

Проф. А. Задерельский

Оперативное —
— Акушерство



5119

2-26

Autorisierte Auflage.

Проф. А. Дэдерлейнъ.

Оперативное Акушерство.

Leitfaden

für den

geburtshilfflichen Operationskurs

von

Dr. Albert Döderlein,

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Direktor der
Kgl. Universitäts-Frauenklinik in München.

Achte, verbesserte und vermehrte Auflage.

Verlag von Georg Thieme.

Leipzig 1909.

Краткое руководство

къ

оперативному акушерству

д-ра Альберта Дэдерлейна

профессора по акушерству и женскимъ болѣзнямъ и директора унив. клиники женскихъ болѣзней въ Мюнхенѣ.

Переводъ съ 8-го исправленнаго и дополненнаго нѣмецкаго изданія д-ра С. Бахмутской.

Со 154 рисунками въ текстѣ.

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“.
ПЕТЕРБУРГЪ-КІЕВЪ.

1910.

Типографія С. Г. Слюсаревскаго, Институтская 14.
1910.

Изъ предисловія къ 1-му нѣмецкому изданію.

Выпуская эту книгу, авторъ преслѣдовалъ двѣ цѣли. Во-первыхъ, и это было главной цѣлью, она должна была стать краткимъ учебникомъ курса оперативнаго акушерства для облегченія преподавателей и студентовъ. Во-вторыхъ, желательно было дать въ руки практическому акушеру небольшое руководство, гдѣ онъ предъ самой операціей могъ бы еще разъ просмотрѣть детали ея.

Книга раздѣляется на два отдѣла. Въ первомъ изложена и иллюстрирована та часть теоретическаго акушерства, знакомство съ которой обыкновенно уже предполагается для лицъ, изучающихъ курсъ; это главы о положеніи и членорасположеніи плода, а также о механизмѣ родовъ.

Второй отдѣлъ заключаетъ изложеніе заучиваемыхъ на фантомѣ операций съ подробной иллюстраціей техники ихъ. Опытъ, показавшій, что при большомъ числѣ слушателей трудно, да и сопряжено съ большой затратой времени, одинаково хорошо продемонстрировать всѣмъ слушателямъ отдѣльные приемы, внушилъ мнѣ мысль запечатлѣть главныя фазы отдѣльныхъ операций на рисункахъ и сдѣлать ихъ такимъ образомъ доступными для созерцанія каждому изъ слушателей.

Ясно, что подобное изложеніе никогда не можетъ замѣнить самой демонстраціи на фантомѣ, но должно лишь дополнить ее.

Благодаря такому плану книги оказались нужными многочисленные рисунки, которые хотя занимаютъ очень много мѣста, но зато даютъ возможность каждому самостоятельно ориентироваться по однимъ только рисункамъ.

Prof. A. Döderlein.

Предисловіе къ 8-му изданію.

Сравненіе съ предыдущимъ изданіемъ и на этотъ разъ обнаружить стремленіе автора къ улучшеніямъ въ текстѣ и рисункахъ. Часть рисунковъ была замѣнена новыми и были также добавлены новые. При томъ интересѣ, какой возбуждаютъ кесарское сѣченіе и тазорасширяющія операциі, оказалось необходимымъ хотя бы вкратцѣ изложить эти операциі въ особомъ добавленіи.

Мюнхенъ, 1909.

Prof. A. Döderlein.

Отъ издательства Въ настоящемъ изданіи нѣкоторые рисунки замѣнены рисунками изъ руководства по акушерству проф. Э. Бумма, вышедшаго въ этомъ году въ нашемъ изданіи.

Оглавление.

ГЛАВА I.

	стр.
Членорасположеніе и положеніе плода	1 — 4
Нормальное и ненормальное членорасположеніе	
Подраздѣленіе положеній плода	5 — 6
Клиническое значеніе отдѣльныхъ положеній плода	6 — 8
Описаніе головки и раздѣленія таза	8 — 11
Изображеніе отдѣльныхъ положеній плода	12 — 21

ГЛАВА II.

Механизмъ родовъ	22 — 70
Строеніе таза и родового канала	22 — 25
Повороты предлежащей части	26 — 27
Форма и размѣры головки при различнѣйшихъ го- ловныхъ положеніяхъ	27 — 29
Механизмъ при:	
затылочныхъ положеніяхъ	29 — 36
рожденіи туловища	36 — 37
переднеголовныхъ положеніяхъ	37 — 43
лицевыхъ положеніяхъ (подбородокъ спереди)	43 — 51
" (подбородокъ сзади)	51 — 53
лобныхъ положеніяхъ	53 — 56
ягодичныхъ положеніяхъ	56 — 61
поперечныхъ положеніяхъ	61 — 66
Патологическое вставленіе при узкомъ тазѣ	66 — 70
Обзоръ акушерскихъ операцій	71 — 72

ГЛАВА III.

Поворотъ	73 — 100
Поворотъ въ черепное положеніе	75 — 77
" въ ножное положеніе	77 — 83
Производство внутренняго и комбинированнаго по- ворота на ножку	84 — 98
Опасности поворота	98 — 100
Добавленіе:	
Превращеніе лицевыхъ и лобныхъ положеній въ за- тылочныя	101 — 105

ГЛАВА IV.

	стр.
Операція извлеченія посредствомъ щипцовъ	106—149
Условія и показанія	106—110
Устройство и накладываніе щипцовъ	110—124
Щипцы при:	
затылочныхъ положеніяхъ	124—126
переднеголовныхъ положеніяхъ	126—129
примѣненіе щипцовъ для превращенія передне- головного положенія въ затылочное и при низкомъ поперечномъ вставленіи	129—137
лицевыхъ положеніяхъ	137—140
высокомъ вставленіи головки	140—145
послѣдующей головкѣ	145
Опасности извлеченія посредствомъ щипцовъ	145—149

ГЛАВА V.

Ручное извлеченіе	150—169
При ножномъ положеніи	151—152
При ягодичномъ положеніи	152—157
Освобожденіе ручекъ	157—161
Извлеченіе головки	161—164
Образъ дѣйствія при обращенной кзади спинкѣ	164—166
Опасности извлеченія	166—169

ГЛАВА VI.

Плодоразрушающія операціи	170—190
Перфорація	170—175
Кефалотрипсія	175—177
Краниоклазія	177—178
Кранио-кефалоклазія	178—183
Клеидотомія	183
Декапитація, экзентерація и Dissectio foetus.	183—190

Добавленіе.

Кесарское сѣченіе и тазорасширяющія операціи.	191—203
--	---------

ГЛАВА I.

Членорасположеніе и положеніе плода.

Подъ членорасположеніемъ плода (*Habitus*) разумѣютъ взаимныя отношенія отдѣльныхъ частей плода въ пространствѣ, между тѣмъ какъ именемъ положеніе плода (*Situs*) обозначаютъ отношеніе продольной оси плода къ продольной оси матки.

При фізіологическихъ условіяхъ головка и туловище плода, особенно же позвоночный столбъ и конечности его, всегда обнаруживаютъ опредѣленное, одинаковое членорасположеніе. Всякое отклоненіе отъ этого единообразнаго членорасположенія является патологическимъ и приводитъ къ затрудненіямъ при родахъ. Фізіологическое членорасположеніе является основнымъ условіемъ, при которомъ возможно единственное абсолютно благопріятное, затылочное положеніе.

Фізіологическое, нормальное членорасположеніе (рис. 1) вытекаетъ изъ законовъ роста плода, чему подтвержденіемъ служатъ зародыши въ самомъ началѣ періода развитія, и позже также изъ условій расположенія плода въ полости матки. Оно состоитъ въ томъ, что зародышъ сильно искривленъ надъ брюшной поверхностью своей, такъ что позвоночный хребетъ его описываетъ выпуклую кзади дугу. Головка пригнута на грудь, подбородокъ приближенъ

къ послѣдней. Въ углубленіи, образовавшемся между лбомъ и тазовымъ концомъ, находятся конечности, согнутыя такимъ образомъ, что ручки скрещены на груди, а нижнія конечности съ совершенно согнутыми голеньми прилегаютъ къ животу.

При подобномъ нормальномъ членорасположеніи



Рис. 1. Нормальное членорасположеніе.

плодъ, принимающій благодаря ему яйцевидную форму, занимаетъ наименьшее пространство, конечности ничуть не удлиняютъ туловища и поскольку возможно мало увеличиваютъ его объемъ. Головка и позвоночный столбъ, благодаря сгибанію и искривленію, создаютъ самыя благоприятныя условія для прохожденія пло-

да чрезъ родовой каналъ. Длина плода подъ вліяніемъ нормальнаго членорасположенія до того укорачивается, что разстояніе между ягодицами и отдаленнѣйшей точкой головки, т. е. плодная ось, равно лишь половинѣ длины плода.

Ненормальное членорасположеніе, какъ, напр., на рис. 2, разгибаніе головки и позвоночнаго столба (разогнутое положеніе) или нахожденіе ручекъ вблизи головки или надъ ней (при извлеченіи за тазовый конецъ или выпаденіи ручки) является причиной или послѣдствіемъ ненормальныхъ положеній.

Положеніе плода, отношеніе продольной его оси или плодной оси къ продольной оси матки, можетъ быть весьма различнымъ.

Существуютъ прежде всего двѣ главныхъ возможности: либо продольная ось плода совпадаетъ съ продольной осью матки, прямое или продольное положеніе, либо продольная ось плода пересѣкаетъ продольную ось матки подъ косымъ или прямымъ угломъ, косое или поперечное положеніе.



Рис. 2. Ненормальное членорасположеніе головки (разгибаніе при лицевомъ положеніи).

Продольная положенія.

Головные положенія

Нормальн. членорасп.
[сгибаніе]

Ненормальн. членорасп.
(разгибаніе)

Черепн. полож. IV

I II III

НІv. Нгv. (затылочн. положенія)

НІh. НІh.* (переднегол. положенія)

Лицев. полож. (лобн.)

I II

Тазовыя положенія

Нормальное членорасп.

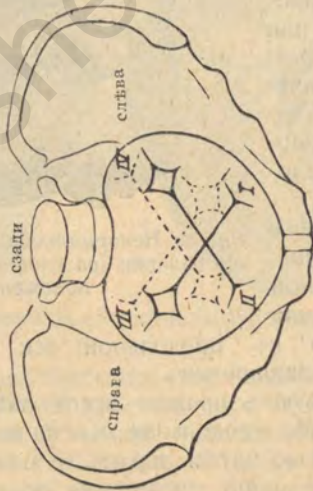
Ненормальное членорасп.

Ягодич. пол. I II

Ножн. пол. (колѣнопол.)

полныя I II

неполныя** I II



спереди
Рис. 3.

Схема четырехъ черепныхъ положеній, изображающая положеніе родничковъ и стрѣловиднаго шва.

Прим. Обозначеніе «справа», «слѣва» всегда относится къ соответствующей сторонѣ матери; «спереди» и «сзади» слѣдуетъ представлять себѣ при стоячемъ положеніи женщины.

Поперечныя положенія

I. головка слѣва II. головка справа

dorso-anterior dorso-posterior

*Н = затылокъ

I = слѣва

г = справа

v = спереди

h = сзади

I спинка слѣва

II » справа

** полное = ооѣ ступни или оба колѣна низведены.

неполное = одна ступня или одно колѣно

i

4

—

Каждое изъ положеній обозначается именемъ ранѣе всего вступающей въ тазъ «впередидущей» или «предлежащей» части плода. Если, слѣдовательно, при продольномъ положеніи головка находится внизу, то говорятъ о головныхъ положеніяхъ, если предлежитъ тазовый конецъ — о тазовыхъ положеніяхъ. Спинка плода бываетъ обращена при продольныхъ положеніяхъ либо къ лѣвой сторонѣ матери, либо къ правой (позиція плода, *Positio*). Если спинка обращена влѣво, то говорятъ о первомъ положеніи, если она лежитъ справа — о второмъ положеніи.

При поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ обыкновенно одно изъ плечиковъ является предлежащей частью, вслѣдствіе чего ихъ называютъ также плечевыми положеніями, положеніе головки является рѣшающимъ для обозначенія; если головка находится на лѣвой сторонѣ, то положеніе опредѣляютъ, какъ первое поперечное положеніе, позиція же спинки кпереди или кзади указывается обозначеніемъ «*dorso-anterior*» или «*dorso-posterior*». Если головка находится справа, то говорятъ о второмъ поперечномъ положеніи, опять таки *dorso-anterior* или *dorso-posterior*.

Подъ вставленіемъ разумѣютъ отношенія предлежащей части плода къ тазовому входу.

Согласно этимъ правиламъ обозначенія, всѣ положенія можно помѣстить въ прилагаемую схему (стр. 4).

Обозначенія видовъ головныхъ предлежаній избираются самыя разнообразныя. Наболѣе простымъ является подраздѣленіе на черепныя, лицевыя и лобныя положенія. Подъ черепомъ въ такихъ случаяхъ разумѣютъ только черепную крышку безъ лба и лица. Всѣмъ черепнымъ положеніямъ обще сгибаніе головки (согнутыя положенія), между тѣмъ какъ лобнымъ и лицевымъ положеніямъ присуще разгибаніе головки (разгибательныя положенія).

Клиническое значеніе отдѣльныхъ положеній весьма разнообразно. Физиологическимъ является одно лишь затылочное положеніе, т. е. I и II

головныя положенія. Объ этомъ свидѣтельствуеть уже одно то обстоятельство, что около 95⁰/₁₀ всѣхъ родовъ происходятъ въ этихъ положеніяхъ; возникновеніе какого либо другого положенія всегда бываетъ обусловлено какой нибудь аномаліей.

На ходъ родовъ каждое изъ положеній оказываетъ совершенно иное вліяніе. Абсолютно благопріятныя условія представляетъ плодъ только при фізіологическихъ затылочныхъ положеніяхъ, при которыхъ головка подвигается впередъ въ положеніи нормального сгибанія.

Поэтому представляется цѣлесообразнымъ различать согласно старому подраздѣленію съ клинической точки зрѣнія три группы положеній плода:

I. Абсолютно благопріятныя положенія.

I и II затылочные положенія.

II. Относительно благопріятныя положенія.

а) III и IV головныя положенія (переднеголовное положеніе).

б) Лицевыя и лобныя положенія.

с) Положенія тазовымъ концомъ.

III. Абсолютно неблагопріятныя положенія.

а) Поперечныя положенія.

б) Лицевыя положенія, подбородокъ сзади.

Согласно этой схемѣ лишь затылочные положенія представляютъ «абсолютно благопріятныя» положенія, т. е. такія, въ которыхъ плодъ имѣетъ наиболѣе благопріятныя шансы для прохожденія чрезъ родовой каналъ и въ которыхъ онъ въ состояніи пройти чрезъ сложный процессъ родовъ, не потерпѣвъ и не причинивъ вреда. «Относительно благопріятныя» положенія представляютъ, какъ будетъ изложено въ отдѣлѣ механизма родовъ, болѣе неблагопріятныя условія для прохожденія головки плода чрезъ родовой каналъ, чѣмъ абсолютно благопріятныя поло-

женія. Соотвѣтственно возрастанію этихъ затрудне- ній, самопроизвольные роды требуютъ большаго и бол- ѣе длительнаго напряженія силъ со стороны матери, просторнаго родового канала и не слишкомъ большую, способную къ конфигураціи головку. Тутъ незначи- тельныя уклоненія отъ нормы таза, мягкихъ родо- выхъ частей матери, размѣровъ тѣла плода, силы и дѣйствія схватокъ, не вліяющіе въ другихъ случаяхъ, значительно легче ведутъ къ разстройствамъ или за- трудненію родовъ, чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Въ «абсолютно неблагопріятныхъ» по- ложеніяхъ плодъ обыкновенно вообще не въ состоя- ній родиться самопроизвольно. Въ подобныхъ слу- чаяхъ само положеніе уже является показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

Что касается частоты отдѣльныхъ положеній, то по статистикѣ *v. Necker'a*, *Spiegelberg'a*, *v. Winkel'я* и *Schröder'a* въ среднемъ изъ числа 100 рожденій 96,5% проходятъ въ черепныхъ положеніяхъ.

Среди послѣднихъ опять таки затылочныя по- ложенія, т. е. I и II головное положеніе, значительно преобладаютъ надъ переднеголовными положеніями, III и IV головными положеніями.

По *v. Necker'у* взаимное отношеніе головныхъ положеній выражается слѣдующимъ образомъ:

I Затылочное положеніе	68,3%	} 95,1%	} Отно- шенія голов- ныхъ поло- женій.
II Затылочное положеніе	26,8%		
Отношеніе I : II, слѣдовательно, =	2,56 : 1		
III и IV Затылочное полож.	1,5%		
Лицевое положеніе	} 3,4%		
Лобное положеніе			
	<u>100</u>		

При лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ отноше- ніе I : II равно 1,6 : 1.

Частота всѣхъ положеній равна:

Черепныя положенія	95,5%	} = головныя положенія	} = продольныя положенія	96%	} = продольныя положенія	99,2%
Лицевыя положенія	0,5%			3,2%		0,8%
						<u>100.</u>

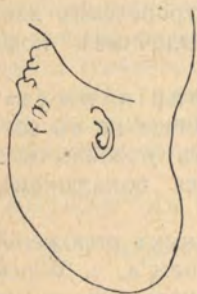


Рис. 4. Затылочное положеніе.

Членорасположеніе и форма головки.



Рис. 5. Передноголовное положеніе.



Рис. 6. Лицевое положеніе.



Рис. 7. Лобное положеніе.

Разнообразіе черепныхъ положеній во время родовъ отражается весьма понятнымъ образомъ на формѣ головокъ, каковая особенность сохраняется еще

нѣкоторое время послѣ родовъ, такъ что по формѣ черепа новорожденного можно всегда опредѣлить положеніе, въ которомъ плодъ прошелъ черезъ родовой каналъ. Различіе формъ черепа, впрочемъ, отчасти обусловлено различнымъ строеніемъ череповъ, брахицефаліей, долихоцефаліей, равно какъ форма черепа до извѣстной степени оказываетъ вліяніе на образованіе того или иного положенія плода, но формированіе головки, главнымъ образомъ, бываетъ обусловлено смѣщеніемъ черепныхъ костей во швахъ во время родовъ и образованіемъ «родовой опухоли», причѣмъ надо принять во вниманіе, что родовая опухоль всегда образуется на подлежащей, наиболѣе низко расположенной части головки (проводная часть).

На рис. 4—5 изображены своеобразныя формы головки при 4-хъ головныхъ положеніяхъ. (По Ols-hausen'у).

Рис. 10—25 изображаютъ плодъ въ различныхъ положеніяхъ въ его отношеніяхъ къ матери и въ соотвѣтствующемъ положенію членорасположеніи.

Позиція подлежащей части въ тазу изображена отдѣльно и притомъ въ такомъ видѣ, въ какомъ изслѣдующій палецъ въ состояніи прощупать ее при совершенно расширенномъ маточномъ зѣвѣ послѣ разрыва пузыря.

Описаніе данныхъ изслѣдованія приложено въ общепринятомъ видѣ.

Для опредѣленія, какую позицію занимаетъ подлежащая часть въ тазу, указываютъ отношеніе опредѣленныхъ пунктовъ, напр., родничковъ, подбородка, теменныхъ бугровъ и т. п. къ передней, боковой или задней стѣнкѣ таза, а также отношеніе опредѣленныхъ линій черепа, напр., стрѣловиднаго шва, лицевой линіи, къ размѣрамъ таза.

Стрѣловидный шовъ характеризуется прощупываемыми на его концахъ родничками. «Малый» родничекъ характеризуется тѣмъ, что здѣсь сходятся три шва, оба колѣна ламбдовиднаго шва и стрѣловидный шовъ, межъ тѣмъ какъ на «большомъ» родничкѣ сходятся четыре шва, лобный и сагиттальный швы и оба колѣна вѣчнаго шва.

Построение и обозначение четырех размеров таза слѣдующее (рис. 9):

1. Прямой размеръ, 11, идущій отъ середины крестцовой кости къ симфизу, слѣдовательно, въ сагиттальной плоскости анатомовъ;

2. поперечный размеръ, 13, расположенный во фронтальной плоскости анатомовъ и проходящій справа налево. Сверхъ того различаютъ еще;

3 и 4, два косыхъ размера, а именно: правый или первый косой размеръ R, идущій справа сзади влево и впередъ, и лѣвый или второй косой

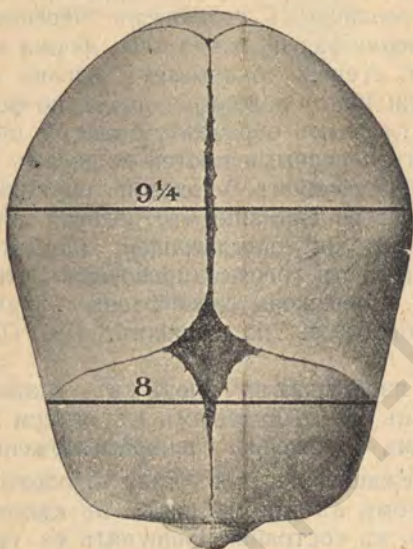


Рис. 8. Видъ сверху на головку плода для нагляднаго ознакомленія со швами и родничками.

размеръ L, слѣва сзади вправо и впередъ.

Величина размеровъ въ отдѣльныхъ плоскостяхъ таза равна:

	Входъ таза.	Широкая часть по-лости таза.	Узкая часть по-лости таза.	Выходъ таза.
Прямой размеръ . . .	11,0	12,75	11,5	9,5
Поперечн. „ . . .	13,5	12,5	10,5	11,0
Косые „ . . .	12,5	—	—	—

Для легкости запоминанія укажемъ здѣсь, что первый косой размеръ это тотъ, съ которымъ совпадаетъ стрѣловидный шовъ въ первомъ головномъ положеніи (ср. рис. 11).

Размѣры таза на живой:

Distantia spinarum	26 cm.
» cristarum	28 »
» trochanterum	32 »
Diameter Beaudelocquii	20 »
Conjugata diagonalis	13 »
» vera	11 »

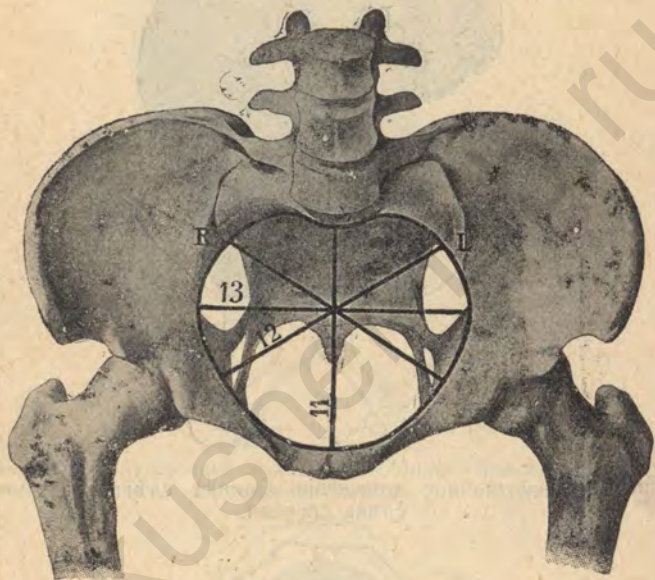


Рис. 9. Четыре размѣра таза.

Въ соотвѣтствіи съ этимъ отдѣльными положеніями представляются такъ:

При II поперечномъ положеніи, dorso-anterior, головка лежитъ справа. Предлежащей частью является тогда замкнутое справа лѣвое плечико *).

Внутреннее изслѣдованіе при поперечномъ положеніи обыкновенно обнаруживаетъ въ качествѣ пред-

*) Положеніе плода легче представить себѣ, если вообразить себя самого лежащимъ въ тазу или въ фантомѣ.

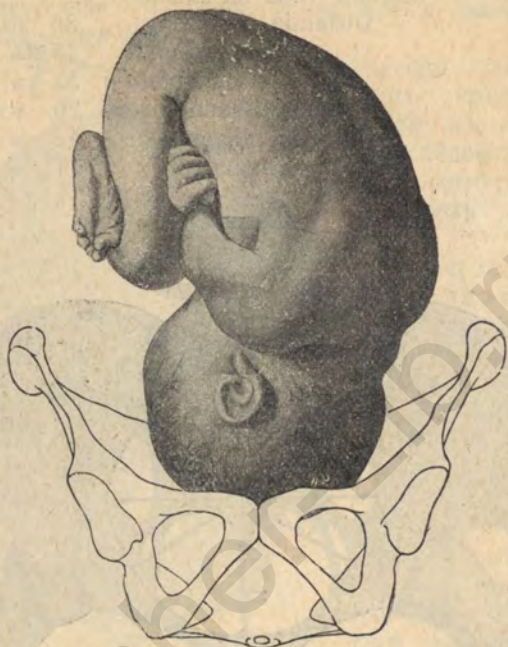


Рис. 10. I затылочное положение. Спинка слѣва, затылокъ слѣва спереди.

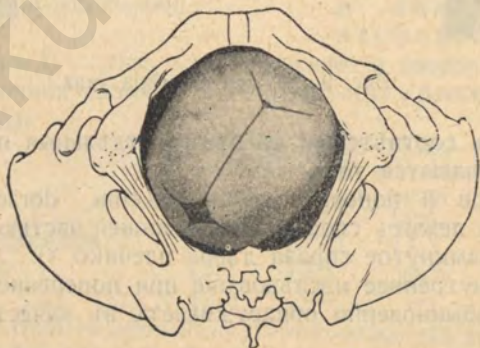


Рис. 11. Результаты внутренняго изслѣдованія при I затылочномъ положеніи. Малый родничекъ слѣва спереди, большой справа сзади; стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ.

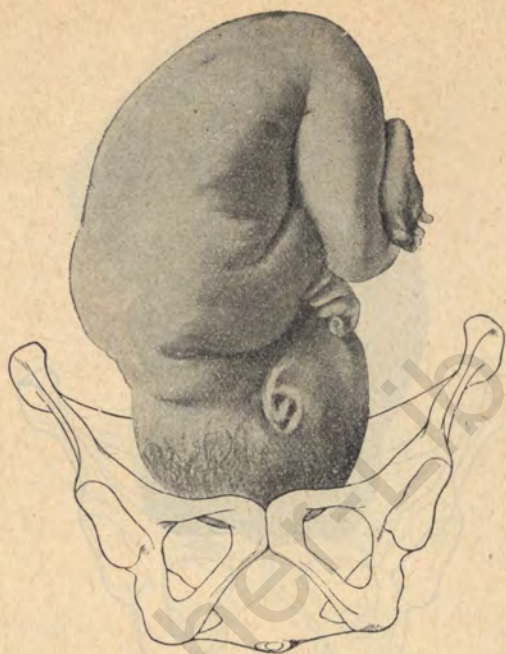


Рис. 12. II Затылочное положеніе. Спинка справа, затылокъ справа спереди.

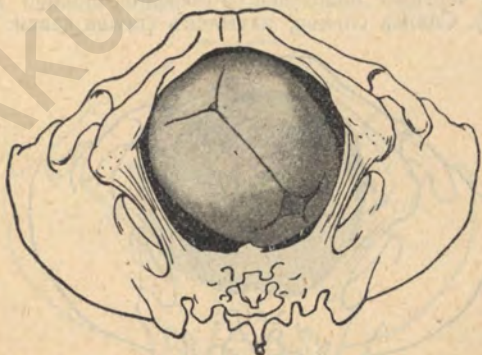


Рис. 13. Результаты внутренняго изслѣд. при II затыл. полож. Малый родничекъ справа спереди, большой слѣва сзади, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ.

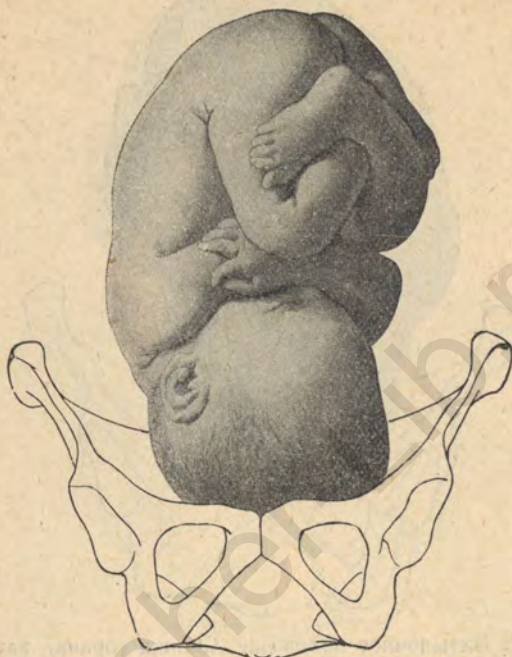


Рис. 14. III черепное положение (II переднеголовное положение). Спинка справа, затылокъ справа сзади.

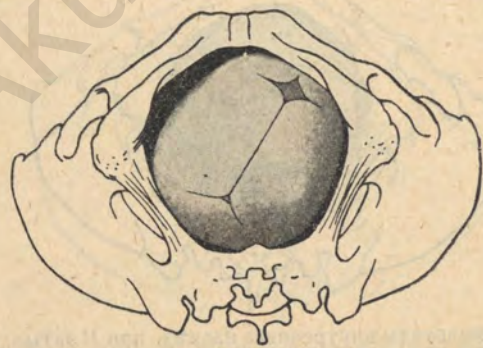


Рис. 15. Результаты внутр. изслѣд. при III черепн. положен. Малый родничекъ справа сзади, большой слѣва спереди. Стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ.



Рис. 16. IV черепное положение (I переднеголовное положение)
 Спинка слѣва, затылокъ слѣва сзади.

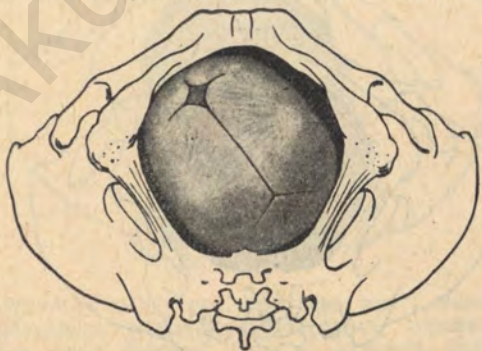


Рис. 17. Результаты внутр. изслѣд. при IV черепн. полож. Ма-
 лый родничекъ слѣва сзади, большой справа спереди. Стрѣ-
 ловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ.

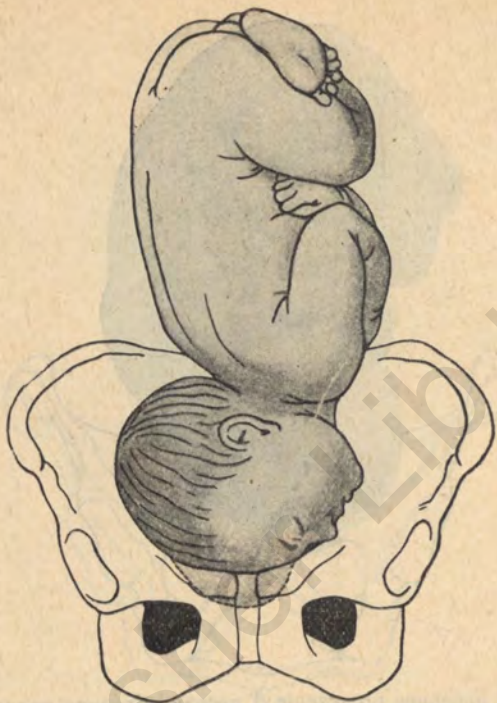


Рис. 18. II лобное полож. Спинка справа, личико слѣва.

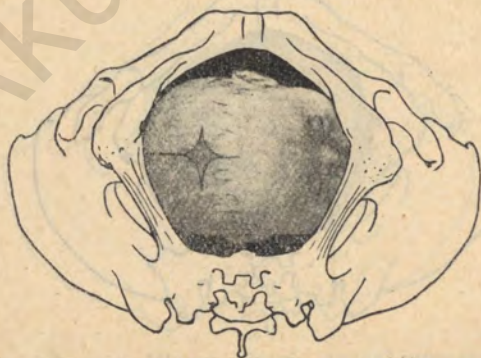


Рис. 19. Результаты внутрен. изслѣд. при II лобн. полож. Большой родничекъ справа. Лобный шовъ въ поперечн. размѣрѣ.

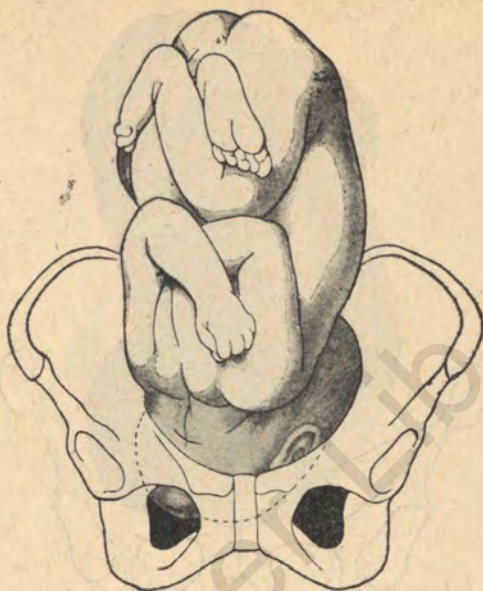


Рис. 20. I лицевое положеніе (подбородокъ спереди), спинка слѣва сзади.



Рис. 21. Результаты внутрен. изслѣдов. при I лицевомъ полож. (подбородокъ спереди). Подбородокъ справа спереди, лобъ слѣва сзади. Лицевая линія во второмъ косомъ размѣрѣ.

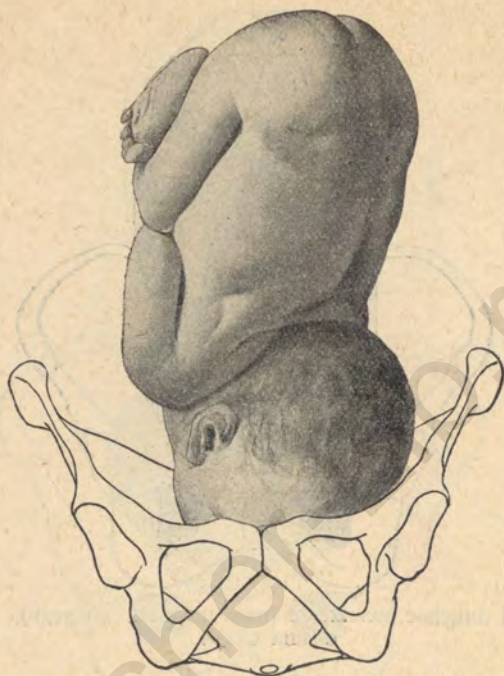


Рис. 22. I лицевое положеніе (подбородокъ сзади), спинка слѣва спереди.



Рис. Результаты внутр. изслѣд. при I лицевомъ полож. (подбородокъ сзади). Подбородокъ справа сзади, лобъ слѣва спереди. Лицевая линія въ первомъ косомъ размѣрѣ.



Рис. 24. I ягодичное положение, спинка слѣва.

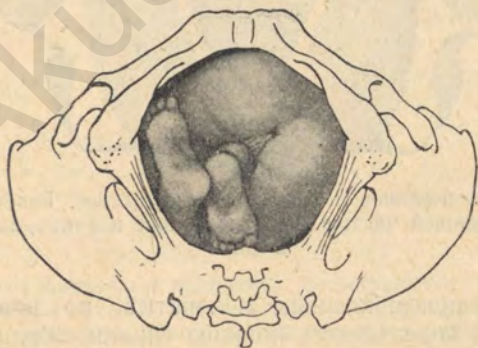


Рис. 25. Результаты вн. изслѣдованія при I ягодичномъ положеніи. Крестцовая кость слѣва спереди. Бедренной размѣръ во второмъ косомъ размѣрѣ.

лежащей части плечико. Такъ какъ послѣднее не въ состояніи проникнуть въ малый тазъ или же проникаетъ туда лишь отчасти, то тазъ въ этихъ случаяхъ находятъ пустымъ, подлежащая часть стоитъ высоко. Плечико можно узнать по костямъ

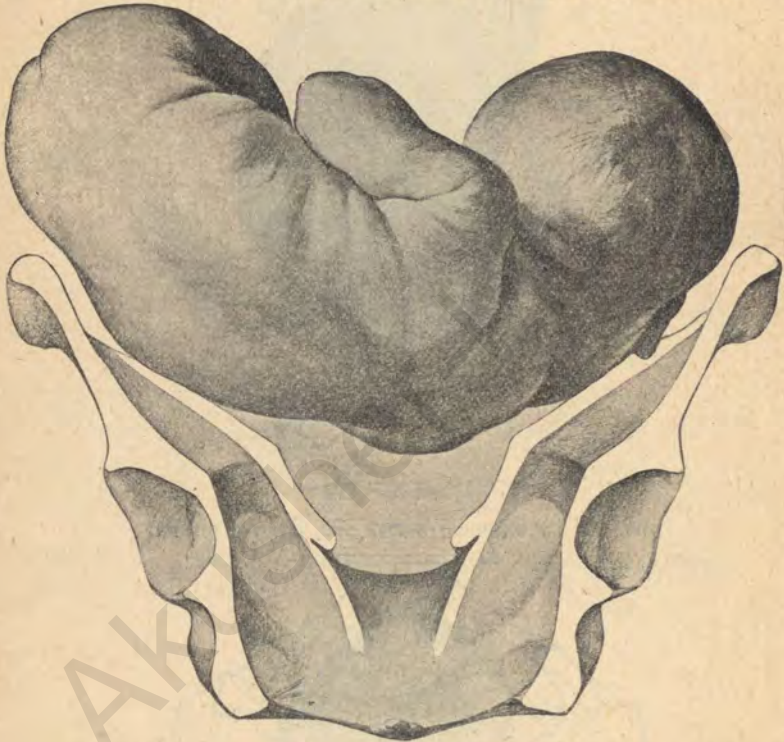


Рис. 26. I поперечное положеніе, dorso-anterior. Головка слѣва, подлежащей частью является правое плечико, замкнутое влѣво.

плечевого пояса, ключицъ и лопаткѣ, по положенію которыхъ опредѣляютъ позицію спинки, обращена ли она впередъ или назадъ.

Положеніе головки распознаютъ при внутреннемъ изслѣдованіи по замыканію подкрыльцовой области, слѣва или справа.



Рис. 27. I поперечное положение, dorso-posterior съ выпаденіемъ лѣвой ручки. Головка слѣва, предлежащей частью служитъ лѣвое закрытое влѣво влечико.

При второмъ поперечномъ положеніи, dorso-posterior, головка находится справа. Предлежащую часть образуетъ тогда закрытое справа правое плечико.

ГЛАВА II.

Механизмъ родовъ.

Подъ механизмомъ родовъ разумѣютъ способъ прохожденія плода чрезъ родовой каналъ. Пониманіе его требуетъ точнаго знакомства съ пространственными отношеніями родового канала.

Родовой каналъ образуется родовой трубкой, которая соотвѣтственно расширяется и измѣняется во время родовъ и способность растяженія которой опредѣляется просторностью малаго таза. Величина родового канала, какъ и форма его, различна въ различныхъ его отдѣлахъ и опредѣляется строеніемъ таза и мягкихъ частей, которыя выстилаютъ его изнутри и примыкаютъ къ выходу его. Это служитъ причиной того, что прохожденіе плода чрезъ родовой каналъ сопровождается сложными и комбинированными поворотами.

Направленіе пути для плода обозначено стрѣлкой на рис. 28. По ней видно, что тѣло плода должно подвергаться внутри родового канала сильному искривленію, которое сообщаетъ ему искривленная, обращенная вогнутостью впередъ форма родового канала. Результатомъ являются опредѣленные перемѣны въ позиціи и членорасположеніи предлежащей части при медленномъ прохожденіи чрезъ тазъ. Повороты эти сильнѣе всего выражены при прохожденіи головки, самой большой и твердой части плода, которая при нормальныхъ условіяхъ предлежитъ и почти выполняетъ весь тазъ.

Для уясненія и изображенія механизма родовъ раздѣляютъ тазъ на опредѣленныя плоскости.

Различаютъ 4 плоскости таза, а именно:

1. Входъ въ тазъ, рис. 28а, представляющій границу между большимъ и малымъ тазомъ, плоскость, проложенная чрезъ безымянную линію и пересѣкающая спереди верхній край симфиза, а сзади мысь.
2. Параллельная широкая часть полости таза (Hodge), рис. 28b, плоскость, расположенная параллельно ко входу въ тазъ и пересѣкающая спереди нижній край симфиза, а сзади средину крестцовой кости.

Между обѣими этими плоскостями расположена болѣе широкая, цилиндрическая часть таза. Никакія мягкія части не измѣняютъ тутъ заключенной въ костный тазъ полости.

Ниже параллельной широкой части полости таза слѣдуетъ

3. узкая часть полости таза, рис. 28с, расположенная такимъ образомъ, что спереди она пересѣкаетъ нижній край симфиза, сбоку ости сѣдалищныхъ ко-

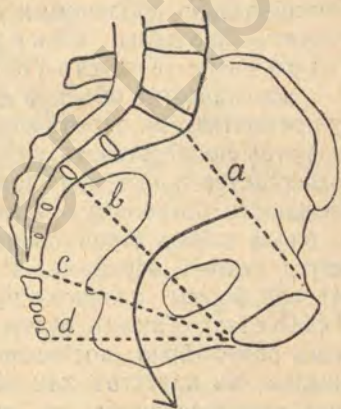


Рис. 28. Строеніе таза. Четыре плоскости таза и тазовая ось. а плоскость входа въ тазъ. б параллельная широкая часть полости таза. с узкая часть полости таза. д выходъ таза.

стей и сзади крестцовокопчиковое сочлененіе.

Узкая часть полости таза постольку имѣетъ практическое значеніе для клиническаго изслѣдованія роженицъ, поскольку она легко можетъ быть прощупана и на живой по сильно выступающимъ остямъ

сѣдалищной кости. По отношенію предлежащей части къ Spinae ischiі можно во всякое время точно опредѣлить, въ какой плоскости таза находится въ данный моментъ предлежащая часть.

4. Выходъ таза, рис. 28*d*, ограниченный вершиной копчика, сѣдалищными буграми и нижнимъ краемъ симфиза.

Родовой каналъ состоитъ изъ матки, влагалища и входа въ него. На маткѣ различаютъ сокращающуюся полую мышцу, тѣло матки, къ которому примыкаетъ нижняя часть, преобразующаяся въ «проводной каналъ» и состоящая изъ вполнѣ изглаженной шейки матки и влагалища. Границей между этими функціонально различными отдѣлами родового канала служить кольцо сокращенія (Schröder) и пограничное кольцо (Fehling). (Рис. 29, Gr.).

Въ качествѣ объекта для родовъ тѣло плода также претерпѣваетъ опредѣленные измѣненія формы. Они являются послѣдствіемъ сильнаго давленія, которому подвергается плодъ при сокращеніяхъ матки и дѣятельности брюшнаго пресса. Подъ ихъ вліяніемъ тѣло плода слегка выпрямляется, отвердѣваетъ и сдавливается такимъ образомъ, что поперечный разрѣзь его вмѣсто формы эллипса принимаетъ форму круга (Sellheim). Такимъ путемъ зародышъ превращается въ равномерно построенное тѣло, «плодный цилиндръ», въ качествѣ какового онъ всего лучше можетъ приспособляться къ извилистому и искривленному родовому каналу.

Маточныя стѣнки, вялыя и мягкія во время беременности, съ началомъ сокращенія своего и по мѣрѣ его оказываютъ всестороннее и сильное давленіе на плодъ, такъ что подвижное содержимое его, и прежде всего околоплодныя воды, направляется въ сторону наименьшаго сопротивленія, въ нижній сегментъ матки и маточный зѣвъ, «пузырь вставляется». Къ этому «общему давленію на содержимое» послѣ разрыва пузыря присо-

единяется еще такъ называемое «давление плодной оси» или «давление позвоночнаго хребта плода», которое развивается вслѣдствие того, что при меньшемъ ко-

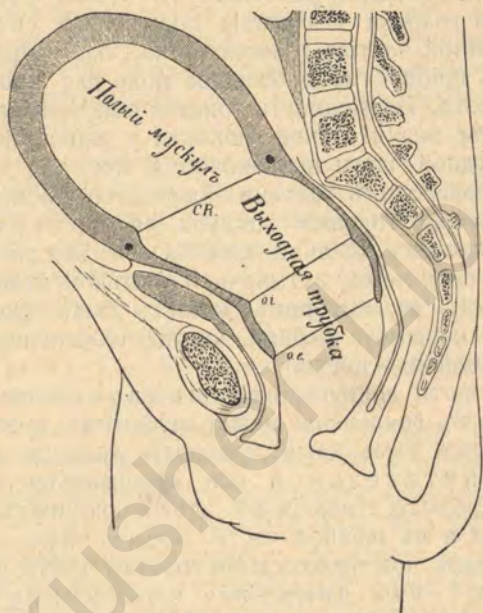


Рис. 29. Родовой каналъ по Sellheim'у. Тѣло матки превращается въ полую мышцу, ниже расположенная часть гениталій — въ проходной каналъ. Прямое первоначально направление переходитъ колѣномъ въ искривленную часть.

личествѣ имѣющихся околоплодныхъ водъ дно матки тѣсно прилегаетъ къ ягодицамъ плода, такъ что сокращенія дна матки чрезъ посредство позвоночнаго столба, который дѣлаетъ плодную ось твердой, распространяясь по прямой линіи, дѣйствуютъ на подлежащую головку и проталкиваютъ ее впередъ.

Чѣмъ легче подлежащая часть производитъ значительные повороты независимо отъ туловища, тѣмъ благопріятнѣе бываетъ механизмъ родовъ и тѣмъ легче протекають роды.

Въ наилучшихъ условіяхъ въ этомъ отношеніи находится головка вслѣдствіе подвижнаго сочлененія ея съ шейной частью позвоночника, благодаря которому она пріобрѣтаетъ большое поле для произведенія поворота. Подвижность головки еще больше вслѣдствіе болѣе значительной гибкости у зародышей шейной и грудной части позвоночника, которыя участвуютъ въ поворотахъ головки (Kaltenbach, Sellheim).

Движенія головки вокругъ ея поперечной оси происходятъ въ видѣ сгибанія или разгибанія въ сочлененіи между затылочной костью и атлантомъ, подвижность въ которомъ можетъ быть увеличена благодаря перегибу шейной части позвоночника въ сагиттальной плоскости.

Повороты вокругъ вертикальной оси производятся въ сочлененіи между атлантомъ и эпистрофеемъ, межъ тѣмъ какъ повороты вокругъ фронтальной оси производятся посредствомъ бокового сгибанія въ атлантоокципитальномъ сочлененіи и въ шейной части позвоночнаго хребта. Каждый разъ при прохожденіи головки чрезъ родовой каналъ всѣ эти движенія комбинируются. Степень подвижности отдѣльныхъ суставовъ колеблется въ зависимости отъ расположенія головки, которое бываетъ инымъ при различныхъ положеніяхъ. Если, напримѣръ, головка согнута, то движеніе вокругъ поперечной оси возможно для нея лишь какъ разгибаніе; чѣмъ сильнѣе она согнута, тѣмъ больше степень ея подвижности въ смыслѣ разгибанія и обратно.

Часть родового механизма, совершающагося внутри таза, называется внутреннимъ поворотомъ, поворотъ же, производимый плодомъ при выступленіи изъ таза и при прорѣзываніи чрезъ половую щель, представляетъ механизмъ прорѣзыванія.

Внутренній поворотъ составляетъ при затылочномъ положеніи изъ движенія головки вокругъ ея поперечной оси, а, именно, въ смыслѣ сгибанія, при которомъ при черепныхъ положеніяхъ опускается ниже затылокъ, поворотъ въ смыслѣ измѣненія членорасположенія, и изъ поворота вокругъ вертикальной оси, дѣйствіе котораго состоитъ въ движеніи затылка со стороны таза впередъ или назадъ, поворотъ въ смыслѣ измѣненія позиціи.

Механизмъ прорѣзыванія совершается такимъ образомъ, что опредѣленный пунктъ головки упирается въ нижній уголъ симфиза, образуя гипомохліонъ (точку вращенія), вокругъ котораго головка описываетъ дугу.

Наибольшая плоскость, проходящая чрезъ гипомохліонъ и чрезъ головку, называется «плоскостью прорѣзыванія». Каждому положенію свойственна другая «плоскость прорѣзыванія».

Плоскости прорѣзыванія и размѣры ихъ при различныхъ положеніяхъ таковы (по Kaltenbach'у):

I. При затылочномъ положеніи: плоскость *suboccipitofrontale*, рис. 30 и 32 = 32,3 см.

Гипомохліономъ служитъ затылокъ въ области *Linea nuchae superior*, поворотъ состоитъ въ переходѣ изъ согнутаго положенія въ разогнутое.

II. При переднеголовномъ положеніи: *planum suboccipito-frontale* = 32,3 см. или *pl. fronto-occipitale*, рис. 31 и 44 = 34,4 см.

Гипомохліонъ: либо мѣсто на лбу надъ однимъ изъ лобныхъ бугровъ, либо *glabella*. Поворотъ: 1-й актъ — усиленное сгибаніе, 2-й актъ — разгибаніе.

III. При лицевомъ положеніи: *planum trachelo-parietale posterius*, рис. 32 = 34,7 см.

Гипомохліонъ: шейная часть позвоночнаго столба или одинъ изъ угловъ нижней челюсти.

Поворотъ = переходъ изъ разогнутаго положенія въ положеніе сгибанія.

IV. При лобномъ положеніи: plan. maxilloparietale posterius, рис. 33 = 35,3

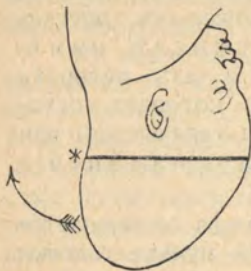


Рис. 30. Затылочное положеніе. Механизмъ прорѣзыванія: разгибаніе.

Механизмъ прорѣзыванія при головныхъ положеніяхъ.
* обозначена каждый разъ та часть, которая расположена у нижняго угла лонной дуги, точка вращенія.
→ обозначено каждый разъ направление поворота.
— Черта обозначаетъ соответствующую плоскость прорѣзыванія.



Рис. 31. Переднеголовное положеніе. Прорѣзываніе: I актъ сгибаніе, II актъ разгибаніе.

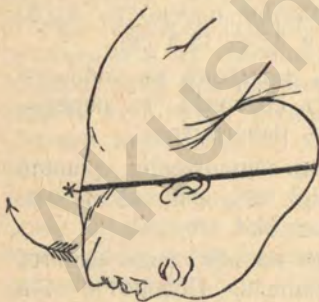


Рис. 32. Лицевое положеніе. Прорѣзываніе; сгибаніе.

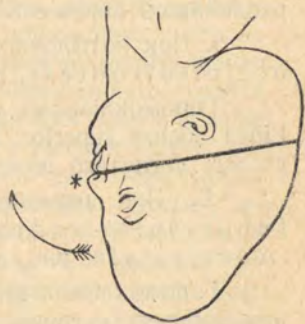


Рис. 33. Лобное положеніе. Прорѣзываніе: I актъ сгибаніе, II актъ разгибаніе.

ст. Гипомохліонъ: верхняя челюсть. Поворотъ: 1-й актъ — усиленное сгибаніе съ наклоненіемъ на бокъ; 2-й актъ — разгибаніе.

Отношеніе величины отдѣльныхъ плоскостей прорѣзыванія равно 100 : 106,5 : 107,4 : 109,2.

Ясно, что опасность разрыва мягкихъ частей при прорѣзываніи головки находится въ извѣстномъ отношеніи къ величинѣ плоскости прорѣзыванія; чѣмъ послѣдняя меньше, тѣмъ меньше должно быть растянута кольцо входа во влагалище и тѣмъ больше шансовъ на сохраненіе промежности въ цѣлости.

Такимъ образомъ, благопріятныя условія для прорѣзыванія представляетъ головка въ I и II затылочномъ положеніи, такъ какъ при нихъ имѣется совокупность наибольшаго размаха, перехода изъ сильнѣйшаго сгибанія въ разгибаніе, и наименьшей плоскости прорѣзыванія, *circumferentia suboccipitofrontalis* (Kaltenbach).

При послѣдующемъ изложеніи механизма родовъ въ отдѣльныхъ положеніяхъ на рисункахъ изображены главныя фазы медленно совершающихся поворотовъ, причемъ каждый разъ изображены:

- вступленіе головки во входъ таза, поворотъ въ тазу,
- вставленіе головки по окончаніи внутренняго поворота,
- механизмъ прорѣзыванія.

I. Сгибательныя положенія.

Всѣмъ положеніямъ сгибанія, какъ затылочнымъ, такъ и передне-головнымъ, обще, что головка вступаетъ въ тазъ согнутой и сохраняетъ это положеніе и при родахъ. Предлежащей частью головки является поэтому черепъ, при максимальномъ сгибаніи затылокъ, при болѣе слабомъ — темя.

A. Затылочныя положенія.

При I головномъ положеніи головка вступаетъ во входъ въ тазъ съ обращеннымъ влѣво затылкомъ такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ совпадаетъ приблизительно съ поперечнымъ или 1-мъ

косымъ размѣромъ. Головка часто бываетъ при этомъ слегка наклонена въ сторону, вслѣдствіе чего стрѣловидный шовъ оказывается не точно на срединѣ таза, а нѣсколько ближе къ мысу (Naegele'вское наклоненіе).

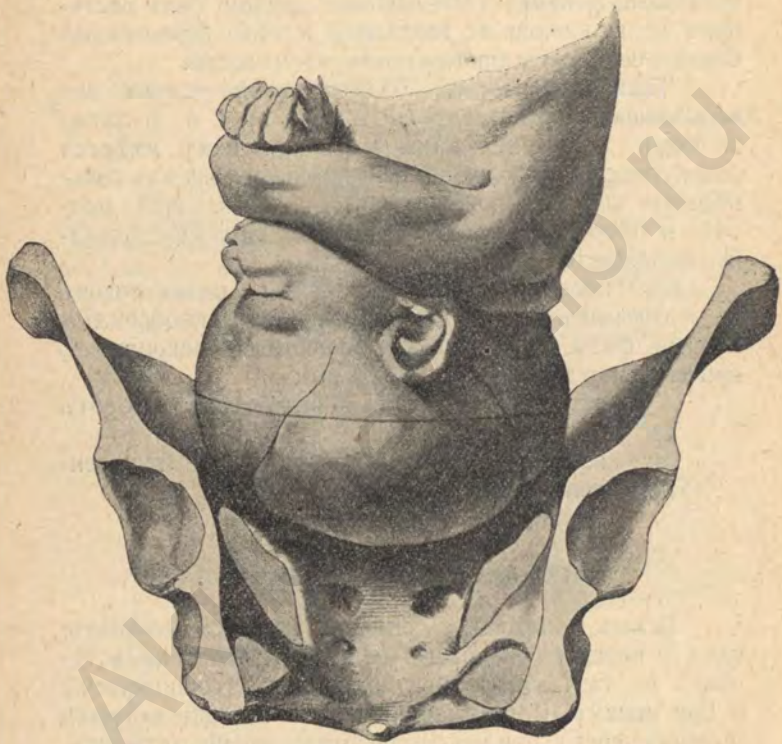


Рис. 34. Вступленіе головки въ тазъ при I затылочномъ положеніи, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ.

При прохожденіи головки чрезъ тазъ сначала опускается немного затылокъ, первый поворотъ, движеніе вокругъ поперечной оси въ видѣ сгибанія (Haltungsdrehung).

Какъ причину этого перваго поворота разсматриваютъ давленіе позвоночнаго хребта плода (Olshausen). Послѣ оттеканія околоплодныхъ водъ сила схватокъ дѣйствуетъ особенно на прилегающія ко дну матки ягодицы и распространяется отсюда на головку чрезъ нѣсколько выпрямленный благодаря отвердѣванію матки позвоночный хребетъ. Но прикрѣпленіе позвоночнаго столба къ головкѣ лежитъ не посрединѣ, а ближе къ затылку, отношеніе воображаемыхъ при этомъ на головкѣ неравныхъ рычаговъ равно при согнутомъ положеніи головки плода 3:5. Болѣе длинный рычагъ, находящійся ближе къ личику, отстаётъ вслѣдствіе сопротивленій, встрѣчаемыхъ въ родовомъ каналѣ при поступательномъ движеніи, между тѣмъ, какъ болѣе короткій рычагъ и съ нимъ вмѣстѣ и затылокъ подвигаются впередъ, результатомъ чего является опущеніе послѣдняго, усиленное сгибаніе.

Въ узкой части полости таза помимо дальнѣйшаго опусканія затылка происходитъ одновременно второй поворотъ, движеніе вокругъ вертикальной оси, такъ что затылокъ поворачивается влѣво и кпереди, а стрѣловидный шовъ вполнѣ совпадаетъ съ первымъ косымъ размѣромъ (Stellungsdrehung).

О причинахъ этого поворота еще сильно спорятъ. Межъ тѣмъ какъ одни авторы (Scanzoni, Zweifel) видятъ причину его въ разницѣ формации въ различныхъ плоскостяхъ таза, такъ что длиннѣйшій размѣръ головки, въ данномъ случаѣ *Diameter fronto-occipitalis*, долженъ каждый разъ совпадать съ наибольшимъ размѣромъ соотвѣтствующей плоскости таза, другіе придаютъ больше значенія плоскости скользанія, которая образуется вслѣдствіе конвергенціи боковыхъ стѣнокъ таза, *spinae ischii*, вдающихся въ эту плоскость и образующихъ препятствіе, или же мягкимъ частямъ, суживающимъ опредѣленнымъ об-

разомъ тазовый каналъ. Olshausen, наоборотъ, полагаетъ, что не черепъ плода можно признать *primum movens*, а скорѣй спинку его, которая вслѣдствіе уплотненія матки послѣ оттеканія водъ бываетъ повер-

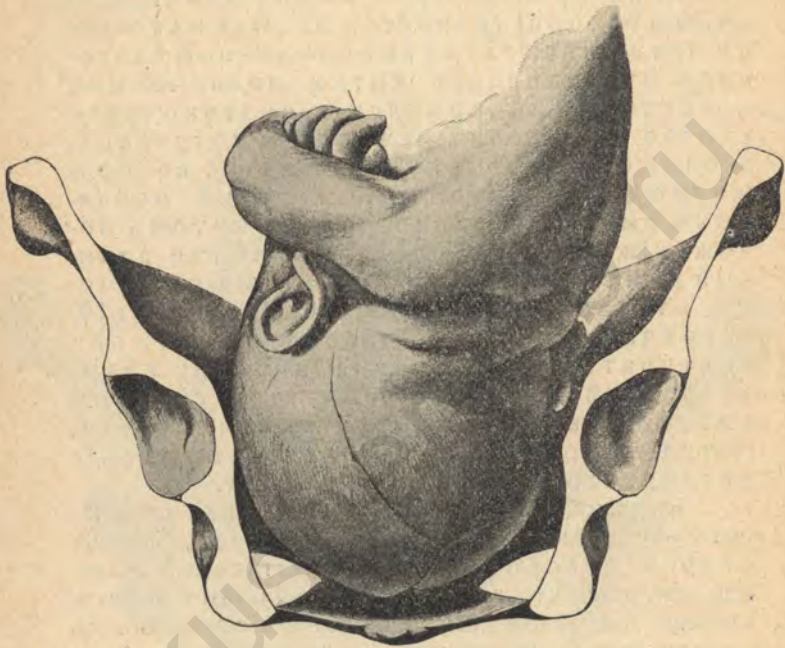


Рис. 35. Позиція головки въ тазу при I затылочномъ положеніи. опущенъ, повернуть впередъ, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ.

нута сбоку кпереди, такъ что размѣръ плечиковъ при первомъ затылочномъ положеніи перемѣщается изъ прямого размѣра (рис. 34) чрезъ второй косой (рис. 35). приблизительно въ поперечный (рис. 36 и 37). Головка, слѣдовательно, дѣлаетъ поворотъ вслѣдъ за спинкой, поворотъ которой въ свою очередь вызванъ маткой.

Sellheim предполагаетъ причину въ приспособленіи объекта родовъ. Какъ только гибкій плодъ по-

падаетъ въ «колѣно» родового канала, онъ начина-
етъ производить наиболѣе благопріятныя для прохож-
денія вращательныя движенія, характеръ которыхъ
зависитъ преимущественно отъ даннаго членораспо-

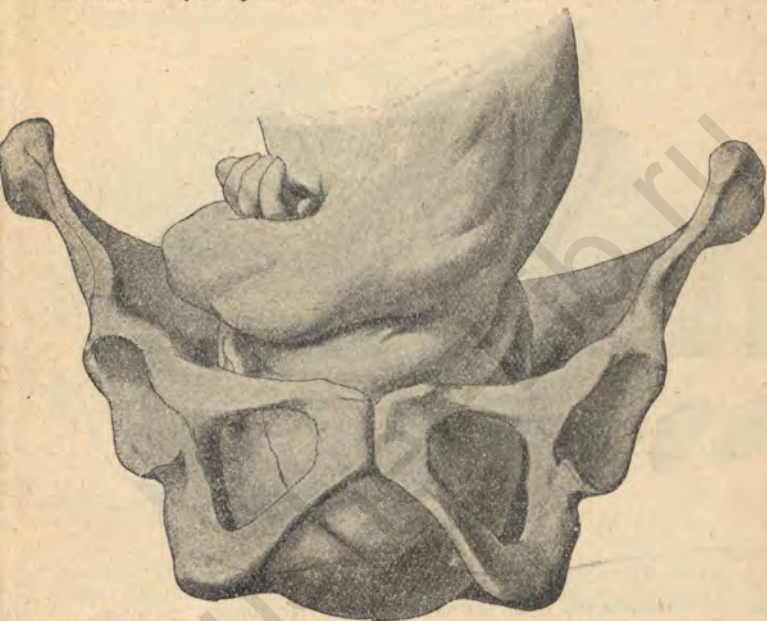


Рис. 36. Законченный внутренній поворотъ при I затылоч-
номъ положеніи, головка въ тазовомъ выходѣ, сильно со-
гнута, затылокъ подъ симфизомъ, стрѣловидный шовъ въ
прямомъ размѣрѣ. (Головка стоитъ Zangengerecht).

ложенія и наклонности плода къ движенію.

Такъ какъ головка обыкновенно склонена не-
много кзади, при I затылочномъ положеніи, стало
быть, къ лѣвому плечу, то расположенная спереди
правая теменная кость стоитъ ниже лѣвой. П р а в а я
теменная кость образуетъ подлежащую часть
черепа, на ней и на прилегающихъ областяхъ затылка
бываетъ расположена при I затылочномъ положеніи
головная опухоль, если она образуется.

Продолжая совершать повороты вокруг поперечной и вертикальной оси, головка оказывается въ выходѣ таза въ позиціи, изображенной на рисункѣ 37.

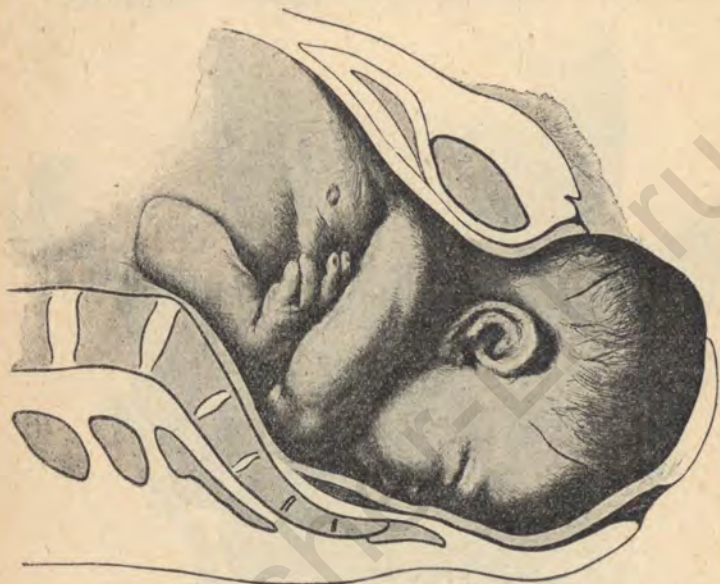


Рис. 37. Механизмъ прорѣзыванія при затылочномъ положеніи. Врѣзываніе головки. Начало разгибанія. Плоскостью прорѣзыванія служитъ *Circumferentia suboccipito—frontalis*.

Затылокъ уже совершенно опущенъ, сильнѣйшее сгибаніе, малый родничекъ совсѣмъ повернулся кпереди подъ симфизъ. Стрѣловидный шовъ почти совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ.

Этимъ заканчивается внутренній поворотъ, головка начинаетъ механизмъ прорѣзыванія путемъ движенія вокругъ поперечной оси. При этомъ она переходитъ изъ положенія максимальнаго сгибанія, въ которомъ она еще находится на рис. 37, въ положеніе максимальнаго разгибанія (рис. 38). (Наибольшая размашистость движенія!)

Точка вращения подзатылочной ямки находится при этомъ на нижнемъ углу симфиза. Наибольшій размѣръ головки, который можно отсюда проложить чрезъ нее, это *circumferentia suboccipito-frontalis*, представляющій плоскость прорѣзыванія на рис. 38.

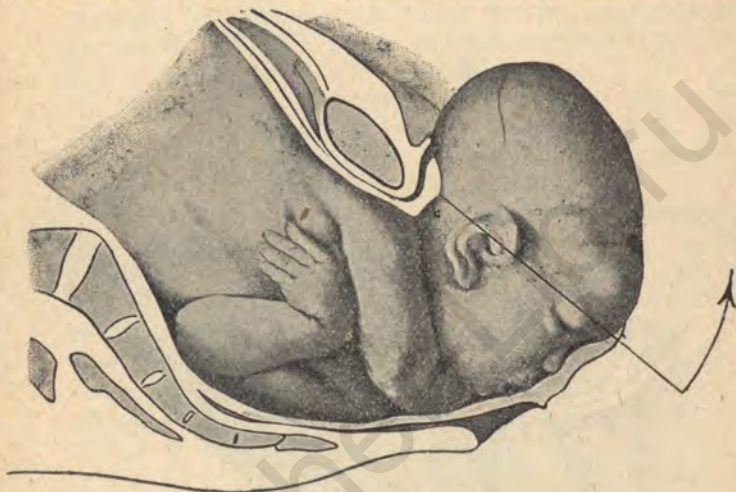


Рис. 38. Механизмъ прорѣзыванія при затылочномъ положеніи. Полное разгибаніе головки. Промежность сократилась.

Сначала показывается во входѣ во влагалище затылокъ, затѣмъ надъ промежностью прорѣзываются послѣдовательно темя, передняя часть головки, лобъ, личико.

Причиной этого третьяго поворота, противоположнаго первому, считаютъ сопротивленіе, представляемое дномъ таза, особенно промежностью, вслѣдствіе котораго головка бываетъ приподнята въ направленіи выходнаго отверстія. Чѣмъ больше разгибается головка, и чѣмъ больше отдаляется подбородокъ отъ груди, тѣмъ больше перемѣщается дѣйствіе давленія позвоночнаго столба, которое, наконецъ,

начинаетъ дѣйствовать въ обратномъ первоначальному смыслѣ и такимъ образомъ толкаетъ впередъ личико (Olshausen).



Рис. 39. Прорѣзываніе туловища. II актъ. Заднее плечико проходитъ надъ промежностью. Головка приподымается.

Рожденіе туловища происходитъ одинаково при всѣхъ головныхъ положеніяхъ. Поворотъ затылка кпереди сопровождается одновременнымъ измѣненіемъ позиціи спинки, поскольку и она слегка, но не вполнѣ, поворачивается кпереди. Результатомъ этого является

то, что размѣръ плечиковъ при I затылочномъ положеніи помѣщается во второмъ косомъ размѣрѣ. Правое плечико находится справа и спереди, оно первымъ подходитъ подъ симфизъ, что можно облегчить легкимъ отодвиганіемъ головки книзу. Въ тяжелыхъ случаяхъ необходимо для этого ввести указательный палецъ въ расположенную спереди подмышечную впадину, чтобы произвести влеченіе книзу.

Благодаря приподыманію головки (рис. 39) находящееся сзади плечико прорѣзывается изъ за промежности, причемъ туловище всегда слѣдуетъ при легкомъ горизонтальномъ потягиваніи.

Механизмъ родовъ во II затылочномъ положеніи происходитъ точно такъ же, какъ и при I, съ той разницей, что тутъ затылокъ стоитъ справа, стрѣловидный шовъ переходитъ изъ поперечнаго размѣра въ прямой чрезъ второй косою размѣръ. Предлежащей частью головки тутъ является лѣвая теменная кость, соотвѣтственно этому родовая опухоль при II затылочномъ положеніи находится на лѣвой сторонѣ черепа.

В. Переднеголовныя положенія.

Механизмъ родовъ при переднеголовныхъ положеніяхъ, т. е. при III и IV головномъ положеніяхъ (Busch), при внутреннемъ поворотѣ бываетъ таковъ же, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ, за исключеніемъ лишь того, что при этомъ передняя часть головки поворачивается кпереди. Механизмъ же прорѣзыванія, напротивъ, совершенно иной, на что надо обратить особенное вниманіе при искусственномъ родоразрѣшеніи съ помощью щипцовъ.

Вступленіе головки во входъ въ тазъ происходитъ обыкновенно, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ, однако, часто затылокъ тутъ уже бываетъ повернуть больше назадъ. При прохожденіи чрезъ тазъ при III затылочномъ положеніи затылокъ большею частью еще въ тазу поворачивает-

ся впередъ, такъ что стрѣловидный шовъ изъ перваго косога размѣра чрезъ поперечный переходитъ во второй косога размѣрѣ, и головка рождается во II затылочномъ положеніи.

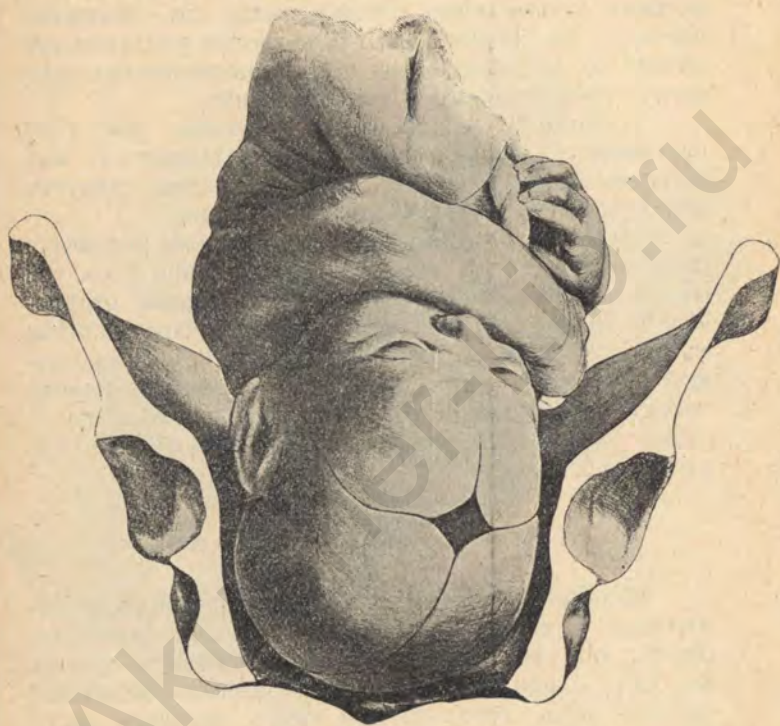


Рис. 40. IV' черепное положеніе. Головка въ широкой части полости таза, затылокъ слѣва сзади, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ затылокъ остается сзади, такъ что стрѣловидный шовъ при III головномъ положеніи остается въ первомъ косомъ размѣрѣ, а при IV черепномъ положеніи остается во второмъ косомъ размѣрѣ и при низкомъ вставленіи головки.

Изъ 2225 случаевъ, когда въ теченіе родовъ было установлено передне-головное положеніе, лишь

47 разъ, т. е., въ 2,1⁰/₀ случаевъ головка прорѣзывается чрезъ половую щель съ повернутымъ кзади затылкомъ, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ затылокъ, въ концѣ концовъ, поворачивался кпереди (Bataillard, Queirel, Botkowsckaia).

Относительно причинъ, вслѣдствіе которыхъ затылокъ въ этихъ случаяхъ не повернулся кпереди и остался обращеннымъ кзади, до сихъ поръ нѣтъ единогласія. Въ половинѣ, приблизительно, случаевъ (Olshausen) за причину считаютъ небольшую, круглую головку, которой нѣтъ необходимости такъ точно приспособляться къ формѣ родового канала, такъ что сопротивленія, которыя иначе хоть отчасти обусловливаютъ этотъ механизмъ, остаются безъ вліянія. Въ другихъ случаяхъ причину видятъ въ отвисломъ животѣ, кифотическомъ, поперечно суженномъ тазѣ, вслѣдствіе которыхъ затрудняется поворотъ спинки кпереди (Olshausen). Въ качествѣ другихъ причинъ рассматриваютъ еще выпаденіе ручки, начинающееся, т. е. незначительное, разгибаніе.

Наиболѣе низко расположенной частью головки является при передне-головныхъ положеніяхъ передняя половина обращенной кпереди теменной кости. Соотвѣтственно этому родовая опухоль образуется на томъ мѣстѣ волосистой части головы, которое находится въ сосѣдствѣ съ большимъ родничкомъ, а именно при IV головномъ положеніи = I передне-головномъ положеніи—на правой, при III головномъ положеніи = II переднеголовное положеніе—на лѣвой сторонѣ. Вслѣдствіе этого черепъ при переднеголовномъ положеніи пріобрѣтаетъ характерную родовую форму, высокая передняя часть головы, отвѣсно спускающійся лобъ (рис. 31, стр. 28).

По окончаніи внутренняго поворота головка стоитъ въ положеніи сгибанія съ обращенной впередъ передне-головной частью, стрѣловидный шовъ пробѣгаетъ почти въ прямомъ размѣрѣ, лобъ находится позади симфиза, а именно, у нижняго края послѣдняго находится область, лежащая надъ од-

нимъ изъ лобныхъ бугровъ. Затылокъ лежитъ въ углубленіи крестцовой кости.

Механизмъ прорѣзыванія комбинируется изъ слѣдующихъ поворотовъ:

Гипомохліонъ образуетъ верхняя горизонтальная поверхность лобныхъ костей, т. е. приблизитель-

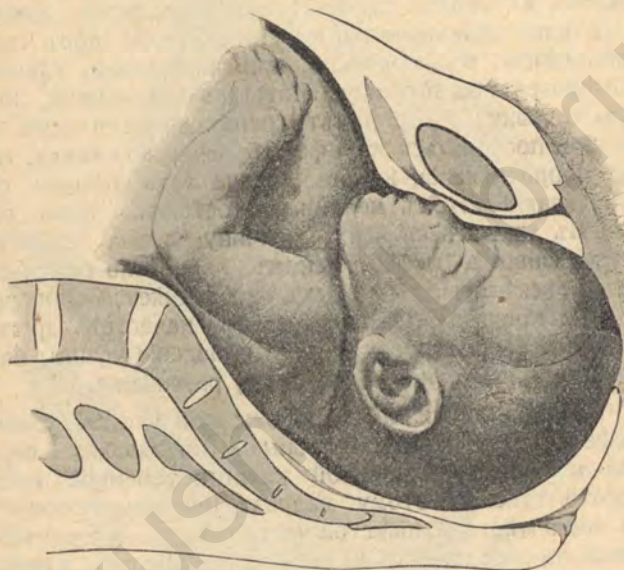


Рис. 41. Прорѣзываніе головки при переднеголовномъ положеніи. I поворотъ. Сгибаніе, приподыманіе, плоскость прорѣзыванія *Circumferentia suboccipito—frontalis*.

но граница волосистой части, плоскостью прорѣзыванія является плоскость, проведенная отсюда чрезъ *protuberantia occipitalis*, равная почти по величинѣ *circumferentia suboccipito-frontalis*.

Рожденіе темени и затылка могутъ произойти путемъ еще одного сгибательнаго движенія головки. Но такъ какъ послѣдняя согнута уже при окончаніи внутренняго поворота, т. е. до начала про-

рѣзыванія, то подвижность атланта-окципитальнаго сочлененія въ смыслѣ приподыманія вокругъ симфиза уже вполнѣ почти исчерпана. Прорѣзываніе надъ промежностью становится возможнымъ лишь благодаря сильному искривленію шейной и грудной части по-

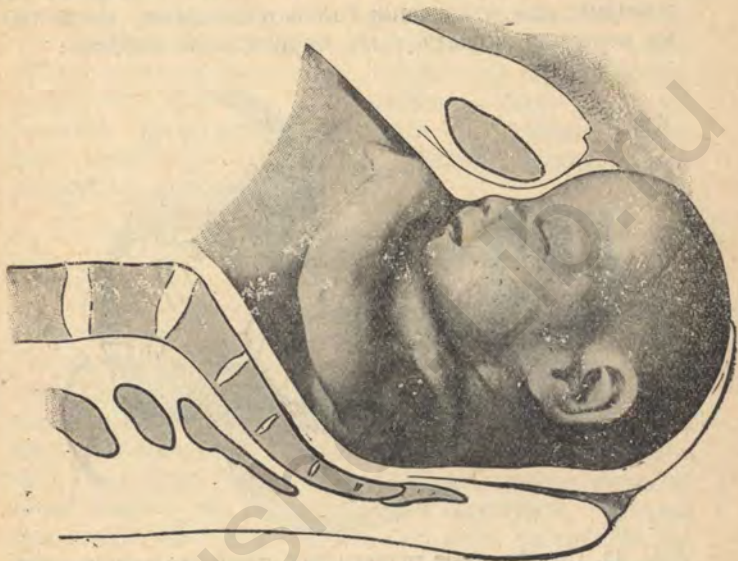


Рис. 42. Механизмъ прорѣзыванія головки при переднеголовномъ положеніи. Максимальное сгибаніе.

звоночнаго столба (рис. 41 и 42). Когда промежность сократилась надъ затылкомъ до подзатылочной ямки, то головка разгибается, причемъ личико выступаетъ изъ подъ симфиза (рис. 43).

Такимъ образомъ, при передне-головномъ положеніи головка прорѣзывается чрезъ половую щель такъ, что сперва показывается темя, затѣмъ прорѣзывается затылокъ надъ промежностью, послѣ чего благодаря обратному движенію изъ подъ симфиза показываются лобъ и личико.

Въ неблагопріятныхъ, рѣдкихъ случаяхъ, какъ, на примѣръ, при крупныхъ головкахъ, сгибаніе голов-

ки слабѣе, вслѣдствіе чего Glabella застреваетъ подъ симфизомъ, такъ что плоскостью прорѣзыванія становится Circumferentia occipito-frontalis. Связанное съ этимъ большое растяженіе мягкихъ частей вызываетъ часто разрывы, на что должно быть обращено особое вниманіе при извлеченіи головки щипцами, когда точка вращенія можетъ быть произвольно избрана.



Рис. 43. Прорѣзываніе головки при переднеголовномъ положеніи. II актъ. Переходъ головки въ разогнутое положеніе въ направленіи стрѣлки.

Рожденіе туловища не представляетъ никакихъ особенностей.

Переднеголовное положеніе представляетъ при родахъ безусловно менѣе благоприятныя условія, чѣмъ затылочное положеніе. Причины заключаются въ томъ, что при затылочномъ положеніи вытянутый въ длину предлежащій затылокъ значительно легче въ состояніи произвести въ родовомъ каналѣ необходимые повороты, чѣмъ болѣе объемистый лобъ и передне-головная часть.

Это обстоятельство часто представляетъ большія затрудненія какъ разъ при прохожденіи чрезъ

узкую часть таза и выходъ таза. Въ такихъ случаяхъ роды долго не подвигаются впередъ, несмотря на сильную родовую дѣятельность; если впоследствии затылокъ еще поворачивается кпереди, то та же головка и чрезъ тотъ же тазъ рождается съ поразительной быстротой, что служитъ признакомъ того, что причиной затрудненія родовъ является лишь неблагоприятное вставленіе головки. Особенно неблагоприятенъ бываетъ, какъ изложено было выше, механизмъ прорѣзыванія, который представляетъ большую опасность для мягкихъ частей, особенно при извлеченіи щипцами.

II. Разгибательныя положенія.

Разгибательнымъ положеніямъ присуще разгибаніе головки. Если оно достигаетъ максимума, такъ что затылокъ касается подзатылочной ямки, то личико становится подлежащей частью головки, лицевое положеніе. При болѣе слабомъ разгибаніи лобъ является проводной частью головки, лобное положеніе. Такъ какъ такое разгибаніе появляется лишь во время родовъ, то эти положенія образуютъ переходныя стадіи одно для другого; но разъ разгибаніе началось, оно большею частью достигаетъ высокихъ степеней, такъ что стойкія лобныя положенія очень рѣдки.

А. Лицевое положеніе.

а) Благоприятное вращеніе, подбородокъ спереди.

Образованіе лицевого положенія либо можетъ быть вызвано уже во время беременности вслѣдствіе причинъ, лежащихъ въ самомъ плодѣ: *первичное лицевое положеніе*, либо же происходитъ лишь во время родовъ вслѣдствіе того, что головка по какой либо причинѣ

бываетъ переведена изъ согнутаго положенія въ разогнутое: *вторичное лицевое положеніе*.

Въ качествѣ причинъ первичнаго разгибательнаго положенія намъ извѣстны: уродства вслѣдствіе

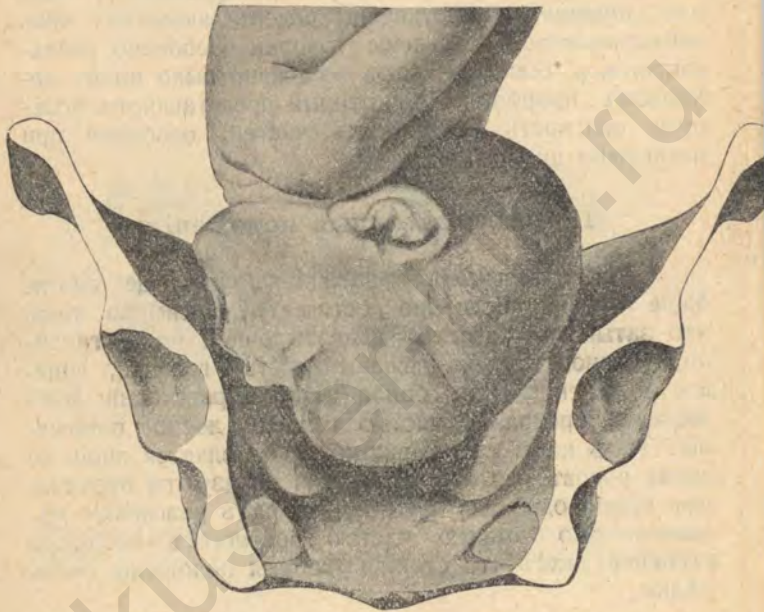


Рис. 44. Образование вторичнаго лицеваго положенія. Переходъ головки изъ согнутаго положенія въ разогнутое путемъ упирания затылка о входъ таза.

опухолей, особенно на тазу и спинкѣ съ искривленіями позвоночнаго хребта, образование щелей и дефектовъ, акранія, врожденный зубъ, водянка груди, контрактура затылочной мускулатуры. Само собой понятно, что головка при этомъ не находится съ самаго начала въ положеніи полнаго разгибанія; максимумъ разгибанія скорѣе развивается лишь въ продолженіе родовъ, какъ результатъ механизма ихъ. Но поводъ къ этому въ такихъ случаяхъ ле-

жить первично въ плодѣ. Въ другихъ случаяхъ причина разгибанія лежитъ въ матери или ея родовомъ каналѣ, въ міомахъ матки или другихъ опухоляхъ родового канала. По Necker'у типичнымъ образомъ развивается вторичное лицевое положеніе при одно-



Рис. 45. Вступленіе головки въ тазъ при II первичномъ лицевомъ положеніи. Лицевая линія въ поперечномъ размѣрѣ. Подбородокъ слѣва, спинка справа.

временномъ существованіи долихацефалии и поперечно суженнаго таза. Сильнѣе выдающійся затылокъ зацѣпляется до извѣстной степени за *Linea innominata* при прохожденіи головки чрезъ тазовый входъ, такъ что въ каналъ таза вкатываются передняя часть головки, а потомъ лобъ и личико (рис. 44). Къ разгибанію могутъ привести также значительное боковое смѣщеніе матки, благодаря тому, что лобъ останавливается и зацѣпляется за одну изъ подвздошныхъ костей (Ahlfeld), равно какъ и контрактура внутренняго маточнаго зѣва (Schatz).

Механизмъ родовъ при лицевомъ положеніи происходитъ по тѣмъ же принципамъ, какъ и при черепныхъ положеніяхъ. На мѣсто стрѣловиднаго шва становится лицевая линія, воображаемое продол-



Рис. 46. Внутренній поворотъ при II лицевомъ положеніи (подбородокъ спереди). Лицевая линія въ первомъ косомъ размѣрѣ, подбородокъ опущенъ, слѣва спереди, спинка справа.

женіе лобнаго шва, проводимая чрезъ носъ къ подбородку, а на мѣсто малаго родничка—подбородокъ.

При первичномъ лицевомъ положеніи головка вступаетъ въ тазовый входъ уже въ выраженно разогнутомъ положеніи, слѣдовательно, согнутой въ

подзатылочной ямкѣ, съ лицевой линіей, расположенной въ поперечномъ размѣрѣ (рис. 45). При вторичномъ лицевомъ положеніи головку можно сначала



Рис. 47. Законченный внутренній поворотъ при II лицевомъ положеніи (подбородокъ спереди). Лицевая линія приблизительно въ прямомъ размѣрѣ. Головка до крайности разогнута, приподнятіе въ направленіи стрѣлки, плоскость прорѣзыванія — *Circumferentia trachelo - parietalis postica*.

прощупать въ черепномъ положеніи, позже найти ее въ лобномъ положеніи, пока, наконецъ, подбородокъ совсѣмъ опускается, благодаря чему окончательно образуется лицевое положеніе.

Внутренній поворотъ при прохожденіи чрезъ тазъ состоитъ въ томъ, что при обра-

щенной вправо спинкѣ, т. е. при II лицевомъ положеніи (рис. 46) подбородокъ опускается и поворачивается влѣво и впередъ, вслѣдствіе чего лицевая линія передвигается въ первый косой размѣръ. Предлежа-

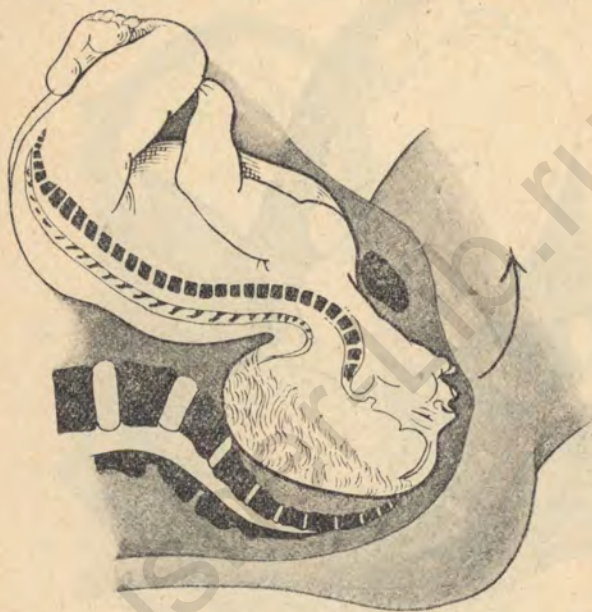


Рис. 48. Членорасположеніе головки и позвоночнаго столба при лицевомъ положеніи (подбородокъ спереди): внутренній поворотъ законченъ.

щей частью головки служитъ личико, которое часто при большой продолжительности родовъ и сильномъ развитіи родовой опухоли измѣняется самымъ уродливымъ образомъ, такъ что распознаваніе его при внутреннемъ изслѣдованіи можетъ быть очень затруднено. При I лицевомъ положеніи родовая опухоль находится больше на правой сторонѣ лица, при II больше на лѣвой.

По окончаніи внутренняго поворота головка находится на днѣ таза въ положеніи макси-

мальнаго разгибанія, подбородокъ находится подъ симфизомъ, такъ что вогнутость шейно-нижнечелюстной ямки прилегаеть къ заднему краю симфиза. Лицевая линия идетъ почти прямо.

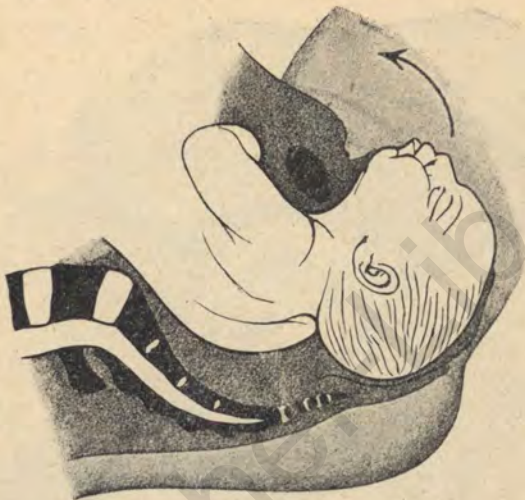


Рис. 49. Прорѣзываніе головки при II лицевомъ положеніи (подбородокъ спереди). Переходъ въ сгибаніе. Приподнятіе въ направленіи стрѣлки.

Прорѣзываніе головки происходитъ путемъ перехода изъ сильнѣйшаго разгибанія въ сгибаніе. Неблагопріятнымъ является при этомъ то, что шейная часть позвоночнаго хребта, сдавленная кзади въ видѣ узкой дуги, должна пройти чрезъ полное выпрямленіе (Kaltenbach), чтобы быть въ состояніи согнуться. Подвижность головки такъ же велика, какъ и при затылочномъ положеніи, т. е. благопріятнѣе, чѣмъ при передне-головномъ положеніи.

Такъ какъ подъ симфизомъ въ качествѣ точки вращенія упирается шейная часть позвоночнаго столба, а не подбородокъ, то плоскостью прорѣзыванія становится *Circumferentia trachelo-parietalis postica* (рис. 47).

При прорѣзываніи головки чрезъ половую щель появляется сперва подбородокъ, затѣмъ ротъ, носъ, лобъ, передняя часть головки и подъ конецъ затылокъ (рис. 50).

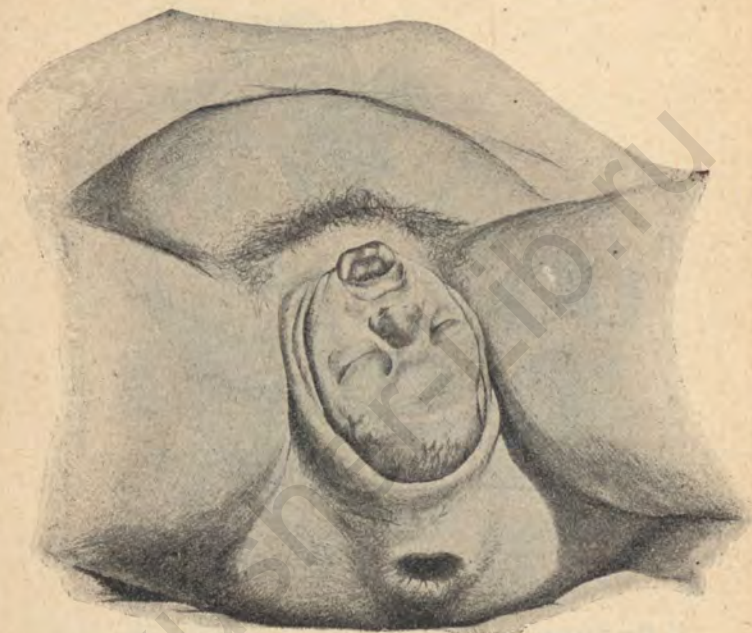


Рис. 50. Врѣзываніе головки при лицевомъ положеніи.

Самопроизвольные роды могутъ произойти при лицевомъ положеніи, если подбородокъ опускается и поворачивается кпереди, но и тутъ прохожденіе головки чрезъ родовой каналъ бываетъ значительно затруднено вслѣдствіе ненормальнаго членорасположенія головки и вслѣдствіе того, что послѣдняя представляетъ болѣе неблагоприятные размѣры. Во многихъ случаяхъ (приблизительно 30⁰/о) лицевыхъ положеній осложняюще вліяетъ еще сверхъ того узкій

тазь, что играет роль также и при образованіи лицевомъ положеніи, тутъ, стало быть, несравненно чаще, чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Огромная опасность грозитъ не только матери, но также, и особенно сильно, младенцу, такъ какъ при



Рис. 51. Неблагопріятный поворотъ подбородка кзади при II лицевомъ положеніи. Лицевая линія во второмъ косомъ размѣрѣ.

форсированномъ разгибаніи головки нервы и сосуды передней поверхности шеи могутъ подвергнуться значительному растяженію и сдавленію; смертность дѣтей приблизительно въ три раза больше, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ.

б) Неблагопріятный поворотъ, подбородокъ кзади.

Какъ при затылочныхъ положеніяхъ затылокъ при ненормальномъ поворотѣ поворачивается иногда

кзади, вмѣсто того, чтобы повернуться кпереди, такъ и при лицевыхъ положеніяхъ въ рѣдкихъ случаяхъ подбородокъ поворачивается кзади, вмѣсто того, чтобы повернуться впередъ.



Рис. 52. Законченный поворотъ при II лицевомъ положеніи. Неблагопріятный поворотъ подбородка кзади. Лицевая линия приблизительно въ прямомъ размѣрѣ. Крайнее разгибаніе головки.

Тогда при II лицевомъ положеніи лицевая линия стоитъ во второмъ косомъ размѣрѣ.

На днѣ таза головка снова стоитъ въ положеніи крайняго разгибанія, лицевая линия стоитъ приблизительно прямо, подбородокъ находится въ области лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія.

Какъ при переднеголовномъ положеніи затылокъ поворачивается кпереди еще на днѣ таза, такъ и тутъ подбородокъ поворачивается еще, большею частью, впередъ, благодаря чему становится возможнымъ описанное выше прорѣзываніе. Если подборо-

докъ въ видѣ исключенія остается сзади, то механизмъ прорѣзыванія невозможенъ потому, что при такомъ членорасположеніи и такой позиціи головка и позвоночный хребетъ не обладаютъ больше подвиж-

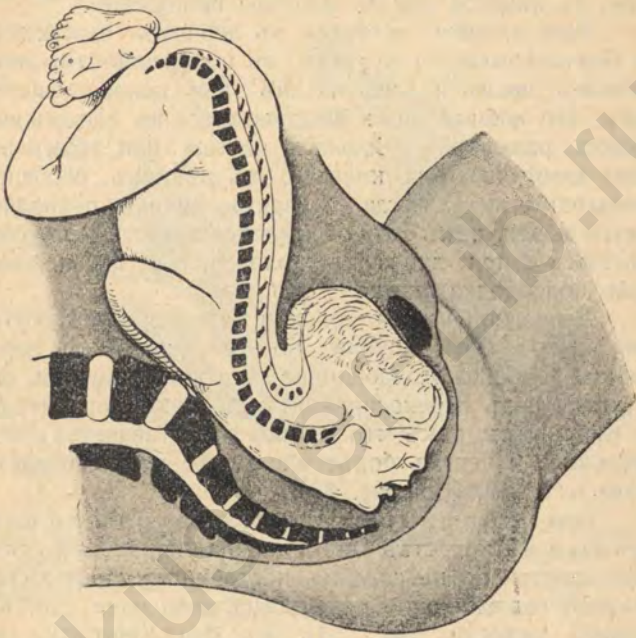


Рис. 53. Членорасположеніе головки и позвоночнаго столба при лицевомъ положеніи (подбородокъ сзади). Крайнее разгибаніе головки.

ностью въ смыслѣ приподыманія надъ симфизомъ. Положеніе становится абсолютно неблагоприятнымъ, и окончаніе родовъ возможно лишь искусственнымъ путемъ.

В. Лобное положеніе.

При лобномъ положеніи головка находится въ разогнутомъ положеніи, представляющемъ нѣчто сред-

нее между членорасположеніемъ при лицевыхъ и затылочныхъ положеніяхъ. При поступательномъ движеніи головки лобное положеніе можетъ быть путемъ дальнѣйшаго разгибанія или сгибанія головки превращено въ лицевое или затылочное положеніе.

Если головка остается въ лобномъ положеніи, то она врѣзывается въ тазъ съ поперечно-стоящимъ лобнымъ швомъ и лишь на днѣ таза поворачивается такъ, что лобный шовъ располагается въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ. Большею частью при этомъ личико поворачивается кпереди, въ рѣдкихъ, особенно неблагопріятныхъ тогда случаяхъ, личико поворачивается кзади, такъ что образуются аналогичныя условія, какъ и при лицевыхъ положеніяхъ съ поворотомъ подбородка кзади.

Проводной частью головки является лобъ, который можетъ быть ошупанъ по всей длинѣ, отъ переносицы до большого родничка. Головная опухоль образуется надъ переносицей, дѣлаетъ лобъ поразительно выпуклымъ, такъ что личико представляется очень высокимъ, и черепъ болѣе или менѣе круто спадаетъ кзади отъ лба. (Ср. рис. 33).

При прорѣзываніи чрезъ входъ во влагалище въ качествѣ гипомохліона упирается въ симфизъ смотря по не совсѣмъ постоянному членорасположенію головки либо переносица, либо одна сторона верхней челюсти (рис. 54). Въ благопріятныхъ въ пространственномъ отношеніи случаяхъ головка можетъ прорѣзаться такимъ образомъ, что сначала показываются во входѣ во влагалище глаза и лобъ. Посредствомъ комбинированнаго сагиттальнаго и бокового сгибанія головки, достигающаго максимума благодаря соучастію шейной и грудной части позвоночнаго столба, послѣдовательно прорѣзываются изъ за промежности передняя часть головы, темя и затылокъ. Послѣ того какъ промежность сократилась до подзатылочной ямки, какъ и при лицевомъ положеніи, вслѣдствіе разгибанія головки изъ подъ симфиза показывается остальная часть личика, т. е. нижняя часть верхней челюсти, ротъ и подбородокъ.

При прорѣзываніи въ лобномъ положеніи моментъ болѣе неблагопріятнымъ, чѣмъ при лицевомъ положеніи, является то, что головка не находится въ положеніи выраженного разгибанія, такъ что размахъ ея движенія меньшій. Сюда присоединяется еще въ

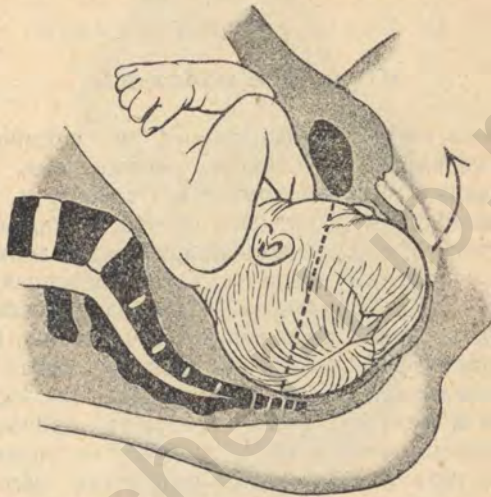


Рис. 54. Законченный внутренній поворотъ при II лобномъ положеніи. Лобный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Приподнятіе въ направленіи стрѣлки. Плоскость прорѣзыванія—*circumferentia maxillo—occipitalis*.

качествѣ осложняющаго момента то, что плоскость прорѣзыванія, размѣръ отъ верхней челюсти къ затылку, значительно больше, такъ какъ она принадлежитъ къ самымъ большимъ изъ большихъ размѣровъ черепа.

Затрудненія для прорѣзыванія суммируются при лобныхъ положеніяхъ настолько, что произвольные роды возможны лишь при малыхъ плодахъ и при наличности очень интенсивнаго длительного напряженія силъ со стороны матери. Обыкновенно и тутъ роды должны быть закончены искусственнымъ путемъ, который дѣлаетъ роды возможными путемъ перфорации и

уменьшенія головки, если нельзя создать другого болѣе благоприятнаго положенія плода. (Ср. добавл. стр. 101). Смертность младенцевъ при лобномъ положеніи соотвѣтствуетъ въ различной статистикѣ 25 — 36%.

С. Тазовыя предлежанія.

Ягодичное положеніе.

Такъ какъ тазовый конецъ не соединенъ, подобно головкѣ, съ туловищемъ сочлененіями, то тутъ примыкающая часть позвоночнаго столба, т. е. поясничная часть позвоночнаго столба, въ большей степени, чѣмъ при головныхъ положеніяхъ, должна принимать участіе въ поворотахъ предлежащей части. Но подвижность позвоночнаго столба никогда не можетъ быть равной подвижности сочлененія. Поэтому при механизмѣ прорѣзыванія форсированныя движенія предлежащей части происходятъ съ большимъ трудомъ и медленнѣе; они требуютъ продолжительной и интенсивной родовой работы. Вступленіе ягодицъ въ тазъ и прохожденіе ихъ чрезъ него происходитъ по тѣмъ же принципамъ, которые дѣйствуютъ при прохожденіи головки въ черепномъ положеніи. Большой размѣръ предлежащей части, т. е. въ данномъ случаѣ ягодичный размѣръ, расположенъ во входѣ въ тазъ приблизительно въ поперечномъ его размѣрѣ, въ широкой и узкой частяхъ полости таза онъ поворачивается въ косою размѣръ, притомъ чаще спинкой впередъ, такъ что при I тазовомъ предлежаніи ягодичный размѣръ расположенъ во II косомъ размѣрѣ, при II положеніи — въ первомъ; въ выходѣ таза ягодичный размѣръ совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ. При этомъ передняя ягодица вслѣдствіе поворота таза плода вокругъ его сагиттальной оси опускается ниже задней.

Прорѣзываніе происходитъ путемъ сильнаго бокового сгибанія поясничной части позвоночнаго столба (рис. 57), причемъ область одной изъ ягодицъ упирается подъ симфизомъ.

Если и дальше членорасположение плода остается нормальнымъ, причемъ важно, чтобы ручки были скрещены впереди груди и головка опущена подбо-

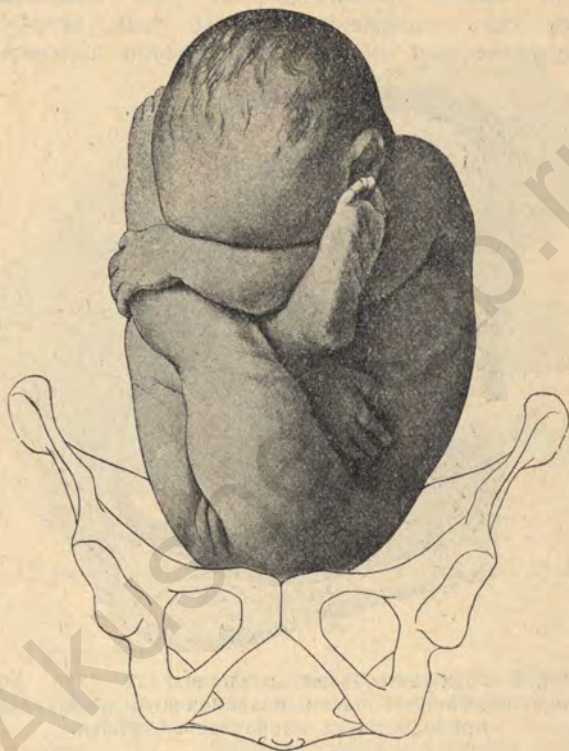


Рис. 55. Ягодичное положение въ широкой части полости таза.

родкомъ на грудь, т. е. согнута, такъ что *circumferentia suboccipito-frontalis* является наибольшимъ размѣромъ для прорѣзыванія чрезъ тазъ, то послѣ прорѣзыванія ягодицъ съ ближайшей схваткой могутъ самопроизвольно родиться верхняя часть туловища и головка.

Если же, наоборотъ, членорасположеніе плода измѣнилось, такъ что ручки закинута вверхъ подлѣ головки или же послѣдняя вмѣсто сгибанія приняла другое болѣе неблагоприятное для прорѣзыванія чрезъ тазъ положеніе или же если встрѣчается затрудненіе для родовъ въ большой головкѣ или



Рис. 56. II ягодичное положеніе въ выходѣ таза. Боковое сгибаніе поясничной части позвоночнаго хребта. Начало приподнятія въ направленіи стрѣлки.

въ имѣющихся суженіяхъ таза, то необходимо тотчасъ же приступить къ низведенію ручекъ и извлеченію головки (смотри извлеченіе), такъ какъ послѣ рожденія пупка неизбѣжно сдавленіе пуповины, вслѣдствіе котораго младенецъ моментально подвергается величайшей опасности.

Правиломъ должно служить: если послѣ прорѣзыванія таза младенецъ не рождается при ближайшей схваткѣ, необходимо низвести ручки и извлечь головку.

Различные виды тазового предлежания въ существенномъ одинаковы въ смыслѣ механизма рожденія и терапіи.

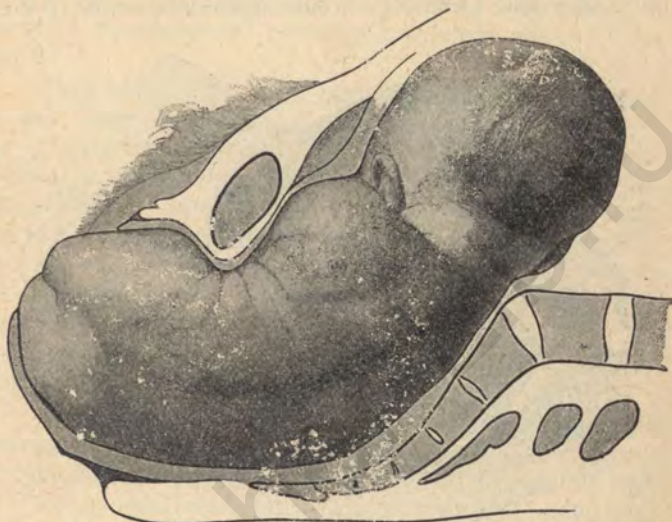


Рис. 57. Прорѣзываніе ягодиць при II ягодичномъ положеніи. Крайнее боковое сгибаніе.

Различаютъ:

Ягодичное по- ложене.	{ двойное, ножки рядомъ съ ягодичами (ср. положенія на рис. 1). простое, нижнія конечности загнуты вверхъ вдоль живота.	
Ножное по- ложене		
Колѣнное положеніе	{ Нижнія конечности совершенно разогнуты. Согнуты въ ко- лѣняхъ.	{ Полное, предлежатъ обѣ стопы или колѣни. Неполное, предлежитъ одна стопа или одно колѣно.

Въ предсказаніи для младенца имѣется слѣдующее различіе:

Объемъ предлежащей части бываетъ различной величины, въ зависимости отъ того, идетъ ли дѣло о простомъ или двойномъ ягодичномъ положеніи, о пол-



Рис. 58. Прорѣзываніе головки при II. ягодичномъ положеніи, туловище родилось до грудной клѣтки, моментъ для освобожденія ручекъ и извлеченія головки.

номъ или неполномъ ножномъ или колѣнномъ предлежаніи. Наибольшій объемъ представляетъ, конечно, предлежащая часть при тазовыхъ предлежаніяхъ, если ножки лежатъ подлѣ ягодиць, ягодично-ножное положеніе.

Однако, это вовсе не неблагоприятно для теченія родовъ, а напротивъ, благоприятно постольку, поскольку размѣръ предлежащей части приближается къ размѣру плечиковъ и послѣдующей головки.

Прорѣзываніе верхней половины туловища и послѣдующей головки должно всегда произойти по возможности скорѣе, такъ какъ съ того момента, какъ

прорѣзались ягодицы, жизнь младенца находится въ абсолютной опасности. Чѣмъ больше мѣста требовалъ тазовый конецъ въ качествѣ подлежащей части при своемъ прорѣзываніи чрезъ родовой каналъ, чѣмъ больше онъ растянулъ мягкія части, тѣмъ легче и быстрѣе произойдетъ рожденіе верхней части тѣла плода.

Окружность ягодицъ равна по Kaltenbach'у лишь 27 см., наилучшая же плоскость прорѣзыванія головки, *circumferentia suboccipito-frontalis*, 32—35 см., величина почти равная размѣру ягодицъ вмѣстѣ съ прилегающими къ нимъ нижними конечностями (32 см.). При этомъ надо еще принять во вниманіе, что плотно охватывающій туловище маточный зѣвъ можетъ дать поводъ къ закидыванію ручекъ вверхъ и къ разгибанію головки.

Смертность младенцевъ при тазовыхъ подлежаніяхъ равна по Winckel'ю 20%.

Въ статистическихъ данныхъ Кенигсбергской клиники (Wetzel) смертность младенцевъ при самопроизвольныхъ родахъ въ ягодичномъ положеніи равна 7,75%, при ножномъ положеніи 21,00%, при ручномъ извлеченіи въ общемъ 19,44%.

D. Поперечныя положенія.

Поперечныя положенія относятся къ числу абсолютно неблагоприятныхъ положеній, въ которыхъ младенецъ обыкновенно не можетъ быть рожденъ самопроизвольно безъ искусственной помощи.

Существуютъ, однако, двѣ въ общемъ рѣдкія возможности, при которыхъ наблюдается самопроизвольное прорѣзываніе, такъ называемый «самоизворотъ», *Evolutio spontanea* и роды «*conduplicato corpore*». Для того и другого необходима совсѣмъ необычная подвижность всего позвоночника плода, наблюдаемая только при мертво-гнилыхъ, мацерированныхъ или совсѣмъ малыхъ плодахъ и дѣлающая возможнымъ каучуко-подобное искривленіе младенца.

«Самоизворотъ» (рис. 59—62) происходитъ слѣдующимъ образомъ. Сперва младенецъ лежитъ въ поперечномъ положеніи съ выпавшей ручкой. Соотвѣтствующее этой ручкѣ плечико вступаетъ въ тазъ



Рис. 59. Процессъ самоизворота при поперечномъ положеніи. I моментъ. Низкое вставленіе предлежащаго плечика при выпаденіи ручки со сдавленіемъ туловища (Разрѣзь Chiara).

сильно натянутымъ, такъ что подзатылочная ямка и боковыя части шеи прилегаютъ къ заднему краю симфиза; надъ симфизомъ или сбоку отъ него находится головка.

Вдоль задней стѣнки таза, слѣдовательно, въ вогнутости крестца, спускается спинка плода при очень сильномъ сгибаніи всего позвоночнаго столба. Туловище плода медленно передвигается такимъ образомъ, что тазовый конецъ опускается внизъ рядомъ съ плечомъ и позади него.

Прорѣзывается сперва плечико, затѣмъ послѣдовательно грудь, животъ, наконецъ, ягодицы съ нижними конечностями, чѣмъ оканчивается рожденіе туловища (рис. 61, 62). Головка прорѣзывается, какъ при тазовыхъ предлежаніяхъ, позже.



Рис. 60. Процесс самоизворота при поперечномъ положеніи. I моментъ. Низкое вставленіе предлежащаго плечика при выпаденіи ручки со сдавленіемъ туловища. (Разрѣзъ замороженнаго препарата по Chiara).

Изгнаніе поперечно лежащаго плода «*conduplicato corpore*» требуетъ елико возможнаго сильнаго сжатія плода, такъ что процессъ этотъ наблюдается еще рѣже и лишь при незрѣлыхъ плодахъ.

Тутъ при прорѣзываніи чрезъ тазъ не происходитъ смѣщенія позвоночнаго столба, какъ при самоизворотѣ.

Сперва вступаетъ въ тазъ предлежащее плечико, которому соотвѣтствуетъ выпавшая ручка. Затѣмъ головка настолько вдавливаются въ животъ плода, что туловище и головка вмѣстѣ и одновременно проходятъ чрезъ тазъ. (Рис. 63),



Рис. 61. Процесс самоизворота при поперечномъ положеніи. II моментъ. Опущеніе ягодиць вдоль задней стѣнки таза. (Схема).



Рис. 62. Процесс самоизворота при поперечномъ положеніи. III. моментъ. Рожденіе ягодиць. (Схема).

Въ качествѣ третьей возможности самопроизвольныхъ родовъ плодовъ, находящихся въ поперечномъ по-

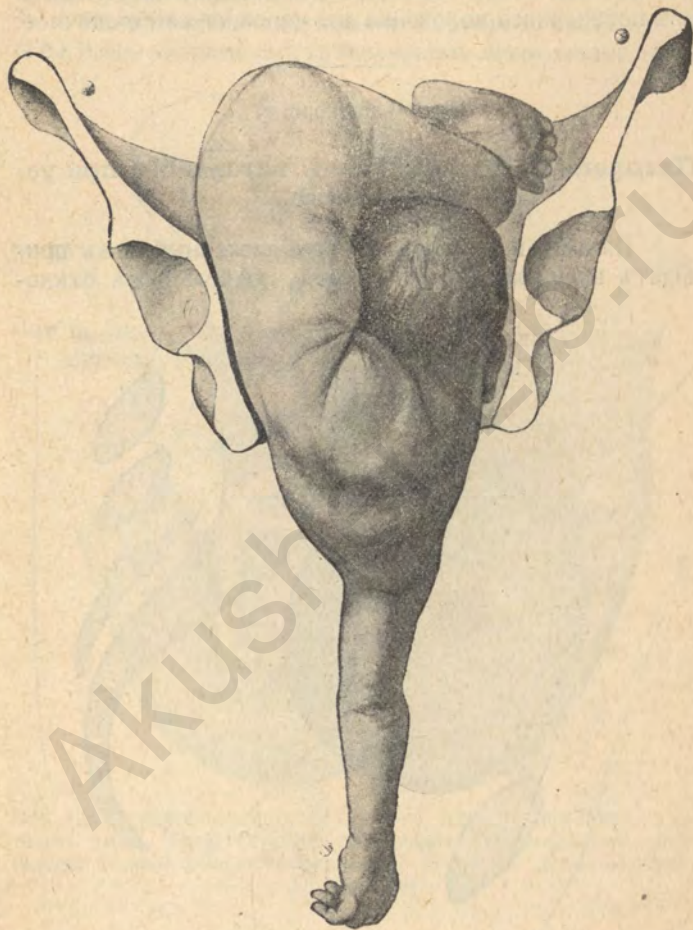


Рис. 63. Изгнание плода *conduplicato corpore* при поперечномъ положеніи.

положеніи, слѣдуетъ упомянуть такъ называемый «с а м о-

поворотъ», *versio spontanea*, при которомъ безъ типичнаго механизма и надъ входомъ въ тазъ подвижный еще плодъ самъ собой постепенно переходитъ изъ поперечнаго положенія въ черепное или ягодичное.

Прибавленіе.

Патологическій механизмъ вставленія при узкомъ тазѣ.

Плоскій и обще-равномѣрно-суженный тазъ приводятъ къ характеристическимъ, типическимъ откло-

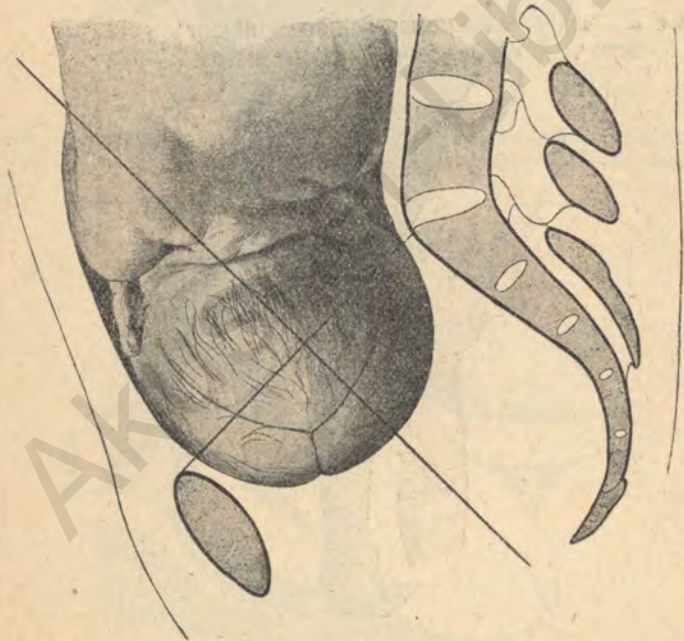


Рис. 64. Переднетеменное вставленіе при рахитически узкомъ тазѣ. Naegele'вское наклоненіе стрѣловиднаго шва. Передній асинклитизмъ.

неніямя отъ нормальнаго механизма вставленія головки

во входѣ въ тазъ, знакомство съ которыми необходимо въ виду преобладанія этихъ видовъ суженія таза предъ всѣми остальными.

Ненормальное вставленіе состоитъ въ «Naegele'евскомъ наклоненіи стрѣловиднаго шва», «передне—



Рис. 65. Передне-теменное вставленіе при рахитически плоскомъ тазѣ. Naegele'евское наклоненіе стрѣловиднаго шва, низкое стояніе большого родничка. Передній асинклитизмъ. (По Smellie).

и задне-теменномъ вставленіи» и въ «затылочностномъ вставленіи».

Naegele'евское наклоненіе стрѣловиднаго шва образуется вслѣдствіе вращенія головки вокругъ ея лобно-затылочной оси, такъ что головка согнута вбокъ

и назадъ, и стрѣловидный шовъ пробѣгаетъ не по срединѣ таза, а ближе къ мысу. Благодаря этому подлежащей частью головки оказывается расположенная спереди теменная кость, слѣдовательно, при II черепномъ положеніи лѣвая теменная кость. (Рис. 64).

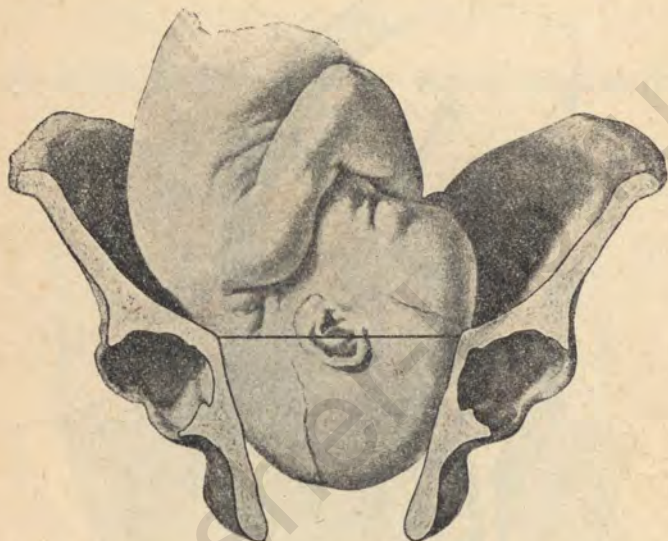


Рис. 66. Заднетеменное вставленіе при обще-равномѣрно суженномъ тазѣ. Головка сильно опущена, низкое стояніе малого родничка.

Это наклоненіе стрѣловиднаго шва встрѣчается, какъ упомянуто выше (стр. 30), въ легкой степени и при нормальномъ тазѣ. Мысь, выступающій сильнѣе при плоскомъ тазѣ, вызываетъ изображенный на рис. 64 и 65 значительный поворотъ стрѣловиднаго шва назадъ (передній асинклитизмъ).

Противоположный поворотъ головки вокругъ лобно-затылочной оси, боковое сгибаніе головки впередъ, такъ что стрѣловидный шовъ проходитъ вблизи отъ симфиза и подлежащей костью становится задняя теменная кость (Litzmann), встрѣчается болѣе

рѣдко, чѣмъ предыдущее положеніе стрѣловиднаго шва. Поворотъ можетъ быть при этомъ такъ выраженъ, что заднее ухо ощупывается въ маточномъ зѣвѣ (ушное положеніе). При такомъ передне-или заднетеменномъ вставленіи головка въ то-же время

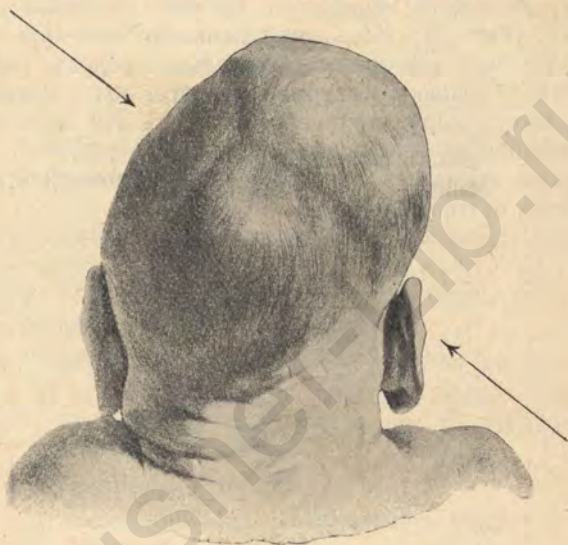


Рис. 67. Головка плода, самопроизвольно родившагося при плоскомъ тазѣ въ затылочномъ положеніи: значительная конфигурація.

повернута вокругъ своей поперечной оси, такъ что передне-головная часть стоитъ ниже затылка.

При обще-суженномъ тазѣ головка уже во входѣ въ тазъ принимаетъ положеніе сильнаго сгибанія, такъ что малый родничекъ располагается ниже большаго. Предлежащей частью головки становится поэтому затылокъ, «вставленіе затылочной костью» (рис. 66), по проводной линіи становится малый родничекъ, какъ ниже другихъ расположенная часть очень сильно согнутой головки.

Послѣ родовъ, которые въ силу неблагоприятныхъ пространственныхъ условій длятся дольше обыкновеннаго, на головкѣ младенца находятъ обыкновенно явственные слѣды произошедшей «конфигураціи», состоящіе изъ болѣе или менѣе сильнаго перехожденія или захожденія черепныхъ костей, особенно теменныхъ. (Рис. 67). Надъ предлежавшей теменной костью можетъ имѣться очень значительная родовая опухоль, то мѣсто головки, которое оставалось долго прижатымъ къ мысу, характеризуется знакомъ отъ давленія, состоящимъ въ покраснѣніи кожи. Въ рѣдкихъ случаяхъ на этомъ мѣстѣ можетъ даже произойти гангренозное отторженіе.

Обзоръ акушерскихъ операцій.

Соотвѣтственно подраздѣленію процесса родовъ на три періода, а именно періодъ раскрытія, изгнанія и послѣдовый, акушерскія операціи также раздѣляютъ на три группы.

- I. Подготовляющія операціи (періодъ раскрытія):
 - a) искусственное раскрытіе родовыхъ путей (маточнаго зѣва, влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ);
 - b) разрываніе пузыря;
 - c) вызваніе преждевременныхъ родовъ и выкидыша;
 - d) поворотъ;
 - e) вправленіе выпавшихъ частей (пуповины, верхнихъ конечностей);
 - f) симфизеотомія, гебостеотомія.
- II. Разрѣшающія операціи (періодъ изгнанія):
 - a) извлеченіе живого младенца чрезъ естественные пути:
 1. щипцы,
 2. ручное извлеченіе;
 - b) извлеченіе уменьшеннаго младенца чрезъ естественные пути:
 1. Перфорация кефалотрипсіей или краниоклазіей (краниотомія),

2. обезглавление, эмбриотомія;
- с) извлечение живого младенца искусственнымъ путемъ:
 1. кесарское сѣченіе,
 2. лапаротомія при внѣматочной беременности.

III. Выжиманіе и искусственное отдѣленіе плода.

Цѣлью настоящей книги является изложеніе въ дальнѣйшемъ лишь тѣхъ операций, технику которыхъ можно изучить на фантомѣ, т. е. поворотъ, щипцы, ручное извлечение, перфорация краниокластомъ или кефалотрипторомъ и обезглавленіе, въ добавленіи будетъ сдѣлано изложеніе кесарскаго сѣченія и расширяющихъ тазъ операций.

ГЛАВА III.

Поворотъ.

Подъ «поворотомъ» разумѣютъ искусственное превращеніе одного положенія плода въ другое. Цѣль поворота всего очевиднѣе при показаніи, которое чаще всего даетъ поводъ къ этой операціи, а именно при поперечномъ положеніи, въ которомъ плодъ не можетъ родиться.

Путемъ поворота создаютъ фізіологическое положеніе, такъ что въ дальнѣйшемъ роды, смотря по обстоятельствамъ, либо предоставляютъ природѣ, либо заканчиваютъ искусственнымъ путемъ.

Но съ другой стороны поворотъ дѣлаютъ и для того, чтобы создать положеніе, при которомъ было бы возможно немедленное искусственное окончаніе родовъ въ случаяхъ, когда это показуется опасностями, угрожающими матери и плоду и когда данное положеніе плода не позволяетъ сейчасъ же произвести оперативное родоразрѣшеніе.

Понятно, что при помощи поворота плодъ всегда приводятъ въ такое положеніе, которое представляетъ благоприятныя условія для изгнанія или извлеченія плода. Но такими положеніями являются лишь затылочные и тазовыя предлежанія, среди послѣднихъ же опять таки «ножное положеніе» представляетъ наилучшія условія для дальнѣйшихъ оперативныхъ мѣропріятій. Соотвѣтственно этому надо различать «поворотъ на головку» и «поворотъ на ножку или обѣ ножки».

Для выполнения поворота имѣются въ распоряженіи три оперативныхъ способа:

1. наружный поворотъ;
2. комбинированный (непрямой) поворотъ;
3. внутренний (прямой) поворотъ.

При «наружномъ поворотѣ» измѣненіе положенія плода достигается лишь наружными ручными приѣмами, иногда даже однимъ лишь цѣлесообразнымъ укладываніемъ роженицы.

При «комбинированномъ поворотѣ» оперирующій вводитъ одинъ или два пальца въ матку, между тѣмъ какъ другая рука перемѣщаетъ плодъ снаружи.

«Внутренній поворотъ» отличается отъ комбинированнаго тѣмъ, что при немъ для схватыванія плода вводится въ матку вся рука, между какъ другая рука опять таки помогаетъ при помощи наружныхъ приѣмовъ. Слѣдовательно, при этомъ способѣ также производится «комбинированный» поворотъ.

При всѣхъ способахъ поворота главная часть работы при поворачиваніи плода въ маткѣ приходится на долю наружной руки.

Не отъ свободного выбора оперирующаго, а скорѣй отъ наличныхъ условій, должно зависѣть въ каждомъ данномъ случаѣ примѣненіе того или иного изъ этихъ трехъ способовъ.

«Наружный поворотъ» всегда заслуживаетъ предпочтенія вслѣдствіе присущаго ему преимущества, что при немъ не имѣетъ мѣста прикосновеніе къ внутреннимъ половымъ органамъ и, слѣдовательно, исключается благодаря этому всякая опасность зараженія. Но для него необходима большая подвижность плода, которая бываетъ лишь при еще цѣломъ плодномъ пузырьѣ. Такъ какъ при наружномъ поворотѣ членорасположеніе плода не измѣняется, какъ при комбинированномъ или внутреннемъ поворотѣ вслѣдствіе разгибанія одной ножки, то при его помощи можно создать лишь головное или тазовое предлежаніе. Въ силу всѣхъ этихъ причинъ область при-

мѣненія наружнаго поворота остается, естественно, ограниченной.

Выборъ между комбинированнымъ (непрямымъ) и внутреннимъ (прямымъ) поворотомъ зависитъ, главнымъ образомъ, отъ ширины маточнаго зѣва и подвижности плода.

Поворотъ въ черепное положеніе.

Поводъ къ «повороту на головку» данъ, если при нормальныхъ во всемъ остальномъ условіяхъ головка отклонилась отъ входа въ тазъ, т. е. если имѣется косое или поперечное положеніе. Если плодный пузырь еще цѣль и плодъ хорошо подвиженъ, то желательное черепное положеніе можно вызвать путемъ наружнаго перемѣщенія головки, «наружный поворотъ», или же иногда однимъ подходящимъ укладываніемъ роженицы.

Для этой цѣли укладываютъ женщину на тотъ бокъ, куда отклонилась головка. Слѣдовательно, если головка, напр., при первомъ головномъ предлежаніи отклонилась къ правой подвздошной кости, что ведетъ къ образованію второго поперечнаго положенія, то женщину укладываютъ на правый бокъ. Матка вмѣстѣ съ туловищемъ плода тогда также опускается вправо, нижняя же часть туловища съ головкой отклоняется при этомъ влѣво. Такому перемѣщенію тѣла плода посредствомъ наружныхъ приѣмовъ можно легко содѣйствовать путемъ соответственнаго давленія на плодъ, при которомъ одна рука отодвигаетъ кверху ягодицы, другая приводитъ головку ко входу въ тазъ. Если одно лишь укладываніе и наружные приѣмы не достигаютъ цѣли, то можно попытаться поставить головку по срединѣ посредствомъ внутренняго воздѣйствія.

Braxton Hicks рекомендовалъ для этого провести одинъ или два пальца чрезъ маточный зѣвъ и каналъ шейки къ предлежащей части, т. е. къ пле-

чику, и отодвинуть последнее въ противоположную головкѣ сторону, въ то время какъ вторая рука толкаетъ снаружи головку ко входу въ тазъ.

Аналогиченъ способъ d'Outrepoint'a, по которому, какъ изображено на рис. 68, плечико отодви-

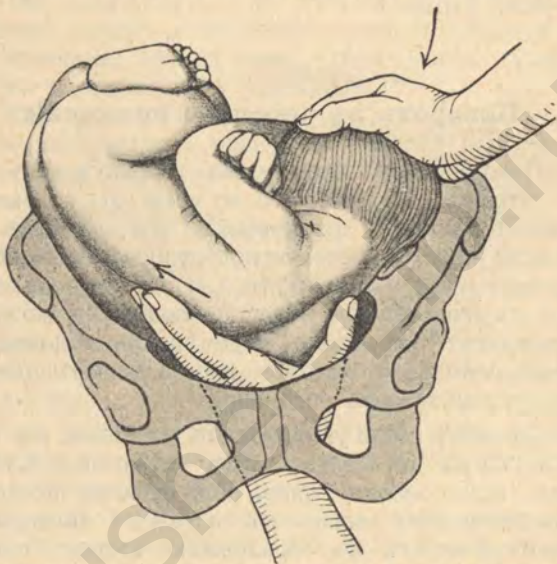


Рис. 68. Внутренній поворотъ на головку по d'Outrepoint'у.

гается всей рукой; вторая рука, какъ и при предыдущемъ способѣ, пытается правильно поставить головку.

Наконецъ, лишь рѣдко примѣняется при поворотѣ на головку рекомендуемый Busch'омъ способъ, по которому головка захватывается изнутри всей кистью «какъ кегельный шаръ» и помѣщается противъ входа въ тазъ.

Условія для поворота на головку таковы:

1. Головка плода не должна находиться слишкомъ далеко отъ входа въ тазъ.
2. Плодный пузырь долженъ быть еще цѣль или во всякомъ случаѣ незадолго лопнувшимъ, такъ что плодъ еще хорошо подвиженъ.

Слѣдовательно, удобный случай бываетъ лишь въ началѣ родовъ, когда всѣ эти условія какъ разъ на лицо.

Противопоказанія

1. Узкій тазъ, затрудняющій вставленіе предлежащей головки и ея врѣзываніе.
2. Необходимость немедленнаго окончанія родовъ, напр. выпаденіе конечностей, кровотеченія при предлежаніи плаценты.

Поворотъ на ягодицы зависитъ отъ тѣхъ же соображеній, что и поворотъ на головку, и производится вмѣсто послѣдняго, если при поперечныхъ положеніяхъ ягодицы плода лежатъ ближе ко входу въ тазъ.

Объ операціи имѣютъ то преимущество, что желательное положеніе можетъ быть иногда создано при помощи однихъ лишь наружныхъ приѣмовъ. Но объ обладають и общимъ недостаткомъ, что фиксированіе положенія не вполне находится во власти оперирующаго, что на него можно надѣяться лишь при сильныхъ схваткахъ, равно какъ и то, что никогда приведенная ко входу въ тазъ часть плода не даетъ сейчасъ же за что ухватиться при извлеченіи, такъ что немедленное окончаніе родовъ невозможно.

Поворотъ въ ножное положеніе.

«Поворотъ на ножку» можетъ быть выполненъ лишь при помощи внутреннихъ приѣмовъ, такъ какъ при немъ помимо положенія плода должно быть измѣнено и членорасположеніе нижнихъ конечностей. Здѣсь, стало быть, вопросъ идетъ лишь о двухъ способахъ, а именно, о «комбинированномъ» (непрямомъ) и о «внутреннемъ» (прямомъ) поворотѣ. Если возможно, то комбинированный поворотъ, какъ менѣе сложный способъ, слѣдуетъ предпочесть внутреннему. Но комбинированный поворотъ требуетъ большей подвижности плода, чѣмъ внутренній поворотъ.

«Поворотъ на ножку» показанъ:

1. При поперечномъ положеніи, а именно тогда, когда поворотъ на головку невыполнимъ за отсутствіемъ необходимыхъ условій или въ виду наличности противопоказаній (стр. 77).
2. При патологическихъ головныхъ предлежаніяхъ, напр., разгибательныя положенія, или при патологическомъ вставленіи головки (задне- или передне-теменное вставленіе и т. д., см. стр. 66).
3. При выпаденіи конечностей или пульсирующей пуповины.
4. Если опасность, угрожающая матери или плоду, требуетъ окончанія родовъ (напр., эклампсія, порокъ сердца, болѣзни легкихъ и почекъ), а предлежащая часть, напр. головка, неудобна для извлеченія.
5. При предлежаніи плаценты.

Среди всѣхъ перечисленныхъ показаній всего чаще на практикѣ приходится считаться съ первымъ, поперечнымъ положеніемъ; въ этомъ положеніи плодъ родиться не можетъ (ср. стр. 61), а образованіе ножного положенія не только устраняетъ затрудненія, обусловленныя абсолютно неблагоприятнымъ положеніемъ, но благодаря ему создаются самыя благоприятныя условія для извлеченія плода. Поворотъ при такихъ условіяхъ лишь тогда не долженъ быть произведенъ, если имѣются противопоказанія, которыя указываютъ, что выполненіе операціи было бы опаснымъ для матери, или если вслѣдствіе узости таза плодъ не можетъ родиться цѣлымъ чрезъ естественные пути.

Второе показаніе не можетъ претендовать на такую же важность, потому что въ разгибательныхъ положеніяхъ, лицевыхъ положеніяхъ, а также и лобныхъ могутъ произойти самопроизвольные роды, хотя и рѣже, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ, даже поворотъ подбородка кзади въ лицевомъ положеніи

позволяетъ еще разсчитывать на подобную возможность самопроизвольныхъ родовъ, такъ какъ даже на тазовомъ днѣ подбородокъ можетъ еще повернуться кпереди. Пока головка еще подвижна, нельзя предугадать настолько ходъ родовъ, чтобы была оправдана такая серьезная операція, какъ поворотъ, но когда головка въ теченіе долгаго времени стоитъ неподвижно въ тазу въ неблагопріятномъ поворотѣ, то поворотъ уже невыполнимъ больше. Въ тотъ моментъ когда надобно рѣшиться на поворотъ, еще не исключаются самопроизвольные роды, съ возможностью которыхъ слѣдуетъ считаться. Когда же впоследствии появляются препятствія для самопроизвольныхъ родовъ, дѣлающія желательнымъ поворотъ, тогда послѣдній обыкновенно уже невыполнимъ. На подобныя же затрудненія въ опредѣленіи показанія мы наталкиваемся и при патологическихъ вставленіяхъ предлежащей головки, причина которыхъ всегда лежитъ въ узкомъ тазѣ. Для такихъ случаевъ въ качествѣ «профилактической» операціи рекомендуется поворотъ на ножку, исходя изъ того взгляда, что при средней степени суженія тазу ножное положеніе встрѣчаетъ болѣе благопріятныя условія, чѣмъ головное, какъ для самопроизвольныхъ родовъ, такъ и для оперативнаго окончанія родовъ. Путемъ профилактическаго поворота стремились, при черепныхъ положеніяхъ, избѣжать всѣхъ осложненій, обусловленныхъ узкимъ тазомъ, какъ выпаденія конечностей или пуповины, неправильнаго вставленія, слишкомъ продолжительнаго прижатія мягкихъ частей съ послѣдующей гангреной и образованіемъ фистулы. Преимущество предъ черепными положеніями усматриваютъ еще въ томъ обстоятельстве, что при ножномъ предлежаніи головка проходитъ чрезъ тазъ, какъ «п о с л ѣ д у ю щ а я». Для послѣдующей головки прохождение чрезъ тазъ является болѣе благопріятнымъ, потому что тутъ кости могутъ заходить одна за другую больше, чѣмъ при предлежащей головкѣ, такъ что головка легче «конфигурируется», а также потому, что съ помощью комбинированныхъ приемовъ

для извлеченія послѣдующей головки можно оказать на головку болѣе благоприятное воздѣйствіе въ смыслѣ давленія и влеченія, чѣмъ при извлеченіи подлежащей головки посредствомъ щипцовъ. Конечно, это относится лишь къ суженіямъ средней степени, съ *Conjugata vera* въ 8, не меньше 7,5 см., еще болѣе суженные тазы не допускаютъ прохожденія чрезъ родовую каналъ неповрежденнаго младенца средней величины. Новѣйшія обширныя клиническія, статистическія изслѣдованія привели къ выводу, что и при этихъ среднихъ степеняхъ суженія таза можно достигнуть лучшихъ результатовъ какъ для матери, такъ и для плода, если по возможности предоставить роды природѣ, чѣмъ если дѣлать «профилактическій» поворотъ. Вслѣдствіе этого показаніе въ значительной степени утратило свою силу и во всякомъ случаѣ не можетъ имѣть общаго значенія, а должно приниматься во вниманіе лишь въ особыхъ случаяхъ. Прежде всего слѣдуетъ исключить профилактическій поворотъ у первородящихъ, о способности которыхъ къ родамъ вслѣдствіе отсутствія предварительнаго опыта труднѣе судить, чѣмъ у повторнородящихъ, которыя родѣли уже одни или нѣсколько «пробныхъ родовъ». Если анамнезъ повторнородящей указываетъ, что всѣ вставляющіеся у нея головкой плоды родились мертвыми, то тутъ, пожалуй, была бы оправдана попытка заставить, при помощи профилактическаго поворота, плодъ родиться въ ножномъ положеніи, не выжидая самопроизвольныхъ родовъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ за внѣшнихъ условій другія операциі съ самаго начала противопоказаны въ интересахъ плода.

Третье показаніе, выпаденіе конечностей и пульсирующей пуповины, безспорно такъ же важно, какъ и первое, такъ какъ тутъ поворотъ на ножки самымъ надежнымъ образомъ устраняетъ затрудненія къ родамъ.

Показаніе при предлежаніи плаценты обусловлено совсѣмъ иной точкой зрѣнія, чѣмъ предыдущія. Въ этихъ случаяхъ руководятся не стремле-

ніемъ создать улучшеніе положенія плода, и также не интересами плода, но исключительно интересами матери. Путемъ созданія ножного положенія можно при любой степени расширенія маточнаго зѣва низвести въ послѣдній ножку плода, такъ что ею за-тампонировываются родовые пути, плодъ служитъ какъ тампонація противъ изливающейся крови и въ то же время отдѣлившаяся плацента и мѣсто ея прикрѣпленія сдавливаются, что способствуетъ дальнѣйшей пріостановкѣ кровотока. Тутъ поворотъ соперничаетъ съ тампонаціей изъ іодоформной марли, съ метрейризомъ и гистеротоміей.

Противопоказанія къ повороту на ножку слѣдующія:

1. Такая степень суженія таза, при которой прорѣзываніе и послѣдующей головки представляется невѣроятнымъ или даже съ самаго начала невозможнымъ.
2. Тетанусъ матки съ растяженіемъ нижняго сегмента, вслѣдствіе чего создается опасность самопроизвольнаго разрыва матки.
3. Малоподвижность плода, а именно запущенное поперечное положеніе съ мертвымъ уже плодомъ.
4. Малые, нежизнеспособные плоды, т. е. моложе 28 недѣль. Они могутъ рождаться въ любомъ положеніи и поэтому не заслуживаютъ вниманія.
5. Мертвый плодъ.

Такъ какъ поворотъ всегда представляетъ опасную для матери операцію, то необходимо строго считаться съ этими противопоказаніями, ибо они указываютъ, что въ этихъ случаяхъ поворотъ на ножку либо излишенъ, либо бесполезенъ, либо опасенъ. Главная опасность заключается въ возможности самопроизвольнаго разрыва матки, которая особенно значительна при противопоказаніяхъ 2 и 3. Тутъ дѣйствуютъ совмѣстно рядъ обстоятельствъ, угрожая опасностью роженицѣ. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ роды длятся уже довольно долго, даже

нѣскольکو дней до прихода врача, вслѣдствіе поперечнаго положенія пузыря преждевременно разрывается, подъ вліаніемъ полнаго истеченія околоплодныхъ водъ матка плотно сокращена вокругъ плода, схватки усиливаются до тетануса матки, а рука объ руку съ возрастаніемъ частоты и силы сокращеній идетъ и растяженіе нижняго сегмента матки, вслѣдствіе чего значительно возрастаетъ и его разрывчатость. Итакъ, по мѣрѣ того, какъ вырастаютъ затрудненія вслѣдствіе малоподвижности и вколоченія плода, вслѣдствіе узости полости матки и неподатливости ея сократившейся стѣнки, возрастаетъ также сила, необходимая для выполненія поворота, который становится еще болѣе опаснымъ вслѣдствіе истонченія и разрывчатости нижняго сегмента матки. Такимъ образомъ, затрудненія, которыя противостоятъ производству поворота, даютъ важное мѣрило опасности поворота. Если акушеръ при введеніи руки въ матку вслѣдствіе недостатка простора или подъ вліаніемъ сокращенія стѣнокъ матки встрѣчаетъ затрудненія къ тому, чтобы проникнуть къ ножкѣ, то онъ долженъ отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ къ выполненію поворота. Онъ долженъ принять въ соображеніе, что поворотъ никогда не представляетъ единственной возможности искусственнаго родоразрѣшенія; въ такихъ случаяхъ въ виду противостоящихъ повороту препятствій и связанной съ нимъ опасности слѣдуетъ предпочесть соперничающія съ поворотомъ операціи, особенно, плодоразрушающія. Такъ какъ какъ разъ въ тѣхъ случаяхъ, когда поворотъ затруднителенъ и опасенъ, плодъ въ большинствѣ случаевъ уже пострадалъ, то тѣмъ легче будетъ рѣшиться принести его въ жертву интересамъ матери.

Важное значеніе для сужденія о безопасности или опасности поворота имѣетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ состояніе плоднаго пузыря. Если послѣдній цѣлъ, когда предпринимается поворотъ, то операція легка и при осторожномъ выполненіи совершенно безопасна. Пропорціонально времени, протекшему между разрывомъ пузыря и выполне-

ніемъ поворота, возрастають трудность и опасность этого послѣдняго. Далѣе важна дѣятельность схватокъ, съ интенсивностью которой возрастаетъ и трудность поворота не только потому, что плодъ становится менѣ подвижнымъ, но и потому, что подъ ея вліяніемъ истончается нижній сегментъ матки, благодаря чему приближается призракъ самопроизвольнаго разрыва матки, грозящій при поворотѣ.

Время выполненія поворота: при предлежаніи плаценты, выпаденіи пуповины или конечностей или если поворотъ производится въ интересахъ матери съ цѣлью немедленнаго окончанія родовъ, моментъ для выполненія операціи самъ собою данъ. При поперечномъ же положеніи или патологическомъ головномъ предлежаніи цѣлесообразно при цѣломъ еще плодномъ пузырьѣ выждать съ поворотомъ, пока маточный зѣвъ вполнѣ раскроется, чтобы при появленіи опасности для плода послѣ поворота можно было во всякое время сдѣлать извлеченіе. Такъ какъ при поворотѣ плодъ можетъ быть поставленъ въ опасность вслѣдствіе нежеланнаго осложненія со стороны пуповины, котораго далеко не всегда удастся избѣжать, то нельзя пренебречь преимуществомъ соединенія обѣихъ операцій. Подобное выжиданіе не представляетъ опасности, пока пузырь цѣлъ; если же пузырь, напротивъ, лопнулъ, то долѣше медлить поворотомъ нельзя. Даже если маточный зѣвъ не расширенъ, выжиданіе считается въ такихъ случаяхъ ошибочнымъ вслѣдствіе развивающейся позже малоподвижности плода и опасности разрыва матки.

Вслѣдствіе столь важнаго значенія плоднаго пузыря при производствѣ поворота, необходимо при внутреннемъ изслѣдованіи поперечнаго положенія заботливо остерегаться преждевременнаго разрыва пузыря. Лучше не дѣлать старательнаго внутренняго изслѣдованія, такъ какъ при этомъ приходится подвергать опасности пузырь.

Выполнение внутреннего и комбинированного поворота на ножку.

Чтобы сделать поворот на ножку, рекомендуется уложить роженицу на бокъ, такъ какъ въ такомъ положеніи и въ тяжелыхъ случаяхъ, напр. при задне-спинномъ поперечномъ положеніи, облегчается доступъ къ ножкамъ.

При этомъ соблюдаютъ слѣдующее правило: укладываютъ женщину на тотъ бокъ, со стороны котораго находятся ножки плода, т. е. при первомъ поперечномъ положеніи, въ которомъ ножки находятся справа, на правый бокъ.

Ноги роженицы должны быть согнуты въ колѣ-



Рис. 69. Петля для поворота.

няхъ и доступъ къ наружнымъ половымъ органамъ долженъ быть облегченъ незначительнымъ раздвиженіемъ бедеръ, что можно достигъ, помѣстивъ между колѣнями подушки.

Выпавшую ручку всегда захватываютъ у кисти петлей. Во время поворота петля просто свисаетъ, при держиваніи ручки, которое часто ошибочно дѣлается, препятствуетъ неизбѣжному при измѣненіи положенія плода обратному проскальзыванію плечика.

Итакъ, захватываніе ручки петлей дѣлается не для того, чтобы придерживать петлей ручку во время поворота, а скорѣй съ той цѣлью, чтобы по окончаніи поворота, но въ то время пока туловище плода еще находится надъ тазовымъ каналомъ въ полости матки, можно было вытянуть ручку вдоль туловища при помощи натягиванія

свисающей изъ половыхъ органовъ петли (см. рис. 73). Этимъ предотвращаютъ, чтобы ручка не «загнулась», и создаютъ то преимущество, что она не должна быть низводима.

Для выполнения поворота оперирующей становится у того края постели, куда обращена спина роже-

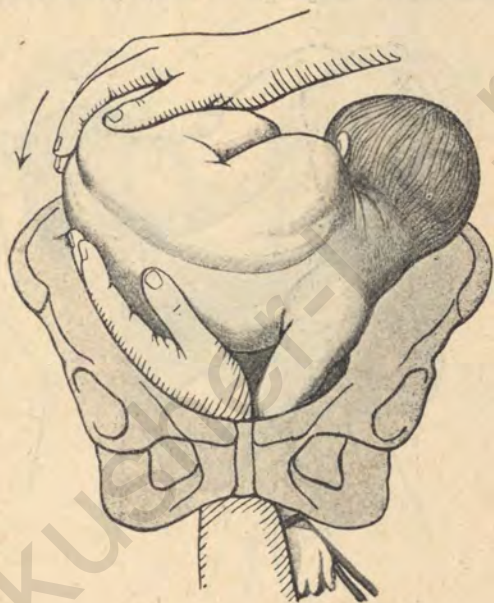


Рис. 70. Внутренний поворотъ въ ножное положеніе (по Zweifel'ю). I моментъ. Проведеніе руки вдоль бока плода. Наружной рукой толкаютъ навстрѣчу ягодицы, правая, выпавшая ручка захвачена петлей.

ницы, такъ какъ при боковомъ положеніи роженицы лишь сзади можно высоко проникнуть въ половые органы. Сюда вводятъ руку, разноименную съ боковымъ положеніемъ роженицы. Слѣдовательно, если женщина лежитъ на правомъ боку, то, стоя у лѣваго края постели, вводятъ въ половые органы лѣвую руку.

Сложенная конически кисть въ сопровожденіи легкихъ вращательныхъ движеній проводится чрезъ расправленную другой рукой половую щель. Предлежащая часть осторожно вытѣсняется изъ таза, а именно въ ту сторону, гдѣ находится головка плода, такъ что входъ въ тазъ становится совершенно свободнымъ. Лишь послѣ этого рука оперирующаго

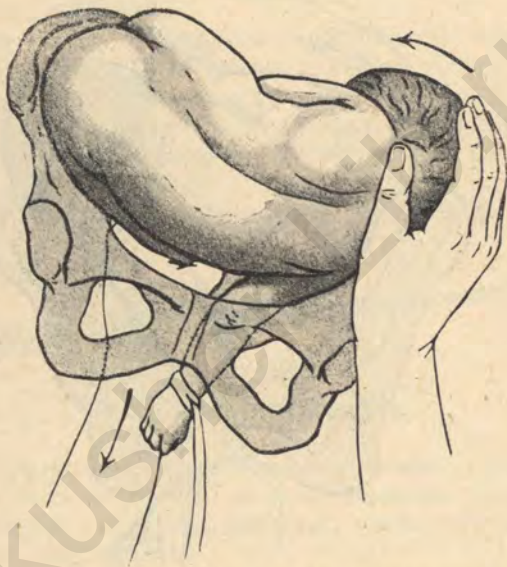


Рис. 71. Внутренній поворотъ въ ножное положеніе. II моментъ. Лѣвая рука захватила правую нижнюю ножку и влечетъ ее внизъ, въ то время какъ правая рука одновременно толкаетъ вверхъ головку и плечико.

вдоль бока плода пробирается къ ножкамъ его, какъ показано на рис. 70. При этомъ надо внимательно слѣдить, чтобы рука не столкнулась съ пуповиной, что легко можетъ произойти, если подойти слишкомъ близко къ брюшной сторонѣ плода. Совершенно воспрещается пытаться проникнуть къ ножкамъ вдоль спинки плода.

Въ то же время вторая рука держитъ матку снаружи и толкаетъ тазъ плода вмѣстѣ съ ножками навстрѣчу внутренней рукѣ, которая, идя по бедру, старается захватить одну изъ голеней.

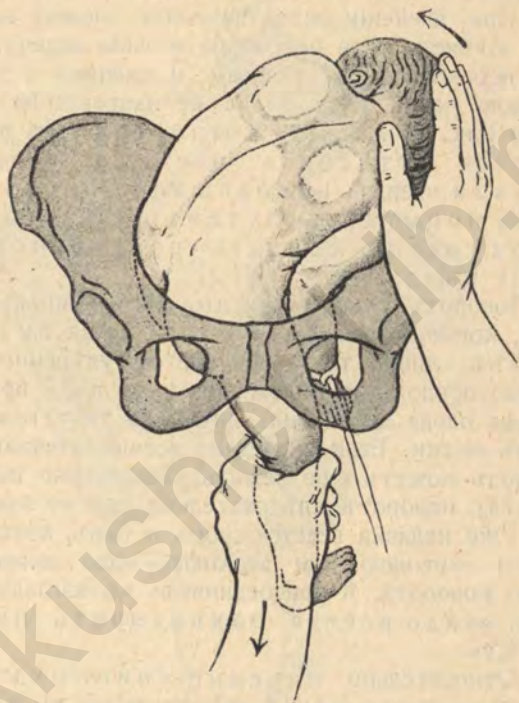


Рис. 72. Внутренній поворотъ на ножку. Дальнѣйшая стадія II момента. Правая ножка разогнута и ее съ силой влекуть внизъ. Захваченная петлей ручка ускользаетъ обратно. Остальное, какъ на рис. 71.

Голень захватываютъ всей кистью, такъ что четыре пальца руки лежатъ на ней, большой же палецъ крѣпко ее охватываетъ (рис. 71). Лишь въ случаѣ крайней необходимости должно ограничиться захватываніемъ ступни (рис. 74), равно какъ вслѣдствіе недостатка мѣста въ маткѣ можно оказаться вынуж-

деннымъ ухватиться за колѣно и произвести поворотъ на него, съ тѣмъ чтобы позже либо разогнуть голень, либо ограничиться созданиемъ колѣннаго положенія.

При влеченіи на захваченную ножку наружная рука мѣняетъ свое положеніе и свою задачу. Теперь она переходитъ на головку и плечико и толкаетъ верхнюю часть тѣла плода по направленію ко дну матки (рис. 71). Лишь когда такимъ путемъ удастся оттѣснить плечико и головку изъ таза вверхъ, находящаяся внутри рука должна попытаться путемъ сильнаго влеченія за голень создать продольное положеніе плода.

Поворотъ можно считать законченнымъ только тогда, когда низведенная ножка плода видна до колѣна; лишь тогда получается увѣренность, что создано продольное положеніе, такъ какъ при этомъ ягодичы плода должны находиться въ тазу, головка же въ днѣ матки. Если низведена и видна только ступня, то плодъ можетъ еще лежать совершенно поперечно (рис. 74), поворотъ, слѣдовательно, еще не законченъ.

Уже издавна ведется споръ о томъ, которую изъ ножекъ—нижнюю или верхнюю—надо захватить съ цѣлью поворота. Я присоединяюсь ко взгляду Zweifel'я: «надо всегда захватывать нижнюю ножку».

Относительно передне-спинныхъ поперечныхъ положеній всѣ согласны въ томъ, что захватываніе верхней ножки слѣдуетъ считать ошибкой, такъ какъ при этомъ легко можетъ получиться изображенное на рис. 74 осевое перекручиваніе плода, которое можетъ дать поводъ въ тяжелому вколачиванію плода и вслѣдствіе этого къ самымъ печальнымъ послѣдствіямъ—невозможности поворота, иногда къ эмбриотоміи.

При заднихъ видахъ поперечныхъ положеній захватываніе верхней ножки также можетъ повести къ тяжелымъ осложненіямъ, подъ вліяніемъ которыхъ поворотъ становится невозможнымъ. Если

туть, какъ показано на рис. 75, потянуть за ножку раньше, чѣмъ плодъ будетъ сдѣланъ свободно подвижнымъ путемъ подвиганія вверхъ стоящаго во входѣ

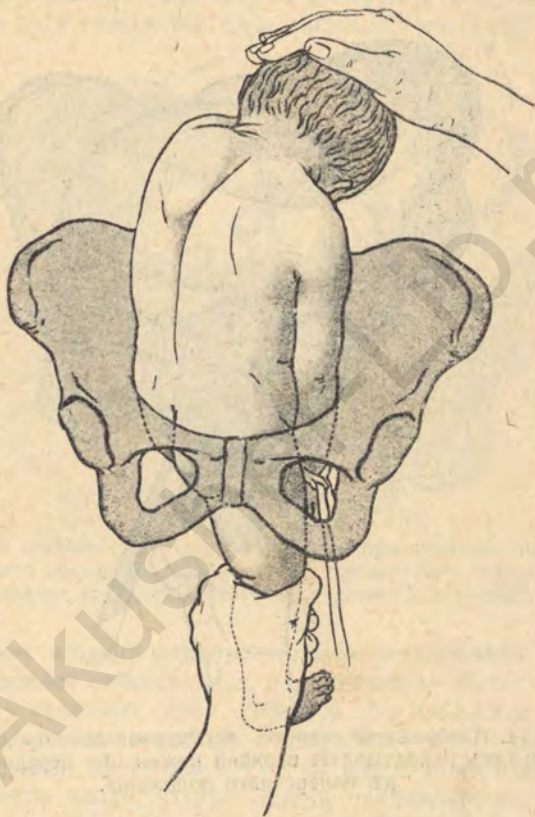


Рис. 73. Внутренній поворотъ на ножку. Поворотъ законченъ. Ножка видна внѣ вѣульвы до колѣна, головка въ днѣ матки.

въ тазъ плечика, то вслѣдствіе перекрещиванія ножекъ и перекручиванія туловища плода поворотъ становится невозможнымъ. Если же верхняя часть туловища плода сперва бываетъ отодвинута въ дно матки,

ср. рис. 76, тогда захватывание верхней ножки имѣетъ во всякомъ случаѣ то преимущество, что плодъ не можетъ зацѣпиться ягодицами за стѣнку таза и что во время поворота спинка плода поворачивается въ

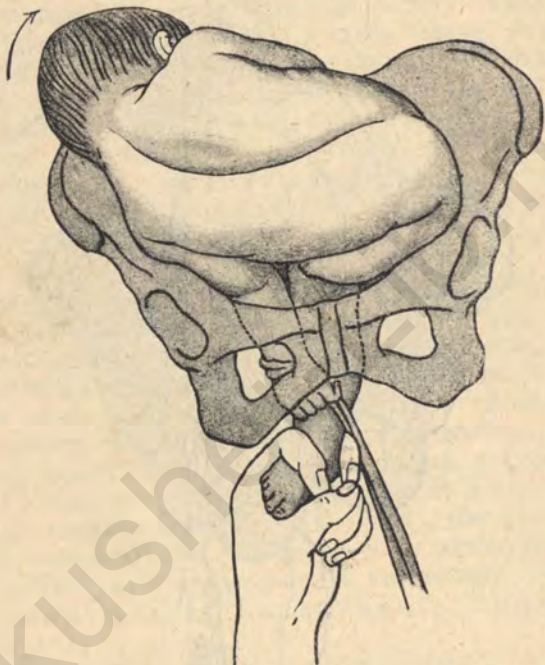


Рис. 74. Изображеніе осевого перекручиванія плода, какъ результатъ захватыванія верхней ножки при переднемъ видѣ поперечнаго положенія.

сторону и впередъ, что значительно облегчаетъ позднѣйшее изгнаніе или извлеченіе.

Чтобы избѣгнуть неудобствъ, возникающихъ вслѣдствіе захватыванія нижней ножки при задне-спинныхъ поперечныхъ положеніяхъ и состоящихъ въ томъ, что можетъ получиться «сидѣніе дѣтскаго таза верхомъ на симфизѣ», а по окончаніи поворота

спинка плода можетъ оказаться обращенной къзади, надо постараться низводить захваченную ножку совсѣмъ вдоль задней спинки таза по крестцовому углубленію и производить влечение по оси таза (Zweifel). Тогда

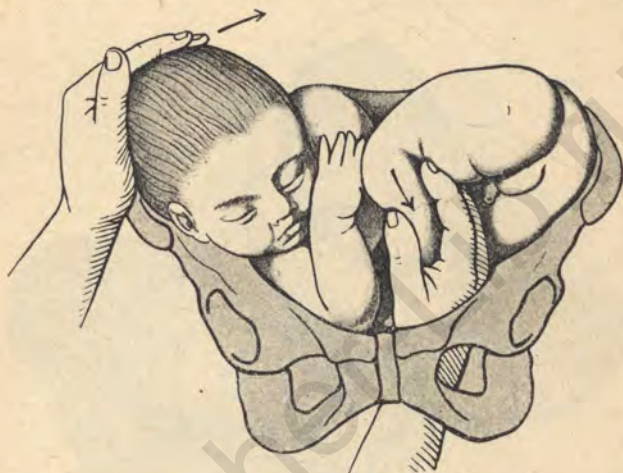


Рис. 75. Захватываніе верхней ножки при заднемъ видѣ поперечнаго положенія, раньше чѣмъ подвигаютъ вверхъ головку; вслѣдствіе этого перекрещиваніе ножекъ.

передняя ягодица непременно будетъ скользить внизъ по передней стѣнкѣ таза и не можетъ быть задержана у верхняго края симфиза. Во избѣжаніе того, чтобы спинка плода не повернулась при поворотѣ къзади, надо попытаться уже во время поворота такъ повернуть плодъ, чтобы спинка находилась съ одной стороны, ступни съ ихъ пальцами были обращены въ эту-же сторону, пятки-же въ противоположную. Дальнѣйшія правила относительно прорѣзыванія плода сравн. главу объ извлеченіи (стр. 150).

При затруднительномъ поворотѣ, а именно, когда дѣлаютъ поворотъ изъ головного положенія въ ножное, рекомендуется по возможности захватывать обѣ ножки, т. е. создавать полное ножное положеніе.

Всего затруднительнѣе и опаснѣе поворотъ изъ головного положенія въ ножное, такъ какъ при немъ приходится производить въ маткѣ съ плодомъ значительно большія движенія, чѣмъ при поворотѣ изъ



Рис. 76 Внутренній поворотъ на ножку. Захватываніе верхней ножки при заднемъ видѣ поперечнаго положенія послѣ предварительнаго передвиганія головки вверхъ.

поперечнаго положенія. При послѣднемъ плодъ описываетъ лишь четверть окружности, при первомъ же половину. Ножки плода находятся въ днѣ матки, такъ что руку надо вводить выше.

Если при попыткѣ къ повороту изъ головного въ ножное положеніе подвижность плода оказывается меньшей, чѣмъ предполагали, то въ виду огромной опасности разрыва матки настоятельно рекомендуется

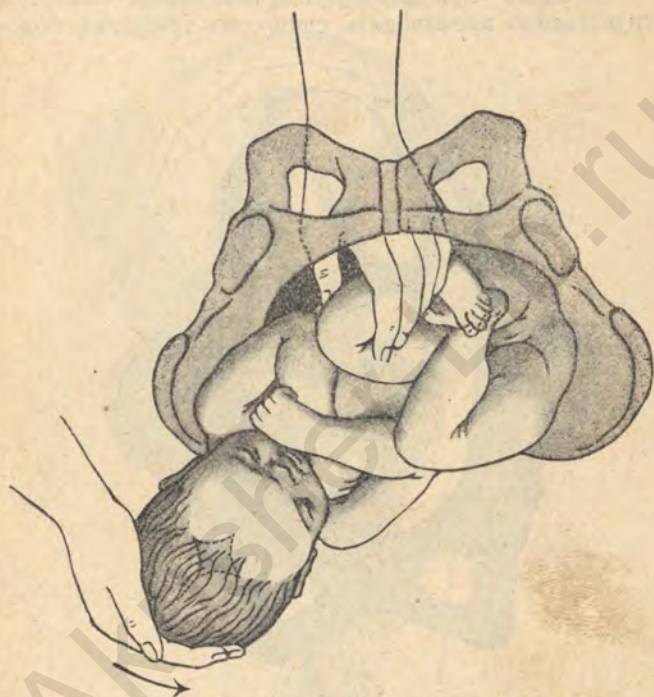


Рис. 77. Правильное захватываніе нижней ножки при заднемъ видѣ поперечнаго положенія.

отказаться отъ поворота и прибѣгнуть къ иному способу искусственнаго родоразрѣшенія.

Для тѣхъ случаевъ, когда поворотъ удастся не вполне, такъ что низведенная ножка не можетъ быть выведена наружу до колѣна, мы въ «двойномъ приѣмѣ Siegemundin» имѣемъ крайнее средство, которое, однако, должно быть примѣняемо лишь съ большой осторожностью.

Низведенную ножку захватывают петлей, чтобы во время схватки производить за нее сильное влечение при одновременном внутреннем проталкивании головки вверх (рис. 79).

Согласно принципу, что никогда не слѣдует насильственно производить слишкомъ трудныхъ пово-

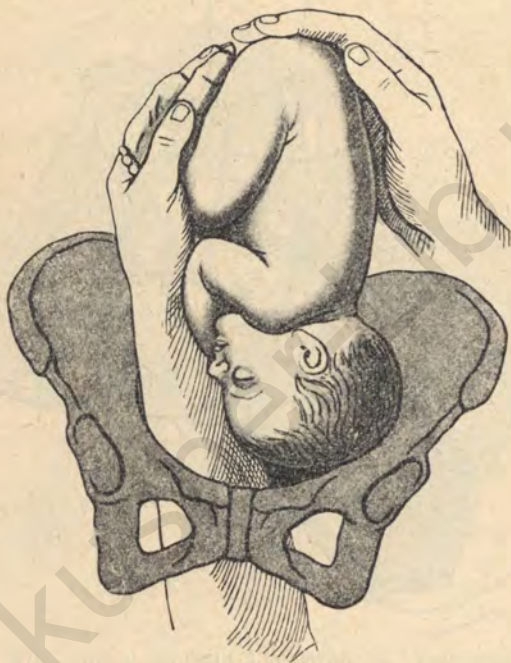


Рис. 78. Поворотъ изъ черепн. положенія въ ножное по Busch'у.

ротовъ, слѣдуетъ тутъ лучше отказаться отъ форсировки операціи и предпочесть плодоразрушающія операціи.

Когда поворотъ законченъ, то, предполагая, что не было намѣренія сейчасъ же присоединить извлечение, укладываютъ женщину на спину и все время контролируютъ число сердечныхъ тоновъ плода.

Если ручка была захвачена петлей, то ее теперь разгибают посредством натяжения петли и въ такомъ положеніи ее оставляютъ во все дальнѣйшее время при самопроизвольныхъ родахъ, равно какъ и при послѣдующемъ извлеченіи.

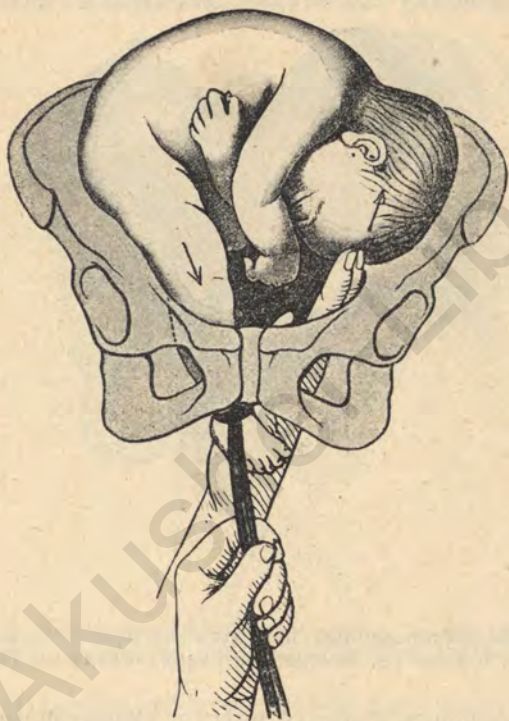


Рис 79. Неполный поворотъ на ножку (по Zweifel'ю). Двуручный приемъ Siegemundin.

Если при поворотѣ и послѣ него удалось избѣжать разстройства кровообращенія въ пуповинѣ, то частота сердечныхъ тоновъ плода, падающая, большею частью, сейчасъ послѣ поворота, быстро снова достигаетъ своей нормальной высоты. Если продолжительное замедленіе сердечныхъ тоновъ плода указы-

ваетъ на опасность для послѣдняго, то надо, предполагая, что маточный зѣвъ расширенъ, по возможности скорѣе закончить роды посредствомъ «ручного извлеченія».

Если оказывается необходимымъ произвести поворотъ на ножку при непроходимомъ еще для всей

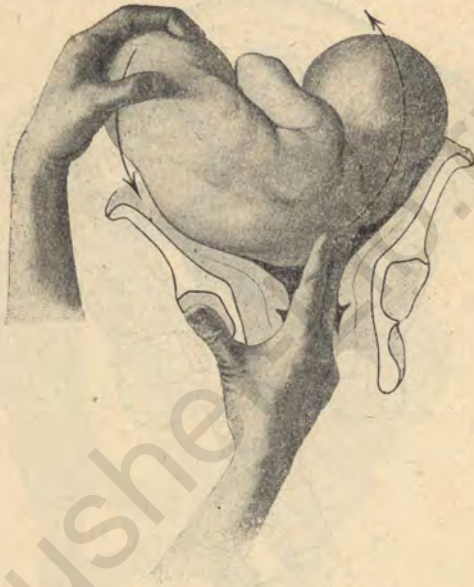


Рис. 80. Комбинированный поворотъ на ножку по Braxton Hicks'у. I моментъ. Прониканіе вверхъ вдоль плечика.

кисти маточномъ зѣвѣ, то вмѣсто изложеннаго выше «внутренняго поворота» дѣлають «комбинированный поворотъ». При немъ, какъ и при внутреннемъ поворотѣ, въ боковомъ положеніи роженицы вводится одна рука во влагалище, но чрезъ шейку матки проводятъ лишь одинъ или два пальца. Послѣдніе отодвигаютъ вверхъ предлежащее плечико, между тѣмъ какъ помогающая снаружи рука толкаетъ тазовый конецъ плода навстрѣчу находящейся внутри рукѣ. (Рис. 80).

Находящаяся внутри рука такъ долго подвигаетъ плодъ, пока удастся захватить пальцами крючкообразно лодыжку ножки и низвести послѣднюю въ маточный зѣвъ.

Этотъ видъ поворота особенно необходимъ при предлежаніи плаценты, такъ какъ появляющееся въ

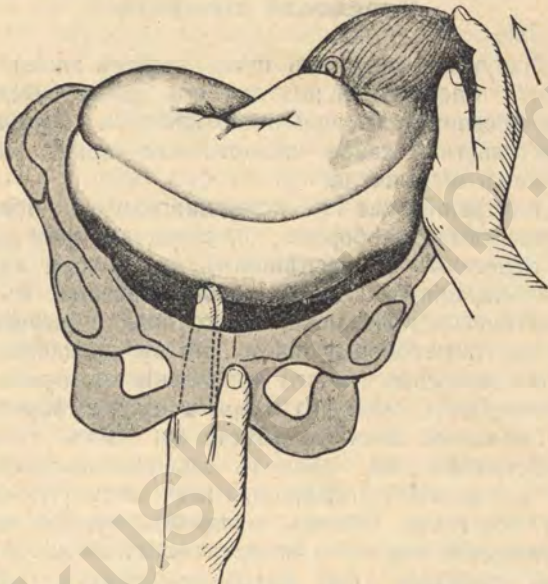


Рис. 81. Комбинированный поворотъ на ножку по Braxton Hicks'у. II моментъ. Внутренняя рука достигаетъ колѣна.

началѣ родовъ кровотеченіе уже рано требуетъ вмѣшательства, даже при еще сохраняющемся шейчномъ каналѣ.

По окончаніи поворота надо удерживать низведенную ножку, чтобы плодъ оставался плотно втянутымъ въ шейку. Этого можно достигъ либо при помощи руки, либо при большой продолжительности родовъ при помощи подвѣшиванія 1—2 фунтоваго груза, который прикрѣпляютъ къ тесьмѣ, проведенной чрезъ нижній край кровати. Если не произвести

этого натяженія, то ножка можетъ снова ускользнуть въ шеечный каналъ, вслѣдствіе чего не была бы достигнута цѣль поворота, состоящая въ томъ, чтобы при посредствѣ самого плода вызвать продолжительное прижатіе плаценты къ мѣсту ея прикрѣпленія.

Опасности поворота.

Наружный поворотъ представляетъ вполнѣ безопасную операцію, и поэтому его можно было бы всегда предпочитать при необходимости внутренняго вмѣшательства, еслибы область его примѣненія не была такъ ограничена.

Внутренній же и комбинированный повороты представляютъ, наоборотъ, операціи, которыя должны быть отнесены къ опаснѣйшимъ для матери акушерскимъ операціямъ. Они не только связаны съ усиленной опасностью зараженія, которая присуща всякому внутриматочному приему, но въ каждомъ случаѣ не совсѣмъ искуснаго выполненія поворота грозитъ опасность тяжелаго разрыва плодовмѣстилица.

Громадное значеніе имѣетъ въ этихъ случаяхъ то обстоятельство, лопнулъ ли уже плодный пузырь ко времени операціи, или нѣтъ. Повороты плода при еще цѣломъ плодномъ пузырьѣ внутри околоплодной жидкости представляютъ легкія и безопасныя операціи, при которыхъ можетъ нанести вредъ лишь очень грубое насиліе. Иначе бываетъ, если плодный пузырь уже давно лопнулъ, околоплодные воды отошли, и матка подъ вліяніемъ сильныхъ, быть можетъ, даже тетаническихъ сокращеній тѣсно облегаетъ плодъ послѣ разрыва пузыря. Съ каждымъ часомъ промедленія возрастаетъ опасность. Подвижность плода тогда исчезаетъ, и уже однѣ попытки поворота, не говоря уже о грубомъ насильственномъ поворотѣ плода, могутъ вызвать разрывъ матки, и тѣмъ вѣрнѣе, что нижній сегментъ матки можетъ вслѣдствіе растяженія истончиться, какъ бумага. Малоподвижность плода, обусловленная ею затруднительность поворота, требующая развитія боль-

шой силы для насильственного выполнения его, наконецъ, растяженіе нижняго сегмента матки соединяются всѣ вмѣстѣ, угрожая опасностью матери. Во всѣхъ этихъ случаяхъ разрывы матки представляютъ поврежденія, въ высокой степени опасныя для жизни, накладывающія печать смертельной опасности на всѣ случаи затруднительнаго поворота.

Не слѣдуетъ поэтому никогда производить насильственно поворотъ и надо помнить, что и при поперечномъ положеніи онъ не представляетъ единственной къ цѣли приводящей операціи, которая непременно поэтому должна быть произведена. Во всѣхъ случаяхъ и при любомъ показаніи можно вызвать родоразрѣшеніе и другимъ, болѣе бережнымъ для такихъ условій, путемъ. Это относится преимущественно къ тѣмъ случаямъ поперечнаго положенія, когда врачъ бываетъ призванъ чрезъ продолжительное время послѣ разрыва пузыря. Слишкомъ часто при этомъ приходится наблюдать вѣру акушера въ то, что наилучшей помощью было бы выполненіе поворота во избѣжаніе совершенно несправедливо возбуждающей больше опасеній плодоразрушающей операціи, декапитаціи (обезглавливанія). Было бы гораздо лучше, еслибы акушеры перенесли свою робость по отношенію къ обезглавливанію на случаи затруднительнаго поворота. Интересы плода не должны быть чрезмѣрно выдвигаемы на первый планъ при рѣшеніи вопроса въ пользу поворота. Ибо помимо того, что нельзя, конечно, никогда покупать жизнь плода цѣною жизни матери, слѣдуетъ еще принять во вниманіе, что въ случаяхъ затруднительнаго поворота и извлеченія рѣдко рождаются живые младенцы. Въ результатѣ тогда мертвый плодъ, а быть можетъ, еще и смертельно раненая мать. Гораздо бережнѣе въ такихъ случаяхъ съ самаго начала произвести декапитацію, которая при правильномъ выполненіи совершенно не опасна для матери.

Поворотъ отнюдь не представляетъ и для плодовъ безопасной операціи, какъ бы бережно ни обращаться съ ними при этомъ, и объ этомъ надо помнить во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, какъ при

профилактическомъ поворотѣ, ожидаютъ отъ этой операціи особыхъ преимуществъ для плода; иногда осложненія со стороны пуповины могутъ оказаться неизбежными и если тогда вслѣдствіе недостаточнаго расширенія маточнаго зѣва невозможно сейчасъ же извлечь плодъ, то послѣдній безнадежно погибаетъ чрезъ короткое время послѣ поворота.

Поврежденія у младенцевъ, родившихся посредствомъ поворота и извлеченія, надо скорѣй приписать извлеченію, чѣмъ повороту; при выполненіи самаго поворота лишь значительное насиліе, которое при этой операціи никогда не должно имѣть мѣста, могло бы причинить переломы или другія поврежденія костей. Примѣненіе такой силы далеко переходитъ за предѣлы допустимаго, которыхъ при поворотѣ надо держаться строго въ виду легкой разрываемости нижняго сегмента матки.

Добавленіе.

Превращеніе лицевыхъ и лобныхъ положеній въ затылочные.

Изложеніе механизма родовъ при лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ показало, что въ этихъ положеніяхъ плодъ можетъ самопроизвольно родиться, если при прохожденіи чрезъ тазъ подбородокъ или личико поворачивается кпереди; если же подбородокъ повернулся кзади и въ видѣ исключенія остается тамъ, то изъ «относительно благопріятнаго» до того времени положенія образуется «абсолютно неблагопріятное». При этомъ не слѣдуетъ, однако, упускать изъ виду, что поворотъ подбородка кзади большею частью представляетъ лишь временную фазу механизма родовъ, которая въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ съ опущеніемъ личика сама собою корригируется.

Относительно неблагопріятныя разгибательныя положенія могутъ быть превращены въ болѣе благопріятныя двоякимъ путемъ: посредствомъ поворота на ножку, а также посредствомъ измѣненія положенія головки. Членорасположеніе плода при лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ постольку является патологическимъ, поскольку вмѣсто нормальнаго сгибанія головки и С-образнаго искривленія позвоночнаго столба на лицо разгибаніе головки и S-образное искривленіе позвоночнаго хребта.

Еслибы удалось перевести идущую личикомъ впередъ головку изъ разогнутаго положенія (рис. 82)

въ согнутое (рис. 83) и придать позвоночному хребту нормальную, кифотическую кривизну, то изъ лицевого положенія образовалось бы затылочное, которое въ качествѣ абсолютно благопріятнаго при нормальныхъ прочихъ условіяхъ даетъ соотвѣтственно болѣе



Рис. 82.

Членорасположеніе головки и позвоночнаго хребта при лицевомъ положеніи. Стрѣлки указываютъ, въ какомъ направленіи должна дѣйствовать сила, когда хотятъ путемъ измѣненія членорасположенія превратить лицевое положеніе въ затылочное. (По Kaltенbach'y и Thorn'y).

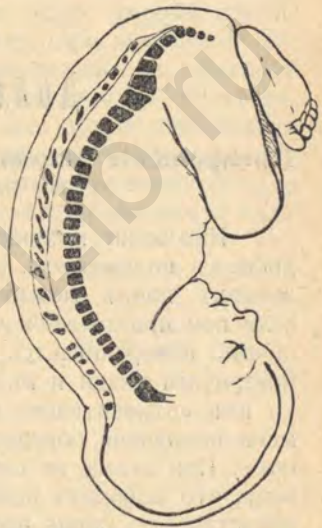


Рис. 83.

благопріятное предсказаніе при родахъ для матери и плода.

Подобное измѣненіе членорасположенія плода при лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ съ цѣлью превратить ихъ въ затылочное положеніе достигается самымъ различнымъ образомъ.

Типичными способами являются слѣдующіе:

1. Предложенный Schatz'омъ способъ пользуется для измѣненія членорасположенія плода туловищемъ послѣдняго и имѣетъ то крупное преимущество, что при немъ примѣняются лишь наружные приемы. Какъ и «наружный поворотъ» этотъ способъ требуетъ полной подвижности плода, что на лицо не часто.

Техника этого приѣма такова:

Роженица лежитъ на спинѣ. Оперирующій становится у того края постели, къ которому обращена спинка плода. Слѣдовательно, при II, напр., лицевомъ положеніи къ правому краю кровати. Въ промежуткѣ между схватками, иногда подъ наркозомъ, соответствующей рукой отодвигаютъ въ сторону затылка и въ то же время вверхъ (при II лицевомъ положеніи вправо и вверхъ) расположенное спереди плечико плода (при II лицевомъ положеніи лѣвое плечико правой рукой), между тѣмъ какъ вторая рука одновременно проталкиваетъ тазъ плода въ противоположную сторону, такъ что лордозъ шейныхъ позвонковъ выпрямляется, а весь позвоночный хребетъ искривляется въ брюшную сторону. (См. стрѣлки на рис. 82).

2. Приѣмъ (комбинированный) Baudelocque'a.

а) Оперирующій, стоя опять у того края кровати, куда обращена спинка плода, вводитъ внутрь половыхъ органовъ ту руку, осязательная поверхность которой обращена къ личику плода, т. е. при II лицевомъ положеніи правую руку со стороны правого края кровати.

Два пальца введенной внутрь половыхъ органовъ руки пытаются найти на подбородкѣ, верхней челюсти и подъ конецъ на лбу опорную точку для того, чтобы поднять головку и повернуть ее къ груди плода, т. е. согнуть ее. Въ то же время вторая рука снаружи вталкиваетъ затылокъ въ тазъ. (Направление стрѣлки на рис. 82).

б) Оперирующій становится у другого края кровати и вводитъ въ половые органы руку, соответствующую затылку плода, II лицевое положеніе, лѣвый край кровати, лѣвая рука. Всей введенной рукой

захватываютъ затылокъ и пытаются низвести его въ тазъ, сгибая головку.

Оба способа Baudelocque'a совершенно не принимаютъ въ расчетъ аномалии положенія позвоночнаго столба, а стараются лишь подвинуть головку, между тѣмъ какъ способъ Schatz'a страдаетъ противоположнымъ недостаткомъ: при немъ не оказывается совершенно прямого воздѣйствія на положеніе головки.

Thorn создалъ изъ этого приема комбинированный способъ для превращенія лицевого положенія въ затылочное; способъ одновременно стремится къ исправленію положенія какъ головки, такъ и позвоночнаго столба. Thorn рекомендуетъ укладывать роженницу на соотвѣтствующій положенію подбородка бокъ, т. е. при второмъ лицевомъ положеніи на лѣвый бокъ и вводитъ въ половые органы руку, соотвѣтствующую сторонѣ спинки (правую). Послѣ того какъ головка немного расшатана, ее поворачиваютъ вокругъ ея поперечной оси, гричемъ находящаяся внутри рука находитъ опору въ выступахъ личика, швахъ и родничкахъ черепа, или лишь двумя пальцами пробираются къ затылку, чтобы стянуть его внизъ. «Наружная рука между тѣмъ давитъ на грудь плода по направленію кнаружи и вверхъ.» Наконецъ, сдвигаютъ еще тазъ въ направленіи личика плода. При наличности надежнаго помощника, конечно, цѣлесообразно, чтобы всѣ эти приемы производились одновременно. Направленіе силы обозначено различными стрѣлками (рис. 82). Thorn считаетъ свой способъ показаннымъ, если роды въ лицевомъ положеніи слишкомъ затягиваются или же если угрожаетъ опасность плоду. Подобная попытка превращенія лицевого положенія въ затылочное непременно должна быть произведена, предполагая, что плодъ обнаруживаетъ еще достаточную подвижность и что маточный зѣвъ проходимъ по крайней мѣрѣ для половины кисти. Въ качествѣ противопоказаній Thorn перечисляетъ: первичное лицевое положеніе, выпаденіе пуповины и конечностей, предлежаніе плаценты и низкое ея прикрѣпленіе, суже-

нія шейки и сильное растяженіе нижняго сегмента матки, значительное пространственное несоотвѣтствіе.

Если эта попытка корригированія не удастся, то при отсутствіи непосредственной опасности, дальнѣйшее веденіе родовъ можетъ сначала быть выжидательнымъ; иногда можно послѣ неудачной попытки произвести внутренній поворотъ.

Примѣч. Во многихъ случаяхъ, какъ при лицевыхъ, такъ и при лобныхъ положеніяхъ, авторъ имѣлъ возможность убѣдиться въ легкости выполненія и успѣшности рекомендованнаго Thonp'омъ способа. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, головка каждый разъ снова и съ непреодолимой силой возвращалась въ лицевое положеніе, такъ что даже послѣ примѣненія всѣхъ приѣмовъ не удавалось превращеніе въ затылочное положеніе. Опредѣлить, почему въ однихъ случаяхъ операція эта легко удается, въ другихъ же — совсѣмъ не удастся, невозможно; во всякомъ случаѣ никогда не слѣдуетъ стремиться насильственно произвести такое превращеніе лицевого и лобнаго положенія въ затылочное.

ГЛАВА IV.

Операція извлеченія щипцами.

Цѣль операціи извлеченія щипцами такова: «извлечь чрезъ естественные родовые пути живой плодъ».

Щипцы замѣняютъ при этомъ силу схватокъ. вмѣсто давленія сверху дѣйствуетъ влеченіе снизу.

Въ качествѣ «родоразрѣшающей операціи» извлеченіе щипцами производится въ періодъ изгнанія.

Предъ каждымъ извлеченіемъ щипцами слѣдуетъ поставить себѣ два вопроса:

1. Возможно ли извлеченіе щипцами?

(Предварительныя условія).

2. Необходимо ли извлеченіе щипцами? (Показанія).

Извлеченіе щипцами возможно лишь при наличности слѣдующихъ условій:

1. Полное расширеніе и сглаживаніе маточнаго зѣва.

2. Вскрытый яйцевой пузырь.

3. Определенное (Zangengerechte) положеніе головки.

4. Исключеніе наличности слишкомъ узкаго таза.

5. Не слишкомъ большая и не слишкомъ малая головка.

Первое условіе — полное расширеніе маточнаго зѣва — самое важное изъ всѣхъ. Если

оно не выполнено, т. е. если насильственно производить извлечение щипцами при не вполне расширенном маточном зѣвѣ, то грозитъ опасность, что при насильственномъ проведеніи головки образуются разрывы шейки, которые могутъ вызвать серьезныя кровотеченія и вслѣдствіе обнаженія параметрія дѣлаютъ возможнымъ прониканіе возбудителей инфекціи въ столь предрасположенный къ образованію эксудатовъ параметрій.

Второе условіе, что плодный пузырь долженъ быть уже лопнувшимъ и яйцевыя оболочки сократившимися надъ головкой, важно, такъ какъ въ противномъ случаѣ яйцевыя оболочки были бы захвачены щипцами и разорваны. Этому условію можно, понятно, всегда легко удовлетворить, вскрывъ предварительно плодный пузырь.

Для того чтобы головка стояла *Zangengerecht*, требуется въ общемъ, чтобы головка вступила въ малый тазъ такимъ образомъ, чтобы наибольшій ея размѣръ находился ниже входа въ тазъ.

Головка стоитъ *Zangengerecht* лишь тогда, когда она закончила свой «внутренній поворотъ». Тогда на долю извлечения щипцами приходится лишь механизмъ прорѣзыванія, т. е. проведеніе головки вкругъ симфиза.

Если представляется необходимость наложить щипцы на головку, которая не сдѣлала своего нормальнаго поворота въ тазу, то необходимо до извлечения или во время его сдѣлать поворотъ головки вкругъ ея вертикальной оси, приспособляя его точно къ механизму родовъ, который соотвѣтствуетъ данному положенію. При этомъ головка должна имѣть возможность даже въ щипцахъ произвести тѣ повороты вкругъ поперечной оси, которыя она дѣлаетъ въ тазу, т. е. сгибаніе и разгибаніе, обозначаемыя названіемъ «*Haltungsdrehung*», такъ какъ повліять на эти движенія головки посредствомъ щипцовъ нельзя, недостатокъ, который часто вредитъ.

Въ положеніяхъ, въ которыхъ самопроизвольный механизмъ родовъ, а съ нимъ вмѣстѣ и само-

произвольные роды, невозможенъ или по крайней мѣрѣ сильно затрудненъ, какъ въ лицевомъ положеніи «подбородокъ сзади» или въ лобномъ положеніи, извлечение щипцами также невозможно или затруднено.

Всѣ противоестественные или форсированные повороты посредствомъ щипцовъ должны быть строжайше избѣгаемы.

Четвертое условіе требуетъ того, что является собственно цѣлью извлеченія щипцами, а именно, чтобы было возможно рожденіе неповрежденнаго плода чрезъ естественные родовые пути.

Если самопроизвольные роды невозможны вслѣдствіе «чрезмѣрно узкаго» таза или вслѣдствіе другихъ препятствій, обусловленныхъ мягкими частями, то щипцы, понятно, также не могутъ помочь для преодоленія этихъ препятствій, такъ какъ они ничего не измѣняютъ въ смыслѣ пространственнаго несоотвѣтствія. Примѣненіе щипцовъ при узкомъ тазѣ зависитъ не только отъ степени несоотвѣтствія, но и отъ вставленія головки. Если головка уже прошла въ качествѣ подлежащей части чрезъ узкое мѣсто таза, т. е. если она, напр., при плоскомъ тазѣ уже стоитъ наибольшимъ размѣромъ своимъ ниже входа въ тазъ, то тутъ узкій тазъ уже не имѣетъ значенія для родовъ. Опредѣлить точно цифрами, какіе предѣлы суженія еще допускаютъ наложеніе щипцовъ, нельзя уже по одному тому, что степень имѣющагося несоотвѣтствія въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ размѣровъ и твердости головки плода. Если въ сомнительныхъ случаяхъ, когда головка при среднихъ степеняхъ суженія таза еще стоитъ выше таза, необходимо немедленное родоразрѣшеніе, и исключена всякая иная возможность рожденія живого плода, то можно сдѣлать щипцами не слишкомъ форсированную и продолжительную «пробу», за которой въ случаѣ неудачи должна послѣдовать перфорация или родоразрѣшеніе искусственнымъ путемъ (кесарское сѣченіе, гебостомія).

Пятое условіе гласитъ, что при патологически крупной головкѣ, какъ напр., при водянкѣ го-

ловы, или же при ненормально малой головкѣ, напр. Anencephalus, или же при очень маломъ, незрѣломъ плодѣ щипцы противопоказаны въ виду того, что они не находятъ достаточной опоры въ малыхъ, мягкихъ головкахъ, вслѣдствіе чего можетъ произойти опасное какъ для матери, такъ и для плода соскальзываніе щипцовъ.

Если нѣкоторые авторы въ качествѣ дальнѣйшаго условія требуютъ «живого плода», то требованіе это постольку вполне справедливо, поскольку нѣтъ смысла при мертвомъ очевидно плодѣ производить опасную иногда для матери операцію, цѣль которой составляетъ извлеченіе живого младенца чрезъ естественные пути. Тѣмъ не менѣе вполне понятно также, что въ сомнительныхъ случаяхъ, если смерть плода не установлена твердо, заслуживаетъ предпочтенія примѣненіе щипцовъ.

«Показаніями къ извлеченію посредствомъ щипцовъ» должны быть признаны всѣ явленія, которыя при наличности перечисленныхъ условій вызываютъ необходимость скорѣйшаго окончанія родовъ въ интересахъ матери или плода.

Наиболѣе частый поводъ къ наложенію щипцовъ, вторичная слабость болѣе или слабость болѣе вслѣдствіе утомленія, строго говоря, не можетъ собственно подойти подъ выше сдѣланное опредѣленіе, такъ какъ она сама по себѣ не представляетъ никакой опасности ни для матери, ни для плода. Если въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ щипцамъ, то прогнозъ операціи долженъ быть вполне благопріятнымъ на основаніи того, что строго удовлетворены всѣ условія, такъ что по возможности обезпеченъ удачный исходъ для обѣихъ сторонъ. При этомъ надо своевременно обратить вниманіе на то, чтобы слабость болѣе не продолжалась въ послѣдовомъ періодѣ въ видѣ атоніи матки. Чѣмъ труднѣе кажется операція, тѣмъ важнѣе долженъ быть поводъ къ ней.

Такими показаніями являються (по v. Winkel'ю):

а) со стороны матери:

1. Истощеніе вслѣдствіе слишкомъ долгаго напряженія силъ (вторичная слабость болей);
2. лихорадка свыше 38,5°C;
3. значительныя кровотеченія;
4. судороги (эклампсія);
5. прижатіе мягкихъ частей (отекъ наружныхъ половыхъ органовъ или кровавая моча);
6. острия и хроническія болѣзни (пневмонія), тифъ, туберкулезъ, эпилепсія, холера и др.);
7. угрожающія лопнуть варикозныя расширенія венъ.

б) Со стороны плода:

1. Уменьшеніе числа сердечныхъ тоновъ ниже 100 ударовъ (также и въ промежуткѣ между схватками);
2. продолжительное учащеніе свыше 160 ударовъ (съ ослабленіемъ ихъ);
3. выпаденіе пуповины (только при живомъ плодѣ).

Устройство щипцовъ и накладываніе ихъ.

Щипцы состоятъ изъ двухъ вѣтвей, которыя, перекрещиваясь, могутъ быть соединены между собой въ замкѣ.

Части, находящіяся ниже замка, — представляютъ «рукоятки» щипцовъ, предназначенныя для держанія и влеченія. Верхняя часть образуетъ «ложки», которыя располагаютъ на головкѣ плода. Рукоятки массивны, снабжены «крючками для влеченія», ложки — окончатая. Ободокъ окошекъ называютъ «ребрами» (*costae*) ложекъ, верхній конецъ ложки образуетъ «верхушку» (*Apex*), по направленію къ замку ложки суживаются въ «стержни».

Замокъ, находящійся на шейкѣ наиболѣе пространенныхъ въ Германіи щипцовъ Naegele (рис. 84), предложенъ Brünninghausen'омъ и представляетъ т. н. «*lunctora per axin et contabulationem*» (рис. 85).

«*lunectura per contabulationem*» представляет особенность английских щипцовъ, на которыхъ обѣ вѣтви соединяются при помощи дощечки, которая на лѣвой вѣтви находится вверху, на правой внизу. «*lunectura per axin*» имѣется на французскихъ щипцахъ (*Levret*); при ней либо одна вѣтвь, а именно лѣвая, снабжена неподвижной осью, входя-



Рис. 84. Щипцы Naegele. Видъ головной кривизны.

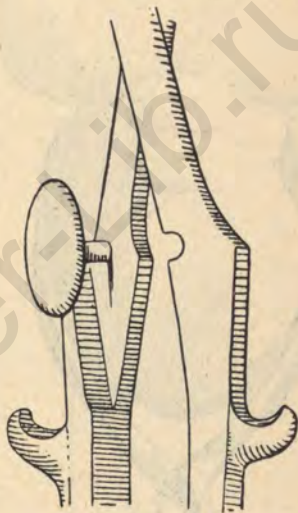


Рис. 85. Замокъ Naegele'вскихъ щипцовъ. *lunectura per axin et contabulationem* (по Schröder'y).

щей въ вырѣзку правой вѣтви, либо въ отверстіе, продѣланное въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ на обѣихъ вѣтвяхъ шейки щипцовъ, просовывается винтъ.

Ложка щипцовъ Naegele, на которой находится ось и дощечка, вводится лѣвой рукой въ лѣвую половину половыхъ органовъ и называется поэтому «лѣвой (мужской) ложкой», вторая ложка, вводимая правой рукой помѣщается на правой сторонѣ и называется «правой (женской) ложкой».

Лѣвая ложка всегда вводится первой, поверхъ ея правая; лишь когда правая ложка лежитъ поверхъ лѣвой, щипцы могутъ быть «замкнуты».

Щипцы имѣютъ двѣ кривизны.

Во первыхъ, головную кривизну (рис. 84 и 86), которая сдѣлана по выпуклости головки въ области теменныхъ костей и благодаря которой воз-

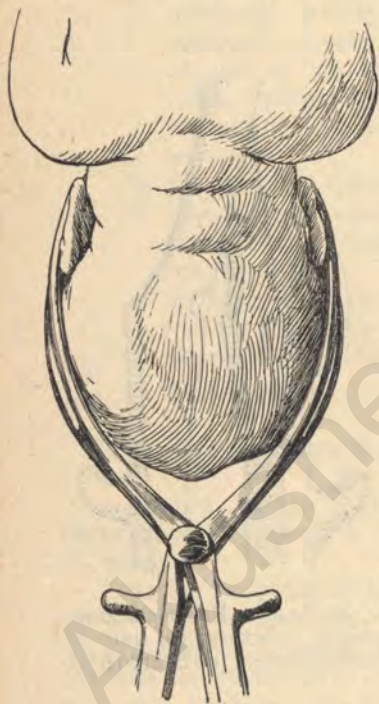


Рис. 86 Щипцы, лежащiе на головкѣ въ бипаріетальномъ размѣрѣ.

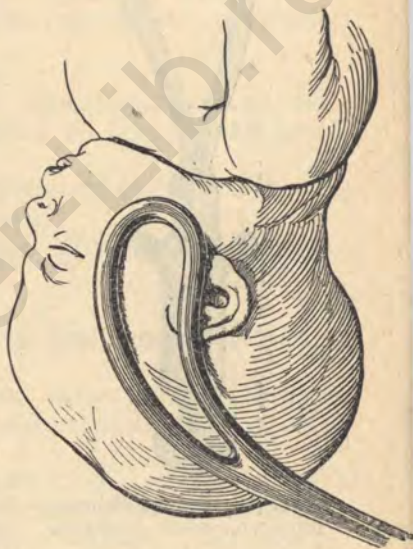


Рис. 87. Щипцы въ бипаріетальномъ размѣрѣ, видъ сбоку.

можно плотное, но въ то же время безвредное, прилегание ложекъ на головкѣ. Поэтому щипцы должны, если возможно, захватывать головку въ бипаріетальномъ размѣрѣ. (Рис. 86 и 87).

Во вторыхъ, тазовую кривизну (рис. 89), радиусъ которой соотвѣтствуетъ радиусу дугообразной линіи таза (рис. 88). Соотвѣтственно своему построению щипцы лишь тогда лежатъ правильно въ тазу,

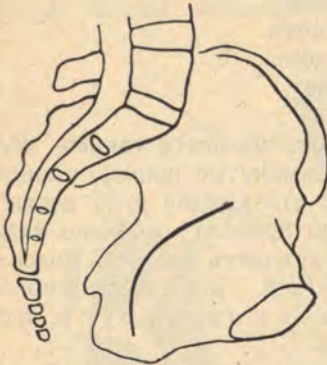


Рис. 88. Тазъ и тазовая ось для сравненія съ изображенной рядомъ тазовой кривизной щипцовъ.

если тазовая кривизна ихъ совпадаетъ съ осью таза. Это бываетъ тогда, когда щипцы со своимъ поперечнымъ размѣромъ, проложеннымъ чрезъ окончатая отверстія, лежатъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, и вогнутость тазовой кривизны обращена въ сторону симфиза. (Ср.рис. 96).

Щипцы могутъ быть наложены соотвѣтственно своей головной кривизнѣ и въ то-же время соотвѣтственно тазо-

вой кривизнѣ лишь въ томъ случаѣ, если головка стоитъ вполнѣ Zangengerecht, причемъ стрѣловидный шовъ совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ, такъ какъ, захватывая головку въ бипаріетальномъ размѣрѣ, они расположены своей тазовой кривизной по оси таза.

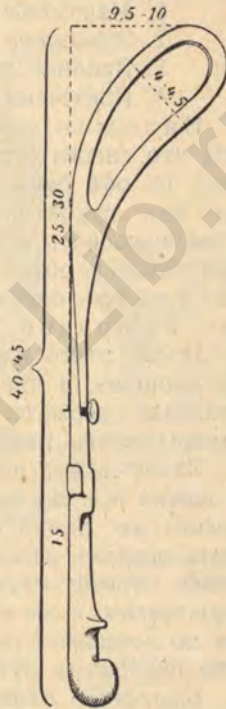


Рис. 89. Naegele'вскіе щипцы, видъ сбоку. Тазовая кривизна. Размѣры щипцовъ въ сантимет.

Во всѣхъ иныхъ случаяхъ, напр. при поперечномъ положеніи стрѣловиднаго шва, щипцы лежатъ неправильно либо на головкѣ, либо въ тазу.

При производствѣ операціи слѣдуетъ различать слѣдующіе періоды:

1. Наложеніе щипцовъ.
2. Замыканіе щипцовъ.
3. Пробное влеченіе.
4. Извлеченіе.

Наложеніе щипцовъ дѣлается такимъ образомъ, что сперва берутъ замкнутые щипцы замкомъ кверху въ обѣ руки, такъ что каждая рука держитъ одну изъ рукоятокъ. Это правило особенно важно для начинающихъ и предохраняетъ ихъ отъ опаснаго перепутыванія обѣихъ вѣтвей. При такомъ способѣ лѣвая вѣтвь оказывается въ лѣвой рукѣ, правая — въ правой рукѣ.

Послѣ этого кладутъ въ сторону правую половину щипцовъ, а лѣвую, какъ показываетъ рис. 92, вертикально держать за рукоятку кончиками трехъ вводящихъ вѣтвь пальцевъ предъ половыми органами.

Лѣвая ложка вводится первой потому, что вторая ложка всегда вводится поверхъ первой, по построенію же замка щипцовъ правая ложка должна лежать поверхъ лѣвой. Попробуйте-ка наоборотъ! Для введенія лѣвой вѣтви вводятъ два пальца, въ затруднительныхъ же случаяхъ четыре пальца правой руки по возможности высоко вдоль головки (рис. 92), чтобы проложить путь для лѣвой ложки.

Благодаря этому введенію правой руки вдоль головки мягкія части бываютъ предохранены отъ поврежденія верхушками ложекъ. Если не сдѣлать этого прикрыванія мягкихъ частей рукой, т. е. ввести щипцы въ половые органы безъ контроля, то верхушка щипцовъ легко могла бы зацѣпиться во влагалищѣ, особенно въ глубинѣ его, за выступающую складку и прорвала бы его. Щипцы не лежали бы при замыканіи непосредственно на головкѣ, а захватывали бы также большую или меньшую часть мягкихъ частей и оборвали бы ихъ при влеченіи.

Когда правая рука лежит на головкѣ, а именно точно въ томъ направленіи, въ которомъ должна быть введена ложка, то верхушка лѣвой ложки при вертикальномъ положеніи вѣтви прикладывается къ правой ладони, большой палецъ правой руки надав-

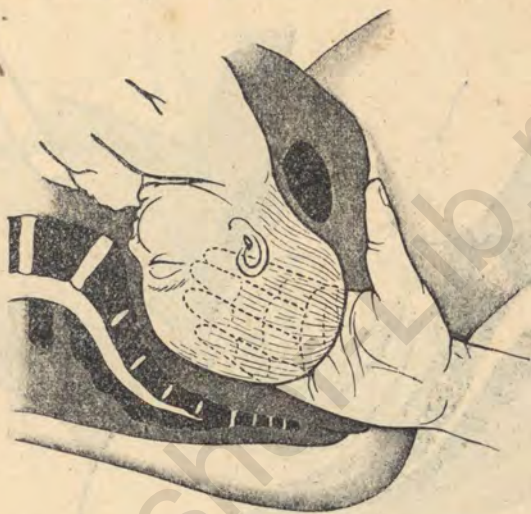


Рис. 90. Прикладываніе руки къ головкѣ для предохраненія мягкихъ частей при введеніи вѣтви щипцовъ (по Varnier—Faraboeuf'y).

ливаетъ на ложку и продвигаетъ ее вверхъ, между тѣмъ какъ лѣвая рука направляетъ вѣтвь.

Такъ какъ щипцы соотвѣтственно оси таза должны описать дугу во время своего пути вверхъ, то по мѣрѣ того, какъ ихъ продвигаютъ вверхъ, ихъ опускаютъ такъ, что рукоятка подъ конецъ обращена внизъ.

Лишь тогда, когда ложка скрылась въ половыхъ органахъ до замка, прикрывающая правая рука выводится изъ половыхъ органовъ. Третья рука, рука ассистента, придерживаетъ ложку точно въ приданномъ ей положеніи, оперирующій беретъ правую ложку

правой рукой; лѣвая рука заботится о защитѣ мягкихъ частей, и правая ложка вводится точно такъ же поверхъ лѣвой ложки. (Рис. 93).

Когда и правая ложка надлежащимъ образомъ помѣщена, оперирующій беретъ каждую рукоятку со-

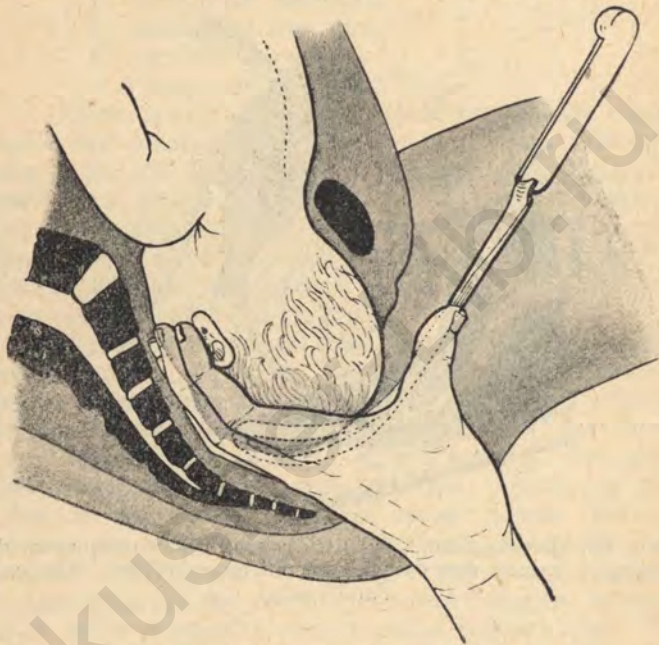


Рис. 91. Введеніе правой ложки щипцовъ вдоль внутренней стороны лѣвой руки, введенной высоко вдоль головки для защиты мягкихъ частей.

отвѣтствующей рукой и путемъ приведенія замковыхъ частей одна къ другой замыкаетъ щипцы. (Рис. 94).

Введеніе и замыканіе щипцовъ должно быть сдѣлано безъ всякаго насилія. Если имѣются какія либо препятствія, то ихъ должно преодолѣть слегка зондирующими движеніями вводимой ложки.

При замыканіи нельзя приподымать щипцовъ, такъ какъ вслѣдствіе этого неблагоприятно измѣ-

няется ихъ положеніе на головкѣ и они легко могутъ быть выдвинуты изъ оси таза. Исключеніе представляется лишь при извлеченіи щипцами въ лицевомъ положеніи. (Ср. стр. 137 рис. 108).

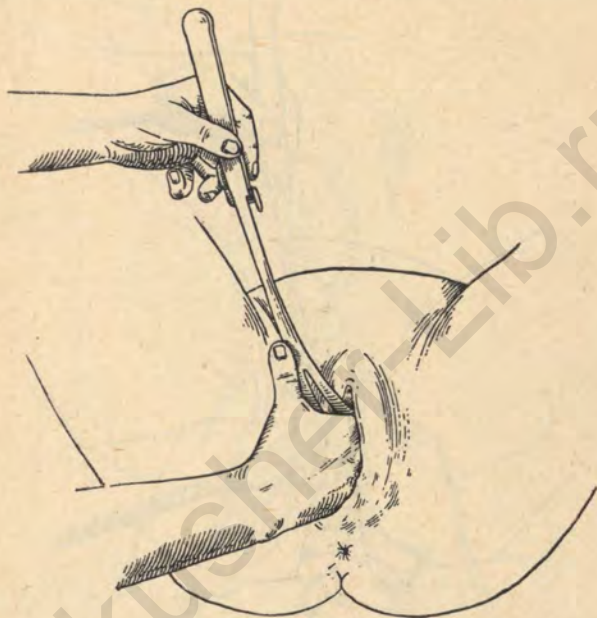


Рис. 92. Введеніе лѣвой вѣтви щипцовъ.

Обѣ вѣтви должны точно лежать одна противъ другой, въ противномъ случаѣ щипцы «подскакиваютъ». Въ такихъ случаяхъ одна изъ ложекъ лежитъ неправильно. Та ложка, которая признается неправильно лежащей, либо должна быть приведена на надлежащее мѣсто головки путемъ «странствованія» (см. стр. 133), либо ее надо совсѣмъ вынуть и наложить сызнова.

Если щипцы лежатъ правильно, т. е. при положеніи головки *zangengerecht* въ поперечномъ размѣрѣ

таза, если они хорошо замкнуты, то оперирующей сперва провѣряетъ посредствомъ внутренняго изслѣдованія, не захвачены ли щипцами мягкія части. Затѣмъ лишь слѣдуетъ такъ называемое «пробное влеченіе», которое должно провѣрить, слѣдуетъ ли головка за влеченіемъ щипцовъ.

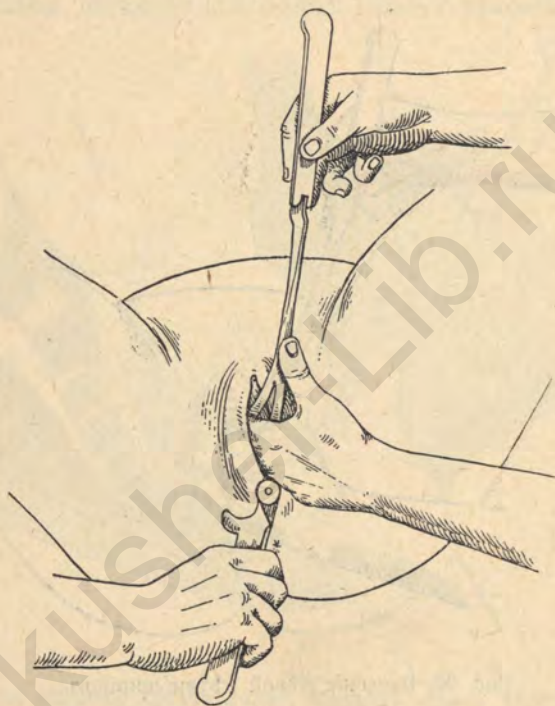


Рис. 93. Введеніе второй, правой вѣтви щипцовъ.

Чтобы это опредѣлить, необходимо извѣстный опытъ, такъ какъ при трудныхъ извлеченіяхъ головка не слѣдуетъ сейчасъ же за первымъ влеченіемъ.

Во время самаго извлеченія надо все время слѣдить, продолжаютъ ли щипцы хорошо лежать на головкѣ и слѣдуютъ ли они за послѣдней, или же они

«соскальзываютъ» съ головки. «Соскальзываніе» щипцовъ объясняется ошибкой при наложеніи или неправильнымъ направлениемъ влеченія или же наличностью какого либо препятствія для извлеченія. Различаютъ «горизонтальное» и «вертикальное» со-

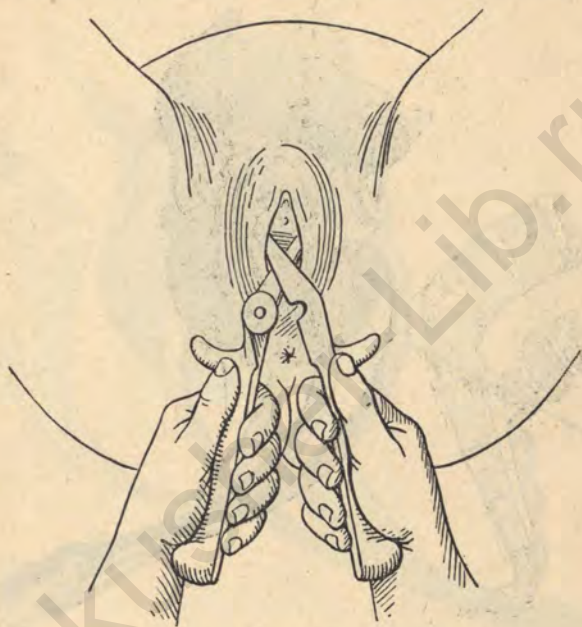


Рис. 94. Замыканіе щипцовъ.

скальзываніе. При горизонтальномъ соскальзываніи щипцы соскальзываютъ вдоль головки кпереди или кзади, при вертикальномъ, наоборотъ, по продольной оси головки, причемъ рукоятки щипцовъ постепенно все больше и больше расходятся. Если это случается, то должно быть своевременно замѣчено; во всякомъ случаѣ надо предотвратить, чтобы замкнутые щипцы съ большей или меньшей силой не выпали внезапно изъ половыхъ органовъ, вслѣдствіе чего съ одной стороны могутъ произойти тяжелыя поврежденія мягкихъ

частей, съ другой же стороны может опрокинуться акушеръ.

Для извлеченія оперирующій беретъ щипцы обѣими руками (рис. 98) и начинаетъ осторожно и съ постепенно возрастающей силой производить «влеченія»

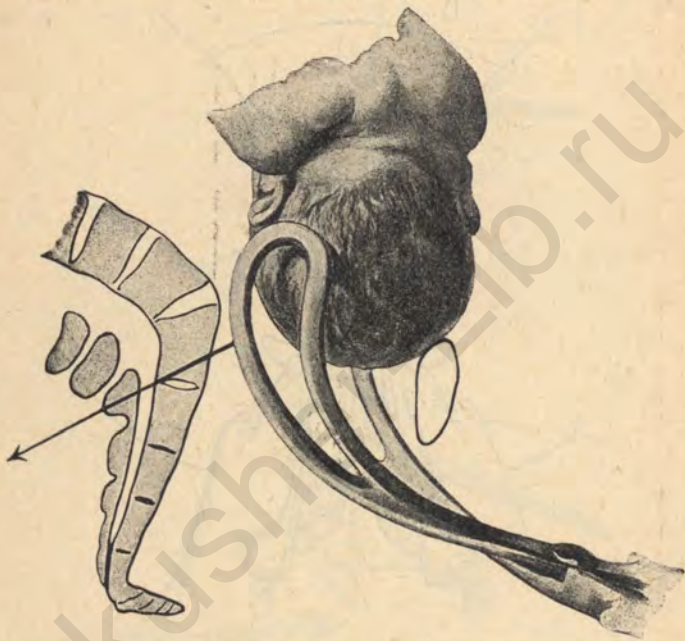


Рис. 95. Горизонтальное соскальзываніе щипцовъ.

(тракціи), причемъ влеченія и остановки періодически должны слѣдовать другъ за другомъ, какъ схватки и промежутки между ними.

Направленіе, въ которомъ должно производиться влеченіе, бываетъ различнымъ, въ зависимости отъ того, стоитъ ли головка выше или ниже въ тазу. Причина лъжитъ въ томъ, что прорѣзываніе головки происходитъ не по прямой линіи, а по дугѣ, соответствующей кривизнѣ проводной линіи.

Какъ видно изъ рис. 97, сначала направлѣніе влеченія при извлеченіи цѣбликомъ въ тазу находящейся головки бываетъ совсѣмъ горизонтальнымъ (щипцы *a*), съ опусканіемъ головки необходимо соединить приподыманіе щипцовъ, какъ это показано на



Рис. 96. Вертикальное соскальзываніе щипцовъ.

щипцахъ *b*. При прорѣзываніи же головки необходимо, наконецъ, приподнять рукоятки совсѣмъ въ сторону живота (щипцы *c*), не упирая при этомъ ложекъ или рукоятокъ о наружную стѣнку таза или нижній уголъ лобковой дуги.

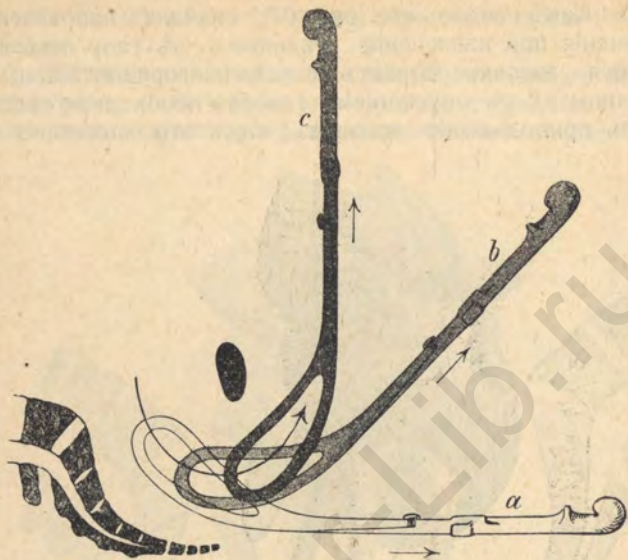


Рис. 97. Схематическое изображение направлений тракцій (позицій) при извлеченіи посредствомъ щипцовъ головки, находящейся въ тазу.

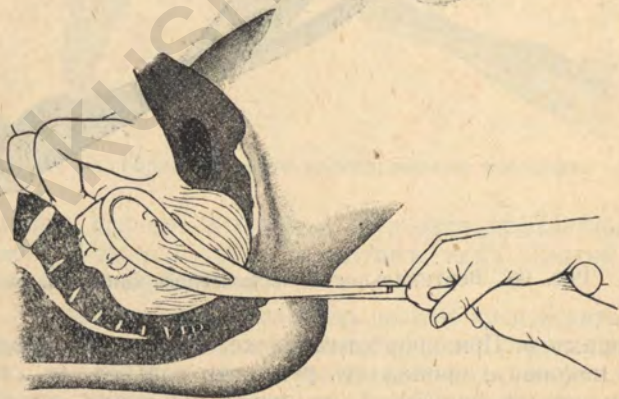


Рис. 98. Извлеченіе посредствомъ щипцовъ при затылочномъ положеніи. Врѣзываніе головки.

Проведеніе головки чрезъ половую щель не требуетъ никакой силы, такъ что для него не нужно собственно больше никакого влеченія. Цѣлесообразно подымать рукоятки щипцовъ, захвативъ ихъ лишь одной рукой, между тѣмъ какъ другая рука поддерживаетъ промежность.

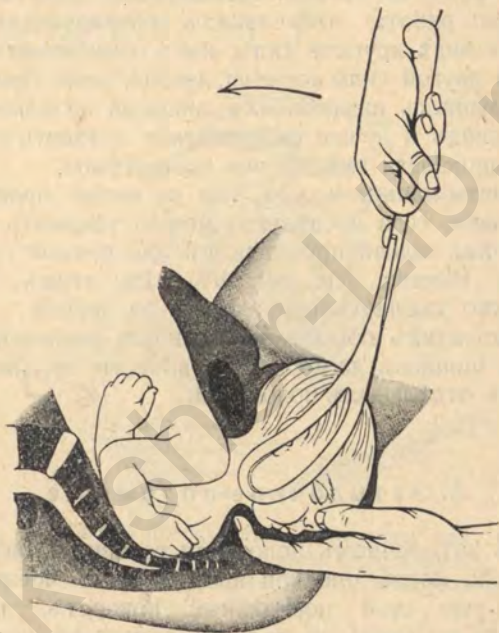


Рис. 99. Извлеченіе посредствомъ щипцовъ при затылочномъ положеніи. Приподыманіе щипцовъ. Приѣмъ Ritgen'a (по Zweifel'ю).

Надо по возможности избѣгать раскачивающихъ движеній щипцами, дѣйствующихъ на подобіе рычага. При особенно трудныхъ извлеченіяхъ влеченіе подкрѣпляютъ легкими, горизонтальными боковыми движеніями, вертикальныхъ или кругообразныхъ движеній щипцами, какъ вредныхъ для мягкихъ частей матери, надо всегда избѣгать.

Степень примѣняемой силы колеблется въ зависимости отъ трудности случая. По Kristeller'y сила тракцій соотвѣтствуетъ постоянной высотѣ поднятія груза въ 30 — 35 ф. и никогда не должна превышать силы, затрачиваемой на поднятіе 40 — 45 ф. Иногда необходимо употребить большую силу, но лишь не больше чѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ; попеременная работа нѣсколькихъ оперирующихъ, помощь въ видѣ другихъ силъ, какъ примѣненіе машинной или другой силы влеченія, недопустимы. При слишкомъ трудныхъ извлеченіяхъ щипцами не извлекается живой плодъ и лучше своевременно оставить эту операцію, произведя вмѣсто нея краниотомію.

Снять щипцы можно уже во время прорѣзыванія головки, если послѣднюю можно удержать рукой со стороны задней промежности или прямой кишки. (Приемъ Ritgen'a, ср. рис. 99). Въ этомъ случаѣ осторожно удаляютъ одну ложку за другой.

Изъ этихъ общихъ правилъ для извлеченія при помощи щипцовъ легко можно вывести частныя правила для отдѣльныхъ положеній.

А. Затылочное положеніе.

Въ затылочномъ положеніи головка стоитъ *gengerecht*, когда она при прорѣзываніи чрезъ тазъ сдѣлала уже свой нормальный поворотъ, такъ что находится во входѣ въ тазъ въ согнутомъ положеніи съ обращеннымъ кпереди затылкомъ. Стрѣловидный шовъ проходитъ приблизительно въ прямомъ размѣрѣ таза. Щипцы захватываютъ головку въ бипаріетальномъ размѣрѣ и въ то же время расположены въ поперечномъ размѣрѣ таза, такъ что они могутъ быть правильно наложены въ смыслѣ головной и тазовой кривизны своей.

Если пробное влеченіе показало, что головка слѣдуетъ за щипцами, то производятъ влеченіе въ направленіи, указываемомъ рукоятками щипцовъ послѣ замыканія послѣднихъ до тѣхъ поръ, пока затылоч-

ная ямка не окажется у нижняго угла симфиза (рис. 98).

Теперь головка должна начать прорѣзываться, т. е. постепенно должна быть переведена изъ согнутаго положенія въ разогнутое, что производится путемъ приподыманія рукоятокъ щипцовъ.



Рис. 100. Извлеченіе посредствомъ щипцовъ при затылочномъ положеніи. Послѣдній моментъ. Прорѣзываніе головки во время приподыманія щипцовъ вверхъ и поддерживаніе промежности.

Если такимъ образомъ личико спустилось вдоль задней стѣнки таза, такъ что передняя часть головки выпячиваетъ промежность, то медленно приподымають рукоятки все выше, приче́мъ необходимо въ то же время заботливо слѣдить за поддерживаніемъ промежности. Въ тяжелыхъ случаяхъ рекомендуется какъ можно скорѣе снять щипцы, раньше чѣмъ головка прорѣзалась совершенно чрезъ половую щель. Если удастся пробраться со стороны прямой кишки указательнымъ пальцемъ лѣвой руки мимо личика, то можно легко удержать головку за подбородокъ и на-

давливая, заставить ее медленно прорѣзаться (приемъ Ritgen'a, рис. 99).

Чтобы сохранить промежность цѣлой, необходимо иногда прибѣгнуть къ помощи эпизиотоміи, т. е. боковыхъ надрѣзовъ.

В. Передне-головныя положенія.

При передне-головныхъ положеніяхъ извлеченіе головки при помощи щипцовъ, соотвѣт-



Рис. 101. Извлеченіе щипцами при переднеголовномъ положеніи. Влеченіе головки внизъ.

ственно измененному механизму прорѣзыванія, бываетъ инымъ, чѣмъ описанное при затылочныхъ положеніяхъ, но накладываніе щипцовъ и тракціи до врѣзыванія головки производятся точно такъ же.



Рис. 102. Извлеченіе посредствомъ щипцовъ при передне-головномъ положеніи. Рожденіе темени и затылка при приподыманіи рукоятокъ кверху.

Какъ только точка вращенія оказывается подъ симфизомъ, надо согнуть головку при помощи щипцовъ, приподнявъ рукоятки, такъ что затылокъ скользитъ по промежности (рис. 102).

Это самый трудный моментъ при извлеченіи щипцами головки, находящейся въ передне-головномъ положеніи; тутъ при не вполне правильномъ, осторожномъ образѣ дѣйствій легко происходятъ глубокіе разрывы промежности. Прежде всего оперирующій долженъ обратить вниманіе на то, чтобы выбрать надна головкѣ лежащую точку вращенія.

При изложеніи механизма родовъ, присущаго передне-головному положенію при самопроизвольныхъ родахъ, было указано, что отъ выбора точки вращенія зависитъ размѣръ плоскости прорѣзыванія. Если въ



Рис. 103. Извлеченіе посредствомъ щипцовъ при передне-головномъ положеніи. Рожденіе личика при опусканіи рукоятокъ во вторую позицію.

качествѣ точки вращенія использовать область, расположенную надъ однимъ изъ лобныхъ бугровъ, то плоскостью прорѣзыванія становится размѣръ, приближающійся къ *Circumferentia suboccipito-frontalis*, между тѣмъ, какъ при упираниіи *Glabella* подъ симфизомъ плоскостью прорѣзыванія становится большій размѣръ, *circumferentia occipito-frontalis*, вслѣдствіе чего возрастаетъ опасность разрыва мягкихъ частей.

Далѣе, при такомъ сильномъ приподыманіи рукоятокъ надо обратить вниманіе на то, чтобы вер-

жушка щипцовъ не заходила впереди головки, что можетъ привести къ пораненію задней стѣнки влагалища, даже къ пробуравленію перегородки между влагалищемъ и прямой кишкой. Если верхушка щипцовъ выдается впереди головки, то необходимо разъединить щипцы въ замкѣ и натянуть ихъ на головку.

Когда промежность сократится надъ затылкомъ, то опускаютъ книзу рукоятки щипцовъ, благодаря чему головка разгибается и личико показывается изъ подъ симфиза (рис. 103).

Примѣненіе щипцовъ для превращенія переднеголовного положенія въ затылочное и при низкомъ поперечномъ вставленіи головки.

Въ силу многихъ причинъ, которыя были указаны при изложеніи механизма родовъ, роды въ передне-головномъ положеніи значительно затруднены, соотвѣтственно этому и извлеченіе при помощи щипцовъ находящейся въ передне-головномъ положеніи головки связано съ большими трудностями и опасностями. Въ рѣдкихъ случаяхъ извлеченіе оказывается даже совершенно невозможнымъ, такъ какъ даже при величайшемъ напряженіи силъ не удастся низвести головку, хотя она ни слишкомъ велика, ни тазъ не слишкомъ узокъ. Та же головка легко проходитъ чрезъ тотъ же тазъ въ затылочномъ положеніи. Этотъ фактъ въ связи съ тѣмъ обстоятельствомъ, что при самопроизвольныхъ родахъ очень часто обращенный до того времени кзади затылокъ на тазовомъ днѣ поворачивается еще кпереди, такъ что изъ неблагоприятнаго передне-головного положенія образуется болѣе благоприятное затылочное, заставляеть привѣтствовать совѣтъ при малѣйшей возможности выжидать при передне-головныхъ положеніяхъ самопроизвольныхъ родовъ, по крайней мѣрѣ, пока затылокъ не повернется кпереди. Для тѣхъ случаевъ, когда въ виду угрожающей матери или плоду опасности необ-

ходимо вызвать окончаніе родовъ при обращенномъ еще кзади затылкѣ, Scanzoni и Lange рекомендуютъ при наличности затрудненій для извлеченія въ передне-головномъ положеніи повернуть обращенный кзади затылокъ впередъ посредствомъ щипцовъ. Въ такихъ случаяхъ щипцы сначала употребляются не какъ инструментъ для извлеченія, а скорѣй какъ орудіе для исправленія положенія» головки. Много спорили о томъ, поскольку можно считать дозволеннымъ такое примѣненіе щипцовъ; въ настоящее время въ общемъ предостерегаютъ противъ подобнаго примѣненія щипцовъ; однако, я на основаніи моихъ личныхъ благопріятныхъ опытовъ въ этой области полагаю, что осужденіе этого приема не совсѣмъ справедливо и что для опредѣленныхъ случаевъ согласно построеннымъ и примѣняемымъ Scanzoni (Lehrbuch d. Geburtsh., 4 Aufl., 1867, стр. 171 и слѣд.) принципамъ, съ которыми я согласенъ, за операцией этой будутъ снова признаны ея скромныя, но справедливыя права.

Чтобы предотвратить ложныя толкованія, я опредѣленно заявляю, что я, какъ это дѣлалъ уже Scanzoni, отнюдь не признаю такое превращеніе передне-головного положенія въ затылочное правильнымъ оперативнымъ способомъ. Приемъ этотъ скорѣй долженъ быть оставленъ для тѣхъ случаевъ, когда во время самаго теченія родовъ въ слишкомъ большой продолжительности послѣднихъ и въ недостаточномъ поступательномъ движеніи вступившей въ тазъ головки обнаружилась трудность прорѣзыванія находящейся въ переднеголовномъ положеніи головки, а попытка извлечь головку въ передне-головномъ положеніи при помощи щипцовъ не удастся.

Такіе случаи безусловно не часты, но гдѣ съ ними сталкиваешься, тамъ операція Scanzoni благотельна для матери и плода, лишь она одна даетъ возможность обойтись тогда безъ перфорации живого младенца.

Для доказательства и иллюстраціи только что изложеннаго я опишу одинъ случай изъ собственной практики.

26 лѣтняя крѣпкая первородящая; послѣ двухдневной напряженной родовой дѣятельности врачомъ дѣлается полу-часовая безплодная попытка извлеченія щипцами низко стоящей въ III черепномъ положеніи головки. Въ теченіе послѣдующихъ 12 часовъ двумя другими призванными врачами дѣлаются продолжительныя, совершенно безплодныя попытки извлеченія при помощи щипцовъ. Консультація относительно перфорированія головки. До выполненія перфорациі я еще разъ попытался сдѣлать извлеченіе при помощи щипцовъ; я убѣдился въ полной невозможности извлечь головку въ томъ положеніи, въ какомъ она стояла; малый родничекъ справа сзади, большой слѣва спереди, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ, головка въ узкой части полости таза. Дѣлаю попытку повернуть по Scanzoni затылокъ справа сзади вправо впередъ. Попытка удалась легко, и чрезъ нѣсколько минутъ младенецъ родился во II затылочномъ положеніи

Дальнѣйшія наблюденія все больше и больше укрѣпляли во мнѣ изложенное тутъ благопріятное мнѣніе относительно операціи Scanzoni.

Въ качествѣ условій для производства этого поворота головки Scanzoni выставилъ слѣдующія:

1) Точная освѣдомленность относительно положенія головки. Перепутываніе родничковъ, ошибочные діагнозы ведутъ, понятно, къ самымъ дурнымъ послѣдствіямъ, перекручиваніямъ головки.

2) Головка должна стоять по крайней мѣрѣ такъ, чтобы возможно было наложить обѣ ложки щипцовъ на боковыя ея поверхности.

3) Головка должна находиться въ тазу, при томъ наибольшимъ размѣромъ ниже широкой части полости таза «въ нижней половинѣ полости таза».

4) Не должно быть суженія таза въ косомъ размѣрѣ или въ прямомъ размѣрѣ нижней половины таза.

Выполненіе операціи Scanzoni.

Scanzoni рекомендуетъ накладывать щипцы для поворота головки въ бипаріетальномъ размѣрѣ послѣдней, т. е. чрезъ обѣ теменныя кости, что соотвѣтствуетъ головной кривизнѣ щипцовъ.

Если головка находится въ положеніи, изображенномъ на рис. 104, напр. въ III черепномъ положеніи, при которомъ стрѣловидный шовъ проходитъ

въ первомъ косомъ размѣры, то щипцы, слѣдовательно, должны быть расположены во второмъ косомъ размѣрѣ, правая ложка — справа спереди, кзади отъ праваго запирательнаго отверстия на лѣвой темен-

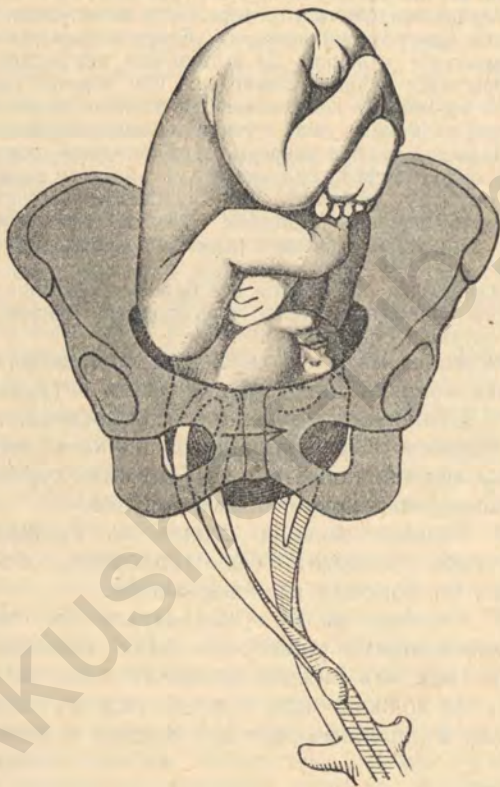


Рис. 104. Поворотъ изъ переднеголового положенія въ затылочное по Scanzoni. I моментъ. Накладываніе щипцовъ во второмъ косомъ размѣрѣ при III черепномъ положеніи. Поворотъ въ направленіи часовой стрѣлки.

ной кости, лѣвая ложка — слѣва сзади въ области лѣваго крестцовоподвздошнаго сочлененія на правой теменной кости.

Переднюю ложку труднѣе наложить, поэтому нѣкоторые авторы рекомендуютъ накладывать ее первой, хотя бы

это была и лѣвая ложка. Образующееся при этомъ «перекрещиваніе рукоятокъ» должно быть исправлено до замыканія щипцовъ: правую вѣтвь переводятъ поверхъ лѣвой. Другіе же, какъ и Scanzoni, предпочитаютъ всегда накладывать раньше лѣвую ложку и никогда не вводятъ ложки, которая должна прилегать къ передней стѣнкѣ таза, какъ разъ въ этомъ мѣстѣ. Скорѣй обѣ ложки должны быть введены каждая впереди соотвѣтствующаго ей крестцово-подвздошнаго сочлененія; лишь тогда проводятъ вокругъ головки по боковой стѣнкѣ плода ложку, которая должна быть расположена спереди, заставляя ее «странствовать», пока она очутится позади соотвѣтствующаго запирательнаго отверстія. Съ этой цѣлью все больше и больше медленно опускаютъ книзу рукоятку соотвѣтствующей половины щипцовъ и въ то-же поворачиваютъ ее вокругъ ея продольной оси. Scanzoni совѣтуетъ помочь этому вращенію надавливаніемъ на выпуклый край ложки введеннымъ въ половые органы пальцемъ.

Непремѣннымъ условіемъ для успѣха поворота является тщательнѣйшее наложеніе отдѣльныхъ ложекъ щипцовъ и внимательное наблюденіе за замкнутыми щипцами.

До выполненія подобнаго поворота надо точно обсудить всю технику выполненія, способъ накладыванія, поворота etc.; конечно, предварительно долженъ быть точно установленъ діагнозъ положенія плода и головки, на что каждый разъ особенно настойчиво указывалось. Ошибки въ діагнозѣ или въ техникѣ операциі могутъ привести къ самымъ плохимъ послѣдствіямъ.

Щипцы, наложенные въ приведенномъ нами примѣрѣ, III черепное положеніе, во второмъ косомъ размѣрѣ, послѣ замыканія обращены замкомъ и вогнутостью своей тазовой кривизны влѣво. (Рис. 104).

При упражненіяхъ на фантомѣ полезно каждый разъ до наложенія щипцовъ поддержать ихъ внѣ фантома замкнутыми въ томъ размѣрѣ, въ какомъ они должны быть наложены, и къ этому присоединить дальнѣйшія соображенія относительно направленія поворота etc.

Послѣ этого, потянувъ сильно головку щипцами, поворачиваютъ ее на « $\frac{1}{8}$ окружности», такимъ образомъ, что затылокъ бываетъ повернутъ сзади въ сторону. При III черепномъ положеніи поворотъ происходитъ въ направленіи часовой стрѣлки при одновременномъ влеченіи влѣво и кзади (Fritsch), заты-

локъ поворачивается тогда вправо, стрѣловидный шовъ располагается поперечно, щипцы по окончаніи поворота расположены почти въ прямомъ размѣрѣ таза, правая ложка спереди, лѣвая сзади.

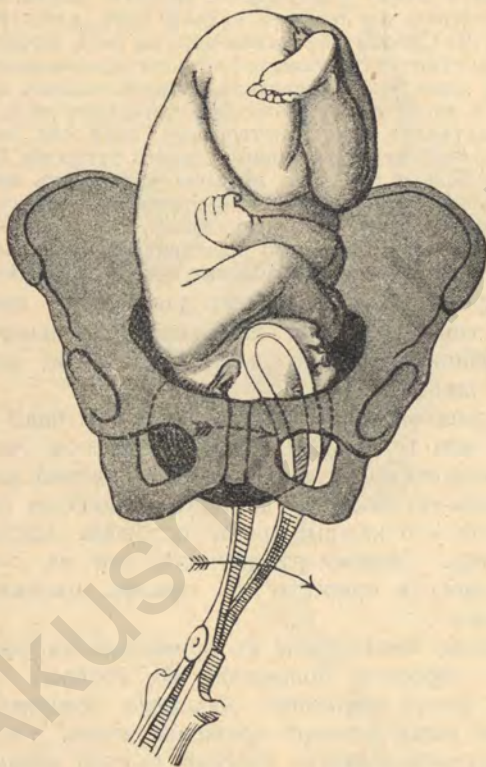


Рис. 105. Накладываніе щипцовъ при низкомъ поперечномъ стояніи стрѣловиднаго шва. II моментъ превращенія переднеголовнаго положенія въ затылочное по Scaponi. II черепное положеніе, щипцы въ первомъ косомъ размѣрѣ, поворотъ въ направленіи часовой стрѣлки.

Теперь осторожно снимаютъ щипцы, точно сообразаясь съ кривизной ихъ, расположенную позади лѣвую ложку — путемъ приподыманія рукоятки,

переднюю, правую ложку путем сильного опусканія рукоятки книзу. Затѣмъ снова накладываютъ щипцы въ косомъ размѣрѣ для извлеченія головки «въ низкомъ поперечномъ вставленіи», но такъ, что приходящаяся на затылокъ ложка быва-

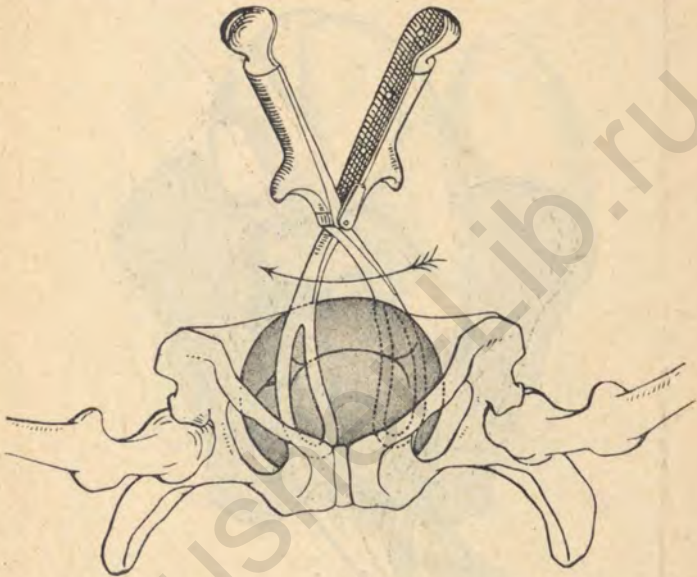


Рис. 106. Накладываніе щипцовъ при низкомъ поперечномъ вставленіи, II черепное положеніе, видъ снизу. То-же положеніе, что и на рис. 105.

етъ расположена на задней стѣнкѣ таза, приходящаяся же на личико ложка — на передней стѣнкѣ таза.

Если затылокъ находится справа, какъ въ приведенномъ нами примѣрѣ, рис. 105, то правая ложка приходится на затылокъ, т. е. правая ложка приходится справа сзади, лѣвая — слѣва впереди, такъ что щипцы расположены теперь въ первомъ косомъ размѣрѣ.

Правая ложка расположена теперь надъ правой половиной затылка, лѣвая — надъ лѣвой половиной личика.

При извлеченіи производятъ въ то-же время вращеніе въ направленіи часовой стрѣлки, пока го-



Рис. 107. Накладываніе щипцовъ по Lange для превращенія переднеголового положенія въ затылочное (obsolet).

ловка закончитъ свой внутренній поворотъ, т. е. окажется затылкомъ спереди и стрѣловиднымъ швомъ въ прямомъ размѣрѣ, послѣ чего заканчиваютъ извлеченіе по способу, указанному при затылочномъ положеніи (рис. 97, 98, 99).

Такимъ образомъ этотъ способъ Scanzoni требуетъ двукратнаго наложенія щипцовъ.

Lange пытался избѣгнуть этого тѣмъ, что онъ сразу накладываетъ щипцы въ томъ косомъ размѣрѣ, въ какомъ расположенъ стрѣловидный шовъ.

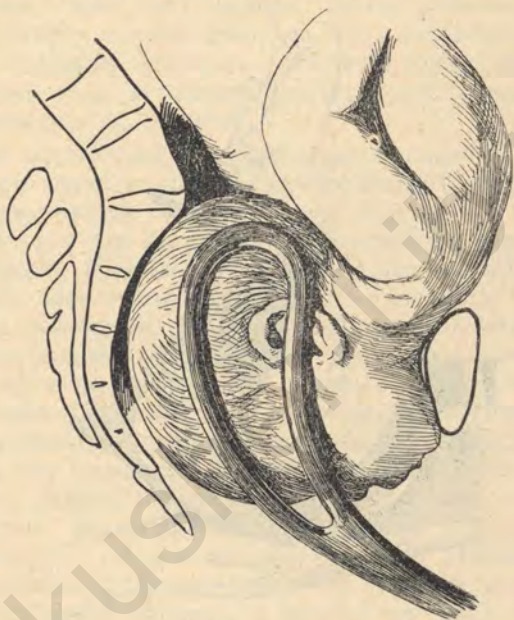


Рис. 108. Накладываніе щипцовъ при лицевомъ положеніи приподнятыхъ кверху рукояткахъ.

Scanzoni отвергаетъ этотъ способъ, и въ настоящее время онъ совершенно оставленъ. Лишь когда стрѣловидный шовъ расположенъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, можно одновременно производить поворотъ и извлеченіе головки.

9. Лицевое положеніе (лобное положеніе).

Если головка въ лицевомъ положеніи правильно совершила свой внутренній поворотъ, такъ что под-

бородокъ при максимальномъ разгибаніи головки сильно опущенъ книзу и расположенъ спереди подъ симфизомъ, то и тутъ при данномъ показаніи можно воспользоваться щипцами для извлеченія, причемъ,



Рис. 109. Извлеченіе при лицевомъ положеніи.

какъ и при затылочномъ положеніи ихъ накладываютъ по обоимъ концамъ поперечнаго размѣра таза.

Ложки захватываютъ головку (рис. 108) чрезъ личико спереди кзади, въ каковомъ положеніи щипцы благоприятно и хорошо расположены и на головкѣ.

При замыканіи щипцовъ надо слѣдить за тѣмъ, чтобы рукоятки щипцовъ не были опущены книзу, какъ при затылочныхъ положеніяхъ, а, напротивъ, были бы слегка приподняты для того, чтобы верхушки щипцовъ захватили затылокъ. Если замыкать щипцы

при опущенныхъ въ сторону промежности рукояткахъ, то верхушка щипцовъ оказалась бы лежащей на шеѣ плода.

При извлеченіи надо до тѣхъ поръ производить влеченіе внизъ, пока подбородокъ окажется подъ симфизомъ, такъ что шейная часть позвоночнаго хребта станетъ точкой вращенія. Подъ вліяніемъ приподнятія щипцовъ затылокъ сдвигается внизъ по задней стѣнкѣ таза, и головка переводится изъ разогнутого положенія въ согнутое.

Всѣ настойчиво предостерегаютъ противъ того, чтобы при лицевомъ положеніи производить извлеченіе щипцами тогда, когда головка еще не вся находится въ тазу или когда еще не совершился внутренней поворотъ. Измѣненное положеніе головки, крайнее разгибаніе, значительно затрудняетъ повороты ея въ лицевомъ положеніи, что при самопроизвольныхъ родахъ проявляется въ замедленіи родовъ, подвергающемся жестокому испытанію терпѣніе выжидательно дѣйствующаго акушера. Искусственный поворотъ личика при помощи щипцовъ для обращенія подбородка кпереди, что является необходимымъ условіемъ возможности родовъ, наталкивается на большія затрудненія, чѣмъ аналогичные повороты при черепныхъ предлежаніяхъ. Правда, Scanzoni и тутъ рекомендуетъ при низко стоящемъ личикѣ и наличности показанія примѣненіе щипцовъ, а именно въ видѣ точно такого же «двукратнаго» способа примѣненія, какъ тотъ, что былъ изложенъ при черепныхъ положеніяхъ; онъ съ успѣхомъ производилъ при помощи щипцовъ поворотъ подбородка кпереди даже въ такихъ случаяхъ, когда подбородокъ былъ совершенно повернуть кзади, т. е. произвелъ операцію, аналогичную превращенію передне-головного положенія въ затылочное. О подобныхъ же благопріятныхъ наблюденіяхъ сообщаютъ также Nohl, v. Winckel, Kaltenbach. Во всякомъ случаѣ столь сложныя и трудныя операціи можетъ пытаться производить лишь опытный, искусный акушеръ, который въ состояніи точно су-

дить о степени допустимаго примѣненія силы. Въ общемъ тамъ, гдѣ въ такихъ случаяхъ родоразрѣшеніе представляется настоятельно необходимымъ и неотложнымъ, благоразумнѣе прибѣгнуть къ плодоразрушающей операци, чѣмъ отважиться на операцию съ сомнительными результатами для плода и отнюдь не безопасною для матери.

Если же при лицевомъ положеніи въ виду затрудненнаго механизма родовъ выполненіе извлеченія при помощи щипцовъ безусловно труднѣе, чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ, то при лобныхъ положеніяхъ трудности операци еще значительно возрастаютъ. Здѣсь всегда можетъ идти рѣчь лишь о попыткѣ извлеченія щипцами, чтобы до перфорированія живого младенца испробовать еще самое крайнее средство. Изъ рис. 60 выясняется механизмъ прорѣзыванія въ лобномъ положеніи. Обѣ ложки располагаютъ по обѣимъ сторонамъ лба и передней части головы.

Щипцы при высоко-стоящей головкѣ.

При всѣхъ изложенныхъ до сихъ поръ операцияхъ наложенія щипцовъ предполагалось, что головка вступила уже въ малый тазъ, такъ что наибольшимъ своимъ объемомъ она находилась ниже входа въ тазъ. Если головка къ тому же еще совершила надлежащимъ образомъ «механизмъ внутренняго поворота», то извлеченіе при помощи щипцовъ при черепныхъ положеніяхъ обыкновенно не представляетъ особыхъ затрудненій.

Повороты при помощи щипцовъ находящейся въ тазу головки при низкомъ поперечномъ вставленіи, а также иногда при передне-головныхъ или даже лицевыхъ положеніяхъ, представляютъ уже болѣе серьезныя операци, для которыхъ требуются болѣе серьезныя показанія и предсказаніе при которыхъ, а также и способъ выполненія, отличается отъ первыхъ «типичныхъ операций извлеченія щипцами».

О совершенно «атипичныхъ операціяхъ», однако, дѣло идетъ лишь во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда щипцы должны быть наложены на головку, которая наибольшимъ своимъ объемомъ находится еще надъ входомъ въ тазъ. Если головка въ періодъ изгнанія послѣ разрыва пузыря еще стоитъ выше входа въ тазъ, то всегда существуетъ препятствіе для вступленія ея въ тазъ, причемъ несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ обыкновенно обусловлено суженіемъ таза или же ненормальной величиной головки, какъ напр. водянкой головы. Въ такихъ случаяхъ узкаго таза, предполагая, что суженіе не слишкомъ значительно и что, слѣдовательно, по внимательномъ взвѣшиваніи наличныхъ условій можно допустить возможность рожденія неразрушеннаго плода чрезъ естественные пути, цѣлесообразнѣе въ видѣ пробы предпослать «попыткѣ извлеченія щипцами» рекомендуемое для подобныхъ случаевъ Hofmeister'омъ втискиваніе головки снаружи въ висячемъ положеніи Walcher'a.

Съ этой цѣлью роженицу укладываютъ на край кровати или стола такимъ образомъ, что тяжесть свободно свѣшивающихся нижнихъ конечностей вызываетъ «максимальное растяженіе таза», расширение входа въ тазъ. Подъ глубокимъ наркозомъ захватываютъ головку снаружи такимъ образомъ, что большой палецъ приходится на затылокъ, остальные пальцы лежатъ на нижней челюсти, и втискиваютъ такъ головку непосредственно въ тазъ, причемъ она обыкновенно сразу проходитъ чрезъ тазовый входъ. При внутреннемъ изслѣдованіи находятъ тогда головку въ тазу, обыкновенно въ положеніи низкаго поперечнаго вставленія, такъ что ее легко можно извлечь при помощи поворота щипцами. Hofmeister'у такимъ способомъ удалось вызвать рожденіе живого младенца съ большой головкой даже при тазѣ съ *Conjugata vera* въ 7,5 см. Если попытка эта не удастся, то, покуда плодъ еще живъ, можно при нежеланіи прибѣгнуть къ помощи гебостеотоміи или кесарскаго сѣченія до перфорачіи сдѣлать послѣднюю пробу со щипцами'

предполагая, что головка вставляется въ черепномъ положеніи; при высокомъ вставленіи головки въ лицевомъ и лобномъ положеніяхъ щипы абсолютно противопоказаны.

Щипцы накладываютъ тогда соответственно тазовой ихъ кривизнѣ, т. е. точно въ поперечномъ

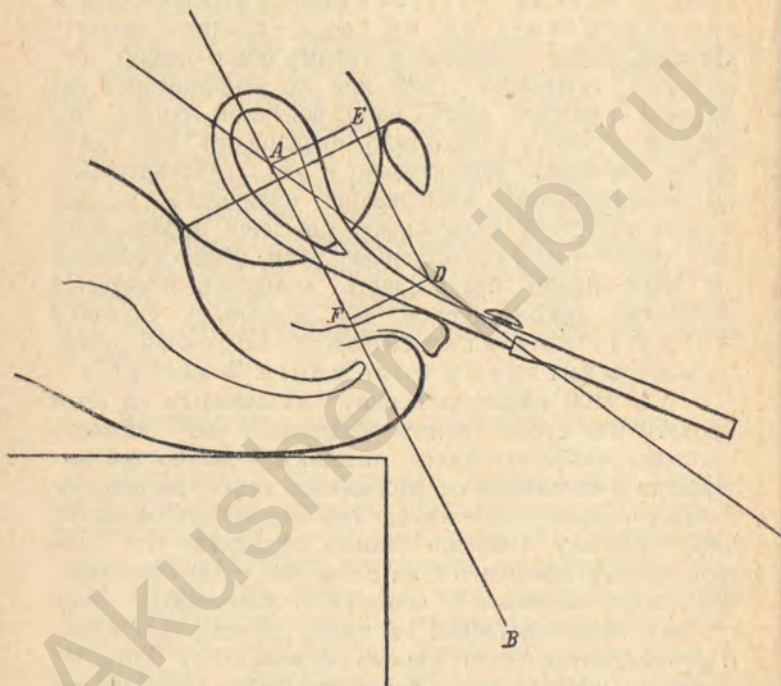


Рис. 110. Схематическое изображеніе направленій тракцій высоко стоящей головки.

размѣрѣ таза, они захватываютъ головку чрезъ личико и затылокъ. Чтобы захватить щипцами всю головку, надо по возможности высоко продвинуть щипцы вверхъ по головкѣ и при замыканіи сильно опустить ихъ въ сторону промежности.

Влеченія, въ противоположность влеченіямъ находящейся въ тазу головки, производятся прямо внизъ.

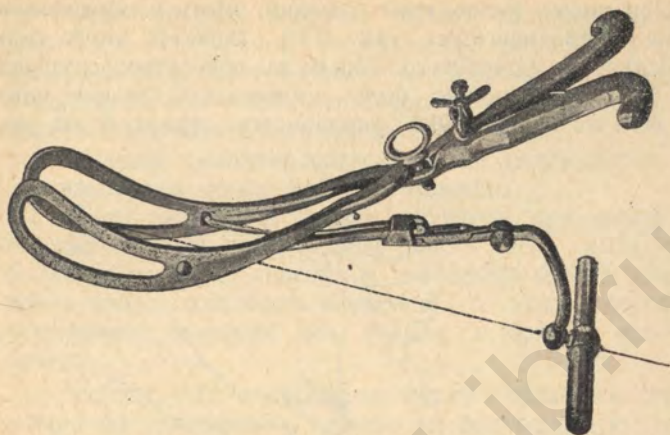


Рис. 111. Щипцы съ осевымъ влечениемъ по Tarnier.

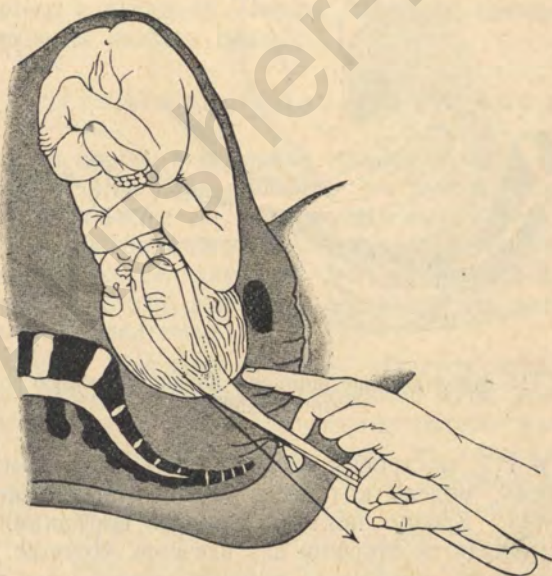


Рис. 112. Щипцы на высокостоящей головкѣ; направлѣніе тракцій внизъ.

При иномъ направленіи влеченій, чѣмъ изображенное на схематическомъ рис. 110, теряется много силы вслѣдствіе упирания головки въ заднюю стѣнку симфиза.

Чтобы можно было производить влеченіе какъ разъ въ направленіи, указанномъ стрѣлкой на рис.

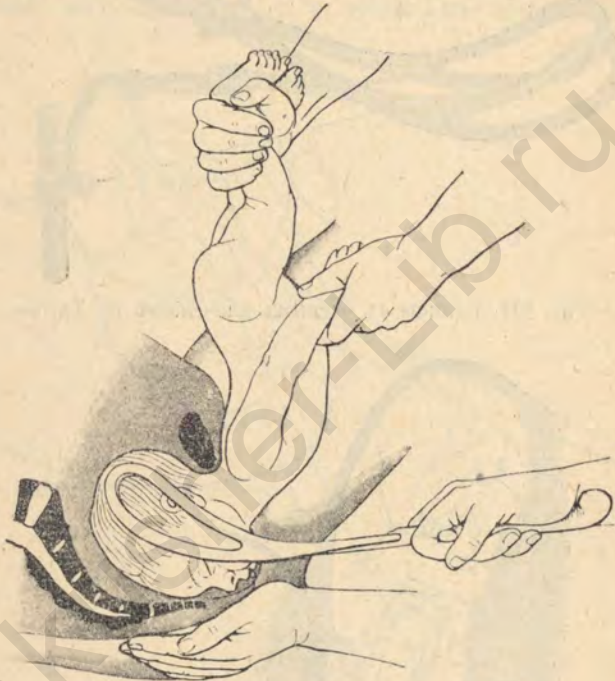


Рис. 113. Накладываніе щипцовъ на послѣдующую головку (по Zweifel'ю).

110 и 112, построены были «щипцы съ осевымъ влеченіемъ», модель которыхъ «Tarnier» изображена на рис. 111. Близко подъ окончатými вырѣзками щипцовъ находятся стержни для влеченія, которые даютъ возможность произвести влеченіе находящейся во входѣ въ тазъ головки въ направленіи «оси таза», т. е. **прямо внизъ.**

Если удалось низвести головку въ тазъ, то въ виду того, что щипцы расположены неудобнымъ для извлеченія головки образомъ, необходимо ихъ снять и наложить ихъ послѣ этого соотвѣтственно низкому поперечному вставленію головки.

Щипцы рекомендовались также многократно и для извлеченія «послѣдующей» головки.

Такъ какъ для такихъ случаевъ для введенія головки въ тазъ и проведенія чрезъ него имѣются болѣе подходящіе способы, о которыхъ будетъ рѣчь при ручныхъ способахъ извлеченія, то этотъ способъ примѣненія щипцовъ все больше и больше вытѣсняется.

На рис. 113 изображено, какимъ образомъ слѣдовало бы накладывать щипцы на послѣдующую головку. При этомъ надо обратить особое вниманіе на то, чтобы туловище плода было, какъ изображено, захвачено и закинуто вверхъ, такъ что щипцы захватывали бы головку снизу.

Опасности операций извлеченія щипцами.

Если щипцы и получили прозваніе «безвредныхъ головныхъ щипцовъ» и носили его долгое время, то такое обозначеніе все же принадлежитъ имъ лишь въ рукахъ осторожнаго, дѣйствующаго по всѣмъ правиламъ искусства, акушера. Въ противномъ случаѣ они могутъ стать довольно опаснымъ для матери и плода инструментомъ.

Цѣлью операциі щипцовъ является извлеченіе живого младенца чрезъ естественные пути, конечно, по возможности безъ поврежденія матери и плода. Цѣль эту можно достигнуть лишь въ томъ случаѣ, если имѣются на лицо условія для рожденія живого младенца естественнымъ путемъ. Если въ другихъ случаяхъ хотятъ этого добиться силой, то отъ этого страдаетъ мать или плодъ. Но тяжело или даже смертельно раненный плодъ означаетъ полную неудачу операциі щипцовъ. Такимъ образомъ операциа шип-

цовъ безопасна и, слѣдовательно, безвредна лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда она производится при удовлетвореніи условій для нея. Лишь тогда бываютъ типичныя операціи щипцовъ; раскрытіе и сглаживаніе маточнаго зѣва является защитой отъ большихъ разрывовъ, а позиція головки не требуетъ опаснаго для нея примѣненія силы. Задача операціи щипцовъ, захватить и извлечь низко стоящую головку, легко выполняема, и лишь нелѣвое выполненіе операціи можетъ тутъ причинить тяжелыя поврежденія матери или плоду.

Совсѣмъ иначе бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда акушеръ рѣшается или позволяетъ себѣ производить извлеченіе при помощи щипцовъ при не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, при высоко стоящей головкѣ и при неблагоприятной позиціи или положеніи. При такихъ обстоятельствахъ ни въ коемъ случаѣ нельзя безусловно избѣгнуть поврежденій матери и плода, и успѣхъ операціи во всѣхъ смыслахъ находится подъ вопросомъ.

Среди возможныхъ при этомъ поврежденій матери на первомъ мѣстѣ стоятъ пораненія мягкихъ частей, а именно маточнаго зѣва или шейки; вѣдь эти части тутъ еще не расширены въ достаточной для прохожденія головки мѣрѣ, какъ это бываетъ при полномъ раскрытіи, или даже не способны еще къ расширенію, какъ этого можно ожидать у повторнородящихъ. Глубокіе разрывы маточнаго зѣва, простирающіеся вверхъ въ стѣнку матки и могущіе захватывать даже большіе сосуды параметрія, представляютъ часто крайне нежеланныя послѣдствія, которыя могутъ стать очень опасными какъ вслѣдствіе тяжелыхъ кровотеченій сейчасъ же послѣ родовъ, такъ и позже вслѣдствіе образованія разрывовъ Emmet'a и выворота отъ разрыва.

Поврежденія влагалищнаго свода и маточнаго зѣва могутъ быть произведены и верхушкой щипцовъ при введеніи ложки, если прикрывающая мягкія части рука не проведена достаточно высоко. Особенно должно опасаться подобныхъ прободеній въ передней

стѣнокъ влагалища, такъ какъ они могутъ послужить поводомъ къ образованію влагалищно-пузырныхъ свищей. Эти поврежденія безусловно могутъ и должны быть избѣгнуты.

Иначе обстоитъ дѣло съ поврежденіями внутри влагалища и на наружныхъ половыхъ органахъ, а именно разрывами промежности, которые у первородящихъ иногда неизбѣжны. Разрывы промежности третьей степени относятся къ тяжелымъ послѣдствіямъ, съ которыми надо бороться при ригидности и узости кольца vulvae при помощи своевременныхъ боковыхъ насѣчекъ. Помимо обычныхъ примѣняемыхъ способовъ поддерживанія промежности, которые должны быть примѣняемы и тутъ, при извлеченіи головки при помощи щипцовъ во избѣжаніе большихъ разрывовъ вульвы надо внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы при приподыманіи щипцовъ въ третью позицію стержни ложекъ не упирались въ нисходящія вѣтви лобковыхъ костей, что случается вслѣдствіе преждевременнаго приподнятія рукоятокъ и когда головка не можетъ слѣдовать за щипцами.

Именно потому, что у первородящихъ труднѣе избѣгать подобныхъ поврежденій мягкихъ частей, надо тутъ быть осторожнѣе въ опредѣленіяхъ показаній для извлеченія при помощи щипцовъ.

Пораненія, которыя образуются вслѣдствіе неправильнаго орудованія щипцами, напр. вслѣдствіе введенія ложекъ съ обращенной кзади верхушкой, разрывающей въ такихъ случаяхъ заднюю стѣнку влагалища и вызывающей глубокіе разрывы прямой кишки, влагалища и промежности, безусловно относятся къ области грубыхъ ошибокъ.

Сообщенія между мочевымъ пузыремъ и половыми органами, связанныя съ операціей щипцовъ, могутъ быть раздѣлены по способу своего образованія на насильственныя или искусственныя и самопроизвольныя. Первая опять таки слѣдуетъ приписать неправильному введенію вѣтвей щипцовъ и признать ихъ ошибками техники. Послѣднія, образующіяся лишь въ послѣродовомъ періодѣ и подъ вліяніемъ гангрены

образуются не вслѣдствіе операциі щипцовъ, а не смотря на нее, если головка плода при узкомъ тазѣ слишкомъ долго оказывала давленіе на одно мѣсто, а оперативное окончаніе родовъ было предпринято слишкомъ поздно.

Послѣ операций со щипцами наблюдались и поврежденія таза, разрывы крестцовоподвздошныхъ сочлененій, симфиза и вывихъ копчика. Это возможно лишь при насильственномъ преодолѣваніи препятствія, состоящаго въ узкомъ тазѣ или ненормальной величинѣ головки и этого можно безусловно избѣжать, если придерживаться правила, что при извлеченіи щипцами никогда не слѣдуетъ примѣнять силы, превышающей силу одного человѣка, и что продолжительность операциі не должна превышать опредѣленнаго срока, приблизительно четверти часа. Поперемѣнное влеченіе и производимыя въ теченіе многихъ часовъ попытки извлеченія при помощи щипцовъ являются ошибками, они приносятъ лишь вредъ, не позволяя достичь цѣли, т. е. извлечь живой плодъ безъ пораненія матери.

Среди пораненій плода на первомъ мѣстѣ стоятъ знаки отъ надавливанія щипцами, которые бывають вызваны верхушкой или краями ложекъ, рѣдко отсутствуютъ совершенно и обыкновенно безобидны. Лишь если при этомъ бывають сдавлены крупныя нервныя вѣтви, какъ это бываетъ типичнымъ образомъ у выхода лицевого нерва изъ *Foram. stylomastoideum*, они влекутъ за собой параличи, которые, впрочемъ, большею частью быстро проходятъ.

Отрываніе ушей, попавшихъ въ окончатыя отверстія ложекъ, поврежденія пуповины и конечностей, захваченныхъ между головкой и щипцами, прониканіе ложки щипцовъ подъ кожу головки, равно какъ и переломы черепа при бурномъ соскальзываніи щипцовъ, представляютъ ошибки, которыя могутъ быть избѣгнуты, а потому непростительны. Болѣе глубокія вдавленія, трещины и переломы костей черепа не легко образуются при хорошо конструированныхъ, имѣющихъ правильную головную кривизну инструментахъ и ихъ слѣдуетъ скорѣй приписать узкому тазу

или слишкомъ насильственному преодолѣнію к. л. препятствія. Больше всего опасности представляютъ верхушки щипцовъ, особенно на лицѣ, вслѣдствіе поврежденія глазницы и самага глаза. Верхушка щипцовъ можетъ причинить тяжелыя пораненія и на шеѣ, если неправильно пользуются инструментомъ, напр., при лицевомъ положеніи (см. рис. 107).

Такимъ образомъ, при правильномъ выполненіи операціи и удовлетвореніи всѣхъ условій могутъ быть избѣгнуты почти всѣ пораненія матери и плода.

ГЛАВА V.

Ручное извлеченіе.

Подъ «ручнымъ извлеченіемъ» разумѣютъ извлеченіе плода, вставляющагося въ тазовомъ положеніи для родовъ.

Цѣль операціи та же, что и при извлеченіи щипцами: «извлечъ живой плодъ естественнымъ путемъ».

И тутъ влеченіе, производимое снизу руками, которыя захватили туловище плода, замѣняетъ самопроизвольныя родовыя силы.

Условія для извлеченія соотвѣтствуютъ условіямъ для операціи щипцовъ:

1. Полное расширеніе маточнаго зѣва.
2. Разрывъ плоднаго пузыря.
3. Отсутствіе слишкомъ узкаго таза.
4. Не слишкомъ крупный плодъ.

Такъ какъ тазовыя предлежанія представляютъ фізіологическія положенія, въ которыхъ плодъ можетъ самопроизвольно родиться, то и тутъ искусственное родоразрѣшеніе не должно быть предпринято безъ особыхъ показаній со стороны матери или плода.

Это относится, однако, лишь къ первому акту операціи, извлеченію туловища. «Освобожденіе ручекъ и головки», напротивъ, всегда безусловно необходимо, если послѣ рожденія туловища съ ближайшей же схваткой не происходитъ рожденія верхней части тѣла.

плода. Плодъ тогда всегда подвергается смертельной опасности, такъ какъ пуповина тянется къ плацентѣ отъ находящагося уже внѣ тазоваго канала мѣста своего прикрѣпленія на животѣ плода мимо той части тѣла, которая выполняетъ тазъ, причемъ неизбѣжно сдавленіе ея. Полное же сдавленіе пуповины вызываетъ смерть плода чрезъ удушеніе не позже чѣмъ чрезъ десять минутъ.

Помимо этого обстоятельства въ качествѣ дальнѣйшей опасности для плода присоединяется еще возрастающее по мѣрѣ опорожненія матки уменьшеніе площади прикрѣпленія плаценты. Результатъ для плода тотъ же: опасность удушенія вслѣдствіе недостатка въ кислородѣ.

Поэтому, если при тазовыхъ предлежаніяхъ сейчасъ же послѣ рожденія нижней половины туловища съ ближайшей схваткой не появляется на свѣтъ грудь и головка плода, то послѣдній подвергается такой же опасности, какъ и при выпаденіи пуповины при головныхъ предлежаніяхъ, если предлежащая головка уже вступила въ тазъ. Въ такихъ случаяхъ необходимо безотлагательно приступить къ низведенію ручекъ и извлеченію головки.

Извлеченіе за тазовый конецъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ требуетъ примѣненія особыхъ инструментовъ, обыкновенно руки оперирующаго находятъ за что ухватиться на туловищѣ плода, чтобы извлечь его изъ родового канала.

Какъ нижнія конечности плода, такъ и тазъ его нормально даютъ достаточную и вполне безопасную опору для захватыванія. Строжайше возбраняется накладывать при извлеченіи руки на брюшную поверхность плода, такъ какъ внутренности брюшной полости не защищены костной стѣнкой отъ давленія, неосторожное же захватываніе можетъ причинить, прежде всего, разрывъ печени.

При ножныхъ предлежаніяхъ низведенную ножку захватываютъ обѣими кистями, причемъ располагаютъ большіе пальцы сверху. (Рис. 114). Какъ только низведены ягодицы, рожденную уже ножку сильно при-

подымають вверхъ, между тѣмъ какъ въ то же время проводятъ указательный палецъ за задній бедренной сгибъ, чтобы одновременно можно было производить влеченіе за тазъ плода (рис. 115). Никогда

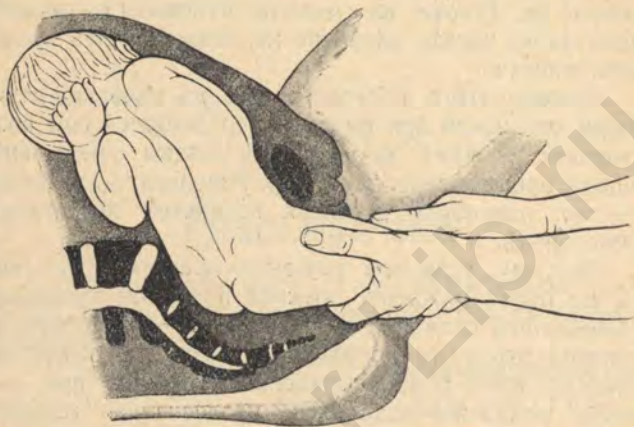


Рис. 114. Извлеченіе при ножномъ положеніи. I моментъ: захватываніе ножки обѣими руками. (Членорасположеніе плода послѣ поворота, лѣвая ручка закинута на затылочную ямку)

при находящихъ въ тазу ягодицахъ не слѣдуетъ низводить загнутой кверху ножки вслѣдствіе опасности перелома.

При ягодичныхъ предлежаніяхъ лишь въ тѣхъ случаяхъ слѣдуетъ посредствомъ одной только руки извлечь нижнюю часть туловища плода, если она находится уже на тазовомъ днѣ, такъ что нѣтъ надобности примѣнить очень значительную силу. Въ такихъ случаяхъ можно обыкновенно извлечь ягодицы надъ промежностью при помощи пальца, проведеннаго въ передній или задній бедренный сгибъ. (Рисунокъ 116.)

И тутъ указательный палецъ другой руки по возможности сейчасъ же проводится въ задній бедренной сгибъ, чтобы облегчить приподнятіе ягодиць. (Рис. 118.)

Но развивать такимъ образомъ значительную силу или въ теченіе продолжительнаго времени невозможно, загнутый на подобіе крючка палецъ слишкомъ утомляется и долженъ быть тогда замѣненъ инструментами.



Рис. 115. Извлеченіе при ножномъ положеніи. II моментъ. Приподнятіе ножекъ. Захожденіе за задній бедренной сгибъ. (По в. Winckel'ю).

Для этой надобности служитъ желѣзный крючекъ, имѣющій видъ загнутаго пальца и вводимый вмѣсто послѣдняго въ бедренной сгибъ.

«Тупой крючекъ» или «бедренной крючекъ», рис. 119, однако, издавна уже пользуется дурной славой въ смыслѣ легкаго причиненія переломовъ бедра, такъ что примѣненіе его рекомендуется преимущественно при безусловно установленной смерти плода.

При живомъ плодѣ для замѣны пальца служитъ петля, которая вводится въ передній бедренной сгибъ и примѣненіе которой не представляетъ большихъ затрудненій. Можно воспользоваться для этого петлей, употребляемой при поворотахъ; свернувъ ее на подобіе хирургическаго бинта, вводятъ ее спереди въ передній бедренной сгибъ такимъ образомъ, чтобы ее можно было развернуть къзади.

Для облегченія обведенія петли особенно при высоко стоящихъ ягодицахъ построены различные «петлеводы», изъ числа которыхъ многими реко-мендуется предложенный Bunge (рис. 120).

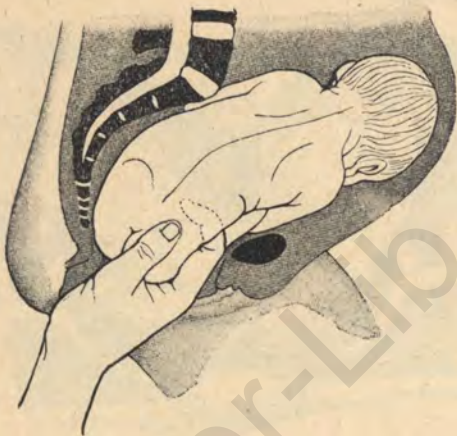


Рис. 116. Извлеченіе при ягодичномъ положеніи. I моментъ. Введеніе пальца въ передній бедренной сгибъ. (По Varnier Faraboeufy).

Инструментъ построенъ по образцу бедренного крючка, но загнутая часть его представляетъ полый желобокъ, въ который свободно введена предназначенная для влеченія и снабженная пеньковой тесьмой резиновая трубка. Рис. 120 изображаетъ верхнюю часть готоваго къ употребленію инструмента. Послѣ проведенія въ бедренной сгибъ захватываютъ находящуюся на верхнемъ концѣ пуговицу, тянуть за нее и вытягиваютъ тесьму изъ полаго желобка, послѣ чего сокращается желобокъ.

При извлеченіи посредствомъ петли надо тщательно избѣгать пилящихъ движеній, такъ какъ подъ ихъ вліяніемъ могутъ произойти пораненія мягкихъ частей.

Если ягодицы еще стоятъ подвижно надъ входомъ въ тазъ, то въ случаѣ необходимости

извлеченія можно низвести ножку, чтобы получить въ послѣдней опорѣ.



Рис. 117. Извлеченіе посредствомъ петли Вунге.

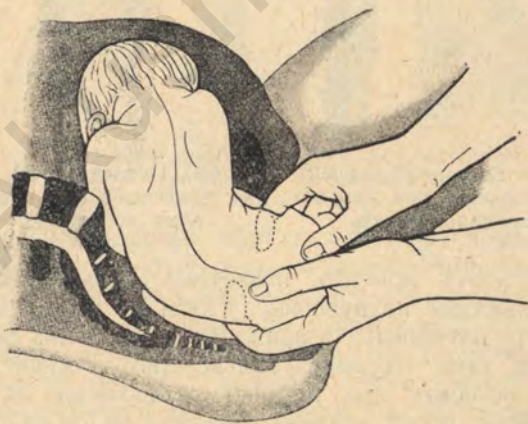


Рис. 118. Извлеченіе при ягодичномъ положеніи. II моментъ. Введеніе указательныхъ пальцевъ въ передній и задній бедренной сгибы. (По Varnier-Faraboeufу).

Какъ только родились ягодичы, ихъ захватываютъ обѣими кистями при загнутыхъ еще кверху нижнихъ конечностяхъ такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы лежали на крестцѣ плода параллельно другъ другу (рис. 121).



Рис. 119. Бедренной крючекъ для извлеченія при ягодичныхъ положеніяхъ.

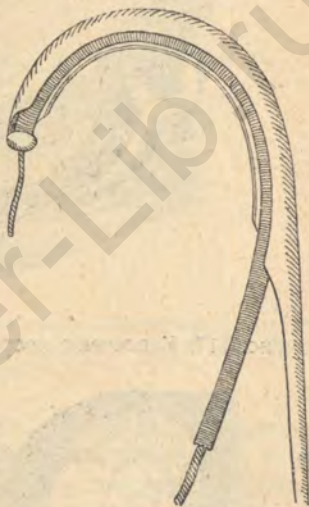


Рис. 120. Петлеводъ Вунге для извлеченія при ягодичномъ положеніи.

Въ этотъ моментъ извлеченія очень важно обратить вниманіе на пуповину, чтобы по возможности избѣгнуть натягиванія и прижатія ея. Если она сильно натянута, такъ что образуетъ перегибъ у живота, то надо ее ослабить при помощи осторожнаго натягиванія. Если плодъ «сидитъ верхомъ» на своей пуповинѣ, причемъ послѣдняя проходитъ между ногъ его, то надо попытаться перевести ее чрезъ заднюю ягодичу. Если это не удастся, то во избѣжаніе разры-

во вѣ плаценты, перевязываютъ дважды пуповину и перерѣзаютъ ее, послѣ чего надо немедленно извлечь плодъ.

Теперь начинаютъ производить влеченіе внизъ, пока подъ симфизомъ не станетъ нижній уголь рас-



Рис. 121. Извлеченіе при ягодичномъ положеніи. Влеченіе за родившіяся ягодицы.

положенной впереди лопатки. При ручномъ извлеченіи очень важно уловить этотъ моментъ, такъ какъ тогда необходимо произвести труднѣйшую и опаснѣйшую операцію, освобожденіе ручекъ. Если еще больше вытянуть наружу туловище плода, то ручки, какъ это часто бываетъ, особенно послѣ поворота, закидываются вверхъ вдоль головки (см. членорасположеніе плода на рис. 113), головка же вмѣстѣ съ ручками втягивается такъ плотно въ малый тазъ, что подвижность ручекъ становится весьма незначитель-

ной, вслѣдствіе чего освобожденіе ихъ крайне затрудняется или же становится невозможнымъ.

Когда нижній уголь расположенной спереди лопатки находится у нижняго края симфиза, то легко пробраться къ ручкамъ и послѣднія еще подвижны

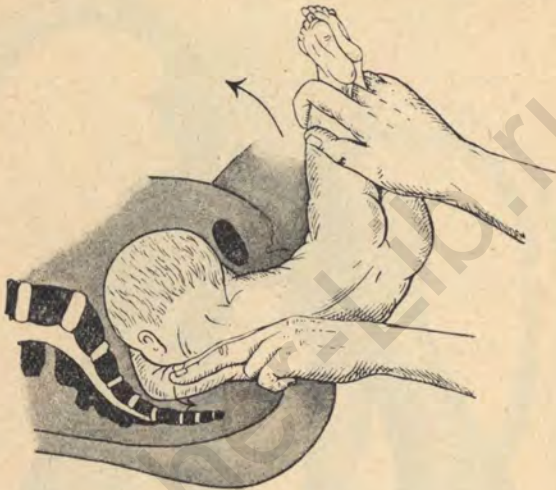


Рис. 122. Освобожденіе первой, задней ручки при ручномъ извлеченіи.

рядомъ съ головкой. Сначала всегда изводятъ расположенную сзади ручку и при томъ всегда одноименной рукой, такъ какъ вогнутость крестцовой кости даетъ больше простора для этого, чѣмъ передняя стѣнка таза. Съ самаго начала извлеченія надо внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы спинка не повернулась кпереди или кзади, а оставалась обращенной вбокъ, именно для того, чтобы одна изъ ручекъ находилась въ крестцовой впадинѣ.

Если, слѣдовательно, при второмъ тазовомъ предлежаніи освободить заднюю, лѣвую ручку, то правой рукой захватываютъ плодъ за ножки и отводятъ туловище плода въ сторону лѣваго бедреннаго сгиба ма-

тери, для того чтобы заднее плечико опустилось по возможности ниже и чтобы рука могла проникнуть вдоль туловища внутрь половых органовъ.

Послѣ этого проводятъ вверхъ лѣвую руку вдоль лѣваго плечика, размѣщаютъ параллельно указатель-

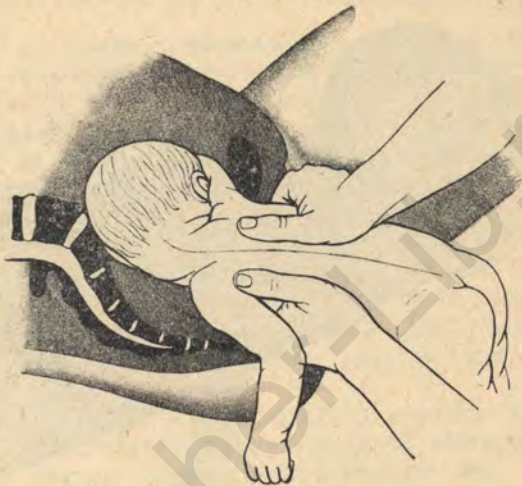


Рис. 123. Поворотъ грудной клѣтки плода съ цѣлью привести кзади ручку, находящуюся спереди.

ный и средній пальцы сзади на плечевой кости плода, такъ что концы пальцевъ доходятъ до локтевого сгиба плода (рис. 122). Большой палецъ руки поддерживаетъ плечевую кость сзади, такъ что послѣдняя равномерно охвачена тремя пальцами. Теперь низводятъ ручку по передней поверхности плода, т. е. мимо личика и груди, какъ еслибы хотѣли ему «обтереть» личико. Fruzzi рекомендуетъ охватить плечо 4 пальцами.

Такимъ путемъ производятъ движенія ручкой въ ея сочлененіяхъ и необходимое для этого давленіе распредѣляется равномерно по всей длинѣ плечевой кости, что крайне необходимо для предотвращенія перелома.

Когда освобождена задняя ручка, то туловище снова опускают вниз, оперирующей охватывает обѣими руками грудь плода, заботливо избѣгая какого либо давленія на животъ, и оба большихъ пальца располагая плотно на лопаткахъ. Увеличивают подвижность находящихся еще внутри половыхъ органовъ



Рис. 124. Извлеченіе послѣдующей головки посредствомъ приѣма Veit-Smellie.

головки и ручки, подвинувъ ихъ слегка кверху. Затѣмъ поворотомъ туловища при фиксированной лопаткѣ приводятъ и переднюю ручку въ крестцовую впадину (рис. 123).

Теперь освобождаютъ лѣвую ручку точно такъ же, какъ была освобождена правая, т. е. оперирующей лѣвой рукой отводитъ плодъ за ножки къ правому бедренному сгибу матери, а правую руку проводятъ вверхъ вдоль правой плечевой кости плода.

Если ручки сохранили свое нормальное членорасположеніе на груди, то можно, не производя освобожденія ихъ, простымъ влеченіемъ за ягодицы извлечь плодъ до головки (A. Müller). Ручки рож-

даются тогда одновременно съ грудью, для рожденія передняго плечика туловище плода сильно опускають внизъ, для рожденія задняго плечика его, напротивъ, поднимають кверху. Однако, слѣдуетъ при этомъ избѣгать примѣненія значительной силы, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно оторвать шейные позвонки (Veit).

Подъ конецъ производится извлеченіе головки, опять таки обычно безъ инструментовъ, посредствомъ извѣстныхъ ручныхъ приемовъ.

Среди многихъ предложенныхъ для этого способовъ въ настоящее время самымъ употребительнымъ является приемъ Veit-Smellie (Mauriceau-Levet, рис. 124) и Wiegand—A. Martin'a (рисункъ 125).

Первый примѣняется при вступившей уже въ малый тазъ головкѣ, причемъ и суженіе таза, если таковое имѣется, уже не можетъ служить препятствіемъ для извлеченія головки, которая еще стоитъ надъ входомъ въ тазъ.

При способѣ Veit-Smellie вводятъ въ ротъ плоду указательный палецъ той руки, которая освободила вторую ручку, поворачивають имъ личико кзади, такъ что стрѣловидный шовъ стоитъ въ прямомъ размѣрѣ таза, и приводятъ подбородокъ къ груди. Туловище плода расположено при этомъ верхомъ на соотвѣтствующемъ предплечьи оперирующаго.

Указательный и средній пальцы другой руки оперирующей располагають виллообразно на затылочной ямкѣ плода.

Производятъ влеченіе внизъ до тѣхъ поръ, пока подзатылочная ямка станетъ подъ симфизомъ. Приподнявъ туловище плода къ брюшной сторонѣ матери, выводятъ головку изъ подъ симфиза посредствомъ вращательныхъ движеній. Надъ промежностью послѣдовательно рождаются личико, передняя часть головки, затылокъ.

Приемъ Wiegand-A. Martin'a состоитъ въ томъ, что опять таки вводятъ указательный палецъ

въ ротъ плоду, чтобы приближеніемъ подбородка къ груди придать головкѣ нормальное согнутое положеніе. Другой рукой оперирующій проталкиваетъ сверху головку въ тазъ.

Пока головка еще не вступила въ малый тазъ наибольшимъ своимъ размѣромъ, лобно-затылочный

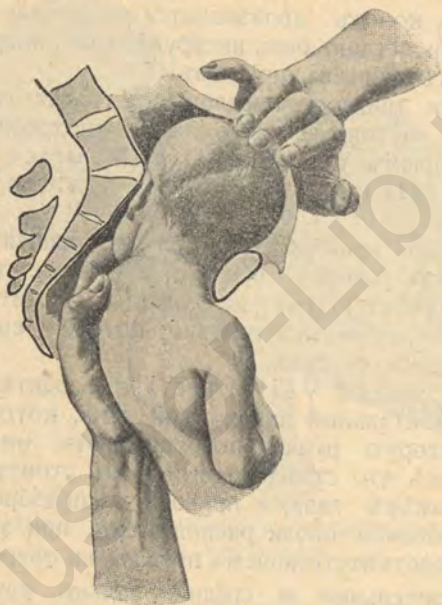


Рис. 125. Извлеченіе головки посредствомъ приема Wiegand—A. Martin'a.

размѣръ ея долженъ быть расположенъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, такъ что личико находится въ одной половинѣ таза, затылокъ въ другой. При такой позиціи головки малый битемпоральный размѣръ головки совпадаетъ съ *Conjugata vera*. Если головка находится въ тазу, то поворачиваютъ личико кзади и извлекаютъ головку окончательно по способу *Veit-Smellie*.

Въ очень трудныхъ случаяхъ, при значительномъ несоотвѣтствіи, можно въ случаѣ неудачи этихъ прие-

мовъ попытаться провести головку въ тазъ посредствомъ влеченія снизу и давленія сверху. Оперирующій располагаетъ тогда руки, какъ при приемѣ Veit-Smelie; во время влеченія книзу третья рука давитъ на головку сверху.

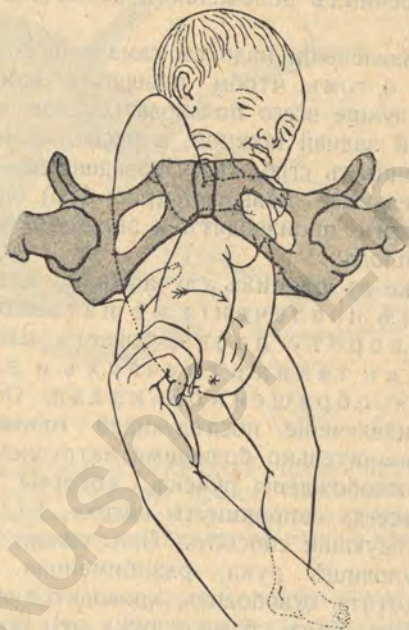


Рис. 126. Способъ, какъ посредствомъ введенія пальца въ передній бедренной сгибъ повернуть въ сторону обращенную къзади спинку.

Наконецъ, для извлеченія послѣдующей головки были также рекомендованы щипцы.

Но примѣненіе щипцовъ въ такихъ случаяхъ все больше и больше вытѣсняется вслѣдствіе усовершенствованія двуручнаго или триручнаго ручнаго приема. Если послѣдніе не достигаютъ цѣли, слѣдовательно, имѣется большое несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ, такъ что роды могутъ произойти

естественнымъ путемъ лишь при уменьшеніи плода. Техника наложенія щипцовъ на послѣдующую головку видна изъ рис. 113.

Какъ было сказано на стр. 90 и 91 можно опасаться поворота спинки кзади тогда, когда при заднеспинныхъ поперечныхъ положеніяхъ захвачена была нижняя ножка.

При извлеченіи надо съ самаго начала всячески заботиться о томъ, чтобы повернуть спинку вбокъ. Для этого лучше всего пользоваться при влеченіи не низведенной задней ножкой, а расположеннымъ спереди бедреннымъ сгибомъ. Проведеннымъ за послѣдній указательнымъ пальцемъ (рис. 126) одновременно съ влеченіемъ производятъ и энергичный поворотъ туловища плода.

Все же въ рѣдкихъ случаяхъ, а именно если въ началѣ извлеченія мѣшать естественному повороту плода, бываетъ, что спинка плода, и въ такихъ случаяхъ и затылокъ, остается обращенной кзади. Освобожденіе ручекъ и извлеченіе послѣдующей головки связано тогда со значительно большими затрудненіями.

Для освобожденія ручекъ, которыя въ такихъ случаяхъ всегда запрокинуты кверху, Fritsch предложилъ слѣдующій способъ. При сильно поднятомъ кверху туловищѣ рука, разноименная съ ручкой, которую хотятъ освободить, проводится вверхъ вдоль спинки плода. Какъ только рука это пробралась до плечевого сочлененія, туловище сильно опускаютъ книзу и отводятъ въ противоположную сторону. Если такимъ образомъ удастся охватить ручку сзади и сбоку, то ее постепенно низводятъ по грудной поверхности плода.

Что касается извлеченія послѣдующей головки съ обращеннымъ кзади затылкомъ, то можно испробовать для этого слѣдующихъ три способа:

1. Повернуть личико кзади, чтобы сдѣлать возможнымъ извлеченіе головки по описанному выше способу. Чтобы сдѣлать этотъ поворотъ, надо оказать давленіе либо на затылокъ, либо на одну сторону личика.

2. Если этот поворот невыполнимъ, то надо попытаться проникнуть спереди въ ротъ плода, согнуть головку, причемъ плодъ долженъ спинной своей поверхностью сидѣть верхомъ на предплечьи оперирующаго, руки котораго вилкообразно охватываютъ

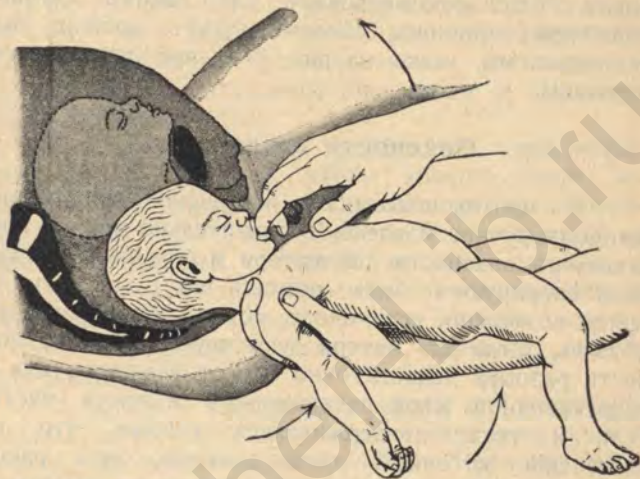


Рис. 127. Извлеченіе послѣдующей головки при обратномъ къзади затылкѣ, обратный приемъ Veit-Smellie. Верхняя головка изображаетъ менѣе благоприятную позицію, при которой подбородокъ зацѣпился за верхній край лобка.

подзатылочную ямку плода: «обратный приемъ Veit-Smellie». Если такимъ способомъ низвести личико до лба подъ симфизъ, то головка выкатывается изъ подъ симфиза, если приподнять плодъ вверху. (Рис. 127).

3. Въ очень неблагоприятныхъ случаяхъ ко рту пробраться нельзя, такъ какъ подбородокъ зацѣпляется за верхній край симфиза. (Сравни вторую головку на рис. 127). Тогда приходится отказаться отъ введенія пальца въ ротъ плода и попытаться извлечь головку, охвативъ сзади одной рукой подзатылочную ямку; другая рука держитъ плодъ за ножки: «обратный Пражскій приемъ», и сильнымъ вле-

ченіемъ однимъ размахомъ дугою обводятъ плодъ вокругъ симфиза. При этомъ затылокъ долженъ быть низведенъ въ тазъ мимо мыса и первымъ долженъ выкатиться надъ промежностью. (Leroux, E. Martin). Давленіемъ сверху и тутъ подкрѣпляютъ влеченіе снизу. Fritsch рекомендовалъ для такихъ случаевъ примѣненіе щипцовъ, которые и тутъ должны быть накладываемы, какъ на рис. 113, при приподнятомъ туловищѣ.

Опасности извлеченія.

Въ противоположность извлеченію при помощи щипцовъ ручное извлеченіе значительно меньше представляетъ опасности для матери и больше для плода. Если оперируютъ безъ помощи инструментовъ, что всегда возможно, если плодъ можетъ быть извлеченъ цѣлымъ, тогда для матери существуетъ лишь возможность разрыва недостаточно подготовленныхъ или въ недостаточной мѣрѣ растяжимыхъ мягкихъ частей. Если и тутъ придерживались условія, что при извлеченіи маточный зѣвъ долженъ быть расширеннымъ, тогда не приходится опасаться разрывовъ на немъ. Въ гораздо большей опасности находятся входъ во влагалище и промежность, особенно если извлеченіе головки не производится бережно и правильно медленными поворотами вокругъ симфиза. И тутъ, какъ и при извлеченіи щипцами, слѣдуетъ особенно опасаться у первородящихъ разрывовъ промежности 3-й степени, которые могутъ быть предупреждены посредствомъ боковыхъ надрѣзовъ.

Въ виду того, что руки оперирующаго должны самымъ различнымъ образомъ захватывать тѣло плода и что кости конечностей у плода крайне хрупки, плодъ при каждомъ неправильно выполняемомъ извлеченіи находится въ крайней опасности. Повторяются каждый разъ типичныя поврежденія. Уже при захватываніи и низведеніи нижней конечности можно въ началѣ извлеченія причинить переломы, если это дѣлается при находящихся въ маломъ тазу ягодицахъ

плода. Начиная съ того момента, когда при тазовыхъ предлежаніяхъ ягодицы прошли уже чрезъ входъ въ тазъ, низведеніе ножки всегда является ошибкой. Особенно возбраняется низведеніе второй, запрокинутой кверху ножки, о которой оперирующій никогда не долженъ заботиться. Тутъ могутъ быть причинены переломы бедра, очень рѣдкіе, впрочемъ, вывихи въ тазо-бедренномъ суставѣ, отдѣленія эпифизовъ и переломы больше-берцовой кости.

Когда ягодицы плода прорѣзались, надо внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы животъ плода никогда не былъ захваченъ и сдавленъ руками оперирующаго, такъ какъ внутренности его и органы не защищены костными стѣнками противъ давленія, и печальными послѣдствіями послѣдняго могутъ явиться разрывы печени, селезенки, почекъ, кишекъ, особенно толстой и прямой кишки, что, конечно, стоитъ плоду жизни.

Но наиболѣе частыя поврежденія при извлеченіи происходятъ на плечевомъ поясѣ и верхнихъ конечностяхъ, при освобожденіи ручекъ. Переломы ключицы, отдѣленія эпифизовъ на грудинномъ концѣ ихъ, переломы и отдѣленія эпифизовъ на плечевой кости представляютъ типическія поврежденія при ручномъ извлеченіи вообще и должны быть приписаны неправильному захватыванію ручекъ при низведеніи. Наблюдались также поврежденія лопатки, а именно отдѣленія эпифиза на шейкѣ лопатки, переломъ послѣдней, отрывы акроміона и поперечные переломы лопатки. Чтобы избѣжать подобныхъ поврежденій, необходимо старательное упражненіе въ освобожденіи ручекъ по правильнымъ, испытаннымъ способамъ.

Кромѣ примѣненія значительной силы слѣдуетъ избѣгать особенно низведенія ручекъ вдоль спинки и поворота по продольной оси плечевой кости.

Наконецъ, надо помнить еще и о параличахъ, обусловленныхъ поврежденіями нервовъ, которыя наблюдаются на верхнихъ конечностяхъ. При безусловномъ исключеніи поврежденій костей они объясняются

давленіемъ на крупныя нервныя стволы, Plexus brachialis, съ разможеніемъ или разрывомъ нервовъ. Предсказаніе при нихъ не всегда благоприятно, если поражены большія группы мышцъ (параличъ Erb-Duchenne'a).

Извлеченіе головки представляетъ опасность не только для нея, но и для позвоночнаго хребта, особенно тогда, если примѣняются приемы, выполняемые не на самой головкѣ, какъ описанные выше, а такіе, когда головку извлекаютъ при помощи влеченія за позвоночный столбъ или нижнія конечности, какъ это дѣлаютъ при Пражскомъ ручномъ приѣмѣ. Разрывы позвоночнаго столба съ послѣдующимъ кровотеченіемъ и непосредственнымъ пораненіемъ продолговатаго мозга могутъ умертвить плодъ.

Наблюдались также разрывы мышцъ, а именно Sternocleidomastoideus, а также Scalenі, cucullaris, pectoralis, latissimus dorsi и genioglossus.

Какъ особой опасности при введеніи въ ротъ пальца для наиболѣе распространеннаго приѣма Veit-Smellie (см. рис. 124) слѣдуетъ опасаться: разрывовъ рта, пораненій языка, надрывовъ уздечки языка, продыравленія или пораненія ротового дна, вывиха въ челюстномъ суставѣ, переломовъ нижней челюсти. Надо поэтому осторожно вводить палецъ, не вдавливать конецъ его въ мягкія части, не слѣдуетъ слишкомъ сильно тянуть за нижнюю челюсть и ухватываться только за челюстной отростокъ, и продвигать палецъ до корня языка. v. Winkel рекомендуетъ оказывать на край нижней челюсти сильное противодействие посредствомъ большого пальца.

Грубой ошибкой является, если палецъ вмѣсто рта всовываютъ въ глазъ плоду.

Поврежденія черепной крышки при извлеченіи, въ видѣ вдавленій, трещинъ и переломовъ, должны быть приписаны не операціи, а скорѣй узости таза, слишкомъ выступающему мысу.

Что ручное извлеченіе всегда стоитъ плоду жизни, если оно длится дольше опредѣленнаго времени, которое должно быть ограничено 6 — 8 минутами.

зависитъ отъ того, что послѣ рожденія ягодицъ непредотвратимымъ образомъ сдавливается пуповина.

Въ виду всегда имѣющейся на лицо опасности поврежденій костей надо сейчасъ же послѣ родовъ и по возможности скорѣе осмотрѣть cadaго младенца, который былъ извлеченъ посредствомъ ручного приѣма, и изслѣдовать отдѣльныя кости, а именно ключицу, плечо, лопатку, а также бедро и большеберцовую кость. Болѣе тяжелыя поврежденія, какъ всѣ нарушенія цѣлости костей, распознаются по тому, что младенцы не двигаютъ соотвѣтствующей поврежденной конечностью. Въ сомнительныхъ случаяхъ надо освѣтить лучами Рентгена. Всѣ подобныя поврежденія, конечно, должны подвергнуться хирургически-ортопедическому леченію.

Глава VI.

Плодоразрушающія операціи.

При перфорациі или краниотоміи черепъ плода вскрывается гдѣ либо посредствомъ рѣжущихъ или буравящихъ инструментовъ, чтобы при послѣдующемъ искусственномъ уменьшеніи головки могло выступить содержимое черепа. Лишь когда создана такая возможность, можно достигнуть значительнаго уменьшенія объема черепа плода.

Краниотомія, подъ именемъ которой Schröder объединяетъ перфорацию, разрушеніе и извлеченіе разрушеннаго черепа, показана, если вслѣдствіе суженія таза создается пространственное несоотвѣтствіе, дѣлающее невозможнымъ рожденіе неповрежденнаго плода естественнымъ путемъ.

Если плодъ въ такихъ случаяхъ уже мертвъ, то ни о какой другой операціи кромѣ краниотоміи и рѣчи быть не можетъ. Если же плодъ еще живъ, то приходится дѣлать выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ, гебостеотоміей и краниотоміей.

Краниотомія противопоказана при абсолютно суженномъ тазѣ, т. е. при тазѣ съ *Conjugata vera* ниже 5,5 см. Крупные плоды не могутъ быть извлечены чрезъ подобные тазы и послѣ прободенія головки, такъ что тутъ родоразрѣшеніе можетъ быть достигнуто только посредствомъ кесарскаго сѣченія.

Въ качествѣ условій для краниотоміи требуются: разрывъ плоднаго яйца, т. е. разрывъ плоднаго

пузыря, и такая степень расширения маточного зѣва, чтобы инструменты легко могли пройти чрезъ него.

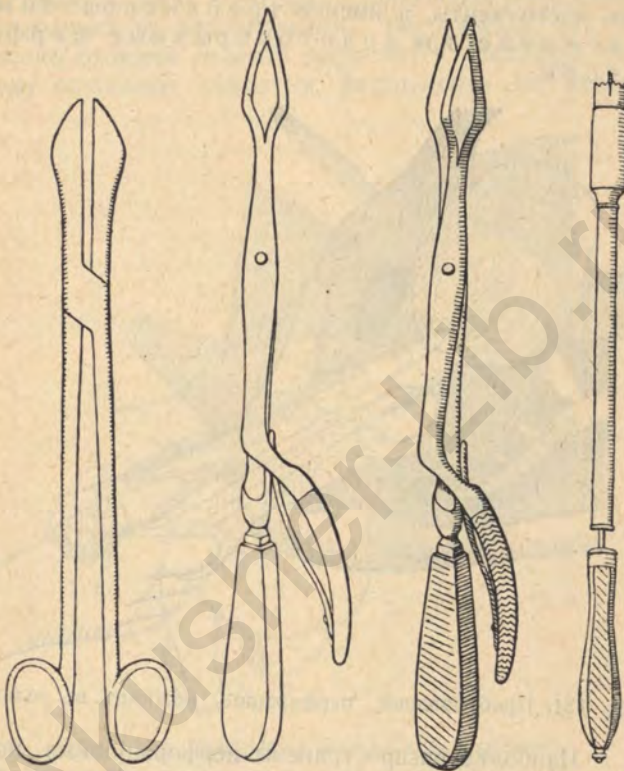


Рис. 128. Перфорационныя ножницы Levet'a.

Рис. 129. Кинжаловидный перфораторъ Vlot'a. Замкнутый.

Открытый. Рис. 130. Трепановидный перфораторъ Martin'a.

(См. также перфорационный инструментъ рис. 136).

Извлечение прободенной головки можетъ быть сдѣлано только при вполнѣ почти расширенномъ маточномъ зѣвѣ; въ случаѣ надобности расширение надо замѣнить насѣчками шейки.

Среди многочисленныхъ инструментовъ, изобрѣтенныхъ для перфорациі, употребительны двухъ родовъ инструменты, а именно трепаноподобные и ножнице- или долотообразные перфораторы.

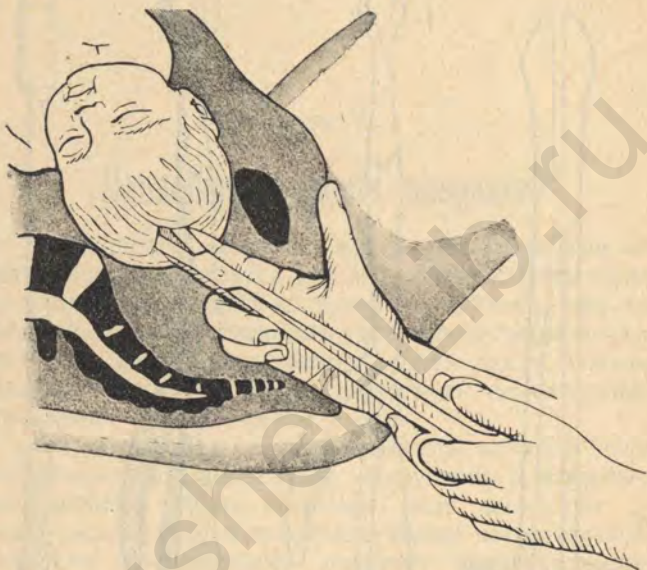


Рис. 131. Пробуравленіе перфорацион. ножницъ въ головку

Наиболѣе распространены перфорационныя ножницы Levget (рис. 128) или Naegeler. Такъ же дѣйствуетъ въ принципѣ долотообразный перфораторъ Vlot'a (рис. 129). Изъ числа трепановидныхъ перфораторовъ рекомендуются трепанъ Martin'a (рис. 130), Leisnig-Kiwisch'a или Karl Braun'a, лишь несущественно отличающіеся другъ отъ друга.

Прободеніе ножницеобразнымъ перфораторомъ производится такъ (рис. 131), что подъ прикрытіемъ одной руки приближаютъ инструментъ къ головкѣ и затѣмъ буравящими движеніями прокалываютъ черепъ, если возможно, въ области одного изъ родничковъ.

Чтобы избѣгнуть соскальзыванія инструментовъ съ головки, надо, во-первыхъ, приложить перфораторъ къ головкѣ въ вертикальномъ направленіи, что при высоко стоящей головкѣ достигается благодаря сильному опусканію рукоятки инструмента въ сторону

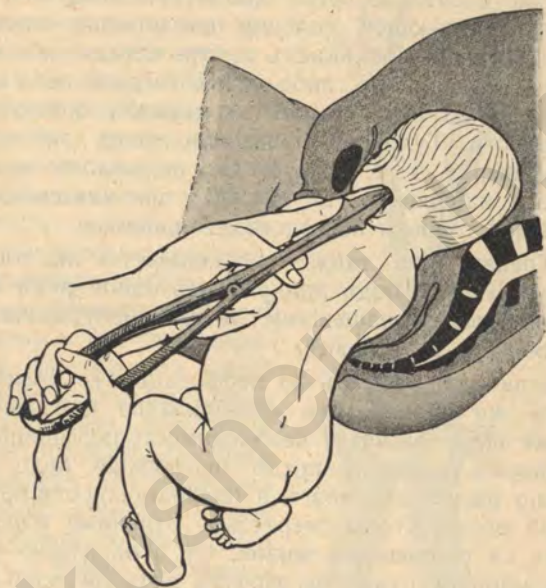


Рис. 132. Прободеніе послѣдующей головки.

промежности; во-вторыхъ, головка должна стоять неподвижно или же должна быть придерживаема надежнымъ давленіемъ снаружи. Въ случаѣ надобности можно фиксировать головку щипцами и перфорировать въ нихъ.

Когда перфораторъ проникъ внутрь черепа, то расширяють отверстіе путемъ раздвиганія вѣтвей его, двумя перпендикулярными другъ къ другу разрѣзами.

При лицевыхъ предлежаніяхъ въ качествѣ мѣста для перфорации избирають обыкновенно лобъ или лобный шовъ. При послѣдующей головкѣ перфораторъ

вкалывается либо через большую дыру, либо сбоку через пластинку затылочной кости, или же въ такихъ случаяхъ можно также послѣ перерѣзанія шейныхъ позвонковъ проникнуть чрезъ спинномозговой каналъ къ мозгу, разрушить его и удалить промываніемъ. Въ послѣднее время многіе рекомендуютъ прободеніе послѣдующей головки при помощи трепанатора. Послѣдній проникаетъ внутрь черепа либо вдоль шейныхъ позвонковъ, либо чрезъ твердое небо послѣ введенія въ ротъ и сильнаго оттягиванія книзу нижней челюсти. Туловище плода при этомъ сильно отводятъ кверху, т. е. кладутъ его на животъ матери, какъ это изображено на рис. 113 при извлеченіи послѣдующей головки посредствомъ щипцовъ.

Трепанаторъ также накладывается на головку перпендикулярно подъ прикрытіемъ одной руки и при твердой опорѣ вращеніями пилы пробуравливается круглая дыра въ головкѣ.

Если плодъ умеръ до перфорации, то послѣ нея сейчасъ же производятъ краниоклазію и извлеченіе. Если же представляется необходимость перфорировать при живомъ плодѣ, то послѣ перфорации надо основательно разрушить мозгъ и по возможности продолговатый мозгъ, чтобы смертельно раненный плодъ не родился съ признаками жизни. Съ этой цѣлью чрезъ перфорационное отверстіе вводятъ металлическій мужской катетеръ, расковыриваютъ имъ мозгъ и удаляютъ мозговую массу путемъ промыванія изъ соединеннаго съ катетеромъ ирригатора. Лишь тогда приступаютъ къ извлеченію.

Второй актъ краниотоміи состоитъ въ уменьшеніи черепа плода, для коего перфорация является подготовкой и необходимымъ условіемъ.

Чтобы раздавить перфорированную головку нужны инструменты, такъ какъ она имѣетъ твердыя стѣнки и не легко спадается. Только при водяночныхъ головкахъ для устраненія пространственнаго несоотвѣтствія достаточно выпусканія цереброспинальной жидкости, такъ какъ именно въ этихъ случаяхъ

чрезмѣрно большая головка имѣеть перепончатую капсулу и размѣры ея обусловлены лишь содержаниемъ.

Для разрушенія перфорированнаго черепа служитъ кефалотрипторъ Busch'a (рис. 133), построенный по образцу щипцовъ. Въ противоположность «безвреднымъ головнымъ щипцамъ» кефалотрипторъ служитъ для размозженія головки; онъ длиннѣе щипцовъ, имѣеть значительно меньшую головную кривизну и винтовой механизмъ на нижнемъ концѣ рукоятокъ. Большая длина нужна потому, что кефалотрипторъ преимущественно бываетъ накладываемъ на высоко стоящую головку; меньшая головная кривизна и болѣе массивная конструкція необходимы въ виду назначенія его размозжить головку.

Кефалотрипторъ Busch'a пригоденъ также и для извлечения размозженной головки. Чтобы инструментъ плотнѣе сидѣлъ на головкѣ, внутренняя поверхность не прорѣзанныхъ окошками ложекъ сдѣлана шероховатой, какъ терка.

Введеніе кефалотриптора производится такъ же, какъ и наложеніе щипцовъ, т. е. на высокостоящей



Рис. 133. Кефалотрипторъ Busch'a. Видъ спереди (головная кривизна).

головкѣ въ поперечномъ размѣрѣ таза. При этомъ надо обратить вниманіе на то, чтобы инструментъ былъ проведенъ достаточно высоко вдоль головки, въ противномъ случаѣ будетъ захваченъ и размозженъ только небольшой отрѣзокъ, между тѣмъ какъ остальная часть, а именно основаніе черепа, не будетъ уменьшена. При замыканіи инструментъ долженъ быть также сильно опущенъ въ сторону промежности для того, чтобы тазовая кривизна его совпала съ осью таза и чтобы захвачена и сдавлена была середина черепа. Когда кефалотрипторъ замкнутъ, его совершенно завинчиваютъ, причемъ головка въ томъ размѣрѣ, въ какомъ она была захвачена обѣими ложками, бываетъ сдавлена почти до размѣровъ головной кривизны инструмента. При этомъ выливается мозгъ, если его предварительно не удалили вполнѣ вымываніемъ, доказательство уменьшенія полости черепа.



Рис. 134. Краниокласть
К. Braun'a.

Инструментъ можетъ теперь сейчасъ же быть использованъ для извлеченія. Но такъ какъ онъ былъ наложенъ и завинченъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, то въ направленіи *Conjugata vera*, которая обыкновенно является самой узкой частью входа въ тазъ, расположенъ не уменьшенный размѣръ головки, а перпендикулярная къ нему часть головки, выступающая спереди и сзади изъ ложекъ. Для устраненія несоотвѣтствія надо такъ повернуть инструментъ, чтобы онъ оказался расположеннымъ въ прямомъ размѣрѣ таза.

Лишь теперь производятъ влеченіе до тѣхъ поръ, пока головка не достигнетъ тазоваго выхода, послѣ чего инструментъ поворачиваютъ снова, такъ что онъ, какъ и первоначально, располагается поперечно, вогнутостью тазовой кривизны будучи обращенъ къ симфизу. Дальнѣйшее извлеченіе производится совершенно такъ же, какъ и извлеченіе щипцами.

Другой инструментъ, часто употребляемый для извлеченія перфорированной головки, представляетъ краниокласть Simpson'a или Karl Braun'a, рис. 135.

Этотъ инструментъ состоитъ изъ двухъ вѣтвей, одной массивной, которая вводится чрезъ перфорационное отверстіе внутрь черепа (мужская вѣтвь), и одной окончатой, «женской вѣтви», накладываемый на головку снаружи, по возможности чрезъ личико. Завинчиваніемъ зажима, который устроенъ, какъ и у кефалотриптора, на концѣ рукоятокъ, захваченная въ инструментъ часть головки крѣпко сжимается между обѣими вѣтвями инструмента, иногда даже разламываются кости.

Никогда, однако, такимъ путемъ нельзя достигь столь значительнаго уменьшенія черепа, какъ при кефалотрипсіи, такъ какъ тутъ захватывается и сдавливается только небольшая часть черепа. Необходимое уменьшеніе головки достигается при этомъ благодаря противодавленію, которое узкій тазъ оказы-



Рис. 135. Захватываніе головки посредствомъ краниокласта Braun'a.

ваетъ и благодаря которому кости черепа сдвигаются одна за другую.

Краниокласть въ настоящее время болѣе употребителенъ, чѣмъ кефалотрипторъ. При головкѣ, которая стоитъ еще надъ входомъ въ тазъ, правильно выполненная кефалотрипсія безусловно представляетъ болѣе бережную и къ цѣли приводящую операцію, при помощи которой Zweifel'ю даже при суженіи въ 4,5 см. удалось закончить роды естественнымъ путемъ. Если головка находится въ тазу, причѣмъ обыкновенно не предстоитъ уже больше преодолѣваніе значительныхъ препятствій, то надо предпочесть краниоклазію.

Рѣшить споръ между приверженцами краниоклазіи и кефалотрипсії призванъ новый инструментъ, который соединяетъ въ себѣ перфораторъ, краниокласть и кефалотрипторъ и который въ состояніи обнаруживать еще новыя дѣйствія, не свойственныя этимъ инструментамъ. Принципомъ этого инструмента мы обязаны Auvard'у, отчасти также Tagnier'у и J. Veit'у, заслуга же улучшенія конструкціи принадлежитъ Zweifel'ю и Fehling'у.

Какъ видно также изъ рис. 136, инструментъ Zweifel'я состоитъ изъ трехъ вѣтвей, которыя соединяются въ замкѣ. Средняя замѣняетъ внутреннюю, мужскую вѣтвь краниокласта Braun'a, но отличается отъ послѣдней тѣмъ, что заканчивается остриемъ. Благодаря ему она пригодна, во-первыхъ, для того, чтобы замѣнить перфораторъ, во-вторыхъ, благодаря тому, что вѣтвь дѣйствуетъ какъ буравъ, можно вводить ее въ основаніе черепа, именно въ Foramen magnum и такимъ образомъ фиксировать черепъ въ основаніи его. Если послѣ этого впослѣдствіи прижать снаружи одну или обѣ наружныя вѣтви со стороны затылка и личика въ сторону внутренней вѣтви, то не только разламывается сводъ черепа, какъ при старой краниоклазіи или кефалотрипсії, но бываетъ безусловно разрушено и основаніе черепа. Именно это имѣетъ

особенно большое значеніе для извлеченія головки черезъ узкій тазъ.

Накладываніе всего инструмента производится по Zweifel'у слѣдующимъ образомъ: послѣ того, какъ буравъ введенъ въ полость черепа, остриемъ его, какъ



Рис. 136. Кранио-кефалокласть Auvard-Zweifel'я.



Рис. 137. Кранио-кефалокласть Zweifel'я въ головкѣ плода.

зондомъ, отыскивають основаніе черепа. Въ то время, какъ передняя часть его бугриста, задняя часть благодаря Tentorium cerebri гладка на ощупь, тутъ слѣ-

дуетъ искать Foramen magnum, куда посредствомъ нѣсколькихъ вращательныхъ движеній вводятъ буравъ. Послѣ этого накладываютъ 1-ую наружную вѣтвь поверхъ затылка, сблизивъ потомъ обѣ части посред-

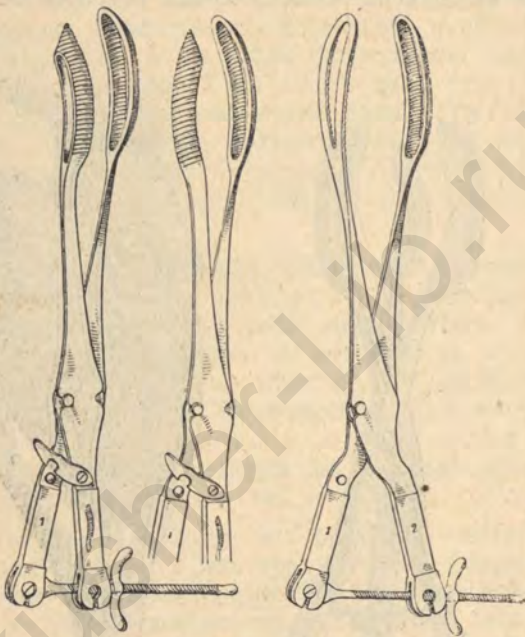


Рис. 138. Буравъ и вѣтвь краніо - кефалокласта Zweifel'я въ двухъ комбинаціяхъ.

Рис. 139. Вѣтвь 1 и 2 краніо-кефалокласта, употребляемая какъ кефалотрипторъ.

ствомъ завинчиванія винта и соединивъ ихъ плотно одна съ другой при помощи задвижки. Благодаря этому головка хорошо захвачена и ее можно поворачивать по желанію. 2-й, наружный листокъ, приходится на лицо и соединяется посредствомъ зажима съ двумя остальными, причемъ головка оказывается какъ бы сжатой въ крѣпкихъ тискахъ и бываетъ раздроблена.

Нѣтъ необходимости подробно описывать, что употребляя буравъ и первую вѣтвь, можно уподобить инструментъ краниокласту, причемъ можно либо расположить другъ противъ друга обѣ вогнутости, либо обратить выпуклостьбурава противъ вогнутости жен-

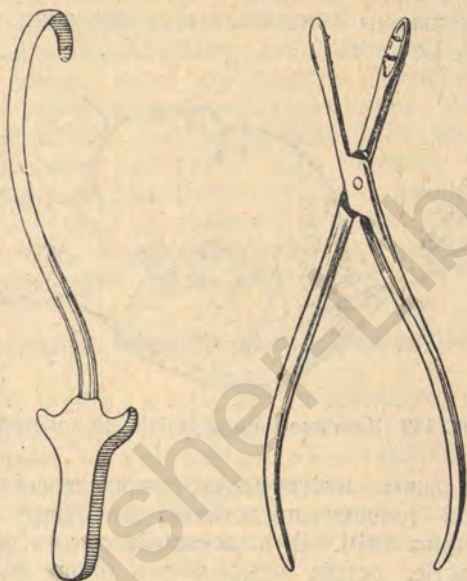


Рис. 140. Острый крючекъ Levret.

Рис. 141. Костный пинцетъ Воёг'а.

ской вѣтви (рис. 138). Безъ бурава, т. е. примѣненіемъ лишь 1 и 2 вѣтви, инструментъ при включеніи замковой пластинки превращается въ кефалотрипторъ, какъ это показано на рис. 139, что представляется особенно важнымъ для извлечения послѣдующей или отдѣленной головки.

Fehling соорудилъ нѣсколько иную модель этого комбинированнаго инструмента, отличающуюся отъ инструмента Zweifel'я тазовой кривизной и состоящую изъ 4 частей. Онѣ могутъ быть такъ соединены, что получается по отдѣльному краниокласту

для 1-го и 2-го черепного положеній, чтобы каждый разъ удобно было наложить наружную вѣтвь чрезъ личико. Соединеніемъ 3 соответственныхъ частей инструментъ превращается въ «кефалотриптелкторъ». Отъ употребленія внутренней вѣтви въ качествѣ перфоратора Fehling долженъ вслѣдствіе имѣющейся тазовой кривизны отказаться въ пользу инструмента (ножницъ) Levret'a.



Рис. 142. Костные щипцы Воёг'а на головкѣ.

Еще одинъ инструментъ для извлеченія перфорированной головки представляетъ острый крючекъ Levret (рис. 140). Онъ всаживается въ прободенное отверстіе, остріе отыскиваетъ опору внутри черепа; тщательно прикрывая выступающее остріе, тянуть за крючекъ обѣими руками.

Острый крючекъ въ общемъ справедливо отвергается вслѣдствіе опасности тяжелыхъ пораненій мягкихъ частей, угрожающей при вырываніи крючка. Въ единичныхъ, впрочемъ, рѣдкихъ случаяхъ, онъ все же представляетъ довольно пригодный инструментъ, напр., чтобы при лицевомъ положеніи потянуть обращенный кзади подбородокъ внизъ и кпереди, причемъ, конечно, предполагается, что плодъ мертвъ, или же для того, чтобы напр. въ тѣхъ случаяхъ, когда черепная крышка послѣ прободенія снесена, можно было поставить основаніе черепа на ребро; наконецъ, также для извлеченія отдѣленной отъ туловища головки.

Въ качествѣ цѣлесообразнаго инструмента заслуживаетъ еще упоминанія костный пинцетъ В о е г 'а, рис. 141 и 142, который захватываетъ черепъ, какъ и краниокласть, и весьма пригоденъ главнымъ образомъ для снесенія отдѣльныхъ черепныхъ костей.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при узкомъ тазѣ или чрезмѣрномъ развитіи плода, особенно, у аненцефаловъ врѣзываніе и прорѣзываніе плечиковъ наталкивается на затрудненія, такъ что представляется необходимость въ уменьшеніи размѣра плечиковъ. Эта операція (клеидотомія), которая впервые была произведена и рекомендована v. Herff'омъ, состоитъ въ томъ, что либо ножницами Levret'а, либо длинными ножницами Siebold'a разрѣзаютъ пополамъ ключицу и верхнія ребра. Само собой разумѣется, что операція эта предполагаетъ смерть плода.

Декапитація. Экзентерація. Dissectio foetus.

Подъ декапитаціей (обезглавленіе) разумѣютъ искусственное отдѣленіе головки плода отъ туловища, подъ экзентераціей — удаленіе внутреннихъ изъ полости груди и живота, подъ Dissectio foetus разсѣченіе плода на двое въ томъ мѣстѣ туловища, которое расположено надъ маточнымъ звѣномъ.

Необходимость въ этихъ операціяхъ представляется при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, когда поворотъ плода невозможенъ или же становится опаснымъ для матери. Сверхъ того при уродствахъ плода, а именно при раздвоеніяхъ плода.

Въ качествѣ инструментовъ для декапитаціи въ настоящее время употребляютъ:

Ключевидный крючекъ Karl Braun'а, рис. 143, и серповидный ножъ В. J. Schultze, рис. 145.

Примѣненіе ключевиднаго крючка производится, какъ изображено на рис. 146.

Рука оперирующаго, соотвѣтствующая той сторонѣ матери, на которой находится головка плода, т. е. при II поперечномъ положеніи лѣвая, заходитъ

сзади за шейку плода, инструментъ помѣщается на шейку плода съ передней стороны, ощупывающая сзади рука прикрываетъ пуговку инструмента, за который сильно тянуть.

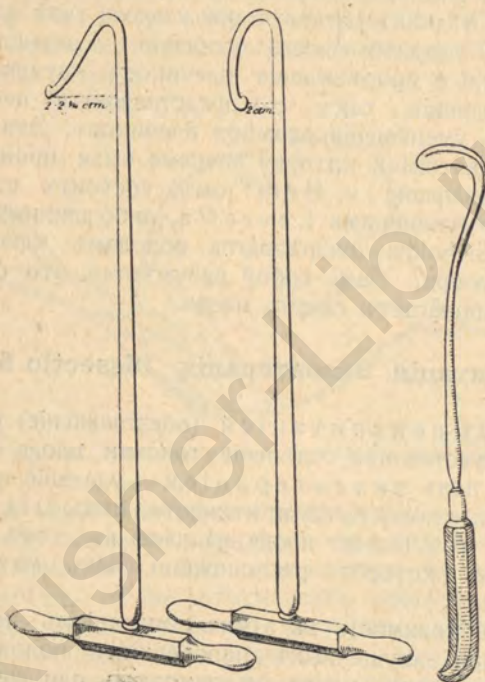


Рис. 143. Декапитационный крючекъ К. Браунъ'a.

Рис. 144. Декапитационный крючекъ, видоизмѣненный Zweifel'емъ

Рис. 145. Серповидный ножъ Schultzе.

Вывихнувъ позвоночникъ плода 2—3 размашистыми движеніями, отрываютъ захваченную крючкомъ часть шеи посредствомъ поворота поперечнорасположенной рукоятки, причемъ пуговка крючка всегда должна быть поворачиваема въ сторону головки.

Обыкновенно необходимо многократное накладывание инструмента, чтобы по частям перерезать всю шею.

Ключевидный крючекъ Браун'а былъ сначала



Рис. 146. Накладываніе декапитаціоннаго крючка.

видоизмѣненъ Zweifel'емъ такъ, что крючку была придана другая кривизна, рис. 144, что должно было препятствовать соскальзыванію его. Эта усовершенствованная форма ключевиднаго крючка Браун'а послужила толчкомъ къ тому, что Zweifel соорудилъ

совершенно новый инструментъ, «трахелоректоръ»*), состоящій изъ двухъ ключевидныхъ крючковъ, связанныхъ между собой и подвижныхъ вокругъ одной

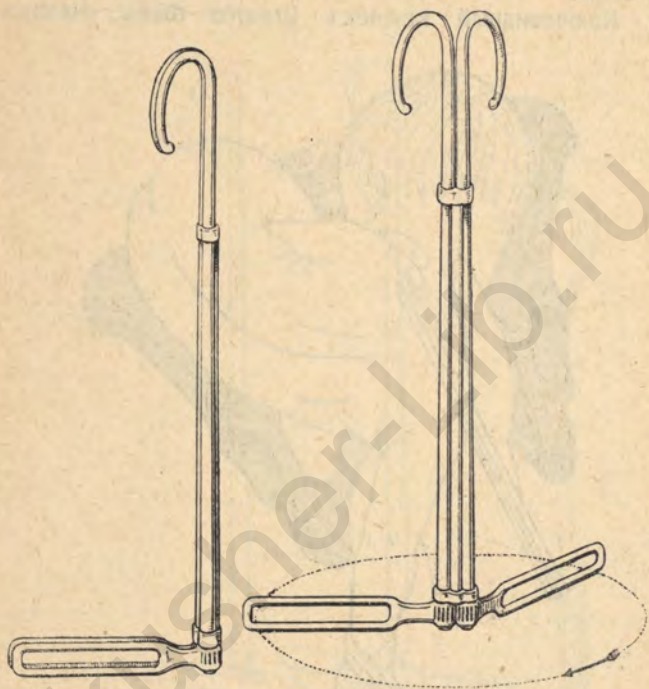


Рис. 147. Трахелоректоръ Zweifel'я (замкнутый).

Рис. 148. Трахелоректоръ Zweifel'я (открытый).

общей оси. Преимущество этого инструмента предъ простымъ крючкомъ для обезглавленія заключается въ томъ, что при произведеніи вывиха шейныхъ позвонковъ опорная точка или точка вращенія не оказывается на шейныхъ позвонкахъ, что было возможно

*) Zweifel, Über die Decapitation etc. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr. 20.

лишь при очень плотномъ насаживаніи крючка, а находится въ самомъ инструментѣ.

Примѣняется инструментъ слѣдующимъ образомъ. Замкнутый инструментъ (рис. 147) накладывается на шею плода совершенно такъ, какъ крючекъ Braun'a. Если двойной крючекъ крѣпко сидитъ на шейныхъ позвонкахъ, то помѣщаютъ обѣ руки на рукоятки и раздвижаніемъ крючковъ производятъ вывихъ позвоночнаго хребта. Послѣ этого инструментъ снова закрываютъ, разрываніе отдѣльныхъ мягкихъ частей производится соединеннымъ въ одно, закрытымъ инструментомъ, который употребляется, какъ простой крючекъ.

Серповидный ножъ Schultz'e вводится и насаживается на шею, какъ ключевидный крючекъ Braun'a. Прорѣзываніе производятъ посредствомъ пилящихъ движеній инструментомъ.

Fritsch и другіе рекомендуютъ производить декапитацію посредствомъ длинныхъ крѣпкихъ ножницъ.

Легче чѣмъ всѣми этими инструментами можно перерѣзать шею съ помощью проволочной пилы Gigli, обведеніе которой вокругъ шеи, впрочемъ, представляетъ затрудненія. Ribemont—Bong предложили для этого слѣдующій инструментъ (рис. 194). Одна половина имѣетъ форму крючка для декапитаціи Braun'a и подобно ему накладывается съ пе-



Рис. 194. Декапитаціонный инструментъ Ribemont—Bong съ проволочной пилой Gigli.

редней стороны чрезъ шею. Съ задней стороны помещается тогда вторая, меньшая половина. Чрезъ по-

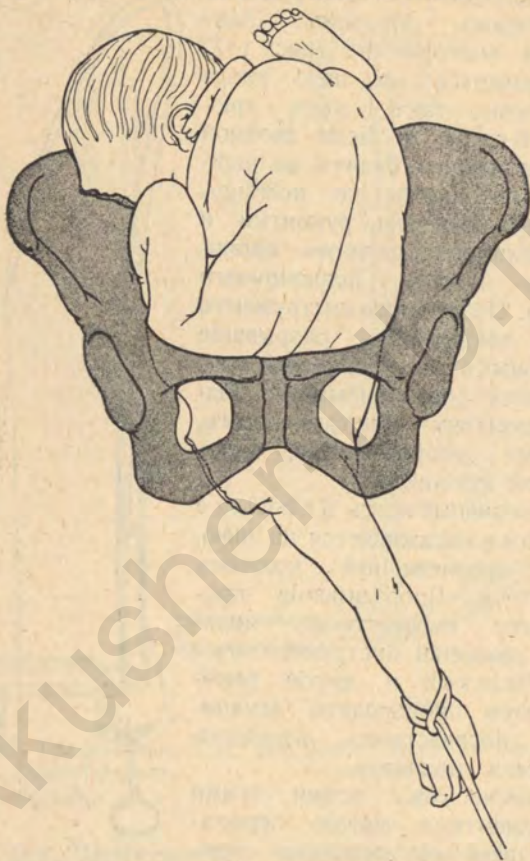


Рис. 150. Видъ плода послѣ декапитаци. Извлеченіе туловища посредствомъ влеченія за выпавшую или низведенную и захваченную петлей ручку.

лый желобокъ протягиваютъ стальную полосу, къ которой привѣшена проволочная пила. При пиленіи закрытый инструментъ оставляютъ на мѣстѣ для защиты мягкихъ частей.

Если трудно пробраться къ шеѣ и обвести вокругъ нея декапитационный инструментъ, то выпавшая или низведенная ручка можетъ оказаться очень полезной. (Ср. рис. 146). Посредствомъ петли оттягиваютъ сильно ручку въ противоположную головкѣ сторону, чтобы такимъ образомъ увеличить доступъ къ шеѣ. Въ такихъ случаяхъ оказывалось цѣлесообразнымъ предварительное удаленіе внутренностей изъ грудной, а иногда и брюшной полости, благодаря чему можно сложить вдвое тѣло плода.

Послѣ отдѣленія головки сперва извлекаютъ туловище, протѣе всего влеченіемъ за выпавшую ручку. Ошибочно поэтому при запущенномъ поперечномъ положеніи отрѣзывать до декапитации выпавшую ручку въ надеждѣ получить такимъ образомъ болѣе легкій доступъ къ шеѣ. Во-первыхъ, выпавшая ручка помогаетъ проведенію руки и инструмента къ шеѣ, во-вторыхъ, можно влеченіемъ за нее фиксировать плодъ во время декапитации, въ третьихъ она представляетъ прекрасную рукоятку для извлеченія безглаваго туловища. Но даже независимо отъ этихъ преимуществъ, противъ которыхъ нельзя привести ничего отрицательнаго, надо уже по одному тому избѣгать вылушенія выпавшей ручки, что въ одномъ подобномъ случаѣ плодъ послѣ отдѣленія ручки родился самопроизвольно и живымъ, что имѣло весьма неприятыя послѣдствія для акушера.

Отдѣленная головка въ легкихъ случаяхъ извлекается посредствомъ введеннаго въ ротъ пальца или за нижнюю челюсть, въ трудныхъ случаяхъ — острымъ крючкомъ, краниокластомъ или кефалотрипторомъ.

Если при запущенномъ поперечномъ положеніи невозможно проникнуть къ шеѣ плода въ цѣляхъ декапитации, то необходимо произвести либо экзентерацию, либо *Dissectio foetus*.

Экзентерация производится такъ, что ножницеобразный перфораторъ вкалываютъ въ грудь, дѣлаютъ между ребрами отверстіе, проходимое для двухъ пальцевъ и чрезъ него по частямъ удаляютъ внутренности грудной полости и по пробуравленію

діафрагмы также внутренности брюшной полости. Послѣ этого извлекають плодъ либо *conduplicato corpore* (ср. рис. 63), либо подражая процессу самоизворота (ср. рис. 59 — 62).

Въ трудныхъ случаяхъ намъ послѣ экзентераціи легко удавалась декапитація, которую мы до этого тщетно старались произвести.

Dissectio foetus, т. е. перерѣзываніе туловища плода пополамъ, можно сдѣлать либо серповиднымъ ножомъ *Schultze*, либо крѣпкими ножницами *Siebold'a*. Извлеченіе обѣихъ половинокъ туловища производится острымъ крючкомъ или краниокластомъ.

Добавленіе.

Кесарское сѣченіе и тазорасширяющія операціи.

Подъ кесарскимъ сѣченіемъ, *Sectio caesarea*, разумѣютъ операцію, которая состоитъ въ томъ, что по разсѣченіи брюшной стѣнки вскрываютъ матку и обходя тазовый каналъ, извлекаютъ этимъ путемъ плодъ.

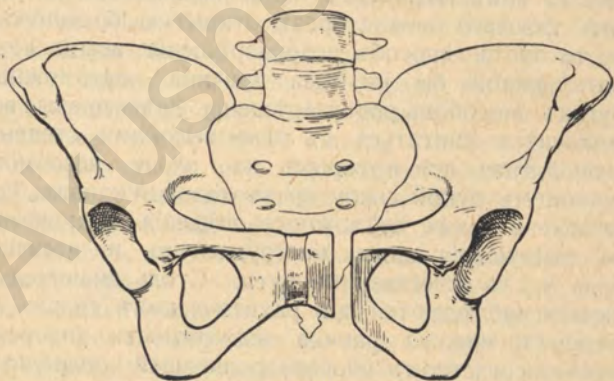


Рис. 151 Гебостеотомированный тазъ, видъ спереди.

При тазорасширяющихъ операціяхъ суженный тазъ либо разсѣкаютъ въ предѣлахъ лобковой кости, гебостеотомія, либо въ срединѣ

хряща симфиза, симфизеотомія, чтобы его расширить для пропуска плода. Рис. 159 позволяет распознать асимметрическое расширение при лѣвосторонней гебостеотоміи.

Показанія къ кесарскому сѣченію и тазо-расширяющимъ операціямъ.

1. Абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію.

Абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію дано тогда, когда не удастся инымъ путемъ извлечь плодъ изъ утробы матери, даже при помощи плодоразрушающихъ операцій. Женщина безнадежно погибла, если она не разрѣшается при маточной беременности, она погибаетъ либо вслѣдствіе зараженія, либо вслѣдствіе разрыва матки. Кесарское сѣченіе, стало быть, въ этихъ случаяхъ представляетъ единственную возможность спасти женщину отъ вѣрной смерти. Такъ какъ тутъ плодъ извлекаютъ съ обходомъ тазоваго канала чрезъ открытую брюшную рану, то этотъ способъ родоразрѣшенія всегда возможенъ, какова бы ни была причина невозможности другихъ способовъ родоразрѣшенія. Здѣсь прежде всего приходится считаться съ тѣми высокими степенями суженія таза, при которыхъ къ плоду невозможно проникнуть рукой снизу чрезъ тазовый каналъ. Тогда исключена также возможность введенія необходимыхъ для разрушенія плода инструментовъ и извлечения плода чрезъ естественные пути. Столь значительныя суженія наблюдаются при рахитическихъ тазахъ, при которыхъ нижняя граница возможности родоразрѣшенія посредствомъ плодоразрушающей операціи соответствуетъ *Conjug. vera* въ 5 см. приблизительно. Кромѣ того довольно значительный контингентъ для этого даютъ остемалятическіе тазы, поперечно-суженный тазъ *Robert'a*, *pelvis obtecta* и неправильно суженные тазы, а именно тазы съ опухолями. Ново-

образованія, исходящія изъ мягкихъ частей и закрывающія тазовый каналъ или суживающія его, какъ фиброиды, раки, даютъ абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію.

2. Относительное показаніе къ кесарскому сѣченію.

Въ противоположность абсолютному показанію, при которомъ оперирующій имѣетъ лишь выборъ между тѣмъ, чтобы предоставить женщинѣ умереть, не пытаясь спасти ей жизнь, и между тѣмъ, чтобы кесарскимъ сѣченіемъ, какъ единственной возможностью родоразрѣшенія, сдѣлать такую попытку, существуетъ относительное, при которомъ кесарское сѣченіе соперничаетъ съ другими операціями. Пока кесарское сѣченіе было связано съ такой высокою смертностью, что пользовалось славой почти смертельной операціи, его, конечно, примѣняли лишь при абсолютномъ показаніи. Для болѣе широкаго примѣненія этой операціи необходимо было уменьшеніе ея опасности, какъ это бываетъ со всѣми операціями, и оно было тѣмъ болѣе желательно, что ближайшими соперницами кесарскаго сѣченія являются плодоразрушающія операціи, перфорація и эмбриотомія, представляющія смертный приговоръ для плода. Это принесеніе въ жертву плода, которое должно быть отвергнуто съ моралистически-теологической и юридической точки зрѣнія, давало нѣкоторую вѣроятность сохранить, по крайней мѣрѣ, жизнь матери въ тѣхъ случаяхъ, когда невозможны были другіе способы родоразрѣшенія, и въ качествѣ древнѣйшихъ акушерскихъ операцій операціи эти спасали одну жизнь при одновременномъ принесеніи въ жертву другой. Лишь послѣ появленія симфизеотоміи Sigault'a и много позже съ усовершенствованіемъ Säger'омъ техники кесарскаго сѣченія появилась возможность считаться съ матерью и плодомъ, т. е. съ обѣими жизнями, и такимъ образомъ при относительномъ показаніи также прибѣгать къ кесарскому сѣченію.

Такъ какъ сто лѣтъ тому назадъ симфизеотомія тутъ предупредила кесарское сѣченіе, то понятенъ энтузіазмъ, который вызвалъ Sigault своей первой операціей. При тазѣ съ Conj. vera въ 7,5 см. съ 1756 года существовала, впрочемъ, возможность дать подобной женщинѣ живой плодъ, а именно посредствомъ прерыванія беременности искусственнымъ вызываніемъ родовъ тогда, когда плодъ еще настолько малъ, что въ состояннн пройти чрезъ тазъ, но настолько уже развитъ, что при заботливомъ уходѣ можетъ продолжать жить послѣ рожденія. Первые удачные преждевременные роды были искусственно вызваны шотландскимъ врачомъ G. Macaulay, и обоснованность этой операціи и до сихъ поръ сохранилась.

Такимъ образомъ въ настоящее время въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина вслѣдствіе суженій таза или другихъ осложнений со стороны родового канала не въ состояннн родить естественнымъ путемъ живой доношенный плодъ, конкурируютъ между собой вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, кесарское сѣченіе, тазорасширяющія и плодоразрушающія операціи.

Окончательное разграниченіе областей этихъ операцій невозможно, такъ какъ каждый разъ все снова и снова мѣняются успѣхи ихъ, а съ ними вмѣстѣ и оцѣнка ихъ.

Если благодаря усовершенствованію техники улучшается одна изъ этихъ операцій, то показанія къ ней расширяются въ ущербъ ея конкурентамъ, между тѣмъ какъ съ другой стороны новые опыты съ этими болѣе новыми операціями открываютъ нѣкоторые недостатки, которыхъ заранѣе нельзя было предвидѣть. Такъ, напр., наблюденіе, что рубцы остающіеся на маткѣ послѣ кесарскаго сѣченія, создаютъ при послѣдующихъ беременностяхъ опасность разрыва матки, оттѣснило слегка эту операцію на задній планъ, между тѣмъ какъ благопріятный опытъ съ развивающейся подкожной гебостеотоміей послужилъ новымъ толчкомъ впередъ для тазорасширяющихъ операцій,

оцѣнка которыхъ снова значительно пала вслѣдствіе неудачъ симфизеотоміи. Въ настоящее время кесарское сѣченіе вслѣдствіе введенія внѣбрюшиннаго способа снова угрожаетъ повредить, хотя и въ ограниченной мѣрѣ, подкожной гебостеотоміи.

Еще одно обстоятельство мѣшаетъ рѣзкому разграниченію областей этихъ операций, а именно то, что не все равно, должны ли эти операций быть приняты въ клиникѣ или въ частномъ жилищѣ. Клиника имѣетъ преимущество лучшей асептики и другихъ благопріятныхъ условій для выполненія операций, какъ большая и лучшая ассистенція, лучшее освѣщеніе и болѣе удобное проведеніе послѣдующаго леченія и ухода. Поэтому акушеръ чаще бываетъ вынужденъ въ частномъ домѣ вслѣдствіе отсутствія этихъ преимуществъ выборомъ плодоразрушающей операции поставить на первый планъ интересы матери, между тѣмъ какъ клиницистъ долженъ отважиться на болѣе серьезное рѣшеніе, которое при выборѣ операции принимаетъ въ соображеніе и жизнь плода.

На основаніи этихъ общихъ соображеній я въ настоящее время слѣдующимъ образомъ разграничилъ бы эти операции.

1. Искусственные преждевременные роды даютъ возможность получить живой и жизнеспособный плодъ при *Conjug. vera* въ 7,5 см. Оно пригодно именно въ частныхъ жилищахъ для избѣжанія плодоразрушающихъ операций, кесарскаго сѣченія и гебостеотоміи; при этомъ надо, однако, помнить, что успѣхъ ея отнюдь не можетъ быть обезпеченъ, что въ лучшемъ случаѣ плодъ теряетъ самую важную часть періода внутриутробнаго развитія, и что необходимыя для нея оперативные приемы ни въ коемъ случаѣ нельзя назвать совершенно безопасными. Нельзя умолчать, что нѣкоторые акушеры, какъ *Ripard*, совершенно ее отвергаютъ, а въ Германіи также раздаются противъ нея голоса видныхъ акушеровъ.

2. Кесарское сѣченіе безспорно находитъ себѣ оправданіе при абсолютномъ показаніи къ нему

При относительномъ показаніи оно конкурируетъ при *Conj. vera* до 6,5 см. съ тазорасширяющими операціями, а при *Conj. vera* до 5 также съ плодоразрушающими операціями. Послѣднія заслуживаютъ въ общемъ предпочтенія въ частныхъ домахъ и при живыхъ плодахъ вслѣдствіе неблагопріятности внѣшнихъ условій, между тѣмъ какъ въ клиникахъ онѣ при живыхъ плодахъ примѣняются лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Въ качествѣ строгаго противопоказанія къ кесарскому сѣченію и тутъ и тамъ слѣдуетъ признать уже наступившее зараженіе рожеицы, лихорадку, *Putrescentia uteri*. Какъ осторожны всегда были въ этомъ отношеніи оперирующіе, видно изъ того, что даже многократное изслѣдованіе не безусловно асептичными руками, связанное съ возможностью зараженія, считается противопоказаніемъ.

Въ послѣднее время за показаніе къ производству кесарскаго сѣченія признаются также эклямпсія, предлежаніе плаценты, сильная степень ригидности и стеноза мягкихъ частей и аналогичныя осложненія, вызывающія необходимость поспѣшнаго родоразрѣшенія при не раскрытомъ еще маточномъ зѣвѣ, или же наличность какихъ либо иныхъ препятствій со стороны мягкихъ частей для родоразрѣшенія *per vias naturales*. Тутъ кесарское сѣченіе конкурируетъ съ *Hysterotomia vaginalis anterior*. Какой изъ этихъ двухъ способовъ искусственнаго родоразрѣшенія одержитъ верхъ, въ настоящее время представляетъ еще не разрѣшенный вопросъ.

3. Тазорасширяющія операціи имѣютъ своимъ предѣломъ *Conj. vera* въ 6,5 см. Первородящія съ узкими половыми органами не годны для гебостеотоміи, а именно немолодыя первородящія съ ригидными мягкими частями, вслѣдствіе существующей тутъ опасности большихъ разрывовъ, которые ведутъ къ появленію сообщенія между родовымъ каналомъ и раной отъ гебостеотоміи, а также соединены съ опасностью одновременнаго пораненія органовъ мочеиспусканія.

4. Плодоразрушающія операціи, нижній предѣлъ которыхъ лежитъ у *Conj. vera* въ 5 см. При

неправильномъ суженіи таза хорошимъ мѣриломъ тутъ является проходимость таза для кисти.

Техника кесарскаго сѣченія.

Въ качествѣ лапаротоміи кесарское сѣченіе требуетъ всѣхъ тѣхъ сложныхъ асептическихъ подготовленій оперирующаго, больного и всѣхъ употребляемыхъ при операциіи инструментовъ и вещей, которымъ мы прежде всего обязаны значительному прогрессу въ удачахъ операциій въ брюшной полости вообще*). Такъ какъ для этого нужны сложные аппараты, какъ паровые стерилизаторы и сухіе, которыхъ нельзя какъ нибудь импровизировать, то удача кесарскаго сѣченія связана со вспомогательными (пособіями) средствами клиники, и выполнение его въ частномъ жилищѣ само по себѣ уже менѣе благоприятно, что слѣдуетъ учесть при относительномъ показаніи.

Для производства операциіи нужны слѣдующіе инструменты: ножи, ножницы, щипцы Muzeux, пинцеты, зажимы для сосудовъ, иглы и иглодержатели, шарики и шарикодержатели, марлевые платки, іод-кэтгутъ или шелкъ, стерильная іодоформенная марля для тампонаціи матки и перевязочный матеріалъ.

По современному способу операциія классическаго или консервативнаго кесарскаго сѣченія производится слѣдующимъ образомъ:

Вскрываютъ брюшную полость разрѣзомъ вдоль бѣлой линіи. Если хотятъ произвести операцию внѣ брюшной полости, то разрѣзъ долженъ достигать отъ дна матки до симфиза, онъ занимаетъ, слѣдовательно, почти всю длину передней брюшной стѣнки; послѣ этого не вскрытую матку выводятъ изъ брюшной полости наружу, закрывъ позади нея брюшныя стѣнки двумя или тремя щипцами Muzeux для предохраненія выпаденія кишекъ. Этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что при немъ брюшная полость пре-

*) Подробности см. „Оператив. гинекол.“. Döderlein-Krönig, Leipzig, Thieme 2 Aufl. 1906.

дохранена отъ загрязненія кровью, околоплодной жидкостью, первороднымъ каломъ и т. п. Въ интересахъ соблюденія чистоты брюшинной полости это преимущество неоцѣнимо, хотя съ другой стороны размѣры разрѣза брюшной стѣнки и послѣдующаго рубца ея представляются нежелательными. Однако, если въ силу этихъ соображеній хотятъ ограничиться меньшимъ разрѣзомъ, простирающимся отъ пупка до симфиза, то приходится вскрыть матку *in situ*, причемъ неизбежно нѣкоторое загрязненіе брюшной полости.

Полость матки вскрываютъ продольнымъ разрѣзомъ по срединной линіи или поперечнымъ разрѣзомъ дна матки (Fritsch) и извлекаютъ плодъ за ножку или ручку.

Послѣ удаленія плода матка настолько уменьшается, что она и при небольшомъ разрѣзѣ легко можетъ быть выведена изъ брюшной полости. Слегка раздвигая края раны на маткѣ, отдѣляютъ плаценту и удаляютъ ее всю вмѣстѣ съ яйцевыми оболочками. Изслѣдуютъ пальцемъ проходимость шеечнаго канала и маточнаго зѣва и приступаютъ къ наложенію шва на матку. Онъ накладывается обыкновенно дугообразными иглами и сухимъ іодъ-кэтгутомъ такимъ образомъ, что проводятъ иглу чрезъ всю толщю маточной стѣнки и каждый разъ вкалываютъ и выкалываютъ и на брюшинной, и на децидуальной сторонѣ по возможности близко отъ края раны. Лучше всего наложить узловатый шовъ съ промежутками $\frac{1}{2}$ см., такъ что на весь разрѣзъ приходится около 16—18 швовъ. Для удобства сперва проводятъ всѣ нити и лишь потомъ завязываютъ ихъ, чтобы можно было точно контролировать вколы и выколы въ полости матки и у послѣднихъ швовъ. Если послѣ этого видны еще на маточной стѣнкѣ зіяющія отверстія или кровоточащія мѣста, то смотря по надобности накладываютъ еще новые промежуточные швы. Гдѣ только возможно, рекомендуется подъ конецъ какъ бы защищающимъ швомъ зашить брюшину надъ раной непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ посредствомъ

тонкой нитки, что, однако, выполнимо лишь въ нижней части матки, такъ какъ лишь тутъ брюшина такъ подвижна, что ее можно приподнять въ видѣ складки, какъ для кишечнаго шва по Lembert'у. Такъ какъ брюшина при этомъ легко разрывается, то и при наложеніи этого шва надо захватить также немного мускулатуры. Очистивъ матку и сдѣлавъ обычный туалетъ брюшной полости, опускаютъ матку внутрь и зашиваютъ рану брюшной стѣнки.

Обыкновенно кровотеченіе во время операциіи не бываетъ настолько значительнымъ, чтобы нужны были особыя мѣры предосторожности. Оно можетъ быть пріостановлено наложеніемъ простаго шва, который надо по возможности скорѣе закончить. При атоническихъ кровотеченияхъ, какъ и въ другихъ случаяхъ его, рекомендуется тампонація полости матки іодоформенной марлей по Dührssen'у. При не зашитой ранѣ матки ее можно сдѣлать сверху, въ противномъ случаѣ обычнымъ способомъ снизу.

Для ослабленія кровотеченія изъ плацентарнаго ложа, а также изъ рѣзаной раны матки прежде примѣняли Эсмарховскій жгутъ, который временно накладывался на шейку матки. Но этотъ способъ оказался нецѣлесообразнымъ, такъ какъ если жгутъ оставался наложеннымъ въ теченіе продолжительнаго времени, полчаса или еще дольше, то послѣ снятія его наблюдались сильныя послѣдовательныя кровотеченія вслѣдствіе наступавшихъ за этотъ промежутокъ времени разстройствъ питанія или вазомоторныхъ параличей. На мгновеніе можно пріостановить сильныя кровотеченія въ любой моментъ операциіи при вскрытой еще брюшной полости тѣмъ, что двѣ ассистирующихъ руки крѣпко сжимаютъ шейку матки или же тѣмъ, что выше матки на срединѣ туловища такъ туго накладываютъ резиновый жгутъ по Momburg'у, что не ощущается больше пульса бедренной артеріи, пріемъ, пригодный и для прекращенія всякихъ видовъ послѣродовыхъ кровотеченій.

Въ противоположность прежней *intra* или *trans* перитоніальной техникѣ кесарскаго сѣченія въ по-

слѣднее время всячески пытались извлечь плодъ надъ тазомъ, обходя полость брюшины (Frank-Sellheim), «внѣбрюшинное кесарское сѣченіе». Я рекомендую для этого слѣдующій способъ:

Поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки по Pfannenstiel'у или косою разрѣзъ надъ Ligam. Poupartii, но безъ вскрытія полости брюшины. Введеніе руки позади передней правой стѣнки таза въ Cavum Retzii. Наполнивъ мочевою пузырь до рѣзкаго обозначенія его очертаній, отодвигаютъ правый его край къ срединѣ. Отодвигаютъ кверху поперечно къ стѣнкѣ таза расположенную не вскрытую Plica vesico-uterina. Благодаря этому обнажается до влагалища боковая нижняя часть матки, которая лежитъ ниже брюшной полости и на которой и дѣлаютъ продольный разрѣзъ для извлеченія плода. При черепныхъ предлежаніяхъ плодъ извлекается при помощи щипцовъ, при тазовыхъ предлежаніяхъ дѣлаютъ ручное извлеченіе. Удаленіе плаценты посредствомъ приема Credé или ручнаго отдѣленія, зашиваніе разрѣза матки либо узловатымъ швомъ, либо непрерывнымъ іодъ-кэтгутовымъ швомъ въ одинъ или нѣсколько слоевъ. При подозрѣніи на инфекцію дренажированіе этой подбрюшинной параметральной клѣтчатки въ направленіи влагалища. Зашиваніе раны брюшной стѣнки.

Противоположностью этого внѣбрюшиннаго способа операціи является въ настоящее время еще трансбрюшинный способъ, который стремится къ тому, чтобы по вскрытіи брюшной полости отдѣлить операціонную область родового канала отъ остальной брюшной полости посредствомъ временнаго или остающагося зашиванія пристѣночной брюшины съ маточной брюшиной.

Наконецъ, остается еще упомянуть, что въ случаяхъ тяжелой инфекціи или опухолей, а также и при другихъ показаніяхъ вмѣсто кесарскаго сѣченія, связаннаго съ сохраненіемъ матки, надо примѣнить операцію Roggo или еще лучше полную брюшную экстирпацію.

Техника подкожной гебостеотоміи.

Изъ инструментовъ нужны: ножи, ножницы, зажимы для сосудовъ, проволочная пила съ проводной иглой, иглы, иглодержатель и матеріаль для шва.

Поперечный разрѣзь вдоль горизонтальной вѣтви лобковой кости отъ Tubercul. rubicum до середины

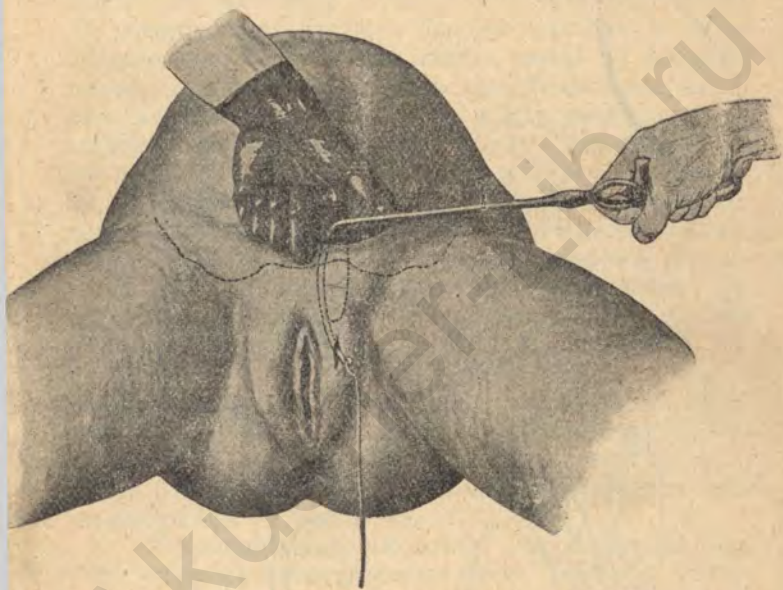


Рис. 152. Выполненіе подкожной гебостеотоміи по Doederlein'у.

симфиза чрезъ кожу, фасцію и подлежащую ткань вплоть до кости. Если надрѣзать непосредственно у верхняго края кости, то не приходится опасаться побочныхъ пораненій. Послѣ этого вводятъ въ рану указательный палець и проводятъ его вдоль задней поверхности лобковой кости внизъ, отдѣляя такимъ путемъ мочевой пузырь и создавая соотвѣтственный раневой каналъ въ Cavum Retzii. Оставляя на мѣстѣ

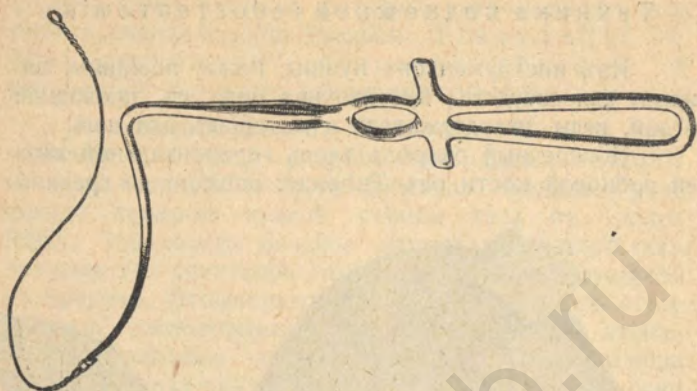


Рис. 153. Игла автора для гебостеотомии.

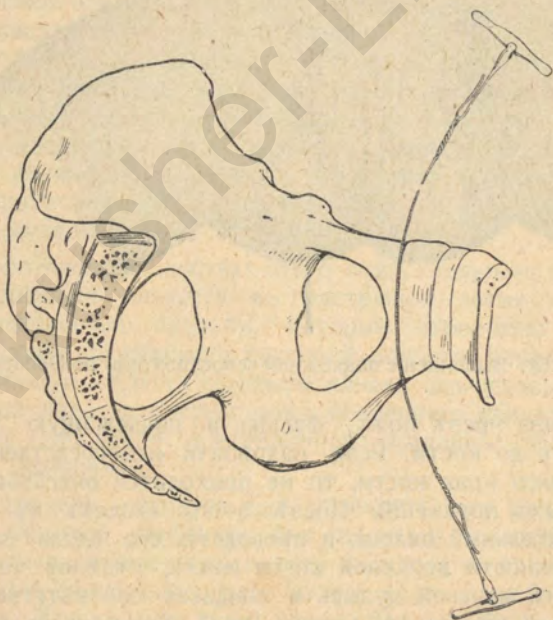


Рис. 154. Накладывание проволочной пилы Gigli при подкожной гебостеотомии.

этотъ палецъ, проводятъ внизъ между нимъ и костью проводной инструментъ для проволочной пилы, такъ что остріе его выпячиваетъ кожу у наружной стороны большой дѣтородной губы и можетъ быть выведено наружу послѣ легкаго надрѣза въ этомъ мѣстѣ. Продѣваютъ проволочную пилу, тянутъ обратно вверхъ, надѣваютъ рукоятки и перепиливаютъ кость сзади напередъ до тѣхъ поръ, пока пила не встрѣчаетъ больше сопротивленія кости, а попадаетъ въ мягкія части. Обыкновенно необходимо сдѣлать около 20 движеній пилой. Если во время пиленія кровоточитъ изъ верхняго разрѣза или изъ нижняго мѣста укола, то ассистентъ сильно прижимаетъ шарикъ или марлю или же накладываетъ жгутъ Momburg'a. Удаливъ рукоятки, вытягиваютъ пилу кверху. Смотря по случаю, при наличности показаній либо извлекаютъ плодъ посредствомъ щипцовъ, либо производятъ поворотъ, или же выжидаютъ самопроизвольнаго рожденія плода. Въ послѣднемъ случаѣ сейчасъ же зашиваютъ верхній разрѣзъ и нижній проколъ. По окончаніи родовъ надо изслѣдовать, нѣтъ ли разрывовъ влагалища и провѣрить цѣлость мочевого пузыря посредствомъ катеризаціи. Раны прикрываютъ пастой или другой повязкой. Имобилизирующая тазовая повязка не только не нужна, но и нежелательна въ интересахъ расширенія таза въ будущемъ.

Противоположностью этому способу автора, способу «подкожнаго разрѣза» является «способъ подкожнаго прокола» (Leopold-Walcher-Vimn), при которыхъ не дѣлаютъ никакихъ надрѣзовъ, не вводятъ также пальца, а лишь посредствомъ особенно конструированныхъ иглъ либо сверху внизъ, либо въ обратномъ направленіи обводятъ проволочную пилу вокругъ кости.

Излюбленные прежде способы открытаго оперирования при симфизеотоміи и гебостеотоміи, при которыхъ совершенно разрѣзались и мягкія части, лежащія впереди мѣста распила, въ настоящее время совсѣмъ оставлены.

Портативная медицинская
библіотека «СОТРУДНИКА»

1. Шмидтъ и Фридгеймъ.—Діагностика и терапия—
1 р. 50 к.
 2. Г. Клемпереръ.—Клиническая діагностика—
1 р. 50 к.
 3. Г. Майеръ.—Первая помощь—1 р. 50 к.
 4. Рейтеръ и Кирхгофъ.—Частная хирургія—
1 р. 50 к.
 5. А. Дэдерлейнъ.—Оперативное акушерство—
1 р. 50 к.
 6. Р. Кайзеръ.—Болѣзни горла, носа и уха—
1 р. 50 к.
 7. Е. Кромайеръ.—Кожныя и венерич. болѣзни—
1 р. 50 к.
 8. М. Френкель.—Фармакологія и рецептура.—
1 р. 50 к.
 9. Е. Гофунгъ.—Практическое зубоврачеваніе—
1 р. 50 к.
 10. М. Шниреръ.—Терапевтическій справочникъ—
1 руб.
 11. С. Фридъ.—Сборн. дешевыхъ рецептовъ—1 руб
 12. Р. Абель.—Бактеріологія (практич.)—1 р.
 13. Б. Сальге.—Дѣтская практика—1 р.
 14. Э. Зальфельдъ.—Практическая косметика—1 р.
-

Изданія библіотеки выходятъ въ прочныхъ англійскихъ переплетахъ, въ форматѣ карманныхъ книгъ съ регистрами для справокъ и съ иллюстраціями въ текстѣ.

Проф. Георгъ Майеръ.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

при внезапныхъ заболѣваніяхъ и несчастныхъ случаяхъ

2-е доп. изд.—Ц. 1 р. 50 к. (въ коленкоромъ перепл.).

Шмидтъ и Фридгеймъ.

У А Д Е М Е С У М

по діагностикѣ и терапіи.

Переводъ съ 7-го нѣмецк. изданія.

Съ предисл. проф. В. Образцова.

3-е изд.—Ц. 1 р. 50 к. (въ коленк. перепл.).

Проф. Г. Клемпереръ.

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДІАГНОСТИКИ

Перев. съ 15 нѣмецк. изданія. Съ 64 рис. и 2 цвѣтн. табл.

Ц. 1 р. 50 к. (въ переплетѣ).

Проф. Е. Кромайеръ.

Кожныя и венерическія болѣзни.

Пер. со 2-го нѣм. изд. Д-ра И. Комаровскаго.

2-е дополнен. изд. 1910 г.

Цѣна 1 р. 25 к., (въ коленк. перепл. 1 р. 50 к.)

Проф. Э. Дедерлейнъ.

ОПЕРАТИВНОЕ
АКУШЕРСТВО.

Съ рисунками въ текстѣ.

Изд. 1910 г.—ц. 1 р. 50 к. (въ коленкоровомъ переплетѣ).

Д-ръ Р. Кайзеръ.

Болѣзни горла, носа и уха

Съ рисунками въ текстѣ и 2 цвѣтными табл.

Изд. 1910 г.—ц. 1 р. 50 к. (въ коленкоровомъ переплетѣ).

Проф. Рейтеръ и Кирхгофъ.

ОБЩАЯ ХИРУРГІЯ.

Переводъ съ 4-го нѣм. изданія

Д-ра Е. Лепскаго.

Цѣна 1 р. 25 к. (Въ переплетѣ—1 р. 50 к.).

Проф. Рейтеръ и Кирхгофъ.

Частная хирургія.

Перев. съ пред. проф. Н. Волковича.

Съ 157 рис. въ текстѣ. Ц. 1 р. 50 к. (въ переплетѣ).

Портативная медицинская библиотека „СОТРУДНИКА“.

Д-ръ М. Френкель.

ФАРМАКОЛОГИЯ

съ рецептурой и токсикологией.

Перев. съ нѣмецк. д-ра В. Лазарева.
Ц. 1 р. 25 к. Въ коленк. перепл.—1 р. 50 к.

Изд. 1910 г.

Д-ръ М. Шниреръ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ СПРАВОЧНИКЪ

Сборникъ рецептовъ съ терапевтическими указаніями.

Цѣна 1 р. (въ коленкор. переплетѣ).

Изд. 1910 г.

Д-ръ С. Фридь.

ВАДЕМЕКУМЪ

ВРАЧА ДЛЯ БѢДНЫХЪ.

Сборникъ дешевыхъ рецептовъ.

Цѣна 1 р. (въ коленкоровомъ переплетѣ).

Д-ръ Э. Канторовичъ.

PRAESCRIPTIONES

Сборникъ рецептовъ для клиники и практики.

Съ предисл. проф. Г. Сенатора.

2-е зд. 1910 г.—Ц. 1 р. (въ коленкор. перепл.).

Портативная медицинская библиотечка „СОТРУДНИКА“.

Рудольфъ Абель.

БАКТЕРІОЛОГІЯ

Краткое руков. для практич. занятій.

Перев. подъ редакц. прив.-доц. Л. Тарасевича.
2-е дополи. изд.—Ц. 1 р. (въ коленк. перепл.).

Е. Гофунгъ.

Практическое зубоорачиство

Со многими рисунками ц. 1 р. 50 к.

(Издание 1910 г.).

Проф. Б. Сальге.

Дѣтская практика

Перев. съ 4-го доп. нѣм. изд., 2-е дополи. издание 1910 г.

Цѣна 1 р. (въ коленкор. перепл.).

Д-ръ Э. Зальфельдъ.

ПРАКТИЧЕСКАЯ КОСМЕТИКА

Руководство для практич. врачей.

Съ 15 рисунк. въ текстѣ. Перев. съ 2-го дополи. нѣм. изд.

Изд. 1910 г.—Ц. 1 р. (въ коленк. пер.).

Новыя изданія „Сотрудника“.

Проф. Е. Гедонъ.

РУКОВОДСТВО ПО

ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВѢКА.

Переводъ профес. В. ЗАВЬЯЛОВА.

2-ое дополн. изданіе—ц. 3 р. 20 к.

Проф. Цунтцъ и Леви.

Физиологія человека.

Переводъ съ нѣмецкаго профессора В. Завьялова.

Въ 2-хъ томахъ по 3 руб.

Прив-доц. Л. Тарасевичъ.

Общая Патологія.

2-ое дополнен. изданіе

для врачей и студентовъ—ц. 3 руб.

Новое издание „Сотрудника“ 1910 г.

Проф. Эрнстъ Буммъ.

РУКОВОДСТВО
КЪ ИЗУЧЕНІЮ
АКУШЕРСТВА.

Съ 596—частью раскрашенными—рисунками.

Переводъ съ 6-го нѣмецк. изд. подъ редакціей

Проф. П. Садовскаго.

Цѣна 3 руб.

Книга большого формата, отпечатана на плотной бумагѣ. Клише исполнены въ Вѣнѣ.

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“.

ПЕТЕРБУРГЪ—КИЕВЪ.

Проф. Ф. Бидертъ.

= ДИТЯ =

Руководство по уходу за здоровымъ и больнымъ ребенкомъ со дня его рожденія до школьнаго возраста.

Съ предисл. проф. Д. Соколова.

Цѣна 2 руб.; въ переплетѣ—2 руб. 50 коп.

Проф. Ф. Бидертъ.

**Болѣзни дѣтей школьнаго возраста и
школьная гигиена.**

Съ предислов. профес. Д. Соколова.

Цѣна 1 руб.

РУКОВОДСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ.

Э. Лейденъ и Г. Клемпереръ.

РУКОВОДСТВО ПО

Діѣтетическому леченію.

ВЪ 2-хъ ЧАСТЯХЪ.

Цѣна за обѣ части 3 рубля.

Проф. Г. Клемпереръ.

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Пер. съ нѣмец. съ пред. проф. **В. Яновскаго.**

Ч. 1-я.—Болѣзни пищевапит. органовъ—ц. 2. 50 к.

Ч. 2-я.—Болѣзни мочевыхъ путей.—ц. 1 р. 50 к.

Проф. О. Шмидебергъ.

ОСНОВЫ ФАРМАКОЛОГИИ

Переводъ съ 5-го нѣмецк. издан. подъ ред.

Проф. Ю. П. Лауденбаха.

2-е дополнен. изд.—Ц. 2. р.

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“.
ПЕТЕРБУРГЪ—КІЕВЪ.

Д-ръ Д. ЭПШТЕЙНЪ.—Частная патологія и терапия. Съ 10 рис.—ц. 1 руб.

Проф. Ю. ШЕФФЪ—Зубныя болѣзни. Введеніе въ клинику. Съ 23 рис.—ц. 50 к.

Проф. А. ГОФФА—Уходъ за больными. Съ 11 рисунками въ текстѣ.—ц. 50 к.

Д-ръ М. КИРШТЕЙНЪ.—Дезинфекція. (Въ вопросахъ и отвѣтахъ).—ц. 30 к.

Д-ръ БОРОВСКІЙ.—Простѣйшіе способы для опредѣленія доброкачеств. пищевыхъ продуктовъ.—ц. 20 к.

Е. КОНЪ.—Правила и программы акуш., фельдш., самаритск., школь.—ц. 50 к.

Е. КОНЪ.—Правила и программы зубо-врачебныхъ школь.—ц. 40 к.

Проф. В. ЗАВЪЯЛОВЪ. — Физиологія чело-
вѣка. 2-е дополненное изданіе. Съ рисунок.—
ц. 1 р. 50 к.

Проф. А. ГУРВИЧЪ. — Анатомія чело-
вѣка (въ связи съ гистологіей и эмбриологіей)—
ц. 2 р.

Д-ръ мед. В. КАРПОВЪ. — Начальная ги-
стологія. 2-е дополненное изданіе.—Съ рисун-
ками.—ц. 1 р. 50 к.

Д-ръ С. АБРАМОВЪ. — Глазныя болѣзни.
Съ 95 рисунками въ текстѣ.—ц. 1 р. 25 к.

Д-ръ А. ГОВСЪЕВЪ. — Курсъ эпидеміо-
логіи.—ц. 80 к.

27 13602
Новыя изданія „Сотрудника“ 1910 г.

Проф. П. ТИХОВЪ.

Хирургія для фельдшеровъ.

Со многими рисунками.—ц. 1 р. 50 к.

Прив.-доц. Л. Тарасевичъ.

Начальный курсъ общей патологiи.

Со многими рисунками.—ц. 1 р. 50 к.

Д-ръ Г. НАВЯЖСКІЙ.—Акушерство.

Д-ръ Г. НАВЯЖСКІЙ.—Женскія болѣзни.

Краткія руководства съ рисунками—по 1 р. 50 к.

Выписывающіе изъ конторы изд. „СОТРУДНИКЪ“
(Кіевъ, Александровская, 27) за пересылку
не платятъ.

ПОДРОБНЫЙ каталогъ изданій „Сотрудника“
по медицинѣ и естествознанію высылается
бесплатно.