к внутренней ягодицу плода и тем способствует



нахождению ножки, которая узнается по пятке. Ухвативши крепко двумя пальцами за пятку, низводят ножку во влагалище, в то время как наружная рука отодвигает головку от симфиза.

При центральном предлежании последа, пальцы проникают в полость матки после пробурывания последа у внутреннего зева. Через это же отверстие в последе выводится ножка.

Трудности при повороте по Бракстон-Гиксу те же, что и при внутреннем своевременном повороте. При нем, кроме того, бывает затруднен разрыв плодного пузыря (чаще при *placenta praevia*), для производства которого можно прибегнуть к помощи корнцанга.

Переходя к разбору нашего случая, нужно отметить, что имеются все условия для производства операции поворота по Бракстон-Гиксу (нормальный таз, целостность плодного пузыря, открытие зева на 2 пальца), к которому и надо приступить после соответствующей подготовки. Немедленно по низведении ножки, остановится кровотечение. Форсированное низведение ножки может повести к глубокому разрыву шейки матки, особенно часто встречающееся при предлежании последа.

Извлечение плода, после произведенного поворота, в нашем случае будет технической ошибкой, поэтому необходимо будет только подвесить к низведенной ножке легкий груз. Во избежание сильного кровотечения, при пробурывании последа надо остерегаться дальнейшего отделения последа. Только после окончания поворота и остановки кровотечения можно прибегнуть к сердечным средствам для улучшения состояния больной. Благодаря хорошей родовой деятельности и раздражающему действию низведенной ножки, шейка матки быстро раскроется, и роды благополучно закончатся. Необходимо, сейчас же после рождения ребенка, выдать послед и дать роженице препараты спорыньи.

Прогноз при повороте. Прогноз для матери при производстве поворота внутреннего своевременного или по Бракстон-Гиксу зависит от возможности внесения инфекции в половые органы и от повреждений мягких частей родового канала. Обе опасности увеличиваются в зависимости от увеличения времени, прошедшего после разрыва пузыря и излития околоплодных вод. Особенно опасен поворот при запущенном поперечном положении и при тетанусе матки. В этих случаях, если имеется сомнение в жизнеспособности плода, в условиях районной практики и при отсутствии достаточной техники, лучше пожертвовать плодом в интересах матери. Процент смертности матери от поворота, по различным авторам, в среднем равен для первородящих от 3 до 5-6%, а для повторнородящих от 2 до 3%.

Из числа повреждений родового канала при повороте наблюдаются:

1. Разрывы заднего свода влагалища (*Colporhexis posterior*). Они являются результатом форсированного введения внутренней руки при бездействующей наружной руке. Подобные разрывы без вскрытия брюшной полости (Дугласова пространства) могут закончиться параметритом; разрывы же со вскрытием брюшной полости чаще всего вызывают перитонит.

2. Разрывы матки (*Ruptura uteri*) встречаются в шейке матки (радиальные и циркулярные разрывы) и в области нижнего сегмента.

Радиальные разрывы матки происходят при форсированном введении внутренней руки, а циркулярные разрывы (отрывы) являются результатом выведения головки при спавшем после рождения туловища маточном зеве.

Разрыв матки в области нижнего сегмента является наиболее опасным осложнением при повороте. При нем повреждаются крупные сосуды матки и возможны смертельные кровотечения. Это осложнение происходит в результате форсированного поворота при запущенном поперечном положении, при тетанусе матки, при давно отошедших водах. При разрыве нижнего сегмента матки ближе к месту прикрепления широких связок, может иметь место, так называемый, непроникающий разрыв матки. При нем перитонеум не разрывается, а кровотечение происходит в область широких связок. При проникающем разрыве содержимое матки может попасть в брюшную полость.

Лечение повреждений матки оперативное: при разрывах шейки матки зашивают края разрыва, и тем останавливается кровотечение. При разрывах тела матки, показана лапаротомия.

Прогноз, при операции поворота, для плода зависит от показаний и метода производства операции. При классическом повороте смертность значительно меньше, чем при повороте по Бракстон-Гиксу, при которой смертность равна 70—80%. При классическом повороте процент смертности значительно уменьшается, если после поворота имеются условия для полного извлечения плода. При повороте по Бракстон-Гиксу, опасность увеличивается в связи с длительностью родового акта.

Как изложено выше, процент смертности плода находится в зависимости от показаний: предлежание последа, преждевременное отделение последа, выпадение пуповины, асфиксия плода—значительно ухудшают прогноз.

По данным клиники Винтера, зависимость смертности детей от показаний выражается в следующем:

На 36 сл. при предлежании последа—69% смертности.

» 166 » при поперечном положении—27% »

» 61 » при выпадении пуповины—20% »

» 35 » при внутриутробной асфиксии—25% »

» 11 » при преждевременном отделении последа—  
82% смертности.

На 8 случаев при эклампсии—72% смертности.

---

Akusher-Lib.ru

## ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нормальное течение беременности может быть осложнено как причинами, исходящими от матери, так и от плода. В тех случаях когда дальнейшее течение беременности опасно для здоровья матери, является необходимостью искусственно прервать беременность. Для прерывания беременности, кроме медицинских, могут быть и серьезные социально-бытовые показания.

В зависимости от длительности беременности, операции этой группы делятся на:

1. искусственные преждевременные роды и
- 2) искусственный выкидыш (аборт).

### 1. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Случай 15. Гр. Л. В., 18 лет, первая беременность. Последние месячные 8 мес. т. н. Среднего роста, с дугообразным горбом на уровне от 2-го до 4-го поясничного позвонка. Размеры таза—29 : 28 : 30<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Conjug. diagonalis не достигается. Прямой размер выхода—7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. Матка соответствует 8-ми месячной беременности. Сердцебиение—ясно слева, на уровне пупка.

Итак, имеем случай первобеременной на 8 месяце с воронкообразным тазом.

Ввиду несогласия пациентки подвергнуться лапаротомии в конце беременности, решено вызвать преждевременные роды.

Искусственные преждевременные роды (*Partus arte praematurus*), т.-е. прерывание беременности после 32 недели, производятся как в интересах матери, так и в интересах плода. При этой операции имеется возможность получить живой и вполне жизнеспособный плод. Операция эта, впервые произведенная в 1756 году Маколейем по специальным показаниям, приобрела к настоящему времени сторонников, видящих в ней средство без большого

риска со стороны матери получить живой плод в случаях, когда доношенный плод не может родиться без уменьшения объема, а лапаротомия не может быть почему-либо произведена.

**Показания.** Показания к производству этой операции могут быть как со стороны матери, так и со стороны плода (реже):

1. Угрожающие болезненные состояния матери, требующие немедленного прерывания беременности (болезни почек, декомпенсированные пороки сердца, гидрамнион и др.).

2. Узкий таз. Чаще всего показаниями к преждевременным родам служит сужение таза (conjug. vera не менее 7-8 см). При узких тазах доношенный плод не имеет возможности родиться без уменьшения объема головки, а при искусственных преждевременных родах, как упомянули, может родиться живой плод. Жизнеспособность плода будет тем выше, чем беременность ближе к сроку, почему и при производстве операции по этому показанию, надо довести беременность до возможного предела.

3. В интересах плода операция эта производится, когда болезненное состояние матери таково, что она может умереть до конца беременности. В этих случаях, в интересах получения живого плода, можно вызвать преждевременные роды.

Условия, при которых производится эта операция в интересах плода:

1. Плод должен быть живой и жизнеспособный.
2. Отсутствие со стороны родового канала препятствий к извлечению неуменьшенного в объеме недоношенного плода.

При производстве операции в интересах матери, состояние гениталий не должно внушать опасности внесения инфекции в полость матки.

**Техника.** Искусственные преждевременные роды могут быть вызваны различными способами. Здесь мы изложим некоторые из них:

1. За последние годы получило широкое распространение влагалищное кесарское сечение, как метод одномоментного расширения шейки матки, с последующим поворотом на ножку и извлечением плода. В случаях, не терпящих отлагательства, этот метод, при достаточной технике и соответствующих условиях, дает хорошие результаты. Влагалищное кесарское сечение при преждевременных родах тем более является показанным, если одновременно необходимо произвести стерилизацию больной. В тех же случаях, когда допускается в будущем возможность самостоятельных родов, лучше воздержаться от хирургиче-

ского расширения шейки, так как наличие рубца на ней в будущем может стать причиной осложнения нормального родового процесса.

2. Для вызывания искусственных преждевременных родов пользуются проколом пузыря и выпусканием околоплодных вод. После предварительной подготовки влагалища и шейки матки, расширяют цервикальный канал расширителями до 8—10 номера и разрывают плодный пузырь; околоплодным водам дают полностью вытечь. Наступление схваток ускоряется назначением слабительного, подкожных инъекций хинина и питуитрина.

Наряду со случаями, когда при этом способе роды наступают быстро, весьма часто встречаются случаи неудач: после прокола проходят дни, иногда неделя, а схватки не наступают. Как дополнение к этому методу, некоторые, после разрыва плодных оболочек, перевязывают пуповину для ускорения наступления схваток. Однако, наблюдаются и при этой модификации случаи неудач.

Ввиду частых неудач и возможности инфекции при этом способе, лучше прибегнуть к другим методам возбуждения преждевременных родов.

3. Предложены также способы, раздражающие внутреннюю поверхность полости матки. Из них чаще всего применяется введение бужа, при котором плодные оболочки частично отслаиваются от стенок матки, а сам буж действует как инородное тело.

Техника введения бужа несложна: после соответствующей подготовки влагалища и шейки матки, в цервикальный канал вводят буж, а оттуда проталкивают его полностью в полость матки, между ее стенкой и плодной оболочкой. Феноменов предлагает вводить буж без предварительного решения, по какой стенке матки вводить—передней или задней; он предоставляет ему (бужу) самому избрать направление и, тем самым, идти по пути наименьшего сопротивления. Другие предлагают вводить по передней стенке, так как проведению бужа вверх по задней стенке может помешать промонторий. Все авторы одинаково избегают плаценту и, если при введении бужа показалась кровь, удаляют его и вводят по противоположной стенке. Буж оставляется максимум на 12 часов, после чего удаляется, если даже схватки не наступили. Под влиянием инородного тела (бужа) наступают схватки, и шейка матки расширяется. Этому способствует целостность плодного пузыря, играющая ту же роль, что и при нормальной родовой деятельности. Отмечены случаи, когда буж пролежал в полости матки более 2 суток без какого либо эффекта.

4. Роль оператора при бужировании пассивна в том смысле, что после введения бужа, время наступления схваток

зависит от случая. В этом отношении метод метрейриза отличается возможностью регулировать силу давления на шейку матки подвешиванием груза на конец метрейринтера.

Техника введения метрейринтера нами была уже описана. При производстве метрейризом искусственных преждевременных родов, необходимо сохранить целостность плодного

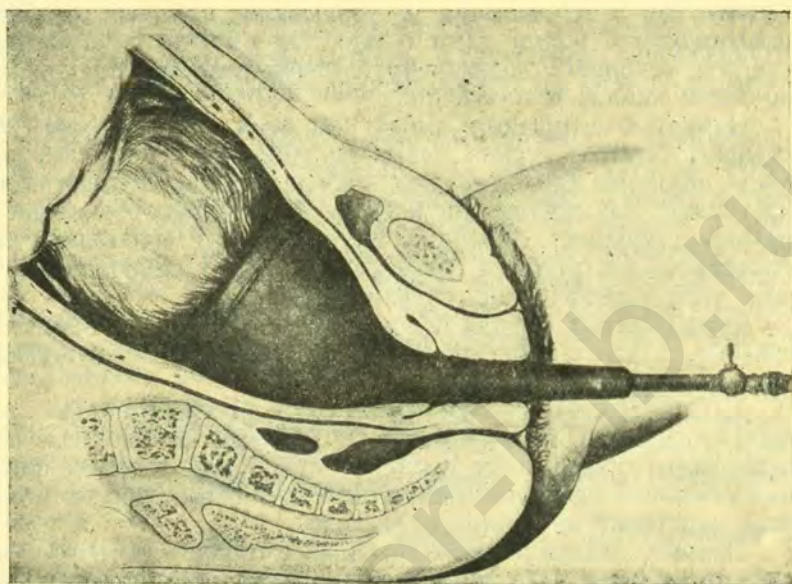


Рис. 18. Вызывание преждевременных родов метрейринтером.

пузыря (рис. 18). После рождения метрейринтера, если шейка матки достаточно раскрыта, производят разрыв пузыря, низведение ножки и последующее извлечение плода. При головных предлежаниях роды предоставляют естественному течению.

Метод метрейриза с целью вызвать преждевременные роды, по своему течению, ближе подходит к физиологическим родам. Этот способ является наиболее надежным для вызывания преждевременных родов и по своим результатам превосходит все предыдущие способы, за исключением влагалитического кесарского сечения, при котором опасность инфекции значительно меньше. Метрейриз требует внимательного наблюдения за роженицей. Он дает хорошие результаты только в руках опытного и искусственного акушера.

В разбираемом нами случае желательно провести операцию искусственных преждевременных родов бережно, без нанесения травмы *portio vaginalis*. Применением метрей-

риза можно будет добиться наступления полного раскрытия шейки, после чего разрыв пузыря, низведение ножки и извлечение плода займут несколько минут, благодаря чему получим живой, жизнеспособный плод.

## 2. ИСКУССТВЕННЫЙ ВЫКИДЫШ

### Ранний аборт

Случай 16. Гр. И. С., 22 лет, первая беременность. Последние месячные 3 месяца тому назад. По заключению терапевта—В П. ВК+, лихорадит. Матка величиной с 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-месячную беременность, в резкой антефлексии. В интересах самой пациентки необходимо прервать беременность.

Искусственное прерывание беременности производится по двум группам показаний: социальным и медицинским.

1. Искусственное прерывание беременности, аборт (*Abortus artificialis*) по социальным показаниям может быть произведен только до 12 недели беременности и то в условиях больничной обстановки. Производство аборта по социальным показаниям у нас легализовано постановлением НКЗ и НКЮ от 18/XI 1920 г.:

«1. Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ее максимальная безвредность.

2. Абсолютно запрещается производство этой операции кому бы то ни было, кроме врача.

3. Виновные в производстве этой операции—акушерка или бабка, лишаются права практики и предаются суду.

4. Врач, произведший операцию плодоизгнания в порядке частной практики, с корыстной целью, также предается суду».

При производстве аборта по социальным показаниям, нужно обратить особое внимание на противопоказания (гоноррея, воспалительные заболевания в придатках).

II. Медицинскими показаниями к производству аборта являются все те болезненные состояния матери, которые при продолжении беременности могут быть источником опасности для нея. Основными медицинскими показаниями для производства аборта со стороны матери являются:

1. Туберкулез легких, если процесс активный или имеет склонность активизироваться (субфебрильная температура). Старые, зарубцевавшиеся процессы, без температуры, не являются показанием к аборту, но такие беременные должны находиться под врачебным наблюдением в течение всей беременности. Туберкулез гортани требует во всех стадиях немедленное прерывание беременности.

2. Заболевания сердца с явлениями декомпенсации.



3. Заболевания почек, в виде острого и хронического нефрита, нефроза и пиелита. При нефрозе и пиелите требуются наблюдение и соответствующее лечение беременной (диетпитание, лекарственное лечение, постельное содержание). Только в тех случаях, когда в состоянии больной с течением беременности наблюдается ухудшение, требуется прерывание беременности. Во всех случаях нефрита (особенно при хроническом) требуется прерывание беременности.

4. Заболевание крови — лейкемия, пернициозная анемия.

5. Заболевания нервной системы — хореза, психозы.

6. Заболевания органов чувств — невриты глазного нерва, амвроз, ретиниты, отосклероз и др.

7. Заболевания желез внутренней секреции — базедовизм, сахарное и несакхарное мочеизнурение, тетания, остеомалация и др.

8. Токсикозы беременности: а) неукротимая рвота, если все терапевтические мероприятия и постельное содержание не оказывают положительного действия. В этих случаях положение больной может резко ухудшиться, поэтому необходимо своевременное вмешательство; б) резко выраженный птализм, истощающий беременность; в) эклампсия с нарастающими явлениями, не поддающаяся лечению по Строганову.

9. Заболевания гениталий: а) ущемление ретрофлексированной беременной матки; б) выпадение беременной матки, если вправление ее не удастся под наркозом; в) злокачественные и доброкачественные новообразования матки и придатков (относительное показание).

10. Абсолютно узкий таз является показанием к прерыванию беременности, если женщина не согласна подвергнуться, при наступлении родов, операции кесарского сечения. При меньших степенях сужения, беременность может быть закончена искусственными преждевременными родами.

Показания со стороны плодного яйца:

1. Пузырный занос. Заболевание это требует, немедленно по диагностировании, прерывания беременности, так как при нем наблюдается весьма быстрое нарастание процесса.

2. Задержка в полости матки умершего плода (Missed abortion) требуют вмешательства, так как иногда при нем наблюдаются случаи резкого ухудшения состояния организма женщины.

В нашем случае, беременная страдает активным процессом туберкулеза легких. Хотя при этой болезни часто заме-

чается улучшение общего состояния во время беременности, но вскоре после родов процесс быстро ухудшается. Поэтому в данном случае необходимо прервать беременность. Что же касается техники аборта, то таковой производится различными способами.

Техника. Техника производства аборта находится в зависимости от размера беременности. При беременности до 3 месяцев аборт должен быть произведен исключительно выскабливанием полости матки (*Abrasio caviteri*), так как при нем имеется возможность быстро и вполне асептично опорожнить матку от плодного яйца.

Все другие способы, предложенные для прерывания беременности в этом периоде или недействительны или же вредны. Из них упомянем здесь следующие:

а) Прерывание беременности приемом внутрь различных лекарственных веществ—казачий можжевельник, алое, ромашка, хинин, марганцево-кислый калий и др. Все эти средства действительны только в отношении женщин неполноценных в половом отношении (инфантилизм, склонность к абортам, воспалительные заболевания матки). В отношении же здоровых женщин средства эти, даже в токсических дозах, являются недействительными. В положительных по результатам случаях дело все же заканчивается часто выскабливанием уже по поводу незаконченного аборта, следовательно, и в этих случаях лучше с самого начала прибегнуть к выскабливанию, не подвергая женщину опасности инфекции при кровотечении или заболевании от принятых лекарств.

б) Прерывание беременности введением в полость матки буца или катетра, проколом пузыря и т. п. Средства эти весьма опасны, и при них нередки случаи прободения матки.

в) Прерывание беременности смазыванием или ин'екцией в полость матки различных медикаментов: иод, глицерин и др. Введение этих веществ может вызвать тяжелые осложнения вплоть до перитонита, ин'екции же иода могут вызвать и значительные патолого-анатомические изменения в слизистой оболочке матки и яичниках. Как следствие этих изменений—наступление временной аменорреи, временного климактерия. Поэтому мы категорически высказываемся против этих «уколов» (употребительное название ин'екций иода среди женщин), как метода прерывания беременности.

Как изложено выше, наиболее безопасным средством в руках специалиста, для искусственного аборта до 3 месяцев, является выскабливание матки. Так как операция эта производится весьма часто, а во многих руководствах техника ее изложена в общих чертах, мы остановимся на ней подробно.

Необходимые инструменты должны быть тщательно продезинфицированы (зеркало, под'емник, корнцанг, пулевые щипцы, металлические расширители Гегара № 3—12, маточный зонд, кюретки различного размера). Кишечник и мочевой пузырь необходимо опорожнить. После дезинфекции наружных половых органов и влагалища, приступают к операции. Влагалище раскрывается зеркалом и под'емником; шейка матки и стенки влагалища смазываются иодом; шейка матки захватывается пулевыми щипцами. Антефлексированная матка захватывается пулевыми щип-

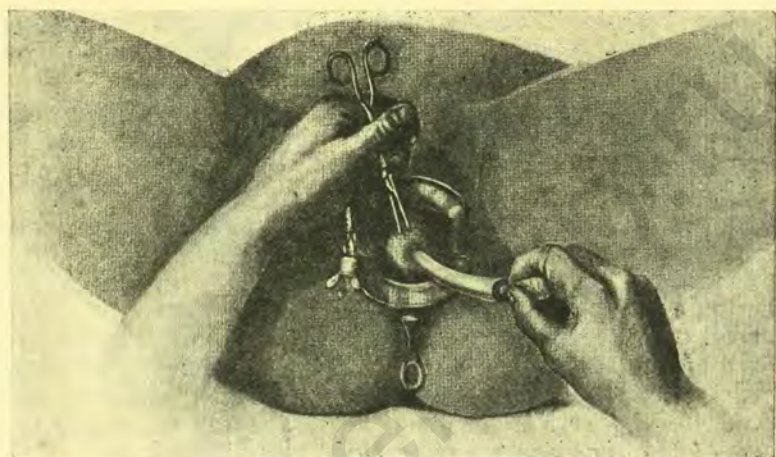


Рис. 19. Расширение цервикального канала гегарами.

цами за переднюю губу шейки, чтобы при низведении ее выравнить угол между телом и шейкой матки; при ретрофлексированной матке по той же причине захватывается задняя губа. Эта деталь, которую авторы не отмечают, уменьшает опасность прободения матки при расширении цервикального канала расширителями Гегара, и облегчается само выскабливание. Маточным зондом измеряют длину полости матки и приступают к расширению шейки расширителями. Пулевые щипцы фиксируются левой рукой (помощник держит зеркало, а под'емник удален), а правой—вводятся поочередно расширители в канал шейки. Введение их должно производиться без употребления значительной силы, медленно, без вращательных движений, по линии изогнутости канала шейки, слегка заходя за внутренний зев. Если последующий расширитель не входит, то вводят снова предыдущий и задерживают его на  $1/2$ —1 минуту, а затем продолжают расширение (рис. 19).

Когда цервикальный канал достаточно расширен, в полость вводят большую тупую кюретку к той стенке матки, куда прикреплено плодное яйцо (если удалось определить это при бимануальном исследовании). Выскабливание полости матки производят от дна к внутреннему зеву, держа

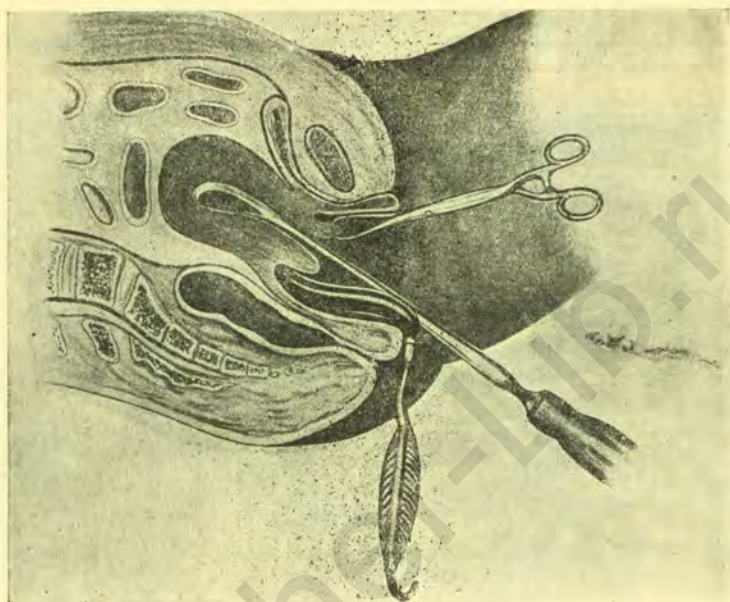


Рис. 20. Выскабливание матки при небольшой беременности.

петлю кюретки касательно к стенке матки (рис. 20). Нет надобности после каждого движения выводить кюретку кнаружи: после того как достаточная часть плодного яйца будет отделена от стенки, кюреткой выводят ее из полости. Корнцангом можно удалять только застрявшие у наружного зева плодные части. Мы настойчиво не советуем, особенно начинающим, входить в полость матки корнцангом, ибо большинство прободений происходят при манипуляциях им в полости матки (рис. 21). Осторожными движениями кюретки очищается вся внутренняя поверхность матки от яйцевых частей в определенном порядке, переходя с одной стенки на другую.

В заключении, выскабливают полость матки средней и малой острой кюреткой, обращая внимание на область маточных углов. Выскабливание считается законченным, если повсеместно слышится слабый скрип. Никаких смазываний и промываний полости матки не требуется.

По окончании выскабливания полости, пулевые щипцы удаляются, шейка смазывается иодом. Для лучшего сокращения матки можно назначить в первый день операции препараты спорыньи или холод на живот.

В разбираемом нами случае, пулевыми щипцами надо схватить переднюю губу шейки и низвести ее. Было бы весьма желательно расширение цервикального канала произвести расширителями с половинчатыми номерами, так как

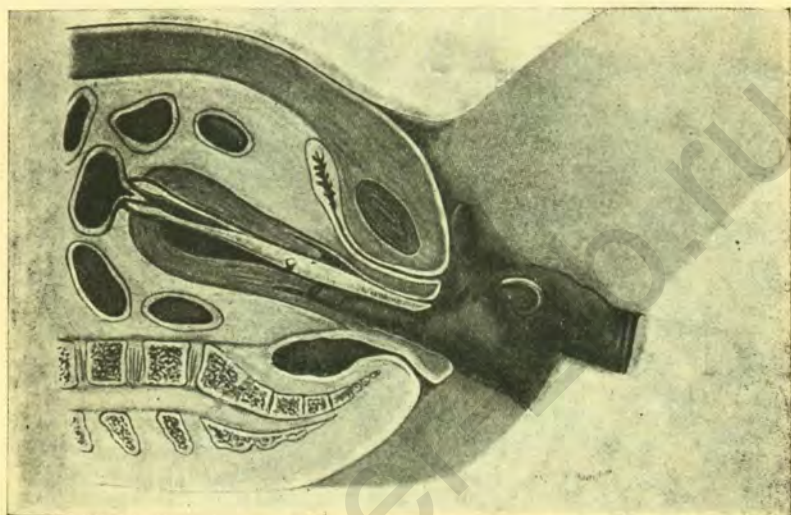


Рис. 21. Перфорация абортцангом дна матки.

пациентка первобеременная, и шейка матки с трудом будет поддаваться расширению.

#### Средний аборт

Случай 17. Гр. Р. С., 28 лет, 3-я беременность; рожала 1 раз. Последние месячные  $4\frac{1}{2}$  мес. тому назад. В конце третьего месяца беременности заболела пиэлитом. Несмотря на систематическое лечение в течение всего месяца, состояние больной ухудшается (истощение всего организма, ознобы, гектическая лихорадка, боли в области правой почки).

Величина матки соответствует четырем месяцам беременности. Зев закрыт. Тяжелое состояние больной требует прерывание беременности.

Производство аборта, при беременности свыше трех месяцев, технически отличается от метода, изложенного выше. При поздних абортах полость матки значительно увеличена, стенки мягки, размеры плода превосходят степень возмож-

ного одномоментного расширения цервикального канала. Опорожнение матки одним выскабливанием, как в ранние месяцы беременности, представляет большие трудности; возможны повреждения целостности стенок матки (перфорация). Поздние аборты, по технике производства, нужно разделить на два периода: от 3 до 5 мес. и от 5 до 7 мес. беременности. В периоде от 3 до 5 месяцев (средний аборт), при наличии медицинских показаний, для прерывания беременности производится или влагалищное кесарское сечение, или же так называемое малое кесарское сечение.

При малом кесарском сечении производится лапаротомия, матка выводится наружу и продольным разрезом по передней стенке вскрывается ее полость. Пальцем удаляется все плодное яйцо, после чего матка тотчас сокращается. Рана матки зашивается двухэтажным швом, как при классическом кесарском сечении.

Операция эта чаще производится в тех случаях, когда одновременно имеется показание к стерилизации больной, так как, хотя технически она и не трудная, но все же сопряжена со вскрытием брюшной полости.

В разбираемом случае аборт нужно произвести по методу влагалищного кесарского сечения, так как нет показаний к стерилизации больной и, следовательно, нет необходимости подвергать ее чревосечению.

Техника влагалищного кесарского сечения нами описана выше, поэтому здесь мы не остановимся на ней.

Таким образом, при производстве среднего аборта является необходимым производить удаление плодного яйца хирургическим путем, поэтому, если состояние больной позволяет, лучше отложить аборт на более поздний срок.

Аборт по социальным показаниям, при беременности свыше 3 месяцев, недопустим.

#### Поздний аборт

Случай 18. Гр. К. X., 32 лет, 14-я беременность. Последние месячные не помнит. Цианоз, одышка. Вся отечна, особенно область гениталий. Селезенка увеличена, нижним краем доходит до I. innominata, а внутренним—почти до пупка. Эритроц.—1.800.000, Нв—22%. Матка на уровне пупка. Зев закрыт, отечен. Диагноз: беременность VI, малярия, anaemia gravis. Ввиду наличия явлений декомпенсации, спленомегалии и возможности ухудшения состояния больной с ростом беременности, необходимо произвести прерывание беременности.

Операция искусственного аборта в поздний срок, т.е. от 5 до 7 месяцев, ничем не отличается от искусственных преждевременных родов. В этом периоде послед вполне организованный, размеры плода значительны, матка реаги-

рует на внешние раздражения. Способы, которыми производят поздний аборт, те же, что и при производстве искусственных преждевременных родов. Чаще всего применяется влагалищная гистеротомия. Груздев считает ее при поздних абортах наиболее рациональным способом.

Считая мнение Груздева вполне правильным, особенно в случаях, когда при аборте показана и стерилизация, все же данный случай необходимо провести «консервативным» способом, т. е. без кровавого расширения цервикального канала. К этому нас побуждает тяжелое состояние больной, для которой всякая кровопотеря может оказаться роковой. Поэтому здесь мы применим метрейринтер, о способе употребления которого изложено выше.

При введении метрейринтера при поздних абортах, нужно избегать разрыва плодного пузыря, так как, после рождения метрейринтера, пузырь будет способствовать лучшему расширению шейки матки.

В нашем случае, спустя 4½ часа после введения метрейринтера, наступили сильные схватки. Через 2 часа родился метрейринтер, а за ним в целости все плодное яйцо.

Но не всегда поздний аборт, произведенный консервативным методом, проходит так удачно. Нередки случаи, когда матка вовсе не реагирует даже на повторное введение метрейринтера, и аборт приходится заканчивать кровавым расширением цервикального канала. При удалении плодного яйца по частям, в конце операции, при сократившейся матке, необходимо обследовать матку большой тупой кюреткой и удалить оставшиеся кусочки последа и оболочек. Эрготин под кожу, лед на живот.

Осложнения. При производстве аборта, во все сроки беременности встречаются следующие осложнения:

1. Неподатливость цервикального канала. Нередки случаи, когда цервикальный канал не удается расширить дальше 5-6 номера тегаровских расширителей. Это чаще всего встречается у нерожавших женщин с конической плотной шейкой. В этих случаях показана гистеротомия.

Всякое форсированное расширение цервикального канала может повести к разрыву шейки матки, чаще в области внутреннего зева. При разрыве последующие номера расширителей входят без всякого сопротивления со стороны шейки, а при последующем выскабливании, кюретка в области внутреннего зева попадает в «ямку», неровность (непроникающий разрыв шейки). При выскабливании нужно избегать места разрыва, а по окончании операции—холод на живот, препараты спорыньи, длительное содержание в постели.

2. Кровотечение из матки возможно как во время, так и по окончании операции аборта. Во время операции кровотечение зависит от нарушения кюреткой или аборт-

цангом целости сосудов ворсинчатой оболочки, поэтому для прекращения кровотечения необходимо поторопиться с окончанием аборта.

После операции кровотечение наступает чаще вследствие атонии матки. В этих случаях холод и препараты спорыньи могут быстро остановить кровотечение.

3. Перфорацию матки можно избежать, даже при производстве значительного числа абортов, если операцию производить осторожно, ясно представляя в каждый данный момент состояние полости матки и внесенного в нее инструмента.

При перфорации необходимо немедленно прекратить операцию и произвести лапаротомию для зашивания перфорационного отверстия. Если перфорация произведена в последний момент окончания аборта, при опорожненной и сократившейся матке, и если есть уверенность в неповреждении внутренних органов и асептичности операции, то лечение можно провести консервативно.

Так как ни одна операция аборта, даже в опытных руках, абсолютно не гарантирована от опасности перфорации, то она должна производиться только в условиях, при которых возможно произвести лапаротомию.

---



## РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Операции этой группы непосредственно способствуют искусственному окончанию родового акта. К ним относятся:

I. Родоразрешающие операции без уменьшения размеров плода:

- 1) извлечение плода за тазовый конец;
- 2) щипцы;
- 3) выжимание плода.

II. Родоразрешающие операции с уменьшением размеров плода:

- 1) краниотомия;
- 2) эмбриотомия.

III. Кесарское сечение.

### 1. ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА

Извлечение  
плода за ножку

Случай 19. Гр. С. Д., 32 лет, 3-и роды. Беременность доношенная. Родовая деятельность началась накануне. Воды отошли ночью. Схватки стали реже и слабее. Отходит меконий. Таз нормальный. Правое переднее ягодичное положение. Сердцебиение плода—162. Пузыря нет. Полное открытие маточного зева. Во влагалище—правая ножка. Ягодицы плотно вколочены в таз.

Здесь мы имеем случай ножного предлежания и вторичной слабости родовых потуг. Для ускорения родового акта необходимо впрыснуть питуитрин 1,0—2,0. Через  $\frac{1}{2}$  часа после первичного осмотра, родовые схватки не усилились, положение плода то же самое.

В виду затянувшихся родов и угрожающего состояния плода (учащенное сердцебиение), необходимо приступить к его извлечению.

Под извлечением плода (*Extractio foetus*), в отличие от извлечения щипцами или краниокластом, мы понимаем ручное извлечение плода за нижний конец тела, т.е. за ножку или ягодицы. Операция эта производится по спе-

циальным показаниям со стороны матери или плода и при соответствующих условиях.

Было бы большой врачебной ошибкой, если, при ягодичном или ножном предлежании, врач без достаточных показаний немедленно приступил к извлечению плода, т. к. из курса нормального акушерства известно, что роды при этих положениях могут произойти и самостоятельно.

Показания. Показаниями для операции извлечения плода служат угрожающие состояния матери, требующие быстрого окончания родов:

- а) тяжелые заболевания сердца, легких, почек;
- б) эклампсия;
- в) разрыв матки;
- г) преждевременная отслойка плаценты;
- д) вторичная слабость родовых потуг.

Показанием со стороны плода является опасность асфиксии (учащение или замедление и ослабление сердцебиения). Отхождение мекония при ягодичном предлежании не всегда является признаком наступившей асфиксии плода.

Условия. Необходимыми условиями для производства извлечения плода являются:

- а) полное раскрытие зева;
- б) отсутствие пузыря;
- в) отсутствие препятствий со стороны родовых путей (conjug. vera не ниже  $8-8\frac{1}{2}$  см);
- г) нормальные размеры плода.

Соблюдение этих условий крайне необходимо, ибо при этой операции плод удаляется форсированно, и всякое препятствие может отразиться пагубно как на состоянии матери, так и плода. Извлечение плода до полного раскрытия зева может повлечь за собой разрыв шейки матки и асфиксию плода (затруднение при извлечении головки), а всякое несоответствие размеров плода и таза может послужить препятствием к извлечению живого доношенного плода. При показаниях к извлечению без наличия требуемых условий, можно создать таковые производством соответствующих подготовительных акушерских операций: при отсутствии полного раскрытия зева, в зависимости от случая, производят кровавое или некровавое расширение маточного зева; целый пузырь может быть легко разорван рукой, введенной во влагалище для извлечения ягодиц; при узости влагалища и вульвы (рубцы) показан разрез по Шухарду. В случае отсутствия возможности создать необходимые условия (например, чрезмерно узкий таз), нужно извлечение заменить другой акушерской операцией.

Техника. Операцию извлечения необходимо произво-

дить на поперечной кровати или на операционном столе. Наркоз не обязателен, но лучше роженицу слегка захлороформировать (оглушить), чтобы она не мешала оператору своими движениями при извлечении плода. Под рукой необходимо иметь стерильные полотенца для обхватывания ими скользкого, благодаря смазке, туловища плода.

Операцию извлечения плода за ножки делят на 4 периода:

1. Извлечение ножек и туловища до пупочного кольца.
2. Извлечение туловища до угла лопаток.
3. Освобождение ручек.
4. Освобождение головки.

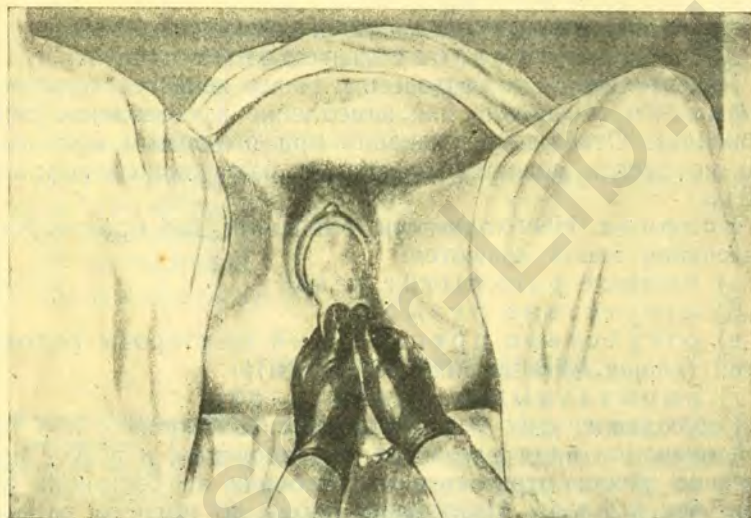


Рис. 22. Расположение рук при извлечении за голень.

Первый период извлечения — от ножек до пупочного кольца — производится медленно, без особого насилия, между тем как 2—4 периоды должны быть закончены в возможно короткий срок, т. к. головка, проходя через таз, сдавливает пуповину и может вызвать асфиксию плода.

Находящуюся во влагалище ножку оператор захватывает двумя пальцами одноименной руки и выводит ее наружу. Голень плода захватывается обеими руками так, чтобы большие пальцы лежали на задней поверхности по длине конечности (рис. 22). Тракции, выжидая потуги, производятся книзу. По мере рождения ножки, руки постепенно передвигаются ближе к половой щели (рис. 23). При появлении в половой щели передней ягодицы, тракцион:

производятся горизонтально, к себе, а затем кверху, пока со стороны промежности не покажется задняя ягодица, в паховый сгиб которой вводится, для облегчения извлечения, указательный палец одноименной руки. При извлечении ягодиц не следует низводить вторую ножку, так как во 1) ее легко можно повредить, а во 2) рождение ножки совместно с туловищем лучше расширяет родовые пути и облегчает извлечение головки. Дальнейшие тракции до прорезывания пупочного кольца производятся в горизонтальном направлении. Этим заканчивается первый период извлечения.

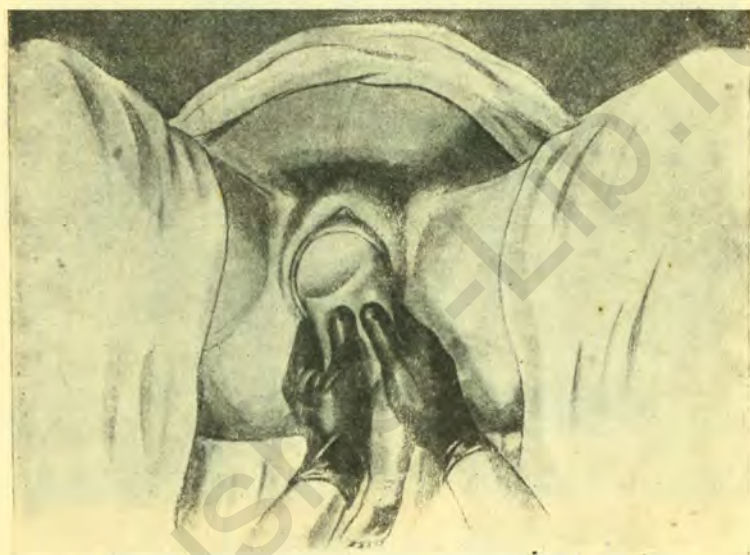


Рис. 23. Расположение рук при извлечении за бедро.

Если выпавшая ножка окажется задней, то она при потугах часто направляется к симфизу (происходит ротация плода). Этой тенденции надо помочь и при тракции книзу одновременно производить ротацию ножки и подвести ее под симфиз, т.-е. заднюю ножку сделать передней. Благодаря этому, возможное осложнение—рождение плода в заднем виде—может быть своевременно исправлено, и роды благополучно закончатся. При извлечении ягодиц и туловища, во избежание соскальзывания рук из-за жировой смазки плода, лучше обворачивать тазовый пояс стерильным полотенцем.

При появлении в половой щели пупочного кольца, некоторые авторы предлагают осмотреть пуповину и, при

натянутости, ослабить ее. Нам кажется, что всякое потягивание пуповины опасно, поэтому лучше пуповину не трогать, а поспешить с извлечением плода.

Во втором периоде руки оператора расположены так же, как и в конце первого периода, т.-е. на тазовом поясе плода, с указательными пальцами в паховых сгибах, а большими—на ягодицах. Всякое переключивание рук выше, на область живота, может повлечь за собой тяжелые повреждения паренхиматозных органов (печень) брюшной полости (рис. 24). Тракции плода во втором периоде производятся



Рис. 24. Расположение рук при извлечении за таз.

книзу, в косом размере выхода таза. С появлением под симфизом нижнего угла передней лопатки, заканчивается второй период извлечения.

В третьем периоде извлекаются руки, руководствуясь следующими положениями:

1. Как ножки, так и ручки плода извлекаются одноименными руками оператора, т.-е. левая ручка плода—левой рукой оператора, правая—правой.

2. Ручки извлекаются со стороны промежности.

Для извлечения ручек захватывают обе ножки в области лодыжек рукой, одноименной с передней ручкой плода, и резко поднимают все туловище кверху, в направлении пахового сгиба матери, той стороны, куда смотрит передняя поверхность туловища плода. Указательный и средний пальцы руки, одноименной с задней ручкой, вводят во влага-

лице со стороны промежности и, скользя по плечу до локтевого сгиба, легким надавливанием на предплечье выводят ручку кнаружи. Ручка выводится скользя по лицу и грудке (рис. 25).

Как только освободилась задняя ручка, оператор охватывает туловище плода обеими руками в области грудной клетки и поворачивает его по продольной оси так, что переднее плечо подходит к промежности, и, следовательно, задняя освобожденная рука—к симфизу. Вторая ручка, ставшая теперь задней, выводится так же, как и первая. Освобождением второй ручки заканчивается третий период извлечения плода.



Рис. 25. Извлечение ручки.

Извлечение головки (четвертый период) производится различными способами. Наиболее распространен метод выведения головки по Фейт-Смелли, так называемый французский способ: положив туловище плода брюшком на предплечье той руки, которая последняя извлекла ручку, оператор вводит указательный палец этой руки в ротик ребенка и, отдавливая нижнюю челюсть книзу, сгибает головку (флексия головки). Наружная рука оператора захватывает шейно-затылочную часть плода между указательным и средним пальцами и извлекает головку (рис. 26). Головка при извлечении должна проделать тот же механизм, как и при нормальных родах: головка должна пройти вход таза в поперечном размере, полость таза—в косом, а выход таза—в прямом. Извлечение головки производится в направлении, соответствующем проводной линии таза: у входа

тракции производятся книзу, в полости — по горизонтали, к себе, а у выхода таза — кверху. При появлении подзатылочной ямки под симфизом, трaкции наружной рукой прекращаются, головку же выводит внутренняя рука, вращая ее вокруг подзатылочной ямки. Из-за промежуточности показывается личико, лобик, а затем выходит вся головка. Таким образом, влекущей рукой является наружная, а внутренняя удерживает головку в состоянии флексии и тем способствует рождению головки малым косым размером.



Рис. 26. Извлечение головки методом Фейт-Смелли.

В способе Фейт-Смелли недостатком является давление пальцем на нижнюю челюсть, которая очень легко может быть повреждена. Поэтому способ Смелли, в особенности для начинающего, более безопасен. Он отличается от вышеописанного тем, что указательный и средний пальцы внутренней руки давят на верхнюю челюсть в области *fossae caninae* и производят флексию головки. Этим избегается опасность повреждения нижней челюсти.

По способу Мартин-Виганда, внутренняя рука оператора действует как и при французском способе, а наружная рука давит на головку (выжимает ее) со стороны брюшных покровов матери. Этот способ применим только при глубоком наркозе или при податливой брюшной стенке.

В разбираемом нами случае, после предварительной подготовки роженицы и легкого наркоза, приступаем к извлечению по изложенному выше способу. Выпавшая во влагалище правая ножка извлекается правой рукой. Передней

ягодицей окажется правая, а задней, обращенной к промежности,—левая. В паховый сгиб левой ягодицы вводится указательный палец левой руки. При извлечении плечиков, передним окажется правое; поэтому сначала извлекается со стороны промежности левой рукой левая ручка плода. Туловище при этом вытягивается кверху, в сторону левого пахового сгиба матери. Второй извлекается правой рукой правая ручка плода, подведенная к промежности; туловище при этом направлено к правому паховому сгибу матери.

Для извлечения головки плод кладется пашмя, животиком на правую руку, указательный и средний пальцы которой вводятся во влагалище для извлечения головки. Наружной, влекущей рукой, в нашем случае, является левая.

В виду того, что роженица многорожавшая, а размеры плода не внушают опасений, извлечение произведется без особых затруднений.

**Извлечение плода за обе ножки**

Случай 20. Гр. С. К., 24 лет, 2-ые роды. Беременность срочная. Родовая деятельность началась накануне. Воды отошли утром. Схватки слабые и редкие. Таз нормальный. Положение плода—левое продольное. Предлежащая часть, обе ножки, находится во влагалище. Маточный зев открыт полностью. Плод живой. Врач вызван из-за повторных сильных ознобов и повышения температуры до 39,9°.

Имеем случай полного ножного предлежания. Резкое повышение температуры и повторные ознобы (малярия?) могут вызвать асфиксию и смерть плода. Имеются условия для быстрого окончания родов извлечением плода, к чему немедленно надо приступить.

Извлечение плода при полном ножном предлежании отличается от извлечения за ножку (неполное ножное предлежание) только течением первого периода операции. При нем извлечение начинается сразу за обе ножки, которые захватываются одноименными руками оператора (правая—правой, левая—левой). Большие пальцы располагаются вдоль конечности по задней поверхности, а остальные пальцы обхватывают конечность спереди. По мере извлечения ножек, руки перекадываются кверху, ближе к половой щели. Извлечение ягодиц и туловища—как при неполном ножном предлежании.

Извлечение плода у нашей роженицы будет произведено без особых затруднений, за исключением головки, выведение которой по французскому способу может быть затруднено (родовые пути недостаточно расширены). В данном случае выведение головки облегчится, если произвести ее по французскому способу, но с тем видоизменением, что помощник выжимает головку со стороны брюшных покровов,



как при способе Мартин-Виганда (способ Мартин-Виганд-Винкеля).

Извлечение плода за ягодицы

Случай 21. Гр. А. Т., 33 лет, 8-ые роды. Все предыдущие роды без особенностей. Роды начались за два дня; температура 37,5;

околоплодные воды, весьма обильные, отошли накануне. Схватки слабые. Таз нормальный; брюшные покровы дряблы; имеется расхождение прямых мышц. Сердцебиение плода слева, выше пупка—140. Пузыря нет. Маточный зев открыт полностью. Вколочены ягодицы. Первое неполное ягодичное предлежание.

Роды затянулись вследствие слабости родовой деятельности, вызванной частыми предыдущими родами, дряблостью брюшной стенки и обилием околоплодных вод. Если повторные инъекции питуитрина (2 раза по 1,0 с  $1/2$  часовым промежутком) не усилят родовую деятельность, то необходимо приступить к извлечению плода за ягодицы, так как намечается повышение температуры тела роженицы (инфекция?).

Извлечение плода за ягодицы является одним из трудных операций в акушерстве. Поэтому, при смешанном ягодичном предлежании, желательно попробовать низведение передней ножки и превращение в неполное ножное предлежание. При полном ягодичном предлежании и, особенно, при вколоченных в таз ягодицах, низведение ножки весьма затруднительно и чаще не удается.

Извлечение плода за ягодицы производят ручным способом или, в крайнем случае, инструментами.

При ручном способе вводят во влагалище руку, соответствующую передней ягоде, и указательным пальцем проникают в передний паховый сгиб. Для облегчения тракций желательно указательным пальцем другой руки проникнуть в задний паховый сгиб, но это обычно не удается. Крепко ухвативши сгиб введенным согнутым крючкообразно пальцем, производят тракцию сначала книзу, при опускании ягодиц в полость таза—к себе, а при прорезывании—кверху. Как только в половой щели показывается задняя ягодица, указательный палец другой руки, отодвигая промежность, проникает в задний паховый сгиб, и в дальнейшем извлечение ягодиц и всего туловища производится обеими руками. Ножки рождаются вместе с туловищем и нет надобности извлекать их отдельно (рис. 27).

Необходимо обратить внимание на то, что указательный палец должен давить в направлении пахового сгиба, а не перпендикулярно к бедру; в последнем случае возможны переломы головки бедра. При высоком расположении ягодиц, приходится употреблять большую силу, чтоб извлечь яго-

дицы, тем более, что чаще удается проникнуть только пальцем одной руки. Для облегчения тракций оператору приходится менять уставшую руку, а для увеличения силы тракций—всей наружной рукой захватывать внутреннюю руку выше запястья и тянуть ее.

Нередки случаи, когда извлечение плода за высоко сидящие ягодицы не удается. В этих случаях можно прибегнуть к извлечению с помощью петли, крючка или щипцов.



Рис. 27. Извлечение плода за ягодицы.

При низведении петлей, проводят через передний, желательнее и задний, паховый сгиб конец стерильного марлевого бинта и выводят его наружу. Образуется петля, которой тянут туловище плода книзу, в направлении, как при извлечении пальцем. Петля легко может соскочить с пахового сгиба на бедро и вызвать перелом бедра, поэтому пользование ею небезопасно для ребенка.

При недоступности пахового сгиба пользуются специальным крючком Смелли, который вводится в задний паховый сгиб и им производится извлечение плода. Опасность перелома бедра и повреждения брюшной стенки плода при этом значительно высока, и поэтому применение крючка допустимо только при мертвом плоде.

Предложены также специальные ягодичные щипцы, помощью которых производится извлечение за ягодицы. Щипцы эти представляют пару ягодичных крючков, соединенных замком наподобие головных щипцов. Каждая ложка щипцов накладывается в отдельности в соответствующие па-

ховые сгибы и соединяется друг с другом в замке. Опасность от применения щипцов та же, что и от крючка.

Некоторые авторы предлагают пользоваться, при извлечении ягодич, головными щипцами, но пользование ими весьма опасно, ибо они легко соскальзывают и могут повредить мягкие родовые пути матери.

В нашем случае ручное извлечение плода за ягодичи возможно произвести, так как пациентка многорожавшая, с весьма податливыми и дряблыми стенками влагалища. Благодаря этому удастся проникнуть в оба паховых сгиба и произвести низведение ягодич. Наша операция значительно облегчится, если, по предложению Груздева, к нашим тракциям присоединится *vis à tergo* в форме энергичного выжимания плода по Кристеллеру, производимого помощником.

Осложнения. Извлечение плода может представить различные трудности, в зависимости от условий, при которых производится операция. Здесь рассмотрим главные из них.

При извлечении ягодич, могут встретиться трудности со стороны недостаточно раскрытого маточного зева или несоответствия *conjugata vera* с размерами ягодич и, следовательно, головки. В этих случаях ошибка врача заключается в постановке диагноза операции или преждевременных мероприятиях (извлечение при недостаточно раскрытой шейке), что может повлечь за собой повреждение плода и родового канала матери.

В случае выпадения или ошибочного извлечения задней ножки, передняя ягодича упирается в симфиз, и роды затрудняются. В этом случае, как было упомянуто выше, при дальнейших тракциях часто наблюдается тенденция поворота плода вокруг продольной оси и тем самым перехода задней ножки в переднюю. Если при тракциях не удастся изменить положение плода, то необходимо попытаться низвести вторую ножку, переднюю, и неполное ножное предлежание превратить в полное.

При извлечении туловища плода, ручки могут разогнуться и запрокинуться за головку. В этих случаях выведение их может представить определенные трудности, так как необходимо проникнуть рукой глубоко в полость матки полуручкой или полной рукой и, схватив за предплечье, осторожно согнуть в локтевом сгибе и сместить ее мимо головки книзу. Всякое потягивание за плечо запрокинутой ручки вызовет немедленный перелом его.

Ручки могут быть закинута назад, за затылок. Такое положение может получиться при повороте туловища для извлечения задней ручки: разогнутая ручка может не последовать за движением туловища и тем запрокинуться за

затылок. В этом случае попытка низвести ручку по спинке всегда приводит к его перелому. Для исправления положения необходимо произвести обратный поворот туловища, благодаря чему ручка опять очутиться с лицевой стороны плода. Извлечение ручки нужно будет произвести уже со стороны симфиза, при резком потягивании туловища книзу.

В затруднительных случаях Бумм предлагает перело-

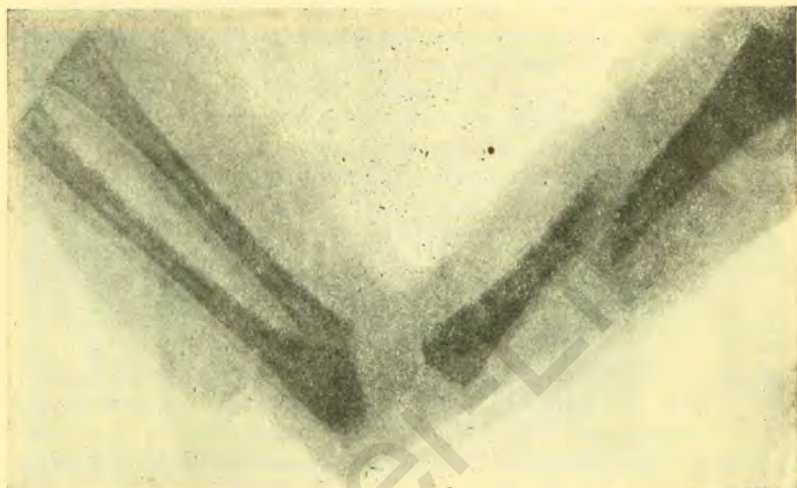


Рис. 28. Перелом плеча при извлечении плода (собств. наблюдение).

мить ручку приблизительно посередине диафиза плечевой кости, после чего она легко может быть выведена. Хотя переломленная ручка быстро срастается (в нашем одном случае через 2 недели получилось полное срастание перелома плечевой кости), тем не менее большинство акушеров к такому приему относится отрицательно (рис. 28 и 29). Феноненов считает, что, при затянувшемся освобождении ручек, лучше пожертвовать плодом в интересах матери, для которой часто выгоднее не настаивать на немедленном извлечении плода помощью ручного приема.

Наибольшую трудность, при извлечении головки, представляет задний вид ягодичного предлежания, т.-е. когда при извлечении головка обращена затылком к крестцу, а личиком—к симфизу. Уже при извлечении туловища, как изложено выше, необходимо задний вид перевести в передний. Если же это не удалось, то приступают к извлечению головки в переднем виде.

Если головка, при переднем виде, успела опуститься в таз, то способом Фейт-Смелли производят сильную фле-

ксию головки и, при одновременном потягивании туловища книзу, стараются надавливанием на челюсть вывести со стороны симфиза личико, а затем и всю головку плода. При неудаче этого приема, удерживая головку в состоянии флексии, быстрым влечением за ножки резко поднимают туловище плода в направлении к брюшной стенке матери. При этом движении головка плода выкатывается со стороны промежности.



Рис. 29. Та-же ручка через 2 недели (собств. наблюдение).

Головка, находясь в дефлексии, может не опуститься в полость таза и упереться подбородком в симфиз. В этом случае введенной плашмя рукой лучше отвести подбородок от симфиза, усилить дефлексию и резким движением кверху за ножки, отвести *ad maximum* туловище плода к брюшной стенке матери. Головка родится из-за промежности, имея неподвижной точкой вращения (гипомохлион) область трахеи.

При неблагоприятном вставлении головки, извлечение облегчается приданием роженице положения по Вальхеру (увеличение прямых размеров таза).

По Винтеру, в последнее время Дедерлейн и Нюрнбергер предлагают, при заднем виде, не прибегая к изложенным методам, наложить щипцы на головку (см. ниже).

Прогноз. Прогноз для матери находится в связи с возможностью инфекции или повреждений родовых путей матери при извлечении плода. Для матери операция представляет меньше опасности, чем для плода в тех случаях, когда

имеются соответствующие условия для ее производства. При этой операции наблюдаются разрывы нижнего сегмента, шейки, матки, промежности и влагалища. Все эти осложнения получают в результате несоответствия состояния родового канала с размерами головки. Заболеваемость матери при извлечении плода 4—5%, смертность 0,4—0,6%.

Прогноз для ребенка значительно хуже, особенно у первородящих. Одним из частых повреждений являются переломы позвоночника, чаще в шейной области, в зависимости от неправильного извлечения или несоответствия размеров таза и головки. Следствием этого бывает повреждение продолговатого мозга и моментальная смерть плода.

При неумелом и форсированном выведении конечностей, как отмечено выше, могут произойти переломы рук или ног. Переломы рук чаще наблюдаются в плечевой, а ног—в бедренной кости. Нередки и переломы ключицы.

Смертность детей при извлечении равна 11—15%.

## 2. Щ И П Ц Ы

Акушерские щипцы (*Forceps obstetrica*) являются инструментом, помощью которого извлекают плод за головку. В старое время назначение щипцов видели в уменьшении размеров головки плода, в настоящее же время считают, что щипцы имеют целью только замену отсутствующей или ослабшей силы родовых потуг и, следовательно, роды щипцами должны соответствовать физиологическому акту.

Со времени изобретения первой модели, щипцы подверглись значительным модификациям, и в настоящее время насчитывают до 300 различных моделей. Наиболее употребительными являются: французские, английские и немецкие щипцы. Главное их отличие заключается в длине и в устройстве замка.

Щипцы состоят из двух половин: правой и левой ветви. На левой ветви имеется замок, а на правой—соответствующая выемка для соединения с левой ветвью. Каждая ветвь состоит из двух неравных частей: меньшая часть—рукоятка, с выемками на боковой поверхности, для лучшего захвата рукой и боковым выступом (крючок Буша), и большая часть—собственно ложка, с двумя кривизнами: головной, соответствующей выпуклости головки плода, и тазовой, соответствующей проводной линии таза. Длина щипцов около 40 см., вес—750—800,0; головная кривизна сложенных щипцов равна 8 см. Верхние концы ложек отстают друг от друга на  $1\frac{1}{2}$ —2 см. (рис. 30).

Французские щипцы—Левре, наиболее длинные и имеют прочный замок; английские—Симпсона—

короткие со скользящим замком; немецкие—Нэгеля—средние между английскими и французскими (короткие, но с устойчивым замком). Наибольшее распространение получили английские и немецкие щипцы.

Область применения щипцов в настоящее время, в сравнении с прошлым веком, значительно сужена, и щипцы применяются только при строгих показаниях и соответствующих условиях.

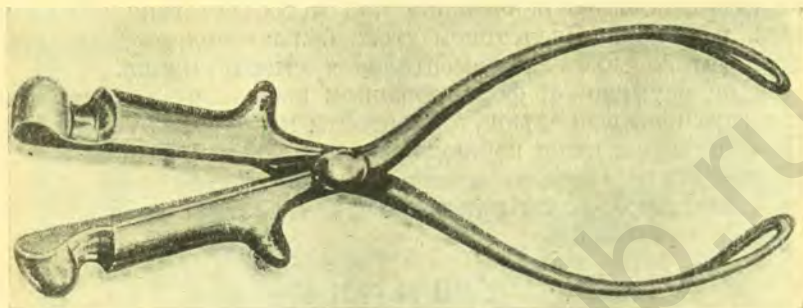


Рис. 30. Щипцы Негеле.

Щипцы при затылочном предлежании. Стреловидный шов в прямом размере

Случай 22. Гр. X. Н., 23 лет, 1-ые роды, срочные. Во время беременности перенесла брюшной тиф; резкое общее исхудание, упадок сил. Температура—37,5. Роды начались 2 дня т. н. Живот большой, напряженный.

Таз нормальный. Спинка—слева спереди, предлежит головка. Сердцебиение плода—142. В полости таза—головка; сагитальный шов близок к прямому размеру. При потугах (редких и слабых) в половой щели показывается головная опухоль.

Ин'екции питуитрина и выжимание по Кристеллеру оказались безрезультатными.

В данном случае затянувшиеся роды нужно объяснить слабостью родовых потуг в результате общего упадка сил роженицы.

Благодаря долгой задержке головки в полости таза, наступила опасность для плода, требующая ускорения родового акта, тем более, что роды самопроизвольно окончиться не могут.

При вколоченной в таз головке и живом плоде, роды возможно закончить наложением щипцов.

Показания. Показаниями для наложения щипцов служат угрожающие состояния роженицы и плода, требующие, как и при операции извлечения плода, срочного окончания

родового акта. Таковыми являются: декомпенсированные пороки сердца, тяжелые заболевания легких и почек, эклампсия, острая инфекция, сопровождающаяся поднятием температуры тела, асфиксия плода. Кроме этих, общих и для других акушерских операций, имеются специальные показания для щипцов:

1. Сужение выхода таза. При воронкообразном и кифотическом тазе, головка может пройти через вход и полость таза, но застрять у суженного выхода. В этих случаях, если нет возможности произвести абдоминальное кесарское сечение, единственным средством получить живого ребенка является наложение щипцов.

2. Сопротивление мягких частей таза. У лиц, страдавших до родов вагинизмом, и у старых первородящих головка плода, при прохождении через таз, особенно у выхода, встречает сильное сопротивление со стороны напряженных мышц дна таза. Это сопротивление бывает столь сильным, что сильные потуги, порой длящиеся 1—2 дня, не могут его сломить. В этом случае роды могут быть закончены разрезом по Шухарду или наложением щипцов.

3. При неблагоприятном вставлении, головка может на долгое время задержаться в полости таза и вызывать прижатие мягких частей родового канала и соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка) к симфизу или крестцу. Одновременно сам плод подвергается опасности от нарастания головной опухоли. Во многих случаях неблагоприятного вставления головки, можно щипцами бережно закончить роды, за исключением лицевого предлежания с подбородком, обращенным кзади, когда роды не могут закончиться без уменьшения объема головки.

4. Вторичная слабость родовых болей. При некотором несоответствии головки плода с тазом матери, в первом периоде родов матке приходится употребить большую силу для преодоления препятствий со стороны входа таза. В связи с этим, а также при наличии некоторых других моментов (гидрамнион, частые повторные роды, слабость брюшного пресса и др.), во втором периоде родов, т.-е. в момент изгнания, матка может проявить недостаточность, и родовая деятельность может значительно ослабеть или даже вовсе приостановиться. В этих случаях, при задержке головки в полости таза более 5—6 часов у первородящих и более 2—3 часов у многорожавших, показано окончание родов щипцами.

Условия. Условия, при которых накладываются щипцы, должны гарантировать жизнь и здоровье матери и плода. Поэтому необходимо предварительно убедиться, что имеются налицо все условия для окончания родов щипцами. Условия эти следующие:



1. Зев должен быть широко раскрыт, в противном случае, при введении щипцов, а также при извлечении головки, можно получить разрыв шейки матки.

2. Пузырь разорван и оболочки оттянуты за головку. Накладывание щипцов при целом пузыре может повлечь за собой во время извлечения плода преждевременную отслойку плаценты. Опасность при этом тем больше, чем длительнее происходит извлечение плода.

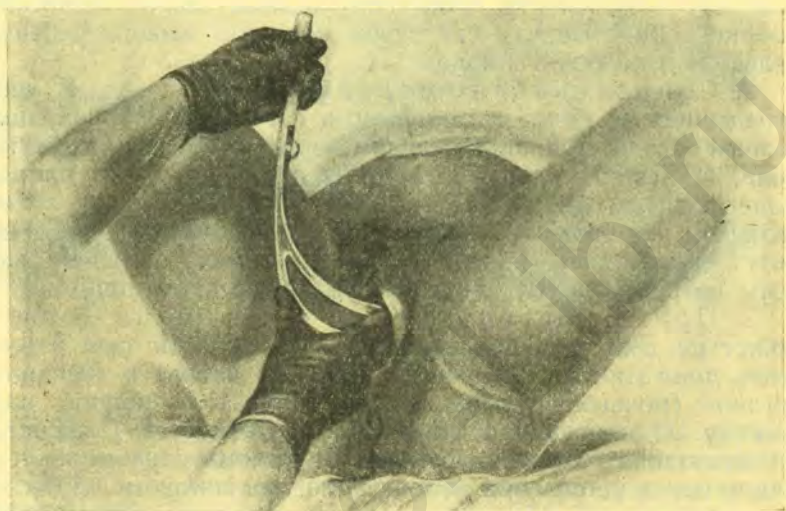


Рис. 31. Введение левой ложки.

3. Головка должна быть нормальной величины. Всякое отклонение от нормальных размеров головки является противопоказанием для наложения щипцов. При слишком малой головке плод является или недоношенным, или налицо пороки развития (микроцефалия и др.); щипцы же накладываются с целью получить живого и доношенного ребенка, в противном случае нет надобности подвергать мать опасностям от этой операции. Чрезмерно большая головка также является противопоказанием: при гидроцефалии плод нежизнеспособен, а при гигантском плоде извлечение головки сопровождается тяжелыми повреждениями для матери и плода.

4. Таз не должен быть узким. Назначением щипцов является замена отсутствующей *vis à tergo* для изгнания плода, а не уменьшение головки. При узких же тазах получение живого доношенного ребенка без уменьшения головки невозможно. Поэтому для накладывания щипцов необходимо,

чтоб conjug. vera была не ниже 8—8½ см. Щипцы могут быть наложены и в некоторых случаях сужения выхода таза (см. показания).

5. Плод должен быть живой, так как мертвый плод можно извлечь перфорацией и краниоклазией, с меньшей опасностью для матери.

6. Головка должна плотно сидеть в тазу. В прежние годы часто накладывались щипцы на высокостоящую, подвижную головку («высокие щипцы»). Высокая смертность детей и частые повреждения матери послужили причиной отказа большинства акушеров от этого. В настоящее время, за редким исключением щипцы накладываются только при вколоченной в таз головке, т.-е., когда головка прошла вход таза, и стреловидный ее шов находится в прямом размере выхода (положение головки в Zangengerecht) или, в крайнем случае, в одном из косых размеров полости таза. При этом положении щипцы, накладываемые в поперечном или косом размере таза, ложатся на головку в бипаритальном размере и являются безопасными для плода. При высоких же щипцах, при нахождении стреловидного шва в поперечном размере таза, щипцы ложатся в прямом размере головки, т.-е. на личико и затылочную область, и причиняют тяжелые повреждения. Поэтому при высоком стоянии подвижной головки, лучше произвести поворот плода.

Техника. Накладывание щипцов (Applicatio forcipis) нужно производить на поперечной высокой кровати или лучше на столе, так как извлечение акушеру легче производить стоя.

Никогда не следует накладывать щипцы без наркоза. При этом роженица может помешать оператору и своими резкими движениями вызвать осложнения (разрывы).

Мочевой пузырь должен быть опорожнен катетеризацией. Введение катетра облегчается отдавливанием оператором головки плода кверху.

После соответствующей подготовки роженицы, приступают к операции. Предварительно необходимо проверить щипцы, замкнуть их и в таком виде положить на столе. Перед накладыванием, для проверки положения головки, снова производит под наркозом внутреннее исследование: большая головная опухоль может затруднить решение вопроса—прошла ли головка своей большой окружностью через вход таза. Если промонторий недоступен для исследуемых пальцев, то вопрос решается положительно.

Техника накладывания щипцов находится в зависимости от положения головки, resp. стреловидного шва. В нашем случае, после соответствующей подготовки роженицы, под наркозом приступаем к накладыванию щипцов. Повторное

внутреннее исследование дало те же результаты, т.е. сагитальный шов близок к прямому размеру; промоторий недостижим.

В этом случае щипцы должны быть наложены в поперечной плоскости, следующим образом:

1-й момент. Левая ложка щипцов («мужская») захватывается левой рукой, как писчее перо (тремя пальцами), и вводится первой в левую сторону роженицы. Рукоятка отводится к правому паху роженицы и устанавливается

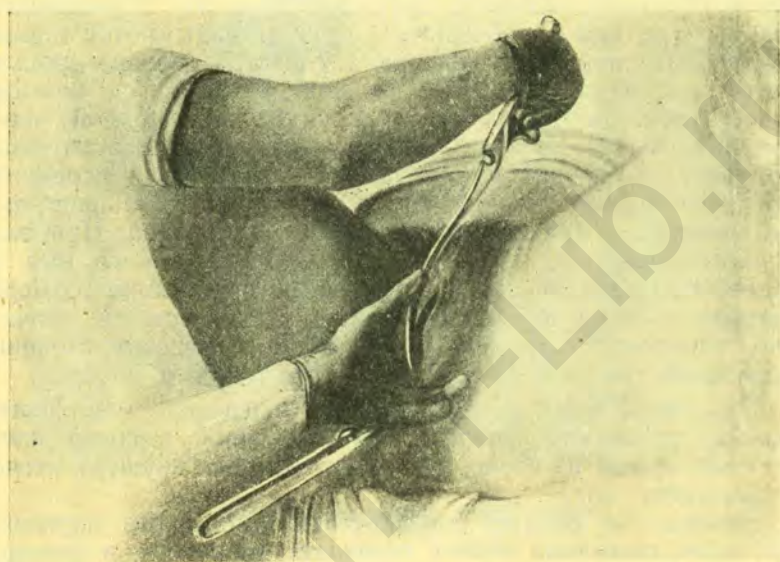


Рис. 32. Введение правой ложки.

ливаются почти вертикально. Два (указательный и средний) или четыре пальца правой руки вводятся во влагалище между головкой и левой половиной таза. Верхушка ложки устанавливается в желобок между указательным и средним пальцами, а большой палец правой руки прикладывается к нижнему ребру ложки. Щипцы вводятся без применения значительной силы и, по мере введения, отклоняются справа налево и опускаются до горизонтального положения и ниже. Ложка при этом движется соответственно выпуклости головки и кривизне таза. Введенными во влагалище пальцами контролируется и регулируется правильность поступательного движения ложки и защищаются мягкие части родового канала от захвата их щипцами. Когда ложка вплотную охватила головку, выводится правая рука, а рукоятка передается для удержания помощнику. После этого во влагалище

вводятся пальцы левой руки, а правой рукой вводится правая ложка в правую сторону влагалища, по тем же правилам, как и левая (рис. 31, 32 и 33).

2-й момент. Отдельно введенные ветви должны быть замкнуты, для чего рукоятки схватываются полною рукою, и, надавливая большими пальцами на боковые крючки, вставляют замочную часть правой ветви в углубление левой.

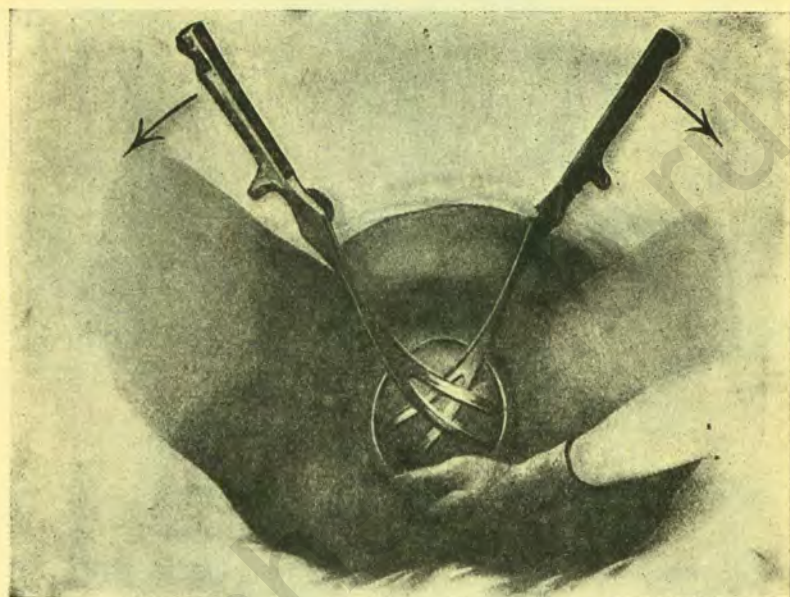


Рис. 33. Направление движений ложек.

Если обе ложки наложены правильно, то замыкание удастся легко, без применения силы (рис. 34).

Во избежание чрезмерного сжатия головки щипцами и соскальзывания их из рук, между рукоятками прокладывается стерильное полотенце, концами которого обворачивается вся рукоятка.

3-й момент. В случае неправильного наложения, щипцы при тракции могут соскользнуть и нанести повреждения матери. Во избежание этого нужно произвести пробную тракцию, предварительно обследовав указательным пальцем, не захвачены ли щипцами мягкие части родового канала. Рукоятка щипцов захватывается всей рукою, и, приложив указательный палец к головке, производится небольшая тракция. Если головка следует движениям щипцов, значит щипцы хорошо захватили головку. Некоторые авторы,

довольствуясь одним обследованием пальцем, высказываются против пробной тракции.



Рис. 34. Замыкание щипцов.

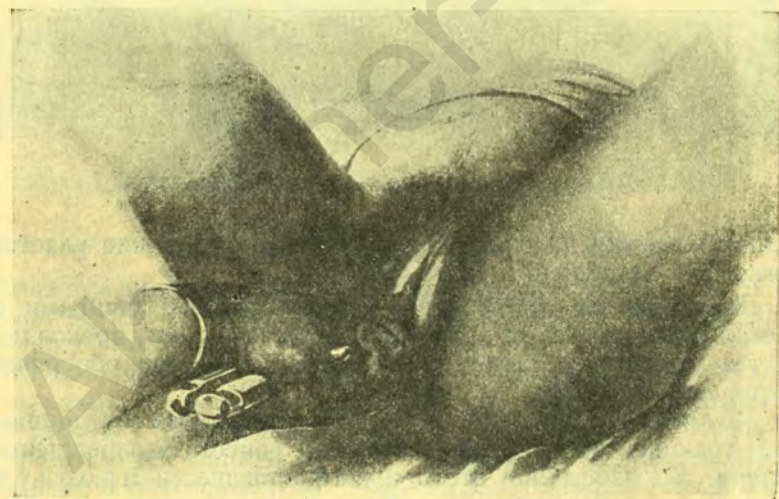


Рис. 35. Тракция щипцов.

4-й момент. Извлечение плода лучше произвести стоя, с отведенной назад правой ногой. Рукоятка захватывается крепко правой рукой, кистью поверх щипцов, имея указа-

тельный и средний пальцы растопыренными, на крючках Буша.левой рукой рукоятка захватывается снизу. В таком положении приступают к тракциям, т.-е. к извлечению плода (рис. 35).

Тракции производятся по направлению проводной оси таза (в нашем случае—к себе, горизонтально) с силой, постепенно нарастающей вначале и постепенно убывающей в конце каждой тракции. Между тракциями—пауза. Таким образом, тракции должны соответствовать нормальным родовым потугам. По мере выведения головки, рукоятка по-

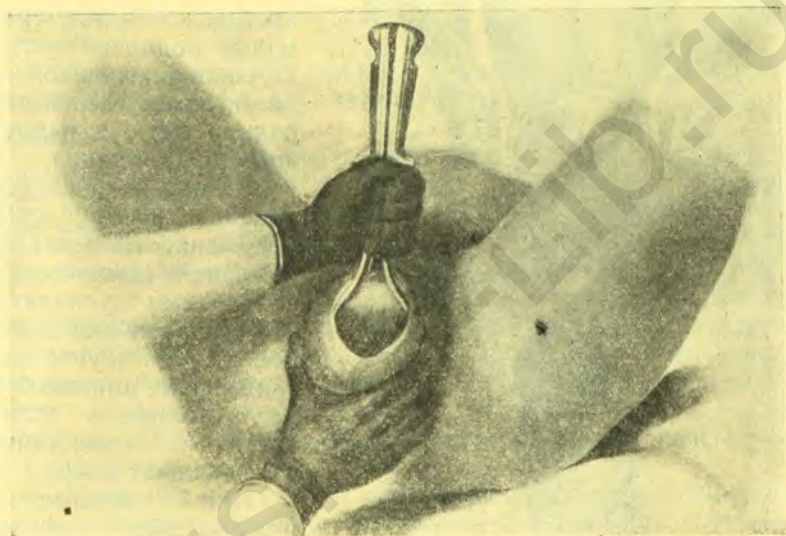


Рис. 36. Прорезывание головки в щипцах.

дымается кверху, и влечение производится в этом направлении. При прорезывании головки, промежность защищается помощником. Для выведения головки надо стать сбоку роженицы, а рукоятку лучше держать поперек, одной рукой (рис. 36).

5-й момент. Щипцы снимаются только после рождения головки: сперва снимается правая, а затем левая ложка. Извлечение плечиков и туловища плода производится обычным способом.

Так как наша роженица первородящая, то нам не удастся защитить промежность от разрыва, поэтому, при намечающемся разрыве, мы произведем одностороннюю эпизиотомию. После рождения последа—швы на края разреза.

Щипцы в затылочном положении. Стреловидный шов в правом косом размере

Случай 23. Гр. Ш. А., 2-ые роды, срочные. Первые прошли благополучно. Родовая деятельность началась 2 часа тому назад, одновременно произошел первый экламптический приступ. Схватки слабые. До вызова врача имело место 3 приступа. Таз

нормальный, сердцебиение плода ясно, слева, ниже пупка, 142; предлежит головка. Под легким наркозом—внутреннее исследование: головка в полости таза, вколочена. Небольшая родовая опухоль, полное открытие зева.

Стреловидный шов в правом косом размере; малый родничок—слева, спереди, большой не достигается. Имеем передний вид I затылочного предлежания.

В виду наличия условий (открытие зева, положение головки) и показаний (эклампсия), необходимо ускорить роды наложением щипцов. В этом случае наложение щипцов будет несколько отличаться от типических, изложенных выше.

При положении стреловидного шва в одном из косых размеров, щипцы (атипичные) накладываются в противоположном косом размере, в противном случае щипцы захватят головку в косом направлении, т.-е. неблагоприятно.

В данном случае щипцы накладываются в левом косом размере таза, т.-е. левая ложка—слева кзади, а правая—справа кпереди. Таким наложением щипцов плотно захватывают головку по наибольшей ее периферии, т.-е. в области теменных бугров. Первой вводится, как и всегда, левая ложка. Пальцы правой руки вводятся слева во влагалище и, слегка отдавливая промежность, левой рукой вводится левая ветвь щипцов влево кзади. В этом положении рукоятка фиксируется помощником. Правая ветвь вводится правой рукой в правую половину влагалища, как и при на-



Рис. 37. Щипцы в поперечном размере.

хождении стреловидного шва в прямом размере, но после введения ее и опускания рукоятки в горизонтальное положение, ложку продвигают кпереди, принаравливают ее к левой ложке («странствующая» ложка).

Таким образом, правая ложка при замыкании щипцов очутится справа кпереди. Тракции вначале надо производить книзу, до появления головки в полой щели, затем горизонтально, а при выведении—кверху. При тракции надо производить одновременно легкое вращение щипцов по продольной оси, обратно движению часовой стрелки, т.е. справа налево. По мере опускания головки книзу, стреловидный шов перейдет в прямой размер таза, и извлечение головки будет соответствовать нормальному механизму родов.

Во всем остальном извлечение головки при этом варианте наложения щипцов не отличается от типичных.

Щипцы в затылочном положении. Стреловидный шов в левом косом размере

Случай 24. Гр. Т. А., 26 лет, 1.е роды, срочные. Родовая деятельность, начавшаяся накануне, несколько ослабла. Врач вызван акушеркой, ввиду участвовавшего сердцебиения плода до 165 и начавшегося отхождения первородного кала. Состояние

роженицы хорошее; таз нормальный; предлежит головка. Сердцебиение плода справа, ниже пупка. Внутреннее исследование: зев открыт, головка в полости таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок—справа кпереди. Положение плода—передний вид II затылочного предлежания.

Изменения со стороны сердцебиения плода и отхождение мекония при черепном предлежании является признаком наступившей асфиксии. В интересах жизни плода необходимо быстро закончить роды. Нормальный таз, открытие зева и нахождение головки в полости таза допускают наложение щипцов. В данном случае стреловидный шов находится в левом косом размере, следовательно щипцы должны быть наложены в правом косом размере. При этом левая ложка («странствующая») расположится слева кпереди, а правая—справа кзади. Техника введения щипцов та же, что и в предыдущем случае, с той разницей, что левая ложка вводится слева сбоку и временно оставляется в этом положении. Правая вводится сразу справа кзади и в этом положении фиксируется, введенная же ранее левая ложка после этого передвигается кпереди до совпадения с правой ложкой. Щипцы замыкаются.

При тракциях книзу, надавливанием на правый крючок Буша стремятся ротировать щипцы по направлению часовой стрелки, т.е. слева направо, до совпадения стреловид-



ного шва с прямым размером выхода таза. Дальнейшее извлечение, как и при типичных щипцах.

Таким образом, наложение щипцов в косом размере таза отличается от типических тем, что во 1) щипцы располагаются в противоположном стреловидному шву косом размере таза; во 2) задняя ветвь вводится сразу на соответствующее место (фиксированная), а передняя—сначала вводится сбоку, а затем постепенно передвигается пальцами внутренней руки кпереди, до совпадения с задней ветвью (странствующая) и в 3) при первоначальных тракциях книзу производится одновременно ротация щипцов до совпадения стреловидного шва с прямым размером выхода таза.

Щипцы при низком поперечном стоянии головки

Случай 25. Гр. О. А., 25 лет, 1-е роды, срочные. Размеры таза 25:26:30. Conjug. exter. 18. Ромб Michaelis'a резко уплощен. Схватки начались за 2½ суток до вызова врача. Воды отошли за сутки до этого. Температура—37,7, пульс—100. Сила схваток за это время значительно ослабла. Сердцебиение—130—140. Зев открыт полностью. Головка вколочена в таз, стреловидный шов в поперечном размере полости таза, малый родничок—справа. Пузырь отсутствует. Отходят воды, окрашенные меконием.

Ввиду наличия плоского таза, ослабления родовых схваток, повышенной температуры и отхождения мекония, надо ускорить роды наложением щипцов.

Накладывание щипцов в этом случае должно несколько отличаться от предыдущих случаев, ибо головка опустилась в таз, не сделав внутреннего поворота, затылок остался обращенным вправо, а личико—влево. При накладывании щипцов в поперечном размере, ветви щипцов лягут на личико и затылочную область и ребенок получит тяжелые повреждения. Накладывание же щипцов в прямом размере невозможно, и понадобилось бы головку повернуть в щипцах на 90°. Кроме повреждения мягких родовых путей при таком повороте, легко, по выражению Г р у з д е в а, свернуть шею плоду.

Поэтому, при глубоком поперечном стоянии головки, щипцы накладываются в косом размере, а именно: при затылке, обращенном влево, щипцы накладываются в левом размере, а при затылке, обращенном, как в нашем случае, вправо—в правом косом размере.

Обе ветви щипцов вводятся сзади, сначала левая, которая в данном случае—странствующая. При помощи внутренних пальцев надо ее переместить по головной кривизне сзади влево и несколько кпереди. Затем вводится правая ложка—вправо кзади. Щипцы замыкаются. При тракциях

нужно произвести одновременно осторожный поворот головки. Когда щипцы окажутся в поперечном размере, головка совершит поворот на  $45^{\circ}$  и будет находиться в левом косом размере. Слегка расслабив рукоятки, переключаются ложки и захватывают головку снова в правом косом размере. При последующих тракциях и ротации головки, стреловидный шов станет в прямом, а щипцы будут находиться в поперечном размере. Дальнейшее течение извлечения—как при типичных щипцах.

При поперечном стоянии головки, но с затылком, обращенном влево, щипцы накладываются так же, как и в нашем случае, но симметрично противоположным образом.

Щипцы при заднем виде затылочного предлежания

Случай 26. Гр. К. Л., 29 лет. 3-и роды. Предыдущие роды без особенностей. Настоящие роды срочные. Вторичная слабость родовых потуг. Состояние плода внушает тревогу. Зев открыт полностью. Головка в

прямом размере выхода таза, затылок обращен кзади. Большой родничек за симфизом, недостижим.

Необходимо закончить роды наложением щипцов. Имеем случай заднего вида затылочного предлежания.

Накладывание щипцов, при заднем виде затылочного предлежания, ничем не отличается от того же при типичных щипцах, но с той разницей, что рукоятки щипцов не опускаются ниже горизонтали при замыкании ветвей, а остаются в несколько приподнятом положении. Этим достигается лучший захват головки ложками, так как верхушки ложек расположатся на нижней челюсти, а головная кривизна щипцов совпадает с теменными бутрами.

Тракции, в противовес щипцам при переднем виде, производятся к себе и кверху, до появления подзатылочной области у промежности. При дальнейших тракциях, рукоятки постепенно опускают книзу, и из под симфиза показывается лобик, личико и подбородок. Извлечение головки закончено.

В нашем случае не будет разрыва промежности, так как пациентка многорожавшая, с ослабленным тазовым дном. У первородящих же, при заднем виде затылочного предлежания, почти всегда получают разрывы промежности. Поэтому при этих щипцах надо обратить особое внимание на защиту промежности, а в случае надобности, произвести эпизиотомию.

Щипцы при лобном предлежании

Случай 27. Гр. С. И., 23 лет, 2-е роды, срочные. Предыдущие роды закончились деканитарией при запущенном поперечном положении. Роды в течение 4-х часов не продвигаются вперед; сердцебиение плода хорошо слышно—

126. Зев открыт, предлежит головка. Сагитальный шов в прямом размере выхода таза. Затылок обращен кзади. Малый родничок недоступен; большой прощупывается у выхода. Низкой точкой является лоб.

Имеем случай затянувшихся родов при лобном предлежании.

При этом неправильном вставлении головки, роды чрезвычайно затруднительны, так как головка проходит через таз в состоянии частичной дефлексии; прорезывание происходит прямым размером головки.

Так как весьма желательно получить живой плод, тем более, что у роженицы первые роды кончились неблагоприятно, а настоящие несколько затянулись, то необходимо ускорить родоразрешение щипцами.

Щипцы при лобном предлежании накладываются так, как при заднем виде затылочного предлежания. Тракции производятся к себе до рождения переносицы, после чего производятся рукояткой кверху: рождается лоб, темя и затылок. После этого производится обратное движение рукояткой резко книзу. Неподвижной точкой становится затылочный бугор у промежности, а из под симфиза прорезывается личико и подбородок.

Щипцы при лицевом предлежании

Случай 28. Гр. И. Р., 28 лет, 4-е роды, срочные. Предыдущие роды крупными детьми; последние двое погибли во время родов. Родовая деятельность началась накануне вечером. Два часа тому назад в половой щели показался носик плода. Незначительно суженный плоскорохитический таз ( $25:26\frac{1}{2}:30$ , Conjug. exter.  $17\frac{1}{2}$ ). Головка в тазу. Спинка справа, сердцебиение слева ниже пупка—126. Внутреннее исследование: в прямом размере выхода—личико; подбородок под симфизом.

Диагноз ясен: лицевое предлежание при подбородке, обращенном кпереди.

Как выше упоминали, роды при лицевых предлежаниях с подбородком, обращенным кзади, не могут произойти без уменьшения объема головки. В подобном случае можно сделать перфорацию и при живом плоде. При подбородке же, обращенном кпереди, самопроизвольные роды возможны, но при них смертность детей, по Бумму, приблизительно вчетверо больше ( $13\%$ ), чем при черепном предлежании, а матери наносятся большие повреждения. Так как у нашей роженицы предыдущие дети были крупные, то и в настоящем случае нужно ожидать крупный плод. Для получения живого плода, лучше наложить щипцы.

Щипцы при лицевых предлежаниях накладываются, как при затылочном предлежании, в поперечном размере выхода

таза так, чтобы верхушка их находилась у малого родничка. Головка захватывается от малого родничка, через теменные бугры, до подбородка. В нашем случае подбородок находится под симфизом, поэтому щипцы лягут у носа.

Тракции производятся рукояткой сверху, до рождения подбородка из-под симфиза, после чего щипцы осторожным движением переводят в согнутое к брюшной стенке матери положение и выводят через промежность личико, лобик, темя и затылок.

Несмотря на то, что наша пациентка многорожавшая, все же произойдет глубокий разрыв промежности, который необходимо зашить сейчас же после изгнания последа.

Операцию наложения щипцов при лобном предлежании нужно считать трудной и там, где это возможно, лучше заменить ее другой, более легкой, операцией (поворот при высоком стоянии головки).

#### Щипцы на последующую головку

Старые акушеры очень часто накладывали щипцы на последующую головку (при ягодичном предлежании), теперь же их применяют только изредка. Показанием к этой операции может служить ригидность шейки, если она так плотно обхватывает головку, что пальцы не могут проникнуть достаточно высоко.

Щипцы накладываются из-под туловища плода, для чего помощник за ножки отводит туловище плода к брюшной стенке матери. При стреловидном шве, находящемся в косом размере, щипцы накладываются в противоположном косом размере. Тракции производятся книзу, до появления затылочного бугра под симфизом, а затем сверху, выводя из-за промежности личико, лобик и темя.

Если попытка наложения щипцов на последующую головку не удалась, а плод погиб, надо перейти к перфорации.

#### Щипцы Гарнье

Выше мы упомянули, что высокие щипцы, т.е. щипцы на высоко стоящую подвижную головку, дают большой процент смертности детей (до 60%) и наносят тяжелые повреждения матери. Наложение высоких щипцов является операцией, доступной только акушеру с высокой техникой и в клинических условиях.

Для этой операции предложены были щипцы с особыми тракциями (Гарнье, Брейса и др.), т.е. щипцы, у которых под рукояткой имеется влекущий аппарат, подвижно связанный с ложкой щипцов. Благодаря этому, тракции возможно производить строго по направлению проводной линии таза.

Так как тазовая кривизна при высоких щипцах является препятствием как при накладывании, так и извлечении, то Киллянд предложил модель щипцов без тазовой кривизны, со скользящимся замком. Благодаря этому, щипцы Киллянда, при высоком поперечном стоянии стреловидного шва, могут быть наложены бипаритетально, т.е. в прямом размере входа.

Прогноз. Прогноз для матери при щипцах зависит от положения плода, при котором они накладываются. Наилучший прогноз дают щипцы, при затылочном предлежании, со стреловидным швом в прямом размере выхода таза («Zangengerecht»). Смертность матерей при щипцах в среднем равна 3-4%. Заболеваемость, по данным авторов, различна от 5,8% до 33,3%. Прогноз для матери находится в зависимости от тяжести осложнений, встречающихся при накладывании щипцов и при извлечении плода (разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности, лонного сочленения).

Прогноз для плода хуже. Смертность для них при щипцах равна 12-15%, а при высоких щипцах 50% и больше.

Повреждения плода при щипцах нередки и бывают как со стороны наружных покровов (ссадины, подтеки и др.), так и черепных костей (вдавления, переломы и т. п.). В результате этих последних бывают кровоизлияния в черепную полость, обычно заканчивающиеся смертью плода.

### 3. ВЫЖИМАНИЕ ПЛОДА

Выжимание плода по Кристеллеру

Случай 29. Гр. И. С., 35 лет, 12-е роды, срочные. Все предыдущие роды без особенностей. Родовая деятельность началась накануне. Воды отошли утром. Головка показалась в половой щели 3 часа тому назад и далее не продвинулась. Родовые потуги слабы, изредка.

Инъекция питуитрина заметного влияния на родовой акт не оказала.

Имеем случай вторичной слабости родовых болей в периоде изгнания.

В подобном случае роды могут быть закончены щипцами. Однако, принимая во внимание, что роженица имела 11 родов без каких-либо особенностей, нужно полагать, что и эти роды благополучно закончатся, если усилить *vis à tergo*, т.е. произвести выжимание плода.

Под выжиманием плода (*Expressio foetus*) подразумевается выведение плода давлением на дно матки со стороны брюшной стенки. Операция эта, применяемая и в народной медицине, была научно разработана впервые

Кристаллером, поэтому и носит его имя. Некоторые авторы (Феноменов и др.), не считают ее самостоятельной операцией и рассматривают ее как вспомогательное средство при физиологических родах или при оперативном их окончании. Большинство же авторов в настоящее время рассматривают выжимание плода как самостоятельную операцию, помощью которой можно закончить роды.

Показаниями для этой операции являются:

1. Недостаточность работы брюшного пресса в периоде изгнания (вторичная слабость родовых болей);
2. Чрезмерно большой плод;
3. Как вспомогательная операция при оперативном удалении плода.

Слабость работы брюшного пресса в периоде, когда продвижение предлежащей части зависит, главным образом, от сократительной способности брюшных мышц, может вызвать остановку родового акта со всеми последствиями для матери и плода. В этих случаях способом Кристаллера роды могут быть быстро закончены.

Недостаточность работы брюшного пресса может быть и относительной, а именно: при неблагоприятных вставлениях головки, нормальная работа брюшного пресса может быть недостаточной для проведения головки через полость таза. Выжимание увеличит давление брюшного пресса и матки на плод, и роды могут быть закончены без необходимости прибегнуть к другим оперативным пособиям. По данным клиники Винтера, выжиманием плода за 23 года были закончены роды в 134 случаях: в 129 сл. при затылочном, в 3 сл. при теменном и в 2 сл. при лобном предлежании. Из них в 32 сл. вес плода был свыше 3500 гр.

В некоторых случаях оперативного пособия при родах извлечение плода бывает весьма затруднено, напр.: извлечение плода за паховые сгибы при чистых ягодичных предлежаниях. В этих случаях выжимание плода со стороны брюшной стенки, производимое помощником, может значительно облегчить операцию.

Условия. Выжимание плода по Кристаллеру может дать положительный результат только в том случае, если имеются соответствующие условия для окончания родов:

1. Полное открытие зева;
2. Отсутствие сужений таза и влагалища;
3. Продольное положение плода;
4. Тонкость брюшных стенок и отсутствие сильного напряжения их—при применении операции без наркоза.

Техника. Операцию лучше всего производить под легким хлороформным наркозом, особенно у весьма чув-

ствительных к давлению рожениц. Оператор становится слева роженицы, лицом к ее ногам. Матка приводится в срединное положение и, после легкого массажа ее, приступают к выжиманию. С этой целью оператор кладет обе руки плашмя на живот роженицы в области дна матки так, чтобы большие пальцы лежали на передней, а остальные— на боковой поверхности матки, и производит сильное давление на дно, по направлению оси таза (рис. 38). Давление



Рис. 38. Выжимание плода по Кристеллеру.

должно соответствовать физиологическим потугам: каждое давление должно постепенно усиливаться и также ослабевать; между каждым давлением—пауза в 1—3 минуты; продолжительность давления—5—8 секунд. Если 20—30 давлений не дали положительного результата, то от выжимания по Кристеллеру надо отказаться и прибегнуть к другим методам родоразрешения.

У перворожениц с упругим тазовым дном эпизиотомия может облегчить выжимание плода. При правильном его применении, повреждение плода или преждевременной отслойки последа не наблюдается.

В нашем случае выжимание плода можно произвести без наркоза, так как брюшная стенка роженицы слабо развита и непосредственно под пальцами прощупывается матка.

Несколько давлений на дно матки—и роды благополучно закончатся.

## II. РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С УМЕНЬШЕНИЕМ РАЗМЕРОВ ПЛОДА

### 1. КРАНИОТОМИЯ

Выше мы изложили операцию искусственного прерывания беременности (аборт), при которой незрелый плод удаляется из полости матки, чаще всего по частям, вследствие отсутствия родовой деятельности и достаточного раскрытия шейки матки. Но в акушерстве встречаются случаи, когда прибегают к уменьшению размеров зрелого доношенного плода из-за невозможности удалить его через естественные родовые пути, вследствие узости их, несоответствия размеров плода с размерами таза. Эта—так называемая группа плодоразрушающих операций: краниотомия, эмбриотомия, спондилотомия, клейдотомия и брахиотомия.

Под краниотомией (*Craniotomy*) подразумевается операция, помощью которой удаляется через естественные пути плод с уменьшенными размерами головки. Операция эта может быть произведена на мертвом или живом плоде. На мертвом плоде краниотомия может быть произведена как в случаях, требующих врачебного вмешательства, так и в случаях, когда роженице не грозит никакая опасность, и операция производится с целью освободить ее от излишних мучений родового акта.

Вопрос обстоит иначе с краниотомией на живом плоде. В этом случае операцию можно произвести только при жизненных показаниях для матери, когда нет никакой другой возможности окончить родоразрешение без риска нанести матери тяжелые повреждения.

В условиях клинической деятельности краниотомия на живом плоде—редкая операция, но в условиях районной практики может иногда встретиться необходимость к ее производству. При этом врачом должны быть учтены все условия, должна отсутствовать возможность безопасной доставки роженицы в больницу для кесарского сечения, и должны быть правильно поставлены показания к операции перфорации. Только в этом случае, как крайняя необходимость, разрешается производство краниотомии на живом плоде.

Краниотомия состоит из двух операций: перфорации и краниоклазии.



Случай 30. Гр. А. Ц., 23 лет, 3-и роды. Истощенная женщина, правильного телосложения, с равномерно-суженным тазом (размеры таза—23:27:29:17,5). Предыдущие роды окончились щипцами. Настоящие роды срочные, начались 2 дня назад; воды отошли накануне. Схватки сильные и продолжительные. Матка сильно сокращается при всяком прикосновении. Положение плода продольное, сердцебиение не выслушивается. Пузыря нет. Маточный зев полностью раскрыт. Предлежит вколоченная во вход головка. Большая головная опухоль; малый родничек слева спереди.

Продолжительная сильная родовая деятельность, при неподвигающейся вперед головке, может вызвать сильное истончение стенок матки в нижнем сегменте и повести к разрыву ее. Поэтому необходимо ускорить родоразрешение. В нашем случае препятствием для родов явился равномерно-суженный таз, что при живом плоде служит показанием к производству абдоминального кесарского сечения. При мертвом же плоде нет смысла подвергать роженицу опасностям этой операции, поэтому нужно окончить родоразрешение уменьшением объема головки, т. е. произвести перфорацию.

Под перфорацией (*Perforatio capitis*) подразумевается операция, помощью которой продырявливают (пробуравливают, трепанируют) головку плода для удаления из полости черепа головного мозга и, тем самым, уменьшения размеров головки.

Показаниями для этой операции, при мертвом плоде, могут служить:

1. Затянувшиеся роды. Длительное ожидание самостоятельных родов сопряжено с опасностью для матери (инфекция, фистула), поэтому, если диагностирована смерть плода, можно немедленно произвести перфорацию головки. Перфорация головки показана, как изложено выше, при мертвом плоде и без специальных показаний. В этом случае мы освобождаем роженицу как от родовых мук, так и от возможных повреждений мягких родовых путей при рождении неуменьшенного плода (особенно у первородящих).

2. Нарушения в состоянии здоровья матери, как напр.: эклампсия и преэкламтические состояния, тяжелые внутриматочные инфекции, кровотечения, предлежание плаценты, заболевание легких, сердца.

3. Узкий таз, при *conj. vera* не ниже 7 см. При больших степенях сужения, рождение плода, даже при уменьшенной головке, невозможно. К этой же группе отно-

сится несоответствие размеров головки с тазом (чрезмерно большой плод).

4. Неправильные вставления головки—теменные, лобные, лицевые и др. предлежания.

5. Опухоли малого таза, препятствующие продвижению головки вперед.

Показания при живом плоде. В условиях больницы работы акушеру, обладающему оперативной техникой, допускается производство перфорации живого плода, лишь при отказе роженицы подвергнуться абдоминальному кесарскому сечению. В условиях же работы районного врача показаниями могут служить:

а) узкий таз, при *conjug. vera* не ниже 7 см.

б) опухоли гениталий, препятствующие продвижению головки;

в) гидроцефалия.

Во всех этих случаях родоразрешение через естественные пути, даже при сильной родовой деятельности, не может произойти самостоятельно. По мере затягивания родового акта, нижний сегмент матки истончается и подвергается опасности разрыва. В интересах матери надо пожертвовать плодом, уменьшить объем его головки и закончить роды;

г) последующую головку, если не удастся вывести ни одним из предложенных способов, также необходимо перфорировать, ибо длительные попытки извлечения приводят к повреждению мягких родовых путей, а плод погибает от асфиксии.

Условия для производства операции перфорации:

а) положение плода должно быть продольное;

б) маточный зев должен быть раскрыт не менее, чем на 3 пальца, так как, при меньшем открытии, операцию произвести невозможно;

в) пузырь должен быть разорван;

г) таз не должен быть абсолютно сужен.

Техника. Для производства операции перфорации предложены различные инструменты (перфораторы), цель которых перфорировать головку. Некоторые из них имеют характер трепана (трепановидный перфоратор), другие—ножниц (ножницеvidный перфоратор), а третьи—копья (копьевидный перфоратор). Из них наиболее употребительным является ножницеvidный перфоратор Негеля, устройство которого ясно из прилагаемого рисунка № 39. Вообще же перфорацию можно произвести, в случае отсутствия специального инструмента, любым острым инструментом (нож, ножницы и пр.).

Техника операции несложна: больная укладывается на поперечную кровать или у края стола; дезинфекция наружных половых органов; спринцевание влагалища каким-либо

слабым антисептическим раствором. Со стороны брюшной стенки помощник двумя руками фиксирует головку плода во входе таза. Оператор вводит во влагалище два пальца левой руки, а правой рукой, захватив перфоратор как кинжал, проводит его под руководством внутренних пальцев к головке.

Введенные во влагалище пальцы должны следить, чтобы острие перфоратора не поранило стенки влагалища или края маточного зева и чтобы перфоратор касался головки перпендикулярно, а не касательно; в противном случае возможно соскальзывание острия перфоратора с головки и ранение мягких частей и костного таза.

Перфорировать головку легче в области родничка или швов; при их недоступности перфорационное отверстие производится в наиболее близлежащей части черепа. При лицевых и лобных предлежаниях, прободение головки лучше производить в области лба. Приставив острие перфоратора к соответствующей точке черепа, оператор коротким и небольшой силы движением перфорирует головку и вводит в произведенное отверстие конец перфоратора до тупого его края (2—2½ см); сжатием рукоятки, края ветвей перфоратора расходятся и расширяют перфорационное отверстие. Затем перфоратор закрывают, поворачивают на 90° и вновь

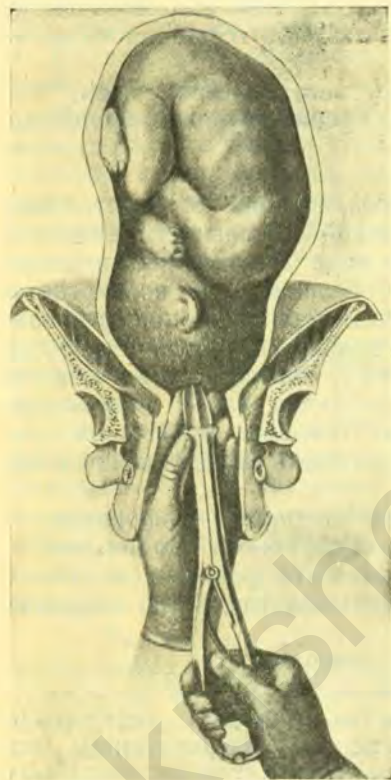


Рис. 39. Перфорация головки перфоратором Негеле.

открывают его для большего расширения перфорационного отверстия. Перфоратор удаляется в закрытом виде.

Некоторые авторы считают необходимым после перфорации произвести и эксцеребрацию. С этой целью вводят через перфорационное отверстие большую хирургическую ложку или акушерскую петлю и вычерпывают весь головной мозг, по возможности уничтожая и продолговатый мозг. Последнее особенно рекомендуется при перфорации живого

плода, чтобы ребенок после рождения с изуродованной головкой не проявлял признаков жизни. По этой же причине предлагают перфорированного ребенка тотчас по рождении окунуть в ведро с водой.

В нашем случае перфорацию произведем несколько отличным от изложенного выше способом: после соответствующих приготовлений, обнажаем влагалище зеркалом и подъемником и, ввиду низкого расположения головки, перфорацию производим не под контролем пальцев, а под контролем зрения (по Феноменову). Кожу головки захватываем музейскими щипцами и перфорируем фиксированную таким способом головку. Эксцеребрацию производить нет



Рис. 40: Краниокласт Брауна.

надобности, так как благодаря хорошей сократительной деятельности головка быстро продвинется вперед, выжимая все содержащее через перфорационное отверстие.

Перфорация  
последующей  
головки

Случай 31. Гр. А. Н., 35 лет. 9-е роды, срочные. Все предыдущие роды без особенностей. Настоящие роды начались 4 часа т. н., при хорошей родовой деятельности. Ребенок шел тазовым концом, но застряла головка, которую акушерке извлечь не удалось.

Наружное исследование: над симфизом прощупывается у входа в таз объемистая часть, доходящая до пупка, которая оказалась головкой вместе с последом.

Диагноз ясен: имеем случай гидроцефалии. Извлечение головки возможно произвести только после ее уменьшения, т.е. после перфорации.

Перфорация последующей головки технически более трудная операция, чем при подлежащей головке. При ней

кости черепа бывают расположены высоко и менее доступны для перфорации.

Техника операции: помощник сильно низводит плод за ножки (при обращенной кпереди затылочной кости); оператор вводит перфоратор под защитой пальцев левой руки внутрь и вверх до заднего края *musc. sternocleidomastoideus*. Отсюда производится перфорационное отверстие через основание черепа. При последующих потягиваниях плода за туловище, мозг и жидкость (при гидроцефалии) будут вытекать самопроизвольно, и головка опустится в таз. При заднем виде последующей головки, перфорация производится со стороны промежности, при приподнятом верху туловище плода.

В нашем случае перфорация может быть произведена по изложенному способу без каких либо осложнений. После перфорации вытечет большое количество жидкости, кости черепа спадут, объем головки резко уменьшится. Потягиванием за туловище головка легко будет выведена.

#### Краниоклазия

Случай 32. Гр. Г. В., 36 лет, 6-е роды, срочные. Врач вызван из-за прекратившейся родовой деятельности. Таз нормальный; головка вколочена. Маточный зев открыт; во

влагалище петля непульсирующей пуповины. Схватки почти прекратились.

Диагноз: вторичная слабость родовых болей. Плод погиб благодаря прижатию пуповины головкой. Терапия: перфорация и извлечение плода.

В данном случае ограничиться одной перфорацией нельзя, ибо родовая деятельность остановилась и плод не продвигается. При живом плоде родоразрешение надо было бы произвести щипцами, но при мертвом—показана перфорация с краниоклазией.

Краниоклазией (*Cranioclasia*) называется операция, при которой извлекается специальным инструментом перфорированная головка плода (рис. 40). Операцию эту обычно производят после перфорации только в тех случаях, когда родовые потуги слабы, и роды не могут произойти в короткий срок после перфорации; ее производят также после перфорации высокой головки.

Условия для краниоклазии те же, что и при перфорации, так как нет смысла производить перфорацию, если после нея плод не может быть удален.

Техника. Для краниоклазии чаще всего пользуются краниокластом Брауна, состоящим из двух ветвей (левой, массивной, и правой, окончатой) и замка.

Левая ветвь краниокласта, под защитой введенных во влагалище пальцев левой руки, вводится в перфорационное

отверстие до основания черепа (рис. 41). Рукоятка этой ветви передается для удержания помощнику. Правая, окончатая ветвь вводится, как ложка щипцов, со стороны промежности, с изогнутостью, соответствующей кривизне проводной линии таза, и накладывается на наружную поверхность головки, лучше на личико (рис. 42). Прежде чем замкнуть ветви, проверяют, не захвачены ли в краниокласт мягкие ткани



Рис. 41. Введение внутренней (левой) branши в перфорационное отверстие.



Рис. 42. Накладывание наружной (правой) branши.

матери, и затем замыкают щипцы. Обе рукоятки краниокласта свинчиваются винтом до отказа, делают пробную тракцию, во время которой проверяют, следует ли головка за краниокластом, и приступают к извлечению (рис. 43). Тракции производятся по проводной линии таза, как и при щипцах: при головке у входа таза—книзу, а по мере опускания головки в таз—к себе и кверху до полного извлечения головки. Рукоятку краниокласта держат правой рукой, а левой контролируют поступательные движения го-

ловки (рис. 44). При намечающемся отрыве ущемленных в краниокласт костей черепа, разомкнув инструмент, перемещают ложки краниокласта на другую часть черепа. Перемещение ложек не представляет опасностей: наружная производится под контролем введенной руки, а внутренняя может свободно поворачиваться во все стороны, приспосабливаясь к наружной.

Извлечение головки краниокластом можно производить

и при неполном открытии зева. Извлекаемая краниокластом головка, по своей грушевидной форме и действию, напоминает метрейринтер: по мере тракций, расширяет наружный зев достаточно, чтобы извлечь плод. Тракции должны производиться в промежутках между потугами; извлечение плода не должно сопровождаться повреждением мягких тканей родового канала.

В нашем случае, после перфорации, извлечение плода краниокластом не будет представлять особых затруднений, тем более, что женщина многорожавшая.

Для краниотомии Цвайфель предложил свой инструмент—краниотриб. Это трехстворчатый инструмент, соединяющий в себе краниокласт с перфоратором (средняя ложка). Благодаря своей массивности, краниотриб разожмет головку и этим сделает возможным удаление плода при небольшой истинной конъюгате.



Рис. 43. Замыкание краниокласта.

Прогноз при краниотомии зависит от времени производства, техники оператора и, следовательно, осложнений, которые могут быть при этой операции.

Зависимость прогноза от времени производства краниотомии хорошо формулировано Штеккелем: «Слишком поздно» здесь еще хуже, чем «слишком рано». «Слишком поздно»—означает потерю ребенка и матери. «Слишком рано»—это иногда бесполезное принесение ребенка в жертву. Чем позднее сделана операция, тем больше возможных

осложнений и повреждений родовых путей матери и, следовательно, тем хуже прогноз.

Что касается осложнений, то при краниотомии бывают:

1. Повреждения от соскальзывания перфоратора. Это осложнение чаще бывает при перфорации высокой, подвижной головки. Ее фиксация помощником снаружи может значительно уменьшить опасность. Описаны случаи повреждения перфоратором влагалища, мочевого пузыря, матки, кишечника и даже крестцовой кости.

2. Повреждения при краниоклазии бывают при накладывании щипцов (ущемление мягких тканей между ветвями) и при извлечении головки. Если тракции производятся порывисто, с применением большой силы, то краниокласт может оторвать отдельные кости черепа и, при выскальзывании, острыми краями их поранить стенки влагалища. Этих повреждений можно избежать при оперировании без спешки, под постоянным контролем введенной во влагалище руки.



Рис. 44. Извлечение головки краниокластом.

По данным клиники Винтера на 89 краниотомий:

Материнская смертность от операции—1,2%.

Материнская заболеваемость—17,8%.

Осложнения:

Разрывы промежности—11 сл.

Разрывы влагалища—4 сл.

Ректо-вагинальная фистула—1 сл.

Пузырно-вагинальная фистула—1 сл.



## 2. ЭМБРИОТОМИЯ

Под эмбриотомией (*Embryotomia*) мы подразумеваем группу плодоразрушающих операций, производимых на туловище, в том числе и на шее плода, а именно: декапитация, экзентерация, спондилотомия, брахиотомия и клейдотомия. Задачей всех этих операций является удаление уменьшенного в размерах плода через естественные родовые пути. Из них только операция декапитации (отделение головки от туловища) может быть проведена по определенному плану, почему она и называется типичной, а остальные—атипичными операциями.

### Декапитация

Случай 33. Гр. К. И., 28 лет, многорожавшая. Роды срочные, наступили накануне во время работы по двору. Внезапно отошли воды и выпала ручка. Схватки были все время сильные. Вызванная повитуха с помощью соседок усиленно тянула за ручку. Наутро на телеге доставлена в больницу.

При осмотре: схватки частые, сильные. Матка напряжена и болезненна. Выпавшая ручка—правая, отечна, синебагрового цвета. Сердцебиение плода не слышно. Головка у левого пахового ггиба.

Диагноз: запущенное I поперечное положение.

При запущенном поперечном положении матка находится в напряженном состоянии, часто тетанически сокращена. Нижний сегмент чрезмерно растянут; всякая попытка произвести поворот и извлечение плода может повести к разрыву матки. Плод может быть удален только эмбриотомией, чаще всего декапитацией.

Декапитацией (*Decapitatio*) называется внутриутробное отделение головки от туловища плода.

Показанием к ней является преимущественно запущенное поперечное положение.

Условия. Для декапитации необходимо, чтобы пузырь был разорван, а таз не был абсолютно сужен. При абсолютном сужении таза (истинная конъюгата ниже  $6\frac{1}{2}$  см) плод может быть удален только абдоминальным кесарским сечением, поэтому декапитация не поможет извлечению.

При запущенном поперечном положении плод всегда бывает мертв, но если он даже подает слабые признаки жизни, то все же нет надобности подвергать мать опасности поворота, ибо плод все равно погибнет во время операции.

Техника. Для декапитации пользуются декапитационным крючком Брауна, состоящим из металлического стержня, длиной около 25 см, один конец которого снабжен поперечной мощной рукояткой, а другой конец изогнут под

острым углом; загнутая часть уплощена и снабжена пуговкой.

Запущенные поперечные положения часто сопровождаются выпадением ручки, которая при производстве операции оказывает большую помощь тем, что, благодаря ей, имеется возможность *ad maximum* подтянуть книзу туловище плода и тем сделать шейку доступной. Удаление ручки вначале операции является технической ошибкой.

Оператор передает выпавшую ручку помощнику, который оттягивает ее сильно в сторону ягодиц плода. Во влагалище вводится при первой позиции (головка слева) правая рука, а при второй — левая рука, которая обхватывает шейку плода так, что спереди ее располагается большой палец, а сзади сверху — указательный и средний пальцы. Шейка сильно подтягивается пальцами книзу. Крючок вводится противоположной рукой и надевается на шейку настолько плотно, чтобы пуговчатое утолщение, направленное кзади, врезалось в мягкие части шейки и достигло позвоночника (рис. 45).



Рис. 45. Накладывание декапитационного крючка.

Крючок с силой вращают несколько раз вдоль продольной оси и тем вызывают перелом позвоночника. Головка остается в связи с туловищем благодаря коже, которая разрезается крепкими ножницами Зибольда. Рассечение мягких частей лучше производить при сильном подтягивании шеи к выходу таза под контролем зрения (рис. 46 и 47).

После отделения головки от туловища, последнее извлекается за выпавшую ручку, а головку удаляют или щипцами или чаще указательным пальцем, введенным в ротик (рис. 48 и 49). Если таким способом не удается извлечь головку, производят перфорацию и краниоэклазию.

Вся операция производится под глубоким наркозом.

В нашем случае, ручка должна оттягиваться в правую сторону матери. Внутренняя рука должна быть правой, а крючок вводится левой рукой.



Рис. 46. Раз'единение шейных позвонков декапитационным крючком.

Некоторые авторы вводят предпочтительно левую руку с тем, чтобы правой, как более сильной, переламливать шейку. Особых трудностей извлечение туловища и головки в отдельности не представит.

Осложнения. Назначение внутренней руки оператора — фиксировать, насколько возможно, шею, чтобы при вращении крючка головка не вращалась. В противном случае может произойти разрыв в нижнем сегменте матки со всеми своими тяжелыми последствиями.

Если рассечение мягких частей шеи производится высоко, могут быть повреждены мягкие части матери. Во избежание этого, как манипуляции крючком, так и ножницами, должны производиться под контролем и защитой ладонной поверхности пальцев внутренней руки.

#### Экзентерация

Случай 34. Гр. Д. А., 38 лет, повторно-родящая. Запущенное поперечное положение. Во входе таза фиксирована боковая поверхность грудной клетки. Справа высоко—подмышечная впадина. Шейка недостижима.

В данном случае декапитацию сделать нам не удастся, так как шейка расположена очень высоко и проникнуть к ней без насилия невозможно. Для удаления плода (уже мертвого) необходимо проникнуть через прилегающую грудную полость—в брюшную, опорожнить содержимое этих полостей и удалить плод в сложенном виде ( *conduplicatio corpore* ), т.е. произвести операцию экзентерации.

Экзентерация ( *Exenteratio* ) производится при запущенном поперечном положении, когда нет возможности произвести декапитацию.

Техника производства экзентерации зависит от каждого данного случая, поэтому она считается атипичной операцией. Операция производится всегда под глубоким наркозом.

В нашем случае ход операции будет следующий: во влагалище вводится левая полурука до прилежащей стенки грудной полости. Вдоль ладонной поверхности этой руки сначала вводим перфоратор, которым проделываем отверстие в межреберном промежутке, а затем крепкие ножницы Зибольда, которыми, по возможности, увеличиваем проделанное отверстие. Через нее удаляем содержимое грудной полости, а затем, после прободения диафрагмы, и содержимое брюшной полости, главным образом, печень.

Туловище, опорожненное от внутренних органов, при подтягивании крючком за позвоночник, складывается вдвое и извлекается наружу.

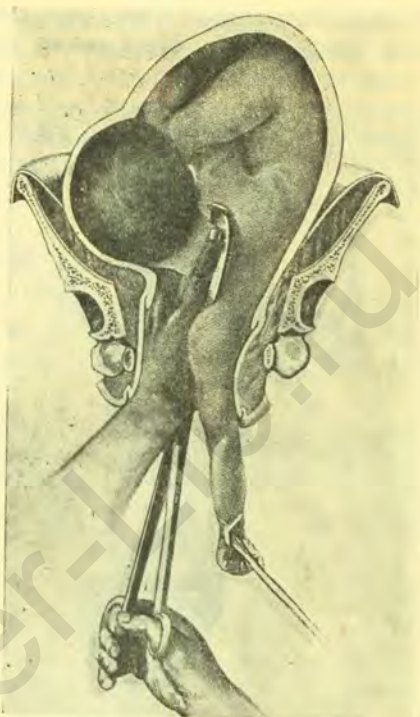


Рис. 47. Декапитация ножницами Зибольда.

#### Спондилотомия

Если, после опорожнения грудной и брюшной полостей, туловище плода не складывается вдвое, как изложено выше, то приходится рассечь позвоночник в наиболее доступном для этого месте, т.-е. произвести спондилотомию (Spondylotomia). С этой целью зибольдовскими ножницами, под защитой пальцев внутренней руки, разрезают связки между позвонками и раз'единяют одну часть позвоночника от другой (рис. 50). Операция эта может быть произведена и как самостоятельная, т.-е. до экзентерации. В таком виде она производится, когда наиболее доступной частью туловища является позвоночник. После спондилотомии вскрывают туловище, опорожняют внутренности и удаляют туловище двумя частями или в сложенном вдвое виде. Операция производится в глубоком наркозе.

### Брахиотомия

Выше мы отметили, что удаление выпавшей ручки, при запущенном поперечном положении, техническая погрешность, так как ручка значительно облегчает подтягивание подлежащей части плода книзу. Но бывают случаи, когда выпавшая ручка



Рис. 48. Извлечение туловища после декапитации.

настолько отекает, что заполняет собою все влагалище и закрывает доступ к туловищу плода. В этих случаях единственной возможностью проникнуть рукой к плоду является экзартикуляция ручки в плечевом суставе, т.-е. производство брахиотомии (Brachiotomia).

Выпавшая ручка имеет столь большое значение при операции декапитации, экзентерации и др., что некоторые авторы предпочитают открыть доступ к плоду кровавым расширением влагалища, т.-е. эпизиотомией, чем брахиотомией. Эту последнюю производят в исключительных случаях.

Техника брахиотомии несложна: помощник *ad maximum* низводит выпавшую ручку, а оператор, под контролем зрения, ножницами циркулярно разрезает мягкие ткани в области плече-

вого сустава, а затем вскрывает и сустав.

При последующей операции, на кожаную манжетку накладываются мюезевские щипцы, и ими низводится туловище книзу.

### Клейдотомия

При значительном сужении таза может случиться, что удастся извлечь головку после ее перфорации, плечики же встретят сопротивление. Также бывает затруднительно выводить плечики гигантского плода. В этих случаях плечики можно вывести благодаря одно- или двустороннему рассечению ключицы.

Операция клейдотомии (Kleidotomia), т.-е. рассечение ключицы, технически несложна: под контролем введенной во влагалище полуруки, по ладонной поверхности ее,

проводят внутрь крепкие ножницы с закругленными концами и перерезывают ключицу. Плечевой пояс спадает, и плечики удается провести через таз.

Нами клейдотомия была применена с хорошим результатом при торакопагусе: после извлечения щипцами одной головки урода, другая уперлась во вход таза и препятствовала извлечению туловища. После клейдотомии внутренняя головка отошла, и плод удалось извлечь (вторая головка родилась одновременно с нижней частью туловища).

### III. КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

Под кесарским сечением подразумевают операцию, при которой производится разрез матки и через образованное отверстие извлекается плод. При производстве этой операции со стороны брюшной стенки, она называется абдоминальным кесарским сечением, а при производстве со стороны влагалища — влагалищным кесарским сечением.

Абдоминальное кесарское сечение было известно врачам глубокой древности. Сам Эскулап, по данным мифологии, был извлечен кесарским сечением после смерти матери. Таким же образом были рождены и некоторые другие исторические личности. Но в древности операция эта производилась только на мертвой.

Кесарское сечение на живой впервые бесспорно произведено Траутманом в 1610 г. в роддоме, в Витенберге, у жены бочара с удовлетворительным результатом. Начиная с этого времени, операция эта неоднократно производилась в разных странах, но с печальными результатами. Со времени введения в акушерство антисептики и асептики,



Рис. 49. Извлечение головки после декапитации.

страх врачей перед колоссальной смертностью при этой операции постепенно исчез, и операция получила широкое распространение.

Если в доапельтическое время кесарское сечение производилось по абсолютным показаниям, т.е. когда роды через естественные пути не могли произойти, то в настоящее время операция производится и по относительным показаниям, т.е. когда родоразрешение может произойти через естественные пути, но с опасностью для плода или матери.

Классическое  
кесарское  
сечение

Случай 35. Гр. В. И., 21 года, 1-е роды, срочные. Маленькая женщина, с сильным искривлением нижних конечностей. Ромб Михаэлиса треугольный. Размер таза—25:24:30:15. Головка над тазом, баллотирует.

Сердцебиение—132. Зев сглажен, открытие— $3\frac{1}{2}$  пальца, родовая деятельность сильная. Пузырь цел.

Диагноз: абсолютно узкий таз.

Случай 36. Гр. З. Р., 23 лет, первородящая. Роды срочные, схватки начались накануне. Имела 4 приступа эклампсии.

В бессознательном состоянии; лицо одутловато. Сильные отеки ног. Таз нормальный. Сердцебиение—126. Шейка не вполне сглажена, пропускает 2 пальца. Пузырь цел. Переднее теменное вставление.

Диагноз: эклампсия.

В первом из этих случаев имеем дело с абсолютно узким тазом, при котором роды через таз, даже в уменьшенном размере, не могут произойти. Здесь роды могут быть закончены только абдоминальным кесарским сечением. Во втором же случае, если решить ускорить родоразрешение, можно прибегнуть к различным способам: кровавому и некровавому расширению шейки матки, с

последующим извлечением (поворот или щипцы), влагалищному или абдоминальному кесарскому сечению и др.



Рис. 50. Спондилотомия.

Таким образом, для абдоминального кесарского сечения в настоящем случае имеется, так назыв., относительное показание.

Показания. Из изложенного выше понятно, что показания для кесарского сечения могут быть абсолютными и относительными.

К абсолютным показаниям относится абсолютное сужение таза. По различным авторам понятие абсолютно узкого таза различно: некоторые считают за абсолютное сужение при общесуженном тазе с *conj. vera* в 6,0 см. (Пальмов), по другим в 5 см. (Штеккель).

Относительные показания:

1. Узкий таз является частым показанием для кесарского сечения. Хотя различные авторы все еще стремятся это понятие ввести в строгие анатомические рамки, но в последнее время в него вкладывается функциональное содержание. При этом и вполне нормальный таз можно считать узким, если плод чрезмерно большой и без уменьшения размеров не может пройти через костный канал. В каждом случае вопрос об «узком» тазе решается в зависимости от размеров таза, размеров головки плода, плотности костей черепа и наклоны их к конфигурации.

При узком (не абсолютно) тазе, родоразрешение может быть закончено и через естественные пути, но с уменьшением объема головки (перфорация) и, следов., интересы плода не будут приняты во внимание. При желании спасти и плод—показано кесарское сечение.

2. Эклампсия часто служит также относительным показанием для абдоминального кесарского сечения. При ее производстве нужно особенно тщательно решать вопрос о жизни плода и о доношенности его, так как в этом случае операция производится с целью получить живой и жизнеспособный плод. Но нужно иметь ввиду, что при эклампсии не всегда удается легко уловить признаки жизни utробного плода, и нередки случаи, когда сердцебиение не выслушивается, а плод рождается живым. При длительно протекающей эклампсии, с многочисленными приступами и непроходящим цианозом, жизнеспособность плода весьма сомнительна. Эклампсия может служить показанием к кесарскому сечению и исключительно в интересах матери, если быстрое родоразрешение невозможно иным путем.

3. Предлежание последа, особенно при центральном его прикреплении, нередко также служит показанием к этой операции. Некоторые авторы категорически высказываются против искусственного расширения канала шейки матки для извлечения плода при нем, на том основании, что область прикреплении последа бывает гистологически изменена



и подвержена разрывам; кесарское сечение в этих случаях является более бережной и безопасной операцией для матери. Смертность плода, при предлежании последа, равная при повороте 80—90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а при метрейризе—30—40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при кесарском сечении падает до 3,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а у некоторых авторов при нем и материнская и детская смертность равна 0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

4. Опухоли малого таза, служащие препятствием к удалению плода через влагалище. При производстве кесарского сечения по этому показанию должна быть удалена и опухоль.

5. Выпадение пуповины, дающее большой процент смертности при повороте, при кесарском сечении дает 0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности плода.

6. Привычная смерть плода к моменту родов, преждевременное отделение последа и др. моменты также могут служить показанием к кесарскому сечению.

Асептика и развитие оперативной техники сделали кесарское сечение почти безопасной операцией, что и повело к расширению показаний при ней. В связи с этим иногда наблюдается увлечение кесарским сечением, и его производство по показаниям не медицинского порядка (нежелание роженицы перенести родовые боли и т. п.). Считаю нужным отметить, что кесарское сечение должно быть произведено только по медицинским показаниям и то в случае, если другие методы родоразрешения будут более опасными для плода и в особенности для матери.

Все виды кесарского сечения могут быть разделены, по Кипарскому, на три группы. В первую группу войдут все разновидности кесарского сечения со вскрытием брюшной полости, так назыв. интраперитонеальные методы (классическое кесарское сечение и его модификации). Во вторую группу—те методы, при которых брюшина хотя и вскрывается, но с последующим обособлением брюшной полости до вскрытия матки, с целью предохранения ее от попадания содержимого плодного яйца (трансперитонеальное кесарское сечение). В третью группу—методы кесарского сечения без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальное к. с.). К числу их относится и вагинальное кесарское сечение.

Для каждой из этих групп кесарского сечения требуются соответствующие условия для производства операции.

Условия. Кесарское сечение лучше всего производить при начавшейся родовой деятельности, так как при этом опорожненная матка быстро сокращается, и уменьшается опасность атонического кровотечения, и, кроме того, в послеродовом периоде лохии получают сток через раскрытый цервикальный канал.

Производство интраперитонеального кесарского сечения (классического) требует полного отсутствия внутриматочной инфекции, следовательно, операцию можно производить только при целом пузыре у нелихорадящей роженицы. Желательно, чтобы роженица до операции не была исследована вне больничного учреждения (бабки, повитухи).

В приведенных нами случаях 35 и 36 кесарское сечение можно произвести по интраперитонеальному методу, так как



Рис. 51. Выведение матки из брюшной полости при кесарском сечении.

у обеих рожениц родовая деятельность началась, плодный пузырь цел, обе не лихорадят.

**Техника.** Интраперитонеальное, классическое кесарское сечение производится следующим способом:

I момент—вскрытие брюшной полости. Разрез производится по средней линии на одинаковое расстояние вверх и вниз от пупка, огибая его слева, длиной в 15—20 см. Брюшная полость вскрывается послойно, так как передняя брюш-

ная стенка к концу беременности бывает истончена и при ее рассечении легко поранить матку или кишечные петли.

II момент—вскрытие полости матки. Маточную полость можно вскрыть без выведения матки кнаружи. При этом околоплодные воды в большом количестве попадают в брюшную полость. Во избежание этого, перед вскрытием полости, матку выводят из брюшной полости, и дальнейшая часть операции производится вне ее (рис. 51). Матку обкладывают



Рис. 52. Отделение последа по удалении плода при кесарском сечении:

со всех сторон марлевыми салфетками, а края брюшного разреза мюзеевскими щипцами сближают друг к другу позади матки. На передней маточной стенке производится быстро продольный разрез, длиною в 12 см. Вскрывши маточную полость, разрывают пальцами или хирургическим пинцетом плодные оболочки.

III момент—извлечение плода. Тотчас же, по вскрытии плодного пузыря, быстро извлекают плод за ножку и перерезают пуповину между двумя кохерами. Послед вместе с оболочками выделяется рукой (рис. 52).

IV момент—зашивание матки и брюшной полости. Матку зашивают глубокими и поверхностными узловатыми швами. Глубокие швы проходят через всю толщу мышечного слоя, не захватывая брюшины и слизистой. Швы на расстоянии 2 см. друг от друга. Поверхностными швами закрывают брюшину и частично мышечный слой и полностью закрывают предыдущие швы. Производится тщательное прилаживание раневых поверхностей. Матку опускают в брюшную полость, предварительно очистив поверхность ее стерильным физиологическим раствором. Брюшная рана закрывается многоэтажным швом (рис. 53).

Трансперитонеальное кесарское сечение

Несмотря на тщательное обкладывание матки салфетками, а по некоторым авторам и изоляцию выведенной матки специальным резиновым окончатый передником (Черепашин, Архангельский), все же не исключается возможность попадания содержимого плодного яйца в брюшную полость. Во избежание этого, предложен, так назыв., трансперитонеальный способ.

Техника трансперитонеального кесарского сечения несколько отличается от изложенного выше классического кесарского сечения.

При нем матка не выводится наружу, и вскрытие полости матки производится *in situ*, поэтому можно ограничиться меньшим разрезом брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости, брюшина нижнего отреза матки рассекается продольно, отсепаровывается, сколько возможно, от матки и пришивается к краям пристеночной брюшины; только после этого вскрывается маточная полость. Таким образом, удается полностью изолировать полость матки от полости брюшины и избежать попадания содержимого плодного яйца в брюшную полость.

Экстраперитонеальное кесарское сечение

Трансперитонеальный метод операции кесарского сечения обеспечивает от попадания инфекции в брюшную полость в момент операции. Но при нем не исключается возможность инфекции брюшной полости в послеоперационном периоде через рану матки. С целью избежания этой инфекции и расширения круга случаев, при которых можно производить кесарское сечение, предложен ряд методов экстраперитонеального внебрюшинного кесарского сечения. Из них опишем здесь метод Лацко.

Мочевой пузырь наполняется перед операцией 1—2% раствором борной кислоты в количестве 150—200 куб. см. Разрез брюшной стенки—продольный, от лобка до пупка, без ранения брюшины. Сбоку от пузыря расщепляется тупым

путем предперитонеальная клетчатка. Обнаруживается боковая часть пузыря и переходная складка брюшины. Мочевой пузырь осторожно отводят к средней линии, а переходную складку тупо отсепааровывают, насколько возможно, кверху. Обнаженный таким способом нижний сегмент матки

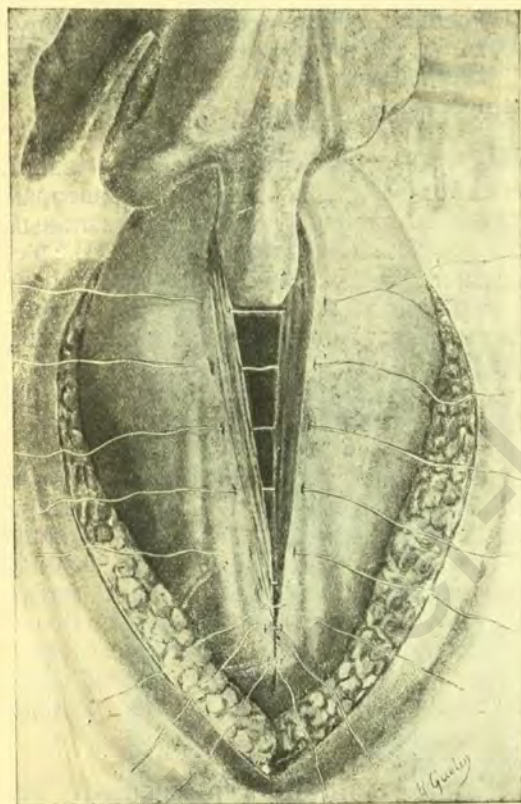


Рис. 53. Зашивание раны матки.

вскрывается продольным разрезом. При головном предлежании плод выводится щипцами, а при ягодичном — за ножку. Послед выводится рукой. Туалет маточной и брюшной раны. В инфицированных случаях экстраперитонеальная область клетчатки должна быть широко дренирована через нижний край брюшной раны.

Влагалищное кесарское сечение мы описали в главе об искусственном расширении шейки матки, поэтому здесь мы на ней не остановимся.

Изложенные методы операции являются типическими для классического, транс- и экстраперитонеального кесарского сечения.

Предложены многочисленные модификации, касающиеся как вскрытия брюшной стенки, так и матки. Здесь изложим вкратце некоторые из них.

Продольный разрез брюшной стенки по классическому методу заменяют: 1) поперечным разрезом по Пфанненштилю, чаще при экстраперитонеальном кес. сечении; 2) низким разрезом от лона до пупка, как при гинекологических операциях, чаще при трансперитонеальном кес. сечении.

Для вскрытия матки предложены разрезы: 1) донно-попе-

речный разрез по Фритчу, от одного до другого угла матки; 2) донно-сагитальный разрез по Мюллеру; 3) сагитальный разрез по передней поверхности матки по Зенгеру, наиболее употребительный; 4) сагитальный разрез по задней стенке по Полано и др.

Различные методы вскрытия брюшной стенки находятся в непосредственной связи с методом дальнейших моментов операции кесарского сечения. Модификации же разрезов матки находятся как в связи с методом операции, так и с желанием избежать при разрезе места прикрепления последа, во избежание сильной кровопотери. Признаком расположения последа по передней стенке служит, по Пальму, расхождение круглых связок по направлению ко дну матки; при расположении последа на задней стенке, места отхождения круглых связок сближаются.

В случае, если разрез пришелся на послед (*Placenta praevia caesarea*), то можно или отслоить его и у края вскрыть плодное яйцо, или же можно быстрым разрезом последа проникнуть в полость яйца и удалить плод.

Кесарское сечение по Порро
----------------------------

Случай 37. Гр. О. И., 24 лет, 1-е роды, срочные. Родовая деятельность началась 3 дня тому назад; схватки сильные, воды отошли, но роды не продвигаются. Таз нормальный. Положение плода продольное, сердцебиение слева, на уровне пупка—146.

Внутренний зев недостижим. Малый таз заполнен плотной опухолью, исходящей из шейечной части матки.

Ясно, что роды самопроизвольно произойти не могут. Необходимо извлечь плод абдоминальным кесарским сечением.

Техника в этом случае будет отличаться от описанных выше модификаций кесарского сечения. Необходимо, по удалении плода, произвести суправагинальную ампутацию матки из-за опухоли—фибромиомы, расположенной на широком основании в шейечной части матки; кесарское сечение, с удалением всей матки или с надвлагалищной ампутацией ее, называется операцией Порро.

Операция Порро была предложена из-за частых перитонитов, наблюдаемых после кесарского сечения. В настоящее время изменены показания к ней и техника операции.

Показаниями к операции Порро в настоящее время служат:

а) полная атрезия влагалища или канала шейки матки, препятствующая стоку послеродовых лохий;

б) инфекция матки при абсолютных показаниях к кесарскому сечению;

в) опухоли матки, требующие удаления матки;  
г) в исключительных случаях, кровотечение после кесарского сечения, не останавливающееся при применении других мер;

д) разрывы матки, при противопоказании поступить консервативно (разрывы с разможженными краями, с вероятной инфекцией).

Техника операции Порро в настоящее время вкратце следующая:

После вскрытия матки по одному из способов и извлечения плода и последа, на стенку ее накладываются 3—4 узловатых шва. Матка удаляется как при обычной гинекологической суправагинальной ампутации. Перитонизация культи. Брюшная рана зашивается наглухо.

Так производится операция при отсутствии инфекции. В противном случае, после извлечения последа, пристеночная брюшина пришивается кругом к матке, на уровне внутреннего зева. Непосредственно под прикреплением брюшины накладывают туго жгут, удерживаемый на месте крепким зажимом. Матка отсекается поверх жгута, как при суправагинальном кесарском сечении. Культи прижигаются термокаутером. Жгут не снимается. Культи отпадают на 3—4 неделе, и рана закрывается вторичным натяжением.

При необходимости полной экстирпации матки, ход операции не представляет каких либо особенностей от иссечения ее при опухолях.

Осложнения при кесарском сечении зависят от наличия инфекции в матке, обстановки, при которой оно производится и техники оператора. В связи с этим, процентное исчисление заболеваемости и смертности после операции у авторов различна.

В среднем редуцированная смертность, по сборному материалу, для матерей—5,8%, а для детей—8,5%.

Кесарское сечение на мертвой и умирающей

Случай 38. Гр. А. Т., 29 лет. Доставлена в бессознательном состоянии. Матка соответствует 9 мес. беременности. Положение плода—I головное. Сердцебиение плода—слева, на уровне пупка—128, слабое. Так как больная была подобрана на улице, то не удалось собрать анамнез. Через 30 минут после доставки в больницу, больная, не приходя в сознание, скончалась. Последние 15 минут больная агонировала.

Немедленно после последнего вздоха произведено было классическое кесарское сечение. Ребенок извлечен за 40 секунд, в глубокой асфиксии, и, несмотря на длительное искусственное дыхание, не удалось его оживить.

Операция кесарского сечения, кроме живых, производится и на мертвых. Как было изложено выше, кесарское сечение впервые зародилось как операция на мертвых и умирающих, только с течением времени ее стали производить на живых.

Кесарское сечение на мертвых должно производиться в тех случаях, когда плод живой и жизнеспособный, т.-е. при беременности свыше 7 месяцев, а мать внезапно умирает от какой-либо причины: убийства, апоплексии, эмболии и пр. При длительном заболевании матери, сопровождающемся высокой температурой, особенно при долгой длящейся агонии—ребенок чаще умирает раньше матери. Во всех случаях, спустя 20—26 минут после смерти матери, плод бывает мертв.

Поэтому, только в случае внезапной смерти матери и не позже 10 минут, следует произвести кесарское сечение и попытаться получить живого ребенка.

В нашем случае ребенка не удалось спасти, возможно, от длительного заболевания матери, а также от 15—20 минутной ее агонии.

Техника при операции на мертвой та же, что и на живой. Зашивание брюшной стенки и раны матки должно быть произведено *lege artis*.

Кесарское сечение может быть произведено и на умирающей, если предстоящая безусловная смерть диагностирована несколькими врачами и имеется согласие родных.

---



## ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

К операциям последового периода относятся те операции, которые производятся в зависимости от неправильного отделения, задержки или приращения последа и оболочек, а также операции, направленные на борьбу с кровотечениями из мягких родовых путей в этом периоде. Здесь мы рассмотрим некоторые операции этой группы.

### 1. ВЫВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДА

Удаление последа по Креде

Случай 39. Гр. Р. С., 27 лет, 4-е роды. Течение родов без каких либо особенностей. Плод родился 2 часа т. н. Послед не выделился. Началось сильное кровотечение.

Кровотечение, в зависимости от повреждений мягких родовых путей при родах, наступает сейчас же по рождении плода. Если кровотечение начинается спустя более или менее длительный промежуток времени после рождения плода, до отпадения последа, то его нужно связать с неполным отделением последа или с задержкой отделившегося последа в полости матки. В этих случаях, для остановки кровотечения, необходимо удалить послед.

Для выведения отделившегося, но застрявшего в полости матки последа (*Retentio placentae*) предложен способ Креде.

Техника выведения последа по Креде (*Expressio placentae*):

Мочевой пузырь опорожняют произвольным мочеиспусканием. Оператор становится с левой стороны роженицы, которая лежит с согнутыми в коленях ногами и со слегка приподнятым туловищем. Легким массажем вызывают сокращения матки. Дно матки обхватывается правой рукой так, чтобы четыре пальца расположились на задней стенке, а большой палец—на передней стенке матки. Матку сжимают между пальцами, одновременно выталкивая ладонью ее со-

держимое (послед) в сторону выхода таза. Обычно послед тянет за собой оболочки, которые легко отделяются от стенок матки.

Выведение послета по Креде удается только при застрявшем послете; при приращении же послета к стенке матки, одними наружными приемами вывести его не удастся.

В нашем случае, прежде чем прибегнуть к какому-либо способу выделения послета, надо решить отделился ли послед. Для решения этого вопроса, мы можем прибегнуть к способу Альфельда (удлинение наружного отрезка пуповины), Шредера (изменение формы матки—сужение фронтального размера), или Кюстнера (вытягивание пуповины от надавливания рукой над симфизом при неотделившемся послете).

Так как послед оказался отделившимся, то способом Креде можно будет его быстро выжать и тем вызвать сокращения матки и остановку кровотечения.

Ручное отделение послета
--------------------------

Случай 40. Гр. П. Н., 33 лет, многорожавшая. До последней беременности страдала воспалением матки. Роды срочные. Родоразрешение самопроизвольное, 6 часов тому назад. Врач вызван из-за задержки отхождения послета. Кровотечения нет, состояние роженицы хорошее.

В настоящем случае, нужно полагать, имеется полное приращение послета (*placenta accreta*), так как, несмотря на шестичасовую задержку плаценты в полости матки, никаких патологических явлений (кровотечение) мы не имеем. Этим и отличается полное приращение послета от задержки отслоившегося послета, при котором бывает порой весьма сильное кровотечение.

Как долго можно ждать выделения послета? Некоторые предлагают ждать 6—12 часов, если не наступит до этого времени кровотечение; другие считают, что если послед не отделился через 2 часа, то необходимо удалить его тем или иным способом. Считают, что длительное ожидание усложняет послеоперационное течение (инфекция!).

Удаление приросшего послета возможно либо ручным способом, либо при одновременной экстирпации всей матки. Ручной способ удаления послета является столь опасной по своим последствиям операцией, что многие авторы считают ее самым опасным из акушерских пособий. Это вынуждает их в этих случаях предлагать удаление всей матки. Однако полная экстирпация матки лишает женщину в дальнейшем ее физиологических функций, поэтому к ней можно прибегать в случаях заведомо инфицированных и у женщин, близких к климаксу.

Техника ручного отделения последа (*Separatio placentae manualis*). После тщательной дезинфекции наружных половых органов и опорожнения мочевого пузыря, оператор вводит руку, сложенную «акушерским образом» во влагалище и, вдоль натянутой наружной рукой пуповины, проводит ее в матку, к месту прикрепления последа. После этого наружная рука фиксирует дно матки, а внутренняя концами пальцев отделяет послед от маточной стенки (рис. 54). Лучше всего стараться отделить послед целиком и, потягиванием за пуповину, вывести его наружу. Если же послед удает-

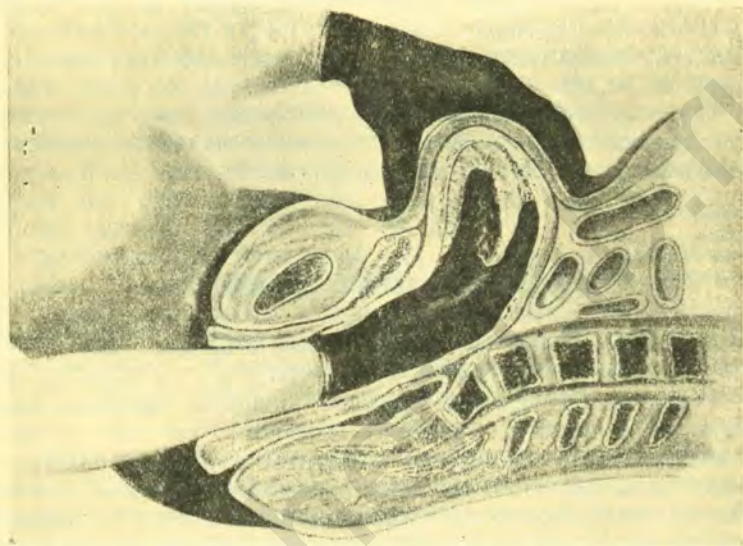


Рис. 54. Ручное отделение последа.

ся отделить только по частям, то, во избежание инфекции, отделившиеся куски надо удалять из матки только по окончании отделения всего последа.

По удалении последа, матка быстро сокращается и уменьшается в объеме. В конце операции лучше всего обследовать полость матки акушерской петлей (большая, тупая кюретка) и удалить оставшиеся куски последа, после чего можно произвести промывание полости матки, при помощи фрич-боземановского катетера, стерильным физиологическим раствором или чистым спиртом пополам с водой.

Метод операции ручного отделения последа—проведение руки через влагалище, отслаивание последа пальцами и, тем самым, возможное втирание возбудителей инфекции в обнаженные крупные сосуды матки—способствует частой

инфекции после ее производства. По статистике смертность после ручного отделения последа равна 10—13%. Это вынуждает многих авторов (Липманн, Штрасман) считать, что лапаротомия в клинике менее опасная операция, чем ручное отделение последа в частной практике.

Как изложено выше, в инфицированных случаях, приращении последа, абсолютно показана полная экстирпация матки. Техника этой операции та же, что и при соответствующих гинекологических показаниях, поэтому мы на ней здесь не остановимся.

## 2. ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Кровотечение в послеродовом периоде или сейчас же по отхождении последа может быть также в результате повреждений мягких родовых путей и атонии матки. Из повреждений мягких родовых путей наиболее сильное кровотечение бывает при разрывах тела и шейки матки, при глубоком разрыве влагалищного свода и при надрывах в области клитора; разрывы же влагалища и промежности сопровождаются незначительными кровотечениями.

### Разрыв матки

Случай 41. Гр. А. М., 27 лет, многорожавшая. Доставлена в больницу с сильным кровотечением в послеродовом периоде. По заявлению доставившего врача, он за 2 часа до этого безуспешно пытался произвести поворот из-за выпавшей пуповины, а затем наложил высокие щипцы и извлек плод (мертвый). Послед выделился. Состояние роженицы тяжелое: холодный пот, пульс нитевидный, 128, температура 35,8. Внизу живота, на два пальца ниже пупка прощупывается плотная, сократившаяся матка, а справа от нее — мягкая, флюктуирующая опухоль, величиной с два кулака.

Диагноз: разрыв матки.

Произведенная лапаротомия подтвердила диагноз: имелся разрыв правой половины нижнего сегмента, в области отхождения широкой связки, с отслоением брюшины на большом протяжении, до подвздошной кости. Произведена полная экстирпация матки. Выздоровление.

Разрывы матки (*Ruptura uteri*) во время родов могут быть самопроизвольные и искусственные. Самопроизвольные разрывы наблюдаются при узких тазах, гидроцефалии и запущенном поперечном положении, когда, под влиянием долго длящихся родовых схваток, истончается нижний сегмент матки, а плод направляется в сто-

рону наименьшего сопротивления, т.-е. происходит разрыв матки с выходом плода в брюшную полость.

Искусственные разрывы связаны с внутриматочными манипуляциями. Чаще это бывает в результате отсутствия соответствующих условий для производства акушерского пособия или при применении чрезмерной силы для наложения щипцов или производства поворота.

Главные симптомы наступившего разрыва матки:

1. Полное прекращение родовой деятельности, если разрыв произошел до рождения плода.

2. Сильное кровотечение наружу или быстрое образование подбрюшинной гематомы (при непроникающих разрывах).

3. Перитонеальный шок — обморочное состояние, частый нитевидный пульс, холодный пот, рвота и т. п.

Лечение разрывов матки исключительно оперативное: чревосечение, экстирпация матки. При сильных кровотечениях — последующая трансфузия крови.

Прогноз при разрывах матки связан с возможностью инфекции (перитонит) и от размера кровопотери. Смертность рожениц при разрывах матки равна до 50%.

Разрыв шейки и влагалищного свода
---

Случай 42. Гр. Л. П., 22 лет, вторые роды. В виду вторичной слабости родовых потуг, плод извлечен щипцами. Послед выделился

самостоятельно. Сильное кровотечение.

При исследовании: дно матки на два пальца ниже пупка; матка хорошо сокращена. Общие явления острого малокровия.

Диагноз: повреждение шейки матки или влагалищного свода.

Повреждения шейки матки и сводов влагалища (*Ruptura colli uteri et fornix vaginae*) чаще происходят при оперативных вмешательствах (щипцы, поворот) и могут быть причиной весьма сильного кровотечения, особенно, если при разрыве повреждена целостность крупного сосуда. Распознавание производится осмотром влагалищными зеркалами. Лечение этих повреждений исключительно оперативное.

Техника. Остановка кровотечения при разрывах шейки матки или влагалищного свода производится зашиванием этих разрывов (*trachelo-colporrhaphia*). К операции приступают только после выделения последа. Если послед не выделился, то его удаляют по Креде. Влагалище раскрывается зеркалами и обнажается шейка матки. Область разрыва захватывается двумя музейевскими щипцами и, по возможности, низводится книзу. Начиная с верхнего угла разрыва накладывается столько швов, сколько необходимо для остановки кровотечения и для видимого восстановления

шейки. Игла проходит через всю стенку шейки, не захватывая слизистую канала. При зашивании разрыва влагалищного свода, во избежание повреждения мочеочника, желательно остановить кровотечение накладыванием изолированного шва на кровоточащий сосуд, а затем поверхностными швами приблизить края разрыва.

Уход за родильницей обычный. Швы снимаются на 8-9 день.

Операцию эту удобнее производить на операционном столе.

В нашем случае оказалось, что имеется справа разрыв шейки матки и правого влагалищного свода. В глубине разрыва кровоточащий сосуд схвачен пепаном и изолированно наложена лигатура. Кровотечение прекратилось, после чего защиты края разрыва. Небольшие надрывы шейки матки смазаны иодом. Вследствие наступившего сильного малокровия, благодаря большой потери крови, родильнице произведено переливание крови. Послеоперационный период— без особенностей.

Разрывы промежности
---------------------

Случай 43. Гр. Е. И., 19 лет, первые роды. При извлечении головки (ягодичное предлежание) произошел разрыв промежности.

Небольшое кровотечение из места разрыва.

Разрывы промежности (*Ruptura perinei*) происходят как при оперативных вмешательствах, так и при физиологических родах, если защита промежности производится неопытной рукой. Различают 3 степени повреждения промежности: при I степени разрыв поверхностный, без повреждения мышц; при II степени—имеется расхождение и разрывы мышц промежности, а при III степени—нарушена также целостность сфинктера и прямокишечной стенки.

Во всех случаях повреждения промежности необходимо оперативное лечение—зашивание промежности, вне зависимости от степени кровотечения.

Техника. Зашивание промежности (*Perineorrhaphia*) необходимо производить весьма тщательно и вскоре после окончания родового акта, так как разрыв может служить воротами для вхождения инфекции, а впоследствии быть и причиной опущения влагалища и матки. Операцию производят на поперечной кровати, редко под наркозом. Зашивание разрывов промежности I степени не представляет трудностей: игла проводится через толщу тканей, без проникновения на поверхность разрыва; швы (лучше шелковые) накладываются, начиная с нижнего угла разрыва, на расстоянии 1 см. друг от друга, без сильного натягивания, так как благодаря отеку тканей они вскоре могут прорезаться.

При зашивании разрывов промежности II степени необходимо захватывать в швы разошедшие друг от друга ножки леваторов. При глубоких разрывах лучше швы накладывать в два этажа, причем погружные швы накладываются на мышцы и фасции, а поверхностные—как при разрывах I степени.

Значительно сложнее зашивание разрывов III степени, так как при этом повреждена и прямая кишка. Операция начинается с зашивания разрыва стенки кишки и восстановления сфинктера. Швы накладываются без захвата слизистой кишки, начиная с верхнего угла разрыва, аккуратно прилаживая края разрыва. Особенно тщательно необходимо восстановить сфинктер, так как, в противном случае, образовавшаяся слабость сфинктера послужит причиной тяжелого состояния больной (недержание газов, кала). После окончания восстановления прямой кишки и сфинктера, приступают к зашиванию промежности, как при глубоких разрывах II степени.

Чаще всего при разрывах промежности бывает повреждена и прилегающая часть задней стенки влагалища. В этих случаях, после зашивания промежности, накладывается несколько швов и на разрыв влагалищной стенки (Colpo-perineorrhaphia).

Зашивание надрывов вульвы производится соответственно случаю. При отсутствии сильного кровотечения, швы накладываются поверхностно, во избежание повреждений варикозно расширенных вен, часто встречающихся в области вульвы.

Послеоперационный уход при разрывах промежности I и II степени обычный, как после нормальных родов. Швы с промежности удаляются на 5-6 день, а со стенки влагалища—несколькими днями позже. Кишечник очищается слабительным.

При разрывах III степени, послеоперационный период необходимо проводить более осторожно: лежание на спине до снятия швов; очищение кишечника на 3-4 день клизмой, поставленной опытной рукой; полуголодная диета в первые 3-4 дня; внутрь—опий.

В разбираемом нами случае имел место разрыв промежности II степени. Кровотечение остановилось после зашивания промежности, без изолированного накладывания лигатур на сосуды. Поверхностные небольшие трещины слизистой вульвы смазаны иодом. Для лучшего приживания краев разрыва предложено производить после каждого мочеиспускания наружное обмывание струей слабого дезинфицирующего раствора.

### Жгут Момбурга

Как метод остановки сильного маточного кровотечения на короткое время, необходимое для транспортировки в больницу или для подготовки к операции, а также при атонических кровотечениях, можно прибегнуть к наложению жгута Момбурга.

**Техника:** Крепкая резиновая трубка, длиною 2 метра (или специальный жгут Момбурга) накладывается между подвздошными костями и нижним реберным краем и медленно затягивается при полном использовании его эластичности, перетянув вокруг талии 2-3 раза, пока не перестанет прощупываться пульс в бедренной артерии. При наложении жгута необходимо остерегаться ущемления паренхиматозных органов брюшной полости, что может привести к тяжелым последствиям. Наложение жгута допускается только на 25—30 минут, после чего он должен быть медленно снят.