

М. С. МАЛИНОВСКИЙ

ОПЕРАТИВНОЕ  
АКУШЕРСТВО

акusher-lib.ru

Проф М. С. МАЛИНОВСКИЙ

---

---

# ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

РУКОВОДСТВО  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ  
И ВРАЧЕЙ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
Медгиз — 1955 — Москва

---

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая вниманию читателей книга по оперативному акушерству написана для студента-медика. Ее целевая установка—обучить студента-медика оперативному акушерству и руководить в дальнейшем работой начинающего врача-акушера. На большее автор не претендует. В связи с такой установкой и исходя из твердого убеждения, что врач только тогда имеет право приступить к выполнению акушерских операций, когда он хорошо изучил и сознательно усвоил механизм нормальных родов с его вариантами и механизм родов при узком тазе, в книге изложению акушерских операций предпосылается описание клиники родового процесса и основных данных по вопросу о механизме родов. Той же целевой установкой объясняются оправдываемые с методической стороны повторения и отступления, которые имеют место в тексте.

В книге рисунки, кроме некоторых оригинальных, заимствованы из лучших отечественных и отчасти зарубежных руководств и учебников по акушерству.

Автор стремился в своем труде отразить в меру своих возможностей успехи и достижения современного советского акушерства.

*Проф. М. С. МАЛИНОВСКИЙ*

---

---

ОБЩИЕ  
СВЕДЕНИЯ

---

\*

akusher-lib.ru

---

---

## РОДОВОЙ ПРОЦЕСС

### ВВЕДЕНИЕ

Для успешного выполнения любой акушерской операции необходимы: 1) определенные показания к операции, 2) соответствующие условия и обстановка для ее выполнения и 3) знание техники самой операции. Чтобы изучить показания, условия и технику акушерских операций, требуется основательное знакомство с нормальным родовым актом, со всеми вариантами его и в не меньшей степени с патологией родового процесса. Без такого знакомства нельзя приступить к выполнению той или иной акушерской операции. Поэтому мы, прежде чем перейти к изложению основ акушерских операций, остановимся на необходимых данных, касающихся родового процесса в целом, поскольку они имеют значение для оперативного акушерства.

### КОМПОНЕНТЫ РОДОВОГО АКТА

Родовым актом принято называть сложный физиологический процесс, при котором происходит выталкивание плода со всеми его добавочными эмбриональными образованиями (плацента, оболочки, воды) через естественные родовые пути (родовой канал). Такой процесс в норме обусловлен действием изгоняющих сил (родовые силы). Родовой акт можно рассматривать как взаимодействие трех компонентов: 1) изгоняющих сил, 2) родового канала и 3) объекта родов, т. е. плода, с его эмбриональными добавочными образованиями.

Родовые силы должны преодолеть встречаемые ими противодействие и сопротивление, которые в свою очередь обуславливаются отношением изгоняемого объекта (плода) к тем родовым путям, через которые он должен пройти.

Необходимо хотя бы вкратце познакомиться с только что упомянутыми тремя факторами. Начнем с изучения родового канала, состоящего из костных и мягких частей.

### РОДОВОЙ КАНАЛ

#### Костный таз

Костный таз состоит из двух частей: большого и малого таза. Их разделяет так называемая пограничная линия (*linea terminalis s. innominata*).

Большой костный таз особого значения в акушерстве не имеет; он, если так можно выразиться, играет роль «акушерского зеркала»

малого таза. Последний представляет собой практически неподатливое сплошное кольцо, через которое должен пройти плод во время родов. Размеры этого костного кольца должны быть хорошо изучены и измерены до родов. Между тем малый таз мало доступен непосредственному измерению. Практически приходится довольствоваться измерением наружных размеров большого таза, а также диагональной конъюгаты (см. ниже) и уже по ним судить, конечно, приблизительно, о размерах и емкости малого таза.

Малый костный таз в противоположность большому играет в акушерстве исключительно важную роль. Он имеет форму усеченного конуса, обращенного основанием вверх. Заднюю стенку таза образуют крестцовая кость и копчик; передняя стенка состоит из лонных костей и симфиза, а обе боковые—из седалищных костей. В целом малый таз имеет короткую переднюю стенку и длинную заднюю. В нижнем отделе костный

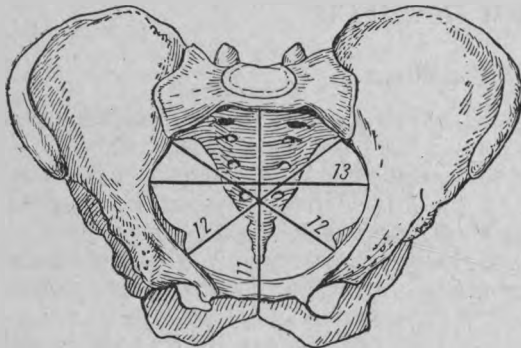


Рис. 1. Нормальный женский таз. Вид сверху. Линиями обозначены размеры входа в таз.

таз замкнут только частично с помощью двух пар связок—*ligamenta sacrospinosa* и *sacro-tuberosa*. В виде сплошного костного кольца малый таз тянется от *linea terminalis* книзу только приблизительно на 2 см. В нижней части стенки таза уже не сплошные, имеют четыре отверстия: два так называемых запирательных отверстия (*foramina obturatoria*) и две седалищные вырезки (*incisurae ischiadae*), которые благодаря упомянутым выше двум парным связкам (*ligamenta sacro-spinosa* и *sacro-tuberosa*) превращаются в замкнутые отверстия.

Верхнее отверстие малого таза называется в х о д о м в т а з, нижнее—в ы х о д о м т а з а, пространство между входом и выходом—п о л о с т ь ю т а з а. Классическое акушерство различает в этой полости два отдела: ш и р о к у ю и у з к у ю ч а с т ь е е. Таким образом, в малом тазу четыре плоскости: плоскость входа, плоскость выхода, плоскость широкой и плоскость узкой части полости таза.

Плоскость входа в таз ограничена спереди симфизом и верхним краем лонных костей, по бокам—*linea terminalis* s. *innominata*, сзади—мысом и боковыми отростками (крыльями) крестцовой кости. Через пункты, ограничивающие вход в таз, математической плоскости, конечно, провести нельзя, так как мыс и верхний край симфиза лежат в одной плоскости и выше, а обе терминальные линии—в другой плоскости и ниже. Говоря о входе в таз, мы, таким образом, имеем в виду не математическую, а воображаемую плоскость, которая проходит через мыс, верхний край симфиза и через обе терминальные линии. Форма входа в таз напоминает продольный разрез почки, т. е. фигура входа в таз представляет собой поперечно вытянутый овал с выемкой на одной стороне, соответственно промонторию (рис. 1).

Зельгейм устанавливает еще особую полость входа (преддверие таза, *vestibulum pelvis*), расположенную между двумя плоскостями: верхней—плоскостью входа (проходит через мыс и оба лонных бугорка) и нижней—герминальной плоскостью (проходит параллельно первой через середину терминальной линии). Большого практического значения нововведение Зельгейма не имеет.

Акушеру необходимо точно знать следующие размеры плоскости входа в таз: прямой, поперечный и два косых.

1. Прямой размер—расстояние от середины промонтория (промонторий—соединение V поясничного позвонка с I крестцовым) до пункта, который выступает сильнее всего на внутренней стороне лонного сочленения. Размер этот называется «прямым размером акушеров» в отличие от «прямого размера анатомов», который представляет собой расстояние от мыса до верхнего края лонного сочленения. «Прямой размер акушеров» меньше «прямого размера анатомов». Это истинная конъюгата (*conjugata vera*), которая в нормальном тазу равняется 11 см.

2. Поперечный размер—расстояние между двумя наиболее удаленными пунктами обеих терминальных линий. Размер этот равен 13 см.



Рис. 2. Мнемотехнический прием для определения косых размеров таза при горизонтальном положении женщины. Левый косой размер, в котором стоит головка, совпадает с плоскостью левой руки.

3. Косые размеры—расстояние от крестцово-подвздошного сочленения (*articulatio sacro-iliaca*) каждой стороны до синхондроза между подвздошной и лонной костью противоположной стороны (*eminentio ileo-pectinea s. tuberculum ileo-pubicum*). Величина косого размера 12 см. Различают два косых размера: правый и левый. П р а в ы й (его еще называют первым) размером называют расстояние между правым крестцово-подвздошным сочленением и левым подвздошно-лонным бугорком. Л е в ы й (или второй) размер идет обратно, от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку. Направление и название косых размеров на скелетированном тазу запомнить довольно легко. Труднее, но, несомненно, важнее, как мы увидим, быстро ориентироваться в направлении косых размеров таза у роженицы, когда она лежит горизонтально. Как название, так и направление косых размеров начинающие изучать акушерство часто путают. Чтобы избежать путаницы, мы предлагаем такой прием. Надо сложить под прямым углом кисти обеих рук ладонями вверх, приблизив концы пальцев к выходу таза лежащей женщины. Направление, точнее плоскость левой руки, при этом будет совпадать с левым косым размером всех плоскостей таза, а плоскость правой руки—с правым косым (рис. 2).

Помимо истинной конъюгаты, в акушерстве при измерении таза большое значение имеет так называемая д и а г о н а л ь н а я к о н ь ю г а т а (*conjugata diagonalis*)—кратчайшее расстояние между

нижним краем лонного соединения и серединой промотория. В норме размер диагональной конъюгаты 13 см.

Таким образом, вход в малый таз, как это видно из описания размеров, представляет собой овал (форму эллипсиса), вытянутый больше в поперечном размере.

Выход таза образуется спереди лонной дугой (*arcus pubis*), по бокам—седалищными буграми (*tubera ischii*), сбоку и сзади—*lig. sacrotuberosa*, а прямо сзади—копчиком. Тазовый выход также не является математической плоскостью. О плоскости выхода говорить вообще неправильно, так как выход таза представляет собой по существу две плоскости приблизительно треугольной формы с общим основанием в виде мысленно проведенной линии, которая соединяет оба седалищных бугра (*tubera ischii*). Следует помнить,

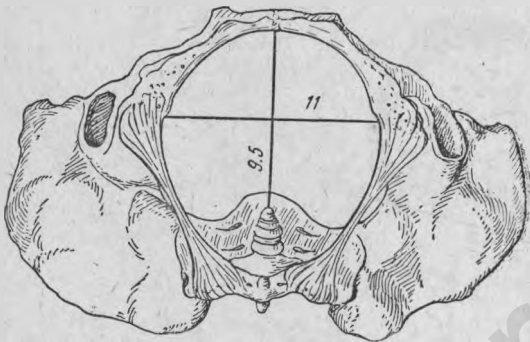


Рис. 3. Нормальный женский таз. Вид снизу. Размеры выхода.

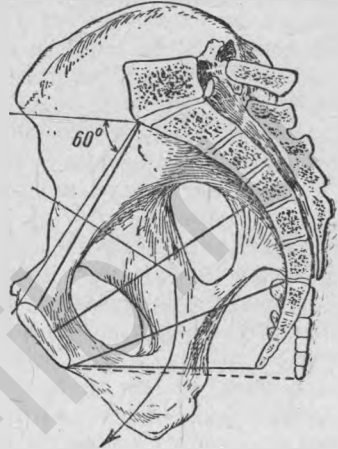


Рис. 4. Сагиттальный разрез нормального женского таза. Прямые размеры и ось таза.

что верхушка копчика при вертикальном положении женщины находится несколько выше нижнего края лонного сочленения (рис. 3).

Акушер должен знать следующие размеры выхода таза.

1. П р я м о й размер выхода—от свободного конца копчика до нижнего края лонного соединения. Обычно (у нерожавшей женщины) этот размер равен 9,5 см, но во время родов при прохождении головки через выход таза копчик отходит несколько назад, разогнувшись в суставе (*articulatio sacrococcygea*), в силу чего прямой размер выхода увеличивается на 2 см (11,5 см).

2. П о п е р е ч н и к в ы х о д а—расстояние между *tubera ossis ischii*; он равен 11 см.

Косых размеров в выходе таза не имеется.

Полость малого таза—это пространство между плоскостью входа в малый таз и плоскостью выхода. Сзади полость ограничена крестцовой костью, спереди—лонными костями, по бокам—седалищными остями (*spinae ischii*), снизу замыкается копчиковой костью и тазовым дном.

В. С. Груздев делил полость малого таза на два отдела: верхний, лежащий выше плоскости, проведенной через нижний край симфиза, и нижний, лежащий между этой плоскостью и плоскостью выхода.

В полости малого таза различают широкую и узкую части ее.

Плоскость широкой части полости таза (середина таза) образуется спереди серединой лонного соединения, по бокам—самыми высокими точками вертлужных впадин, а сзади—срединой тела III крестцового позвонка.

Широкая часть полости таза имеет следующие размеры.



1. **П р я м о й**—от середины тела III крестцового позвонка до середины лонного соединения; равен 12,5 см.

2. **П о п е р е ч н ы й**—между средними точками вертлужных впадин; равен 13,5 см.

Косых размеров в их цифровом выражении в широкой части таза, собственно говоря, не существует, так как здесь, как уже указывалось, таз не образует сплошного костного кольца.

Этот отдел широкой части полости таза, заключенный как бы в сплошное костное кольцо, имеет приблизительно круглую форму.

Плоскость узкой части полости таза образуется спереди нижним краем симфиза (вершина лонной дуги), сзади—articulatio sacrococcygea (верхушка крестца), по бокам—остями седалищной кости (spinae ossis ischii). Ее размеры таковы.

1. **П р я м о й** размер—расстояние между articulatio sacro-coccygea и вершиной лонной дуги; равен 11 см.

2. **П о п е р е ч н ы й** размер—расстояние между spinae ossis ischii, представляет собой самую узкую часть всего таза вообще. Особенно сильно выступают эти седалищные ости в рахитическом тазу. Linea interspinalis в норме равна 10,5 см.

Косых размеров в собственном смысле слова в узкой части полости таза не имеется.

Таким образом, выход, как и вход таза, тоже овальной формы, только с большей передне-задней осью (при отогнутом кзади копчике).

В табл. 1 даны размеры различных отделов малого таза в сводном виде.

Таблица 1

| Плоскости таза                  | Размеры (в см) |            |       |
|---------------------------------|----------------|------------|-------|
|                                 | прямой         | поперечный | косой |
| Вход в таз . . . . .            | 11             | 13         | 12    |
| Широкая часть полости . . . . . | 12,5           | 13,5       | —     |
| Узкая » » . . . . .             | 11             | 10,5       | —     |
| Выход таза . . . . .            | 9,5—11,5       | 11         | —     |

**П р о в о д н а я л и н и я т а з а .** Если соединить между собой центры прямых размеров всех четырех плоскостей таза, то получается вогнутая кпереди линия, которая называется проводной осью, или линией таза (рис. 4). **П р о в о д н а я о с ь т а з а** сначала идет в виде прямой линии, пока не достигнет плоскости, пересекающей нижний край симфиза (так называемой главной, см. ниже). Отсюда она начинает изгибаться, пересекая под прямым углом последовательный ряд плоскостей, которые идут от нижнего края симфиза к крестцу и копчику. Если из центра входа в таз эту линию продолжить кверху, то она пересечет брюшную стенку в области пупка; если же ее продолжить книзу, то она пройдет через нижний конец копчика. Что касается оси в ы х о д а таза, то, будучи продолжена вверх, она пересечет верхнюю часть первого крестцового позвонка (рис. 5).

Таким образом, малый таз представляется как бы в виде канала, определенно изогнутого в направлении кпереди. Но это только кажется. В действительности, как показали исследования, костный таз не изогнут кпереди. Головка плода при прохождении через родовой канал прорезывает своей окружностью ряд параллельных плоскостей, пока не достигнет своей проводной точкой дна таза. Эти плоскости, через которые проходит головка,

Годже назвал параллельными плоскостями. При исследовании женщины они легко определяются по хорошо опознаваемым анатомическим пунктам. Из параллельных плоскостей наиболее важны следующие четыре, которые отстоят друг от друга почти на равном расстоянии (3—4 см).

Первая (верхняя) плоскость проходит через терминальную линию (*linea terminalis s. innominata*) и называется поэтому терминальной плоскостью.

Вторая плоскость, параллельная первой, пересекает симфиз у нижнего его края,—нижне-лонная параллельная плоскость.

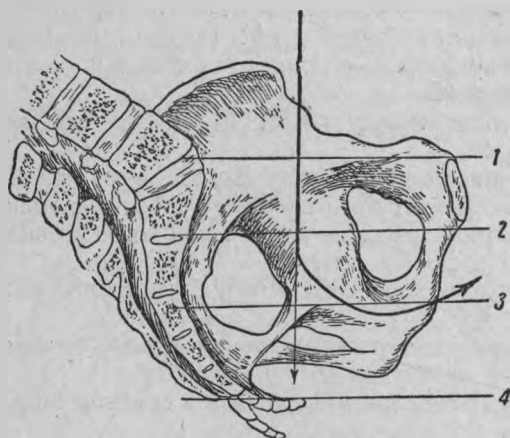


Рис. 5. Нормальный женский таз. Параллельные плоскости по Годжи. Ось таза, продолженная из центра входа в таз кверху и книзу.

1—терминальная плоскость; 2—главная (нижне-лонная) плоскость; 3—спинальная плоскость; 4—выходная плоскость.

Ее называют также главной плоскостью, потому что головка, пройдя эту плоскость, обычно уже не встречает препятствий на своем дальнейшем пути, так как она миновала сплошное костное кольцо.

Третья плоскость, параллельная первой и второй, пересекает таз в области *spinae ossis ischii*,—это спинальная плоскость.

Наконец, четвертая плоскость, параллельная третьей, представляет собой дно малого таза, его диафрагму (*diaphragma pelvis*) и почти совпадает с направлением копчика. Эту плоскость принято называть выходной плоскостью.

Головка идет в тазу от входа до его дна почти по перпендикулярной линии, которая пересекает все четыре параллельные плоскости. Когда проводная точка головки опустится до выходной плоскости, головка здесь (по причинам, которые будут указаны ниже) поворачивается кпереди, к выходу таза. Таким образом, ось таза представляет собой линию в виде изогнутой дуги, соединяющую середину всех прямых размеров, вернее, по выражению А. П. Губарева,—рыболовный крючок: в верхних отделах таза направление полового канала (ось таза) идет по прямой линии сверху вниз, делая на дне таза, примерно на уровне спинальной плоскости, крутой поворот кпереди (к олену родового канала).

**Соединение костей таза.** Тазовые кости (устарелое название—безымянные), крестец и копчик соединены между собой следующими прочными сочленениями.

1. **Лонное сочленение (симфиз)**—сращение лобковых костей посредством волокнисто-хрящевого слоя с образованием в центре узкой суставной полости. Лонное сочленение укреплено мощными, крепкими связками. Симфиз как полусустав (*hemiarthrosis*) обладает крайне ограниченным кругом движений. Только во время беременности в связи с отеком пропитыванием и разрыхлением тканей возможны небольшие движения суставных концов лонных костей вверх и вниз, наподобие клавишей рояля, особенно у молодых повторнородящих. Такая подвижность имеет некоторое значение при оперативных вмешательствах. В некоторых случаях более сильная подвижность в лонном соединении вызывает во время беременности некоторую боль и неловкость при ходьбе и стоянии.

2. Крестцово-подвздошное сочленение (*articulatio sacroiliaca*)—соединение крестцовой кости с обеими подвздошными. Таким образом, сочленение парное, построенное по тому же типу, что и симфиз; причем тоже обладает прочными связками. Сустав—типичный амфиартроз, активная подвижность его равна нулю, пассивная минимальна (Крукенберг)—возможны лишь легкие скользящие движения.

3. Крестцово-копчиковое сочленение (*symphysis sacrococcygea*)—соединение между дистальной поверхностью V крестцового позвонка и проксимальной поверхностью копчика. Сочленение подкреплено с боков, а также спереди и сзади вспомогательными связками. Оно настолько подвижно, что копчиковая кость может свободно отгибаться кзади, что в действительности и происходит во время родов. Размягчение суставного хряща во время беременности увеличивает подвижность сочленения. С возрастом (после 35—40 лет) у женщин вследствие окостенения хряща подвижность сочленения уменьшается; в силу этого во время родов при резком отклонении копчика кзади может произойти его вывих и даже перелом последнего.

### Мягкие ткани малого таза (тазовое дно)

Мягкие части малого таза расположены так, что, выстилая канал, они почти не уменьшают его размеров. Выравнивая неровности внутренней поверхности таза, тазовые мышцы создают наилучшие условия для поступательного движения головки при родах. Вход в таз по обеим сторонам только отчасти прикрывается краями поясничных мышц (*mm. psoates*). В таком тангенциальном (по касательной) расположении поясничной мышцы во входе в таз некоторые видят момент, благоприятствующий повороту головки затылком вперед (см. ниже). Боковые стенки малого таза как бы выстланы запирательными (*mm. obturatores*) и грушевидными мышцами (*mm. pyriformes*). На них лежат сосуды и нервы. Крестцовая впадина прикрыта прямой кишкой. Позади задней поверхности лонного соединения расположен мочевой пузырь, окруженный рыхлой клетчаткой. Выход таза закрыт мышечно-фасциальной пластинкой, в состав которой входят следующие анатомические образования: *m. levator ani*, или диафрагма таза, закрывающая заднюю половину ромбовидного выхода таза; впереди *levator ani* образует *hiatus uro-genitalis* (мочеполовая щель), вилкообразно охватывая вагину и уретру. Обходя прямую кишку сзади и соединяясь с пучками противоположной стороны, *levator ani* образует здесь пластинку, которая охватывает прямую кишку, интимно вплетаясь в ее стенку (*levator ani*—мышца, поднимающая задний проход). В передней половине выхода таза, ниже ножек леватора, лежит так называемая мочеполовая диафрагма (*diaphragma uro-genitale*), а еще ниже—один за другим два сфинктера: *m. bulbo-cavernosus s. constrictor cunni* (запирающая мышца влагалища) и *m. sphincter ani externus*. Все три слоя мышц, считая сверху вниз: *levator ani*, *diaphragma uro-genitale* и *m. bulbo-cavernosus*, или *constrictor cunni*, покрыты сверху и снизу соответствующими фасциями. Мы считаем, что для уяснения механизма родового акта очень важно знать строение мышечного тазового дна, и поэтому остановимся на нем несколько подробнее. Итак, мышечное дно таза состоит из трех этажей: нижнего, среднего и верхнего.

Н и ж н и й э т а ж (наружный слой мышц) составляют три мышцы: *constrictor cunni*, *sphincter ani externus* и парный *m. transversus perinei superficialis*, слабо развитый, часто отсутствующий у женщин. Форма расположения этих мышц напоминает восьмерку, подвешенную за *m. transversus perinei superficialis* к костям таза (рис. 6). Такое построение сообщает описываемому анатомическому образованию большую прочность.

В состав нижнего этажа мышечного дна таза, помимо перечисленных мышц, входит парный *m. ischio-cavernosus*, который идет от седалищного бугра и прикрепляется к белковинной (фиброзной) оболочке клитора (рис. 7).

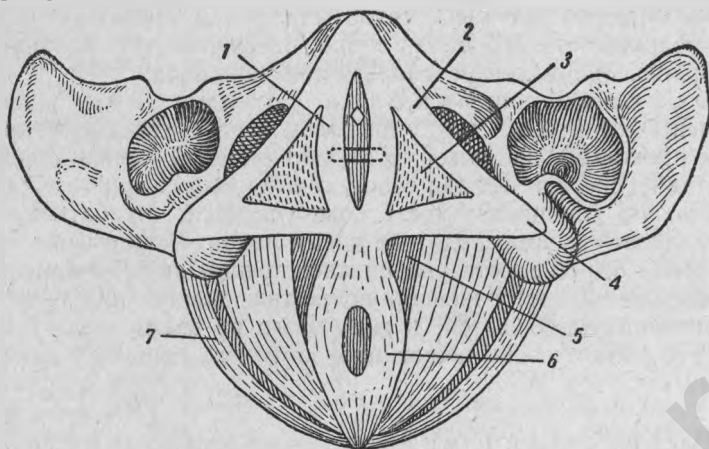


Рис. 6. Мышечное дно таза. Вид снизу. Схема.

1—*m. bulbo-cavernosus s. constrictor cunni*; 2—*m. ischio-cavernosus*; 3—*m. transversus perinei profundus (diaphragma uro-genitale)*; 4—*m. transversus perinei superficialis*; 5—*m. levator ani*; 6—*m. sphincter ani*; 7—*m. gluteus*.

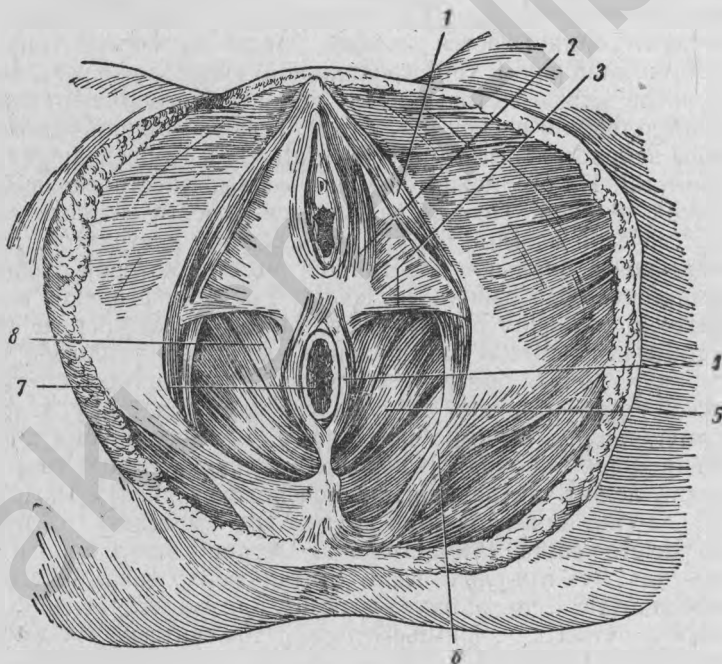


Рис. 7. Мышцы тазового дна. Вид снизу.

1—*m. ischio-cavernosus*; 2—*m. bulbo-cavernosus*; 3—*m. transversus perinei superficialis*; 4—*m. sphincter ani externus*; 5 и 8—*m. levator ani*; 6—*lig. sacrotuberosum*; 7—*m. sphincter ani internus*.

Средний этаж состоит из мышечно-фасциальной пластинки, она натянута между краями лонной дуги и пропускает через себя спереди мочеиспускательный канал, а сзади—влагалище. Эта мышечная пластинка носит разные названия: *diaphragma uro-genitale*, *trigonum uro-genitale*, *m. trans-*

versus perinei profundus) и т. д. Наиболее приняты первые два. Мочеполовая диафрагма состоит из двух мышц: 1) глубокой поперечной мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*), натянутой в лонном треугольнике, слабо развитой и местами почти совсем отсутствующей, 2) *m. sphincter urethro-vaginalis* представляет собой мышечные пучки, окружающие с одной стороны уретру (образует здесь так называемый наружный сфинктер уретры, *m. compressor urethrae*, или мышцу Вильсона), а с другой—просвет входа во влагалище (здесь мышечные волокна только подходят к стенкам влагалища, не вплетаясь в них).

Верхний, или внутренний, этаж—это *m. levator ani*, *s. diaphragma pelvis*, двумя ножками охватывающий с обеих сторон влагалище и уретру (*hiatus uro-genitalis*), а сзади (*hiatus rectalis*, пластинка *m. levatoris*) интимно срастающийся со стенкой прямой кишки.

Как уже указывалось, мышцы тазового дна покрыты фасциями, причем самые этажи или слои мышц покрывают друг друга черепицеобразно, как это видно на схеме (рис. 8).

Такое черепицеобразное расположение является важным моментом в физиологии мышечного дна таза. Направление всех трех мышечных этажей—от конца копчика к костной рамке выхода таза, т. е. к лонной дуге и к буграм седалищной кости. На схеме можно видеть, что все три этажа, расширяясь, образуют одну удлиненную трубку, состоящую из отдельных мышечных трубок, которые переходят одна в другую, точнее, соприкасаются лишь своими краями (второй этаж образует удлинение первого, а третий—удлинение второго).

Вследствие такого удлинения трубка вместо прежнего почти прямолинейного направления от симфиза к верхушке копчика принимает косое направление, изгибаясь кзади в виде дуги. Кроме того, нижний край ее, т. е. вульварный конец, тоже удлиняется, изгибаясь кпереди (кверху). Вот почему проводная линия таза имеет упомянутую выше причудливую форму. В костной рамке малого таза проводная линия идет прямо, а в удлиненной и изогнутой мышечной трубке тазового дна—по дуге. Проводная линия таза представляет собой не дугу, а параболу<sup>1</sup>.

Следовательно, расположение мышц тазового дна таково, что они без ущерба могут растянуться, чтобы пропустить плод, а затем вновь сократиться, лечь черепицеобразно и тем самым восстановить нарушенное состояние. В силу этого инволюция (обратное развитие) тазового дна после родов в большинстве случаев проходит очень гладко.

#### РОДОВОЙ ОБЪЕКТ

Роды происходят так: сначала сглаживается и расширяется шейка, отходят воды, затем изгоняется плод, а под конец выделяется плацента с оболочками. Самым трудным моментом, с биомеханической точки зрения, является изгнание плода как наиболее объемистого объекта родового процесса. Плод весит в среднем 3 кг, длина его 50 см, диаметр головки 12 см, поперечник плечевого пояса 12 см, ширина между бедрами 10 см.

Особого изучения требует головка новорожденного ребенка. Она пред-

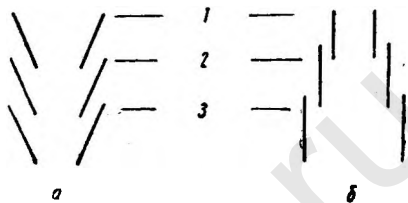


Рис. 8. Черепицеобразное расположение мышц тазового дна.

*a* — до раскрытия; *б* — при раскрытии; 1—*m. levator ani*; 2—*m. transversus perinei profundus*; 3—*m. constrictor cuni*.

<sup>1</sup> Параболой, например, является кривая линия, по которой летит пуля из ружья.

ставляет собой овоид, широким полюсом которого является череп (в области теменных бугров), а узким—подбородок. По С. Д. Михнову, головка в продольном сечении напоминает форму почки, что имеет существенное значение для объяснения механизма так называемого внутреннего поворота головки (см. механизм родов). Головка, как мы знаем, состоит из двух неравных частей: черепа и личика. На черепе новорожденного ребенка отдельные кости соединены ш в а м и и р о д н и ч к а м и. Кроме того, кости черепа у новорожденного обладают известной эластичностью. Швы и роднички при давлении извне дают возможность костям черепа смещаться и заходить друг за друга. Благодаря эластичности черепные кости у новорожденного легко гнутся. Эти два обстоятельства обуславливают особую п л а с т и ч н о с т ь головки, т. е. способность ее сжиматься в одном на-

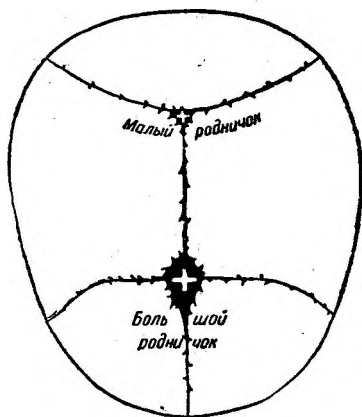


Рис. 9. Череп новорожденного. Вид сверху. Обозначены роднички.

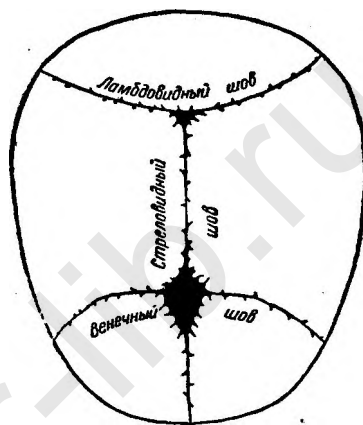


Рис. 10. Череп новорожденного. Вид сверху. Обозначены швы.

правлении и увеличиваться в другом. Пластичность головки играет чрезвычайно важную роль при известных пространственных затруднениях в малом тазу. Швы и роднички также очень важны для уточнения положения головки в малом тазу (рис. 9 и 10).

Практическое значение при родах имеют следующие швы.

**Л о б н ы й ш о в** (*sutura frontalis*), разделяющий в сагиттальном направлении обе лобные кости: один конец его находится у переднего угла большого родничка, другой—у корня носа.

**В е н е ч н ы й ш о в** (*sutura coronalis*), отделяющий на каждой стороне черепа лобную кость от теменной; шов идет во фронтальном направлении.

**С т р е л о в и д н ы й ш о в** (*sutura sagittalis*); он отделяет друг от друга теменные кости.

**Л а м б д о в и д н ы й ш о в** (*sutura lambdoidea* в виде греческой буквы λ); проходит между обеими теменными костями с одной стороны и затылочной костью—с другой.

Из родничков наиболее важны в акушерском отношении два—б о л ь ш о й и м а л ы й.

**Б о л ь ш о й р о д н и ч о к** имеет форму ромба и лежит в центре между четырьмя костями—двумя лобными и двумя теменными. В этом родничке сходятся четыре шва: спереди—лобный, сзади—стреловидный, а по сторонам—обе ветви венечного шва.

**М а л ы й р о д н и ч о к** представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся три шва: спереди—стреловидный, по сторонам—обе ножки ламбдовидного.

Для понимания механизма родов необходимо знать следующие наиболее важные размеры головки (рис. 11).

1. Большой кривой размер (*diameter mento-occipitalis, s. obliqua major*)—от подбородка до самого отдаленного пункта на затылке; равен 13,5 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру (*circumferentia mento-occipitalis*), равняется 35 см.

2. Малый кривой размер (*diameter suboccipito-bregmatica, s. obliqua minor*)—от подзатылочной ямки до переднего угла большого род-

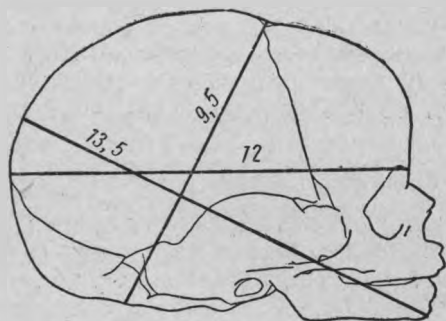


Рис. 11. Череп новорожденного. Вид сбоку. Размеры черепа.



Рис. 12. Головка новорожденного. Средний кривой размер.

ничка; равен 9,5 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру (*circumferentia suboccipito-bregmatica*), равняется 32 см.

3. Средний кривой размер (*diameter suboccipito-frontalis, s. obliqua media*)—от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;

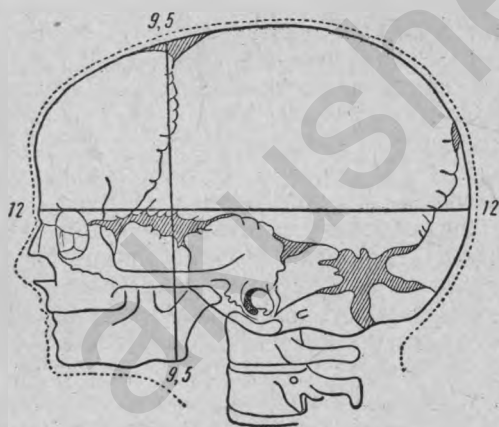


Рис. 13. Череп новорожденного. Прямой и вертикальный размеры.

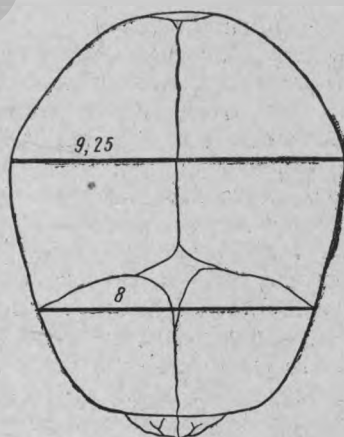


Рис. 14. Череп новорожденного. Вид сверху.

равен 9,5—10,5 см (рис. 12). Окружность головки, соответствующая этому размеру (*circumferentia suboccipito-frontalis*), равняется 33 см.

4. Прямой размер (*diameter fronto-occipitalis, s. recta*)—от переносья до затылочного бугра; равен 12 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру (*circumferentia fronto-occipitalis*), равняется 34 см.

5. Отвесный, или вертикальный, размер (*diameter verticalis, s. trachelo-bregmatica*)—от верхушки (макушки) темени до подъязыч-

ной области; равен 9,5 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру (*circumferentia trachelo-bregmatica*), равняется 33 см (рис. 13).

6. Большой поперечный размер (*diameter biparietalis, s. transversa major*)—наибольшее расстояние между теменными буграми; равен 9,25 см.

7. Малый поперечный размер (*diameter biparietalis, s. transversa minor*)—расстояние между наиболее удаленными друг от друга точками венечного шва; равен 8 см (рис. 14).

В норме (74,4%) большой поперечный размер меньше малого косоого, в силу чего *circumferentia suboccipito-bregmatica* имеет продолговато-овальную форму. Примерно в 30% оба размера—большой поперечный и малый косоый—одинаковы (затылочно-теменная плоскость круглой формы) и очень редко (2,7%) большой поперечный больше малого косоого, благодаря чему *circumferentia suboccipito-bregmatica* приобретает поперечно-овальную форму. Эти особенности головки играют роль в происхождении аномалий ее вставления (см. ниже, стр. 71).

### РОДОВЫЕ ИЗГОНЯЮЩИЕ СИЛЫ

Родовые силы составляют сумму или равнодействующую ряда сил, которые в разные периоды родового акта комбинируются различным образом. Из изгоняющих сил наиболее важны схватки, а затем потуги. Некоторые приписывают известную роль в родовом процессе также сокращениям влагалищной мускулатуры и собственной тяжести плода.

**Схватки.** Схватки исходят из матки, будучи сокращениями ее мускулатуры. Они обычно сопровождаются болями, в силу чего раньше их называли родовыми болями.

Матка состоит из густо сплетенных гладких мышечных волокон, которые к концу беременности сильно гипертрофируются.

Строение маточной мускулатуры и по настоящий день недостаточно изучено.

В основном мускулатура матки, по В. С. Груздеву и Верту, состоит из трех слоев: поверхностного продольного (подбрюшинный), среднего циркулярного (сосудистый) и внутреннего продольного (подслизистый). В наружный слой мускулатуры матки проникают также мышечные пучки труб и мышечные волокна связочного аппарата (из *ligg. rotunda, s. teres, ligg. ovarii propria, ligg. sacro-uterina*). В шейке около наружного и внутреннего зева, а также в области расположения маточных отверстий труб мышечные волокна, располагаясь циркулярно, образуют подобие кругового сфинктера. Между тремя слоями мускулатуры матки имеются анатомические переходы, физиологически же все три слоя работают синхронично (одновременно). В силу того, что мышечные волокна идут по самым разнообразным направлениям, вся матка при сокращении не может обратиться в мешок, как это было бы, если бы мышечные волокна шли в одном направлении. Благодаря тому же интимному сплетению всех слоев матка при сокращении становится твердой: сокращения в одном слое, в силу его интимной связи с другими слоями, быстро передаются последним; в результате все слои матки сокращаются как единая мышца.

В функциональном отношении матка резко дифференцируется на две части: на полую мышцу (тело матки), которая является мотором родового акта, и на растяжимую проходную родовую трубку, образующуюся из нижнего сегмента матки (перешейка) и ее шейки.

Полая мышца имеет три парных прикрепления к стенкам таза (*ligg. rotunda, lata, sacro-uterina*), причем эти прикрепления исходят из различных мест, и еще одно «круговое сухожилие»—шейку матки.



Растяжимая проходная трубка вместе с влагалищем образует так называемый проходной родовой канал.

Приведенное описание архитектоники мышц матки основано на изысканиях В. С. Груздева и Верта. Наши знания о строении мускулатуры матки значительно углублены и расширены в результате специальных работ, из которых наиболее важны исследования Н. З. Иванова и Гёртлера. Особенно ценные данные об архитектонике миометрия женщины в последнее время представил Н. П. Лебедев (1952).

Существенную роль и своеобразную динамику во время беременности и особенно во время родов приписывают тому отделу матки, который издавна известен под названием **нижнего сегмента**.

Вопрос о нижнем сегменте имеет длинную историю. Ему посвящена обширная литература.

Впервые научное обоснование вопроса дали Бандль и К. Шредер.

По К. Шредеру, нижним сегментом матки следует называть небольшой участок, который находится выше внутреннего зева. Верхней границей этого участка Шредер считал границу плотного прикрепления брюшины к передней стенке матки.

Бандль в противоположность Шредеру утверждал, что нижнего сегмента у небеременной женщины не существует и что он образуется только во время родов; другими словами, нижний сегмент матки—это не самостоятельная анатомическая часть, а только физиологическое понятие. Нижним сегментом Бандль считал шейку матки с ее границей, соответствующей внутреннему зеву.

В последнее время Б. С. Тарло, П. В. Занченко, Ашоф и другие авторы установили новое понятие нижнего сегмента, которое сблизило крайние точки зрения.

Ашоф ввел новый анатомический термин «**перешеек матки**» (*isthmus uteri*). Перешеек—это самостоятельная анатомическая часть матки, самое узкое место ее полости. По старой терминологии перешеек соответствует внутреннему зеву. Перешеек следует рассматривать как канал длиной 1 см с двумя отверстиями (*orificium isthmi externum et internum*). Макроскопически *isthmus* принадлежит шейке матки: в нем наиболее развит продольный слой мускулатуры; как и в шейке, здесь больше соединительной ткани, эластических волокон и т. д. Верхнюю границу перешейка, опознаваемую на основании его анатомической структуры, принято называть *os internum anatomicum*.

Гистологически перешеек построен иначе, чем шейка. В микроскопическом отношении его слизистая ближе к эндометрию (прямые неветвящиеся железы, низкие клетки, ядра, лежащие в центре клетки, и пр.). Место перехода слизистой тела в слизистую шейки, устанавливаемое с помощью микроскопа, теперь называют *os internum histologicum*. Вот этот-то переходный отдел матки между *os internum anatomicum*, resp. *orificium isthmi internum*, и *os internum histologicum*, resp. *orificium isthmi externum*, в настоящее время и считают нижним сегментом матки.

Перешеек составляет неотъемлемую самостоятельную анатомическую часть как беременной, так и небеременной матки. Его слизистая принимает участие, правда, слабое (рудиментарное) в изменениях менструального цикла. В противоположность слизистой шейки слизистая перешейка кровоточит во время менструации. Во время беременности она вместе со слизистой тела матки осуществляет децидуальную реакцию (также неполноценную). Начиная с III месяца беременности, происходит разрывание перешейка, причем *isthmus uteri* постепенно (окончательно на IV—V месяце беременности) становится нижним отделом плодовместилища. В функциональном отношении перешеек во время родов близок к шейке, постепенно растягиваясь, как и она, под действием родовых сил. Во время родов в области перешейка матки образуется так называемое **пограничное кольцо** (см. ниже). При патологических условиях в перешейке развивается *placenta praevia* («*isthmus-placenta*»), здесь происходят разрывы матки и т. д.

В шейке, как и в теле, матки имеется продольный и круговой слой мускулатуры; более выражен слой продольных волокон (Груздев).

Работу маточной мускулатуры, т. е. схватки, надо представлять себе следующим образом.

Во время периода раскрытия при сокращениях матки (схватках) возникает физическое явление, известное под названием **ретракции**. Сущность его заключается в следующем.

При каждом сокращении полой мышцы (матка, мочевого пузыря) происходит изменение и взаимное перемещение мышечных волокон активной муску-

латуры; в результате этого волокна, лежавшие до сокращения одно за другим по длине, после сокращения ложатся параллельно; волокна, поднимаясь выше, вдвигаются в слой других волокон. После того как отдельное сокращение полой мышцы закончилось, сместившиеся при сокращении мышечные волокна сохраняют вновь занятое положение. Такое взаимное перемещение мышечных волокон при их сокращении и называется ретракцией (retractio—стягивание, оттягивание с укорочением). Ближайшая схватка ведет к новому, более

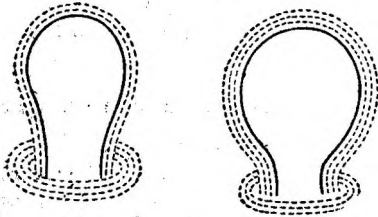


Рис. 15. Процесс ретракции полой мышцы матки и дистракция шейки (схема).

сильному взаимосмещению мышечных волокон. Таким образом, с усилением родовой деятельности усиливается ретракция мускулатуры матки. Мышечные волокна, смещаясь и переплетаясь, становятся толще и короче. Ретракция маточной мускулатуры при родах имеет свои границы, которые ей ставят «маточные якоря»—шесть мышечных прикреплений полой мышцы (тела матки) к стенкам таза (круглые, широкие, крестцово-маточные связки). «Якорное стояние» матки совпадает

с моментом полного открытия маточного зева.

С ретракционной перегруппировкой мышечных волокон матки тесно связан (идёт параллельно ему) другой процесс—дистракция шейки матки: эксцентрическое растяжение круговой мускулатуры шейки, возникающее вследствие вытяжения и противовытяжения. Когда начинается работа матки (сокращения мышечных волокон), ретрагирующиеся продольные

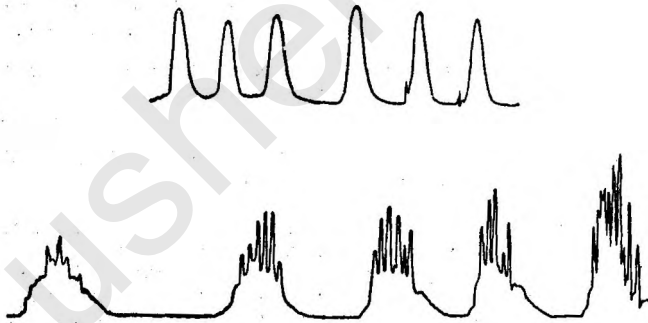


Рис. 16. Кривые физиологических сокращений матки (схватки) и сокращений брюшного пресса (потуги).

Верхняя кривая—схватки; нижняя кривая—потуги.

мышечные волокна полой мышцы, сокращаясь и стягиваясь, тянут за круговые волокна шейки (вытяжение), в то время как циркулярные мышечные волокна шейки оказывают им сопротивление (противовытяжение). В силу ретракции полого мускула и дистракции шейки в области нижнего сегмента и шейки граница между полой мышцей и нижним сегментом начинает обозначаться в виде мышечного валика или, вернее, обрыва—контрационного кольца, как его обычно называют, или пограничного кольца, как его правильнее называть. Это кольцо при физиологических условиях всегда имеет строго поперечное положение и не поднимается высоко над лоном (максимум—на четыре поперечных пальца).

Процесс ретракции полой мышцы и дистракции шейки матки можно видеть на схемах (рис. 15).

Схватки, таким образом, представляют собой правильные, периодически повторяющиеся сокращения гладкой маточной мускулатуры, которые не подчинены воле женщины. Схватки действуют во все периоды родового акта и даже после него: в периоде раскрытия, в периоде изгнания, в последовом и послеродовом периоде (так называемые послеродовые схватки).

**Потуги.** Вторым компонентом родовых изгоняющих сил являются потуги. Они представляют собой сокращение брюшного пресса, физиологически подчиненные воле женщины. Это положение надо принимать с некоторой оговоркой, так как потуги представляют собой до известной степени и непроизвольный рефлекторный акт на сдавливание предлежащей частью плода чувствительных нервов тазового дна, в результате чего роженица бывает вынуждена тужиться против своей воли.

Потуги действуют только в течение двух периодов родов: в периоде изгнания и в последовом периоде.

На рис. 16 представлены кривые физиологических сокращений матки (схватки) и сокращений брюшного пресса (потуги).

## ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА (АКУШЕРСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ)

Выше говорилось, какое значение при родовом акте имеют размеры плода, особенно размеры головки. Не менее важное значение имеет положение плода в матке, его членорасположение, вставление и пр.

В акушерстве во избежание путаницы и неясности необходимо придерживаться определенной терминологии, вкладывая в каждый термин строго определенное содержание и понятие. В данном случае мы будем придерживаться следующей терминологии.

1. Положение плода (*situs*)—отношение продольной оси плода к длиннику матки.

Различают три положения плода:

а) продольное, когда ось плода и ось матки лежат параллельно (совпадают друг с другом);

б) поперечное, когда обе продольные оси перекрещиваются между собой под прямым углом;

в) косое, когда длинник плода и длинник матки образуют острый угол.

2. Позиция плода (*positio*)—отношение спинки плода к правой или левой стороне тела матери, *resp.* стенке матки. Если спинка обращена в левую сторону тела матери, говорят о первой позиции (ее называют также левой), если вправо,—то второй (правой). Чаше встречается первая (левая) позиция. Это объясняется тем, что к концу беременности матка обычно поворачивается вокруг своей продольной оси левой стороной вперед, почему и плод ложится наиболее объемистой своей стороной, т. е. спинкой, вперед, *resp.* влево.

Позиция плода при поперечном, *resp.* косом, положении определяется не спинкой, а головкой: головка влево—первая позиция, головка вправо—вторая.

Иногда при продольных положениях спинка плода бывает обращена ни вправо, ни влево, а прямо кзади или прямо кпереди. В таких случаях можно говорить о средней позиции.

В каждой позиции еще следует различать вид позиции (*visus*)—отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.

Различают передний (спинка кпереди) и задний (спинка кзади) вид. При продольных положениях иногда спинка обращена ни кпереди, ни кзади, а прямо в сторону (влево или вправо). Это средний вид.

Вид позиции, следовательно, определяется по спинке, по тому, обращена ли она вперед или назад. Из этого правила, однако, мы предлагаем сделать одно исключение, а именно для лицевых предлежаний. Мы рекомендуем в прогнуположность общепринятой терминологии в и д п о з и ц и и при

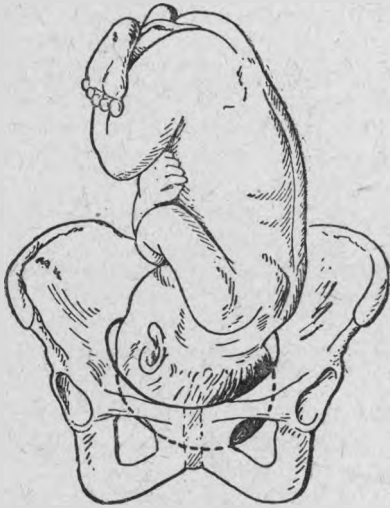


Рис. 17. Продольное положение, черепное (головное) предлежание, в частности, затылочное, первая позиция, передний вид, или короче первое (I) затылочное передний вид.

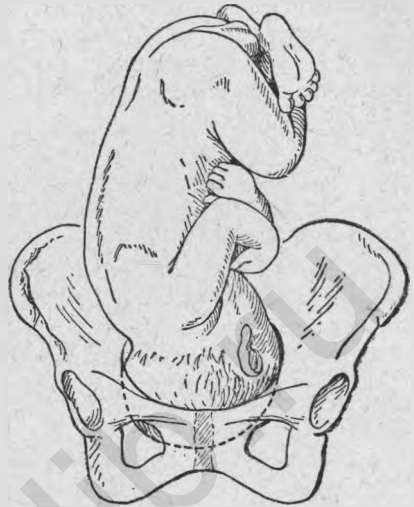


Рис. 19. Продольное положение, черепное (головное) предлежание, в частности, затылочное, вторая позиция, передний вид или короче второе (II) затылочное, передний вид.

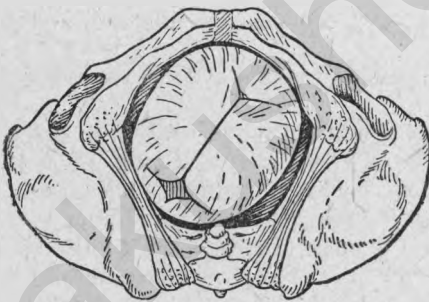


Рис. 18. Первое затылочное, передний вид. Вид со стороны выхода таза.

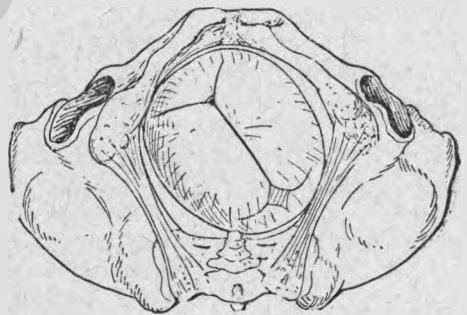


Рис. 20. Второе затылочное, передний вид. Вид со стороны выхода таза.

лицевых предлежаниях различать не по спинке, а по подбородку. Почему это выгоднее делать, увидим в дальнейшем. При лицевых предлежаниях мы, таким образом, будем различать передний вид позиции, когда подбородок обращен вперед (спинка сзади), и задний вид позиции, когда подбородок обращен кзади (спинка впереди).

3. Предлежание плода (praesentatio)—отношение крупной части плода ко входу в таз. Различают головное, resp. черепное, предлежание, когда у входа в таз ближе находится головка, и тазовое предлежание, когда у входа в таз поме-

щается тазовый конец плода. При других условиях может предлежать плечико.

4. Предлежащая часть (*pars praevia*). Крупная часть плода, которая находится у входа в малый таз, называется предлежащей частью. Она первая проходит через родо-

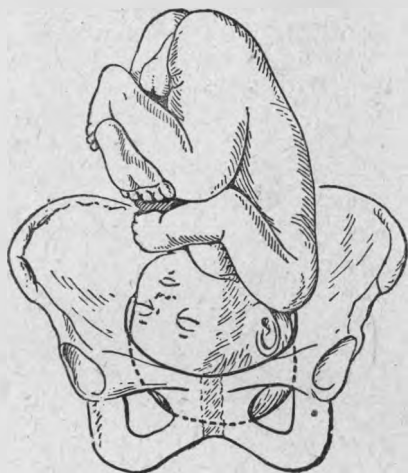


Рис 21. Продольное положение, черепное (головное) предлежание, в частности, затылочное, первая позиция, задний вид, или короче первое (I) затылочное, задний вид.



Рис. 23. Продольное положение черепное (головное) предлежание, в частности, затылочное, вторая позиция, задний вид, или короче второе (II) затылочное, задний вид.

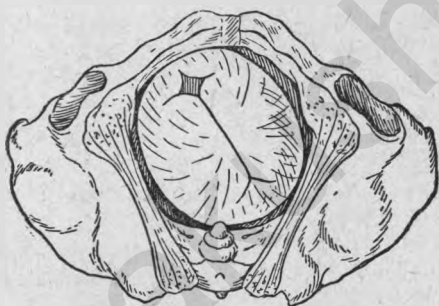


Рис. 22. Первое затылочное, задний вид. Вид со стороны выхода таза.

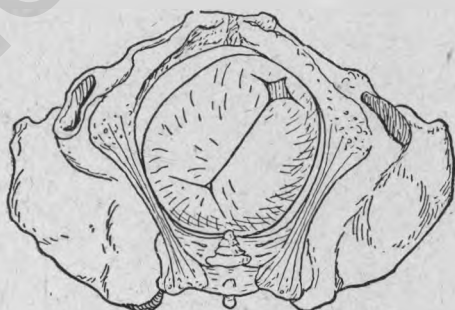


Рис. 24. Второе затылочное, задний вид. Вид со стороны выхода таза.

вые пути, а при внутреннем исследовании первая доступна ощупыванию. Если желают более детально обозначить предлежащую часть (взять известный участок крупной части), обычно берут тот участок головки, который лежит ближе к лону. Например, предлежащей теменной костью будет называться та, которая располагается у симфиза. То же самое относится к ягодницам, ножкам, ручкам, щечке и пр.

5. Членорасположение плода (*habitus*),—взаимное положение различных частей плода в отношении к туловищу и друг к другу. Типичное нормальное членорасположение плода при затылочном предлежании (сгибатель-

ный тип—flexio): головка согнута (состояние флексии), подбородок соприкасается с грудкой; спинка согнута, ручки перекрещены, также согнуты и помещаются на грудке; ножки согнуты в тазобедренном и коленном суставах, реже вытянуты по длине туловища; пуповина располагается на

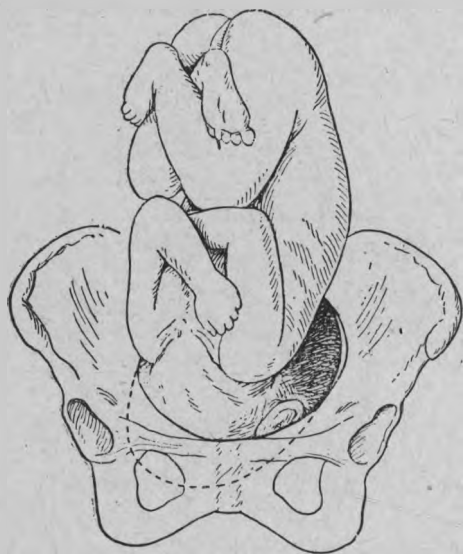


Рис. 25. Продольное положение, черепное (головное) предлежание, в частности, лицевое, первая позиция, передний вид (подбородок кпереди, к лону), или короче: первое (1) лицевое, передний вид.

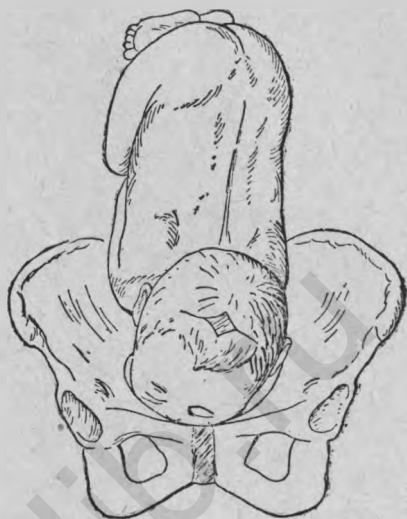


Рис. 27. Продольное положение, черепное (головное) предлежание, в частности, лицевое, первая позиция, задний вид (подбородок кзади, к крестцу), или короче: первое лицевое, задний вид.



Рис. 26. Первое лицевое, передний вид (подбородок к лону). Вид со стороны выхода таза.



Рис. 28. То же, что на рис. 27. Вид со стороны выхода таза.

животике между конечностями. Получается в общем яйцевидная форма, при которой плод занимает наименьшее пространство (по длине наполовину короче, чем в расправленном виде). В тех случаях, когда подбородок отходит от грудки и головка разгибается, говорят о разгибательном типе (extensio, s. deflexio). К разгибательному типу относятся лицевое и лобное предлежания.

Описанное членорасположение плода не является строго фиксированным. Наоборот, плод, как показывают рентгеновские снимки, пользуется в матке известной свободой движения, обычное членорасположение плода может

меняться, во всяком случае оно не является для него таким вынужденным, как думали раньше.

6. Вставление головки (*insitio*)—отношение стреловидного шва ко входу в таз, точнее к его двум главным опознавательным пунктам—мысу и симфизу. Нормальным вставлением считается такое, при котором вертикальная ось головки стоит перпендикулярно по отношению к плоскости входа и стреловидный шов, располагаясь в поперечном размере входа в малый таз, лежит приблизительно на равном расстоянии от мыса и лона. Это осевое, или синклитическое вставление (нормальное). Всякое отклонение от синклитического называется асинклитическим. Таких асинклитических вставлений несколько. Среди них наибольшую практическую важность имеют два: передне-те-

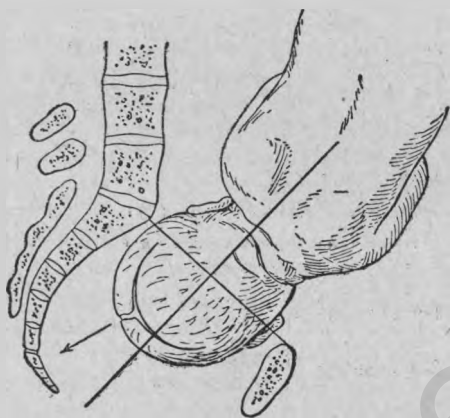


Рис. 29. Асинклитическое вставление. Передний асинклитизм (негелевский). передне-теменное вставление.

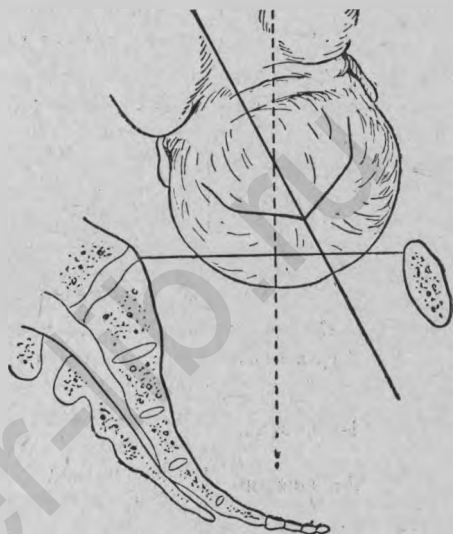


Рис. 30. Асинклитическое вставление. Задний асинклитизм (лиццмановский), задне-теменное вставление.

менное вставление, resp. передний асинклитизм, resp. асинклитизм Негеля (рис. 29) и задне-теменное вставление, resp. задний асинклитизм, resp. асинклитизм Литцмана (рис. 30). При первом вставляется передняя теменная кость (стреловидный шов ближе к мысу), при втором—задняя (стреловидный шов стоит ближе к симфизу).

Описанное положение плода в полости матки, понимая этот термин широко, является более или менее стойким только во время родов или незадолго до них. Во время беременности, особенно до VI месяца, плод может принимать любое положение в обширной по сравнению с его размерами яйцевой полости. Так, в первую половину беременности довольно часто наблюдается тазовое предлежание, которое затем переходит в нормальное черепное предлежание. Чрезвычайно редко (описаны единичные случаи) встречается так называемое первичное лицевое предлежание (предлежание личика, зафиксированное еще во время беременности). Почти все лицевые предлежания развиваются в начале родового акта или непосредственно перед ним. То же самое, хотя в меньшей степени, можно сказать и относительно тазовых предлежаний. Позиция плода и вид позиции устанавливаются во вторую половину беременности, хотя они тоже могут меняться и не только во время беременности, но и во время родов. Только члено-

расположение плода, повидимому, относительно постоянно для всех сроков беременности.

Если за основу подразделения положений и предлежаний плода принять все изложенное выше, то теоретически можно представить себе чрезвычайно большое разнообразие всякого рода предлежаний, позиций их видов и т. д. В старое время различали 102 предлежания и 6 позиций. Понятно, такая классификация для повседневной практической работы акушера была совершенно непригодной. В настоящее время пользуются более упрощенными схемами. Приводим схему положений и предлежаний плода.

### I. ПРОДОЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ (99,5%)

#### A. Черепные, или головные, предлежания (96%)

| <i>Сгибательный тип (95%)</i> |                | <i>Разгибательный тип (1%)</i> |   |
|-------------------------------|----------------|--------------------------------|---|
| Затылочное предлежание        |                | Лицевое предлежание            |   |
| 1-я позиция                   | } передний вид | 1-я позиция                    | } передний вид (подбородок к лону)      |
| 2-я позиция                   |                | 2-я позиция                    |   |
| 1-я позиция                   | } задний вид   | 1-я позиция                    | } задний вид (подбородок к промонторию) |
| 2-я позиция                   |                | 2-я позиция                    |   |

#### B. Тазовые предлежания (3,5%)

| <i>Сгибательный тип (2,5%)</i> |                                | <i>Разгибательный тип (1%)</i> |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ягодичные предлежания          |                                | Ножные предлежания             |                                |
| а) Чистое ягодичное            |                                | а) Полное ножное               |                                |
| 1-я позиция                    | } передний вид<br>} задний вид | 1-я позиция                    | } передний вид<br>} задний вид |
| 2-я позиция                    |                                | 2-я позиция                    |                                |
| б) Смешанное ягодичное         |                                | б) Неполное ножное             |                                |
| 1-я позиция                    | } передний вид<br>} задний вид | 1-я позиция                    | } передний вид<br>} задний вид |
| 2-я позиция                    |                                | 2-я позиция                    |                                |

### II. ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ (0,5%)

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| 1-я позиция | } передний вид<br>} задний вид |
| 2-я позиция |                                |
|             | } передний вид<br>} задний вид |
|             |                                |

## ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Родовой процесс последовательно распадается на три периода 1) период раскрытия, во время которого цервикальный канал должен расшириться настолько, чтобы дать возможность пройти плоду; 2) период изгнания, во время которого плод выталкивается из матки через раскрытые родовые пути; 3) последовый период, во время которого происходит отделение плаценты от стенки матки и выделение последа наружу<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Термин «послед» обозначает все то, что рождается после плода (детское место, оболочки, пуповина). Русский термин «детское место» и латинский «плацента» следует считать синонимами (однозначными понятиями).



## ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ

Три основные задачи стоят перед родовыми силами в периоде раскрытия: 1) преодолеть сопротивление шейки и тем самым открыть первый (внутренний) затвор плодместилища или, как говорят акушеры, сгладить шейку, 2) раскрыть наружный зев матки и 3) вставить во вход в таз головку.

Еще во время беременности, начиная с VI месяца, происходит кажущееся сглаживание (исчезновение) шейки, точнее говоря, влагалищной части матки. Этот процесс можно видеть у первобеременных. К концу беременности у них влагалищная часть матки имеет вид небольшого сосочка, с трудом нащупываемого при исследовании. В данном случае действительно как будто можно говорить о сглаживании (исчезновении) шейки и ее канала. На самом деле сглаживания нет. Сглаживание влагалищной части во время беременности—явление кажущееся. Симулируется оно тем обстоятельством, что у первобеременных головка вступает в таз очень рано, выпячивая книзу нижнюю часть матки вместе с передним сводом настолько, что свод совершенно сглаживается. Благодаря этому влагалищная часть матки как бы отходит кзади; кроме того, она производит впечатление небольшого сосочка, расположенного тангенциально (по касательной) к маточному телу. Если оттолкнуть головку кверху, можно убедиться, что влагалищная часть матки восстанавливается. Во всяком случае думать о каком-либо укорочении цервикального канала, которое будто бы имеет место у первобеременных, нет оснований.

Процесс сглаживания шейки и процесс раскрытия наружного зева матки—понятия несовпадающие: они не всегда происходят одновременно и параллельно.

У первородящих эти процессы идут таким образом: сначала исчезает (сглаживается) шейка, начиная от внутреннего зева к наружному, и только после этого происходит раскрытие наружного зева. Наружный зев у первородящих при сглаженной шейке (при развернутом цервикальном канале) носит название акушерского зева (см. рис. 34). Иногда у пожилых первородящих вследствие ригидности шейки акушерский зев не раскрывается, создавая тем самым препятствие для родового акта. В таких случаях приходится прибегать к кровавому рассечению зева (стр. 380).

У повторнородящих процесс сглаживания шейки и процесс раскрытия наружного маточного зева происходят одновременно и параллельно; оба процесса совпадают по времени.

За счет каких сил решаются основные задачи периода раскрытия?

В основном и прежде всего—за счет сокращения маточной мускулатуры (за счет схваток). Весь процесс сглаживания шейки и раскрытия наружного зева схематично можно представить в таком виде.

В периоде раскрытия работает главным образом продольная мускулатура матки. Мышечные волокна, сокращаясь и ретрагируясь, делаются короче и толще. Благодаря такой ретрактивной перегруппировке волокон и вся матка в целом («полый мускул») становится короче, стенки ее утолщаются. В результате повышается внутриматочное давление, которое по законам гидравлики передается через околоплодные воды на стенки нижнего маточного сегмента. Здесь в центре нижнего отдела плодместилища имеется отверстие—внутренний маточный зев, куда и устремляются под действием повышенного внутриматочного давления околоплодные воды. Жидкость, накапливаясь, отодвигает нижний полюс яйца, вгоняя его вместе с передними водами в виде клина в образовавшееся отверстие в области внутреннего зева (рис. 31).

Эту часть оболочек околоплодного пузыря вместе с передними водами, выпячивающуюся в шейный канал в виде клина, принято называть плодным пузырьем.

В дальнейшем плодный пузырь, играя роль гидравлического клина, эксцентрически помогает расширять цервикальный канал, способствуя, таким образом, сглаживанию шейки, а также раскрытию наружного зева.

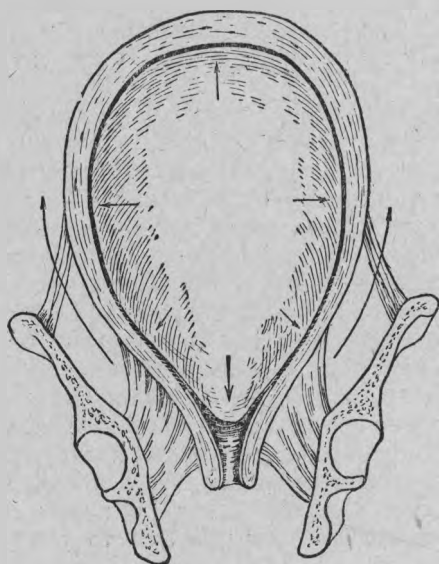


Рис 31. Внутриматочное давление передается через околоплодные воды на стенки матки (направление указано стрелками). Вставляется плодный пузырь.

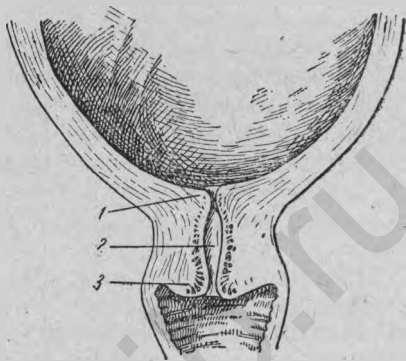


Рис 32. Шейка матки первородящей до начала родов (схема)  
1—внутренний зев закрыт; 2—канал шейки;  
3—наружный маточный зев закрыт.

Сокращения маточной мускулатуры (*contractio*) и ретракция мышечных волокон вызывают, как мы видели (стр. 20), одновременно distraction круговых мышечных волокон шейки, что в основном и ведет к сглаживанию цервикального канала и раскрытию маточного зева.

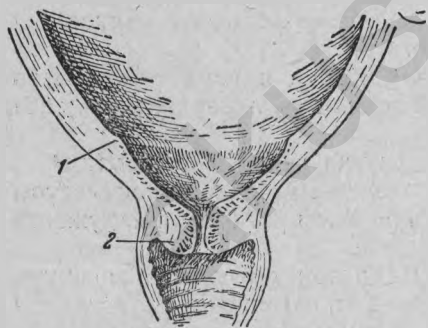


Рис. 33. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия. «Сглаживание шейки».

1—место, соответствующее внутреннему зеву;  
2—наружный зев закрыт.

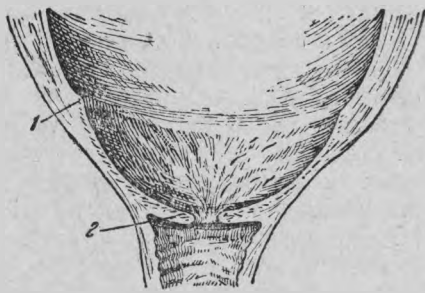


Рис. 34. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия. Шейный канал сглажен.

1—место, соответствующее внутреннему зеву;  
2—наружный зев еще закрыт («акушерский зев»).

Таким образом, в механизме сглаживания шейки и раскрытия наружного зева имеется своеобразное действие двух сил во взаимно противоположном направлении: влечение снизу и вверх (ретрагирующиеся мышечные волокна матки) и давление сверху вниз (плодный пузырь—

гидравлический клин). В результате этого действия шейка матки перестает существовать, она исчезает (сглаживается), ее канал с наружным маточным зевом превращается в растянутую проходную трубку, своим диаметром примерно соответствующую окружности вставляющейся головки.

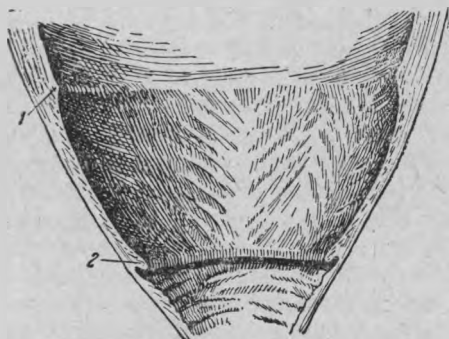


Рис. 35. Первородящая. Шейка матки сглажена (исчезла); открытие наружного зева полное (совершенное); зев представляет собой только узкую каемку.

1—место, соответствующее внутреннему зеву;  
2—край наружного зева.

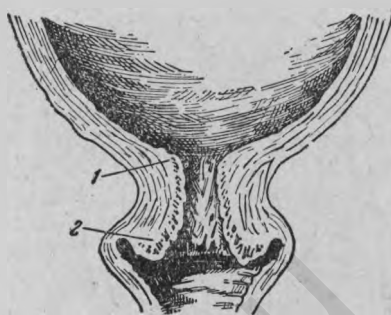


Рис. 36. Шейка матки повторнородящей. Начало периода раскрытия

1—внутренний зев; 2—наружный зев. канал шейки цел, проходим для одного пальца.

По мере развертывания сглаживающаяся шейка представляет собой полость, достаточную, чтобы в ней могла поместиться вставляющаяся головка. Место интимного внутреннего прилегания головки к стенкам шейки получило название «пояса соприкосновения» (рис. 39). Пояс

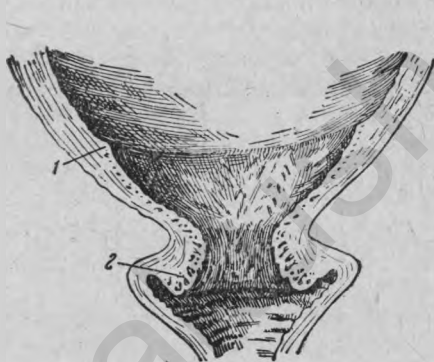


Рис. 37. Шейка матки повторнородящей. Расправление («сглаживание») верхней половины шейки и одновременно открытие наружного зева

1—место, соответствующее внутреннему зеву;  
2—наружный зев—с началом родов раскрывается одновременно с внутренним зевом.

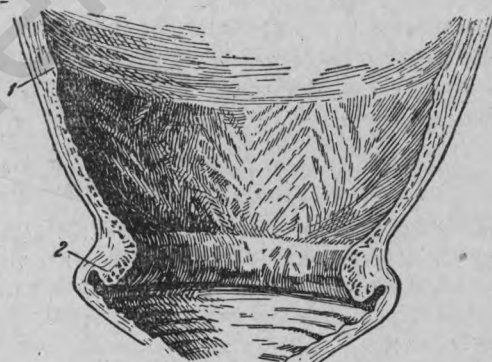


Рис. 38. Повторнородящая. Канал шейки сглажен, наружный зев раскрыт до размеров узкого валика.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—наружный зев.

соприкосновения вместе с головкой является своего рода клапаном, герметически замыкающим полость матки книзу и разделяющим яйцевую полость как бы на две части: нижнюю (плодный пузырь с передними водами) и верхнюю (задние воды с находящимся здесь плодом).

Появление пояса соприкосновения означает, что головка вставляется в малый таз: ее продольный овоид (прямой размер—стреловидный шов) устанавливается в поперечном размере входа малого таза, располагаясь

синклитически, т. е. ее стреловидный шов лежит на одинаковом расстоянии от лона и мыса. Это нормальное вставление головки (физиологическое поперечное стояние).

Конец первого периода родов определяется моментом полного раскрытия маточного зева. При этих условиях уже возможно прохождение головки зрелого плода.

Клинически окончание периода раскрытия сказывается наступлением потуг, т. е. сокращением мышц брюшного пресса. В 50% сглаживание шейки и полное раскрытие наружного зева совпадают с моментом разрыва плодного пузыря и отхождением передних вод. Плодный пузырь может разорваться и до окончания периода раскрытия, и после него. Примерно в 25% случаев он разрывается при неполном раскрытии зева (ранний разрыв). В таких случаях чаще речь идет об узком тазе, поперечном положении, тазовом предлежании или ригидной шейке (у пожилых первородящих). Иногда пузырь разрывается до начала родов («преждевременный» разрыв). В редких случаях пузырь сохраняется и после полного раскрытия зева (запоздалый разрыв плодного пузыря, «роды в сорочке»).

После разрыва плодного пузыря и отхождения передних вод предлежащая

часть обычно сдвигается ниже, закрывая собой просвет родового канала. Этим моментом кончается ретракция полого мускула. Комплекс связок, держащих матку «на якорь» (стр. 20), фиксируя ее, переключает силу схваток, которые в периоде раскрытия шли на ретракцию, на работу родового мотора (давление на плод).

## ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ

В периоде раскрытия головка не делает поступательных движений вперед. Она начинает продельвать их только с момента полного раскрытия маточного зева, когда наступают потуги.

Положение классического акушерства о том, что головка в периоде раскрытия не делает поступательных движений, опровергается новейшими данными советских акушеров (М. А. Даниахий, Н. К. Лемаринье).

По М. А. Даниахий, поступательное движение плода и его предлежащей части начинается в периоде раскрытия шейки матки с началом регулярной родовой деятельности. Предлежащая часть опускается в полость таза уже в процессе сглаживания шейки матки. К моменту полного открытия зева предлежащая часть плода, как правило, находится на тазовом дне, заканчивая свой внутренний поворот. Высокое стояние головки и отсутствие поступательного движения плода в первом периоде родов не правило, а исключение.

Потуги вместе с «изгоняющими» схватками знаменуют собой начало второго периода—периода изгнания. Мы уже говорили, что отхождение вод не является признаком наступления периода изгнания. Пузырь может разорваться и до периода раскрытия и после окончания его. В главе об акушерских пособиях,

относящихся к плодному пузырю, подробно говорится о симптоматологии и терапии раннего, преждевременного и позднего отхождения вод (стр. 381).

Итак, вслед за отхождением вод обычно начинаются потуги, т. е. действие поперечнополосатой мускулатуры брюшного пресса. Физиологически сущность потуги заключается в следующем. Задерживая дыхание, как при процессе дефекации, женщина активирует действие брюшного пресса. Упираясь руками и ногами, она, кроме того, усиливает то давление, которое оказывают на содержимое брюшной полости грудобрюшная преграда и мышцы брюшной стенки. Увеличенное вследствие потуги внутрибрюшное давление передается на матку и ее содержимое, способствуя, таким образом, поступательному движению плода вперед. При нормальных условиях, когда вход в таз не представляет никаких препятствий для прохождения головки, последняя по окончании периода раскрытия, а иногда и раньше вступает в таз и под напором потуг делает ряд поступательных движений по проводной оси таза до тазового дна. Эти поступательные движения называются *трансляцией*, т. е. движением по проводной оси таза вперед, от первого пункта до конечного (из полости матки наружу).

Одновременно с поступательными движениями вперед (*трансляцией*) головка прodelьвает и дополнительные движения: ротационные движения вокруг продольной оси туловища и движения около фронтальной оси, т. е. сгибание или разгибание. До настоящего времени единого мнения о причине этих движений головки нет. Здесь мы только вкратце коснемся этого вопроса.

Как уже было отмечено в схеме о положениях плода, затылочное предлежание встречается в 95% всех родов. Оно является единственно нормальным. Поэтому мы начнем описание механизма родов именно с затылочного предлежания.

В своем поступательном движении по оси таза головка при рождении в затылочном предлежании прodelьвает тройного рода движения.

1. Вращение около поперечной или фронтальной оси: сгибание головки (*flexio*). Во входе в таз головка стоит в таком положении, что стреловидный шов ее совпадает с поперечным размером входа в таз. При вращении головки около поперечной оси подбородок приближается к груди, а малый родничок опускается ниже. Благодаря такому вращению один полюс эллипсоида головки, в данном случае малый родничок, становится самой нижней точкой продвигающейся вперед головки. Кроме того, этот полюс принимает центральное положение в просвете полового канала, т. е. устанавливается в направлении оси таза. Согнутая головка своим нижним полюсом и совершает поступательные движения вперед по проводной оси таза. Так как указанный полюс—точка (в данном случае малый родничок) движется при поступательных движениях плода все время по проводной линии—оси таза, ее называют проводной точкой. Таким образом, проводной точкой мы будем называть точку, которая первой опускается во вход в таз, идет все время впереди во время ротации (см. ниже) и в конце ротации находится под лонным сочленением (первой показывается в половой щели).

Итак, при затылочном предлежании первое вращательное движение головки происходит около поперечной оси, причем таким образом, что малый родничок опускается ниже всех других точек головки и в качестве проводной точки занимает центральное положение по проводной оси таза.

2. Второе вращение головки происходит вокруг продольной оси: внутренний поворот головки затылком кпереди, или правильная ротация (*rotatio capitis interna normalis*). Это вращение головка прodelьвает таким образом, что затылок при нормальных условиях поворачивается кпереди.

а передняя область большого родничка кзади. Как указывалось выше, во входе в таз головка стреловидным швом стоит в поперечном размере таза (часто слегка в косом). Совершая второе вращательное движение, головка переходит стреловидным швом из поперечного размера таза в прямой.

Таким образом, стреловидный шов при переходе из поперечного размера в прямой, естественно, в какой-нибудь определенный момент совпадает, в зависимости от позиции, с первым (правым) или вторым (левым) косым

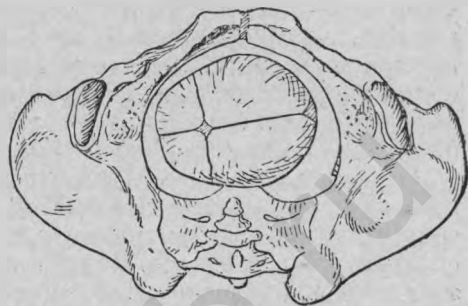
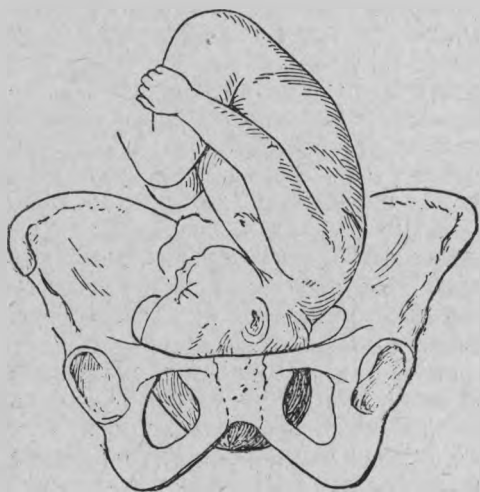


Рис. 40 Первый момент механизма— сгибание головки (флексия).

Рис. 41 То же, что и на рис. 40. Вид со стороны выхода таза

размером полости таза. При первой позиции он идет правым косым, при второй—левым. Стреловидный шов при вращении обычно совпадает с тем или другим косым размером, в широкой части полости таза. Это обстоятельство важно в диагностическом отношении, так как при внутреннем исследовании по направлению стреловидного шва можно определить местонахождение головки; обычно во входе в таз стре-

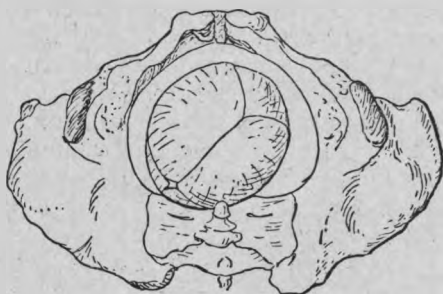
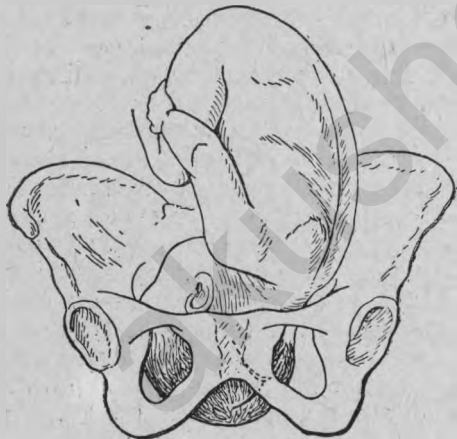


Рис. 42. Нормальная ротация головки (второй момент механизма) Стреловидный шов в правом (первом) косом размере таза.

Рис. 43 То же, что и на рис. 42. Вид со стороны выхода таза.

ловидный шов идет в поперечном размере или только слегка в косом, в полости таза—в косом размере, а на дне таза—в прямом размере.

Вращение головки вокруг вертикальной оси, как видно из сказанного, совершается не сразу, а постепенно, на всем протяжении проводной оси костного таза, т. е., другими словами, от терминальной плоскости до дна

таза. В пределах указанных границ головка совершает винтообразное движение (ротацию) по дуге в  $90^\circ$ .

Варнекроз в противоположность общепринятому взгляду считает, что сгибание (*flexio*) и внутренний поворот (*rotatio*) головка прodelывает уже после того, как она достигла дна таза в колене родового канала. Такой механизм, устанавливаемый Варнекрозом для затылочных предлежаний (на основании сделанных им рентгеновских снимков), присущ лицевым предлежаниям (см. ниже). При затылочных предлежаниях, особенно у I-рага, механизм родов, повидимому, таков, как мы его описали.

О причинах ротации головки вокруг вертикальной оси сказано ниже.

Теперь мы еще раз отметим, что в результате поступательного движения вперед и вращения вокруг вертикальной оси головка, стоявшая во входе в таз своим стреловидным швом в поперечном размере, делает винтообразный поворот по проводной оси, проходя полость таза в косом размере и становясь на дне таза тем же швом в прямой размер.

3. Третье вращение головки вокруг поперечной, или фронтальной, оси—это переход ее в со-



Рис. 44. Нормальная ротация головки. Вид со стороны выхода таза. Вторая позиция. Стреловидный шов в левом (втором) косом размере таза.



Рис. 45. Головка закончила ротацию. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза.

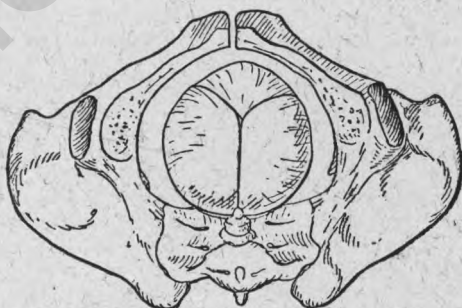


Рис. 46. То же, что на рис. 45. Вид со стороны выхода таза.

стояние разгибания (*extensio*, s. *deflexio*). Выше мы указывали, что ось таза, начиная от границ тазового дна<sup>1</sup>, описывает в направлении к вульварному кольцу параболу. Мы знаем также, что впереди по проводной оси таза идет так называемая проводная точка. Последняя от входа в таз до тазового дна двигается по прямой линии. Но отсюда и дальше она, чтобы дойти до вульварного кольца, должна описывать, соответственно проводной оси, параболу. Разумеется, проводная точка, являющаяся полюсом не сов-

<sup>1</sup> Дно таза начинается от *spinae ossis ischii*.

сем податливого эллипсоида головки, может описать фигуру параболы только в том случае, если ее будут описывать и все прочие точки на головке. При согнутой головке в затылочном предлежании это будет означать, что для прохождения по изогнутой части оси таза, т. е. через тазовое дно, головка должна перейти из согнутого состояния в разогнутое.

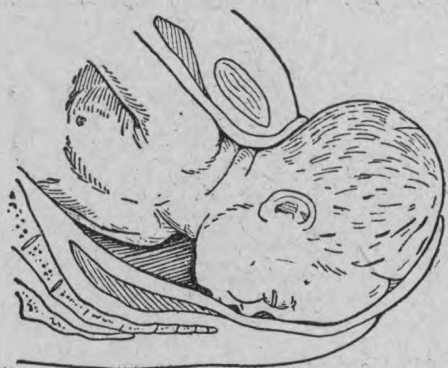


Рис. 47. Начало разгибания (дефлексии) головки (третий момент механизма). Головка «врезывается».

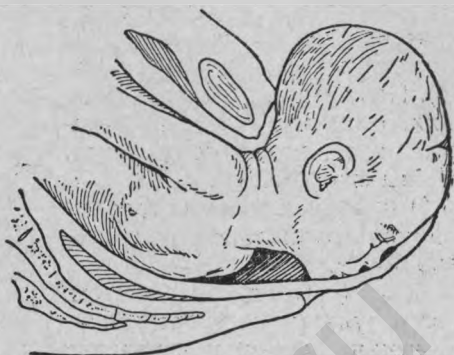


Рис. 48. Головка «прорезывается».

При прохождении через вульву разгибание головки достигает своего максимума. Под лонной дугой область подзатылочной ямки находит точку опоры, и вокруг этой точки головка прорезывает разгибание; она как бы перекачивается через промежность, причем вначале прорезывается лобик,



Рис. 49. Наружный поворот головки лицом к левому бедру матери. Прохождение переднего плечика.

затем личико и, наконец, подбородок. Точку опоры, в данном случае область подзатылочной ямки, вокруг которой головка при прорезывании через вульву делает разгибание, принято называть точкой вращения (гипомохлион), или точкой фиксации (*punctum fixum*).

Следовательно, гипомохлионом, или точкой фиксации, мы будем называть ту точку на головке, вокруг которой головка, упершись в симфиз, совершает вращение (третий момент механизма)—разгиба-



ние при затылочных предлежаниях и сгибание при лицевых. Как мы увидим в дальнейшем, в некоторых случаях (задний вид затылочного и передне-головное предлежание) приходится различать два гипомохлиона—передний и задний.

После того как головка прорезалась, вышла целиком из вульвы, она продолжает еще одно вращение вокруг своей продольной оси (на  $90^\circ$ ): обращенное при прорезывании кзади личико поворачивается в сторону материнского бедра, причем при первой позиции соответственно механизму—в сторону правого бедра, при второй—в сторону левого. Этот обратный поворот уже родившейся головки называется **н а р у ж н ы м п о в о р о т о м г о л о в к и** (некоторые считают его четвертым моментом механизма при затылочных предлежаниях). Наружный поворот головки (*rotatio capitis externa*) по времени совпадает с внутренним поворотом плечиков.

Что касается теоретических обоснований описанных движений головки, то, как мы упоминали, их имеется несколько. Классическое акушерство учит гак. Развивающаяся под влиянием внутримышечного давления движущаяся сила передается прежде всего на позвоночник и уже через него на головку ребенка. А так как позвоночник соединяется с черепом ближе к затылку, то при передаче изгоняющей силы с позвоночника на череп сила по закону действия рычага в первую очередь сказывается на затылке: затылочный конец головки помещается в отношении позвоночника на коротком плече рычага, лобный—на длинном, почему затылок и опускается ниже. Таким образом, получается первое вращение головки, ее сгибание (*flexio*).

Второе вращательное движение головки (затылком вперед) классическое акушерство объясняло тем, что тазовое дно представляет собой наклонную плоскость, которая заставляет опустившийся ниже затылок повернуться кпереди. Другое объяснение дал Ольсгаузен. Он считает, что внутренний поворот головки затылком вперед происходит потому, что к этому времени спинка становится своими плечиками в поперечном размере входа в таз. Некоторые, наконец, объясняют ротацию головки законом приспособляемости. Головка приспособляется к размерам таза: во входе в таз она располагается соответственно наибольшему размеру канала—в поперечном размере, в полости таза, опять-таки в соответствии с ее наибольшим размером,—в одном из косых размеров, а в выходе таза—в прямом размере, который здесь является наибольшим.

Третий момент механизма—разгибание головки—происходит, как объясняют представители классического акушерства, в результате действия двух противоположных сил: действующей сверху силы схваток и противодействующей ей силы тазового дна.

Что касается четвертого, так называемого **н а р у ж н о г о**, поворота головки личиком к бедру матери, то его обычно объясняют поворотом плечиков, которые, продолжая механизм своего движения, становятся в прямой размер выхода таза.

Иначе объясняет второй и третий момент механизма и вообще вращение туловища плода в тазу Зельгейм. Позвоночник, как этот автор доказал исследованиями на трупах новорожденных, в различных частях сгибается неодинаково: легко сгибается и разгибается в одной плоскости, трудно—в другой. Шейная часть позвоночника, например, легко сгибается вперед и разгибается назад (хуже кпереди, лучше кзади), но с трудом—вправо и влево. Грудная часть позвоночника, как и поясничная, больше всего изгибается в обе стороны—вправо и влево, меньше всего—вперед и назад. Плоскость наилучшего сгибания и разгибания Зельгейм называет *facillimum*, а плоскость, в которой сгибание и разгибание наиболее затруднено,—*difficillimum*.

Чтобы пройти через родовой канал, позвоночник плода должен изогнуться соответственно изогнутому колену проводной оси таза. Но так как он не во всех частях сгибается одинаково легко, следовательно, для прохождения через изгиб—колени проводной оси—он должен поворачиваться то одним, то другим *facillimum*. Вот почему при прохождении шейной части позвоночника затылок должен смотреть или вперед, или назад, и вот почему: при прохождении плечиков через то же изогнутое колени проводной оси одно плечико должно смотреть вперед, а другое—назад.

Некоторые объясняют второе вращательное движение головки тем, что на нее действуют в указанном направлении проходящие тангенциально ко входу в таз поясничные мышцы (*mm. psoates*).

С. Д. Михнов дал более правильное объяснение механизма родового акта, в частности с момента ротации. Он предлагал учитывать особенности формы головки. Головка в качестве объекта родового акта должна рассматриваться как тело почкообразной формы; последняя и имеет решающее значение для механизма внутреннего поворота головки. Для характеристики почкообразной изогнутости



Рис. 50. Почкообразная форма головки в состоянии сгибания. Вид в профиль (по Михнову). Часть периферии головки, соответствующая линии *абв*, выпуклая, другая *где*—вогнута.

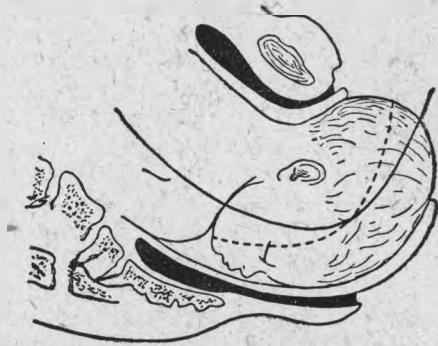


Рис. 53. Нормальная ротация головки (по Михнову). Линия головной кривизны соответствует кривизне родового канала: прохождение головки через наиболее изогнутое место родового канала происходит наиболее легко.

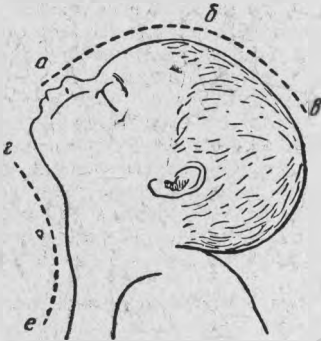


Рис. 51. То же самое, но в состоянии разгибания.



Рис. 54. Неправильная ротация головки (затылком кзади) (по Михнову). Кривизна головки совершенно не соответствует кривизне родового канала: линия головной кривизны обращена своей выпуклостью к лонному соединению, а линия кривизны родового канала обращена выпуклостью кзади. Если *de facto* головка и может проходить в таком не соответственном положении, то только за счет целого ряда анатомических и физиологических изменений и превращений благодаря податливости тканей, их растяжимости, пластичности, энергии потужной деятельности и т. д. В силу этого в клинической картине мы будем иметь большее растяжение тазового дна, большее раскрытие половой щели, особую конфигурацию головки, большую продолжительность периода изгнания и т. д.

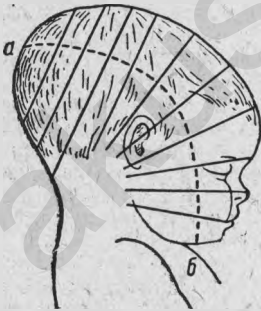


Рис. 52. «Линия головной кривизны» (*аб*), соединяя наиболее удаленные точки головки по ее длиннику (т. е. подбородок и затылок), проводится через средние (центральные) пункты поперечных сечений, идущих от выпуклой к вогнутой стороне.

головки С. Д. Михнов ввел особый термин—«линия головной кривизны». Она проходит по середине между выпуклой и вогнутой стороной головки соответственно ее длиннику, соединяя наиболее удаленные точки ее. Головка проходит легко в том случае, если линия ее кривизны соответствует кривизне родового канала; в противном случае прохождение ее затруднительно или явно невозможно. Подробнее на этом вопросе мы останавливаться не можем и отсылаем читателей к работам С. Д. Михнова.

Продолжительность каждого вращения головки далеко не одинакова: обычно первое вращательное движение самое короткое, второе, наоборот, самое продолжительное.

Как правило, второй момент механизма следует за первым, а третий—за вторым. Об уклонениях от этой закономерности будет сказано ниже.

Когда головка приближается к тазовому дну, промежность начинает «выполняться». Анальное отверстие при этом раскрывается сначала только на время схватки, а потом и вне ее; роженица чувствует позыв на низ; иногда непроизвольно отходит кал. Во время потуг головка начинает показываться в половой щели, с прекращением потуг уходит обратно. В этих случаях принято говорить, что головка «врезывается». С развитием потуг врезывающаяся головка выступает все больше и больше вперед, теперь уже и в промежутках между схватками она не уходит обратно, вульва не закрывается, остается зияющей: головка «прорезывается» (через вульву). Как идет прорезывание, мы уже говорили: головка, упираясь своей точкой фиксации (гипомохлионом) в симфиз, совершает последнее вращение (последний момент механизма—разгибание). Через промежность прорезывается сначала лобик, а за ним личико и подбородок. Прорезывание головки сопровождается круговым растяжением вульварного кольца.

При «врезывании» и «прорезывании» требуется максимальное напряжение изгоняющих сил, особенно брюшного пресса. В этот момент потуги идут при участии мышц всего тела. Брюшной пресс становится прессом туловища (Зельгейм).

После рождения головки личико поворачивается, в зависимости от позиции, к тому или другому бедру матери.

Рождение плечиков происходит по тому же самому механизму: они входят в таз в поперечном или косом размере и доходят в таком положении до тазового дна, где становятся в прямой размер таза. После рождения головки под симфизом устанавливается переднее плечико; оно как бы образует гипомохлион, вокруг которого и рождается, прорезываясь, весь плечевой пояс. Следует иметь в виду, что прорезывание плечевого пояса обуславливает значительное растяжение вульварного кольца, пожалуй, не меньшее, чем при прорезывании головки. Это важно учитывать при защите промежности.

С рождением плода заканчивается период изгнания и начинается следующий период—последовый, которому будет посвящена специальная глава.

## ДИАГНОСТИКА РОДОВ

Врач должен не только уметь распознавать наступление родового акта, но и научиться систематически наблюдать за женщиной, чтобы в случае надобности по всем правилам акушерской науки прийти на помощь роженице и словом, и делом.

Систематическое наблюдение за ходом родов охватывает ряд вопросов, на которые акушер должен научиться давать себе точный ответ:

- 1) первородящая или повторнородящая данная роженица;
- 2) начались ли роды;
- 3) в какой стадии находится родовой процесс;
- 4) отошли ли околоплодные воды;
- 5) каково положение плода;
- 6) жив ли плод и не угрожает ли ему асфиксия;
- 7) доношен ли плод и какова его величина;
- 8) имеются ли отклонения в положении плода, его членорасположении; как вставилась головка;
- 9) каковы размеры таза;
- 10) нет ли отягощенного акушерского анамнеза, отклонений, которые могут повести к нарушению течения родового акта или к ухудшению общего состояния роженицы.

Помимо этих вопросов, разумеется, требуется предварительное собиранье анамнеза, как обычно принято делать у беременных женщин (см. учебники акушерства).

1. Данная роженица первородящая или повторнородящая? В табл. 2 приведены объективные признаки, характеризующие первородящую и повторнородящую роженицу в отношении тех изменений, которые имеются в половых органах перед началом родовой деятельности.

2. Начались ли роды? Объективными признаками начала родовой деятельности могут служить: а) схватки, во время которых матка под руками становится плотной; б) отхождение сукровичной слизи («роды обозначаются», «es zeichnet», как говорят немцы); в) расширение и сглаживание маточного зева; г) в некоторых случаях отхождение околоплодной жидкости; д) при отсутствии плодного пузыря образование родовой опухоли.

3. В какой стадии находится родовой процесс? Для определения стадии родового акта следует руководствоваться характером, частотой и силой схваток, состоянием цервикального канала и маточного зева, высотой стояния головки, а затем зиянием анального отверстия и вульвы.

## Изменения в половых органах перед началом родовой деятельности

| Половые органы     | У первородящих  | У повторнородящих   |
|--------------------|---|---|
| Vulva              | Мало или вовсе не зияет   | Зияет, часто имеются рубцы  |
| Hymen              | Carunculae hymenales  | Carunculae myrtiformes  |
| Vagina             | Узкая, шероховатая  | Широкая, гладкая  |
| Portio vaginalis   | Мягкий, разрыхленный, конической формы выступ или сосочек   | Мягкий лоскут с ясным разделением на переднюю и заднюю губу   |
| Canalis cervicalis | Имеет веретенообразную форму и остается таковым без изменения до начала периода раскрытия                                       | Имеет вид воронки, широкая часть которой обращена наружу, узкая—внутри  |
| Orificium externum | Как правило, бывает закрыто до X месяца, редко перед самими родами открывается только для ногтевой фаланги указательного пальца | Открыто с V месяца. На VII месяце orificium externum пропускает палец. На IX месяце палец проходит по всему каналу. На X месяце часто можно проникнуть во внутренний зев и прощупать швы и роднички |
| Orificium internum | Закрыто до периода открытия   | См. выше  |
| Головка            | Стоит плотно  | Баллотирует над входом в таз  |

Слабые, короткие, каждые 10—15 минут повторяющиеся схватки свидетельствуют о начале периода раскрытия. Сильные, длительные схватки, появляющиеся каждые 3—5 минут, скорее всего говорят о конце периода раскрытия.

Судить о раскрытии маточного зева можно иногда по пограничному (так называемому контракционному) кольцу, которое прощупывается через брюшные стенки, особенно у первородящих. Во время схваток непосредственно под краем сократившегося полого мускула можно прощупать, в некоторых случаях даже видеть, выступающую бороздку, которая соответствует контракционному, или, как теперь больше принято называть, пограничному кольцу. Если пограничное кольцо стоит на три поперечных пальца над симфизом, можно считать, что зев раскрыт на три пальца. При стоянии пограничного кольца на четыре поперечных пальца (8 см) выше лонного соединения зев можно считать раскрытым полностью (признак Шатца-Унтербергера). Подробности см. стр. 417. Часто, но не всегда, в конце периода раскрытия отходят так называемые передние воды.

Начало периода изгнания характеризуется наступлением потуг, т. е. участием брюшного пресса совместно с маточными сокращениями. Зияющее анальное отверстие, отхождение кала, а иногда и судороги в икроножных мышцах говорят о том, что головка достигла дна таза.

О высоте стояния головки можно судить, применяя наружное и внутреннее исследование.

Пока головка находится целиком над входом в таз или только вступила в него некоторым своим сегментом, она прощупывается сверху над лонным соединением, ее можно зажать рукой. При вступлении головки в таз боль-

шим сегментом она определяется над входом только незначительным своим сегментом. И. Ф. Жорданиа предложил пользоваться следующим приемом для определения высоты стояния головки.



Рис. 55. Затылочное предлежание. Головка над входом в малый таз (пальцы обеих рук могут быть подведены под головку).

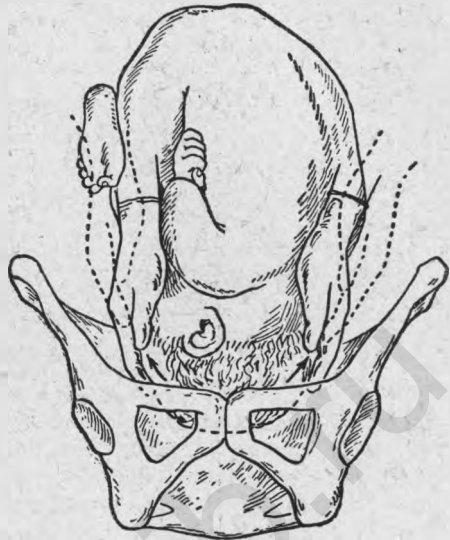


Рис. 56. Затылочное предлежание. Головка во входе в малый таз малым сегментом (пальцы обеих рук, скользящие по головке, расходятся по направлению стрелок).

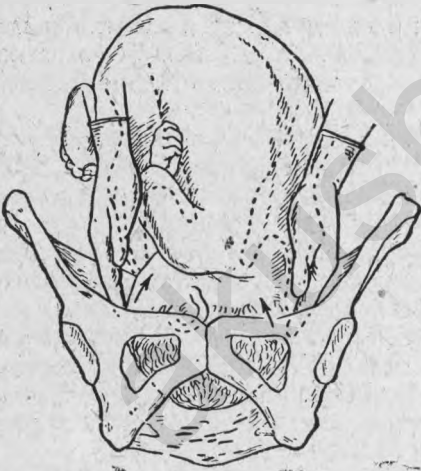


Рис. 57. Затылочное предлежание. Головка во входе в малый таз большим сегментом (пальцы обеих рук, скользящие по головке, сходятся по направлению стрелок).

Исследование производится в положении роженицы на спине, с разведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Мочевой пузырь должен быть опорожнен. Акушер становится сбоку от роженицы, как при четвертом приеме Леопольда. Вне схватки (или потуги) он бережно обеими руками, прижимая ладонные поверхности к головке плода, проникает вглубь таза, между его стенками и головкой. Если при этом пальцы исследующих рук могут быть подведены под головку, значит она находится над входом в малый таз (рис. 55).

При фиксированной во входе головке акушер стремится проникнуть вглубь таза, насколько это возможно. Затем прижимая ладонные поверхности к головке с той и другой стороны и делая ими скользящее движение по головке в направлении на себя, акушер следит за тем, сходятся или расходятся при этом пальцы обеих рук. Расхождение пальцев обеих рук в стороны показывает, что головка находится во входе в малый таз так называемым малым сегментом (рис. 56), при схождении пальцев головка будет находиться во входе в малый таз так называемым большим сегментом (рис. 57).



Рис. 58. Метод микроскопической диагностики отхождения околоплодных вод.  
На розовом фоне (окраска эозином) видны скопления неокрасившихся «чешуек»  
кожи плода.

Если пальцы обеих рук сходятся, но через брюшные покровы прощупывается лишь незначительная часть головки (основание черепа), значит головка большим сегментом прошла через вход и находится в широкой части полости малого таза.

При внутреннем исследовании для суждения о высоте стояния головки следует руководствоваться той или иной доступностью промотория. Если он хорошо доступен для пальца, значит головка находится во входе в таз так называемым малым сегментом. Стреловидный шов в таких случаях стоит в поперечном или слегка в косом размере. При стоянии головки так называемым большим сегментом во входе в таз мыс уже не определяется и его, не оттолкнув головки, достигнуть нельзя. Стреловидный шов—в поперечном, *resp.* косом, размере таза. Если головка находится в полости таза, стреловидный шов определенно стоит в одном из косых размеров таза, крестцовая впадина целиком выполнена головкой, причем ости седалищной кости (*spinae ossis ischii*) уже не достигаются в прямом направлении (подробнее см. ниже, стр. 247—249).

К наружным способам определения высоты стояния головки относятся также приемы Пискачека, Шварценбаха и др. (см. стр. 44).

4. **Отшли ли околоплодные воды?** Околоплодные воды отходят обычно в конце периода раскрытия. О преждевременном, раннем и позднем отхождении вод сказано в отдельной главе (стр. 381).

При распросе роженицы следует учитывать так называемые ложные воды (*hydorrhea decidualis, chorialis*) и высокий разрыв пузыря (*hydorrhea amnialis*).

Объективными признаками разорвавшегося плодного пузыря будет отхождение вод во время схваток, а иногда и отхождение первородного кала. При этом нужно быть осторожным, чтобы не принять головную опухоль за плодный пузырь. Иногда постепенное, медленное отхождение вод принимают за выделение мочи и, наоборот, мочу—за излившиеся воды.

Рекомендуемые в таких случаях методы микроскопического исследования (определение пушковых волос, окраска мазков суданом на присутствие жира, определение «чешуек плода» во влагалищном мазке), не обладая необходимой точностью, не всегда дают правильные результаты.

Л. С. Зейванг разработала простой и доступный для практического врача метод микроскопической диагностики отхождения околоплодных вод с помощью окрашенного свежего препарата.

**Методика.** На предметное стекло наносят каплю влагалищного содержимого и покрывают покровным стеклом. Тонкой пипеткой с маленькой резиновой грушей выпускают несколько капель 1% водного раствора эозина под покровное стекло, после чего препарат промывают водой (приливают воду к краю покровного стекла, отсасывая ее с противоположной стороны фильтровальной бумагой). В свежем препарате вагинального содержимого, окрашенном эозином, на розовом фоне видны (рис. 58) яркоокрашенные эпителиальные клетки влагалищной стенки, эритроциты и лейкоциты. При отошедших водах здесь же видны большие скопления неокрасившихся «чешуек» кожи плода (водный раствор эозина их не закрасил, так как они покрыты смазкой).

5. **Какое положение плода?** Для определения положения плода следует в первую очередь пользоваться четырьмя приемами Леопольда. Ввиду важности этого вопроса мы более подробно опишем их технику. Как правило, пользоваться наружными приемами Леопольда надо только вне схваток, во время пауз.

**Первый прием** (рис. 59). Врач садится сбоку, справа от роженицы, лицом к ее голове. Обе руки с прикасающимися друг к другу пальцами кладет плоско на живот выше пупка, а в случае надобности—и под ребер-



ной дугой; слегка нажимая, погружает руки вглубь; при этом ясно ощущается дно матки. По высоте стояния дна матки можно определить срок беременности, этим же приемом можно определить крупную часть плода (чаще тазовый конец), помещающуюся в дне матки.

Второй прием (рис. 60) устанавливает расположение спинки и мелких частей плода. Врач сидит так же, как и при первом приеме, только руки его лежат не на дне матки, а по обеим сторонам, причем концы пальцев обращены к лицу роженицы. Обе руки лежат своими ладонными поверхностями на стенках живота. Пальпация производится таким образом, что сначала одна рука, положим, левая, остается спокойно на одном месте, в то время как правая скользит по боковой поверхности матки. Слегка согнув пальцы, врач правой рукой производит небольшое давление на стенку матки, затем повторяет этот маневр выше и ниже. Закончив ощупывание

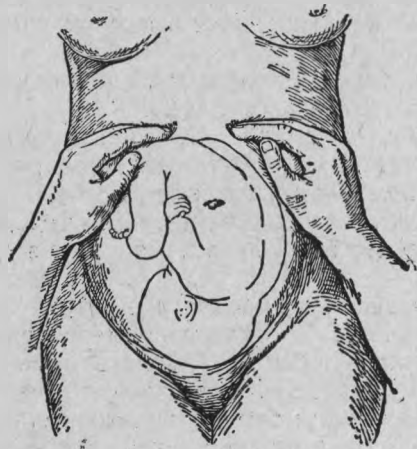


Рис. 59. Наружное исследование беременной, resp. роженицы. Первый прием.



Рис. 60. Наружное исследование беременной, resp. роженицы. Второй прием.

левой стенки матки правой рукой, он спокойно кладет последнюю на стенку матки, а левой рукой продельывает те же манипуляции и в таком же порядке, что и правой. На той стороне, где лежит спинка, под рукой получается ощущение равномерной площадки. На противоположной стороне, где располагаются мелкие части, они прощупываются в виде неравномерных небольших возвышений, часто меняющих свое положение; иногда можно заметить быстрые толчкообразные движения. При выполнении второго приема Леопольда следует избегать порывистых движений, которые всегда ведут к схваткам.

Таким образом, вторым приемом Леопольда определяется позиция плода. С помощью этого же приема можно получить представление и о виде позиции плода. Если спинка лежит больше впереди, то ощупать ее легко. Труднее или совсем невозможно ощупать спинку в том случае, если она лежит полностью кзади. Тогда получается впечатление большого количества мелких частей—обстоятельство, которое может создать ложное представление о многоплодной беременности.

Третий прием (рис. 61) следует за вторым и предпринимается с целью установить положение и величину подлежащей части. Врач остается сидеть так же, как при выполнении первого и второго приема. Одну руку, правую или левую, сводит вниз до лонного соединения и кладет таким образом, что большой палец находится на одной стороне, а четыре остальных—на

другой стороне нижнего маточного отрезка. Если предлежащей частью является головка, то исследующая рука получает ощущение круглого шара, плотного, не слишком объемистого. При тазовом предлежании при исследовании определяется обычно более объемистая часть, более мягкой консистенции и во всяком случае не круглая. При поперечных, геср. косых, положениях предлежащая часть не прощупывается. При головном предлежании, помимо этого, можно определить баллотирование предлежащей части. Проникая осторожно пальцами вглубь над лонным соединением, врач старается короткими толчками сдвинуть предлежащую часть с места. Пальцы при этом получают ощущение баллотирования. Это впечатление тем отчетливее, чем выше над входом в таз стоит головка. Если головка стоит плотно во входе в таз, то баллотирования, понятно, не получается. При тазовом

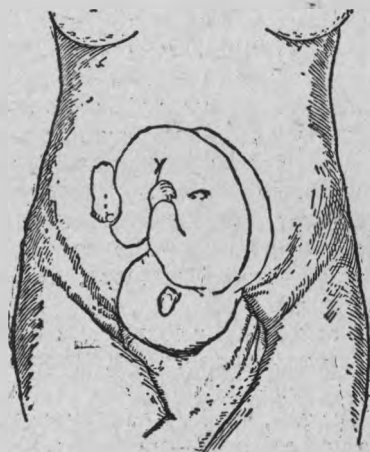


Рис. 61. Наружное исследование беременной, геср. роженицы. Третий прием.

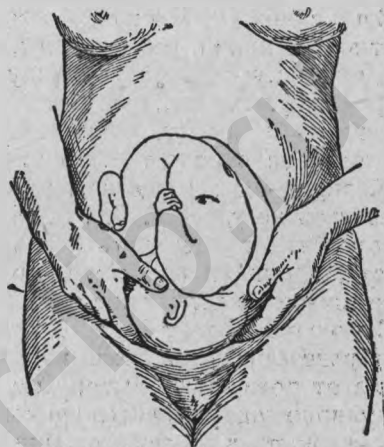


Рис. 62. Наружное исследование беременной, геср. роженицы. Четвертый прием.

предлежании, в силу того, что ягодицы находятся с туловищем в более широкой связи, чем головка, баллотирование также отсутствует.

Выполняя третий прием Леопольда, следует избегать сильного надавливания и резких движений, так как это вызывает боли и рефлекторное напряжение мышц брюшного пресса.

Четвертый прием (рис. 62) является дополнением к третьему. В тех случаях, когда предлежащая часть уже вступила в таз, этот прием заменяет третий. Теперь врач поворачивается лицом уже к ногам женщины. Руки кладет на брюшные стенки так же, как и при втором приеме, с той лишь разницей, что концы пальцев доходят почти вплотную к симфизу. Пальцы начинают осторожно проникать вглубь, в брюшную полость. Во избежание болезненности и рефлекторного напряжения брюшных стенок сгибать пальцы при проникновении вглубь не следует; их надо держать вытянутыми, причем все движения должны быть медленными, осторожными. При правильном выполнении этого приема и благоприятных условиях четвертый прием Леопольда является одним из лучших способов определения положения уже вступившей в таз головки. С помощью этого приема удается проследить постепенное опускание головки в полость таза, а также установить местонахождение лобика, затылка, плечиков и пр., словом, проследить динамику продвижения головки по родовому каналу.

В некоторых случаях обычное наружное исследование по Леопольду оказывается недостаточным (чересчур толстая брюшная стенка, сильно

напряженные брюшные покровы, чрезмерно растянутая матка, не позволяющая ощупать головку, и пр.). Приходится прибегать к другим способам, дополняющим и заменяющим наружные приемы Леопольда. Среди них заслуживают внимания следующие.

**С п о с о б П и с к а ч е к а.** Обернув стерильной марлей указательный и средний пальцы правой руки (встать справа от роженицы), врач приставляет их к латеральному краю средней части правой большой губы, производя ими давление, как бы желая завернуть эту область за ветвь лонной дуги. Не входя, таким образом, в просвет влагалища, идут вглубь параллельно влагалищной трубке до встречи с головкой. При некотором навыке и известной осторожности можно избежать нежелательного соскальзывания пальцев и возможного их попадания во влагалище. Пальцы могут достигнуть головки только в том случае, если она уже находится в полости таза.

**С п о с о б Ш в а р ц е н б а х а.** Роженица лежит на левом боку. Врач стоит за ее спиной, располагая ладонь правой руки таким образом, чтобы концы пальцев находились между копчиком и заднепроходным отверстием. Во время паузы врач старается концы этих четырех пальцев медленно провести вглубь и кверху, нащупывая короткими ударами твердую головку, находящуюся в полости таза или его выходе. Если головка наибольшей своей окружностью еще не прошла вход в таз, ее приемом Шварценбаха определить не удастся. Г. Г. Гентер рекомендует при выполнении приема Шварценбаха производить левой рукой добавочное давление со стороны живота, проникая над лоном по направлению тазовой полости, что дает более точное представление о высоте стояния головки.

**С п о с о б Г е н т е р а.** Роженица лежит на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами при приподнятом тазе (польстер<sup>1</sup>). Врач стоит справа от роженицы. Вытянутые пальцы правой руки его располагаются циркулярно вокруг заднего прохода роженицы так, чтобы I палец упирался в промежность, в область *centrum tendineum perinei*, а IV—в область задней промежности, между задним проходом и копчиком. Вне схватки врач производит медленное, постепенно усиливающееся давление вглубь по направлению тазовой полости, т. е. навстречу опускающейся головке. Головка, стоящая во входе в таз, этим приемом не определяется. Если она стоит в широкой части полости таза, до нее дойти можно, но с большим трудом.

Если с помощью приемов Леопольда не удастся установить подлежащую часть, врач должен произвести внутреннее исследование.

В интересах профилактики послеродовых заболеваний, чтобы ограничить применение внутреннего влагалищного исследования со всеми его опасностями, было предложено ректальное исследование. Стремление ограничить частоту внутреннего исследования при родах закононо. С этой точки зрения исследование через прямую кишку, произведенное опытной рукой после предварительной опорожняющей клизмы, может в известных случаях иметь некоторое преимущество перед внутренним влагалищным исследованием. Но врач не должен переоценивать значения наружного и ректального исследования и всегда обязан помнить о тех показаниях, при которых требуется применение влагалищного исследования.

Обладая известным преимуществом перед внутренним исследованием в смысле ограждения полового канала роженицы от внесения инфекции, ректальное исследование имеет и ряд существенных недостатков. Прежде всего по ясности и точности получаемых данных ректальное исследование, несомненно, уступает влагалищному (у хороших, опытных врачей ошибки определяются примерно в 20%). Далее нельзя переоценивать значение ректального метода в отношении предупреждения опасности заноса микробов в полость матки. Исследующий *per gestum* палец, окутанный задней стенкой влагалища с ее обильной и не всегда безобидной флорой, при продвижении дальше вглубь, по направлению канала шейки, неизбежно создает условия для за-

<sup>1</sup> Твердая подушка —валик.

носа микробов с влажной стенки в верхние отделы полового тракта. Наконец, после ректального исследования (понятно, в перчатках) руки акушера, как показывают бактериологические исследования, остаются все же загрязненными. У себя в клинике мы применяем ректальное исследование только в исключительных случаях (при экземах и язвенных процессах на наружных половых органах и пр.). Противопоказанием для применения ректального исследования следует считать гоноррею и забодвание прямой кишки.

6. **Жив ли плод и не угрожает ли ему асфиксия?** Судить о жизни плода по его движениям нельзя. Наиболее важным объективным признаком жизни плода, а также угрожающей ему асфиксии является прослушиваемое через брюшные стенки сердцебиение. На описании этого признака следует остановиться несколько подробнее.

Схема прослушиваемых звуков и шумов у беременных представлена в табл. 3.

Таблица 3

| Звуки и шумы      | Исходящие от плода                    | Исходящие от матери                      |
|-------------------|---------------------------------------|--|
| Ритмические звуки | Сердцебиение: 120—150 ударов в минуту | Пulsь: 70—80 ударов в минуту             |
| Ритмические шумы  | Шум пуповины: 120—150 раз в минуту    | Шум маточных сосудов: 70—80 раз в минуту |
| Аритмические шумы | Движения плода                        | Перистальтические движения кишечника     |

При прослушивании сердцебиения часто можно слышать шум, происхождение которого следует искать в пуповине. В последние месяцы беременности, кроме сердцебиения плода и шума пуповины, прослушивается, особенно по обеим сторонам матки, шум, исходящий из расширенных сосудов стенки матки. Но, кроме сердцебиения, шума пуповины и шума материнских сосудов, иногда прослушиваются еще два шума, из которых один зависит от движений плода, а другой—от перистальтики кишечника.

Для выслушивания сердцебиения плода применяют трубку с широкой воронкой, чтобы воспринять сердцебиение по возможности с большей поверхности. При выслушивании сердцебиения следует иметь в виду, что грудка плода, за исключением случаев лицевого предлежания, не вплотную прилегает к стенке матки. Поэтому сердцебиение лучше выслушивать на той стороне, где лежит спинка; там акустические условия более благоприятны. При выслушивании сердцебиения необходимо руководствоваться следующими правилами.

1. При затылочных предлежаниях сердцебиение выслушивается вблизи головки ниже пупка на той стороне, куда обращена спинка. При задних видах сердечные тоны лучше выслушиваются сбоку живота по передней аксиллярной линии.

2. При лицевых предлежаниях сердцебиение выслушивается ниже пупка с той стороны, где лежит грудка (при первой позиции—справа, при второй—слева).

3. При поперечном положении сердцебиение прослушивается хорошо около пупка, ближе к головке.

4. При предлежании тазовым концом сердцебиение лучше прослушивается выше пупка, вблизи головки, на той стороне, куда обращена спинка.

С развитием родовой деятельности и изменением положения головки, а также спинки меняется и локализация сердцебиения. Если предлежащая часть уже вступила в таз, сердечные тоны выше пупка никогда не прослу-

шиваются. Перед пререзыванием головки сердцебиение плода надо выслушивать ниже середины, между пупком и лобком.

Сердцебиение плода в среднем равняется 120—150 ударам в минуту, причем при нормальном ритме первый тон бывает акцентирован. Во время схваток всегда имеется физиологическое замедление сердцебиения плода. Пока пузырь цел, это замедление едва заметно, но в периоде изгнания, особенно при сильных схватках, оно бывает выражено довольно резко. Замедление сердцебиения плода во время схватки объясняется сдавлением сосудов, снабжающих кровью всю плаценту. Таким образом, особое значение имеет выслушивание сердцебиения плода во время пауз. Правило: сердцебиение пло-

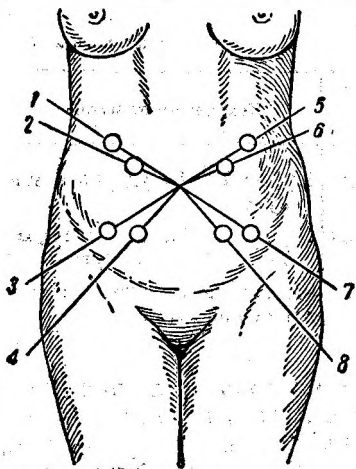


Рис. 63. Места, где наиболее ясно прослушивается сердцебиение плода при различных его предлежаниях.

1, 2—при ягодичном предлежании (вторая позиция); 3, 4—при головном предлежании (вторая позиция); 5, 6—при ягодичном предлежании (первая позиция); 7, 8—при головном предлежании (первая позиция).

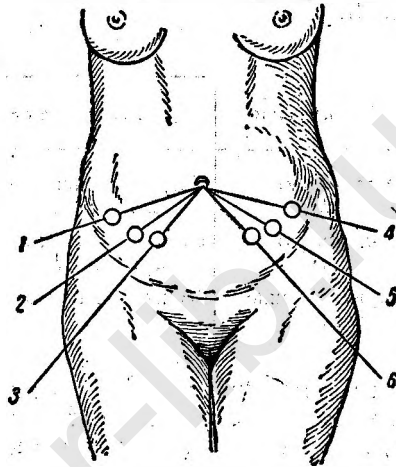


Рис. 64. Места, где наиболее ясно прослушивается сердцебиение плода при лобном, гесп. лицевом, предлежаниях.

1, 2, 3—первое лицевое предлежание (2), передний вид (1) (подбородок к лону); задний вид (3) (подбородок к крестцу); 4, 5, 6—второе лицевое предлежание (5), передний вид (4), задний вид (6).

да в промежутках между схватками должно быть не ниже 100 и не выше 150 ударов в минуту.

Если у плода начинается внутриутробная асфиксия, это немедленно сказывается на сердцебиении. В таких случаях физиологически замедленное сердцебиение во время схваток остается замедленным и вне схваток, в промежутках между ними. Если сердцебиение плода меньше 100 ударов в минуту, это явление следует считать угрожающим, особенно если оно оказывается стойким. Опасно и ускорение сердцебиения выше 150 ударов в минуту. Но, кроме замедления или ускорения сердцебиения, об асфиксии плода будет говорить усиление второго тона, переменчивость в акцентуации и так называемый ритм галопа.

Кроме этих явлений со стороны сердца, необходимо обращать внимание еще на два факта, которые иногда указывают на начинающуюся асфиксию плода: отхождение мекония при головных предлежаниях и резко судорожные движения плода.

О внутриутробной смерти плода будут свидетельствовать при внутреннем исследовании такие признаки: отсутствие головной опухоли, болтающиеся, как в мешке, кости черепа и отсутствие пульсации в пуповине.

7. Доношен ли плод и какова его величина? Кроме анамнеза существенное значение имеет измерение тазомером размеров плода. В случае надобности можно применить приемы, служащие для определения соответствия головки тазу (стр. 137—138). Не мешает напомнить, что с каждым последующими родами (по крайней мере до 6—8-го ребенка) можно ожидать прибавки в весе плода на 150—200 г.

8. Имеются ли отклонения в положении плода, его членорасположении; как встала головка и пр.? Данные, касающиеся этого вопроса, рассматриваются в главе о вариантах механизма родов (стр. 63—82).

9. Каковы размеры таза (методика измерения таза у беременной женщины). Акушеру необходимо хорошо знать и владеть методикой измерения таза у беременной женщины. Тщательное и точное измерение таза позволяет ему составить себе представление о его размерах, о соответствии, resp. несоответствии, между размерами таза и размерами головки плода, другими словами, в какой-то мере дает возможность поставить прогностику родов и даже наметить формы акушерского вмешательства, если оно потребуется.

Мы уже говорили, что малый таз недоступен измерению. Поэтому с давних пор врачи судят о его форме и величине по размерам большого таза, которые находятся в известном соответствии с размерами малого таза. Понятно, делать заключение о размерах малого таза можно только приблизительно.

Для измерения таза пользуются особым прибором, тазомером, представляющим собой род большого циркуля со шкалой. Наиболее употребительны две модели тазомера: с неперекрещивающимися ножками (рис. 65) и с перекрещивающимися ветвями. Портативнее и удобнее вторая модель.

В большом тазу при помощи тазомера принято измерять четыре размера.

1. *Distantia spinarum*—расстояние между *spina anterior superior* той и другой стороны; в норме составляет 25—26 см.

2. *Distantia cristarum*—расстояние между наиболее удаленными точками гребешков подвздошных костей; равняется 28—29 см.

3. *Distantia trochanterica*—расстояние между вертелами обеих бедренных костей; равняется 30—31 см.

4. *Conjugata externa* (размер Боделока)—расстояние между крестцовой ямкой (ямка под остистым отростком V поясничного позвонка) и верхним краем лонного сочленения; в среднем равняется 20—21 см.

В последнее время, помимо наружной конъюгаты, пользуются так называемой боковой конъюгатой, которая определяется расстоянием между передней и задней осями подвздошных костей (*spina anterior superior et posterior superior ossis ilei*) одной и той же стороны. В норме боковая конъюгата равна 14—15 см и выше. При тазах с боковой конъюгатой, равной 12,5 см и ниже, родоразрешение невозможно (Г. Г. Гентер).

Методика измерения первых трех указанных размеров очень проста. Женщина лежит на кровати, на спине, с вытянутыми ногами. Ножки тазомера измеряющий захватывает большими и указательными пальцами таким образом, чтобы кончики пальцев вплотную прилегли к пуговкам тазомера.

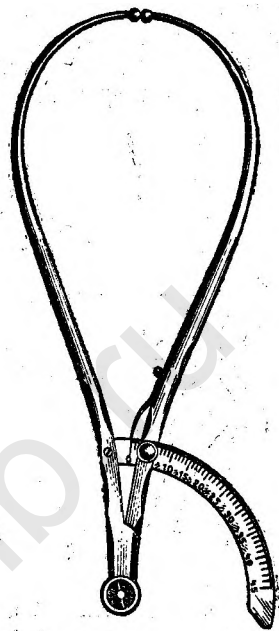


Рис. 65. Тазомер.

Пуговки надо обязательно ставить на наружную поверхность верхушек остей (*spinae ossis ilei*) и на наружные поверхности гребешков (*cristae ossis ilei*) подвздошных костей.

На основании цифр, полученных при измерении первых трех наружных размеров, можно судить о поперечнике входа в таз у женщины. Чтобы получить цифровые выражения для поперечника входа в малый таз, надо из величины размера *distantia cristarum* вычесть 14—15 см.

Важно отметить также, что в нормальных тазах отношение размеров между *distantia spinarum* et *distantia cristarum* всегда остается величиной

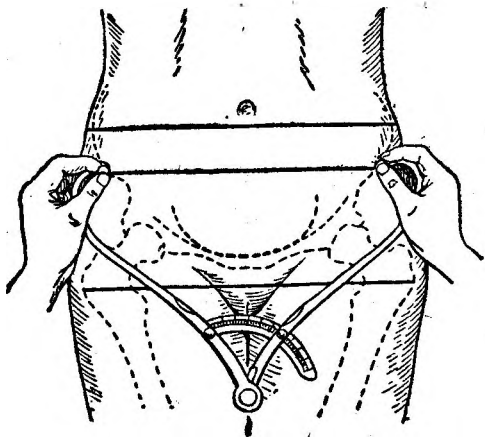


Рис. 66. Измерение поперечных размеров большого таза.

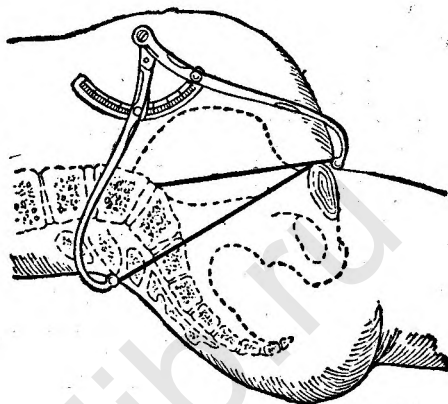


Рис. 67. Измерение наружной конъюгаты. Измерение происходит в положении на боку, причем нижняя нога женщины должна быть согнута под прямым углом, а верхняя—вытянута.

постоянной. Обычно между ними имеется разница в 3 см. Это надо помнить. При неправильных тазах (плоские, рахитические) отношения другие: разница между указанными двумя размерами уменьшается, иногда она может даже сойти на нет, а в некоторых случаях размер между остями превосходит длиной размер между гребешками.

Измерение наружной конъюгаты производится в положении на боку, причем нижняя нога женщины должна быть согнута под прямым углом, а верхняя вытянута. Одну ножку тазомера ставят на середину верхнего края симфиза, а другую—в надкрестцовую ямку.

Чтобы найти эту ямку, особенно когда остистый отросток V поясничного позвонка прощупывается плохо, можно воспользоваться ромбом Михаэлиса, который у хорошо сложенных, не особенно полных женщин имеет ясные очертания.

Ромб не у всех хорошо выражен, а поэтому им не всегда можно пользоваться при измерении наружной конъюгаты. Удобнее при отыскивании задней точки наружной конъюгаты (надкрестцовой ямки) пользоваться таким приемом: проводится горизонтальная линия, соединяющая верхние края гребней подвздошных костей (*cristae ossis ilei*) обеих сторон; точка по средней линии, расположенная ниже проведенной линии на два поперечных пальца, и будет надкрестцовой ямкой. Местоположение этой точки по отношению к указанной линии сильно колеблется.

В нормальном тазу размер наружной конъюгаты равняется 20—21 см. Чтобы получить размер истинной конъюгаты, надо из наружной вы-

часть 8—9 см. Такое измерение дает общее понятие о прямом размере входа в таз.

Безусловного соответствия между наружной конъюгатой и размерами истинной конъюгаты не существует. При одинаковой наружной конъюгате размеры истинной конъюгаты могут колебаться в пределах 5 см (Б.А. Архангельский).

Чтобы иметь представление о величине косых размеров малого таза, производят следующие наружные измерения: 1) расстояние от середины верхнего края симфиза до задней верхней ости (*spina posterior superior*) той и другой стороны (17,5 см); 2) расстояние от *spina anterior superior* одной стороны до *spina posterior superior* другой (21 см); 3) расстояние от остистого отростка V поясничного позвонка до передне-верхней ости той и другой подвздошной кости (18 см).

Каждые измеренные попарно расстояния сравниваются попарно. Если разница между размерами каждой пары больше 1,5 см, значит имеется такое косое сужение таза, которое может отразиться на течении родов.

Парные измерения не позволяют делать прямые выводы о косых размерах малого таза. Они могут лишь указывать на асимметричную форму таза при неравных размерах обеих сторон.

**Ромб Михаэлиса.** Ромбом Михаэлиса называют расширенное углубление в крестцовой области, которое можно видеть при осмотре женщины сзади. Оно ограничено четырьмя точками: сверху—ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка (надкрестцовая ямка), внизу—началом ягодичной складки (верхушка крестца), с боков—вдавлением на месте задних верхних остей (*spinae posteriores superiores*) обеих подвздошных костей.

В идеале ромб имеет вид почти правильного квадрата, в котором все углы прямые. Длинник ромба (вертикальная диагональ) по размеру примерно соответствует величине истинной конъюгаты. Поперечная диагональ (расстояние между правой и левой осями подвздошной кости, в норме равное 10 см) делит такой идеальный нормальный ромб на два одинаковых по величине треугольника, сложенных своими основаниями. При узких тазах видны и другие формы ромба. Так, при равномерно суженном тазе, благодаря сужению поперечника ромба, последний весь (*in toto*) вытягивается в длину в сторону вертикальной диагонали (в норме она равна 11 см), в силу чего верхний и нижний углы его становятся острыми, а боковые, наоборот, тупыми. При плоских тазах существуют обратные отношения: боковые углы ромба острые, а верхний и нижний—тупые. Помимо этого, в таких тазах ясно выступает разница в размерах обоих треугольников (уменьшен верхний треугольник). При резко деформированных рахитических тазах верхний угол почти доотказа сближается с основанием верхнего треугольника.

**Измерение истинной конъюгаты.** Наружное измерение большого таза дает только приблизительное представление о размерах входа в малый таз, в частности, о величине наиболее важного его размера—истинной конъюгаты. Об этом говорят многочисленные клинические наблюдения.

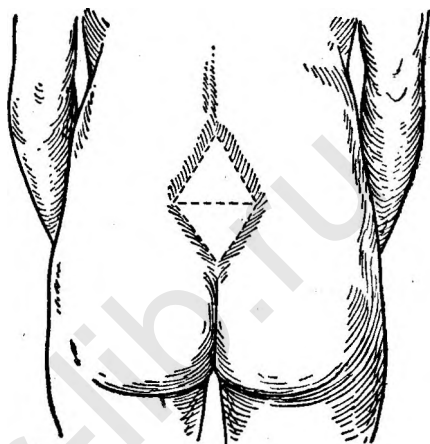


Рис. 68. Ромб Михаэлиса.



Вот почему важно знать и уметь измерять истинную конъюгату. Измерение ее производится: 1) непосредственно (прямое определение), 2) по так называемой диагональной конъюгате и 3) по наружной конъюгате (описано выше).

Иногда удается (при тонких растянутых брюшных стенках) непосредственно измерить истинную конъюгату (в первые месяцы беременности) через брюшную стенку, поставив ножку тазомера на промонторий и на верхний край симфиза.

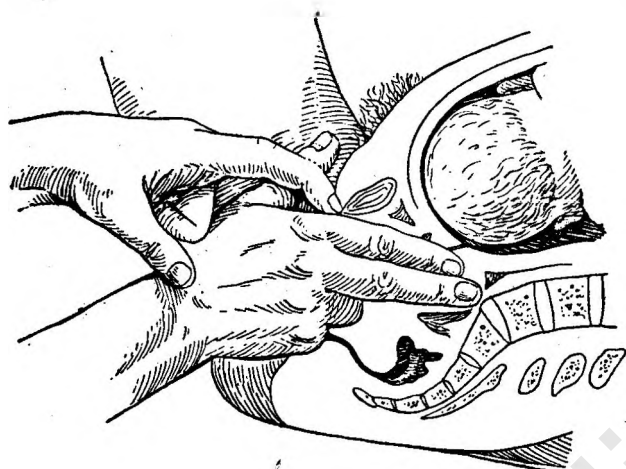


Рис. 69. Измерение диагональной конъюгаты.

В последнее время были сделаны попытки использовать для точного измерения конъюгаты рентгенографию<sup>1</sup>.

Для непосредственного измерения истинной конъюгаты были предложены специальные приборы, которые, однако, не получили широкого распространения в практике (сложность и болезненность их применения, возможность заноса инфекции и др.). Практический врач до сих пор пользуется старым способом определе-

ния истинной конъюгаты непрямым путем, по так называемой диагональной конъюгате.

Измерение это делается таким образом. Раньше устанавливается размер диагональной конъюгаты, т. е. наикратчайшее расстояние, которое отделяет мыс от нижнего края лонного соединения. Во влагалище вводят два пальца. Стараются, низко опуская локоть, дотронуться кончиком среднего пальца середины мыса. Когда кончик пальца достигнет промونتория, ногтем указательного пальца левой руки отмечают на указательном пальце правой руки, лежащим под симфизом, то место, где последний непосредственно соприкасается с нижним краем лонного соединения. После этого пальцы выводят и тазомером или измерительной тесьмой отсчитывают расстояние от метки на указательном пальце до конца ногтевой фаланги среднего пальца. Это и будет размер диагональной конъюгаты. При нормальных тазах палец не достигает мыса. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной вычитают 1,5 см. Эта цифра колеблется в зависимости от высоты мыса и наклона лонного соединения.

При высоком симфизе, более наклонном стоянии к плоскости входа и низким расположении его относительно мыса крестцовой кости из величины диагональной конъюгаты вычитают максимальную цифру (2 см).

Самое тщательное измерение диагональной конъюгаты не гарантирует акушера от неизбежной ошибки при попытке получить верное и точное представление о размерах истинной конъюгаты. Нельзя не напомнить о высказываниях Б. А. Архангельского по данному вопросу. Невозможность полу-

<sup>1</sup> П. А. Белошапко и С. Я. Шахтмейстер, Клиническая оценка рентгенологической пельвиометрии, Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 28—33.

читать всегда точный размер истинной конъюгаты он объяснял двумя моментами: 1) измеряя диагональную конъюгату, легко на практике допустить ошибку в 0,5 см; 2) при одинаковой диагональной конъюга-

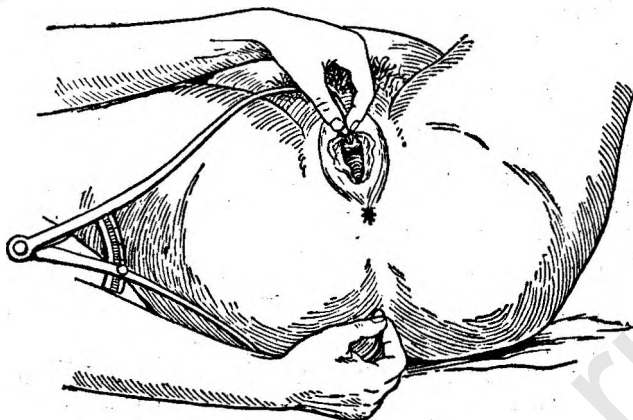


Рис 70. Измерение прямого размера выхода таза.

те размеры истинной конъюгаты, если толщина симфиза различна, могут колебаться в пределах 1,5 см. Пример: при диагональной конъюгате в 12 см (в действительности она может быть 12,5 или 11,5 см) истинная конъюгата может быть равной 11 и 9 см, т. е. в одних случаях это будет *conjugata vera* обычного размера (нормальная), в других она будет указывать на известное сужение таза.

Измерение размеров выхода таза. Измерение прямого и поперечного размеров выхода таза понятно из рис. 70 и 71. Измеряя прямой размер выхода таза, кончики тазомера помещают снаружи на вершину копчика и на нижний край симфиза. При измерении поперечника выхода таза пуговки тазомера устанавливаются на внутренние поверхности седалищных бугров (применяется тазомер с перекрещивающимися ветвями). Для определения истинного прямого размера выхода таза из полученной цифры вычитают 2 см (на толщину костей и мягких частей). При измерении поперечного размера выхода к найденной величине, наоборот, прибавляют 2 см (настоящая длина поперечного диаметра преуменьшена на толщину мягких частей). Наконец, известное значение имеет определение формы лонной дуги (величины лонного угла) (рис. 72).

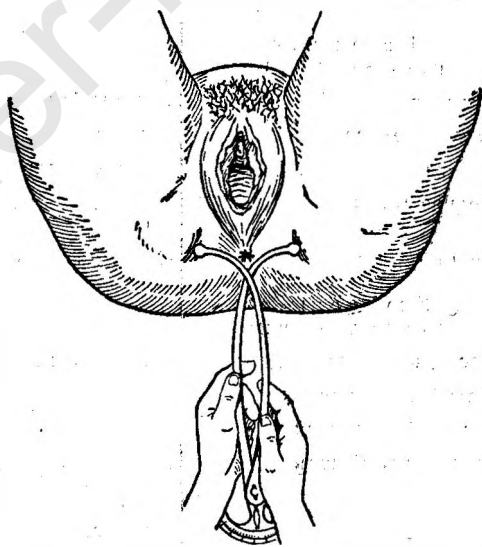


Рис. 71. Измерение поперечного размера выхода таза.

10. Нет ли осложнений, которые могут повести к нарушению течения родового акта или к ухуд-

шению общего состояния роженицы? Сюда следует отнести как заболевания общего характера (болезни сердца, легких, почек и пр.), так и аномалии специального свойства (например, placenta praevia и др.).

Разумеется, все эти осложнения могут быть выявлены только путем тщательного анализа данных анамнеза, подробного общего и акушерского исследования и систематического наблюдения во время родов за общим состоянием роженицы и течением родового акта.

В заключение приводим таблицу опознавательных признаков для разграничительного распознавания затылочных предлежаний (табл. 4).

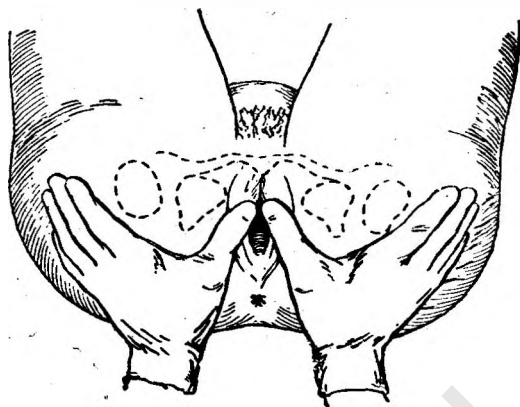


Рис. 72. Определение формы и размеров лонной дуги.

Таблица 4

*Опознавательные признаки при распознавании затылочных предлежаний*

| Плод и его части               | Первая позиция   | Вторая позиция                                   |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Наружное исследование</b>   |  |  |
| Головка                        | Над симфизом   | Над симфизом                                     |
| Тазовый конец                  | В дне матки  | В дне матки                                      |
| Спинка                         | Слева спереди  | Справа спереди                                   |
| Мелкие части                   | Справа, вблизи тазового конца  | Слева, вблизи тазового конца                     |
| Сердцебиение                   | Слева ниже пупка   | Справа ниже пупка                                |
| <b>Внутреннее исследование</b> |  |  |
| Проводная точка                | Малый родничок   | Малый родничок                                   |
| Малый родничок                 | Слева  | Справа   |
| Большой родничок               | Справа   | Слева  |
| Стреловидный шов               | При синклитическом вставлении—в поперечном размере. Редко—негелевское наклонение | То же  |
| Предлежащая теменная кость     | Правая   | Левая  |
| Стояние головки в полости таза | Стреловидный шов в правом косом (стоит косо, как рукописная буква)               | В левом косом                                    |
| Плечики                        | В левом косом  | В правом косом                                   |
| Наружный поворот головки       | Лицом к правому бедру матери   | Лицом к левому бедру матери                      |
| Головная опухоль               | На правой теменной кости, ближе к малому родничку                                | На левой теменной кости, ближе к малому родничку |

## ВЕДЕНИЕ РОДОВ

### ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ

Каждый период родового акта требует специального наблюдения.

В периоде раскрытия акушер должен бдительно наблюдать за роженицей.

В течение этого периода необходимо следить:

1) за родовой деятельностью (сила, продолжительность, частота и характер схваток);

2) за сердцебиением плода. В периоде раскрытия при целом пузыре не наблюдается обычно особых отклонений в сердцебиении плода. Наоборот, когда воды отошли, особенно до срока, за сердцебиением плода необходимо тщательно следить (считать количество ударов в минуту!), чтобы во-время заметить начинающуюся асфиксию плода и принять соответствующие меры. Акушер должен в периоде раскрытия установить выслушиванием и сосчитыванием нормальный для данного плода тип сердцебиения. Это позволит ему в дальнейшем, в периоде изгнания, иметь отправной пункт для суждения о том, как чувствует себя плод (асфиксия!);

3) за мочевым пузырем и кишечником роженицы; мочевой пузырь должен опорожняться каждые 4 часа, прямая кишка— каждые 8 часов;

4) за температурой и пульсом роженицы. Если роженица жалуется на боли в области крестца, ее кладут на бок. При нормальных родах роженицу следует класть на ту сторону, где лежит малый родничок. Во время пауз между схватками ей разрешается ходить только в том случае, если головка уже стоит неподвижно во входе в таз, во избежание несвоевременного отхождения вод.

Если по окончании периода раскрытия плодный пузырь остается целым, его надо разорвать, причем предварительно следует убедиться, стоит ли головка плотно во входе в таз. Рвать пузырь разрешается только в том случае, если маточный зев полностью (или почти полностью) раскрыт и головка плотно стоит во входе в таз.

Более подробно см. в разделе об акушерских пособиях.

### ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

До момента прорезывания головки второй период ведут следующим образом. После разрыва пузыря роженица при всех условиях должна находиться на кровати. Самое главное, что требуется от акушера,—это постоянный бдительный контроль за сердцебиением плода. Не реже чем через каж-

дые 15 минут надо считать сердцебиение и записывать его. На что именно обращать при этом внимание, было указано выше.

В периоде изгнания нередко наблюдается ослабление схваток вследствие утомления маточной мускулатуры, так называемая вторичная слабость схва-

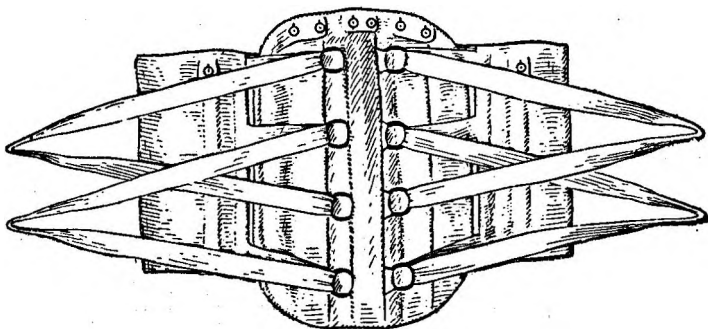


Рис. 73. Бинт Вербова.

ток. Чаше это происходит при наличии значительных препятствий со стороны тазового дна и недостаточности мышц брюшного пресса. Иногда такая слабость схваток наступает перед самым окончанием родов. В этих случаях

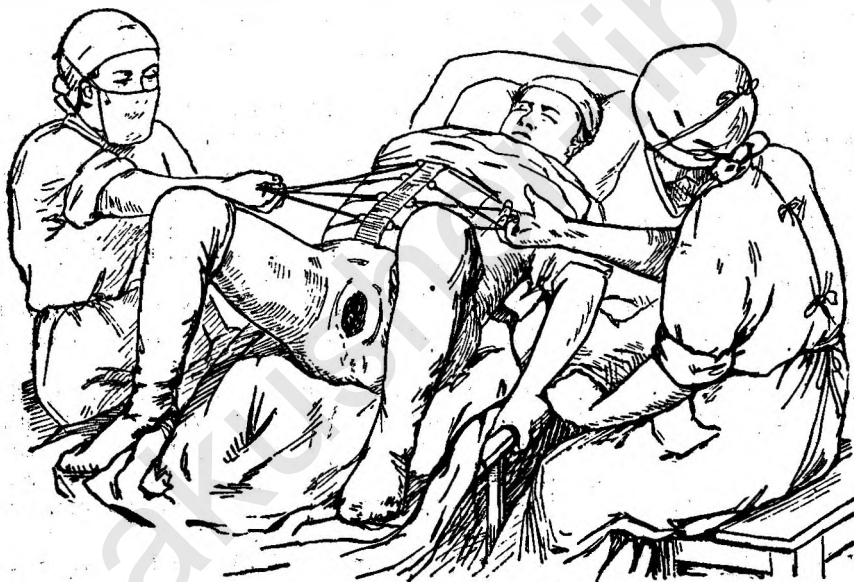


Рис. 74. Применение бинта Вербова.

нередко приходится накладывать типичные (выходные) щипцы. Однако никогда не следует торопиться с наложением щипцов. Можно применить п и т у и т р и н и только в случае неудачи наложить щипцы.

Для облегчения работы матки Я. Ф. Вербов предложил особый бинт (рис. 73). Стягивая живот роженицы, бинт дает матке известную опору и тем самым предупреждает нежелательное чрезмерное выпячивание передней брюшной стенки, которое отмечается во время схваток и потуг. По данным самого автора, а также проверочным клиническим наблюдениям, роды с применением бинта Вербова протекают легче, быстрее, нарушения целости

тазового дна и разрывы промежности встречаются реже. Мы также можем подтвердить благоприятный эффект, который дает бинт Вербова в периоде изгнания, особенно в стадии прорезывания головки. Применение бинта

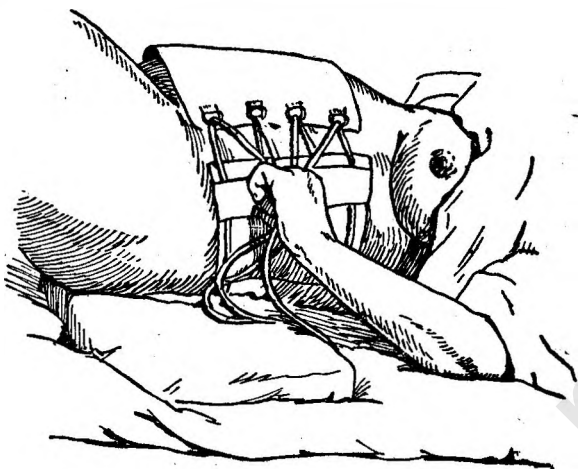


Рис. 75. Применение бинта Вербова.

показано на рис. 74. Бинт затягивается при схватке и распускается после ее окончания. Стягивание живота может регулировать и сама роженица (рис. 75). Вместо бинта Вербова можно воспользоваться простыней или длинным и широким полотенцем (рис. 76).

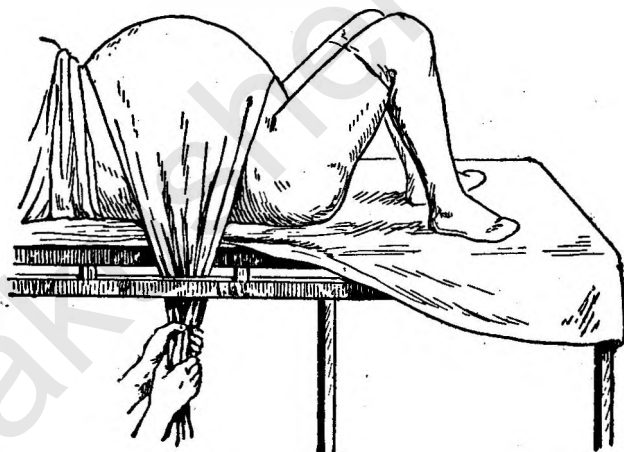


Рис. 76. Импровизация бинта Вербова (из широкого полотенца).

В периоде изгнания, кроме того, надо систематически следить за температурой роженицы, измерять ее каждый час. Повышение температуры на несколько десятых градуса никакого значения не имеет, так как это может быть результатом большого напряжения. Повышение температуры выше  $38^{\circ}$  — уже патологическое явление.

Пульс в периоде изгнания может участиться. Однако пока он остается полным, это не должно вызывать особого беспокойства. Патологическим будет частый и малый пульс (кровотечение).

Наблюдение за мочевым пузырем следует вести так же, как и в периоде раскрытия.

С момента прорезывания головки главная задача лица, ведущего роды, заключается в защите промежности.

### ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ

Защита промежности имеет целью предупредить разрыв ее во время прорезывания головки и плечиков. Чтобы предупредить разрыв промежности, необходимы четыре главных условия:

1) медленное прорезывание головки через вульварное кольцо;

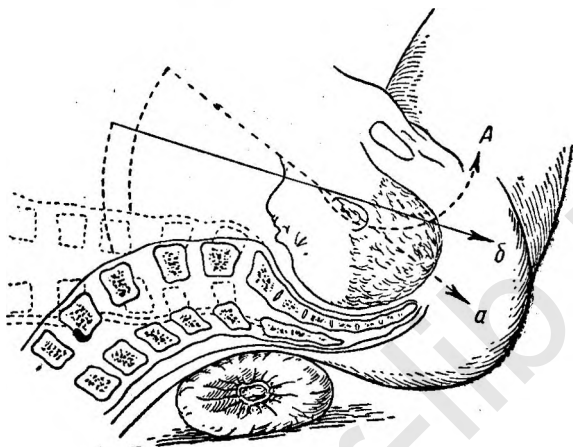


Рис. 77. Подкладывание валика под крестец. При выпрямлении поясничной части позвоночника изменяется направление изгоняющей силы.

A—направление, которое должна принять головка; a—направление изгоняющей силы при уплощении спины; б—направление изгоняющей силы при выпрямленной части позвоночника (подложенный под крестец валик). Направление б благоприятнее в отношении А, чем а.

- 2) прорезывание ее соответствующим наименьшим размером;
- 3) равномерное растягивание тканей вульварного кольца;
- 4) особо внимательное наблюдение за прорезыванием плечиков.

Технически эти условия выполняются следующим образом.

Предварительно проводят ряд подготовительных мероприятий. Прежде всего необходимо соответствующим образом подготовить и проинструктировать роженицу, чтобы она по приказу врача в нужный момент (когда покажется точка фиксации, см. ниже) прекратила потуги (открыла рот и свободно дышала). Если врач не может рассчитывать на благоразумие и дисциплинированность роженицы, следует поставить около нее специальное лицо, няню, которая в требуемый момент зажала бы нос роженицы, чтобы заставить ее глубже дышать и тем самым выключить действие брюшного пресса. Дыхание через рот прекрасно выключает потугу. Защиту промежности мы проводим при положении роженицы на спине. В Англии принято защищать промежность при положении на боку. Первый способ наиболее распространен в континентальных странах Европы: он позволяет лучше соблюдать правила асептики.

Под крестец роженицы следует положить валик (рис. 77). Благодаря валику происходит выпрямление позвоночника, а следовательно, лучше

используются изгоняющие силы. Головка при этом направляется больше кпереди, меньше напирая на промежность.

Основной принцип рациональной защиты промежности заключается в том, чтобы, оказывая пособие при такой защите, совершенно не дотрагиваться до промежности. Иначе говоря, надо вести в настоящем смысле защиту промежности, а не поддержание ее.

Женщина лежит на спине с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами. Под крестцом у нее находится валик, который можно сделать из нескольких сложенных простынь. Приподнятое положение крестца создает лучший доступ к промежности, а кроме того, в благоприятную сторону изменяет направление проводной оси таза (рис. 77). Акушер стоит с правой стороны

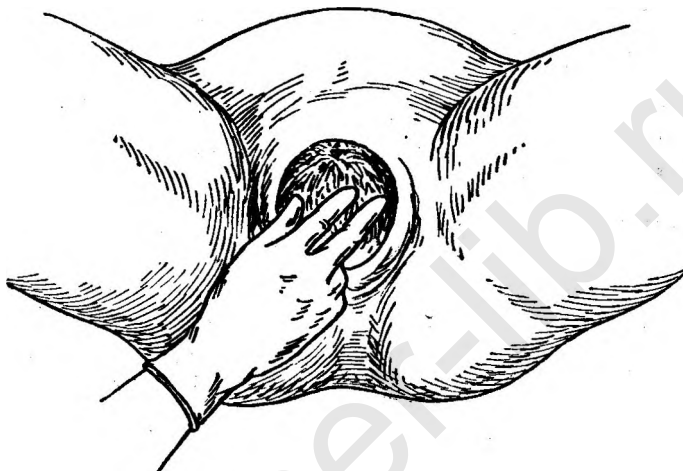


Рис. 78. Защита промежности. Три пальца правой руки задерживают быстрое поступательное движение головки.

роженицы. Пока головка только врезывается, обе его руки должны быть совершенно пассивными. Как правило, защита промежности начинается с того момента, когда головка в паузе между схватками не уходит уже обратно, а остается в вульварном кольце (момент начинающегося прорезывания). Теперь тремя пальцами правой руки (не концами их, а ладонной поверхностью) акушер регулирует, вернее, задерживает быстрое поступательное-разгибательное движение головки, не производя при этом никакого сгибания ее (рис. 78). Эти пальцы все время находятся на прорезывающейся части головки. В тот момент, когда при чрезмерно сильной потуге и схватке правая рука не в состоянии справиться с быстро продвигающейся головкой, акушер должен действовать лежащей на симфизе левой рукой: двумя пальцами этой руки, большим и указательным, он производит сгибание головки в сторону промежности (рис. 79). При прорезывании головки, стремящейся разогнуться, задне-боковые отделы вульварного кольца подвергаются большему растяжению, чем передне-боковые. Чтобы устранить такое неравномерное растяжение, необходимо во время паузы, вне схваток и потуг, делать так называемый заем мягких тканей, т. е. накапливающийся сверху (спереди) избыток тканей вульварного кольца сводить вниз, к промежности. Когда головка прорезалась до точки фиксации—гипомохлиона (при затылочном предлежании это будет подзатылочная ямка), роженице запрещают тужиться.



Следует предупредить женщину, что от ее благоразумия зависит целостность промежности. От момента появления точки фиксации под лонной дугой до момента полного выведения личика из-под промежности роженица должна дышать ртом, избегая напряжения брюшного пресса. Дыхание через рот, как мы говорили, исключает потугу. Выводится головка следующим образом. После того как из-под лона вышел затылочный бугор, вульварное кольцо, его боковые края заводят за теменные бугры. Заправить их легче при схватке, при выключенном брюшном прессе (без потуги), причем это делают двумя пальцами правой руки (большим и указательным, *gesp.* средним). Затем головку захватывают всей левой рукой (в кулак) и постепенно, очень осторожно ее разгибают, правая рука в это время также осторожно сводит заднюю спай-

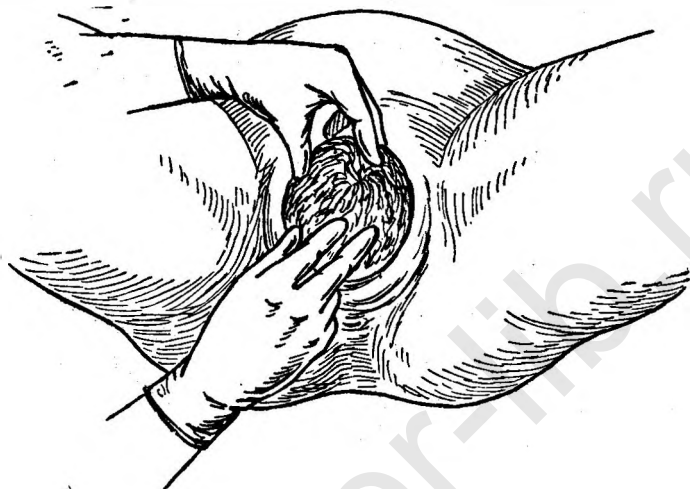


Рис. 79. Защита промежности. При сильной родовой деятельности левая рука помогает правой, делая сгибание головки в сторону промежности.

ку через лобик, а затем и через личико (рис. 80). Если после рождения головки окажется, что пуповина обвита вокруг шеи, следует слегка натянуть пуповину и провести ее через головку, шейка освобождается; в противном случае может произойти задержка в прохождении туловища через вульварное кольцо, а иногда даже преждевременное отделение последа. Если не удастся провести пуповину через головку, ее перерезают между двумя зажимами.

Плечики обычно рождаются без затруднения. При прохождении плечиков растяжение вульварного кольца бывает такое же сильное, как и при прохождении головки, в силу чего необходима не менее тщательная защита промежности. Неопытные врачи и акушерки, забывая это, рвут промежность как раз в момент прорезывания плечиков, уже после того как удачно, без разрыва, провели головку. Особенно надо помнить о возможности предлежания ручки, которая при форсированном, неосторожном выведении плечиков может в один момент разорвать напряженную и еще растянутую до максимума промежность.

При прорезывании плечиков выработаны следующие акушерские приемы. После прорезывания переднего плечика его прижимают плотно к лонной дуге, а промежность осторожно перекачивают (сводят) через второе плечико. В тех случаях, когда рождение плечиков самопроизвольно не происходит, а потуги тоже не ведут к цели, рекомендуется такой прием (рис. 81, 82).

Если личико еще обращено кзади, его поворачивают к соответствующему бедру матери (при первой позиции к правому, при второй—к левому) и, захватив слегка головку обеими руками в области ушей (всякий другой

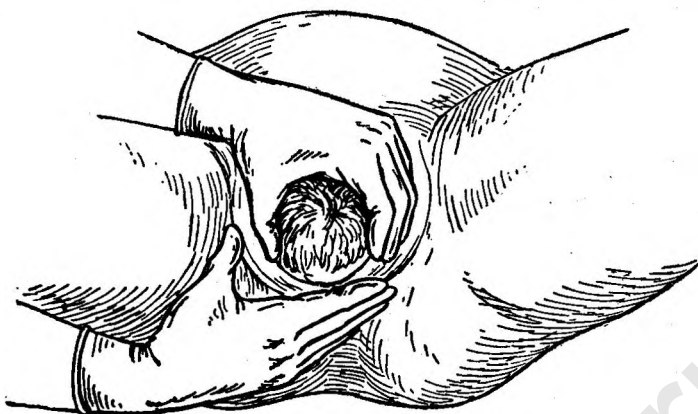


Рис. 80. Защита промежности. Прием во время прорезывания головки. Головка захватывается левой рукой (в кулак), делает медленное разгибание, правая рука осторожно спускает с личика заднюю спайку.

захват опасен, так как приводит к сдавливанию *a. carotis, n. vagus*—рис. 83), нажимают на нее в направлении к промежности (но не тянут!) до тех пор, пока под симфизом не покажется переднее плечико.



Рис. 81. Ручной прием при выведении переднего плечика. Правильный захват головки. Родившаяся головка оттягивается кзади, переднее плечико подходит под лоно.

Если и этот прием не приводит к цели, вводят указательный палец одноименной руки через спинку в подмышечную впадину переднего плечика. Заставляя женщину тужиться, потягивают за плечико, пока оно не покажется под лонной дугой.

Такова в общих чертах техника рациональной защиты промежности. Однако не всегда удастся, даже при умелой защите промежности, избежать ее разрыва. Такие разрывы (их называют «роковыми») чаще наблюдаются у пожилых первородящих женщин с резко ригидными тканями, у женщин с инфантильным тазом, при чрезмерно большой головке, особенно при огечной промежности и пр.

В среднем разрывы промежности у первородящих встречаются в 14—15%. Будучи даже очень незначительными, они представляют сами по себе серьезное осложнение, не говоря о том, что, как и всякая рана в послеродовом периоде, могут служить входными воротами для послеродовой



Рис. 82. Ручной прием при выведении заднего плечика. Правильный захват головки. Головка поднимается вверх, из-за промежности выкатывается заднее плечико.

инфекции. Всякий разрыв промежности, даже зашитый *lege artis*, не всегда дает удовлетворительные результаты в смысле восстановления анатомических отношений. Дело в том, что разрыв начинается еще во влагалище и идет в стороне от *columna rugarum*, возникая сначала на слизистой и кож,

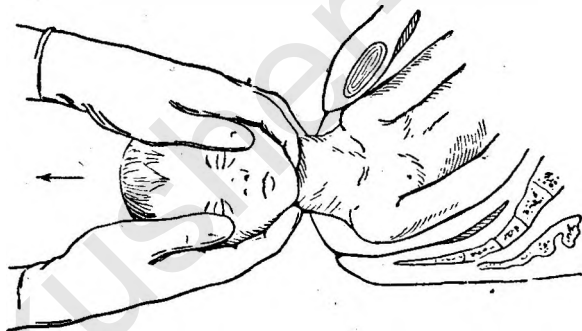


Рис. 83. Неправильный захват головки.

а затем захватывая пучки глубже лежащих мышц и покрывающих их фасций (стр. 407).

Края раны рваные и, вследствие сокращения мышц, смещены. Если зашить разорванную промежность без надлежащего восстановления всех анатомических деталей, получается плохое заживление, а кроме того, зияние вульвы со всеми вытекающими отсюда последствиями.

### Эпизиотомия и перинеотомия

В тех случаях, когда, несмотря на хорошо проводимую защиту, имеется угроза разрыва, рекомендуется делать искусственное расширение вульварного кольца острым путем. Гладкие края разрезанной раны по сравнению с рваными восстанавливаются легче и заживают лучше. Способы

хирургической профилактики разрывов промежности известны под названием эпизиотомии и перинеотомии. Они показаны в тех случаях, когда имеется угроза разрыва промежности. Подобная опасность обычно наблюдается: 1) у старых первородящих с ригидными мягкими тканями, 2) у инфантильных женщин с очень узкой вульвой, 3) при прохождении головки через вульву большой окружностью, например, при лицевых предлежаниях, 4) при чрезмерно большой головке и пр. Во всех указанных случаях легко рвется даже хорошо растяжимая промежность. При оперативных родах, особенно при наложении щипцов, когда головка извле-

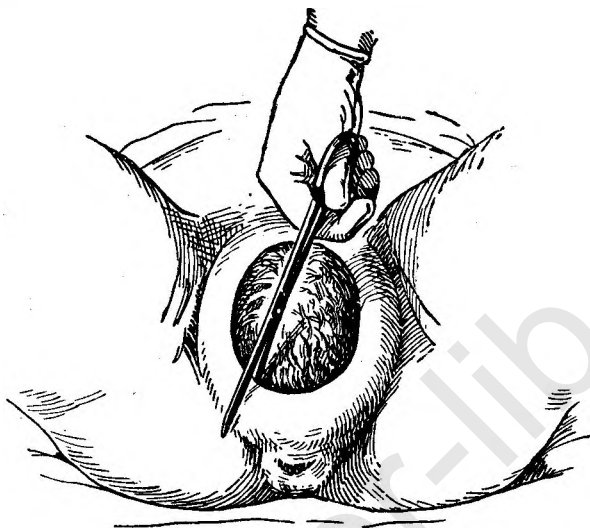


Рис. 84. Эпизиотомия.

кается сравнительно быстро и когда размер ее увеличивается благодаря наложенному инструменту, также может встретиться надобность в разрезе половой щели.

Для производства операции должен быть выбран соответствующий момент. Никогда не следует производить эпизиотомию или перинеотомию слишком рано. Надрез делают тогда, когда промежность достаточно растянута и напряжена, т. е. когда она истончилась, побледнела и сделалась блестящей (готова к разрыву).

Эпизиотомия (рис. 84)—операция кровавого расщирения половой щели—делается на одной стороне (*episiotomia unilateralis*), на 2—3 см выше уздечки, или на обеих сторонах (*episiotomia bilateralis*). Разрез производится с помощью ножниц, длина и глубина его должна быть не менее 2 см. При этом обычно разрезают кожу и часть мышечных пучков констриктора влагаища. По окончании родов, т. е. после рождения последа, на рану накладывают кетгутовые швы (на кожу—шелковые) так же, как это делается при зашивании разорванной промежности.

Перинеотомия (рис. 85). Кюстнер предложил вместо бокового разреза делать срединный разрез промежности<sup>1</sup>. Этот разрез имеет много преимуществ перед эпизиотомией (перинеотомию у нас особенно пропагандировал Отт). Поэтому в настоящее время многие акушеры со-

<sup>1</sup> Идея применения хирургического вмешательства для предохранения промежности от разрыва принадлежит Михаэлису (1810).

вершенно отказались от эпизиотомии в пользу перинеотомии. Преимущества последней в общем заключаются в том, что обычно разрезают только кожу, а мышца и фасция остаются неповрежденными, в силу чего зашить рану очень легко. Кроме того, при надрезе в 3 см длиной, что обычно сделать очень легко, вульварное кольцо расширяется на 6 см, и без дополнительных надрывов головка свободно и легко выходит наружу. При разрезе

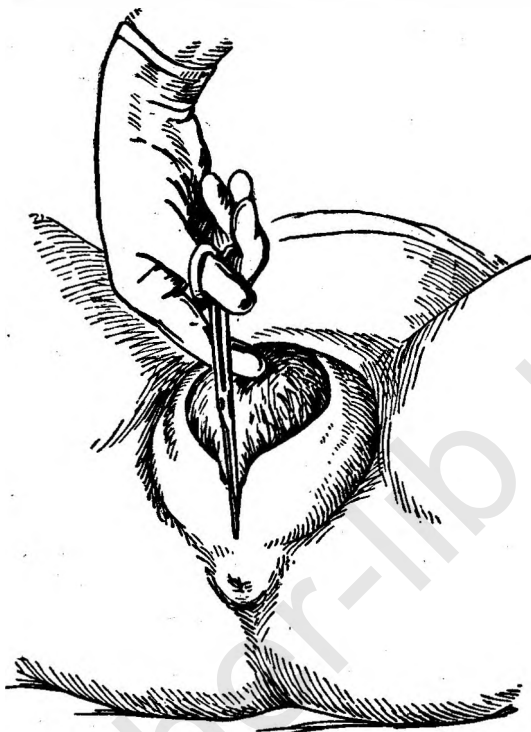


Рис. 85. Перинеотомия.

необходимо следить за тем, чтобы головка после рассечения промежности не слишком быстро прорезывалась (сдерживать ее рукой).

Операция разреза половой щели при родах, особенно перинеотомия, за последнее время в некоторых учреждениях применяется довольно широко, и не только при определенных показаниях, но и как профилактическая мера во время нормальных родов. Мы не разделяем такого увлечения этими операциями, считая, что правильная, рациональная защита промежности является достаточной гарантией ее целостности.

Блестящую критику эпизиотомии дал в свое время Феноменов (см. его «Оперативное акушерство»).

---

---

## **ВАРИАНТЫ ОСНОВНОГО НОРМАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ**

При описании механизма родов мы исходили из положения, что единственно нормальным, физиологическим следует считать механизм родов при затылочном предлежании, когда спинка и затылок плода обращены кпереди. Однако, наряду с нормальным механизмом, могут быть те или другие отклонения—так называемые варианты основного нормального механизма (атипичные физиологические роды). К ним относятся: 1) роды с затылком и спинкой, обращенными кзади (затылочно-крестцовые предлежания), 2) среднее и низкое, resp. глубокое, поперечное стояние головки, 3) вставление головки в прямом размере таза, 4) асинклитическое вставление, 5) чрезмерный поворот плечиков.

### **РОДЫ С ЗАТЫЛКОМ И СПИНКОЙ, ОБРАЩЕННЫМИ КЗАДИ**

Различают два варианта этих родов: задний вид затылочного предлежания и передне-головное (передне-теменное) предлежание. В отношении механизма оба варианта имеют много общего, в силу чего их можно рассматривать в одной группе.

Встречаются такие роды примерно в 1% всех черепных предлежаний.

В качестве этиологических моментов для возникновения этого варианта нормального механизма можно назвать изменения формы и размеров таза, изменения формы и величины головки, а также изменения эластичности мягких частей.

Сущность уклонения от нормального механизма заключается в следующем. Спинка плода, иногда во время беременности, а чаще во время родов, поворачивается кзади, к крестцовой кости. С развитием родовой деятельности головка нередко (по Шаута, в 50%) делает сильный поворот по дуге в 135° и становится затылком под симфизом. Спинка, отставая от головки, после ее поворота тоже направляется вперед. Только в небольшом проценте случаев затылок и спинка остаются сзади, и таким образом ротация головки происходит неправильно: малый родничок поворачивается не вперед, а назад.

### **ЗАДНИЙ ВИД ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ**

Задний вид затылочного предлежания представляет собой вариант нормального механизма при затылочных предлежаниях, при котором спинка и затылок обращены кзади, головка находится в согнутом

п о л о ж е н и и (подбородок плода лежит на грудке), предлежащей частью является область большого родничка. Таким образом, при втором моменте механизма родов (ротации) затылок поворачивается кзади, малый родничок направляется в сторону крестца, большой—в сторону симфиза.



Рис. 86. Роды при заднем виде затылочного предлежания.



Рис. 87. Прорезывание головки при заднем виде затылочного предлежания.

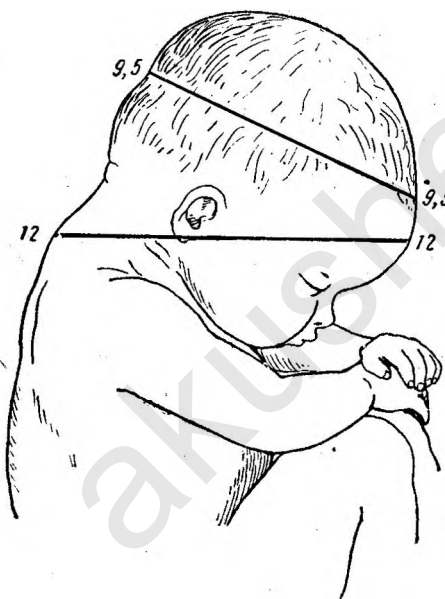


Рис. 88. Размеры, которыми прорезывается головка через вульварное кольцо в заднем виде.

Стреловидный шов, как и в норме, во входе в таз стоит в поперечном размере, в полости таза он совпадает с косым, а на дне таза переходит в прямой размер. При первой позиции стреловидный шов совпадает с левым (вторым) косым размером, при второй—с правым (первым).

Механизм родов при этом виде затылочного предлежания протекает несколько своеобразно. С самого начала головка сильно сгибается: проводной точкой на первых порах является малый родничок. В дальнейшем под лонное сочленение подходит область большого родничка, так что проводной точкой будет, если говорить точно, середина между большим и малым родничками. Схематизируя механизм, мы проводной точкой с приведенной оговоркой будем условно считать при заднем виде затылочного предлежания большой родничок.

Механизм прорезывания. Головка имеет две точки фиксации, два гипомохлиона: один для усиления флексии (сгибания), а другой—для дефлексии (разгибания). Головка врезывается малым родничком, стоящим у промежности. Когда передняя часть головки доходит передним краем большого родничка или же границей волосистой части лба

до лонной дуги, она здесь фиксируется (первый гипомохлион), делая сильное сгибание, чтобы перекачать через промежность затылок до подзатылочной ямки—головка производит максимальное сгибание. Теперь только фиксируется подзатылье в области копчика (второй гипомохлион), головка делает сильное разгибание, высвобождая из-под лонной дуги лобик, личико и подбородок.

Таким образом, механизм родов при заднем виде затылочного предлежания складывается из следующих моментов: 1) сгибания при вступлении в таз, 2) неправильной ротации (малым родничком кзади), 3) дополнительного сгибания при прорезывании и 4) разгибания.

Проводная точка—большой родничок (условно).

Точки фиксации (две): 1) передняя—граница волосистой части лба и 2) задняя подзатылочная ямка.

Прорезывающаяся окружность—*circumferentia suboccipito-frontalis* (33 см)—соответствует среднему косому размеру (*diameter suboccipito-frontalis*).

Конфигурация головки при заднем виде затылочного предлежания долихоцефалическая с резким вдавлением в области большого родничка. Родовая опухоль располагается на предлежащей теменной кости, ближе к большому родничку.

Поступательное движение головки и ее конфигурация при заднем виде затылочного предлежания происходит чрезвычайно долго, сопровождаясь чрезмерно большой затратой родовых сил.

#### ПЕРЕДНЕ-ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Передне-головное, *resp.* передне-теменное, предлежание принципиально отличается от заднего вида затылочного предлежания, внешне на него похожего, тем, что головка находится в легкой степени разгибания (подбородок несколько отходит от грудки). Таким образом, передне-теменное предлежание представляет собой вариант основного механизма родов при затылочном предлежании, при котором спинка и затылок обращены кзади, головка находится в легкой степени разгибания (подбородок отходит от грудки), предлежащей частью является передняя часть темени.

Бумм и большинство акушеров относят передне-головное, *resp.* передне-теменное, предлежание к разгибательному типу механизма родов.

Здесь уместно сказать несколько слов о так называемом задне-теменном предлежании. Если имеется передне-теменное (передне-головное) предлежание, повидимому, должно существовать и задне-теменное. Темя (волосистая часть головы—*bregma*) делится на две части: переднюю, где располагается большой родничок, и заднюю, на которой помещается малый родничок. И та, и другая часть может быть предлежащей, т. е. располагаться у лона. Если у лонного сочленения стоит передняя часть темени с областью большого родничка, это будет передне-теменное предлежание (при слегка разогнутой головке); если же у лона окажется задняя часть темени, это будет обычное затылочное предлежание, передний вид. Следовательно, задне-головное, *resp.* задне-теменное, предлежания не существует. Такое мнение разделяет большинство акушеров. Только некоторые (в свое время Шаута) придерживаются противоположного мнения, допуская не только теоретически, но и практически (в клинике) возможность образования задне-теменного предлежания: затылок и спинка кпереди, головка слегка разогнута, предлежит (стоит у лона) задняя часть темени (малый родни-



чок). За рубежом в последнее время вопрос о задне-теменном предлежании вновь ставится на обсуждение в дискуссионном порядке.

Передне-теменное предлежание в начальной стадии чаще всего встречается как временное состояние при плоских тазах (является одним из моментов механизма родов при плоском тазе, см. стр. 141). В этиологии стационарного (остающегося на все время родового процесса) передне-теменного предлежания, как уже указывалось, решающую роль играет состояние мягких частей родового канала (тазовое дно), форма и размеры таза, а также форма и величина головки. Особенно часто такое предлежание встречается при малых размерах плода и при мертвом плсде. Помимо того, в качестве предрасполагающих моментов обычно отмечают отвислый живот, прежде-

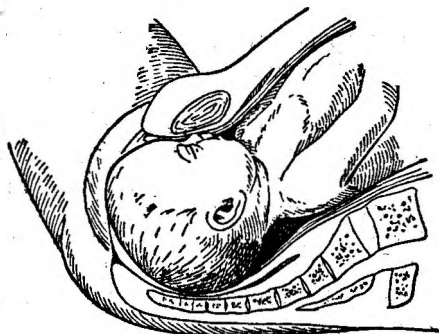


Рис. 89 Прорезывание головки при передне-головном предлежании. Головка фиксируется около первого гипомохлиона.



Рис. 90. Передне-головное предлежание. Головка прodelьвает разгибание (дефлексия) вокруг второго гипомохлиона.

временное отхождение околоплодных вод, многоводие, обвитие пуповины, предлежание ручки при узком тазе и пр.

При передне-головном предлежании, как и при заднем виде затылочного предлежания, спинка и затылок также обращены кзади.

Механизм родов при передне-головном, resp. передне-теменном, предлежании. Головка вступает в таз, как и при нормальном механизме, стреловидным швом в поперечном или слегка в косом размере. Большой родничок стоит в одной и той же горизонтальной плоскости таза, что и малый, или чуть-чуть ниже его. При ротации передняя часть головки плода поворачивается кпереди (вперед теменем) и в то же время опускается ниже. Прodelьвая ротацию, головка в полости таза проходит своим стреловидным швом через те же косые размеры, как и при заднем виде затылочного предлежания.

Механизм прорезывания головки отличается опять-таки теми же особенностями, что и при заднем виде затылочного предлежания. Только точки фиксации, проводная точка и прорезывающаяся окружность головки иные.

Проводной точкой при передне-теменном предлежании является определенно большой родничок. Через вульварное кольцо головка прорезывается окружностью, соответствующей прямому размеру (*circumferentia fronto-occipitalis*—34 см). Во время прорезывания в первую очередь показывается проводная точка—большой родничок—и лобик. Затем прорезывание головки идет до тех пор, пока под лонной дугой не покажется переносье (*glabella*). Фиксируясь в области переносья (гипомохлион) под лонной дугой, головка начинает сгибать-

ся, перекатывая через промежность, в области копчика, затылок вместе с теменными буграми, после чего она начинает разгибаться, высвобождая из-под симфиза личико и подбородок.

Таким образом, механизм родов при передне-головном предлежании складывается из следующих моментов: 1) небольшое разгибание при вступлении и прохождении через таз, 2) неправильная ротация головки (затылком кзади), 3) сгибание головки и 4) наконец разгибание ее.

**Проводная точка**—большой родничок.

**Точки фиксации** (две): 1) область переносья (*glabella*) и 2) затылочный бугор.

**Прорезывающаяся окружность**—*circumferentia fronto-occipitalis* (34 см) соответствует прямому размеру головки (*diameter fronto-occipitalis*).

**Конфигурация головки** брахицефалическая. Если смотреть на головку сбоку, то она выглядит сдавленной в передне-заднем размере (увеличены поперечные размеры) и очень высокой. По форме она напоминает башню. Лобная и затылочная кости задвинуты под теменные, причем передняя теменная—под заднюю. Головная опухоль располагается в области большого родничка на предлежащей теменной кости.

**Диагноз родов** с затылком и спинкой, обращенными кзади.

О заднем виде затылочного предлежания и о передне-головном предлежании следует говорить только тогда, когда головка уже находится надне таза и стоит своим стреловидным швом в прямом размере выхода таза. Пока она находится во входе в таз или в широкой части его полости, всегда возможно исправление предлежания.

Своевременное распознавание описываемого варианта основного затылочного механизма представляет известные трудности. На практике нередко этот вариант правильно распознается только в момент прорезывания головки. Надо помнить, что при внутреннем исследовании при заднем виде затылочного предлежания удастся прощупать только один родничок; большой родничок или совсем не достигается или достигается с большим трудом (стоит очень высоко); при передне-теменном предлежании прощупываются оба родничка, один выше, другой ниже. Кроме того, при передне-головном предлежании все углы большого родничка лежат в одной горизонтальной плоскости, тогда как при заднем виде затылочного предлежания, если при нем прощупывается и большой родничок, передний угол последнего лежит выше заднего.

Во всех случаях, когда в периоде изгнания при нормальном тазе (измерить выход!), хорсших схватках и низко стоящей в тазу головке роды не продвигаются вперед, следует подумать о заднем виде затылочного предлежания, геср. передне-головном предлежании.

В табл. 5 отмечены наиболее важные опознавательные признаки описываемого варианта основного затылочного механизма родов.

**Прогноз.** Роды с обращенными кзади спинкой и затылком обычно заканчиваются самопроизвольно. Все же некоторые моменты омрачают предсказание. Смертность детей вследствие часто наблюдаемой асфиксии в 3 раза больше, чем при переднем виде затылочного предлежания. Период изгнания значительно удлинен. Если, что наблюдается нередко, передне-теменное предлежание и задний вид затылочного предлежания комбинируются с узким тазом или если имеются неподатливые мягкие части, прогноз, само собой понятно, еще больше ухудшается и для матери, и для плода.

## Опознавательные признаки при родах с обращенными кзади спиной и затылком

| Плод и его части                | Первая позиция   | Вторая позиция   |
|---------------------------------|--|--|
| <b>Наружное исследование</b>    |  |  |
| Головка                         | Над симфизом   | Над симфизом   |
| Тазовый конец                   | В дне матки  | В дне матки  |
| Спинка                          | Слева сзади  | Справа сзади   |
| Мелкие части                    | Прощупывается спереди  | Прощупывается спереди  |
| Сердцебиение                    | Слева ниже пупка (глухое)  | Справа ниже пупка (глухое)   |
| <b>Внутреннее исследование</b>  |  |  |
| Вставление                      | В поперечном размере, чаще синклитическое, редко асинклитическое (негелевское) | В поперечном размере, чаще синклитическое, редко асинклитическое (негелевское) |
| Малый родничок                  | Слева, в дальнейшем сзади  | Справа, в дальнейшем сзади   |
| Стреловидный шов в полости таза | В левом (II) косом размере   | В правом (I) косом размере   |
| Предлежащая теменная кость      | Правая   | Левая  |
| Плечики                         | Идут в правом косом размере  | Идут в левом косом размере   |
| Наружный поворот                | К правому бедру матери   | К левому бедру матери  |
| Родовая опухоль                 | На правой теменной кости, вблизи большого родничка                             | На левой теменной кости, в области большого родничка                           |

При передне-головном предлежании окружность головки (*circumferentia occipito frontalis*) сравнительно велика (34 см). Поэтому нередко наблюдается ущемление передней губы шейки матки со стороны лобика и отечность ее. Вследствие большого сопротивления схватки идут впустую. Легко может наступить вторичная слабость схваток. Роженица чувствует, что боли при схватках отдают в почечную область. Кроме того, при родах с предлежанием плода затылком кзади имеются значительные трудности при прорезывании головки, так как под лонной дугой головка должна прорезать сильное сгибание. В результате возникает большая угроза для промежности: возможны значительные разрывы, даже с стывом леватора.

**В е д е н и е р о д о в.** Раньше предлагались и рекомендовались различные методы исправления заднего вида, *resp.* передне-головного предлежания (способ Ланге, Скандони), обычно с помощью щипцов (щипцы здесь применялись не как влекущий инструмент, а как «вращающий», *ротационный*, см. стр. 241). Такие попытки ротировать головку кпереди кончались, как правило, печально для матери (глубокие разрывы влагалища, сводов, нарушение пузырно-влагалищной перегородки и пр.) и для плода, при этих травмирующих манипуляциях ему можно в буквальном смысле «свернуть шею» (В. С. Груздев).

При ведении родов надо придерживаться выжидательной тактики. Их необходимо предоставить естественному течению. Только в тех случаях, когда имеются показания (асфиксия плода, ригидность тканей и др.) к окончанию родов, разрешается то или иное оперативное вмешательство. Этот вариант затылочного механизма родов чаще требует наложения щипцов (при передне-головном предлежании—до 14%). Уместно напомнить, что

при наложении щипцов при таких родах никогда не следует делать тракций кзади (книзу)—невыгодное разгибание (см. стр. 293).

Промежность при описываемом варианте механизма родов подвергается большой опасности в смысле разрывов (головка прорезывается большей окружностью). Защиту промежности ведут в таких случаях по общим правилам. Следует только помнить, что, согласно механизму, при этом варианте сгибание головки надо делать не в сторону промежности, как при переднем виде затылочного предлежания, а в сторону симфиза.

## ОСТАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ МЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

### СРЕДНЕЕ И НИЗКОЕ, RESP. ГЛУБОКОЕ, ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ (СТРЕЛОВИДНОГО ШВА)

В некоторых случаях головка по тем или иным причинам не проделяет внутреннего поворота (ротации), располагаясь своим стреловидным швом в поперечном размере полости таза (среднее поперечное стояние головки) или даже в выходе таза (низкое, resp. глубокое, поперечное стояние головки<sup>1</sup>).

Чаще всего этот вариант механизма родов встречается при узких тазах (девентеровский таз, воронкообразный, см. стр. 143). В качестве вспомогательного момента играет роль слабость родовой деятельности.

**Д и а г н о з.** Мы повторим, а вместе с тем и дополним то, что было

сказано выше: во всех случаях, когда в периоде изгнания при нормальном тазе (измерить выход!), при хороших схватках и низкостоящей в тазу головке роды не продвигаются вперед, следует подумать о заднем виде затылочного предлежания, передне-теменном предлежании или о низком поперечном стоянии головки. При внутреннем исследовании, как правило, головку находят на дне таза; она стоит стреловидным швом в поперечном размере—малый родничок лежит на одной стороне, большой—на другой. Помимо этого, обычно имеется недостаточное сгибание головки, большой родничок располагается на одном уровне с малым, а иногда и глубже (ниже).

**В е д е н и е р о д о в.** Роды при среднем и низком (глубоком) поперечном стоянии головки редко приходится предоставлять естественному течению, силам самого организма; другими словами, ждать, пока головка сделает необходимую ротацию, что иногда, но крайне редко, происходит в пределах тазового дна. Чаще приходится прибегать к искусственному родоразрешению. В таких случаях обычно накладывают щипцы. Многие рекомендуют щипцы Киллянда (стр. 308). С не меньшим успехом можно использовать

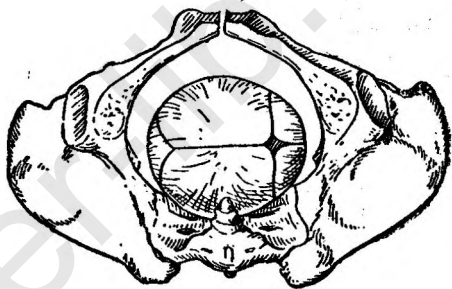


Рис. 91. Глубокое, resp. низкое, поперечное стояние головки (стреловидного шва). Вид со стороны выхода таза.

<sup>1</sup> Высокое длительное поперечное стояние головки как один из моментов механизма родов наблюдается при плоском тазе.

щипцы Лазаревича или Правосуда. Между прочим, рекомендуется до наложения щипцов держать роженицу на том боку, куда смотрит затылок, гесп. малый родничок, так как последний при среднем и низком поперечном стоянии головки должен быть проводной точкой.

Здесь большой родничок нельзя считать проводной точкой. Ротируя в щипцах головку большим родничком кпереди, мы искусственно создадим задний вид затылочного предлежания, в худшем случае—передне-теменное предлежание. Вообще при описываемой аномалии механизма родов их следует вести (применяя и щипцы) по типу нормального затылочного предлежания (передний вид).

### ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ ТАЗА. ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Высокое прямое стояние головки—редкий вариант нормального механизма. Встречается такая аномалия примерно в 0,4% всех черепных предлежаний. Сущность ее заключается в том, что во входе в таз головка устанавливается стреловидным швом не в поперечном, гесп. слегка косом, размере таза, как в норме, а в прямом размере, соответственно направлению истинной конъюгаты. Такое вставление иногда наблюдается и при нормальном механизме родов, но обычно тогда оно бывает вре-



Рис. 92. Высокое прямое стояние головки (*positio occipitalis anterior s. pubica*).



Рис. 93. Высокое прямое стояние головки (*positio occipitalis posterior s. sacralis*).

менным, проходящим явлением. Прямое стояние стреловидного шва приобретает патологическое значение только в том случае, когда шов длительно и стойко остается в занимаемом им положении.

Чаще головка при высоком прямом стоянии располагается таким образом, что ее затылок обращен к лону (рис. 92)—передний вид высокого прямого стояния (*positio occipitalis pubica*). Значительно реже затылок обращен кзади, к мысу (рис. 93)—задний вид прямого стояния (*positio occipitalis sacralis*). Заднее прямое вставление, как правило, встречается у первородящих, переднее—чаще у повторнородящих. Интересно отметить, что и при переднем

и при заднем виде вставления головки в прямом размере входа в таз спинка плода находится сбоку. Наблюдались, впрочем, случаи настоящего среднего положения спинки соответственно позвоночнику матери.

Прямое вставление головки во входе в таз чаще всего связано с изменениями формы и размеров таза. Как увидим дальше, большое влияние здесь оказывает общесуженный таз. В происхождении данной аномалии, вероятно, играет роль величина и форма головки. Некоторые видят причину в поперечно-овальной форме головки, образовавшейся в силу того, что большой поперечный размер ее больше малого косога (см. стр. 18).

**Т е ч е н и е р о д о в.** В большинстве случаев роды при прямом вставлении головки заканчиваются самопроизвольно. Такое течение родового акта наблюдается главным образом (в 70%) при переднем виде прямого вставления (*positio occipitalis pubica*). Головка при *positio occipitalis pubica* в состоянии резкой флексии упирается подзатылочной частью в симфиз; к мысу направлены лобик и передняя часть темени. В таком виде (в прямом размере) головка проходит через весь таз и рождается в затылочном предлежании. В других случаях головка прodelывает ротацию, т. е. сначала переходит в один из косых размеров, а затем на дне таза — в прямой.

Сложнее механизм родов при заднем виде прямого вставления головки (*positio occipitalis sacralis*). Самопроизвольные роды редки (в 25%), в большинстве случаев приходится прибегать к оперативному родоразрешению. При самопроизвольном родоразрешении головка сначала должна прodelать какую-то конфигурацию: она резко сгибается. Малый родничок располагается впереди мыса, большой — не достигим, стоит высоко за симфизом. В дальнейшем механизм родов сходен с механизмом при заднем виде затылочного предлежания. Головка при заднем виде прямого вставления может, совершая в полости таза вращение на 180°, перейти, как и при нормальном механизме, в передний вид.

**Т е р а п и я.** В основном терапия при высоком прямом стоянии головки должна быть консервативной. В первую очередь она применяется при *positio occipitalis pubica*. Роды в таких случаях следует предоставить силам организма. Некоторые предлагают вести роды более активно. Вначале при соответствующих условиях рекомендуется положение по Вальхеру (стр. 151). Лицман предлагает использовать ручной прием «кегельного шара»: акушер вводит руку в нижний сегмент матки, захватывает головку, как кегельный шар, и поворачивает ее, сообразуясь с положением спинки. Если эти мероприятия не ведут к цели, то при подвижной головке и полном раскрытии наружного зева следует сделать поворот и извлечение плода (особенно у многорожавших). Если поворота сделать нельзя, при вставившейся головке при наличии условий прибегают к кесареву сечению, в крайнем случае — к перфорации.

При заднем виде прямого вставления головки роды почти всегда приходится заканчивать оперативным путем (поворот, щипцы, перфорация, кесарево сечение).

### АСИНКЛИТИЗМ (ВНЕОСЕВОЕ ВСТАВЛЕНИЕ)

Под асинклитизмом подразумевается неправильное вставление головки во входе в таз. Вставление головки в прямом размере таза (*positio occipitalis pubica et sacralis*), только что рассмотренное нами, следует считать разновидностью асинклитического вставления.

Головка, как мы знаем, при нормальных условиях вступает в таз таким образом, что стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии от лона и мыса — синклитическое вставление головки. Однако и в нормальных условиях нередко наблюдается внеосевое вставление головки, своего рода не-

значительный асинклитизм. Так, у первородящих с упругими стенками живота стреловидный шов больше приближается к симфизу (физиологический задний асинклитизм). У повторнородящих с вялыми стенками живота этот шов стоит ближе к промонторию (физиологический передний асинклитизм). Такой асинклитизм при нормальном тазе обычно носит преходящий характер, в дальнейшем течении родов он скоро исчезает. Наоборот, сильные степени внеосевого вставления головки имеют большое практическое значение. Наиболее важны следующие два вида асинклитизма.

1. Передний асинклитизм, передне-теменное вставление, негелевское вставление. Стреловидный шов стоит ближе к мысу крестцовой кости, чем к лону, причем во вход в таз вставляется передняя теменная кость (отсюда и название: передний асинклитизм—стреловидный шов кзади). Такая аномалия чаще всего связана с узким тазом. В главе об узких тазах об этом будет сказано особо.

2. Задний асинклитизм, resp. задне-теменное вставление, лицмановское вставление. Стреловидный шов проходит ближе к симфизу, во вход в таз вставляется задняя теменная кость (отсюда и название—задний асинклитизм). Выше было сказано, что легкая степень заднего асинклитизма иногда наблюдается у первородящих при нормальных родах и ничего патологического не представляет. Наиболее же резкие степени этого вида асинклитизма имеют чрезвычайно важное практическое значение.

Вкратце остановимся на этой аномалии вставления головки. Задний асинклитизм встречается примерно вдвое реже переднего. По Л. А. Кривскому, один случай заднего асинклитизма приходится на 1540 родов. В зависимости от большей или меньшей удаленности сагиттального шва от лона можно различать три степени заднего асинклитизма: а) задне-теменное наклонение—стреловидный шов проходит на 1—1,5 см перед поперечным размером входа в таз; б) задне-теменное вставление—шов проходит сейчас же за верхним краем лонной кости; в) задне-ушное вставление—стреловидный шов выше симфиза, причем при внутреннем исследовании можно прощупать над промонторием или даже под ним заднее ухо. Лицмановское и задне-ушное вставления обычно встречаются при плоских тазах и особенно часто при самой невыгодной форме их—плоском общесуженном тазе. Помимо узкого таза, точнее—несоответствия между ним и головкой, в этиологии патологического заднего асинклитизма известную роль играет широкий таз и маленькая круглая головка, внезапное излитие околоплодных вод при сильном наклонении таза в момент физиологического заднего внеосевого стояния головки, выпадение ручки у задней стенки таза и ряд других моментов.

Роды при настоящем патологическом лицмановском вставлении головки самопроизвольно закончиться, может быть за редчайшими исключениями, не могут. Практического врача-акушера не должны соблазнять указания некоторых авторов на то, что при известных условиях (будто бы свыше 20%) изгнание плода может произойти только силами организма. Правильнее в интересах матери и плода при задне-теменном вставлении с самого начала вести активную терапию. Рекомендуемые некоторыми акушерами для исправления вставления ручные приемы (например, ручной прием «кегельного шара») обычно не достигают цели. При сохранившейся подвижности плода роды следует закончить классическим поворотом на ножку. При фиксированном задне-теменном вставлении приходится прибегать к кесареву сечению, а в случае отсутствия соответствующих условий заменять его перфорацией.

Помимо переднего и заднего асинклитизма, имеются еще некоторые, в практическом отношении менее важные неправильные вставления головки. К ним относятся следующие.

а) Асинклитизм Редерера: клиновидное вставление головки с возможно глубоким стоянием малого родничка. Благодаря чрезмерному сгибанию головки малый родничок опускается так низко, что даже при высоком стоянии ее находится почти в середине полости таза. Асинклитизм Редерера составляет характерную особенность механизма родов при общеравномерносуженном тазе (стр. 144). Специальной терапии не требуется.

б) Асинклитизм Солереса: стреловидный шов вставляется по диагонали таза, т. е. в одном из косых размеров. Встречается при кососуженных тазах.

#### ЧРЕЗМЕРНЫЙ ПОВОРОТ ПЛЕЧИКОВ

Эта аномалия состоит в том, что плечики плода проходят полость таза тем же косым размером, что и стреловидный шов. Практического значения она не имеет.

---



## РАЗГИБАТЕЛЬНЫЙ (ДЕФЛЕКСИОННЫЙ) ТИП МЕХАНИЗМА РОДОВ

### ЛИЦЕВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Выше мы говорили, что нормальным механизмом является передний вид затылочного предлежания. Этот механизм имеет много преимуществ. Во-первых, головка, двигаясь вперед одним из своих полюсов, проходит через таз наименьшими своими размерами (*circumferentia suboccipitobregmatica* 32 см). Далее она сохраняет свое естественное отношение к позвоночнику—наклон вперед. Кроме того, как правильно указал С. Д. Михянов, при этом механизме родов линия головной кривизны совпадает с кривизной оси таза и, наконец, позвоночник плода имеет плоскость наилучшего сгибания и разгибания (*facillimum*). Все эти моменты—полюсное вставление головного эллипсоида с наименьшей окружностью, наклон головки вперед и поворот затылочной кривизной тоже вперед по параболе оси таза—создают идеальные условия для прохождения головки через таз.

Подобные же благоприятные условия для механизма родов могут быть при прохождении головки через таз и другим полюсом головного эллипсоида, т. е. подбородком вперед. В этом случае она будет проходить своей окружностью, которая соответствует вертикальному размеру головки, а по оси таза пойдет подбородочно-шейной кривизной, повернувшись, конечно, подбородком вперед. Правда, такое резкое разгибание (дефлексия) не совсем удобно, но все же допустимо в пределах физиологических условий. Таким образом, антиподом механизма родов при переднем виде затылочного предлежания, скажем, физиологическим антиподом, явится механизм родов, при котором роль проводной точки будет принадлежать подбородку, причем затылок должен быть обращен кзади. В противоположность сгибательному типу этот тип механизма называется разгибательным, или лицевым. Как и сгибательный, он тоже имеет свои варианты, о которых речь будет впереди.

Итак, лицевым предлежанием будем называть такое предлежание головки, при котором вместо затылка вперед идет личико. Главное и основное при лицевом предлежании заключается в том, что головка вместо сгибания (флексии) при первом вращении делает движение около той же поперечной оси, но только в виде разгибания (дефлексии).

Принято различать первичные и вторичные лицевые предлежания. Первичные лицевые предлежания—те, которые устанавливаются еще во время беременности (например, при наличии врожденного зоба или опухоли шеи плода подбородок отходит от грудки). Они наблюдаются редко.

Гораздо чаще встречаются вторичные лицевые предлежания, т. е. такие, которые развиваются только в процессе родового акта.

При лицевом, как и при затылочном, предлежании спинка плода обращена влево или вправо, кпереди или кзади, соответственно чему различают те же позиции и виды, что и при черепных предлежаниях. Только здесь, как говорилось выше, вид позиции при лицевых предлежаниях мы предлагаем различать не по спинке, а по подбородку. Если подбородок обращен кпереди, к лону, это передний вид (спинка кзади), если подбородок смотрит кзади, в сторону крестца (спинка кпереди), это задний вид.

Такое обозначение, по-моему, имеет ту выгодную сторону, что заставляет акушера тщательно следить за теми случаями лицевого предлежания, когда подбородок поворачивается кзади, а лоб кпереди. Об опасностях, связанных с таким поворотом подбородка, будет сказано в дальнейшем. Задние виды черепных предлежаний прогностически всегда более неблагоприятны. Некоторые (В. С. Груздев) в таких случаях предпочитают говорить о так называемом заднем виде лицевого предлежания. Мы предлагаем говорить безоговорочно о заднем виде лицевого предлежания в тех

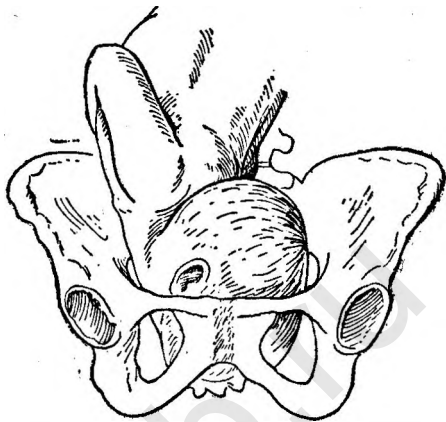


Рис. 94. Лицевое предлежание. Головка вставилась во вход в таз (опущение подбородка).



Рис. 95. Лицевое предлежание, первая позиция, передний вид (подбородок к лону). Вид со стороны выхода таза.



Рис. 96. Лицевое предлежание, первая позиция, задний вид (подбородок к крестцу). Вид со стороны выхода таза.

случаях, когда головка плода, находящаяся в лицевом предлежании, прodelывая ротацию, поворачивается подбородком кзади, в сторону крестца. Такой терминологии держался Н. Н. Феноменов.

В происхождении лицевого предлежания играют роль неоднородные этиологические моменты. Винкель в свое время собрал 33 гипотезы об этиологии лицевого предлежания. Повидимому, большое значение имеет узкотазие (встречается примерно в 45%), величина и форма головки, положение матки, врожденные опухоли на шее плода и другие моменты, препятствующие сгибанию головки и задерживающие продвижение затылка вниз, что благоприятствует возникновению разогнутого (лицевого) предлежания.

## МЕХАНИЗМ РОДОВ

Период раскрытия протекает так же, как и при других головных предлежаниях. С окончанием его головка вступает в таз не стреловидным швом, как при затылочных предлежаниях, а так называемой лицевой линией (аналог стреловидного шва). Эта линия идет от лобного шва по спинке носа к подбородку. Часто при лицевых предле-

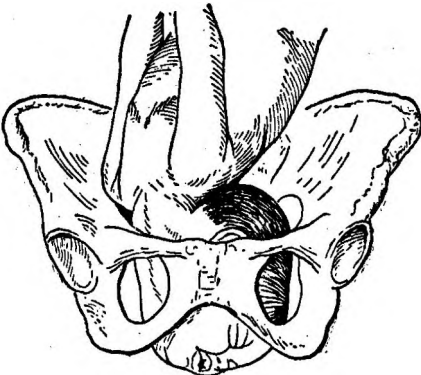


Рис. 97. Лицевое предлежание. Ротация головки (правильная).

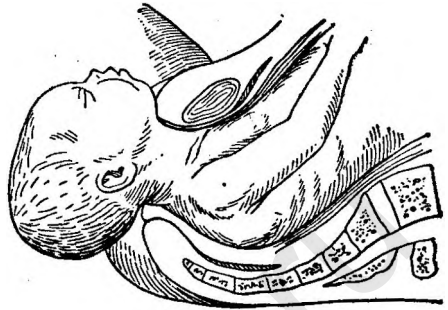


Рис. 98. Лицевое предлежание. Рождение головки.

жаниях головка вступает в таз не сразу личиком, а лобиком (см. лобное предлежание), и только в дальнейшем, по мере развития родовой деятельности, переходит в настоящее лицевое предлежание. В отличие от сгибательного типа, при котором головка делает винтообразное движение, проходя стреловидным швом через косой размер полости таза, головка при лицевом предлежании этого винтообразного движения не делает.

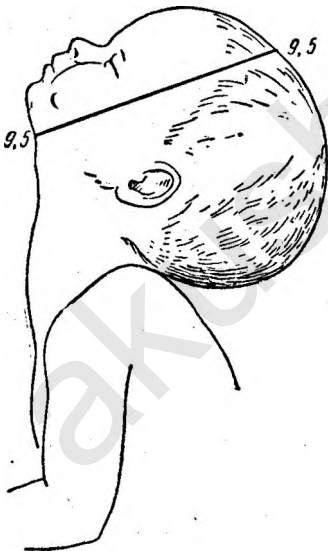


Рис. 99. Размер, которым прорезывается головка при лицевом предлежании.

С лицевой линией в поперечном или слегка в косом размере таза она доходит до дна таза и здесь, в колене оси таза, начинает ротацию, в нормальных условиях подбородком кпереди.

Механизм прорезывания личика через вульварное кольцо. Первым показывается под симфизом подбородок. Прорезываясь через вульварное кольцо, личико доходит подъязычной областью до лонной дуги. Здесь эта область фиксируется (гипомохлион), вокруг точки фиксации начинается сгибание головки и через промежность перекатываются нос, лобик, темя и затылок. Головка, таким образом, проходя через таз, производит следующие движения: 1) разгибание (extensio, deflexio), которое совершается от входа до дна таза; 2) правильная ротация—подбородком кпереди—на дне таза, в колене оси полости; 3) сгибание—при прорезывании че-

76

рез вульварное кольцо. Родовая опухоль располагается на половине лица, обращенной кпереди, главным образом на подбородке, на глазах и на губах. Здесь же встречаются гемorragии. В подъязычной области иногда наблюдаются надрывы в подкожной клетчатке.

Проводная точка—подбородок.

Точка фиксации—область подъязычной кости.

Прорезывающаяся окружность—*circum ferentia trachelo-bregmatica* (33 см)—соответствует вертикальному размеру.

Конфигурация головки—резкая долихоцефалия. В отличие от долихоцефалической головки при затылочных предлежаниях резко конфигурированная головка при лицевых предлежаниях имеет обезображенную половину лица (родовая опухоль), кроме того, родившийся младенец первое время после родов лежит с разогнутой головкой.

Диагноз. В табл. 6 представлены данные наружного и внутреннего исследования для распознавания лицевого предлежания.

Таблица 6

Опознавательные признаки лицевого предлежания

| Плод и его части                                     | Первая позиция   | Вторая позиция  |
|--|--|---|
| Наружное исследование                                |  |   |
| Головка }<br>Спинка }<br>Ягодицы }<br>Мелкие части } | Затылок слева, образует резкий угол со спинкой<br>Лежат вместе на той же стороне, на которой прослушивается сердцебиение | Затылок справа, образует резкий угол со спинкой<br>Лежат вместе на той же стороне, на которой прослушивается сердцебиение |
| Сердцебиение   | Справа от средней линии, под пупком (со стороны грудки, мелких частей)   | Слева от средней линии, под пупком (со стороны грудки, мелких частей)   |
| Внутреннее исследование                              |  |   |
| Лицевая линия  | В поперечном размере, синклитически или в небольшом негелевском асинклитизме   | В поперечном размере, синклитически или в небольшом негелевском асинклитизме  |
| Подбородок   | Вправо   | Влево   |
| Лобик  | Влево  | Вправо  |
| Предлежащая часть                                    | Правая половина личика   | Левая половина личика   |
| Плечики  | Идут в левом косом размере таза  | Идут в правом косом размере таза  |
| Наружный поворот                                     | К правому бедру матери   | К левому бедру матери   |
| Родовая опухоль                                      | Больше на правой половине лица   | Больше на левой половине лица   |

Как видно из табл. 6, лицевые предлежания при наружном и внутреннем исследовании имеют совершенно другие данные, чем затылочные предлежания.

Наружное исследование показывает, что при разогнутой головке выдающийся сбоку над лоном затылок, запрокинутый и почти прижатый к спинке плода, образует с последней резкий угол. При таком нарушенном членорасположении спинка далеко отходит от стенки матки, а выгнутая грудка плода, наоборот, приближается к ней. В силу этого характерная особенность выявляется при выслушивании сердцебиения плода: сердечные тоны плода яснее прослушиваются не со стороны спинки плода, а со стороны

грудки, т. е. на той стороне, где прощупываются мелкие части. При первой позиции лицевого предлежания (спинка и затылок слева, грудка и мелкие части—справа) сердцебиение плода выслушивается ниже пупка справа от средней линии. При второй позиции—наоборот.

Данные внутреннего исследования позволяют точнее распознать как само лицевое предлежание, так и его позиции, а равно и виды позиций.

Первым выступает в таз лобик плода. При внутреннем исследовании лобик легко прощупывается и распознается по шарообразной форме и лобному шву, который разделяет в сагиттальном направлении обе лобные кости, заканчиваясь на одном конце у переднего угла большого родничка, а на другом—у корня носа. Так же отчетливо определяются надбровные дуги, нос, рот и подбородок плода. Однако все это удается распознать при внутреннем исследовании до отхождения вод и в первое время вставления личика в таз, пока еще не успела образоваться родовая опухоль. Когда на лице образуется родовая опухоль, она может значительно затруднить распознавание. Личико плода настолько отекает, что при исследовании трудно определить, имеется ли личико или ягодицы. Лицевое предлежание можно принять за чистое ягодичное. Правильное распознавание в таких случаях имеет чрезвычайно важное значение, так как лицевое и тазовое предлежания по-разному обслуживаются акушерской помощью. Чтобы различить лицевое от ягодичного предлежания, рекомендуется руководствоваться следующими признаками: при ягодичном предлежании при внутреннем исследовании удастся нащупать по одну сторону крестец, по другую—половые части; при лицевом на одной стороне определяется подбородок, на другой—надбровные дуги и нос.

Можно также ввести палец в имеющееся на предлежащей части углубление (cave!). Если оно представляет собой ротик плода, введенный палец не встречает никакого препятствия, ясно прощупываются края верхней и нижней челюсти, язык, твердое небо; конец пальца ощущает сосательные движения плода, извлеченный палец будет чистым. При ягодичном предлежании введенный в задний проход палец встречает сопротивление жома прямой кишки, сосательных движений не ощущается; извлеченный палец может оказаться испачканным меконием.

Позицию плода и вид позиции при лицевом предлежании можно установить по месту расположения подбородка или лба в отношении к стенкам таза. Если подбородок обращен вправо, имеется первая позиция, если влево—вторая. Если подбородок не совсем достигается, позиция плода определяется по лобку: лобик плода обращен вправо—вторая позиция, влево—первая.

Вид позиции при лицевом предлежании устанавливается, как уже было сказано, не по спинке, а по подбородку: подбородок обращен к лону—передний вид, к крестцу—задний.

Применяя при лицевом предлежании внутреннее исследование, надо производить его крайне бережно и осторожно, памятуя, что нежная кожа личика, притом отекшая, чрезвычайно ранима. Особенно нужна осторожность при введении пальца в имеющееся на предлежащей части углубление (повреждение сфинктера заднего прохода, дефлорация у плодов женского пола, травмирование глаза).

## ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Роды при лицевом предлежании следует вести, применяя выжидательную тактику и сугубо тщательно наблюдая за механизмом родового процесса. Исправлять лицевое предлежание, превращать его в затылочное (метод Торна) в настоящее время не принято (оно сложно, рискованно и, как пра-

вило, не достигает цели). Большинство родов при лицевых предлежаниях заканчивается самопроизвольно (90—95%). Часто наблюдается раннее отхождение околоплодных вод (свыше 40%). В начале родового акта, когда имеется только лобное предлежание, роженицу надо положить на ту сторону, на которой находится подбородок плода.

Является ли лицевое предлежание само по себе показанием к тому или иному вмешательству. Определенно нет. Вмешательство производят при тех же показаниях, что и при затылочном предлежании. Необходимо тщательно следить за сердцебиением плода. Часто наблюдается асфиксия.

Особого внимания требует защита промежности. Она ведется так же, как и при затылочных предлежаниях. Нередко приходится прибегать к перинеотомии. Форсированное применение щипцов, конечно, повышает опасность разрывов (отрывы леватора). Разрывы мягких частей при лицевых предлежаниях наблюдаются более чем в 25%.

## ВАРИАНТЫ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА МЕХАНИЗМА РОДОВ

### ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ЛИЧИКА И НИЗКОЕ (ГЛУБОКОЕ) ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ ЕГО.

Роды при высоком прямом вставлении личика и низком (глубоком) поперечном стоянии его протекают аналогично тому, что мы видели при сгибательном типе механизма родов.

### ЗАДНИЙ ВИД ЛИЦЕВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Задний вид лицевого предлежания (подбородок обращен кзади, к крестцу) встречается редко (8,6% лицевых предлежаний по С. С. Холмогорову). Сущность этого варианта родов при лицевом предлежании заключается в том, что второе вращение головки (ротация), происходящее как мы видели, на дне таза, идет в обратном направлении: подбородок поворачивается кзади, а лобик кпереди. При хорошей родовой деятельности головка в таком положении может быть продвинута до тазового дна (рис. 100). Но как только головка подбородком кзади фиксируется на дне таза, роды в таком положении становятся совершенно невозможными по чисто механическим причинам: головка должна идти вместе с грудкой. Как бы ни был широк таз и как бы ни была относительно мала головка доношенного плода, роды закончиться силами самого организма не могут.

Ввиду грозящей опасности разрыва матки выжидательная тактика здесь может иметь роковые последствия. Если повторное исследование показывает, что подбородок не проявляет тенденции повернуться кпереди, то в клинических условиях при живом плоде показано кесарево сечение, в других условиях—перфорация (через лоб или глазницу). Щипцов накладывать нельзя: они противопоказаны.

### ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Лобное предлежание встречается редко (5% всех разгибательных предлежаний и 0,04—0,05% по отношению ко всем родам).

О лобном предлежании можно говорить в том случае, если при влагалищном исследовании прощупывается лобик и лобный шов, стоящие над входом

в таз или уже вступившие во вход таза. Обычно полностью до большого родничка, двигаясь по лобному шву, дойти не удастся, можно достигнуть только переднего угла его. На другом конце лобного шва хорошо прощупываются глазные дуги и корень носа.

Лобное предлежание чаще встречается как временное состояние, переходное к лицевому предлежанию. При вступлении головки в таз разгибание ее, как правило, усиливается, в силу чего лобное предлежание переходит в лицевое. Установившееся, фиксированное (не временное) лобное предлежание—явление, как мы видели выше, довольно редкое.

В этиологии лобных предлежаний, как и лицевых, играют роль различные моменты. В подавляющем большинстве случаев лобное предлежание наблюдается при узком тазе (по С. С. Холмогорову, в 45%). Из других причин, задерживающих разгибание головки и мешающих образованию

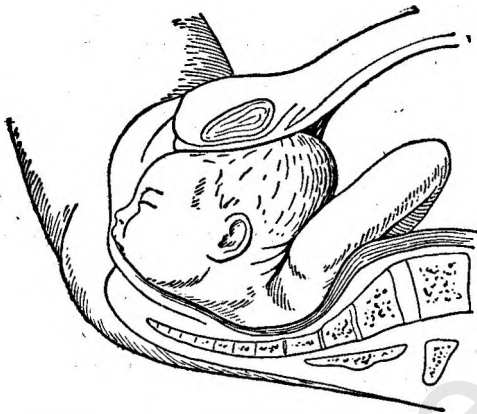


Рис 100 Лицевое предлежание, задний вид (подбородок к крестцу). Остановка родов.

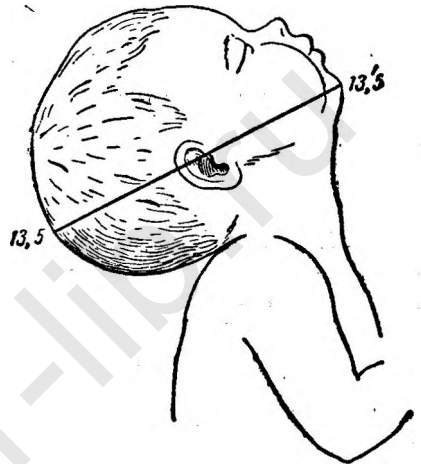


Рис. 101 Размер, которым устанавливается головка при заднем виде лицевого предлежания (подбородок к крестцу).

лицевого предлежания, отмечают запрокидывание ручек, слишком сильное развитие черепа плода, аномалии мягких частей родового канала и др.

**Механизм родов.** Головка при лобном предлежании вступает в таз лобным швом в поперечном размере. Такое положение она сохраняет на всем своем продвижении по родовому каналу до тазового дна. Ротация происходит только на дне таза, обычно затылком кзади, глазничной областью кпереди. При внутреннем исследовании лобное предлежание следует диагностировать в том случае, если на одной стороне лобного шва удается дойти до корня носа, а на другой—до начала (переднего угла) большого родничка, т. е. одновременно прощупываются части лица и черепа. Если исследующий палец достигает кончика носа, а при дальнейшем продвижении и подбородка, то имеется уже лицевое предлежание. При лицевом предлежании на одной стороне доступно ощупыванию все личико, а на другой—только лобик, гесп. лобный шов. При передне-головном предлежании лобный шов также легко проследить до переносья, но зато на другой стороне все-таки можно дойти, хотя бы и с некоторым затруднением, до малого родничка; таким образом определяются оба родничка.

При заднем виде затылочного предлежания (под лоном тоже область большого родничка) мы имеем низко опущенный малый родничок (сзади), большой—выше и спереди, а помимо того, имеем резкую флексию головки.

Сердцебиение плода при лобном предлежании яснее прослушивается не со стороны спинки, а с той стороны, где прощупываются мелкие части.

Механизм прорезывания головки при лобном предлежании. При стоянии лобного шва какой-нибудь пункт между переносицей и подбородком, чаще верхняя челюсть, фиксируется под лонной дугой и вокруг него через промежность перекачивается вся головка.

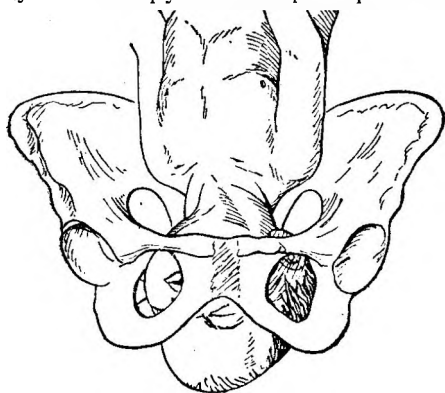


Рис. 102. Лобное предлежание. Ротация головки (правильная).

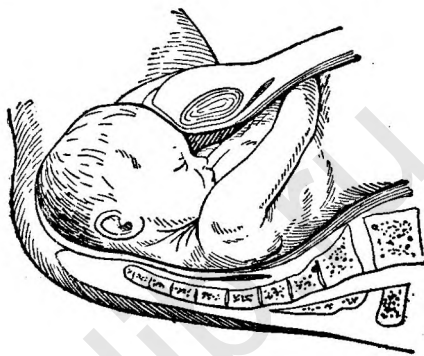


Рис. 103. Лобное предлежание. Прорезывание головки.

Имеется несколько отклонений от этого механизма (варианты). Из них можно назвать низкое поперечное стояние лба и лобное предлежание с глазничной областью, обращенной кзади. Такие случаи наблюдались при родах маленькими плодами. Вообще следует заметить, что роды при лобном предлежании отмечаются преимущественно при недоношенных плодах. В случаях лобного предлежания с глазничной областью, обращенной кзади, роды доношенным плодом невозможны (кесарево сечение или перфорация).

В общем механизм родов при лобных предлежаниях складывается из следующих моментов.

Проводная точка—корень носа.

Точки фиксации: 1) верхняя челюсть и 2) затылочный бугор.

Прорезывающаяся окружность—*circumferentia maxillo-parietalis* (35 см)—соответствует размеру, среднему между прямым (*diameter fronto-occipitalis*) и большим косым (*diameter mento-occipitalis*).

Конфигурация головки: в профиль головка имеет вид треугольника с вершучкой у лба.

Прогноз при лобном предлежании следует ставить всегда осторожно. Из осложнений, которые встречаются при этом предлежании, можно отметить:

- а) длительное течение родов (свыше 30 часов даже при небольших плодах);
- б) частые разрывы промежности (с отрывом леватора);
- в) образование пузырно-влагалищных свищей;
- г) асфиксию плода;
- д) разрывы матки.

Ведение родов. Применяется выжидательная тактика. Роды при лобном предлежании могут заканчиваться самопроизвольно не только при



доношенном плоде, но даже и при значительных размерах его (3 500 г). Все же при родах основное внимание нужно сосредоточить на роженице; жизнь плода все равно находится под сомнением. Проявлять крайнюю осторожность по отношению к исправляющим операциям. Кстати, следует упомянуть, что первым предложил исправлять лобное предлежание—превращать его в лицевое, разгибая головку пальцем, введенным в ротик плода,—Г. А. Соловьев (1888).

Со щипцами также следует быть сугубо осторожными. Так как лобное предлежание в большинстве случаев наблюдается при узком тазе, некоторые акушеры считают щипцы противопоказанными. В случае необходимости, при отсутствии условий для кесарева сечения, лучше сделать перфорацию даже на живом плоде. При благоприятных условиях лобное предлежание можно путем поворота перевести в неполное ножное предлежание (см. «Поворот»).

В прилагаемой сводной табл. 7 приведены главные моменты механизма родов при головных предлежаниях.

Таблица 7

Основные детали механизма родов при головных предлежаниях

| Предлежание              | Проводная точка  | Гипомохлион   | Прорезывающаяся окружность | Размер окружности в см |
|--------------------------|--|---|----------------------------|------------------------|
| Передний вид затылочного | Малый родничок   | Подзатылочная ямка                                      | Suboccipito-bregmatica     | 32                     |
| Задний вид затылочного   | Середина между большим и малым родничком (условно большой родничок!) | 1. Граница волосяной части лба<br>2. Подзатылочная ямка | Suboccipito-frontalis      | 33                     |
| Передне-головное         | Большой родничок   | 1. Переносица<br>2. Затылочный бугор                    | Fronto-occipitalis         | 34                     |
| Лицевое                  | Подбородок   | Подъязычная область                                     | Tracheo-bregmatica         | 33                     |
| Лобное                   | Лобик  | 1. Верхняя челюсть<br>2. Затылочный бугор               | Maxillo-parietalis         | 35                     |

---

## ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ (PRAESENTATIO PELVICA)

Роды при предлежании плода тазовым концом составляют в среднем около 3,5% общего числа родов. Такие роды, известные с давних времен, всегда считались неблагоприятными для матери и особенно для плода. Существовало даже поверие, что дети, рожденные тазовым концом, обречены жить на пагубу себе и людям. Надо сказать, что и в настоящее время роды с тазовым предлежанием всегда доставляют акушеру беспокойство, особенно в отношении судьбы будущего новорожденного. Действительно, суммарные данные по детской смертности при тазовых предлежаниях и на сегодня представляют достаточно внушительную цифру, которая дает основание считать подобные роды одной из основных причин, способствующих повышению мертворождаемости. В среднем детская смертность выражается цифрой в 10%. Как увидим дальше, серьезные осложнения при родах наблюдаются и у рожениц.

Вот почему вопрос о линии поведения акушера, которому приходится вести роды при тазовых предлежаниях, всегда вызывал и продолжает вызывать законный интерес у врачей-акушеров.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

Принято различать следующие виды и разновидности тазовых предлежаний.

В зависимости от взаиморасположения частей плода предлежания тазовым концом прежде всего делят на: 1) я г о д и ч н ы е (сгибательные) и 2) н о ж н ы е (разгибательные).

Ягодичные в свою очередь подразделяются на ч и с т о я г о д и ч н ы е и с м е ш а н н ы е я г о д и ч н ы е предлежания. Некоторые авторы чисто ягодичные предлежания называют неполными и смешанные ягодичные—полными.

При ч и с т о я г о д и ч н ы х (н е п о л н ы х) п р е д л е ж а н и я х в просвет таза обращены только одни ягодички, ступни ножек лежат выше, а ножки, согнутые в тазобедренных суставах и разогнутые в коленных, вытянуты вдоль туловища плода.

При с м е ш а н н ы х (п о л н ы х) я г о д и ч н ы х п р е д л е ж а н и я х ягодички подлежат вместе со ступнями ножек, причем последние согнуты в тазобедренных и коленных суставах и несколько разогнуты в голеностопных.

Среди ножных предлежаний (ног о п р е д л е ж а н и я х) встречается несколько вариантов: а) п о л н ы е н о ж н ы е п р е д л е ж а н и я — предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах:

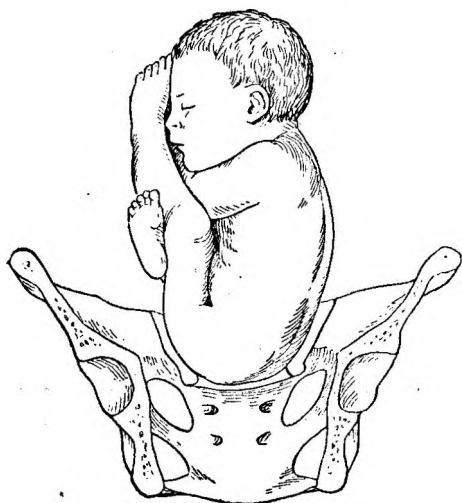


Рис. 104. Чистое (неполное) ягодичное предлежание, первая позиция, передний вид.



Рис. 105. Чистое (неполное) ягодичное предлежание, первая позиция, задний вид.

б) н е п о л н ы е н о ж н ы е п р е д л е ж а н и я — предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном сочленениях, а другая, согнутая в тазобедренном сочленении, лежит выше, будучи согнута в коленном суставе (стопа направлена книзу) или разогнута в направлении стопой кверху;



Рис. 106. Смешанное (полное) ягодичное предлежание, вторая позиция, задний вид.



Рис. 107. Полное ножное предлежание, первая позиция, передний вид.

в) к о л е н н ы е п р е д л е ж а н и я, при которых согнутые ножки обращены в просвет малого таза коленками.

Ягодичные предлежания встречаются вдвое чаще ножных. Последние наблюдаются примерно в 33% всех случаев тазового предлежания. Среди ножных предлежаний неполные наблюдаются почти вдвое чаще полных, коленные предлежания встречаются крайне редко (0,3%, по Михайлову). Следует указать, что ножные предлежания, как правило, образуются в процессе родов.

Позиции плода и виды позиций при тазовом предлежании определяются по общим правилам, как и при головном предлежании, т. е. по спинке плода.

Причина тазовых предлежаний, видимо, неоднородна. Указывают на узкий таз (особенно у первородящих), многоплодие, отвислый живот, многоводие, недонашивание, предлежание плаценты, конституциональные аномалии и др.

Схематично классификация видов и разновидностей тазовых предлежаний представлена ниже.



Рис. 108. Неполное ножное предлежание, вторая позиция, задний вид.

#### Предлежания тазовым концом

Сгибательный тип  
ягодичные предлежания  
(чаще первородящие)

Разгибательный тип  
ножные предлежания  
(чаще повторнородящие)

Чисто ягодичное  
(одни ягодички  
без ножек)

Смешанное  
ягодичное  
(ягодички и  
ступни ножек)

Полное (обе  
ножки)

Неполное  
(одна ножка)

### ДИАГНОСТИКА ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

Тазовые предлежания распознаются, как и головные, наружным и внутренним исследованием.

**Н а р у ж н о е и с с л е д о в а н и е** обычно позволяет поставить диагноз тазового предлежания, но это не всегда легко. У входа в таз, над симфиозом, головка, конечно, не прощупывается, здесь определяется крупная объемистая предлежащая часть, более мягкая при ощупывании, трудно фиксируемая, не способная к баллотированию, с невыраженными шаровидными очертаниями. Эта крупная часть плода без особых границ (отсутствие шейной борозды плода) переходит в туловище плода. В дне матки в таких случаях при ощупывании надо найти, и это наиболее надежный признак, — головку, шаровидную, более объемистую, равномерно плотную, способную баллотировать крупную часть плода; она часто отклонена от средней линии в сторону, противоположную позиции плода (Н. А. Цовьянов). Головку не всегда легко определить, она может быть прикрыта плацентой.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях лучше и отчетливее выслушивается выше пупка, иногда на уровне пупка. Распознавание тазового предлежания облегчается нахождением плечика плода (Иванов-Ланковиц).

Обращает на себя внимание высокое стояние дна матки (у мечевидного отростка) при тазовых предлежаниях.

Внутреннее (влагалищное) исследование в необходимых случаях дополняет наружное. Особенно часто к нему приходится прибегать при распознавании разновидностей тазового предлежания, а также его позиций и видов. Это не так легко диагностировать и при внутреннем исследовании, особенно когда тазовый конец плода стоит высоко и, таким образом, трудно достижим для пальцев исследующей руки.

При внутреннем исследовании прощупывается мягкая объемистая часть, не похожая на головку (отсутствуют швы, роднички, волосистость). После разрыва плодного пузыря, при полном раскрытии наружного зева, можно прощупать при ягодичном предлежании седалищные бугры, анальное отверстие, распознать крестец, его треугольник и *crista sacralis media*. Особенно важно установить наличие крестцового гребешка (*crista*). Из-за родовой опухоли при внутреннем исследовании не всегда удается отчетливо распознать половые органы плода (легче определяются у плодов мужского пола).

При чисто ягодичном предлежании (ощупыванием *per vaginam* определяются только ягодичцы) позицию и вид позиции приходится распознавать по взаимному положению крестца и половых частей плода. Где прощупываются треугольник крестца и *crista media*, туда обращена и спинка.

При родовой опухоли, вколоченных и отечных ягодичцах можно смешать ягодичцы с головкой, чисто ягодичное предлежание—с лицевым. Провести в таких случаях правильный дифференциальный диагноз чрезвычайно важно, так как терапия того и другого предлежания разная (подробнее об этом см. стр. 78).

Если во входе в таз ощупыванием через влагалище определяются ягодичцы и рядом с ними ступни ножек плода, значит имеется смешанное ягодичное предлежание (ягодично-ножное). Позиции и виды позиций при нем распознать не трудно: куда обращены ягодичцы, там находится и спинка.

Распознавание ножных предлежаний и их разновидностей при внутреннем исследовании, за некоторыми исключениями, не представляет затруднений. Чтобы по расположению ножек установить, в какую сторону обращена спинка, надо пальцем дойти до подколенной ямки и этим приемом решить вопрос о позиции и ее виде. Если дойти до подколенной ямки трудно, можно получить необходимые данные по взаимному положению пальцев ступни плода и пяточного конца последней. При коленных предлежаниях вопрос о позиции и виде позиции решается положением коленных чашек (*patellae*) и подколенных сгибов.

В случае предлежания ножек имеется опасность смешать ножное предлежание с поперечным положением—принять ножку за выпавшую ручку. Вопрос необходимо срочно решить: несвоевременное распознавание поперечного положения может стоить жизни плоду и матери. Чтобы не смешать ручку с ножкой, надо руководствоваться следующими признаками: у ножки имеется пяточная кость, пальчики короткие (у ручки длиннее), коленка с подвижной чашечкой имеет круглые очертания (*patella*). Помимо того, на ручке большой палец обладает значительной подвижностью, он легко прижимается к ладони, отводится в сторону, что недоступно большому пальцу ноги.

В затруднительных случаях, когда на основании наружного и внутреннего исследования акушер не может поставить диагноз тазового предлежания, решающее значение имеет рентгенография, понятно, при наличии соответствующей аппаратуры и компетентного рентгенолога.

**П р о г н о з.** В случаях предлежания тазовым концом прогноз по сравнению с затылочным предлежанием хуже и для матери, и для плода. Смертность матерей на 5% выше, а детей гибнет в 5 раз больше, чем при головных предлежаниях.

ность матерей на 5% выше, а детей гибнет в 5 раз больше, чем при головных предлежаниях.

Опасность для плода заключается в следующем. В результате раннего отхождения вод чаще наблюдается выпадение пуповины. Так как родовые пути недостаточно расширяются тазовым концом (окружность ягодиц 24—25 см), ручки плода могут запрокинуться кверху, головка ущемляется, результатом чего обычно бывает асфиксия плода. Серьезным осложнением следует считать поворот спинки плода кзади, что может повести к ущемлению головки подбородком над симфизом, и, следовательно, опять-таки к асфиксии.

Опасность для матери состоит в том, что в результате вмешательств, предпринимаемых для спасения плода, создается реальная угроза возникновения инфекции. Этому способствует также то обстоятельство, что воды часто отходят раньше срока. Из других осложнений следует отметить частые разрывы промежности (последующая головка проходит через плохо подготовленные мягкие родовые пути), иногда преждевременную отслойку детского места и пр.

### ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Роды при тазовых предлежаниях, как правило, требуют того или иного вмешательства в интересах плода. Это значит, что ведение родов при тазовых предлежаниях далеко не легкое и весьма ответственное дело.

**Период раскрытия** при тазовых предлежаниях принципиально ничем не отличается от периода раскрытия при затылочных предлежаниях, но все же имеет некоторые особенности, которые могут осложнять течение родового акта, создавая реальную опасность для плода, а иногда и для матери.

Одним из наиболее частых и чреватых последствиями осложнений родового акта при тазовых предлежаниях в периоде раскрытия является **ранний разрыв плодного пузыря**, следовательно, раннее излитие вод. Особенно часто такое раннее отхождение вод наблюдается при ножных предлежаниях. Это понятно. Тазовый конец плода, особенно при ножных предлежаниях, в поперечном сечении меньше головки, а поэтому, вставляясь во вход малого таза, не заполняет собой целиком (герметически) нижнего маточного сегмента, как это бывает при головном предлежании. Отсутствие такого герметического охватывания предлежащей части ведет к перенаполнению плодного пузыря сообщающимися между собой передними и задними водами и к раннему излитию их после разрыва плодного пузыря.

С ранним разрывом плодного пузыря связано и другое осложнение, которое встречается в первом периоде родов при тазовых предлежаниях, — выпадение мелких частей плода и пуповины. Выпадение пуповины при тазовых предлежаниях встречается примерно в 5 раз чаще, чем при головных. Опять-таки и здесь при ножных предлежаниях указанная опасность угрожает плоду значительно чаще, чем при ягодичных. Надо все же отметить, что выпадение пуповины при тазовых предлежаниях менее опасно, чем при головных.

**Период изгнания** при тазовых предлежаниях отличается особенностями, которые обуславливают тяжелые осложнения, опасные и для матери, и для плода.

Главное отличие тазовых предлежаний от головных заключается в том, что головка при них идет не первой, а последней. При черепных предлежаниях головка, проходя родовый канал первой, будучи предлежащей частью,

настолько хорошо расширяет мягкие родовые пути, что туловище плода рождается без особых осложнений. При предлежаниях тазовым концом родовые пути расширяются недостаточно, являются мало подготовленными, что уже само по себе ведет к целому ряду осложнений. При предлежании тазовым концом могут запрокинуться ручки, может застрять головка, наконец, как увидим дальше, обязательно и неизбежно прижимается пуповина. Последнее обстоятельство не только затрудняет родовой акт, но может быть роковым для плода. В отношении всех этих осложнений более благоприятными являются ягодичные предлежания, особенно смешанные (ягодично-ножные), так как ягодицы, идя вместе с прилегающими ножками, несомненно, лучше расширяют и готовят родовые пути для последующей головки. Хуже в этом отношении, конечно, ножные предлежания.

### МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Тазовый конец в периоде изгнания плода продельвает, соответственно общему биомеханизму родов, ряд определенных движений, которые в основном сводятся к следующему.

Плод своей линией *intertrochanterica* (ягодичная линия, соединяющая оба вертела, играющая в механизме родов роль стреловидного шва) всту-

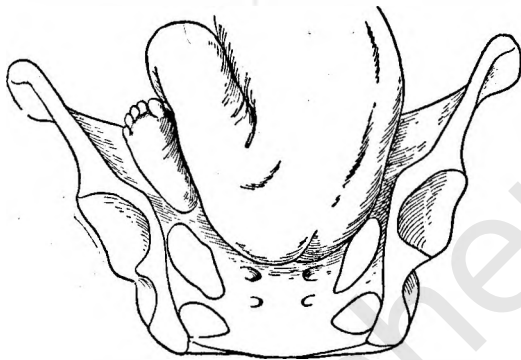


Рис. 109. Вступление ягодиц во вход малого таза.

пает в малый таз в одном из косых размеров (рис. 109). В дальнейшем ягодицы проходят своим поперечным размером (*l. intertrochanterica*) в том же косом размере полости таза, причем спинка плода, в зависимости от вида позиции, обращена то больше кпереди, то больше кзади (при переднем виде первой позиции *l. intertrochanterica* проходит в левом косом размере, при второй позиции—в правом косом размере). При заднем виде, как и при черепном

предлежании, обращенная кзади спинка нередко поворачивается кпереди. С развитием родовой деятельности вступившие в малый таз ягодицы опускаются все ниже и глубже, причем передняя ягодица, как правило, опускается ниже задней, т. е. она, являясь впереди идущей частью, играет роль проводной точки. На ней обычно располагается и родовая опухоль. В полости таза ягодицы продельвают, как и головка, внутренний поворот, в результате которого на дне таза они стоят уже в прямом размере: передняя подходит к лону, задняя уходит к крестцу (рис. 110). При первой позиции левая ягодица лежит спереди, а правая сзади, при второй—правая спереди, левая сзади.

**Механизм врезывания и прорезывания ягодиц.** Первой через вульву прорезывается передняя ягодица, которая фиксируется под лонной дугой в области подвздошной кости,— между трохантером и краем подвздошной кости. Вокруг этой точки опоры (*punctum fixum*) и рождается тазовый конец; позвоночник при этом делает очень сильный боковой изгиб по проводной оси таза. Ягодицы вместе с туловищем в своем дальнейшем поступательном движении имеют определенное выраженное направление кпереди (к лону).

Ножки рождаются при смешанном ягодичном предлежании вместе с прорезавшимися ягодицами, при чисто ягодичном предлежании они освобождаются позже, когда туловище родится до пупка. После рождения ягодиц туловище в большинстве случаев в ту же схватку-потугу рождается до пупка, причем спинка обращается кпереди. Следовательно, ягодицы, родившиеся в прямом размере, вместе с туловищем переходят в косой размер (при первой позиции—в левый, при второй—в правый) и устанавливаются в поперечном размере. Затем в две-три схватки-потуги плод родится до нижнего угла передней лопатки, при этом туловище снова постепенно переходит при первой позиции в левый, при второй—в правый косой размер. Ручки прорезываются вместе с грудкой.

Плечевой пояс прodelьывает в тазу те же движения, что и при черепных предлежаниях. Под симфизом показывается переднее плечико, здесь оно фиксируется, а затем через промежность перекачивается и заднее плечико. В этот момент головка стоит почти на дне таза в одном из его косых размеров, противоположном вставлению ягодиц (при первой позиции—в правом косом размере, при второй—в левом), причем тут же она переходит в прямой размер. Как только в половой щели показалась шейка

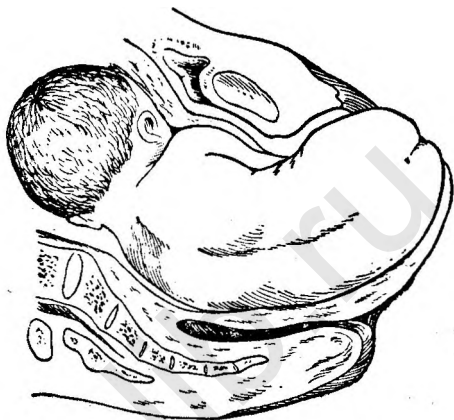


Рис. 110. Врезывание и прорезывание ягодиц.

плода, головка фиксируется своей подзатылочной ямкой под лонной дугой; она и будет точкой опоры (*impunctum fixum*), вокруг которой оставшиеся части головки—подбородок, личико, лобик—прорезываются из-за промежуности. Таким образом, при тазовых предлежаниях головка прорезывается окружностью, соответствующей ее малому косому размеру.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях образуется на передней ягодице и на половых органах плода; при ножных предлежаниях обычно отекает передняя ножка (синюшная окраска всей голени).

Механизм родов при ножных предлежаниях мало чем отличается от механизма при ягодичных, в частности, при ягодично-ножном предлежании. Обычно вставившаяся ножка выпадает и показывается за пределами вульвы. Это сигнализирует врачу о том, что плодный пузырь разорвался, ягодицы вступают в малый таз. Однако все это далеко не означает, что маточный зев полностью раскрылся. Последнее надо особенно подчеркнуть, так как своевременный разрыв плодного пузыря является одним из важных условий, определяющих благополучный исход родов при ножных предлежаниях.

Если раскрытие наружного зева было полное и ножка родилась до колена, ягодицы постепенно начинают вступать в таз, в вульве показывается бедро. Дальше родовой процесс идет, как описано выше.

Описанный нормальный механизм родов при тазовых предлежаниях имеет некоторые отклонения.

В первую очередь следует указать на **чрезмерный поворот плечиков**, который при предлежаниях тазовым концом происходит значительно чаще, чем при головных предлежаниях. Чрезмерный поворот плечиков обычно встречается при заднем виде и при выпадении задней ножки. Иногда такое отклонение от нормального



механизма ведет к тому, что при прорезывании плод, вступая в малый таз в заднем виде, остается с разогнутой головкой, причем подбородок ущемляется над горизонтальной ветвью лонной кости (рис. 111 и 112). Более подробно об этом см. стр. 234.

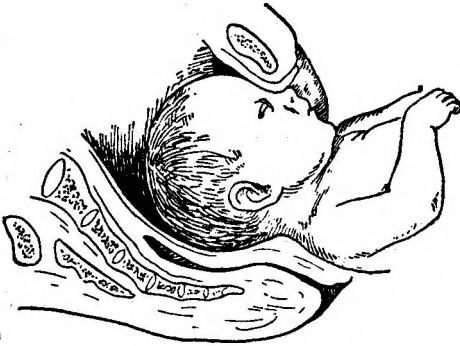


Рис. 111. Головка рождается в заднем виде (головка в состоянии флексии).

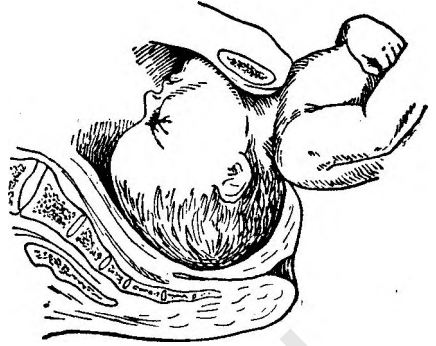


Рис. 112. Головка вступила в таз в состоянии разгибания.

Кроме заднего вида, серьезным осложнением родов при тазовом предлежании может оказаться такое положение, когда запрокидываются кверху ручки, в силу чего размер головки значительно увеличивается. В таких случаях, если помощь запаздывает, плод обычно гибнет от асфиксии.

## ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

При тазовых предлежаниях ведение родов в основном должно быть строго выжидательным.

В периоде раскрытия роль лица, ведущего роды, сводится, помимо обычного наблюдения за роженицей и плодом, прежде всего к тому, чтобы обеспечить роженице в целях предупреждения раннего разрыва плодного пузыря полный покой в кровати. Роженицу укладывают в постель, ей не разрешается ходить по комнате, что допускается при головных предлежаниях; мочеиспускание и стул должны производиться на подкладном судне. Некоторые рекомендуют держать роженицу на боку, что ведет к ослаблению родовой деятельности и тем самым предохраняет плодный пузырь от раннего разрыва. Н. А. Цовьянов, кроме того, считает, что положение на боку, уменьшая наклонение таза, способствует синклитическому вставлению предлежащей части. По его мнению, целесообразнее укладывать роженицу на тот бок, где находится спинка плода, что будто бы препятствует предлежанию, resp. выпадению, пуповины.

В периоде изгнания тактика акушера вначале должна быть выжидательной, скажем, активно выжидательной. После отхождения околоплодных вод акушер непременно должен произвести внутреннее исследование (нет ли выпадения пуповины). Следует указать на одно обстоятельство, о котором надо помнить. В периоде изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается заметное ускорение сердечных ударов плода (раздражение п. splanchnicus на почве сдавливания животика плода ножками). Об этом, повторяю, следует помнить и не считать его патологическим, т. е. показанием к оперативному вмешательству.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания следует выслушивать и считать после каждой схватки-потуги.

С прорезыванием ягодиц, когда в половой щели показывается пупочное кольцо, наступает момент, чрезвычайно опасный для плода. В это время вступающая во вход в таз головка, выполняя его, неизбежно придавливает проходящую тут же пуповину. Плоду грозит асфиксия. Опасность возрастает вместе с дальнейшим продвижением туловища, особенно в момент рождения последующей головки. Весь механизм изгнания плечевого пояса и головки, т. е. период, когда происходит неизбежное прижатие пуповины, должен продолжаться не более 3—5 минут. Если придавливание пуповины будет продолжаться больше 5 минут, плод родится в асфиксии; при прижатии пуповины до 10 минут родившийся в асфиксии плод с трудом можно оживить. Наконец, если прижатие пуповины продолжится больше 10 минут (в пределах 10—15 минут) результатом его будет верная гибель плода. Плоду, помимо прижатия пуповины, грозит еще другая опасность—отслойка плаценты. С рождением нижней части туловища плода объем сократившейся матки резко уменьшается (в полости матки, кроме последа, остается только головка), что может повести к отделению детского места.

Отсюда становится очевидным, что при тазовых предлежаниях, в периоде изгнания, после рождения пупочного кольца, в интересах плода необходима скорая и умелая акушерская помощь. Для этого в распоряжении акушера имеются следующие мероприятия:

1. Неблагоприятный прогноз при тазовых предлежаниях для матери и плода, особенно большой процент мертворождений (не менее 10%) и значительная детская смертность в первые дни после родов, послужили для акушеров основанием принципиально настаивать на профилактическом исправлении тазовых предлежаний во время беременности путем наружного поворота на головку. По данным Б. А. Архангельского, М. Б. Трубковича и др., такой поворот, будучи выполнен при соответствующих условиях и надлежащей технике, со строгим учетом показаний и противопоказаний, снижает потери детей при родах и после них почти в 10 раз. Опасности, на которые обычно указывают противники наружного профилактического поворота на головку, при тазовых предлежаниях: кровотечения, наступление после поворота преждевременных родов, преждевременное отхождение околоплодных вод, выпадение и обвитие пуповины и др., встречаются, по данным тех же авторов, не чаще, чем при тазовых предлежаниях, при которых не применялось наружного профилактического поворота.

Однако многие, если не большинство акушеров, все же придерживаются обычного способа ведения родов при тазовых предлежаниях. Мы также не рекомендуем, по крайней мере на сегодня, особенно еще мало опытному акушеру, применять наружный профилактический поворот на головку при тазовых предлежаниях; исключения составляют случаи крайне редкие, когда приходится ставить вопрос о таком повороте. Мы не рекомендуем делать поворот на головку потому, что считаем тазовые предлежания физиологическими родами, которые могут заканчиваться и обычно кончаются без всякого врачебного вмешательства, если не считать ручного пособия (надо хорошо знать механизм родов и тщательно за ним следить). Это с одной стороны. С другой стороны, рекомендуемый профилактический наружный поворот из ягодичного предлежания в головное технически далеко не так прост, как это кажется с первого взгляда, и удается далеко не всегда. Так, по данным клиники, которую возглавлял Б. А. Архангельский, при лучшей технике и тщательном отборе случаев для поворота последний не удался почти в 10% (М. Б. Трубкович). Надо, помимо того, учитывать, что тазовое предлежание, особенно там, где встречаются те или иные осложнения (их не всегда можно предвидеть), более выгодно, чем черепное, так как при нем в любой момент можно закончить роды извлечением плода за тазовый конец. Нельзя также преуменьшать те опасности

для матери и плода, которые связаны с применением профилактического наружного поворота при тазовых предлежаниях. Мне лично известны несколько случаев тяжелых осложнений после такого поворота. Так, один раз пришлось производить в нашей клинике эмбриотомию из-за неудавшегося поворота, причем не было своевременно распознано незаметное отхождение околоплодных вод. Профилактический поворот был сделан в солидном клиническом родовспомогательном учреждении видным специалистом-акушером.

Наконец, несколько слов по поводу мертворождаемости и смертности детей в отделении новорожденных в первые дни их жизни. Выше мы видели, что мертворождаемость и смертность новорожденных в связи с тазовыми предлежаниями исчисляется в среднем цифрой в 10% и даже выше. Однако такой высокий процент потери детей в большей мере связан с теми тяжелыми осложнениями, которые часто сопровождают тазовые предлежания (некоторые предлагают такие осложнения называть в т о р и ч н ы м и), а не с тазовыми предлежаниями, как таковыми (первичные осложнения). Если взять только последние осложнения, то процент потери детей будет значительно ниже, причем за последнее время, в связи с улучшением техники ведения родов при тазовом предлежании, он неизменно и прогрессивно снижается.

О показаниях, условиях и технике наружного профилактического поворота при тазовых предлежаниях см. стр. 175—179.

2. Во время родов, в периоде изгнания, с момента рождения туловища плода до пупка плоду, как мы видели выше, угрожает явная опасность асфиксии (неизбежно прижатие пуповины головкой, вступающей в малый таз). Поэтому необходимо врачебное вмешательство—так называемое р у ч н о е п о с о б и е п р и т а з о в ы х п р е д л е ж а н и я х. С момента прорезывания ягодиц акушер должен стоять наготове с продезинфицированными руками на случай необходимости оказать это пособие.

Подготовка роженицы и техника ручного пособия при тазовых предлежаниях описываются дальше (стр. 208—217).

3. При чисто ягодичных предлежаниях, особенно у пожилых первородящих, часто приходится прибегать к операции извлечения плода за тазовый конец, если роды не продвигаются вперед, а плоду угрожает асфиксия (стр. 220—227). Некоторые в таких случаях в интересах плода прибегают даже к кесареву сечению. Другие с той же целью рекомендуют при ведении родов при чисто ягодичном предлежании сводить с профилактической целью ножку в то время, когда ягодицы находятся над входом в малый таз. Вопрос дискуссионный.

Действительно, операция извлечения плода за тазовый конец при чисто ягодичных предлежаниях при затянувшихся родах представляет собой чрезвычайно трудное вмешательство. Поэтому очень заманчиво предложение сводить при чисто ягодичных предлежаниях профилактически ножку, за которую плод может быть легко извлечен. Это—мера профилактики на тот случай, если по ходу родов потребуются извлечение плода за тазовый конец. Свести ножку, перевести таким образом чисто ягодичное предлежание в ножное и вести роды так, как описано выше при ножных предлежаниях.

Раньше такое профилактическое низведение ножки при чисто ягодичных предлежаниях было очень распространенным акушерским мероприятием. В. С. Груздев был сторонником этого способа родоразрешения при чисто ягодичных предлежаниях.

В настоящее время вопрос этот является, повторяю, спорным. Все же надо сказать, что большинство акушеров (и мы в том числе) против профилактического сведения ножки при чисто ягодичном предлежании. При нормаль-

ных условиях прием этот следует считать бесполезным, для матери—небезразличным, а для плода, может быть,—даже опасным.

Такое низведение ножки некоторые акушеры допускают только при определенных показаниях (у пожилых первородящих с ригидностью мягких родовых путей, у повторнородящих с неблагоприятным исходом предыдущих родов с тазовым предлежанием и др.). Сведение ножки следует производить тогда, когда зев раскрыт настолько, что вслед за низведением можно сделать и извлечение плода за тазовый конец.

4. В последний момент извлечения головки при тазовых предлежаниях может встретиться затруднение со стороны мягких родовых путей, особенно у старых первородящих (спазм в области наружного зева, неподатливость крепкой соединительной ткани, окружающей влагалищные своды, спазматические сокращения тазового дна). Для предупреждения этих осложнений в периоде изгнания заранее следует ввести подкожно 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина. При прорезывании головки приходится прибегать к перинеотомии или эпизиотомии.

---

акusher-lib.ru

## ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Поперечными, *гесп.* косыми, называются такие положения плода, при которых ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол. Если головка находится слева, говорят о первой позиции, если справа—о второй. Смотря по тому, куда обращена спинка плода, различают и здесь два вида позиции: передний (*dorso-anterior*) и задний (*dorso-posterior*). Поперечные положения встречаются приблизительно в 0,5% всех родов.

Причина поперечного положения плода лежит или в матке (*uterus arcuatus*), или в особенностях входа в таз (узкие тазы), или, наконец, в плоде (сравнительно небольшие размеры его). Многоводие, многоплодная беременность, преждевременные роды, отвислый живот, предлежание последа, миомы матки—моменты, способствующие поперечному положению.

## ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

В периоде раскрытия, вследствие отсутствия объемистой предлежащей части, очень часто происходит ранний разрыв плодного пузыря. В результате раннего отхождения вод во много раз усиливается опасность инфекции («сухие роды»).

В периоде изгнания о сколько-нибудь правильном механизме родов, собственно говоря, речи быть не может. Самопроизвольные роды при поперечном положении бывают только в исключительных случаях и при своеобразном механизме, а именно: а) при самоповороте, б) самоизвороте (*evolutio spontanea*), в) родах сложенным вдвое плодом (*conduplicato corpore*).

Самоповорот—такое положение, когда плод под влиянием схваток или соответствующего положения роженицы самопроизвольно поворачивается на головку или на тазовый конец. В таком случае, конечно, возможны самопроизвольные роды.

Самоизворот возможен при вместительном тазе и небольшом или мацерированном плоде, особенно незрелом. Он заключается в том, что плод складывается вдвое, затем верхняя часть его ущемляется в тазу, а другая, нижняя, соскальзывает вниз наружу через вульву. После рождения нижней части происходят роды и верхней части—головки.

В клинике встречаются два способа самоизворота.

Первый способ состоит в том, что головка застревает в большом тазу выше *linea terminalis s. linea innominata*, а тазовый конец скользит по задней стенке таза наружу через вульву.

Другой способ заключается в том, что головка ущемляется над

симфизом, а позади симфиза вытягивается книзу шейка плода, вокруг которой и происходит разгибание плода и выход его наружу через вульву.

Роды *conduplicato corpore* представляют собой изгна-

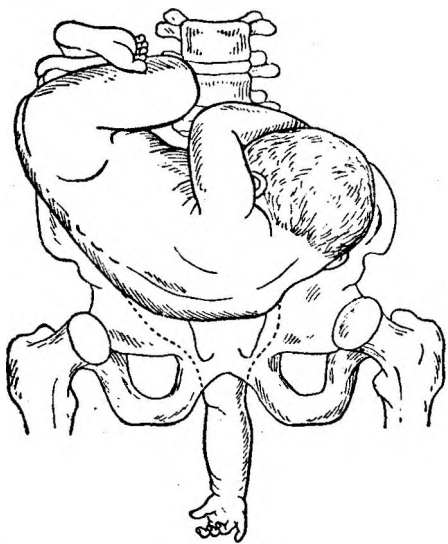


Рис. 113. Поперечное положение, первая позиция, передний вид.

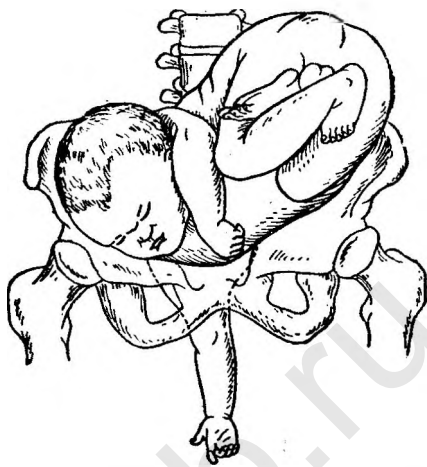


Рис. 114. Поперечное положение, вторая позиция, задний вид.

ние плода в сложенном вдвойне виде, когда шея и грудной отдел позвоночника ребенка лежат параллельно.

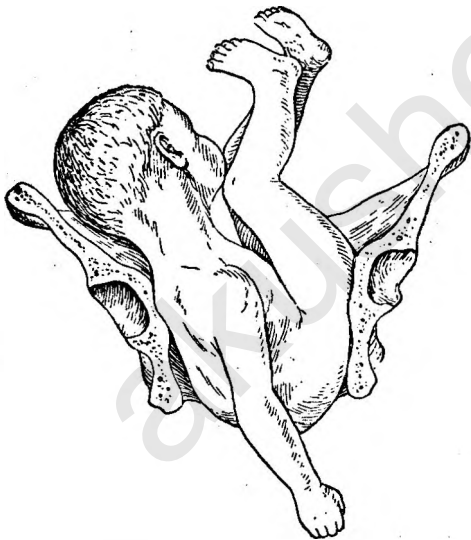


Рис. 115. Самоизворот (по Денману).

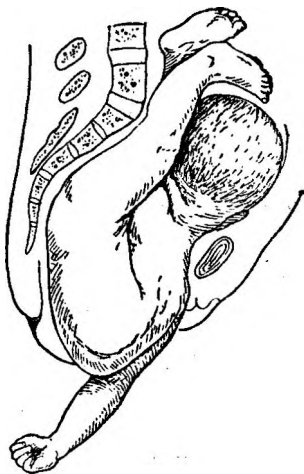


Рис. 116. Самоизворот (по Дугласу).

Самопроизвольное окончание родов при поперечном положении, как правило, редкая счастливая случайность. Обычно без постороннего вмешательства роды при поперечном положении кончаются катастрофически для матери и для плода. После отхождения вод часто выпадает кисть, а потом и вся ручка. Под влиянием развивающихся схваток плод, лежащий поперек, в этом же ненормальном поперечном положении вгоняется в малый таз.

Так как наиболее сгибаемой частью позвоночника является его шейный отдел, он больше всего и вгоняется в таз. Плод таким образом вколачивается в малый таз в согнутом состоянии.

Предлежащей частью будет ручка с лопаткой, которые вколачиваются все глубже и глубже и тут же ущемляются. Происходит то, что известно под

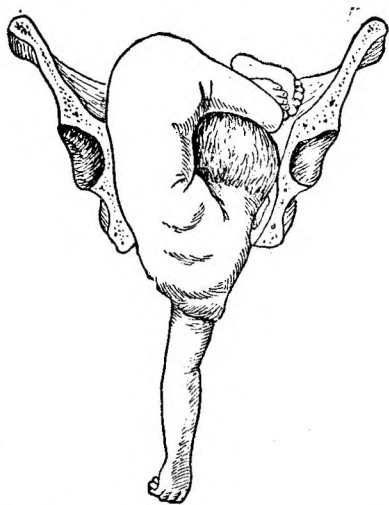


Рис. 117. Рождение плода, *содуплицато согрое*.

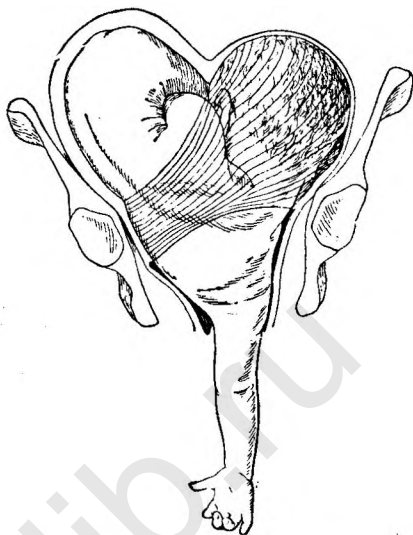


Рис. 118. Запущенное поперечное положение.

названием запущенного поперечного положения, которое характеризуется полной неподвижностью плода. Конечным результатом такого запущенного поперечного положения обычно бывает разрыв матки вследствие растяжения нижнего маточного сегмента.

### ДИАГНОСТИКА

**Наружное исследование.** Матка обычно имеет форму поперечного овала, причем дно ее стоит ниже, чем должно быть по сроку беременности. На одной стороне прощупывается баллолирующая головка, на другой — ягодицы; спереди лежит спинка или мелкие части. Над входом в таз предлежащая часть не определяется. Сердцебиение выслушивается на уровне пупка. Следует иметь в виду, что даже при неприслушиваемом сердцебиении плод может быть живым. Наружное исследование может быть затруднено при многоводии или многоплодной беременности.

**Внутреннее исследование.** В периоде раскрытия предлежащая часть не прощупывается ни через передний свод, ни через маточный зев. В дальнейшем начинает выявляться предлежащая кисть или плечико. В случае предлежания кисти руки с ней следует «поздороваться» и таким образом установить, предлежит ли правая или левая ручка. Можно также использовать и другой прием: повернуть ручку ладонью кверху; если большой палец смотрит в правую сторону матери, значит это правая ручка, если влево, — левая. При предлежании плечика надо обратить внимание на расположение лопатки

и ключицы, а также на то, куда открывается подмышечная ямка. Благодаря этим опознавательным признакам удается определить позицию и вид позиции. При первой позиции (головка слева) подмышечная ямка будет закрыта слева. При лопатке спереди и ключице сзади будет передний вид (*visus dorso-anterior*). При первой позиции выпавшая правая ручка будет свидетельствовать о переднем виде, левая—о заднем. При второй позиции—обратные отношения: выпадение левой ручки указывает на передний вид, правой—на задний.

Чтобы определить, имеется ли запущенное поперечное положение, надо руководствоваться следующими признаками:

- 1) плод потерял всякую подвижность;
- 2) плечико стоит глубоко и неподвижно, ручка отечна и синюшна;
- 3) плечико обычно отодвинуто в сторону вследствие того, что рядом с ним низко опустилась и грудка;
- 4) шейка матки сильно вытянута кверху;
- 5) вагина чрезмерно узка, точнее говоря, она целиком выполнена вколотившимися частями.

При запущенном поперечном положении, ввиду истончения нижнего маточного сегмента, исследование надо производить чрезвычайно осторожно.

### ВЕДЕНИЕ РОДОВ

В периоде раскрытия необходимо попытаться исправить поперечное положение, положив роженицу на тот бок, где находится головка или тазовый конец, смотря по тому, что ближе ко входу в таз. Как правило, следует запретить женщине вставать в течение всего периода раскрытия, чтобы до конца сохранить плодный пузырь. В случае надобности, чтобы предупредить раннее отхождение вод и сохранить пузырь, некоторые рекомендуют вводить во влагалище кольпайринтер. Если воды отошли раньше срока и ни одна мелкая часть не выпала наружу, можно также ввести во влагалище кольпайринтер для предупреждения выпадения мелких частей и для усиления схваток.

При выпадении мелких частей (выпадение ручки встречается в 50%) до полного раскрытия зева некоторые рекомендуют их репонировать и вводить кольпайринтер. Мы этого не делаем. При поперечном положении никакую мелкую часть (ручка, пуповина) не следует обратно вправлять: она обычно снова выпадает. С полным раскрытием маточного зева надо сделать поворот на ножку. Опыт показал, что поворот на ножку при полном раскрытии, когда можно вслед за поворотом в случае надобности произвести и извлечение плода, более благоприятен для плода, чем так называемый ранний поворот на ножку (по Брэкстон-Гиксу, см. ниже). По клиническим наблюдениям, при повороте на ножку до полного раскрытия зева смертность детей значительно выше, чем при повороте после полного раскрытия.

Ведение родов при запущенном поперечном положении и ни в коем случае не может быть выжидательным. Необходимо эмбриотомия (см. «Плодоразрушающие операции»).

Поперечные положения, как мы видим, дают большой процент преждевременных родов и особенно много мертворождений. Поэтому необходимо всех беременных с поперечным, *resp.* косым, положением плода заблаговременно госпитализировать. Некоторые предлагают, наряду с этим, произвести в родильном доме наружный поворот на головку (профилактический наружный поворот плода из поперечного положения плода на головку).



## ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД (ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ)

Третий период родового акта—последовый—называется так потому, что в течение его рождается послед. Этот период родов самый короткий, но вместе с тем очень опасный для роженицы и не менее ответственный для врача.

### ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

В периоде рождения последа различают две фазы, обычно следующие друг за другом: фазу отделения плаценты от стенки матки и фазу выделения последа из матки наружу.

Французские авторы, а из отечественных П. А. Белошапко и В. М. Малявинский, придерживаются деления на три фазы: отслойка детского места от плацентарного ложа, выхождение последа во влагалище и рождение последа. Практически, однако, две первые фазы трудно разграничить.

### ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Отделение плаценты наступает после того, как родился плод. Отделение ее до рождения плода является очень серьезным осложнением, которое ведет к смерти плода и может иметь роковые последствия для матери. После рождения плода матка уменьшается, ее полый мускул, до того сильно растянутый, вновь сокращается. Требуется некоторое время, чтобы в сокращенной мышце восстановился тонус, без которого новые схватки, необходимые для рождения плаценты, невозможны. Мышечный тонус регулируется нервно-гуморальной системой, находящейся в свою очередь под контролирующим и направляющим влиянием коры головного мозга. В здоровой мышце тонус обычно восстанавливается через несколько минут. В слабой и утомленной мышце период восстановления тонуса может оказаться очень длительным. По восстановлении тонуса после изгнания плода полая маточная мышца вновь начинает сокращаться, появляются так называемые последние схватки. Они уже не так болезненны, как в периоде раскрытия или в периоде изгнания, когда матке приходилось преодолевать значительное сопротивление. В последовом периоде матка при сокращениях не встречает препятствия, в силу чего эти сокращения беспочвенно роженицу мало. Только у женщин с гипоплазией или у многорожавших при слабой мышце сокращения в последовом периоде сопровождаются болями.

Благодаря маточным сокращениям плацента отделяется от стенок матки. Отделение идет в губчатом слое отпадающей оболочки, т. е. в слое наиболее развитых желез с очень тонкими перерожденными стенками. Только в редких случаях плацента может отделяться и в компактном слое decidua и еще реже—в мышечном слое матки. Отделяется плацента от стенок матки обычно не сразу и не по одному и тому же типу во всех случаях. Иной раз отделение ее начинается с края, оно встречается реже. В других случаях сначала отделяется центральная часть плаценты, причем получается скопление крови между плацентой и стенкой матки, так называемая ретроплацентарная гематома. Одновременно с плацентой от стенки матки начинают отделяться и оболочки. Когда плацента вместе с оболочками совершенно отделится от стенки матки,

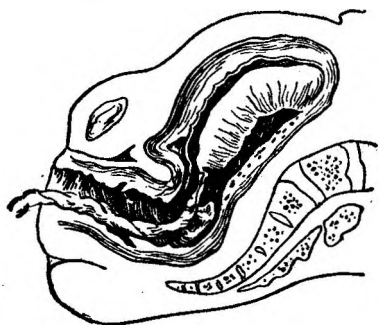


Рис. 119. Начинающееся отделение плаценты от стенок матки (способ Дункана).

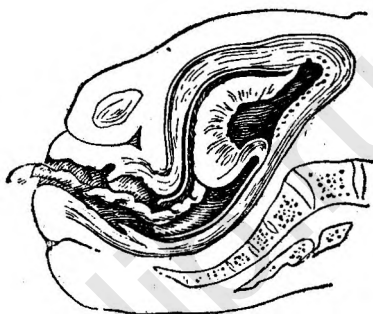


Рис. 120. Центральное отделение плаценты от стенок матки (способ Шульца).

она в силу собственной тяжести скользит вниз. Не все, однако, согласны с тем, что отделение плаценты происходит после рождения плода. По мнению А. Я. Крассовского, что было подтверждено потом Францем, нормально прикрепленная плацента обычно отделяется при той схватке, с которой рождается головка, т. е., другими словами, отделение происходит за счет последней изгоняющей схватки. Клинически это не всегда оправдывается.

Описанный механизм отделения плаценты имеет ряд отступлений, при которых нередко необходимо вмешательство врача. Чтобы вовремя установить, в каком положении находится процесс отделения детского места, акушер должен хорошо знать клиническую картину этого процесса и его симптоматику.

После рождения плода, когда плацента прикреплена всей поверхностью к стенке матки, при отсутствии повреждений мягких частей кровотечения из половых органов не должно быть. С началом отделения детского места положение меняется. Если отделение плаценты начинается с центра, с образования ретроплацентарной гематомы, наружного выделения крови также не бывает, гематома опораживается наружу только после выделения плаценты. Если же имеется краевое отделение плаценты, то кровотечение появляется еще до того, как она вполне отделилась от стенок матки. Таким образом, появление кровотечения в последовом периоде может указывать на начало отделения плаценты. В отличие от патологического кровотечения (гипотония матки, разрывы шейки и пр.) кровотечение при краевом отделении плаценты обычно бывает незначительным и непродолжительным; и происходит при хорошо сократившейся матке.

Чтобы решить, отделилась ли плацента от стенок матки, необходимо руководствоваться следующими признаками (признаки отделившегося последа).

1. Изменение формы матки—признак Шредера (по Чукалову, встречается в 98,5%). Непосредственно после рождения плода дно сократившейся матки обычно находится около пупка; матка имеет округлую форму. Как только плацента отделилась от стенок матки, последняя поднимается над плацентой кверху, причем дно ее теперь стоит значительно выше, достигая иногда края реберной дуги; часто матка отклоняется вправо. Форма матки после отделения плаценты тоже меняется. Дно ее, до отделения широкое, становится более узким (рис. 121). Матка меняет свою форму не только во фронтальном, но и в сагиттальном направлении: передне-задний размер уменьшается, матка как бы уплощается. Таким образом, после отделения плаценты происходит следующее: 1) дно матки поднимается выше пупка, обычно вправо, 2) фронтальный размер ее уменьшается, матка делается уже, 3) уменьшается и передне-задний размер матки, в силу чего она уплощается.

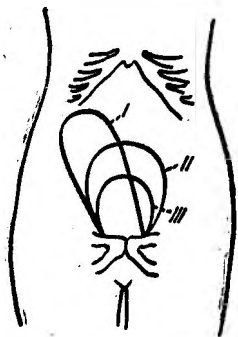


Рис. 121. Положение матки (ее высота) в последовом периоде. I—после отделения плаценты; II—после рождения плода; III—после рождения плаценты.

2. Появление выпячивания над лонным соединением. Когда плацента и оболочки, отделившись от стенки матки, в силу собственной тяжести опускаются в нижний сегмент матки с его очень тонкими стенками, передняя стенка этого сегмента под напором объемистой плаценты выпячивается вперед, приподнимая кпереди и брюшную стенку. Снаружи, таким образом, можно видеть мягкое, в виде подушки, выпячивание над лонным соединением; между этим выпячиванием и полостью маточной мышцы можно иногда проследить явственную борозду (свего рода «контрактантное кольцо»).

3. Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда). Чтобы следить за этим признаком, необходимо после перерезки пуповины наложить на проксимальный конец ее, непосредственно у вульвы, кровоостанавливающий зажим. Как только плацента отделится от стенок матки и опустится в нижний маточный сегмент, пуповина вместе с зажимом отходит от вульвы на несколько сантиметров, примерно на 10—12. Меньшее удлинение не является доказательным признаком.

4. Признак Штрассмана. Он основан на законе контакта двух гидростатических систем через тонкую податливую перепонку. Колебания жидкости в одной системе должны, благодаря податливости тонкой перепонки, передаваться в другую систему, создавая впечатление волны или флюктуации. После перевязки пуповины ее артерии сокращаются, становятся пустыми, а вена остается переполненной жидкой кровью. Пока плацента прикреплена к стенке матки, кровь в пупочной вене находится в контакте с кровью матери, циркулирующей в межворсинчатых (интравиллезных) пространствах. Отделяет эти две системы жидкостей друг от друга только тонкая эпителиальная оболочка ворсинок.

Если слегка поколачивать кончиками пальцев по области дна матки, то на нижнем конце пуповины это передается в виде легкой волны. Если более энергично надавливать на дно матки, то прощупывается напряжение пупочной вены, причем сама пуповина в силу переполнения пупочной вены кровью закручивается в спираль. Но все эти явления (легкая волна, напряжение вены, закручивание в спираль) немедленно исчезают, если контакт между обоими столбами жидкостей исчезнет, т. е. после отделения плаценты от стенки матки.

5. Признак Кюстнера-Чукалова (по Чукалову, встречается в 98,5%). Если надавить рукой над симфизом, то пуповина при неот-

делившейся плаценте уходит обратно во влагалище. Если плацента отделилась, центральный (проксимальный) отрезок пуповины остается на месте.

6. Микулич-Родецкий и Кальман указывают еще на один признак отделившегося последа, а именно на ощущение позы на низ, на которое жалуются роженицы; оно объясняется тем, что опустившаяся плацента давит на прямую кишку.

7. П р и з н а к К л е й н а (по Чукалову, встречается в 100%). Роженице предлагают сильно натужиться, или же врач сам отдавливает матку книзу. Выступающая при этом из половой щели пуповина вытягивается. Если плацента отделилась, после прекращения выдавливания пуповина обратно не уходит.

8. П р и з н а к Ф а б р а. При неотделившейся плаценте всякое потягивание или подергивание за пуповину передается матке, resp. положенной на ее дно руке (показание поплавок при дергании за крючок удочки). Если такая передача отсутствует, плаценту следует считать отделившейся.

9. П р и з н а к Р о с с ь е—образование гребня в дне матки (в результате опорожнения матки происходит сближение ее передней и задней стенок).

Для практического врача наиболее важны признаки Альфельда, Шредера и Кюстнера-Чукалова. Их суммарное значение удачно сформулировал Фромольт. Наличие признака Альфельда указывает на то, что плацента начинает опускаться, признак Шредера говорит о том, что плацента выталкивается из полости матки, и, наконец, появление признака Кюстнера-Чукалова свидетельствует о том, что послед уже лежит во влагалище.

Н. С. Полянск и й считает, что всякого рода пальцевые приемы и прикосновения к матке, применяемые с целью определения местоположения последа (приемы Кюстнера, Шредера, Штрассмана), должны быть изгнаны из повседневной практики («руки прочь от матки»). Вместо них он рекомендует для распознавания отделения детского места пользоваться приемом Г. И. Д о в ж е н к о. При глубоком брюшном дыхании в момент вдоха свисающая от родовых путей пуповина при неотделившейся плаценте втягивается, а при отделившейся не втягивается во влагалище.

## ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Отделение плаценты, как мы видели, совершается вследствие сокращений маточной мышцы. В ы д е л е н и е последа, помимо того, происходит вследствие действия трех новых факторов: во-первых, в силу тяжести самой плаценты; во-вторых, за счет рефлекторных сокращений брюшных мышц; в-третьих, как думают некоторые, благодаря сокращению гладкой мускулатуры вагинальных стенок.

Принято различать два способа отделения плаценты и выделения последа из половых органов: способ Дункана и способ Шульцта. В последнее время Франц установил новый способ отделения и выделения последа: механизм одновременного отделения всей поверхностью плаценты. По наблюдениям Варнекроза, выделение последа по Дункану бывает чаще, чем по Шульцту. В единичных случаях происходит выделение последа по Францу.

С п о с о б Д у н к а н а. Детское место идет вперед одним каким-нибудь краем, а затем материнской стороной. Оболочки сохраняют свое естественное расположение на амниональной стороне плаценты вместе с пуповиной (рис. 122 и 123).

С п о с о б Ш у л ь т ц а. Вперед идет центральная часть плаценты вместе с пуповиной. Послед, таким образом, выходит амниональной (фетальной) стороной, местом прикрепления пуповины. Оболочки в этом случае выворачиваются, закрывая материнскую сторону плаценты (рис. 124 и 125).

Подводя итоги всему сказанному по вопросу о механизме отделения и выделения последа, мы в качестве действующих в этом процессе факторов должны зарегистрировать: 1) сокращение объема матки после рождения головки (плацента не может следовать за уменьшением объема матки, почему и отделяется); 2) маточные сокращения (схватки); 3) ретроплацентарную гематому; 4) собственную тяжесть плаценты; 5) сокращения брюшного пресса (потуги) и 6) сокращение стенок влагалища.

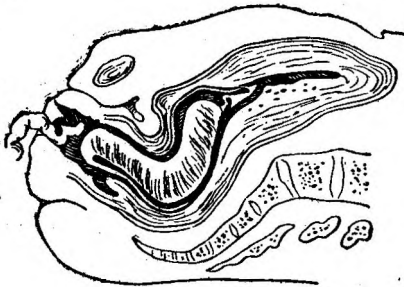


Рис. 122. Плацента изгнана из полости матки и находится в шейке (способ Дункана).

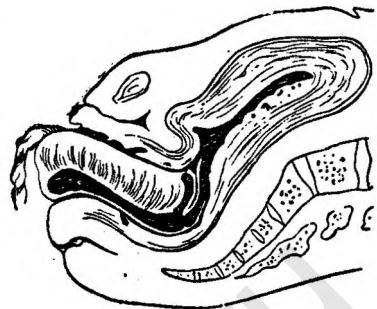


Рис. 123. Выхожение плаценты через влагалище нижним краем вперед (способ Дункана).

Продолжительность последового периода обычно составляет около 30 минут. А. Я. Крассовский считал, что плацента начинает отделяться во время последней изгоняющей схватки-потуги. По Варнекрозу, отделение плаценты происходит во время первой схватки после рождения плода. Как показывают рентгенограммы Варнекроза, плацента отделяется от стенок матки через 5 минут после рождения плода. Вейбель на своих рентге-

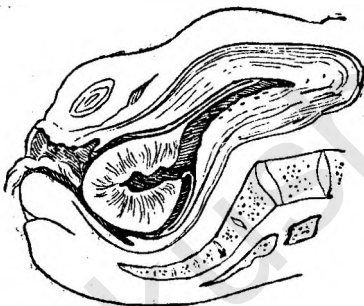


Рис. 124. Плацента изгнана из полости матки, находится в шейке в сложенном виде (способ Шульцта).

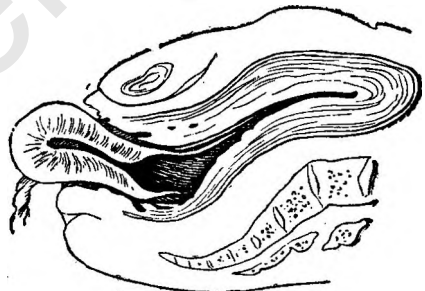


Рис. 125. Выхожение плаценты через влагалище плодовой частью вперед (способ Шульцта).

новских снимках только в одной трети случаев нашел в это время плаценту отделившейся от маточной стенки, а в двух третях она еще оставалась *in situ*. По исследованиям Штеккеля, окончательное отделение плаценты в последовом периоде происходит в первую четверть часа. Во всяком случае в течение первых 15—30 минут после родов плацента в норме всегда отделяется от стенки матки. Это, конечно, не значит, что по истечении 15—30 минут можно или следует приступить к удалению (выделению) последа (см. ниже). Что касается выделения последа, то в 70% всех случаев он выходит в течение получаса после рождения плода и в 20%—в течение первого часа. Только в 10% отделение и выделение продолжают дольше часа.

## ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Общепринятый современный принцип ведения последового периода основан на том, чтобы предоставлять силам самого организма отделение детского места полностью, а также по возможности и выделение последа наружу. Если нет кровотечения или каких-либо других осложнений, нет надобности форсировать выделение плаценты после ее отделения от стенок матки. Можно спокойно ждать по крайней мере 2—3 часа, наблюдая за высотой стояния матки, ее сокращениями (плотная консистенция), а также следя за состоянием мочевого пузыря, переполнение которого замедляет выделение

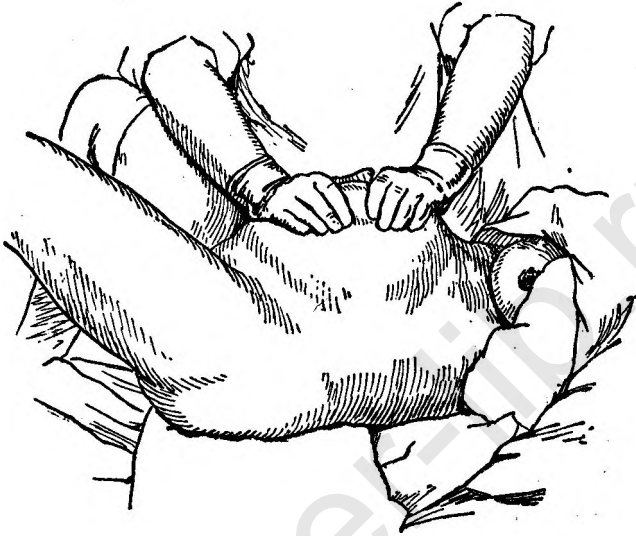


Рис. 126. Выделение последа по способу Д. А. Абуладзе.

последа. Этот срок выжидания (2—3 часа) установлен эмпирически. Научного обоснования такой акушерский *usus* не имеет. Если по истечении 2—3 часов послед не выделяется, это может происходить по двум причинам: или плацента еще не отделилась от стенок матки, или хотя и отделилась, но лежит где-нибудь в половом канале. Установить, отделилась или не отделилась плацента, можно по тем признакам, о которых говорилось выше. Если окажется, что плацента отделилась и лежит в нижнем сегменте, причем мочевой пузырь не служит препятствием ее выделению наружу, следует испробовать прием, который иногда быстро ведет к цели. Выжидают момента когда матка сокращается, делается твердой, и в это время предлагают роженице энергично потужиться. Под действием брюшного пресса отделившаяся плацента иногда легко выбрасывается наружу. Некоторые (французские) авторы рекомендуют при этом применять способ натягивания пуповины: натянуть пуповину, не потягивая за нее. «Натянуть и ждать» (*tendre et attendre*). Рекомендовать его, конечно, не следует.

Если описанным выше приемом не удалось получить ожидаемого результата, можно применить технику выделения последа по Д. А. Абуладзе (немецкие авторы неправильно называют его способом Бера). Способ Абуладзе, предложенный в 1907 г., заключается в следующем (рис. 126): предварительно, после опорожнения мочевого пузыря, массируют матку, чтобы вызвать ее сокращения, а затем брюшную стенку берут в складку параллельно белой линии, причем роженице предлагают тужиться (оба момента непосредственно действуют на матку и ее содержимое). Нередко этот простой прием дает

положительный эффект. Некоторые рекомендуют по отслоении плаценты от стенок матки придавать роженице полусидячее положение, заставляя ее тужиться, после чего послед рождается самостоятельно. Если, несмотря на

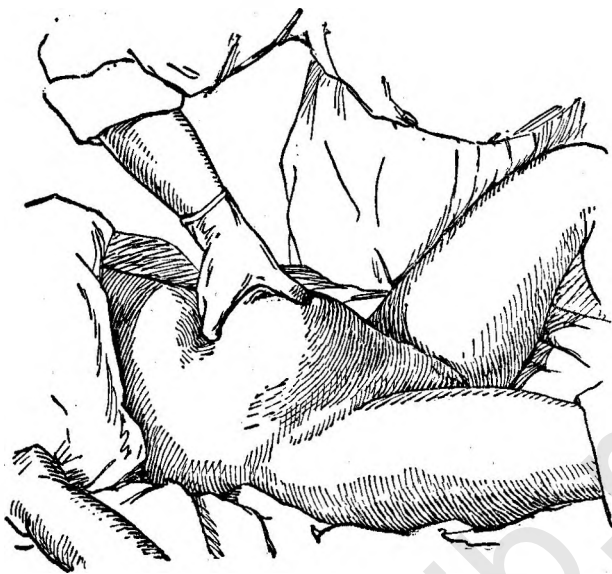


Рис. 127. Выжимание послета по Креде.

принятые меры, послед не выделяется, это может зависеть от двух причин: 1) или брюшной пресс действует недостаточно интенсивно, чтобы изгнать послед, 2) или после рождения плода образовалась стриктура (спазм) где-нибудь на протяжении родового канала, которая мешает выделению послета.

В тех случаях, когда отделившаяся от стенок матки плацента по истечении 2—3 часов не выделяется, надо приступить к выжиманию послета по Креде. Прием Креде следует проводить при положении роженицы со слегка приподнятым туловищем и с согнутыми в коленях ногами (чтобы ослабить напряжение брюшных мышц). Мочевой пузырь должен быть опорожнен. Врач становится слева от роженицы. Матка, которая нередко отклоняется в правую сторону, должна быть выведена на середину. Легким массажем стараются вызвать хорошее сокращение матки. Только после того, как матка сократилась, приступают к выжиманию послета. Дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы четыре пальца руки лежали на задней



Рис. 128. Прием Креде.

стенке матки, ладонь приходилась на дно, а большой палец располагался на передней стенке. Затем производят энергичное надавливание рукой на дно матки, крепко сжимая его между пальцами в передне-заднем размере. Сжимают не сразу, а с постепенно возрастающей силой, стараясь подражать волнообразному движению схватки. Нажимая, производят ладонью

той же руки давление на дно матки вниз и вперед, в направлении оси таза, стараясь столкнуть матку в крестцовую впадину (рис. 128). Послед обычно легко выходит во влагалище (рис. 129) и в дальнейшем рождается (рис. 130).

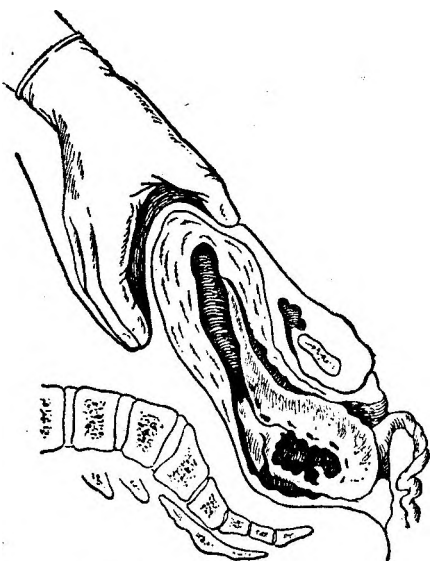


Рис. 129. Прием Креде.



Рис. 130. Прием Креде.

Как только послед вышел наружу, его надо положить на ладони обеих рук и осторожным скручиванием освободить и вывести оболочки, не обрывая их (рис. 131).

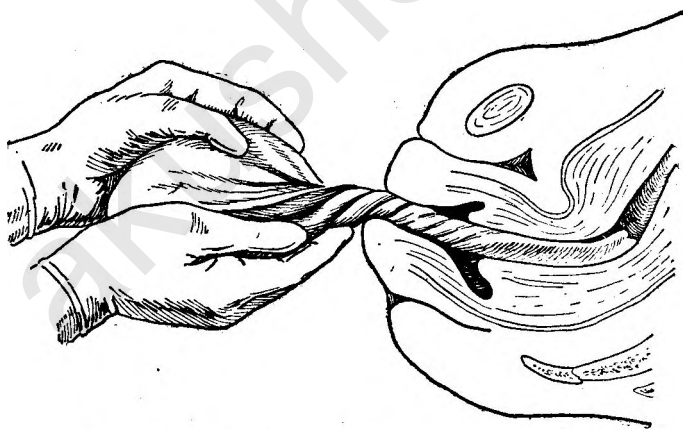


Рис. 131. Скатывание оболочек в канатик.

Если, несмотря на этот прием, имеется опасность обрыва оболочек, рекомендуется применить такой способ. Согнув ноги в коленях, роженица притягивает к себе ноги, приподнимая при этом выше таз. Послед, лежащий между ногами, своей тяжестью тянет за собой застрявшие внутри оболочки.

Неудачи и осложнения при приеме Креде могут зависеть от следующих причин: 1) не опорожнен мочевой пузырь роже-



ницы; 2) матка не выведена на середину; 3) выжимание производится при не вполне сократившейся матке; 4) направление выжимающей силы неправильное: образовалась резкая антефлексия матки, а вместе с ней и задержка последа (при приеме Креде матка, шейка и влагалище должны представлять одну линию).

При неправильном и форсированном применении способа Креде может произойти разможжение плаценты, а кроме того, шок, особенно у рожениц, обессиленных и истощенных родовым актом, потерей крови, чрезмерными болями. Н. Н. Чукалов, считая метод Креде грубым, предложил (в 1922 г.) свой способ проталкивания последа в целях его выведения из родовых путей. Способ заключается в следующем. При наличии признаков отделения детского места при сократившейся матке ладонью руки производят давление на дно матки в направлении книзу (по оси таза). Если такое ручное проталкивание не ведет к цели, прибегают к ручному удалению последа.

Некоторые (К. А. Гуткин, Н. С. Полянский), отвергая прием Креде, принципиально отдают предпочтение ручному отделению плаценты и ручному выделению последа.

После того как послед выделится, его надо тщательно осмотреть, чтобы убедиться, что он выделится целиком. Прежде всего приступают к осмотру материнской части плаценты. Плаценту следует разложить на какой-нибудь ровной поверхности (на подносе). Материнская сторона плаценты гладкая, серовато-синеватого цвета, покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. Дефект в плацентарной ткани узнают по темнокрасному цвету обнаженных ворсинок. Разница между дефектом и неизменной тканью плаценты становится более отчетливой, если плаценту ошпарить крутым кипятком.

Особенно тщательно следует осмотреть края плаценты. Они везде должны быть гладкими, не иметь оборванных сосудов. Необходимо внимательно проверить, не осталось ли в матке добавочных долек плаценты. О наличии *placenta succenturiata* (добавочная плацента) говорит дефект в оболочках и оборванные у края плаценты сосуды.

Если у врача нет уверенности в целостности плаценты, рекомендуется пропустить через плацентарные сосуды цветную жидкость или молоко («молочная проба»), вводя жидкость большим шприцем (100—200 мл) в плацентарную вену. При наличии дефекта молочная жидкость выливается через разорванные сосуды наружу. В последнее время предлагают вводить через пупочную вену воздух (тоже большим шприцем), причем плаценту предварительно погружают в сосуд с жидкостью: выделяющиеся пузырьки воздуха указывают на повреждение, гесп. недостачу, плацентарной ткани («воздушная проба»).

Эти пробы дают положительный результат и при случайном повреждении плаценты.

Распознать задержку частей плаценты далеко не так просто, как это кажется с первого взгляда: 50% задержавшихся частей плаценты остаются нераспознанными. Вот почему в настоящее время все настойчивее предлагают производить ручное обследование полости матки непосредственно после родов, причем не только при несомненной задержке частей плаценты, но и во всех подозрительных и сомнительных случаях. Как показывают клинические наблюдения, такое ручное обследование полости матки непосредственно после родов (это важно!) при нормальном состоянии роженицы не оказывает какого-либо неблагоприятного влияния на течение послеродового периода (в смысле повышения заболеваемости).

После осмотра плаценты переходят к осмотру оболочек. С этой целью плаценту переворачивают материнской стороной вниз, а фетальной—кверху. Захватив края оболочек, стараются реконструировать яйцевой

мешок. При этом обращают внимание на целостность обеих оболочек—ворсинчатой и водной.

В последнее время намечается тенденция пересмотреть описанные общепринятые методы рационального ведения последового периода. Поступают многочисленные предложения перейти на более активные методы и не только в отношении отделившейся плаценты, но даже и неотделившейся. Некоторые предлагают для укорочения последового периода вводить питуитрин. Мало того, в различных вариациях воскресает старый, можно сказать первобытный, способ потягивания за пуповину с одновременным поддерживанием матки, отталкиванием ее кверху и пр. Некоторые акушеры, например, считают более правильным и рациональным (меньшая кровопотеря, укорочение периода выделения последа и пр.) сейчас же после рождения ребенка, не дожидаясь отделения плаценты от стенок матки, активно выделять ее, н а т я г и в а я пуповину и одновременно о т о д в и г а я матку кверху, захватив ее в области нижнего сегмента.

Мы должны самым категорическим образом возражать против такого способа ведения последового периода. Насильственное вмешательство в корне противоречит основному современному принципу по возможности предоставлять роды естественному течению. Упомянутый сверхактивный метод, не достигая поставленной цели (кровопотери при нем несколько не меньше), несомненно, как показывают наблюдения, вызывает ряд осложнений, неблагоприятно сказывающихся на течении послеродового периода.

Мы предлагаем держаться проверенного способа ведения последового периода. А к у ш е р д о л ж е н д е р ж а т ь с я в ы ж и д а т е л ь н о й т а к т и к и, сосредоточивая свое внимание:

- 1) на пульсе роженицы (он должен быть замедленным, полным, сильным);
- 2) на кровотоке из влагалища (оно отсутствует или бывает незначительным и кратковременным);
- 3) на высоте стояния дна матки и на ее консистенции;
- 4) на признаках отделения плаценты;
- 5) на состоянии мочевого пузыря.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Осложнения в последовом периоде могут быть двоякого рода: 1) в виде задержки отделившейся плаценты и 2) в виде нарушения процесса отделения плаценты от стенок матки. О причине задержки отделившейся плаценты и необходимых мероприятиях при этом было уже сказано. Причиной задержки отделившейся плаценты, это надо еще раз подчеркнуть, часто является стриктура циркулярной мускулатуры матки, появление контракционного кольца в области внутреннего зева матки или того или другого ее рога, чаще на почве нерациональных мероприятий в последовом периоде (рис. 132 и 133). Здесь мы коснемся нарушения процесса отделения плаценты от стенок матки (причины, симптоматология, терапия).

Нарушения процесса отделения плаценты от стенок матки могут быть обусловлены двумя причинами.

К первой относится плохая сократительная способность маточной мускулатуры врожденного или приобретенного характера. Быстрое оперативное опорожнение матки, долго длившиеся роды, перерастяжение маточной мышцы (многоводие, двойни), инфекция, миомы, чрезмерно большие размеры плаценты и пр.—все это может в конечном счете повести к вторичной слабости маточной мускулатуры, в силу чего в последовом периоде плацента или совершенно не отделяется, или отслаивается только частично.

Вторая причина нарушения процесса отделения плаценты от стенок матки лежит в патологических изменениях губчатого слоя отпадающей оболочки или в прорастании ворсинками глубоких слоев маточной стенки. Патологически измененный губчатый слой, в котором обычно и происходит отделение плаценты, в результате бывшего воспалительного процесса утолщен, иногда рубцово перерожден, в силу чего разрыв перемычек не может идти нормально. В некоторых случаях изменения слизистой оболочки матки настолько резко выражены, что она целиком атрофируется, decidua compacta выражена плохо, равно как и decidua spongiosa; поэтому ворсинки прорастают вглубь слизистой, иногда вплоть до мышечного слоя. В этом случае образуется так называемая placenta increta, т. е. происходит полное приращение плаценты. Раньше думали, что при приращении речь идет о воспалительном процессе, о так на-

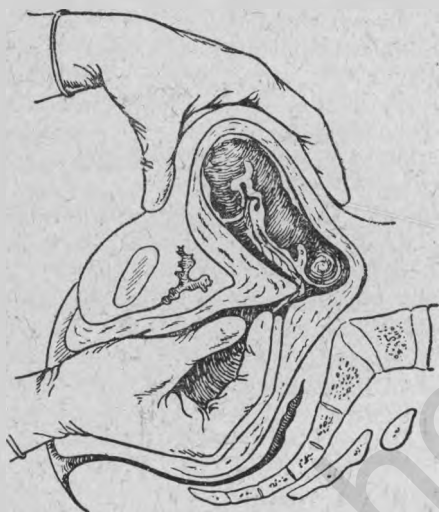


Рис 132. Задержка плаценты. Контрационное кольцо в области внутреннего зева.

зываемом placentitis adhaesiva.

Тщательные исследования, однако, показали, что в данном случае роль играет не воспалительный процесс, а прорастание ворсинок в плохо выраженном губчатом слое. Истинное приращение плаценты—явление очень редкое. Еще в 1741 г. опытная акушерка Юстина Зигемундин писала, что может пройти много лет, прежде чем удастся увидеть действительно приросшую плаценту.

Симптоматология истинного приращения плаценты и задержки ее в половом канале, конечно, разная. При placenta increta клинически ничего патологического не имеется; обычно кровотечение отсутствует. Если плацента остается в матке надолго, как правило, наступает ее распад и гнилостное разложение.

При частичном приращении плаценты весь симптомокомплекс заключается в кровотечении, иногда настолько сильном, что роженица буквально в течение нескольких минут может истечь кровью. Кровотечение после отделения плаценты, как мы знаем, останавливается вследствие: 1) сокращений маточной мускулатуры (уменьшается просвет разорванных

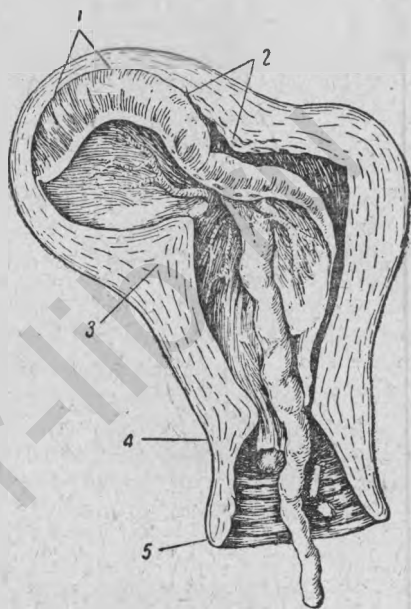


Рис 133. Плацента, сидящая в маточном роге или трубчатом углу.

1—еще прикрепленная к стенке часть плаценты; 2—отделившаяся плацента; 3—контрационный вал; 4—orificium internum; 5—orificium externum.

сосудов), 2) образования тромбов (при атоническом состоянии мускулатуры матки—особенно важный фактор) и 3) закручивания тонкостенных перегородок, в которых проходят сосуды. При частичном приращении плаценты мышца в области плацентарной площадки сократится, геср. ретрагироваться, не может, кровь течет ручьем из незакрывшихся кровеносных пазух, как из перерезанной, например, а. femoralis. Изливающаяся из сосудов кровь выделяется через маточный зев и влагалище наружу или собирается в полости матки. В последнем случае матка может растянуться до размеров, какие она имела до рождения ребенка. Т е р а п и я излагается в разделе о кровотечениях в последовом периоде.

### КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

При каждом роде в последовом периоде выделяется известное количество крови. Если отделение плаценты идет с края, кровотечение может происходить в течение всего периода отделения плаценты. Если плацента отделяется с центра, ретроплацентарная гематома обычно опоражнивается после полного отделения плаценты.

Принято считать, что потеря крови в последовом периоде колеблется в пределах 50—200—300 мл. Наивысшая цифра «физиологической кровопотери» при отделении послета, допускаемая некоторыми акушерами (Яшке), составляет 600 мл. Это явно завышенная граница нормы. Практически можно принять, что роженица при отделении плаценты в нормальных условиях теряет крови не больше тарелки (250—300 мл). Сама по себе кровопотеря не является единственно решающим фактором. Потеря 300—400 мл крови в некоторых случаях может уже угрожать жизни. Потеря в количестве около трети всей массы крови (1 500 мл) опасна для жизни, потеря 3 500—4 000 мл безусловно смертельна.

Особенно опасна всякая кровопотеря в последовом периоде при предложении плаценты. Роженица и без того, еще в периоде раскрытия, теряет много крови, поэтому потеря хотя бы небольшого количества крови в последовом периоде в данном случае может повести к роковому исходу. Следовательно, при предложении плаценты последовый период приходится вести более активно, чем в других случаях.

Кровотечения в последовом периоде могут быть до и после рождения послета. В последнем случае они собственно должны входить в рубрику кровотечений раннего послеродового периода.

### Кровотечения до рождения послета

Источником такого кровотечения являются разрывы мягких родовых путей или частичное приращение плаценты. О кровотечениях на почве разрывов мягких частей (тела и шейки матки, вагины, клитора, промежности) сказано в другом месте (стр. 406). Здесь мы коснемся главным образом кровотечения на почве частично задержавшейся, геср. неотделившейся, плаценты.

Причины такого осложнения с последующим кровотечением довольно разнообразны.

1. Неумелое, нерациональное ведение последового периода (ненужное массирование матки, выжимание, выдавливание и пр.) очень часто ведет к частичной задержке послета и к кровотечению.

2. Недостаточная сократительная способность маточной мускулатуры в пределах плацентарной площадки тоже ведет к кровотечению. В периоде раскрытия

и изгнания всю маточную мускулатуру можно сравнить с волнуемым морем (Штеккель), среди которого имеется только одна более спокойная «бухта» — плацентарная площадка. Только после того, как плод изгнан и в матке остается один послед, начинается волнение и в этой «бухте».

Маточная мускулатура в области плацентарной площадки при известной недостаточности или дает слабые сокращения, или совсем не дает их (первичная и вторичная слабость схваток), в результате чего может быть неполное отделение плаценты и кровотечение вследствие зияния сосудов.

3. Частичное неотделение плаценты может зависеть и от места прикрепления ее. Например, прикрепление в области нижнего сегмента (перешейка), на перегородке при *uterus septus*, над миоматозным узлом, в трубном углу — все это может повести к частичному задержанию (неотделению) плаценты.

4. Изменения в ткани самой плаценты (инфаркты и пр.) также могут быть причиной частичного неотделения ее.

Кровотечение в последовом периоде часто наблюдается при отделившейся, но не выделившейся плаценте. Это случаи так называемой *strictura uteri* с инкарцерацией плаценты (ущемление). Происходит такое ущемление, как мы упоминали, на почве неумелого, нерационального, скажем, резко активного ведения последового периода. Большое влияние в этом случае оказывает назначение внутрь сокращающих матку средств, применение которых в данном случае несвоевременно и противопоказано. В результате такого ведения последового периода происходит чрезмерное раздражение маточной мышцы, с последующим спазмом циркулярной мускулатуры, особенно в области внутреннего зева, иногда в области трубного угла, что и препятствует выделению полностью отделившейся плаценты.

Дифференциальная диагностика. В случае кровотечения из половых органов до выделения плаценты врач должен прежде всего выяснить источник его (разрыв мягких частей или частично не отделившаяся, resp. задержавшаяся, плацента). Для окончательного решения вопроса необходимо тщательно осмотреть наружные половые органы, влагалище, его своды и шейку матки (последние с помощью зеркал), чтобы исключить возможные разрывы этих частей. Иногда руководящую нить при установлении источника кровотечения дает предыдущее течение родового акта. Тяжелые оперативные роды, извлечение плода при недостаточно раскрытом маточном зеве, наложение щипцов, перфорация и пр. должны прежде всего навести врача на мысль о травматическом повреждении мягких родовых путей. Характер выделяющейся крови также может дать известные указания на источник кровотечения. Кровь из плацентарной площадки более темная, со сгустками. Кровь из места разрыва, наоборот, ярко-красная, жидкая.

Наконец, следует сказать еще об одном признаке. Если при пальпации определяется очень мягкая консистенция матки, маточные контуры оказываются неясно очерченными и при надавливании на дно матки кровотечение заметно усиливается, источником кровотечения можно считать плацентарную площадку. Понятно, кровотечение одновременно может происходить и из поврежденных мягких частей влагалишной трубки и шейки матки.

Терапия. Если в последовом периоде кровь появляется только во время схваток и в небольшом количестве, это кровотечением не считается. О кровотечении можно говорить с того момента, когда кровь продолжает непрерывно сочиться наружу (рис. 134). В это время необходимо тщательно следить за пульсом роженицы. Вскоре после родов пульс обычно бывает несколько учащен, доходит до 80—90 ударов в минуту. Более частый пульс должен возбудить некоторое подозрение на начинающееся кровотечение. Особенно важно следить за наполнением пульса

Нельзя ждать, когда он делается мягким и очень частым. Надо принимать меры до появления этих грозных симптомов.

Обычно проводится следующий план борьбы с кровотечением в последовом периоде. Прежде всего исключают стриктуру матки (спазм внутреннего зева, стриктуру рога матки) с инкарцерацией (ущемлением) уже отделившейся от стенок матки плаценты. При наличии ее производят инъекцию морфина и атропина или дают наркоз, прекращают спазм, причем послед часто выходит без применения способа Креде. Применять способ Креде при спазме внутреннего зева не следует, так как он будет только лишним раздражителем.

При появлении кровотечения (если нет инкарцерации) прежде всего (незамедлительно) надо приступить к выжиманию последа по Креде даже в том случае, если плацента еще не отделилась. Если эти попытки выжать послед не дали результата, некоторые рекомендуют так называемый прием Габасту. Он был предложен еще 100 лет назад Мажоном. Но с появлением способа Креде способ Мажона был забыт. В 1914 г. Габасту опубликовал этот способ как вновь открытый<sup>1</sup>. Он заключается в том, что с помощью шприца в пупочную вену вводят 200—300 мл физиологического раствора соли. Действие этого «гидравлического» способа основано, по Габасту, на механическом раздражении маточной мускулатуры скапливающейся между стенками матки и плацентой жидкостью. Появляющиеся сокращения (схватки) способствуют выделению последа. Некоторые авторы благоприятный эффект способа объясняют образованием «гигромы», которая действует аналогично ретроплацентарной гематоме.

По данным некоторых авторов, «гидравлическим» способом удается вдвое понизить количество ручных отделений плаценты. Другие это оспаривают. Во всяком случае при опасных кровотечениях, когда необходима известная быстрота, способ Мажона-Груздева-Габасту явно неприемлем.

Если выжимание последа по Креде не удастся, надо произвести это выжимание под наркозом. Если и под наркозом не удастся удалить послед по способу Креде, следует приступить к ручному отделению плаценты, если она еще не отделилась, или к выделению ее с оболочками, если она отделилась от стенок матки.

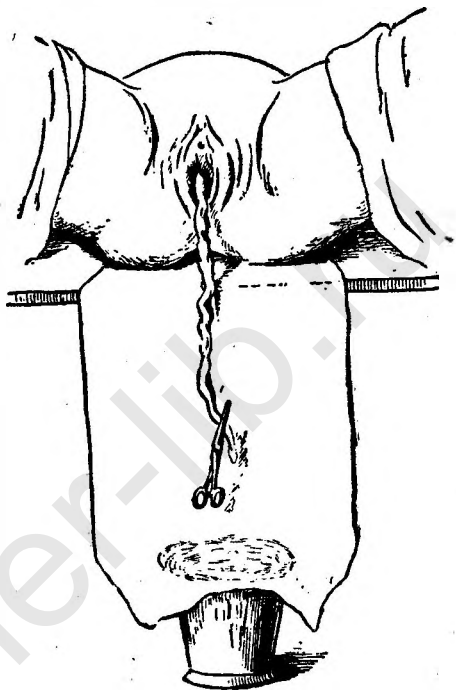


Рис. 134. Приспособление, которое дает возможность судить о силе кровотечения и о кровопотере в последовом периоде.

<sup>1</sup> В указателе акушерско-гинекологической литературы С. С. Михнова приводится работа Делоне (1828) о впрыскивании уксуса через пуповину в плаценту, дающем хорошие результаты при замедленном выделении последа. Способ, предложенный Габасту, был испробован гораздо раньше его В. С. Груздевым (1895), причем последний убедился, что этим путем можно значительно ускорить отделение плаценты.

## Ручное отделение и выделение плаценты (*solutio et extractio manualis placentae*)

Приступая для спасения жизни женщины к ручному отделению плаценты, нельзя забывать, что эта операция по сравнению с простым обследованием (в сомнительных случаях) полости матки более опасна в смысле занесения инфекции.

Простое ручное обследование матки—это вмешательство, которое предпринимается непосредственно после родов, притом в таких случаях, когда родильница находится в хорошем состоянии: кровотечения у нее нет, она не обескровлена, пульс хороший, матка удовлетворительно сокращена, сосуды тоже и т. д.; имеется только подозрение или сомнение в задержке частей плаценты. Другое дело, когда имеются жизненные показания для ручного отделения, гестр. выделения, последа. При этом, как правило, налицо опасное кровотечение, которое нельзя остановить никаким другим способом, кроме ручного удаления, роженица обескровлена, пульс у нее плохой, матка плохо сократилась, сосуды открыты, имеются обширные тромбы и пр. При таких условиях и тяжелом общем состоянии роженицы ручное отделение плаценты является действительно опасной операцией.

Вот почему к ней следует приступать только при наличии определенных строгих показаний. К ним относятся следующие.

1. **Опасное для жизни женщины кровотечение.** Показание это, к сожалению, чересчур расплывчато. Какой критерий имеется в распоряжении врача, чтобы своевременно решить вопрос как скоро наступит опасность для жизни? Некоторые решают этот вопрос по количеству теряемой крови. На практике, как мы знаем, не всегда удается точно измерить количество теряемой роженицей крови. Понятно, несмотря на это, учет кровопотери при всех условиях является обязательным для акушера, ведущего роды. Не менее важно, конечно, следить за общим состоянием роженицы, за частотой и особенно за наполнением пульса, за высотой артериального давления, за общим самочувствием (холодный пот, круги перед глазами, позевота и пр.). При наличии этих клинических симптомов и в случае неудачи выжимания последа по способу Креде даже с применением наркоза необходимо немедленно приступить к ручному отделению плаценты.

2. **Placenta in creta.** При полном приращении плаценты обычно кровотечения не бывает, немедленного вмешательства не требуется; можно выждать от 6 до 12 часов. Если в течение этого времени наступает кровотечение, следует применить ручное отделение. Однако обычно при настоящей *placenta in creta* и оно не удается. В таких случаях показано чревосечение.

3. **Частичное отделение плаценты с кровотечением из плацентарной площадки.** Об этом показании речь шла выше. Оно встречается наиболее часто по сравнению со всеми другими.

4. **Ущемление отделившейся плаценты (см. выше).** Ущемление плаценты (*incarceratio placentae*) можно иногда ликвидировать впрыскиванием морфина и атропина или применением наркоза. При сильном кровотечении показано ручное выделение последа.

5. **Разрывы тела и шейки матки.** Перед зашиванием разрывов шейки матки послед необходимо удалить. Если быстро удалить его не удастся иным путем, производят это ручным способом. О разрывах тела матки см. стр. 416.

Техника ручного отделения плаценты и выделения последа. Если нет противопоказаний со стороны общего

состояния больной (большая кровопотеря), при удалении последа ручным способом показан и а р к о з. Это тем легче сделать, что для усыпления роженицы обычно достаточно нескольких миллилитров эфира. При сильном кровотечении, если нужно немедленно удалить послед, руки обрабатываются иодной настойкой. Очень важно при этой операции надевать резиновые перчатки, но тонкие, хорошего качества, чтобы рука сохранила тактильную чувствительность.

Л. Л. Окинчиц для предупреждения заноса инфекции с вульвы или стенок влагалища рекомендует применять стерильный, смоченный лизолом,

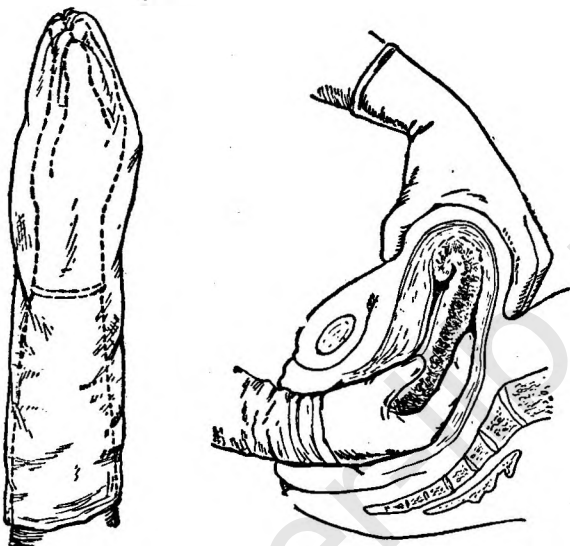


Рис. 135. Рукав Л. Л. Окинчица и его применение.

рукав из плотной бязи (рис. 135). Рукав надевают на руку, отверстие его зажимают пальцами и в таком виде руку вводят в половой канал. Достигнув матки, перестают зажимать отверстие руками и кисть руки просовывают из влагалища в матку.

После указанных мероприятий роженицу, по опорожнении мочевого пузыря, укладывают на поперечную кровать. Врач вводит «акушерским образом» сложенную руку, обильно смоченную стерильным вазелином, во влагалище и матку. Натянув слегка другой рукой пуповину, акушер скользит внутренней рукой вверх, вдоль по пуповине до места прикрепления плаценты. Начиная врач должен остерегаться спутать слабо свисающие во влагалище края маточного зева с краем плаценты. Неопытный врач может отделить и вытянуть наружу такую «псевдоплаценту». Чрезмерная настойчивость в таком отделении и вытягивании наружу «края плаценты» может привести к несчастью. Ввиду этого настоятельно рекомендуется держаться пуповины. Проникнув рукой в полость матки, другой рукой со стороны брюшных стенок захватывается и фиксируется дно матки. Если рука, находящаяся внутри матки, с трудом ориентируется в положении, следует поручить помощнику натянуть пуповину и от места ее прикрепления начать ориентировочное обследование. Если в нижний сегмент свисает отделившийся большой кусок плаценты, его надо захватить всей рукой и только после этого комбинированными действиями обеих рук—надавливанием руки, находящейся снаружи, на дно матки и потягиванием за отделившийся кусок—стараться вывести плаценту наружу. Если при этом



часть плаценты оторвется и останется внутри, вторично вводят руку в матку и тем же двойным приемом отделяют и выводят оставшийся кусок наружу. Однако следует избегать повторного введения руки в матку (опасность заноса инфекции). Классическая школа учит отделять плаценту одномоментно. Делается это так (рис. 136). Когда рукой найден край плаценты, надо этой рукой проникнуть между ним и стенкой матки вне околоплодных оболочек. Манипулировать внутри околоплодных оболочек очень трудно. Отделяют

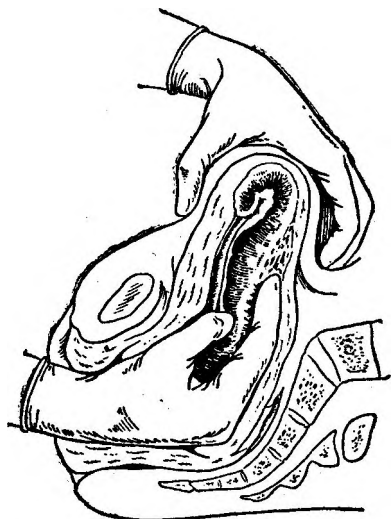


Рис. 136. Ручное отделение последа.

плаценту пилообразными движениями пальцев—ульнарной стороной мизинца и концами других пальцев. Наружной рукой надо помогать внутренней, надавливая на дно матки. Производя медленно и осторожно одни и те же движения (пилообразные), удастся отслоить плаценту от ее основания, если правильно найден слой, в котором работает отделяющая плаценту рука. Когда плацента будет отделена, ее захватывают всей рукой и выводят наружу.

Начинающий врач при ручном отделении детского места обычно делает ошибку, которая затрудняет выполнение этой операции. Дойдя по пуповине до места прикрепления плаценты, он начинает отделять последнюю, прокладывая рукой путь через околоплодные оболочки. Мы еще раз подчеркиваем: оперирующий врач должен найти рукой край плаценты и, минуя оболочки, проникнуть ею между стен-

кой матки и краем плаценты, откуда и начать отделять последнюю.

Значительные трудности встречаются при отделении плаценты в тех случаях, когда имеется настоящее приращение ее. Прободение, выворот матки и прочие осложнения могут быть последствием чрезмерного усердия при попытках удалить ручным способом placenta increta. К тому же, как указывалось, такое удаление в подобных случаях обычно не удается.

После того как послед удален, необходимо проконтролировать полость матки. Это следует сделать потому, что при извлечении ручным способом плацента бывает изорванной и трудно установить, удалена ли она вся или остались какие-нибудь ее части. При контрольном введении руки надо иметь в виду, что не вся внутренняя поверхность матки должна быть гладкой после удаления плаценты. Плацентарная площадка представляет собой возвышение с шероховатой поверхностью вследствие оставшихся обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки. Начинаящий врач обычно делает попытку «отделить» и «оставшуюся» плацентарную площадку. Следует решительно предостеречь от таких попыток. В случаях так называемого паралича плацентарной площадки, т. е. при ее истончении и плохой сократимости, как это бывает у старых первородящих или при повторных приращениях плаценты, они могут закончиться прободением маточной стенки.

Раньше после удаления последа и контрольного введения руки, показавшего, что в полости матки нет плацентарных остатков, промывали полость матки с помощью большого фрич-боземановского катетера. Для промывания рекомендовалось применять физиологический раствор поваренной соли или

чистый спирт пополам с водой. В настоящее время после ручного отделения детского места никаких промываний не делается. В заключение операции родильнице переливают кровь. В случае отсутствия крови вводят кровозамещающие жидкости (сухая плазма и т. п.), а также физиологический раствор (иногда вместе с адреналином), подкожно впрыскивают питuitрин и эрготин.

Если, несмотря на удаление плаценты, кровотечение продолжается, следует приступить к дальнейшим манипуляциям (см. «Кровотечения после рождения последа»).

**Прогноз.** Пожалуй, ни к одной операции врач не прибегает так часто, как к ручному отделению и выделению детского места. Объясняется это тем, что при кровотечениях в последовом периоде обычно теряются не только окружающие, но и сам акушер, так как у него нет твердой уверенности в том, не превратится ли через несколько минут небольшое на вид кровотечение в смертельное гипотоническое, гесп. атоническое.

Между тем прогноз при этой «частой» акушерской операции, по крайней мере до введения антибиотиков, весьма неутешительный. Об опасностях, которые сопровождают ее еще в момент выполнения, мы уже говорили. Наибольшая опасность грозила женщине, конечно, от инфекции: до введения в практику антибиотиков 50% заболеваемости и 11% смертности—таков был суммарный прогноз для этой операции. У четвертой части больных с тяжелыми формами сепсиса, которые раньше до введения в практику антибиотиков, поступали в клинику, в анамнезе имелись указания на ручное отделение последа.

### Кровотечения после рождения последа

Кровотечения после рождения последа в основном обусловлены следующими причинами.

1. **Разрывы мягких частей**, о которых речь была выше.

2. **Задержание частей плаценты.** Прилегающие к ним участки маточной стенки плохо сокращаются, поэтому и происходит кровотечение из зияющих сосудов, как это наблюдается и при частично отделившейся плаценте. Причины задержки частей плаценты различны. Прежде всего следует отметить неумелое ведение последового периода (слишком большая активность), затем—частичное приращение плаценты. К частичному приращению плаценты могут вести патологические изменения в стенках матки, точнее, рубцовые изменения в области спонгиозного слоя, как об этом уже говорилось. Прикрепление плаценты в нижнем маточном сегменте и в трубном углу матки имеет те же последствия, т. е. плохое развитие губчатого слоя и глубокое прорастание ворсинок. Наконец, задержка кусков или целых частей плаценты отмечается при *placenta membranacea* или *succenturiata*.

Как уже указывалось, выделившуюся плаценту необходимо тщательно обследовать, чтобы установить ее целостность. Если при обследовании обнаруживаются какие-либо дефекты, то задержавшиеся в полости матки части плаценты необходимо удалить. Однако подобное вмешательство показано только в тех случаях, когда задерживаются куски плаценты, но не части оболочек. Задержавшиеся оболочки, как правило, оперативного удаления не требуют. Задержка одних оболочек, без частей плаценты, к серьезным осложнениям не ведет.

3. **Гипотония, гесп. атония, матки** (понижение или отсутствие тонуса маточной мускулатуры). Маточная мышца расслаблена, не сократилась, а помимо того, плохо или совсем не реагирует ни на какие раздражения. Матка парализована. Паралич ее при этом бывает тотальным

или частичным, т. е. парализована вся маточная мускулатура или только тот участок маточной стенки, на котором помещается плацентарная площадка.

Причины гипотонии, гесп. атонии, самые разнообразные: а) усталость полой мышцы, которая наблюдается обычно после длительных тяжелых родов: слабость схваток, развившаяся в периоде раскрытия и изгнания, продолжается и в последовом периоде; б) чрезмерное растяжение маточной мышцы при многоводии, многоплодной беременности, крупном плоде и пр.; в) скопление сгустков крови в полости матки после рождения плаценты, что также иногда препятствует надлежащему сокращению полой мышцы; г) очень быстрое окончание родов, особенно оперативным путем, что нередко ведет к сильным гипотоническим кровотечениям; д) морфин, хлороформ, хлоралгидрат. Эти средства плохо влияют на сократительную способность мускулатуры; е) потеря маточной мышцей ее сократительной способности, например, при миоматозе, хроническом метрите и пр.; последний вид атонии является атонией в узком смысле слова: одним из тех состояний, при котором матка потеряла способность даже реагировать на раздражения вследствие стойких органических изменений; ж) ненормальное прикрепление плаценты (*placenta praevia*, *placenta cervicalis*), когда нижний маточный сегмент не в состоянии сократиться настолько, чтобы лигировать зияющие сосуды. В этих случаях под рукой чувствуется плотно сократившаяся матка, но вследствие атонии нижнего сегмента кровотечение продолжается безостановочно.

Терапия. При кровотечениях после рождения последа лечение проводится соответственно их причине.

1. Кровотечения на почве разрывов мягких частей лечат по правилам, которые изложены в соответствующей главе (стр. 406—431).

2. Если кровотечение происходит на почве задержавшихся частей (кусков) плаценты, их необходимо немедленно удалить. Даже при отсутствии кровотечения, если врач, осмотрев плаценту, обнаружит дефекты в смысле ее целостности, надо немедленно произвести ручное обследование всей полости матки, чтобы предупредить возможные кровотечения и инфекцию. Особенно тщательно обследуют трубные углы. Всю полость матки необходимо внимательно обследовать потому, что при добавочной плаценте части ее могут быть обнаружены далеко от места расположения плацентарной площадки. Отделение и извлечение задержавшихся частей плаценты производят только ручным способом. Для ручного отделения остатков плаценты не обязательно вводить всю руку в полость матки. Всю руку вводят во влагалище, а указательный и средний пальцы—в полость матки. Так как после рождения плаценты матка уменьшается в размерах, то, действуя двумя пальцами одной руки в полости матки и другой рукой снаружи со стороны брюшной стенки, удается обследовать всю полость матки и удалить задержавшиеся куски.

3. Задержка оболочек, как мы уже указывали, обычно не влечет за собой тяжелых осложнений. В ближайшие дни после родов задержавшиеся оболочки отходят или самопроизвольно, или под влиянием сокращающих матку средств и применения пузыря со льдом на область живота. Иногда может произойти даже разложение задержавшихся оболочек, но затем они все же выходят вместе с лохиями. Незначительное повышение температуры, иногда сопровождающее подобную задержку, к тяжелым последствиям обычно тоже не ведет. Задержка оболочек сама по себе не вызывает никакого кровотечения. Поэтому при ней и не

показано какое-либо вмешательство, так как оно может иметь более серьезные последствия, чем самый факт задержки. Другое дело, когда задержка оболочек вызывает кровотечение. В таких случаях следует поступать так, как при задержке остатков плаценты.

4. Сгустки крови в полости матки. Скопление сгустков крови в полости матки, как уже указывалось, тоже иногда ведет, вследствие перерастяжения полой мышцы, к кровотечению. Признаки этого вида атонии: 1) значительное увеличение матки в объеме, 2) самопроизвольное отхождение сгустков крови и 3) возможность легко выдавить из половых органов сгустки крови (при отсутствии других причин кровотечения). Терапия при таком атоническом кровотечении сводится к выжиманию сгустков крови по способу Креде, а в случае неудачи—к ручному удалению их.

5. Гипотония в собственном смысле слова, т. е. гипотония вследствие плохой возбудимости маточной мышцы. Легкие формы гипотонии матки встречаются в последовом периоде довольно часто, тяжелые (атония настоящая), к счастью, редко (об этих случаях мы упоминали выше).

В борьбе с кровотечениями на почве гипотонии, гестр. атонии, применяются и рекомендуются различные средства и мероприятия.

**М а с с а ж м а т к и.** В целях гемостаза применяют наружный и наружно-внутренний массаж.

**Н а р у ж н ы й м а с с а ж** производят со стороны брюшных стенок. Следует иметь в виду, что при атонии матки дно ее бывает настолько размягчено, что в начале с трудом прщупывается. Положив руку на дно матки, как это делают при способе Креде, начинают делать легкие массирующие движения. Ни в коем случае не следует чересчур энергично растирать матку: это мало помогает. Нежные круговые поглаживания (вроде тех, которые мы делаем, когда ласкаем кошку) скорее и лучше достигают цели. Как только матка сделалась твердой, стараются выжать из нее сгустки крови. Одновременно вводят внутримышечно, а в случае надобности и внутривенно, питуитрин (1 мл) и только подкожно эрготин (1 мл).

**М а с с а ж н а р у ж н о-в н у т р е н н и й** (комбинированный) можно производить различным образом. Хробак применял следующий способ: вводил в полость матки руку и складывал ее в кулак. Другой рукой снаружи делал массаж дна матки со стороны брюшных стенок, имея точку опоры на лежащем внутри матки кулаке.

**Д в у р у ч н о е с ж а т и е м а т к и.** Во влагалище вводят всю кисть руки и, сложив в кулак, помещают ее в переднем своде впереди матки. Другой («наружной») рукой давят на тело матки, сжимая его в передне-заднем размере между «наружной» и «внутренней» рукой.

**С п о с о б Н. И. Р а ч и н с к о г о.** Матка перегибается вперед через край лонного соединения. В углубление над нею кладут несколько полотенец и салфеток, фиксируя их на месте с помощью бинта, наложенного вокруг живота. Сжатое сверху салфетками и полотенцами, а снизу симфиозом тело матки реагирует схватками.

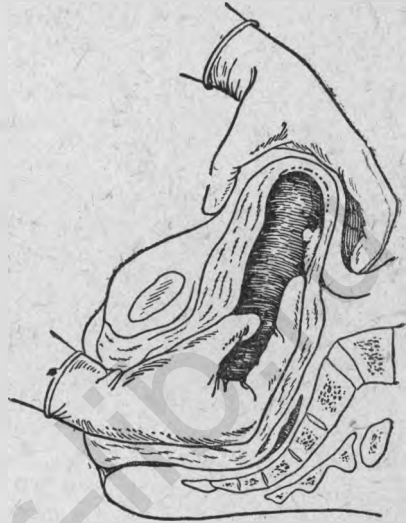


Рис. 137. Ручное обследование полости матки.

**Способ Пискачака.** Большим и указательным пальцами сильно разведенной левой руки сжимают, вдавливая брюшные стенки под лоном, нижний сегмент матки (область залегания больших сосудов ее), в то время как правой рукой, обхватывая тело и дно матки, массируют их.

**Г. Г. Гентер** предлагает (после опорожнения мочевого пузыря) комбинировать этот двойной прием Пискачака с прижатием аорты в положении Тренделенбурга (с опущенной вниз головой). Он советует при сжатии нижнего сегмента матки сильно поднять ее кверху, прижимая одновременно

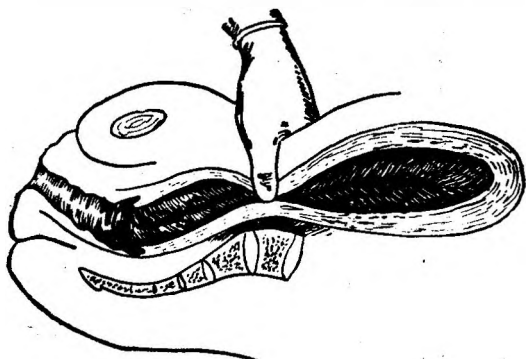


Рис. 138. Прием Г. Г. Гентера для остановки гипотонического кровотечения.

зжатый нижний отрезок матки к позвоночнику. В таком положении надо удерживать матку в течение 5—15 минут.

В последнее время **Бойко** предложил простой способ остановки атонического кровотечения: заводят четыре пальца правой или левой руки за лонное сочленение и оттесняют ими матку кверху в направлении к мечевидному отростку доотказа. Кровотечение быстро останавливается (сужение просвета растягиваемых маточных артерий).

Матку в таком положении следует держать продолжительное время.

**Способ Арендта.** Переднюю и нижнюю маточные губы захватывают крепкими пулевыми щипцами и с помощью их низводят маточный зев до *introitus vaginae*. После каждого потягивания книзу матке дают свободно отойти кверху. Такое раздражение находящегося в клетчатке заднего свода нервного сплетения вызывает сокращения маточной мускулатуры, что в конечном результате и способствует остановке кровотечения.

**Внутриматочные спринцевания** (термический раздражитель) в настоящее время не применяются (опасность случайного инфицирования матки, отторжения тромбов).

**Тампонада** полости матки преследует две задачи: затромбировать сосуды и вызвать сильные и длительные сокращения там, где маточная мышца сохранила еще способность сокращаться. Присущий тампонаде крупнейший недостаток—возможность занесения инфекции—должен быть учтен в полной мере. Поэтому врач, применяя этот способ, должен соблюдать строжайшую асептику и применять антибиотики.

**Техника тампонады** должна заключаться в предельно тугом тампонировании всей полости матки, в буквальном смысле каждого сантиметра ее поверхности, без оставления каких-либо мертвых пространств. Помимо полости матки, необходимо туго затампонировать и влагалище, притом настолько, чтобы матка вся была смещена кверху. Это смещение органа, повидимому, действует раздражающим образом на шеечное сплетение, вызывая тем самым сильные схватки. Для тампонирования употребляется стерильная марля, которая должна быть заготовлена в виде широких, длинных бинтов. **С. Д. Астринский** рекомендует применять влажную тампонаду (смачивать марлевый тампон физиологическим раствором поваренной соли с добавлением пенициллина). Самая тампонада делается так. Уложив женщину на операционный стол и опорожнив ее мочевой пузырь, вводят влагалищные зеркала и пулевыми щипцами захватывают переднюю и заднюю маточную губу. *Portio vaginalis* стягивается книзу до самого *introitus vaginae*. Передав пулевые щипцы помощнику,

врач левую руку держит снаружи, на дне матки, а правой рукой с помощью длинного пинцета или корнцанга захватывает конец марлевого бинта и вводит его в полость матки до дна (стерильный марлевый бинт в металлической коробке помещается между ног акушера). Захватывая все новую и новую часть бинта, вводят его в полость матки, тампонируя ее очень туго и шаг за шагом. Тампон должен заполнять всю полость матки, шейку и влагалище (рис. 140). На рис. 141 представлено положение тампона при неправильной тампонаде: тампон не заполняет плотно полость матки, кровотечение продолжается, кровь накапливается между тампоном и стенкой матки. После того как полость матки затампонирована, снимают пулевые щипцы и приступают к тампонаде влагалища, постепенно выдвигая наружу влагаллищные зеркала. Тампон оставляют на 12—24 часа. Наркоз не применяют.

Известным подспорьем в борьбе с гипотоническими кровотечениями являются сокращающие матку средства (эрготин, питуитрин, адреналин и др.). Адреналин лучше вводить непосредственно в толщу маточной шейки в количестве 1 мл обычного раствора (1: 1 000). Адреналин действует не только на сосуды, но и на гладкую мускулатуру. Хорошие результаты дает применение питуитрина одновременно с инъекциями эрготина (получаются тетанические сокращения матки). Вместо прежних средств—секакорнина и гинергена—можно использовать современные *styptica*: корнузол (по 1—2 мл), прегнантол (по одной ампуле, до 3 раз с промежутками в 30 минут), тенозин (по 1 ампуле). Инъекции делают внутримышечно. Прекрасное действие оказывает внутривенное введение питуитрина (0,5—1,0), непременно на глюкозе (10—20 мл 40% раствора глюкозы) и очень медленно (шок!).

Для остановки гипотонических кровотечений широко рекомендуется ряд мероприятий, препятствующих притоку крови к матке. Прижатие брюшной аорты рукой (рис. 143). Правая рука, сжатая в кулак, ставится выше пупка вертикально на живот женщины и прижимает тыльной стороной основных фаланг пальцев аорту к позвоночнику (до исчезновения пульса в бедренной артерии). Полезно второй рукой захватить область лучезапястного сустава правой руки, что дает возможность продлить прижатие аорты на более длительное время.

Г. Г. Гентер для той же цели предложил свой прием, описанный выше. Так как рука, прижимающая аорту, быстро устает, рекомендуется прижимать аорту к позвоночнику с помощью валика (рис. 144), туго прибинтовывая его (рис. 145).

Предложен ряд приборов для непосредственного прижатия аорты (компрессории, аортальные клеммы). В практике они не получили широкого распространения. Надежды, возлагаемые на эти аппараты, не оправдались. Ими не удастся сдавить яичниковые артерии, последние в таких случаях продолжают беспрерывно снабжать матку кровью.

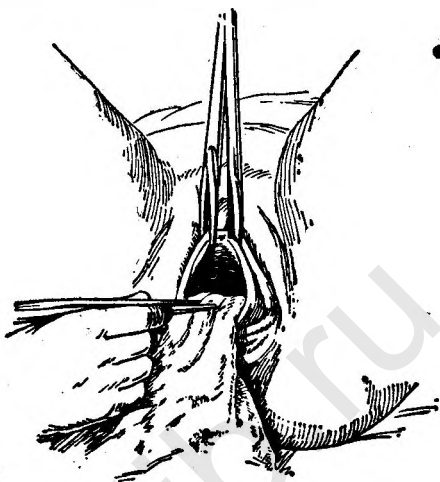


Рис. 139. Тампонада матки и влагалища при гипо-атоническом кровотечении. Шейка матки обнажена для тампонации. Введение марли в полость матки.

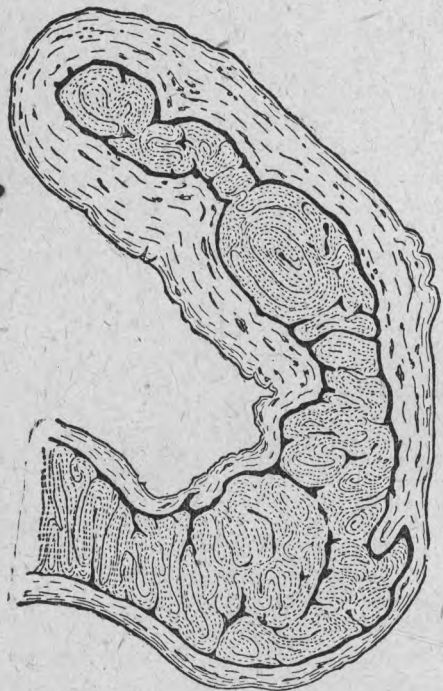


Рис. 140. Положение тампона в матке после правильной тампонации.



Рис. 141. Положение тампона в матке после неправильной тампонации.

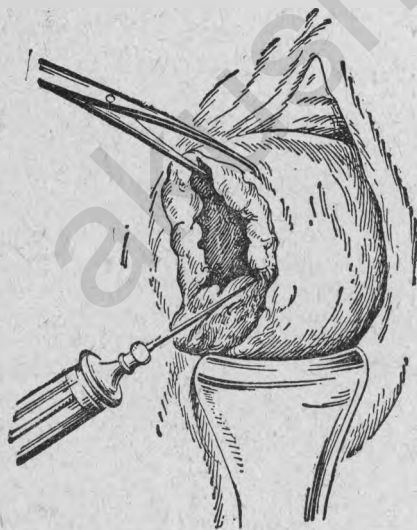


Рис. 142. Инъекция питуитрина в шейку матки при гипотоническом кровотечении.

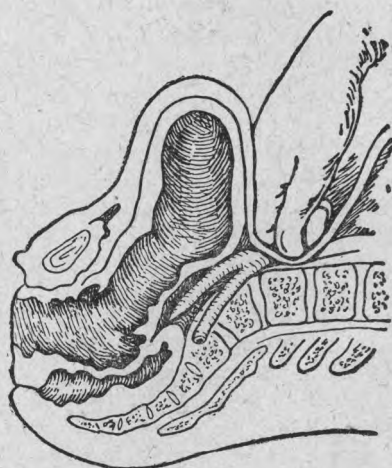


Рис. 143. Прижатие брюшной аорты рукой.

Из способов прижатия аорты следует отметить старый способ Момбурга. Берут резиновый жгут длиной 1,5—2 м. Жгут должен быть из упругой, мало растягиваемой резины. Жгут проводят сзади в области поясницы таким образом, чтобы с обеих сторон

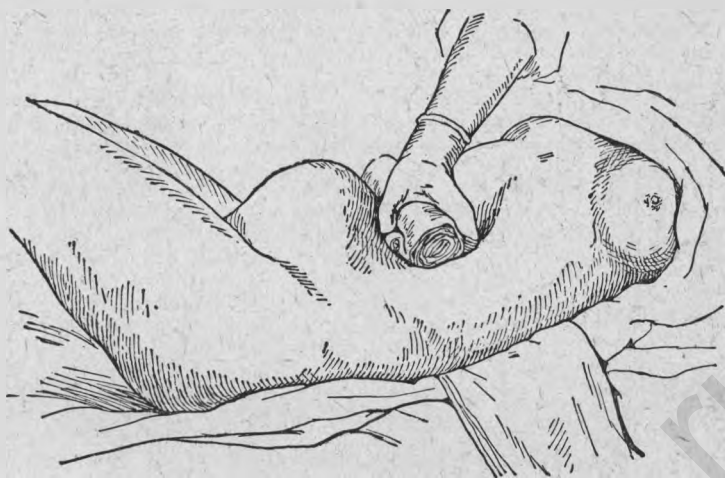


Рис. 144. Сжимающая повязка. Свернутое валиком полотенце кладется выше матки.

свисали одинаковой длины концы. Два человека, стоя по обеим сторонам женщины, сильно натягивают концы, перетягивая жгут вокруг талии два раза. Момбург предлагает по пульсу в а. femoralis судить, полностью ли сжата аорта. Если кровотечение

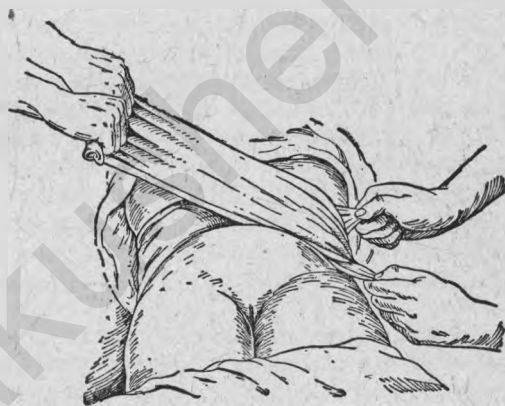


Рис. 145. Закрепление сжимающего валика тугим прибинтовыванием.

приостановилось, можно двойным узлом завязать концы жгута. Жгут должен лежать не высоко, а непосредственно над маткой (рис. 146).

В случаях атонии матки обычно бывает достаточно нескольких минут, чтобы матка сократилась и кровотечение приостановилось. Жгут должен лежать не дольше 25 минут. Кровотечение останавливается отчасти потому, что прекращается непосредственный приток крови к матке, а затем—и это самое главное—обескровленный орган, в данном случае матка, начинает хорошо сокращаться.

Момбург в дальнейшем ввел целесообразное дополнение к методу. Он перед наложением жгута рекомендует применять тренделенбургское положение больной (почти отвесное). Кишечник, таким образом, отходит к диафрагме: нервные сплетения будут находиться вне сферы давления жгута. Кроме того, благодаря этому устраняется



сжатие верхней брыжеечной артерии, а следовательно, уменьшается опасность нарушения питания кишечника.

Недостатки метода заключаются в том, что он может дать осложнения со стороны сердца, сосудов и почек.

Поэтому при пороках сердца и склерозе сосудов накладывать жгут противопоказано. Следует помнить, кроме того, что затягивать и снимать жгут необходимо очень медленно. При таком способе сердце имеет возможность приспособиться к новым условиям деятельности.

При наложении и после снятия жгута надо внимательно следить за пульсом. В сосудах после наложения жгута иногда происходит тромбоз. В некоторых случаях этот метод ведет к анурии и нефрозу.

Необходимо учитывать все эти возможные осложнения. У очень анемичных женщин советуют предварительно обмотать нижние конечности бинтами, чтобы доставить сердцу больше крови.

Что касается других осложнений—со стороны брюшных органов, нижних конечностей (гангрена и пр.), то они обычно не возникают, если накладывать жгут правильно, т. е. медленно затягивать, держать его не дольше 20—25 минут и очень медленно снимать. Большинство советских акушеров в настоящее время способ Момбурга не применяет.

Помимо описанных способов остановки кровотечения, некоторые акушеры применяют и рекомендуют зажатие маточных артерий с помощью клемм по Генке лю.

Техника влагалищного прищемления маточных артерий такова. После опорожнения мочевого пузыря шейка матки низводится (в зеркалах) пулевыми щипцами кнаружи от вульвы, затем со стороны влагалищных сводов накладываются два зажима (крепкие щипцы Мюзе) перпендикулярно к уже наложенным щипцам (рис. 147), чем и достигается обескровливание матки.

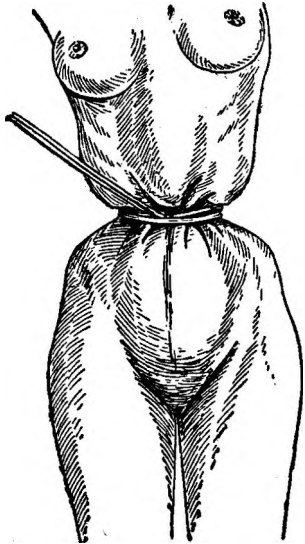


Рис. 146. Наложение жгута на аорту.

И. Е. Тиканадзе внес простое и надежное в смысле остановки кровотечения предложение: вместо щипцов Мюзе применять при ущемлении параметриев кишечные зажимы. Это является известной гарантией в смысле ограждения соседних органов от повреждений (особенно мочеточников).

Наконец, если ни одно из перечисленных средств не ведет к цели, следует как *ultimum refugium* произвести чревосечение (надвлагалищная ампутация матки).

Терапия гипотонических, гесп. атонических, кровотечений представляет собой очень важный и ответственный раздел практического акушерства. Акушер должен обладать большим опытом, хорошими знаниями, выдержкой и еще одним незаменимым и крайне необходимым качеством—решительностью и целеустремленной направленностью в действиях. Все это понятно. Ведь при кровотечениях, особенно профузных и стремительных, все необходимые мероприятия приходится оказывать в порядке неотложной акушерской помощи. Это значит, что врач должен быстро ориентироваться в обстановке, немедленно принять соответствующее решение и безотлагательно провести его в жизнь. Немедленно, не теряя ни минуты! От этого зависит жизнь матери, причем вопрос о жизни и смерти решается не в пределах часов, а иногда и дней, как это бывает, например, при родах с узким тазом,—он решается в пределах нескольких десятков минут или и того меньше. Промедление, действительно, смерти подобно. Дорога каждая минута. Надо быстро, а главное точно реагировать на кровотечение и тем спасти женщину-мать. Врач при кровотечениях у постели роженицы,

гесп. родильницы, держит экзамен на аттестат практической акушерской зрелости. Все его действия должны быть строго планомерны, последовательны, распоряжения не должны носить характера суетливости или растерянности. Акушер должен сохранять «холодную голову, горячее сердце и быстрые руки». Спокойствие, уверенность в своих действиях, решительность, быстрота!

В борьбе с атоническим, гесп. гипотоническим, кровотечением акушер должен придерживаться определенной программы действий. Задача ясна: остановить кровотечение, своевременно начать борьбу с нарастающей анемией и предупредить возможность развития необратимого состояния, так

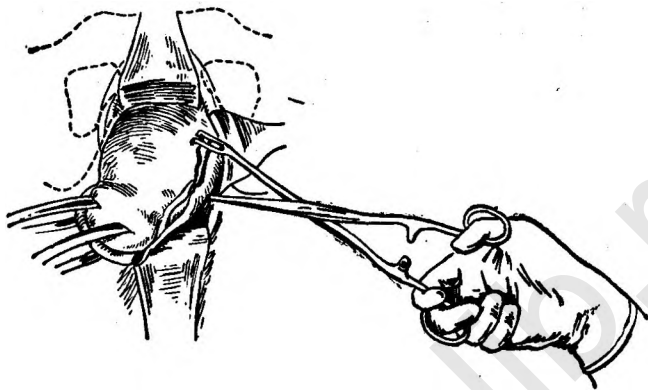


Рис. 147. Ущемление параметриев (сжатие маточных артерий) клеммами по способу Генкеля.

называемого анемического шока—коллапса, в связи с острой кровопотерей.

Иногда врач может предусмотреть развитие гипотонического кровотечения (при инфантильной матке, после длительных родов при узком тазе, при двойнях, многоводии, после родов при *placenta praevia*, особенно после преждевременной отслойки детского места и пр.). В таких случаях необходимо приготовить все, что может потребоваться для борьбы с кровотечением: у роженицы определить группу крови, артериальное давление, содержание гемоглобина, иметь наготове необходимые медикаменты (питуитрин, маммафизин, адреналин, тенозин, корнузол, корглютин и другие сердечные средства), а также иметь в состоянии готовности операционную, нужную группу донорской крови, физиологический раствор, стерильный материал для тампонады матки, жгут для применения способа Момбурга и пр.

Если кровотечение началось до рождения последа, применяются мероприятия, указанные выше.

Т е р а п и я гипотонических, гесп. атонических, кровотечений, появляющихся после рождения последа, должна проводиться в известной последовательности и, как было сказано, по определенному плану. В нашей клинике мы придерживаемся следующего плана действий для остановки кровотечения.

1. Когда кровопотеря при начавшемся кровотечении достигает предельной физиологической нормы (250—300 мл), после обязательной катетеризации и осмотра в зеркалах шейки, влагалищных стенок и сводов влагалища производится легкое массирование матки через брюшные стенки. Одновременно применяются сокращающие матку медикаментозные средства (внутримышечно—эрготин и питуитрин одновременно).

Иногда неожиданно хороший эффект оказывает прикладывание новорожденного к груди матери.

2. Так как гипотоническое кровотечение чаще связано с задержкой частей плаценты, обрывков оболочек и скоплением большого количества сгустков крови, следует поставить себе за правило: в каждом случае гипотонического, гесп. атонического, кровотечения прежде всего и незамедлительно произвести ручное обследование полости матки! Уже одно введение руки в полость матки, являясь мощным механическим раздражением, вызывает энергичное сокращение маточной мускулатуры и остановку кровотечения. Удаление задержавшихся частей детского места, оболочек и сгустков крови в свою очередь значительно усиливает кровоостанавливающий эффект после ручного обследования матки.

3. Во время ручного обследования матки акушер попутно может использовать и другие рекомендуемые способы остановки кровотечения (осторожный массаж матки «на кулаке», поднятие ее кверху, прижатие к лону, способ Г. Г. Гентера и пр.).

4. Помощники акушера (врач, акушерка) при наличии соответствующих показаний (кровопотеря свыше 300 мл, падение артериального давления ниже 100 мм) переливают донорскую кровь.

5. В тех случаях, когда перечисленные мероприятия не ведут к цели, внутривенно вводят питуитрин в количестве 1 мл в 10—20 мл 40% раствора глюкозы. Вводят его медленно, по каплям (save! шок).

6. Если кровотечение не останавливается, положение становится более чем серьезным. Приходится прибегать к тампонаде матки. Тампонада полости матки давно и всеми признана опасной и мало надежной в борьбе с кровотечением. Однако в тяжелых случаях гипо-атонического кровотечения ее можно использовать как временную меру, чтобы подготовиться к чревосечению. В некоторых случаях после тампонирования полости матки кровотечение стойко и надежно прекращается. Учитывая это, тампонаду матки можно рекомендовать врачу и в тех случаях, когда нет условий для производства чревосечения.

7. В исключительных случаях, когда кровотечение, несмотря на все принятые меры, включая и тампонаду матки, не прекращается (настоящее а т о н и ч е с к о е кровотечение), показана экстирпация матки.

После окончательной остановки кровотечения акушеру предстоит выполнить вторую задачу—принять соответствующие меры против острого малокровия. Проводят обычные меры борьбы с острой кровопотерей: 1) поднимают ножной конец кровати, 2) согревают больную (грелки—возможность ожогов!), 3) вводят большое количество жидкостей: дают горячее питье (кофе, чай с вином), ставят клизму из теплого физиологического раствора (100—200 мл с чайной ложкой коньяку), подкожно вливают физиологический раствор (300—500 мл с прибавлением 8—10 капель адреналина), внутривенно вливают физиологический раствор (1 л с прибавлением 10—15 капель адреналина), 4) дают сердечные средства (камфора, кофеин, строфантин, коргликон)<sup>1</sup>, наконец, 5) переливают кровь.

Переливание крови на сегодня является основным методом в борьбе с кровотечениями и кровопотерей (вторичной анемией), учитывая гемостатические свойства и заместительное (субституирующее) действие перелитой крови. Обычно в таких случаях применяют донорскую кровь.

В распоряжении акушеров, помимо крови донора, имеется богатый источник снабжения кровью для переливания—так называемая п л а ц е н

<sup>1</sup> Строфантин, коргликон (действие его сходно со строфантином), t-ra strophanthi, применяемые внутривенно, противопоказаны больным, которым предварительно давалась наперстянка.

гарная кровь (некоторые называют ее пуповиной), т. е. кровь, которую можно получать из пупочной вены после ее перерезки в момент рождения плода.

Взятие и соби́рание плацентарной крови являются одним из важных моментов при переливании плацентарной крови. Последняя должна быть взята при безупречно асептических условиях и, разумеется, только у здоровых рожениц. У них должны быть исключены сифилис, туберкулез, малярия и другие инфекции.

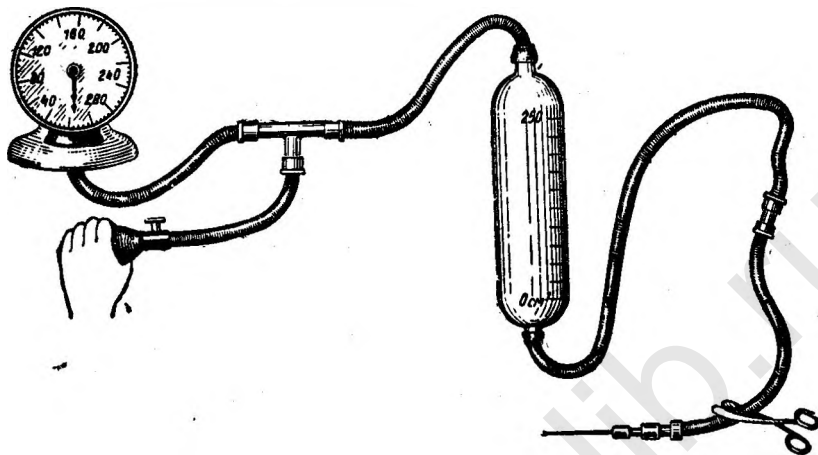


Рис. 148. Аппарат для внутриартериального вливания крови по В. А. Неговскому.

Техника забора плацентарной крови (см: статью Л. А. Гребенщиковой в «Атласе переливания крови» под редакцией А. Н. Филатова и В. В. Кухарчик, 1946).

В резерве для особо тяжелых случаев имеется метод внутриартериального вливания крови, разработанный В. А. Неговским. Кровь нагнетается под давлением 150—200 мм ртутного столба из обычной ампулы для переливания крови через вставленную в артерию иглу. К ампуле посредством тройника присоединяется резиновая груша и тонометр для контроля за давлением при нагнетании (рис. 148).

Внутриартериальное переливание показано при тяжелых кровопотерях и шоке. В. А. Неговский в своих работах указывает, что при резко ослабленной сердечной деятельности внутривенное переливание крови не дает результата: кровь переполняет правое сердце, создает непосильную нагрузку для сердца и еще больше ухудшает его работу. Попытка переливания в таких случаях может оказаться гибельной.

Клинические наблюдения (Л. С. Персианинов, И. Т. Мильченко и др.) говорят о том, что внутриартериальное переливание, особенно с добавлением хлористого кальция (10 мл 10%  $\text{CaCl}_2$ ) в сочетании с оксигенотерапией и последующим переливанием крови в вену при тяжелых кровопотерях и шоке может спасти женщину от гибели. Понятно, акушер должен быть хорошо знаком с техникой внутриартериального переливания, а также иметь соответствующую аппаратуру.

## УЗКИЙ ТАЗ

Проблема узкого таза правильно считается одной из основных проблем современного акушерства и является одной из самых сложных и ответственных в практической деятельности акушера. Ведение родов при узком тазе всегда было пробным камнем на качество акушера. Недаром старые акушеры говорили: «скажи, как ты ведешь роды при узком тазе, а я скажу тебе, какой ты акушер». Вот почему этому разделу патологии врач-акушер должен уделить особое внимание. Он должен знать механизм родов при узком тазе, особенно их клинику и терапию, так же хорошо, как и типичные нормальные роды.

Мы изложим современное учение об узком тазе очень кратко и схематично. Более подробные сведения читатель найдет в учебниках и руководствах по акушерству. Мы рекомендуем также пользоваться работами А. Ф. Пальмова, посвященными вопросу об узком тазе, и прекрасно и исчерпывающе изложенными главами в «Акушерском семинаре» Г. Г. Гентера (т. III).

Два с половиной столетия назад не только не было учения об узком тазе, акушеры даже не предполагали о существовании такого таза. Считалось, что всякий таз является узким для прохождения через него доношенного плода. При родах лонное сочленение, как тогда говорили, чтобы пропустить продвигающуюся головку плода, должно «расступаться», «размыкаться», наподобие того, как раскрываются створки двойной двери (ворота). Научные основы современного учения об узких тазах были заложены работами Девентера (1701). Большой вклад в это учение внесли русские акушеры: отец русского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик, А. Я. Крассовский, А. Ф. Филатов, Г. Е. Рейн, Н. Н. Феноменов, А. Ф. Пальмов и др.

### ПОНЯТИЕ ОБ УЗКОМ ТАЗЕ

Узким тазом принято считать таз, костный скелет которого настолько изомнен, что при прохождении через него доношенного плода, особенно головки, встречаются препятствия и трудности механического характера. Они бывают различной степени: при незначительных степенях сужения не очень большими, в случае же резкого несоответствия между головкой и тазом могут оказаться непреодолимыми. То, о чем мы сейчас говорим,—это понятие об анатомически узком тазе, при котором имеется укорочение одного или нескольких размеров, в одних случаях с деформацией костей таза, в других—без деформации. Умень-

шение главных размеров таза на 1,5—2 см большинство акушеров считает достаточным, чтобы относить такой таз к числу анатомически узких тазов.

В качестве показателей анатомически узкого таза обычно берут цифровые обозначения или наружной конъюгаты, или такие же обозначения истинной конъюгаты, что, понятно, лучше и точнее.

При определении узких тазов по величине наружной конъюгаты размер последней в качестве показателя узкого таза нередко берут разный. Одни акушеры (меньшинство) относят к категории узких такие тазы, у которых наружная конъюгата равняется 19 см и ниже. При таком определении частота узких тазов будет чрезмерно высокой. Другие, в частности наша клиника, границей узкого таза принимают величину наружной конъюгаты в 18 см и меньше. Ясно, количество узких тазов в этом случае будет значительно меньшим (10—15%). Третьи, наконец, считают границей, отделяющей узкий таз от нормального, величину *conjugata externa* в 17,5 см и ниже. Тогда узких тазов будет еще меньше (5—10%).

Более правильно, конечно, руководствоваться при определении узких тазов величиной и размерами истинной конъюгаты. На основании массового клинического опыта границей, условно отделяющей нормальный таз от узкого, большинство акушеров считает размер истинной конъюгаты в 10 см и ниже.

Такое условное определение границ анатомически узкого таза наружная конъюгата 18—17,5 см, истинная 10 см—практически удовлетворяет потребностям повседневной работы акушерских учреждений, но не совсем и далеко не в полной мере.

Анатомические показатели несостоятельности и неполноценности таза (цифры, которые получаются при измерении таза) не обнимают всего того, что нужно акушеру для правильного ведения родов при узком тазе. Во всяком случае эти показатели (цифры) если и имеют, то только относительное значение. Из практики каждый акушер знает, что акушерский циркуль (тазомер) не решает в данном случае дела. Встречаются такие случаи, когда анатомически узкий таз, в условно принятых границах, при небольшой головке плода, хорошей способности ее к конфигурации и наличии хорошей родовой деятельности, не исключает возможности нормального родоразрешения. Роды могут протекать физиологически вполне правильно. И наоборот, при нормальном тазе с безупречными цифровыми показателями больших размеров головка, плохая способность ее к конфигурации, при неправильном вставлении и слабой родовой деятельности создают условия, типичные для родов с узким тазом. Это—функциональная недостаточность, функциональная неполноценность таза. Вот почему на сегодня принято различать анатомически узкий таз, при котором в расчет принимаются только анатомические показатели (размеры и форма таза), и функционально узкий таз, при котором, наряду с анатомическими показателями таза, учитываются и другие факторы, определяющие исход родов, как-то: величина головки плода, способность ее к конфигурации, вставление головки, толщина черепных костей, характер родовой деятельности, возраст матери, внешний облик мужа (рост, размер головы) и пр. Это—функционально узкий таз, «акушерский узкий таз» или «клинически узкий таз». Функционально узкие тазы могут представлять разную степень несоответствия—легкую и тяжелую. Тяжелая, при которой имеется нарушение механизма родов, встречается в практике примерно в 3—5% всех родов. Следовательно, каждая 20—30-я роженица, поступающая в родовспомогательное учреждение, будет иметь функционально узкий таз, при кото-

ром можно ждать нарушения механизма родов и связанных с этим осложнений в течении родового акта.

Давая оценку анатомически узкому тазу с точки зрения его функциональной состоятельности, гестр. несостоятельности, ориентировочно можно предполагать, что при анатомически узком тазе с конъюгатой в 18 см функционально узкий таз (акушерский, клинически узкий таз) будет встречаться в 25%, при конъюгате в 17 см—в 50%, при конъюгате в 16 см—в 75%.

Современная концепция рассматривать и давать оценку узкому тазу не только с анатомической, но и с функционально-клинической точки зрения, несомненно, приближает нас к более правильному пониманию проблемы узкого таза в целом.

Принимая такую концепцию как руководство к действию, акушер, однако, не должен, как предлагают некоторые (Зельгейм), отказываться от анатомической оценки таза. Что тазомер не может и не должен играть решающей роли в данном случае, правильно. Но это не значит, что мы должны полностью игнорировать значение анатомических показателей, получаемых при помощи акушерского циркуля. Наружное и внутреннее тазоизмерение, наряду с другими методами акушерского исследования, является обязательным для акушера. Получаемые при тазоизмерении данные, несмотря на их относительное значение, все же позволяют с известной долей вероятности судить о течении и исходе родов при узком тазе, предупреждая акушера о возможности при осложнившейся акушерской ситуации развития функционально узкого таза. Помимо того, в некоторых случаях анатомические показатели могут иметь не только ориентировочное, но и окончательное, решающее значение. Это, например, имеет место при абсолютном сужении таза (*conjugata vera*—6 см). Здесь понятие «анатомически» узкий таз и понятие «функционально» узкий таз совпадают. При узких тазах с *conjugata vera*, приближающейся к 7 см, анатомические показатели, получаемые при тазоизмерении, имеют также почти решающее значение. Наконец, тазоизмерение и получаемые при нем анатомические показатели дают возможность устанавливать форму сужения таза, а следовательно, и соответствующий механизм родов.

## КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ

Чрезвычайно важный в практическом отношении вопрос о классификации узких тазов и до настоящего времени еще не получил окончательного решения. Мы не имеем такой классификации, которая удовлетворяла бы потребностям практического врача и требованиям научной методологии. Предлагаемые классификации, построенные на принципе анатомической оценки узких тазов (Лицман) или по этиологическому принципу (Шаута), хотя и более научны, но в повседневной практической работе не могут удовлетворять врача-акушера. За неимением лучшей мы пользуемся схемой, которая по существу представляет простую клиническую группировку узких тазов, различая их по форме, которую имеет таз, и по степени сужения.

Для понимания механизма родов при узком тазе, а также для того, чтобы уметь правильно вести роды при таком тазе, надо, конечно, иметь отчетливое представление о форме узкого таза. Исходя из практических соображений, мы в дальнейшем остановимся только на четырех, наиболее часто встречающихся в практике формах узкого таза: 1) плоском рахитическом тазе, 2) плоском нерахитическом (девентеровском), 3) равномернообшесуженном тазе и 4) обшесуженном плоском тазе.

Назависимо от формы, необходима группировка узких тазов по степени сужения.

Мы классифицируем узкие тазы в соответствии с размером истинной конъюгаты на следующие три степени сужения.

1. Легкую (первую) степень сужения, при которой истинная конъюгата равняется 8 см и выше (до 10 см). При тазах с такой конъюгатой возможны самопроизвольные роды без оперативного вмешательства или родоразрешение ведется с помощью акушерского искусства.

2. Резкую (вторую) степень сужения таза. Истинная конъюгата выше 6 см и до 8 см. Самопроизвольные роды доношенным плодом, как правило, невозможны. Per vias naturales может быть извлечен только уменьшенный в объеме плод. При соответствующих условиях в обход плодоразрушающих операций делается кесарево сечение (по относительным показаниям).

3. Абсолютную (третью) степень сужения таза. Истинная конъюгата имеет длину 6 см и ниже. Родоразрешение возможно только с помощью кесарева сечения, все равно будет матка инфицирована или нет, плод—живой или мертвый (абсолютные показания к кесареву сечению, другой, заменяющей операции нет).

Такое деление узких тазов на три степени сужения принимается не всеми акушерами. Сторонниками этой классификации являются В. С. Груздев и его ученики, зарубежные авторы—Гегар, Ольсгаузен, Фейт, Рунге, Байш и др. Большинство же, по примеру Лицмана, различают четыре степени сужения таза: первая степень—истинная конъюгата меньше 11 см и до 9 см, вторая—истинная конъюгата 9—7,5 см, третья—истинная конъюгата 7,5—5,5 см, четвертая—истинная конъюгата 5,5 см и ниже.

Деление узких тазов на три степени сужения является более простой и практически более удобной схемой.

Приведенные нами цифры, характеризующие три степени сужения таза,—это, конечно, школьные нормы. Врач-специалист, понятно, может отступать и часто отступает от этих школьных норм в сторону их снижения. Так, нижней границей сужения таза, при которой возможно родоразрешение живым доношенным плодом, многие акушеры считают размер истинной конъюгаты в 7,5, даже в 7 см. Но практический врач поступит более правильно, если на первых порах своей деятельности будет держаться указанных нами цифр. Только потом, когда врач приобретет больший опыт, а главное когда научится должным образом расценивать и другие моменты, определяющие исход родов при узком тазе (см. выше), он может отступать от школьных норм. Только при таких условиях начинающий акушер сможет избежать тяжелых, нередко непоправимых ошибок и не менее тяжелых переживаний, которые так угнетающе действуют на молодого врача.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ УЗКОГО ТАЗА

Мы не можем подробно останавливаться на характеристике всех форм узкого таза. Это дается в руководствах по общему акушерству. Здесь мы ограничимся только кратким описанием перечисленных выше четырех форм узкого таза.

Напомним анатомические особенности и размеры нормального женского таза: *distantia spinarum*—25—26 см, *distantia cristarum*—28—29 см, *distantia trochanterica*—30—31 см, *conjugata externa*—20—21 см, *conjugata lateralis*—14—14,5 см, *conjugata diagonalis*—13 см, *conjugata vera*—11 см.

Промонторий в нормальном женском тазу должен стоять высоко, он трудно достижим для исследующих пальцев. Крестцовая впадина хорошо выражена. При нормальных условиях таз в поперечном сечении представляет собой овал. Подлонный угол—прямой (в верхушку угла можно поместить два пальца).



## Плоский таз (pelvis plana)

Плоский таз характеризуется сужением только в одном размере, именно в прямом, причем сужение прямого размера может быть или только во входе в таз, в направлении истинной конъюгаты, или во всех размерах таза, т. е. сужен прямой размер входа, полости и выхода. В связи с этим принято различать две разновидности плоского таза: плоский и рахитический таз (pelvis plana rachitica) и простой плоский таз, нерахитический, девентеровский (pelvis plana simplex s. Deventeri).

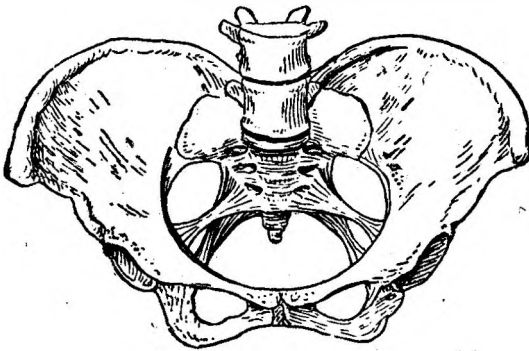


Рис. 149. Плоский рахитический таз средней степени сужения.

1. Плоский рахитический таз (pelvis plana rachitica). Как говорит само название, в этиологии этой формы плоского таза основную роль играет рахит, болезнь первых лет жизни ребенка. В основе рахита, болезни детского возраста, болезни зрелого возраста, лежит трипсиический процесс (trypsis). Он

заключается в том, что костная ткань начинает разрезаться и размягчаться (костная субстанция становится уже, кости начинают гнуться). Трипсиический же процесс, повидимому, обусловлен недостаточностью известкового обмена на почве дефицита витаминов (D-авитаминоз) или нарушением корреляции желез внутренней секреции.

О причинах, ведущих к изменениям тазовых костей при рахите, мнения расходятся. Существуют три теории.

1. Статическая теория, которая объясняет деформацию тазовых костей давлением туловища и бедер на таз.

2. Мышечная теория, согласно которой изменения в костях обусловлены действием сокращающихся мышц на мягкие кости.

3. Теория Брейс-Колиско, по которой причину изменения в костях таза при рахите надо искать в нарушении правильного развития костей при рахите.

Интересующихся этими вопросами отсылаем к учебникам по общему акушерству.

При рахите обычно заболевает весь скелет. В данный момент нас интересует костяк таза.

Плоский рахитический таз анатомически характеризуется: 1) укорочением истинной конъюгаты (сужение прямого размера таза) и 2) резкой деформацией всех костей таза.

В частности, при плоском рахитическом тазе отмечаются следующие анатомические изменения.

Изменен и деформирован крестец. Основанием крестца повернут кпереди, к лону, а верхушка его соответственно отодвинута кзади. Такой поворот крестцовой кости вокруг поперечной оси и обуславливает характерное для плоского рахитического таза сужение прямого размера входа в таз (истинной конъюгаты). Резко деформирована форма крестца. Крестцовая кость заметно укорочена в длину (низкие позвонки). В ширину крестец укорочен только отчасти, но уже в силу этого он кажется более широким, чем в норме. Нормальная вогнутость крестца сглажена в поперечном и продольном направлении. В целом получается известное уплощение крестцовой кости. Крестцовые позвонки не только ниже, чем в норме, но

и уменьшены спереди назад, вследствие чего крестец выглядит более тонким, а его спинномозговой канал уже нормального.

Иногда в рахитическом тазу на передней поверхности крестца,—часто плоской, как доска,—имеется второй (добавочный, ложный) мыс в виде возвышения, образовавшегося в результате окостенения хрящевой прослойки между первым и вторым крестцовым позвонком. Это возвышение, выдаваясь в виде валика в полость таза, располагается ниже настоящего мыса, в связи с чем расстояние от него до лонного сочленения короче размера истинной конъюгаты. Во время родов такой добавочный мыс может представлять известное препятствие для продвигающейся предлежащей части. Поэтому при наличии добавочного мыса, измеряя *conjugata diagonalis*, следует учитывать и эту добавочную диагональную конъюгату. Кратко охарактеризовать рахитический крестец можно так: он уплощен, укорочен, утончен и как бы уширен (М. А. Колосов).

Деформирован в рахитическом тазу не только крестец, резко изменены в нем и тазовые (безыменные) кости. Подвздошные ямы отклонены кнаружи, уплощены и отдавлены книзу, в силу чего гребешки подвздошных костей теряют свою нормальную вогнутость. Поэтому в рахитическом тазу разница в размерах между *distantia spinarum* и *distantia cristarum* уменьшена (меньше нормальных 3 см), и иногда расстояние между передне-верхними осями оказывается равным расстоянию между гребешками, а в редких случаях даже большим по сравнению с размером *distantia cristarum*. Этот признак характерен для рахитического таза и имеет большое практическое значение при диагностике плоского рахитического таза.

В рахитическом тазу претерпевают изменения седалищные кости. Седалищные бугры этих костей значительно отклонены кнаружи, в силу чего лобковая дуга представляется более широкой, а поперечный размер входа—заметно удлиненным. Лонный угол тупой (вмещает три пальца).

Вследствие перечисленных изменений безыменные кости оказываются ниже, чем в норме, а поэтому и рахитический таз в целом обычно тоже выглядит ниже нормального. Особенно резко изменена безыменная кость в той части, которая идет на образование входа в малый таз. Эта так называемая полукружная линия резко укорочена по сравнению с нормой, причем укорочению подвергается главным образом задняя часть соответствующей подвздошной кости. Укорочение *pars iliaca* по окружной линии также можно считать характерным признаком рахитического плоского таза.

Нередко в рахитическом тазу копчик вместе с нижним крестцовым позвонком загнут кпереди в виде крючка.

К менее обычным, но все же довольно частым особенностям костей рахитического таза надо отнести образование резких выпуклостей и шероховатостей на местах прикрепления мышц. Иногда эти выпуклости принимают вид настоящих экзостозов.

При плоском рахитическом тазе отмечается большая степень наклона таза.

Промонторий при плоском рахитическом тазе низкий. Заметно изменен ромб Михаэлиса. В нем обычно укорочена вертикальная диагональ: вместо нормальных 11 см она снижена до 3 см и меньше. Надкрестцовая ямка также снижена, таким образом, получается тупой верхний угол. Уменьшен и поперечник ромба (поперечная диагональ) вследствие сближения *spinae posteriores superiores*. Все же при рахитических тазах горизонтальная диагональ ромба Михаэлиса больше, чем вертикальная. При резких степенях сужения

плоского рахитического таза надкрестцовая ямка может снижаться до горизонтальной линии ромба и последний превращается в треугольник.

Таким образом, плоский рахитический таз мал, низок, уплощен во входе и уширен (относительно) в полости и в выходе. Периферия входа укорочена в сравнении с нормой; форма входа, удлиненная в поперечном направлении, принимает вид почки или карточного сердца; при резких степенях сужения, особенно на нескелетированных тазах, где сохраняется лонный хрящ, вход в таз имеет вид поперечно положенной восьмерки.

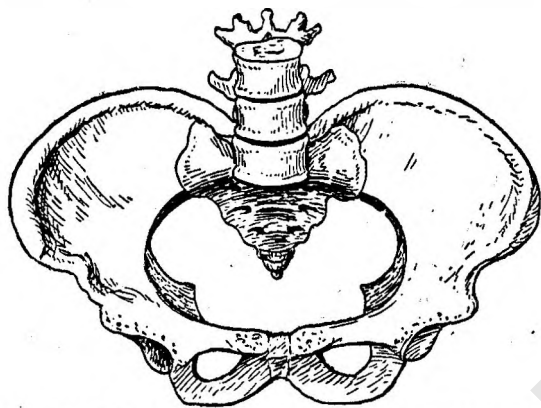


Рис. 150. Простой плоский таз (девентеровский).

сзади наперед, в результате чего все прямые размеры—во входе, полости и выходе—укорочены.

Девентеровский таз прогностически является более благоприятным, чем плоский рахитический. Правда, при рахитическом плоском тазе укорочен только один прямой размер (истинная конъюгата), тогда как при девентеровском снижены все прямые размеры, все же последний не имеет такой деформации костей, а равным образом и высоких степеней сужения, как *pelvis plana rachitica*. Помимо сужения прямого размера входа, архитектура девентеровского таза во всем другом нормальна. Укороченная истинная конъюгата также редко бывает меньше 8 см. Таким образом, плоский рахитический таз при всех условиях хуже девентеровского.

Одно время простой плоский таз считали очень частым явлением. По Г. Е. Рейну, это наиболее обычная форма узкого таза у женщин в России. Однако новейшие исследования показали, что чистая форма девентеровского таза встречается реже.

Этиология плоского нерахитического таза недостаточно выяснена. Одни относят его к инфантильному тазу. Другие считают, что причиной смещения крестца сзади наперед, которое характерно для девентеровского таза, является непосильная физическая работа, выполняемая подрастающей девушкой в период своего развития. Третьи, наконец, утверждают, что происхождение простого плоского таза объясняется тем же рахитом, только в этом случае он не получил дальнейшего развития и не вызвал деформации костей, как в плоском рахитическом тазу.

Клинически распознать форму простого плоского таза больших трудностей не представляет. При наружном тазоизмерении размеры гребешков и остей подвздошных костей оказываются нормальными (между ними разница в пределах 3 см). Это наиболее верный диагностический признак.

Чтобы окончательно установить диагноз, можно измерить прямой размер выхода таза: в девентеровском тазу этот размер укорочен, а в рахитическом находится в пределах нормы. Наконец, отсутствие каких-либо признаков рахита (см. дальше) также до известной степени помогает правильному распознаванию.

Примерные размеры девентеровского таза: *distantia spinarum*—26 см, *distantia cristarum*—29 см, *distantia trochanterica*—31 см; *conjugata externa*—18 см, *conjugata diagonalis*—10—10,5 см, *conjugata vera*—8—8,5 см.

Промонторий стоит низко, крестцовая кость целиком вдвинута в таз. Второй (ложный) мыс не встречается (А. Я. Крассовский), хотя некоторые допускают возможность его развития при девентеровском тазе.

### **Равномернообщесуженный таз (*pelvis aequabiliter justa minor s. nimis parva*)**

Равномернообщесуженный таз представляет собой недоразвитый таз у женщин, вообще плохо развитых, с недостаточной деятельностью яичников. В практике эта форма таза встречается часто (по А. Я. Крассовскому, в 39% общего числа суженных тазов, по А. Ф. Пальмову, в 53,5%, по А. В. Ланковицу—в 60,3%). Имеется несколько разновидностей этой формы узкого таза.

1. **И н ф а н т и л ь н ы й т а з** (*pelvis infantilis*—детский таз) встречается у инфантильных, слабо развитых женщин (в анамнезе нарушения менструального цикла).

Характерной особенностью этого таза считается его в х о д, представляющий собой круг или овал, вытянутый в прямом, а не в поперечном размере, как это имеет место в нормальном тазу. Деформации костей нет. Лонная дуга узкая (вмещает один палец). Крылья крестцовой ости слабо развиты. Сама крестцовая кость стоит более отвесно, чем в нормальном тазу. Промонторий лежит высоко.

Все размеры таза уменьшены по сравнению с нормой на 1—2 см: *distantia spinarum*—24 см, *distantia cristarum*—26 см, *distantia trochanterica*—28 см; *conjugata externa*—18 см, *conjugata diagonalis*—10 см, *conjugata vera*—8 см.

2. **Т а з м у ж с к о г о т и п а** (*pelvis virilis*) встречается у женщин высокого роста с мужской фигурой (*viragines*—«женщины-мужланки») и массивными костями. По анатомическому строению *pelvis virilis* приближается к форме мужского таза (узкая лонная дуга, узкий крестец, высокая воронкообразной формы полость таза и др.).

3. **К а р л и к о в ы й т а з** (*pelvis pana*) представляет собой высшую степень сужения. Встречается у женщин ростом 120—145 см, обладающих вполне пропорциональным сложением.

Примерные размеры этого таза: *distantia spinarum*—20 см, *distantia cristarum*—22 см, *distantia trochanterica*—24 см; *conjugata externa*—15 см, *conjugata diagonalis*—7—8 см, *conjugata vera*—5—6 см.

### **Общесуженный плоский таз (*pelvis nimis parva et plana*)**

Общесуженный плоский таз встречается редко (1%—А. В. Ланковиц). Этиологически относится к рахитическим тазам: комбинация рахитического таза (длительный тяжелой формы рахит) с общесуженным инфантильным тазом. В нем все размеры меньше нормальных, но особенно укорочен прямой размер (рис. 151).

Примерные размеры этого таза: *distantia spinarum*—23 см, *distantia cristarum*—24 см, *distantia trochanterica*—28 см; *conjugata externa*—15 см, *conjugata diagonalis*—9 см, *conjugata vera*—7 см.

Промонторий низкий. Крестцовая кость—как при рахитическом тазе.

Прогностически это самая неблагоприятная форма узкого таза. Часто наблюдаются высокие степени сужения. Среди общесуженных плоских тазов бывают так называемые спавшиеся тазы с резкой асимметричной деформацией костей—такие, как при остеомаляции.

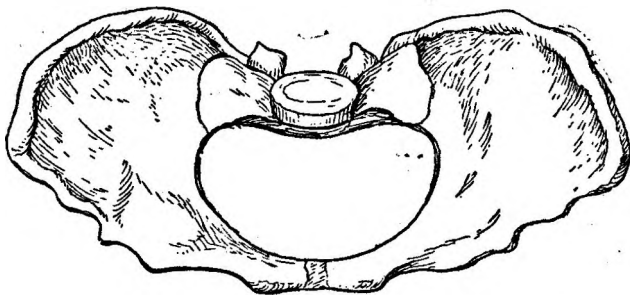


Рис. 151. Общесуженный плоский таз.

### Остеомалятический таз

В России до Великой Октябрьской социалистической революции имелись местности, где у женщин встречались остеомалятические тазы. К числу таких местностей относилась Казанская губерния (Р. Ключевский).

О патогенезе и этиологии остеомаляции см. общие учебники по акушерству. Здесь мы приведем краткие данные об изменениях, происходящих в тазу при остеомаляции.

При резких степенях заболевания пораженные остеомаляцией кости делаются мягкими, как воск, а в очень тяжелых случаях длинные трубчатые кости превращаются в мягкие, кожистые трубки, выполненные красноватым костным мозгом. Такие больные совершенно не могут передвигаться. Хотя при остеомаляции нередко поражаются и другие кости скелета, все же преимущественно заболевает таз. Вследствие давления, которое оказывает на остеомалятический таз туловище и нижние конечности, он иногда принимает крайне причудливую форму. Промонторий вдавливается глубоко в таз, крестцовая кость изгибается под большим углом. Боковые стенки таза вдавливаются в области вертлужных впадин в его просвет. Лонное сочленение сдавливается, принимая форму выступающего вперед клюва. Вход в таз, таким образом, принимает форму карточного сердца. Лонная дуга делается очень узкой, подвздошные кости сильно просвечивают. При резких степенях остеомаляции таз принимает совершенно асимметричную форму («спавшиеся тазы»). Для окончания родов в таких случаях приходится прибегать к кесареву сечению.

Что касается течения родов при остеомаляции, то у таких женщин, как ни странно, иногда возможны самопроизвольные роды, причем в тех случаях, когда, казалось, на это совершенно нельзя было рассчитывать («каучуковые тазы»).

В заключение приводим сравнительную таблицу примерных размеров различных форм узкого таза (в сантиметрах).

Таблица 8

*Анатомические размеры различных форм узких тазов*

| Формы таза                   | Distantia spinarum | Distantia cristarum | Distantia trochanterica | Conjugata externa | Conjugata diagonalis | Conjugata vera |
|------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|----------------|
| Нормальный . . . . .         | 25—26              | 28—29               | 30—31                   | 20—21             | 13                   | 11             |
| Равномернообщесуженный       | 25                 | 27                  | 29                      | 19                | 12                   | 10             |
| Инфантильный . . . . .       | 24                 | 26                  | 28                      | 18                | 11                   | 9              |
| Плоский нерахитический . . . | 26                 | 29                  | 31                      | 18                | 10,5                 | 8,5            |
| Плоский рахитический . . .   | 26                 | 26                  | 31                      | 17                | 9                    | 7,5            |
| Общесуженный плоский . . .   | 23                 | 24                  | 28                      | 15                | 9                    | 7              |

## ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА

При решении вопроса о том, имеется ли у беременной или роженицы сужение таза, прежде всего надо тщательно и подробно собрать а н а м н е с т и ч е с к и е д а н н ы е. Перенесенный рахит, тяжелые бытовые условия, в которых женщина жила в детском возрасте, поздно наступившие первые месячные, туберкулезные заболевания костей и пр.—все это может дать указания на имеющиеся изменения в тазовом скелете. Такие же указания на аномалии таза можно получить, собирая сведения о течении прежних родов (акушерский анамнез). Следует расспросить, какова была продолжительность родов (средняя продолжительность—20—24 часа при весе родившегося ребенка в 3 000—3 200 г), не отмечалась ли при них

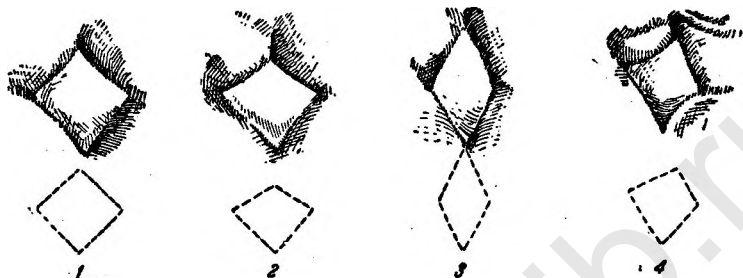


Рис. 152. Ромб Михаэлиса при узких тазах.

1—нормальный таз; 2—плоский таз; 3—общеравномерносуженный таз; 4—косо-суженный таз.

слабость схваток, неправильное положение плода, неправильное вставление головки, не было ли несвоевременного отхождения вод, выпадения пуповины и конечностей плода, оперативного родоразрешения, мертворождения и пр.

После того как будут собраны необходимые анамнестические данные, переходят к н а р у ж н о м у и с с л е д о в а н и ю. В первую очередь следует обратить внимание на рост беременной женщины или роженицы. Малый рост (150 см) должен натолкнуть на мысль о перенесенном рахите. Затем последовательно приступают к осмотру всего тела: нет ли искривлений позвоночника (кифоз, сколиоз, лордоз) или укорочения нижней конечности, не хроает ли женщина, не чересчур ли узки или чересчур широки бедра (рахит), нет ли неподвижности в суставах, какова форма ромба Михаэлиса, не отвислый ли живот (resp. остроконечный у первобеременных) и пр. На рахит будут указывать такие изменения в скелете, как небольшой рост, особенно сильное укорочение нижних конечностей, сарит quadratum, зубы с поперечными желобками (рахитические зубы), колесомобразно вздутая или воронкообразно вдавленная грудь (куриная грудь), рахитические четки на ребрах, рахитические браслеты на руках, чрезмерно широкие бедра, сильное наклонение таза, искривление костей ног (женщина не в состоянии близко свести ноги), иногда искривление предплечий, уплощение верхнего угла поясничного ромба (иногда вместо ромба имеется треугольник, обращенный основанием кверху), качающаяся походка.

После тщательного и полного осмотра скелета приступают к обследованию живота беременной, resp. роженицы. Остроконечный и отвислый живот у беременных свидетельствует о наличии узкого таза. Помимо этого, следует обращать внимание на область живота непосредственно над лоном. В случае несоответствия между головкой и тазом над лонным сочленением можно видеть выпячивание, какое

обычно наблюдается при переполненном мочевом пузыре (проверить, нет ли действительно переполнения мочевого пузыря!). Если речь идет о первобеременной, надо проверить, не стоит ли головка высоко (подвижной) над входом в таз, в последние 3—4 недели до начала родов при нормальном тазе она опускается в таз довольно низко (стоит неподвижной).

Тазомером измеряется головка плода (пуговки тазомера ставят на наиболее удаленные пункты головки). Диаметр головки при нормальных условиях составляет в среднем 12 см. Затем переходят к наружному и внутреннему тазоизмерению.

О способах наружного измерения таза было сказано выше (стр. 47—52). Здесь мы отметим важное значение, которое имеет определение так называемого наклона таза (стр. 152), а также некоторые дополнительные наружные измерения применительно к узкому тазу.

Напомним о необходимости измерять при узком тазе так называемую боковую конъюгату (размер от передне-верхней ости к задне-верхней ости подвздошной кости одноименной стороны). При узких тазах, особенно плоских, ее размер (в норме 14,5—15 см) уменьшается до 13,5—13 см и ниже.

Не следует забывать произвести измерение выхода таза, а также высоты симфиза, т. е. измерить верхний и нижний его край (в норме 5—6 см).

Необходимо измерить окружность таза. Ее измеряют так: женщина лежит на спине; сантиметровую ленту подводят под крестец, с боков она проходит между вертелами и гребешками подвздошной кости. Уменьшение размеров окружности таза до 70—75 см вместо нормальных 85 см указывает на сужение его.

Наряду с измерением окружности таза, полезно определить высоту стояния дна матки над симфизом—от середины верхнего края лона до дна. В норме она составляет 34—36 см (измерение сантиметровой лентой).

Наконец, при узком тазе необходимо определить запястный показатель (индекс) Г. А. Соловьева. В норме при нормальной толщине костей окружность запястья равняется 14—15 см. Толстые запястья будут говорить о значительной толщине костей таза (крестца, симфиза), а следовательно, и об уменьшенной емкости таза. Наоборот, у женщины с тонким запястьем (индекс Соловьева меньше 14 см) емкость таза большая.

Внутреннее тазоизмерение С ним было сказано выше, в главе о диагностике родов. Указывалось, что для практических целей приходится довольствоваться определением истинной конъюгаты по размерам диагональной конъюгаты. Мы предлагаем, измеряя диагональную конъюгату, всегда производить определенный вычет, чтобы получить размер истинной конъюгаты, а именно вычитать 2 см.

При внутреннем (влагалищном) исследовании таза необходимо тщательно обследовать мыс—его выстояние, наличие добавочного мыса, а также стенки правой и левой стороны малого таза (экзостозы!).

Выше мы говорили, что акушер, ведущий роды при узком тазе, не должен ограничиваться только учетом данных, полученных в результате наружного и внутреннего тазоизмерения, т. е. диагностикой анатомически узкого таза (размеры таза, его форма, степень сужения). Он должен дать функциональную оценку таза, т. е. поставить функциональную диагностику состоятельности или несостоятельности таза, которая собственно и имеет решающее и определяющее значение в таких случаях.

Окончательную оценку клинически узкого таза по существу можно сделать только по окончании родов. Во время беременности диагностику функционально узкого таза поставить нельзя. Ориентировочные данные относительно функциональной несостоятельности таза,—понятно, только

с известным приближением к действительности. — можно получить во время родов. Это, конечно, очень важно для акушера. Исходя из обстановки и запросов практического врача-акушера, мы предлагаем при постановке диагноза функционально узкого таза такой порядок исследования роженицы.

1. Подробно собрать и надлежаще истолковать анамнез.

2. Тщательно проделать наружное исследование, применяя третий и четвертый наружные приемы (установить величину головки, толщину черепных костей), произвести измерение плода (определить размеры головки).

3. Путем наружного и внутреннего тазоизмерения установить размеры таза, его форму и степень сужения (см. выше).

4. Установить и определить отношение между головкой и тазом (емкость таза). Для этого рекомендуется прием, предложенный Цангемейстером:

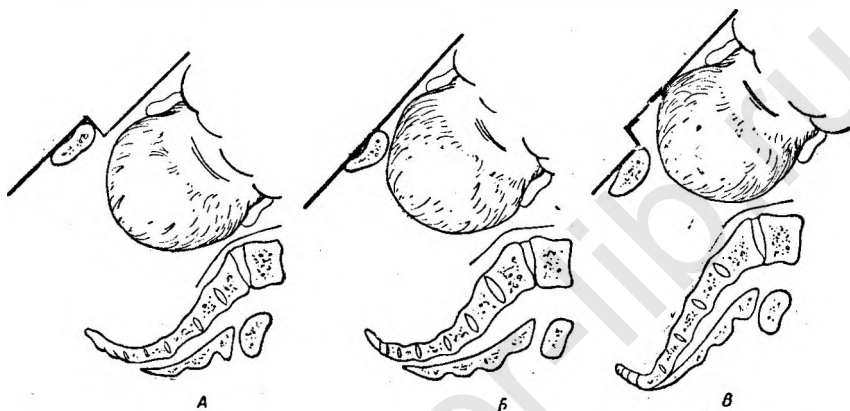


Рис. 153. Признак Вастена.

А— нормальный таз, головка не выступает над симфизом (признак Вастена отрицательный); Б— симфиз и головка на одном уровне (относительная недостаточность таза); В— головка выделяется над симфизом (признак Вастена положительный—резкое несоответствие)

тазомером устанавливают размер наружной конъюгаты и, не сдвигая бранши тазомера, лежащей сзади (в надкрестцовой ямке), ставят переднюю браншу на самую выдающуюся точку головки. Если расстояние между надкрестцовой ямкой и самой выдающейся точкой на головке (размер Цангемейстера) будет больше наружной конъюгаты, значит, между тазом и головкой имеется несоответствие. Обратные отношения (размер Цангемейстера меньше размера наружной конъюгаты) свидетельствуют о том, что несоответствия нет. При совпадающей величине обоих размеров соответствие, resp. несоответствие, между головкой и тазом остается под сомнением.

Прием Цангемейстера можно применять только при вставившейся в малый таз головке. Если головка подвижная, установить отсутствие соответствия между нею и тазом, особенно до отхождения вод, невозможно.

5. Еще лучше при установлении емкости таза пользоваться приемом Вастена. Прием состоит в следующем (рис. 153). Акушер плашмя кладет руку на область симфиза и скользит сверху в направлении головки. Прием может быть использован во время родов, когда головка стоит уже плотно во входе в таз. При нормальных отношениях (нормальный таз и средних размеров головка) головка будет стоять ниже (глубже) лона (признак Вастена отрицательный). При узком тазе отношения другие. Головка может стоять на одном уровне с лонным сочленением (признак Вастена—вровень)—



это относительное, но не непреодолимое несоответствие (должны быть хорошие схватки, хорошая способность головки к конфигурации). Если головка резко выстоит над лоном,—несоответствие непреодолимо (признак Вастена положительный).

6. Наконец, для установления отношений между величиной головки и емкостью таза можно использовать комбинированный прием П. Мюллера и Гофмейера (стр. 302).

Некоторые считают прием Мюллера-Гофмейера опасным (травма). Наблюдения нашей клиники не подтверждают этого. Прием, как и всякий другой, может быть опасным при неправильном его применении в руках неопытного, не владеющего техникой врача. Нельзя неумелое и неправильное применение того или иного метода относить за счет самого метода. Надо сначала научиться владеть методом.

В последнее время при диагностике функционально узкого таза применяется рентгенография. К сожалению, этот метод может применяться только там, где имеется рентгеновский кабинет—в клиниках и крупных родовспомогательных учреждениях клинического типа.

## КЛИНИКА УЗКИХ ТАЗОВ

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

При нормальном тазе нижний сегмент матки вместе с некоторой частью головки уже во время беременности находит себе место в тазу. У первобеременных с упругими стенками живота под напором последних головка еще до начала родов опускается в малый таз так низко, что при внутреннем исследовании можно иногда найти нижний полюс головки на уровне главной плоскости или даже ниже. Даже у повторнобеременных со слабыми брюшными стенками головка перед самыми родами нередко плотно прижата ко входу в малый таз.

Не так обстоит дело у беременных, имеющих узкий таз. За 3—4 недели до начала родов у них головка стоит подвигно над входом в таз. Ненормальную подвижность головки у первобеременных перед родами следует считать одним из клинических признаков неполноценности таза. Но для того, чтобы на основании этого поставить диагноз узкого таза, надо исключить опухоли таза, водянку головки и многоводие. Дно матки, нижний сегмент которой вместе с головкой не может опуститься в таз, стоит очень высоко, причем вся матка отклоняется из вертикального в почти горизонтальное положение (*anteflexio uteri gravidi*). У первобеременных с упругими стенками живота получается в силу резкой антефлексии матки так называемый остроконечный живот (*venter acuminatus*), т. е. сильное выпячивание главным образом верхней части живота (рис. 154). У повторнобеременных с характерными для них слабыми брюшными стенками сильно антефлектированная беременная матка запрокидывается еще больше кпереди, выпячивая не верхнюю часть живота, как у первобеременных, а среднюю и нижнюю, что обуславливает так называемый отвислый живот (*venter propendens*) (рис. 155). Остроконечный живот первобеременных при вертикальном положении беременной образует с нижними конечностями тупой, а с верхней частью туловища почти прямой угол. Отвислый живот, наоборот, дает тупой угол с верхней частью туловища и прямой или даже острый с нижними конечностями (при стоячем положении женщины). Остроконечный и отвислый живот—характерный признак узкого таза. Однако следует иметь в виду два обстоятельства: во-первых, при незначительных степенях

сужения указанных изменений конфигурации брюшных стенок живота может и не быть; во-вторых, у повторнородящих отвислый живот иногда развивается вследствие часто следующих друг за другом родов.

Та же причина, которая при узком тазе обуславливает происхождение остроконечного и отвислого живота, ведет к другим осложнениям,—н е-правильности в положении плода, аномалии предлежания той или другой части и пр. При узких тазах часто бывают косые и поперечные положения, предлежание тазовым концом, лицевое предлежание и пр. При нормальных тазах, как мы видели,

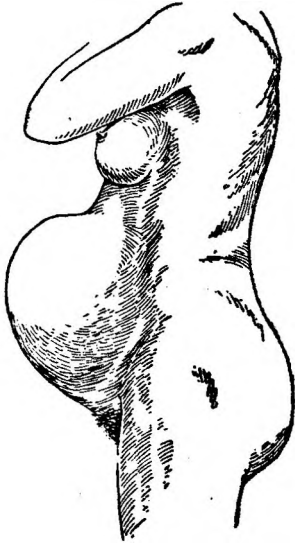


Рис. 154. Остроконечный живот (venter acuminatus).

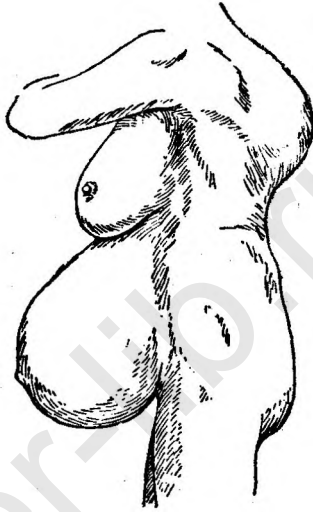


Рис. 155. Отвислый живот (venter propendens).

затылочные предлежания встречаются почти в 96%, при узких тазах—только в 86%. Поперечные положения встречаются при узких тазах в 10 раз чаще, чем при нормальных условиях.

Таким образом, при узких тазах во время беременности отмечаются следующие особенности:

- 1) высокое стояние дна матки;
- 2) отвислый, геср. остроконечный, живот;
- 3) значительная (ненормальная) подвижность головки перед родами;
- 4) часто неправильные положения и предлежания плода;
- 5) тяжелое течение беременности (одышка, отеки, токсикозы).

### ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Трудности в течении родового процесса при узких тазах прямо пропорциональны степени сужения таза. У женщин с легким и средним сужением при благоприятных моментах (хорошие схватки, нормальные размеры головки, нормальное вставление ее, хорошая способность головки к конфигурации, податливые мягкие части) роды могут пройти без особых осложнений. У повторнобеременных, у которых и плод крупнее, и схватки слабее, роды даже при незначительных и средних степенях сужения протекают гораздо труднее и чаще требуют оперативного вмешательства.

Схватки, вне зависимости от индивидуальных свойств роженицы, протекают при различных формах узкого таза неодинаково. У женщин с равно-

мернообшесуженным тазом (инфантильный таз) обычно наблюдается первичная слабость схваток, так как в этом случае одновременно с гипоплазией таза имеется и гипоплазия мышечной ткани, гесп. матки. Наоборот, у женщин с рахитическим тазом обычно бывают хорошие схватки.

Одним из серьезных осложнений родового акта при узком тазе является раннее отхождение вод. Причина раннего разрыва плодного пузыря лежит в несвоевременном вставлении головки. Ближайшая, непосредственная, так сказать, опасность раннего разрыва плодного пузыря заключается в том, что при этом отходят не только передние воды, но и часть задних вод, а это является моментом, благоприятствующим выпадению

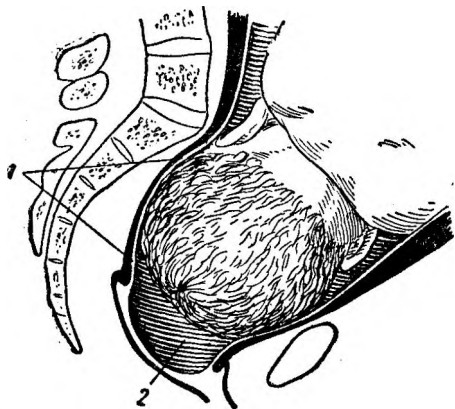


Рис. 156. Заслоночное действие головки при нормальном тазе.  
1—cervix; 2—передние воды.

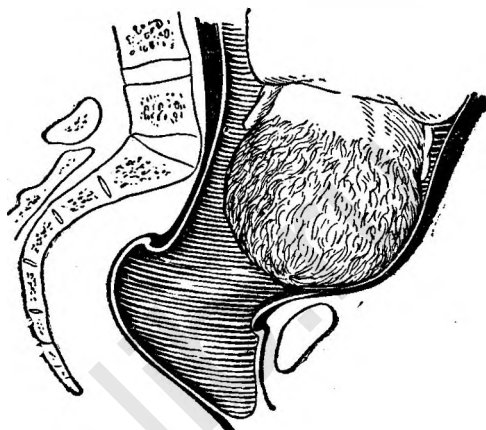


Рис. 157. Узкий таз. Головка стоит высоко. Передние воды свободно сообщаются с околоплодной жидкостью.

нию пуповины. О других последствиях раннего отхождения вод сказано в другом месте (стр. 381). Выпадение пуповины, «сухие роды», асфиксия плода, инфекция, преждевременная отслойка плаценты и пр.—таковы в общем осложнения, вызываемые ранним отхождением вод при узком тазе.

Период раскрытия. В периоде раскрытия, как только что упоминалось, происходит раннее, а иногда и преждевременное (до начала схваток) отхождение вод. Осложнение это при плоских тазах встречается чаще, чем при равномернообшесуженных. Ввиду этого во время периода раскрытия все внимание должно быть сосредоточено на сохранении плодного пузыря (постельный покой, в случае надобности кольпейриз). Для предупреждения несвоевременного разрыва плодного пузыря рекомендуется держать роженицу на боку. При плоских тазах ее надо укладывать на тот бок, где расположен большой родничок (в дальнейшем он должен опускаться первым, см. дальше), а при равномернообшесуженных—на ту сторону, где находится малый родничок. Если же околоплодные воды отошли раньше срока, необходимо тщательно следить за осложнениями, к которым может повести разрыв плодного пузыря (выпадение пуповины, других мелких частей).

Период изгнания. Когда заканчивается период раскрытия при узком тазе, головка обычно еще стоит над входом в малый таз. Иногда она стоит не по средней линии, а отклонена в ту или иную сторону (так называемое отклонившееся черепное предлежание), что очень важно: период изгнания фактически начаться не может, так как

головка еще не вступила в таз. Для того чтобы начался период изгнания, нужна подготовительная работа, как принято говорить, по вставлению головки и наличие определенной конфигурации головки. Чтобы головка соответствующим образом установилась во входе в малый таз, должно, конечно, пройти определенное время между концом периода раскрытия и началом периода изгнания. Этот промежуток времени—самый ответственный период родов при узком тазе, необходимый для конфигурации и вставления головки, мы называем п е р и о д о м к о н ф и г у р а ц и и.

### МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Изменения, которые испытывает головка в этом добавочном периоде родов (периоде конфигурации), неодинаковы при плоском и общесуженном тазе.

### Механизм родов при плоском тазе

Чтобы механизм родов при плоском тазе был более понятным, лучше всего представить это на конкретном примере. Предположим, что роды происходят у женщины, имеющей плоский рахитический таз с истинной конъюгатой в 8 см (допускает возможность самопроизвольных родов).

С окончанием периода раскрытия, как указывалось выше, начинается вставочный период, п е р и о д к о н ф и г у р а ц и и г о л о в к и.

Первым моментом этого периода является д л и т е л ь н о е с т о я н и е головки в поперечном размере таза. Головка может очень долго, на протяжении многих часов, стоять во входе в таз в поперечном размере как наиболее удобном и выгодном для нее: он здесь самый большой по длине (13 см). Головка как бы нащупывает себе путь, выскивая наиболее удобную позицию для вставления.

Если бы головка при входе в малый таз начала проделывать свой обычный первый момент нормального механизма, т. е. обычную флексию, то ее большой поперечный размер (*diameter parietalis*), равный 9,25 см, совпал бы с прямым размером таза, а стреловидный шов—с поперечным. Но так как прямой размер таза в данном случае имеет только 8 см, то, очевидно, головка в согнутом состоянии своим большим поперечным размером не пройдет. При таких условиях более выгодным положением для головки будет, если она разогнется. Разогнутая головка имеет в длину (прямой размер) 12 см, а поперечник таза—13 см, следовательно, она при таких пространственных соотношениях свободно уместится. В разогнутом состоянии головка, кроме того, должна отвести свой большой поперечный размер немного в сторону от промотория, сильно выступающего в просвет таза, поставив по линии прямого размера свой малый поперечный размер (*diameter biparietalis*), равный 8 см. Таким образом, вторым моментом периода конфигурации головки при плоском тазе будет р а з г и б а н и е г о л о в к и, r e s p. более н и з к о е о п у с к а н и е б о л ь ш о г о р о д н и ч к а, располагающегося как раз на малом поперечном размере головки.

Однако и этим размером головке не так легко пройти через суженный, вследствие выступания вперед мыса, прямой размер входа в таз. Задняя теменная кость задерживается выступающим промоторием, и головка, таким образом, должна сделать поворот вокруг своей продольной (передне-задней) оси, погружая во вход в таз лежащий спереди парietальный бугор. Стреловидный шов отходит от поперечной линии таза ближе к промоторию. Под влиянием сильных схваток, вталкивающих головку, r e s p. переднюю теменную кость, в полость таза, а также под давлением противодействующего снизу и сзади промотория, задняя теменная кость заходит

за переднюю, благодаря чему поперечный размер головки уменьшается. Таким образом, третьим моментом в периоде конфигурации головки при плоском тазе будет отклонение стреловидного шва кзади, вставление передней теменной костью, проще говоря, передне-теменное вставление (асинклитизм Негеля) (рис. 158 и 159).

Итак, механизм периода конфигурации при плоском рахитическом тазе состоит из трех моментов: 1) длительного высокого стояния головки в поперечном размере таза, 2) опускания большого, а не малого родничка, resp. не-



Рис. 158 Вставление головки при плоском тазе (период конфигурации). Стреловидный шов проходит поперек и близко к мысу; передняя половина черепа стоит во входе, задняя—еще над ним.

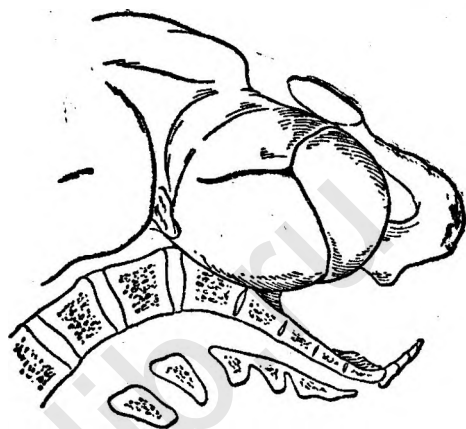


Рис. 159. Прохождение головки через уплощенный вход таза. Головка поворачивается задней половиной мимо мыса в тазовую полость.

большого разгибания головки, и 3) передне-теменного вставления (асинклитизм Негеля).

#### Механизм родов при плоскорахитическом тазе

| Моменты механизма                                      | Причина  |
|--|--|
| 1. Долгое высокое поперечное стояние стреловидного шва | Только в поперечном размере достаточно места (во входе в таз наибольший размер поперечный)   |
| 2. Опускание большого родничка (разгибание головки)    | Битемпоральный размер, на котором расположен большой родничок, легче может пройти через суженный прямой размер, чем большой бипариетальный (с малым родничком) |
| 3. Передне-теменное вставление (асинклитизм Негеля)    | Вследствие отвислого живота задняя теменная кость придавливается к промоторию и в силу усиленного сопротивления задерживается там                              |

За периодом конфигурации при плоском тазе следует период изгнания.

Как только головка вступила в полость таза, разгибание (дефлексия) может перейти в сгибание (флексию) и роды пойдут обычным порядком, по типу нормального механизма (опускание малого родничка, правильная

ротация и разгибание). Для периода изгнания при родах с плоским тазом характерно то обстоятельство, что весь этот период продолжается очень недолго, иногда несколько минут (быстрые, штурмовые роды). Это станет совершенно понятным, если мы вспомним, что прямые размеры полости и выхода таза (важные для прохождения головки через полость таза и его выход) здесь не только не уменьшены против нормы, но могут быть даже увеличены.

В некоторых случаях, и не так редко, механизм родов при плоском рахитическом тазе в периоде изгнания претерпевает известные отклонения. Головка может родиться в переднеголовном предлежании, если остается дефлексия, начавшаяся в периоде конфигурации, т. е. механизм изгнания

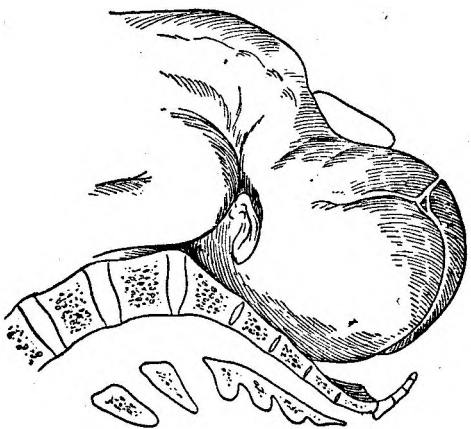


Рис. 160. Затылок, преодолев узкое место, опускается ниже и поворачивается кпереди.

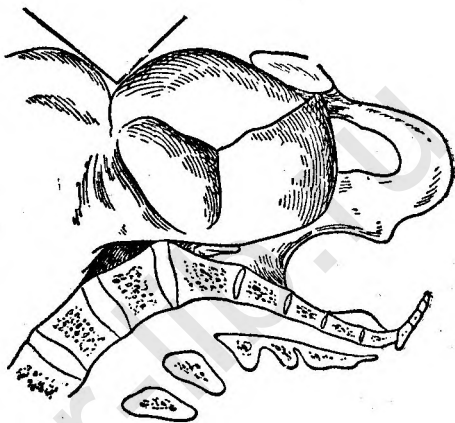


Рис. 161. Плоский таз. Прохождение головки при задне-теменном вставлении.

будет идти по варианту: небольшое разгибание головки, неправильная ротация—затылком кзади, небольшое сгибание (флексия) вокруг переносья и разгибание. Роды в периоде изгнания при рахитическом тазе могут проходить и по типу заднего вида затылочного предлежания.

И в том, и в другом случае характерная особенность изгнания при плоском рахитическом тазе (быстрое течение) сохраняется.

Механизм родов при плоском нерахитическом (де-вентеровском) тазе такой же, как и при плоском рахитическом. Разница заключается лишь в том, что затруднения, которые испытывает головка при входе в таз, имеют место и в полости, и в выходе таза. Это объясняется тем, что прямой размер при девентеровском тазе, как мы видели, сужен не только во входе, но во всех плоскостях таза. Поэтому и период изгнания после окончания периода конфигурации не так короток, как при плоском рахитическом тазе с характерной для него вместительной полостью и широким выходом.

Механизм родов в периоде изгнания при девентеровском тазе сходен с механизмом родов при нормальном затылочном предлежании или при одном из его вариантов (передне-головное или задний вид). Кроме того, при таком тазе часто бывает так называемое среднее поперечное стояние головки (стреловидный шов в полости стоит в поперечном размере таза) и низкое, resp. глубокое, поперечное стояние головки (стреловидный шов в поперечном размере выхода таза). Оба варианта стоят в причинной связи с уменьшенными прямыми размерами полости и выхода таза: головка как вступила во входе в таз

в поперечный его размер, так и продолжает свое поступательное движение в том же размере.

### Механизм родов при равномернообшесуженном тазе

Для объяснения механизма родов при этой форме узкого таза тоже обратимся к конкретному примеру.

Предположим, что роды происходят у женщины, имеющей равномернообшесуженный таз с истинной конъюгатой в 8,5 см. В нем сужены все размеры входа в таз (примерно на 2,5 см). Нормальные размеры, как известно, равны (в круглых цифрах) 11 см (истинная конъюгата), 12 см (косые размеры) и 13 см (поперечный размер). Если прямой размер таза в приведенном примере будет равен 8,5 см, т. е. на 2,5 см меньше нормы, то поперечный размер 10,5 см, а косой—9,5 см, т. е. имеется ограничение пространства во всех размерах и через весь тазовый канал до выхода из него. Представим себе, далее, что с окончанием периода раскрытия наступил период конфигурации, когда головка должна вступить в таз наименьшим своим размером. В первый момент головка как бы делает попытку вступить в таз стреловидным швом в поперечном размере таза. Но для этого она должна сильно согнуться, так как ее прямой размер равен 12 см, а поперечный размер входа в таз—только 10,5 см. Если головка проделывает сильное сгибание (флексию), она все равно не сможет пройти стреловидным швом в поперечном размере таза, так как ее *diameter biparietalis* (большой поперечный), в норме составляющий 9,25 см, должен идти по прямому размеру входа в таз, имеющему только 8,5 см. Очевидно, при таких условиях головка ни в разогнутом, ни в согнутом состоянии не сможет пройти стреловидным швом в поперечном размере. Более благоприятным окажется для нее вступление в положении резкой флексии в один из косых размеров таза. В таком случае и ее *diameter suboccipito-bregmatica* (9,5 см) уместится в косом размере, а другой, перпендикулярный к первому, *diameter biparietalis* (9,25 см) уложится в другом косом размере.

Таким образом, после длительного срока головка в конце периода конфигурации устанавливается во входе в таз стреловидным швом в косом размере, притом в положении резкой флексии.

Эти два момента—сильное сгибание головки и вступление ее в таз стреловидным швом в косом размере—и составляют характерную особенность механизма родов при равномернообшесуженном тазе. Во всем остальном механизм будет соответствовать нормальному механизму. Проводной точкой окажется малый родничок. Головка вытягивается в виде клина с родовой опухолью в области малого родничка—клиновидное вставление головки с возможно более глубоким стоянием малого родничка (рис. 162). Далее в полости таза механизм обычен (правильная ротация, разгибание) за исключением только одной особенности в момент прорезывания головки: лонная дуга в равномернообшесуженном тазе, как уже упоминалось, резко сужена (острый угол, куда входит один палец); поэтому головка при прохождении через выход таза должна сильно отойти кзади, что приводит к большому растяжению промежности, которая при этом часто рвется (рис. 163 и 164). Это обстоятельство особенно важно иметь в виду при наложении щипцов, чтобы не делать раньше времени тракций в горизонтальном направлении. Если акушер, ведущий роды, не учитывает указанного момента, он рискует причинить тяжелые повреждения промежности и даже костям таза.

Механизм родов при общесуженном плоском (рахитическом) тазе недостаточно изучен. В каждом отдельном случае он представляет собой различные комбинации двух описанных выше механизмов (при плоском тазе и при равномернообщесуженном). Чаще механизм конфигурации головки подобен конфигурации при плоских тазах: происходит асинклитическое вставление, чаще задне-теменное (литцмановское) прорезывание головки—по типу прорезывания при общесуженных тазах.

Прогноз родов с узким тазом. В случаях сужения таза сильной степени прогноз в смысле исхода родов неблагоприятен. При прочих равных условиях прогноз для матери и плода более неблагоприятен при плоском общесуженном тазе (особенно большая смертность плодов).

Две категории опасностей угрожают роженице при затянувшихся родах: инфекция и травматические повреждения тканей.

Травматические повреждения тканей могут быть различного характера: 1) свищи или фистулы (мочевые и каловые) на почве некроза и гангрены тканей вследствие длительного сдавливания их головкой; 2) разрывы лонного сочленения; 3) отрыв влагалищных сводов от матки (кольпопоррексис); 4) разрывы матки (особенно у повторнородящих).

Инфекция при родах с узким тазом возникает в результате несвоевременного отхождения вод и связанного с этим длительного течения

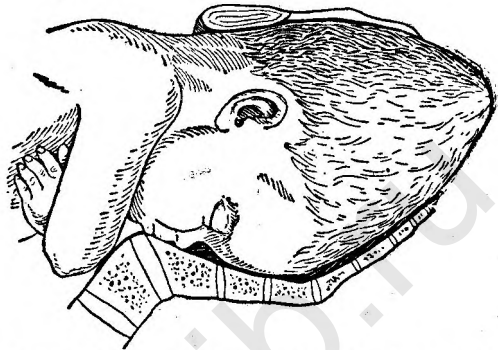


Рис. 162. Клиновидное вставление головки при равномернообщесуженном тазе.

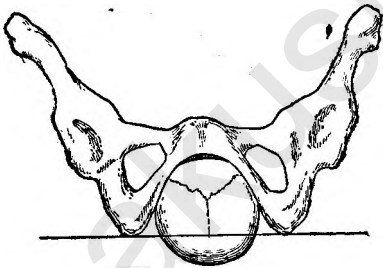


Рис. 163. Прорезывание головки при нормальном тазе.

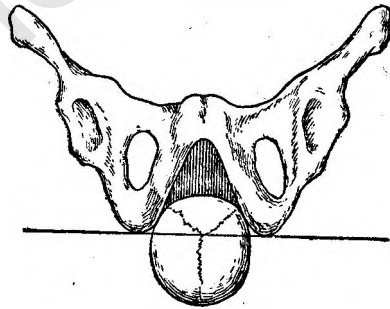


Рис. 164. Прорезывание головки при равномернообщесуженном тазе. Пространство остроугольной лонной дуги не может быть использовано фиксирующимся здесь затылком.

родового акта. В данном случае опасность серьезного септического заболевания в послеродовом периоде, грозящая роженице, прямо пропорциональна продолжительности родов после отхождения вод. Инфекция возникает не только в результате заноса микробов извне, но и вследствие самостоятельного проникновения в полость матки влагалищных микробов. Часто применяемые при родах с узким тазом всякого



рода оперативные вмешательства и оперативные пособия также способствуют заносу инфекции.

Необходимо твердо помнить, что роженица с узким тазом, при наличии которого невозможны самопроизвольные роды, в случае отсутствия своевременной и надлежащей помощи погибает или вследствие разрыва матки, или вследствие заражения.

В последнее время с введением в практику антибиотиков (пенициллин, стрептомицин) и сульфаниламидов опасность инфекции значительно снижена.

Прогноз для плода при родах с узким тазом также неблагоприятен. Смертность детей достигает 10%. Объясняется это тем, что при узких тазах часто наблюдаются неправильные положения и предлежания плода, несвоевременное отхождение плодных вод, выпадение пуповины, сдавливание ее во время родов и пр. У женщин с узким тазом роды продолжаются дольше, почему плоду грозит большая опасность погибнуть от асфиксии. В тяжелых, запущенных случаях при узких тазах чаще, чем при других осложнениях, приходится прибегать к плодоразрушающим операциям (перфорации, эмбриотомии). Ввиду большого практического значения особого внимания заслуживают различные формы сдавливания тканей черепа плода (кефалогематомы, вдавливание черепных костей, мозговые кровоизлияния и пр.).

### ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Прежде чем перейти к вопросу о терапии родов при узком тазе, необходимо сделать несколько замечаний общего характера, чтобы упростить этот вопрос, особенно для практического врача. Вопрос упрощается, если мы сложную и запутанную классификацию узких тазов сведем к простой и однородной группировке. Мы уже говорили, что так называемый плоский нерахитический таз встречается столь редко, что практически без особого ущерба может быть скинут со счета; кроме того, как показали некоторые наблюдения, следует считать неправильным, не отвечающим действительности, распространенное мнение, будто равномернообшесуженный таз, встречающийся в акушерской практике очень часто, в прогностическом отношении менее благоприятен, чем плоский таз. При одинаковом сужении прямого размера входа в таз (общесуженный и плоский) роды при равномернообшесуженном тазе протекают *ceteris paribus* благополучнее, чем при плоском тазе. Отчасти это объясняется тем, что женщины с общесуженным тазом обычно рожают детей небольшого размера и веса. Именно поэтому акушеры пришли к убеждению, что течение, прогноз и терапия родов при узком тазе зависят не столько от формы таза (общесуженный или плоский), сколько, а быть может, и исключительно, от степени сужения его. Ввиду этого в дальнейшем изложении терапии узкого таза мы и будем исходить из указанной точки зрения.

Второе замечание, которое мы хотели бы сделать, касается организационных мероприятий: они имеют решающее значение для исхода родов при узком тазе и нередко определяют терапию при нем. Основное организационное мероприятие—своевременное выявление и взятие на учет всех беременных с узким тазом женскими консультациями и акушерками фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов на селе. Каждая беременная, у которой можно ожидать возникновения патологии в родах, должна быть своевременно госпитализирована в соответствующее родо-вспомогательное учреждение, где ей будет оказана высококвалифицированная помощь. Все же приходится считаться с тем, что в отдельных случаях

акушерская помощь женщинам с узким тазом будет оказываться в условиях работы врача на участке. В связи с этим мы считаем, что терапия при узком тазе все еще сохраняет двойственный характер. Эта двойственность зависит от того, что оперативное акушерство практикуется не только в операционной, оборудованной по последнему слову науки, но в отдельных случаях и в условиях участковой работы врача. Очевидно, что и показания к операциям могут быть различны: одни—в современных клиниках и крупных родовспомогательных учреждениях и другие—в условиях работы практического врача на участке. Различны и методы терапии: в клинике, например,—кесарево сечение, а на участке—перфорация живого ребенка. В результате такой двойственности начинающий врач, привыкший ставить в клиниках показания к кесареву сечению (чаще всего по относительному показанию), в условиях участковой работы едва ли сможет правильно ставить показание к той или другой операции при узком тазе; иначе говоря, начинающий врач вряд ли вынесет из клиники необходимые для участковой практики правила ведения родов при узком тазе.

Третье замечание касается извечного спора о необходимости во что бы то ни стало спасти жизнь плода. Этот спор на протяжении времени претерпел длинную эволюцию, вернувшись, в конце концов, к своему исходному пункту. Жизнь матери и плода нельзя считать равноценными. В настоящее время в данном вопросе мы также стоим на той точке зрения, что здоровье и жизнь матери при всех обстоятельствах должны стоять на первом плане. Мы утверждаем, что в случаях явной опасности для матери, неустранимой в данной обстановке другим путем (невозможность, например, организовать на месте операцию кесарева сечения или транспортировать роженицу в соответствующее родовспомогательное учреждение) врач, особенно участковый, имеет право для спасения матери пожертвовать жизнью будущего ребенка.

В дальнейшем при изложении терапии родов при узком тазе мы будем в основном исходить из обстановки, которая может сложиться у участкового врача.

Еще в начале главы о механизме нормальных родов было указано, что родовой процесс, если понимать его механически, складывается из взаимодействия трех компонентов: изгоняющих сил, родового канала и родового объекта—плода. Но роды представляют собой не только механический процесс: они прежде всего и главным образом являются биологическим процессом, о чем всегда должен помнить врач.

Приступая к родам, акушер должен самым тщательным образом определить размеры таза. В дальнейшем он приступает к установлению и определению следующих трех моментов: каковы отношения между головкой и тазом (емкость таза), как идет вставление головки и насколько эффективна двигательная деятельность после отхождения вод.

Как установить емкость таза (отношение между головкой и тазом), было сказано выше.

Наблюдение за схватками врач обязан вести еще в периоде раскрытия. В этот период врач по возможности придерживается выжидательной тактики. Все внимание, как неоднократно указывалось, обращено на сохранение плодного пузыря. Очень хорошим средством для этого является постельное содержание роженицы. В случае крайней необходимости применяют кольпейринтер (защитный баллон), причем надо всегда учитывать, что введение его сопряжено с опасностью заноса инфекции.

Слабость схваток в периоде раскрытия не должна вызывать большой тревоги, если, конечно, нет таких явлений, как сильное растяжение маточных стенок (например, при многоводии). Рвать пузырь для усиления схваток, за исключением особых случаев (см. Разрыв пузыря), никогда не сле-

дует. После соответствующего покоя схватки в конце концов идут нормальным порядком, и роды протекают значительно глаже, чем в тех случаях, когда схватки вызываются искусственно, будь то при помощи медикаментозных средств или при помощи разрыва пузыря. Но если околоплодные воды отошли раньше срока, то во избежание выпадения мелких частей и пуповины приходится, по крайней мере в некоторых случаях, вводить кольпайринтер. Предупреждая выпадение мелких частей и пуповины, кольпайринтер в то же время обладает свойством вызывать схватки. Поэтому следует строго взвесить в каждом отдельном случае, надо ли искусственно усиливать схватки в периоде раскрытия. В этом периоде усиливать схватки разрешается только при отсутствии явного несоответствия между головкой и тазом. При наличии несоответствия трудно предвидеть, как долго могут затянуться роды; искусственно усиливая или вызывая схватки, врач может способствовать преждевременному истощению сил роженицы.

Таким образом, говоря о схватках в периоде раскрытия, следует отметить, что, пока пузырь цел, прибегать к каким-либо средствам для их усиления не надо. При раннем, преждевременном, отхождении вод вызывать усиление схваток можно только в тех случаях, когда имеется незначительное несоответствие между головкой и тазом.

После отхождения вод, своевременного и раннего, при узком тазе врач должен непременно произвести внутреннее исследование.

В периоде изгнания потужную деятельность не только можно, но и следует регулировать, так как в этом периоде врачу удастся так или иначе закончить роды, если возникнет необходимость. Регулировать потужную деятельность, понятно, следует умеючи и с разбором. Если у первородящей, обладающей хорошими брюшными стенками, с хорошо развитой маточной мускулатурой (не инфантильная женщина), замечается истощение или сильная болезненность схваток после отхождения вод, ей надо ввести подкожно небольшую дозу морфина, чтобы дать немного отдохнуть и освежиться. Впрыскивают 1 мл 1% раствора морфина<sup>1</sup>. Если и после этого наблюдается слабость схваток, в распоряжении врача имеется ряд фармакологических средств, которыми в различных комбинациях можно пользоваться как для возбуждения, так и для усиления (стимуляции) сократительной способности матки.

Институтом акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР разработаны и применяются следующие прописи (схемы) для возбуждения и стимуляции родовой деятельности<sup>2</sup>.

С х е м а 1  
для возбуждения и усиления родовой  
деятельности

|                |                  |       |
|----------------|------------------|-------|
| 0 часов        | Касторовое масло | 60,0  |
| 1 час          | Хинин            | 0,15  |
| 1 час 15 минут | { Карбохолин     | 0,001 |
|                | { Сахар          | 0,25  |
| 1 час 30 минут | Хинин            | 0,15  |
| 1 час 45 минут | { Карбохолин     | 0,001 |
|                | { Сахар          | 0,25  |
| 2 часа         | Хинин            | 0,15  |

<sup>1</sup> После инъекции морфина некоторые рекомендуют в качестве тонизирующего матку средства стрихнин (1 мл 0,1%).

<sup>2</sup> К. Н. Жмакин и Л. Г. Степанов, Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство, 1953.

|                 |                             |       |
|-----------------|-----------------------------|-------|
| 2 часа 15 минут | { Карбохолин                | 0,001 |
|                 | { Сахар                     | 0,25  |
| 3 часа          | Очистительная теплая клизма |       |
| После действия  | кишечника                   | вести |
| внутривенно:    |                             |       |
| 40 % раствор    | глюкозы                     | 30,0  |
| 10 % раствор    | хлористого кальция          | 10,0  |

### Схема '2

для возбуждения и усиления родовой деятельности

|                 |  |       |
|-----------------|--|-------|
| 0 часов         | Касторовое масло   | 60,0  |
| 1 час           | Хинин  | 0,15  |
| 1 час 15 минут  | { Карбохолин   | 0,001 |
|                 | { Сахар  | 0,25  |
|                 | Питуитрин (внутримышечно)  | 0,15  |
| 1 час 30 минут  | Хинин  | 0,15  |
| 1 час 45 минут  | { Карбохолин   | 0,001 |
|                 | { Сахар  | 0,25  |
|                 | Питуитрин (внутримышечно)  | 0,15  |
| 2 часа          | Хинин  | 0,15  |
| 2 часа 15 минут | { Карбохолин   | 0,001 |
|                 | { Сахар  | 0,25  |
|                 | Питуитрин (внутримышечно)  | 0,15  |
| 3 часа          | Очистительная теплая клизма  |       |
| 3 часа 30 минут | Внутривенно 30,0 40% раствора глюкозы+10,0 10% раствора хлористого кальция |       |

Данная схема может быть применена при нормальном артериальном давлении у роженицы и хорошем состоянии плода.

### Схема 3

для возбуждения и усиления родовой деятельности

|                 |  |        |
|-----------------|--|--------|
| 0 часов         | Касторовое масло   | 60,0   |
| 1 час           | Хинин  | 0,15   |
| 1 час 15 минут  | { Прозерин   | 0,015  |
|                 | { Атропин сернокислый  | 0,0003 |
| 1 час 30 минут  | Хинин  | 0,15   |
| 1 час 45 минут  | { Прозерин   | 0,015  |
|                 | { Атропин сернокислый  | 0,0003 |
| 2 часа          | Хинин  | 0,15   |
| 2 часа 15 минут | { Прозерин   | 0,015  |
|                 | { Атропин сернокислый  | 0,0003 |
| 3 часа 30 минут | Очистительная теплая клизма  |        |
| 4 часа          | Внутривенно 30,0 40% раствора глюкозы+10,0 10% раствора хлористого кальция |        |

#### Схема 4

для возбуждения и усиления родовой деятельности

|                |            |                           |       |
|----------------|------------|---------------------------|-------|
| 0 часов        | Фолликулин | 10 000—30 000 единиц      |       |
| 30 минут       | {          | Карбохолин                | 0,001 |
|                |            | Сахар                     | 0,25  |
| 45 минут       |            | Питуитрин (внутримышечно) | 0,15  |
| 45 минут       |            | Хинин                     | 0,15  |
| 1 час          | {          | Карбохолин                | 0,001 |
|                |            | Сахар                     | 0,25  |
|                |            | Хинин                     | 0,15  |
| 1 час 15 минут | {          | Карбохолин                | 0,001 |
|                |            | Сахар                     | 0,25  |
|                |            | Хинин                     | 0,15  |
| 1 час 30 мин.  |            | Питуитрин (внутримышечно) | 0,15  |

#### Схема 5

Применение прозерина для усиления родовой деятельности.

Прозерин назначают при выраженной слабости родовой деятельности. При отсутствии родовой деятельности после излития вод прозерин эффекта не дает.

В целях предупреждения токсических осложнений необходимо сочетать прозерин с атропином (по следующей прописи): прозерина 0,015, атропина сернокислого 0,0003; по 1 порошку через 1 час, до 6 раз в сутки.

В случае возникновения токсических явлений (тошнота, боли в подложечной области, жидкий стул) после приема прозерина следует немедленно ввести подкожно 1 мл раствора сернокислого атропина (1 : 1 000).

#### Схема 6

Применение пахикарпина для усиления родовой деятельности.

Пахикарпин может быть применен у всех женщин с выраженной слабостью родовой деятельности.

Внутрь (per os) пахикарпин назначают в дозе 0,1 однократно.

Внутримышечно пахикарпин (3% раствор) вводят в количестве 3—5 мл.

Если эффект отсутствует, можно повторить ту же дозу пахикарпина через 4 часа.

Кроме указанных применяется и ряд других методов.

1. Схема Штейна—В. Н. Хмелевского. Касторового масла 60,0. Через 2 часа очистительная клизма. Сернокислый хинин через каждые 30 минут 4 раза. Между первым и вторым приемом хинина дают 50,0 глюкозы, разведенной в теплой воде.

2. Схема В. Н. Хмелевского. Глюкозы 50,0, кальция 2,0, аскорбиновой кислоты 0,5, тиамин 0,03, разведенной соляной кислоты 15 капель, воды 150. Повторять каждые 2—3 часа. Родильную комнату тщательно проветривать.

3. Схема А. П. Николаева. Касторового масла 60,0, хинина 5 раз по 0,2, глюкозы 50 мл 40% раствора внутривенно, хлористого кальция 10 мл 10% раствора внутривенно, витамина В<sub>1</sub> 60—100 мг внутривенно.

Некоторые рекомендуют при первичной или вторичной слабости родовой деятельности, наступающей в результате утомления, дать роженице внутрь один порошок фенамина в дозе 0,01—0,02. Фенамин противопоказан при токсикозах и заболеваниях сердечно-сосудистой деятельности.

При ведении родов с узким тазом в периоде конфигурации головки врач должен уметь пользоваться следующими подсобными акушерскими приемами: 1) укладыванием роженицы на соответствующий бок, 2) так называемым висячим положением по Вальхеру, 3) приемами Гофмейера и Мюллера. Опишем вкратце эти приемы.

1. У к л а д ы в а н и е н а б о к. Этот прием способствует, с одной стороны, вступлению головки в таз, а с другой—ее правильному вращению. При укладывании на бок следует придерживать общепринятого

в акушерстве правила: укладывать роженицу на тот бок, где находится та часть плода, вставлению в таз которой хотят в данном случае помочь. Если, положим, участок предлежащей части или сама предлежащая часть, которая должна вступить в таз, находится слева, роженицу укладывают на левый бок. Тогда дно матки вместе с туловищем плода в силу тяжести опускается влево, а предлежащая часть будет стремиться встать во вход в таз.

**Пример 1.** Общесуженный таз, первая позиция, черепное предлежание. В периоде конфигурации головки требуется, чтобы она вступила в таз малым родничком, который в данном случае находится слева. Роженицу следует положить на левый бок.

**Пример 2.** Плоский таз, первая позиция, черепное предлежание. В периоде конфигурации головки она должна вступить глубже в таз большим родничком, который в этом случае находится справа. Роженицу необходимо положить на правый бок.

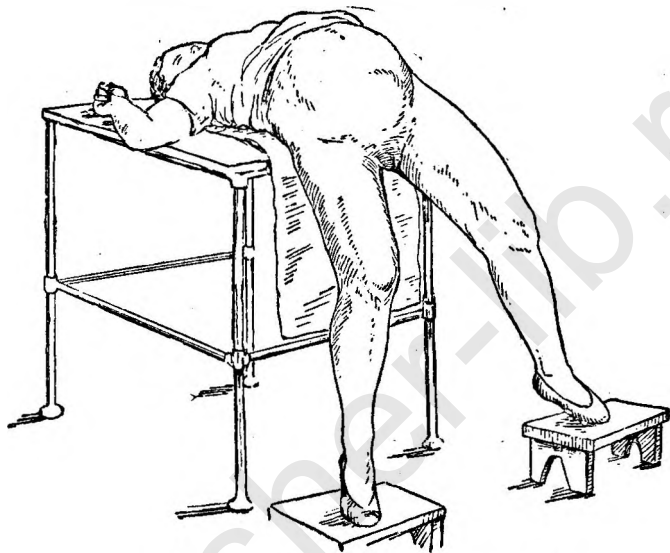


Рис. 165. Висячее положение по Вальхеру.

2. Висячее положение по Вальхеру. Роженица лежит таким образом, что область копчика находится на краю кровати или стола, а ноги, начиная с бедер, свободно (без опоры) свисают вниз. Как доказал Вальхер, при таком положении прямой размер входа в таз увеличивается до 1 см, в то время как прямой размер выхода соответственно уменьшается. Таким образом, положение по Вальхеру следует применить не раньше вступления головки в таз (в периоде конфигурации). Чтобы облегчить роженице эту процедуру, в промежутках между схватками ее ноги обычно ставят на какую-нибудь подставку (спинка стула), которую во время схватки удаляют. Прием Вальхера не следует применять больше 20—30 минут. Как только головка прошла через вход в таз, висячее положение по Вальхеру излишне, а в периоде изгнания даже вредно.

Некоторые (И. И. Федоров) считают, что при вальхеровском положении происходит увеличение не только прямого, но и косых размеров входа.

В последнее время целесообразность применения вальхеровского положения при узком тазе подвергается сомнению (С. Д. Астринский, М. Роуз).

С. Д. Астринский считает этот прием нецелесообразным по двум соображениям: 1) ось плода при таком положении роженицы не совпадает с осью входа в малый таз, что мешает продвижению головки, и 2) изгоняю-

щие силы не направлены полностью по проводной оси таза (часть их направлена в сторону лобка), вследствие чего происходит разложение их по закону параллелограмма сил.

В конце периода раскрытия, когда предлежащая головка находится над входом в малый таз или прижата к входу, С. Д. Астринский вместо применения вальхеровского положения рекомендует укладывать роженицу таким образом, чтобы она во время схватки своими руками сильно притягивала колени к животу (как бы натягивая лобок на головку плода). Этот прием дает положительные результаты в соответствующих случаях, надо думать, потому, что при таком изменении положения роженицы нивелируется лордоз поясничной части позвоночника, переходя в кифоз пояснично-крестцовой части. Последнее обстоятельство облегчает вставление и продвижение головки. Для усиления кифоза С. Д. Астринский рекомендует подкладывать под ягодицы роженицы (не под крестец и поясницу) валик высотой 20 см.

Уместно сказать несколько слов относительно наклона таза.

**Наклонение таза.** Во избежание неясности следует условно считать наклоном таза то, которое бывает у женщины в стоячем (вертикальном) положении. В соответствии с этим наклоном таза мы будем называть угол, образуемый пересечением двух плоскостей: терминальной плоскости входа в таз (плоскость истинной конъюгаты) и горизонтальной плоскости, мысленно проведенной че-

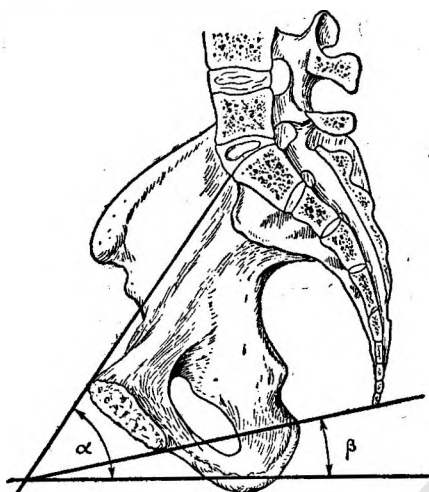


Рис. 166. Наклонение таза.

рез tubera ischii. У нормально развитой женщины (небеременной) в стоячем положении (без каблуков) угол наклона таза равен 55—60°. В лежачем (горизонтальном) положении он меньше (около 30°). При лежании с приподнятым тазом и согнутыми бедрами он уменьшается. Наоборот, при так называемом вальхеровском положении (висячем) угол наклона увеличивается. У женщины в строго горизонтальном (лежачем) положении симфиз и обе подвздошные ости (spinae ossis ilei superiores anteriores) должны лежать в одной плоскости—наклонение таза у данной женщины можно считать нормальным. Если лонное сочленение при таком положении лежит ниже передне-верхних остей, таз имеет сильное наклонение; если, наоборот, симфиз стоит выше уровня подвздошных остей, угол наклона меньше нормы.

Проховник предложил измерять величину угла наклона таза посредством определения отношения наружной конъюгаты к горизонту, считая, и правильно, что наклонение наружной конъюгаты одинаково характеризует степень наклона таза, как и наклонение плоскости истинной конъюгаты. Методика Проховника значительно облегчила измерение угла наклона таза.

Предложено много приборов для измерения угла наклона таза (А. Э. Мандельштам, С. Д. Астринский и др.).

С. Д. Астринский предложил простой и удобный прибор для определения угла наклона таза. Прибор представляет собой (рис. 167) «толстотный» циркуль с длин-

ной плоской линейкой, на конец которой надет приставной угломер (гониометр). Дуга угломера помещается не в плоскости циркуля, а в плоскости перпендикулярной к нему, что позволяет отмечать малейшие отклонения циркуля от горизонтальной плоскости и таким образом определить угол наклона таза. Делается это так: циркуль приставляют одним концом к середине верхнего края симфиза (как измеряется наружная конъюгата). При горизонтальном положении обеих ножек циркуля стрелка угломера всегда показывает  $90^\circ$ . По мере поднятия одной стороны циркуля приставленной к надкрестцовой ямке, стрелка отклоняется и показывает угол, который и отсчитывается на шкале угломера, причем отсчет угла наклона ведется не от  $0^\circ$ , а от  $90^\circ$ .

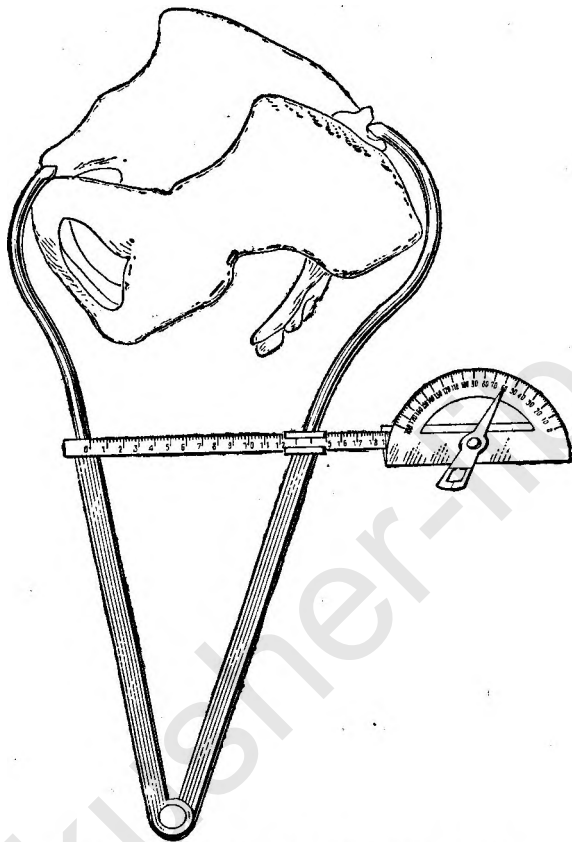


Рис. 167. Тазомер С. Д. Астринского.

При большом угле наклона таза половые органы женщины расположены больше кзади, обычно имеется отвислый живот, сильный лордоз, женщина плохо сводит бедра. При большом угле наклона таза с круто поставленной терминальной плоскостью головка плохо вставляется во вход в таз, стреловидный шов отходит ближе к промонторию, образуется передне-теменное вставление (А. П. Губарев). У женщин с малым углом наклона таза (ниже  $40^\circ$ ) при прорезывании головки она центрированно направляется на промежность, в результате чего мягкие части тазового дна легче подвергаются разрывам.

3. Приемы Гофмейера и Мюллера подробно описаны на стр. 302.

Таковы наиболее важные моменты, которые должны быть учтены при ведении родов у женщины с узким тазом.

Перейдем к рассмотрению терапии родов при каждой отдельной степени сужения таза.



1. Первая—легкая степень сужения (*conjugata vera* равна 10—8 см).

Течение родов при прочих нормальных условиях может быть и обычно бывает самопроизвольным. Только период конфигурации головки иногда затягивается на продолжительное время. Понятно, степень трудности родового акта возрастает по мере приближения *conjugata vera* к 8 см. В этом отношении (в смысле прогноза) особенно невыгодны и тяжелы именно узкие тазы с конъюгатой в 8—8,5 см. При обычных условиях всегда трудно решить, пойдут ли роды самостоятельно, естественными силами природы, или потребуются кесарево сечение, чтобы получить живого ребенка. В данном случае очень ценным может оказаться способ измерения таза, предложенный Архангельским (рентгеностереопельвиметрия).

Чтобы головка доношенного ребенка могла пройти через таз с конъюгатой в 8 см, требуется очень хорошая родовая деятельность и достаточная пластическая способность головки (способность конфигурироваться). При плохих схватках, а также при плохой пластичности головки самопроизвольные роды могут оказаться, повторяем, не только очень трудными, но и невозможными.

Распознается такой таз общепринятым измерением и теми приемами для определения отношения между головкой и тазом, о которых мы говорили выше. Очень важно определить размеры такого таза в первые месяцы беременности, т. е. в то время, когда он, как говорится, еще пустой.

При легкой степени относительного сужения таза у 80—85% женщин будут нормальные роды с теми отклонениями от обязательного механизма, которые разобраны выше.

Т е р а п и ю в таких случаях схематично можно представить в следующем виде.

До отхождения вод первоочередная задача врача-акушера сводится к тому, чтобы сохранить плодный пузырь (положение в постели на все время периода раскрытия, профилактический кольпейриз, боковое положение роженицы) и вместе с тем способствовать правильному вставлению предлежащей части.

После разрыва плодного пузыря необходимо немедленно произвести внутреннее исследование (выпадение пуповины, ручки!). Дальнейшее течение родового акта представляется естественным силам, т. е. проводится консервативная выжидательная (экспектативная) терапия.

При этом врач должен бдительно следить за состоянием роженицы и плода: измерять температуру, наблюдать за деятельностью сердца (артериальное давление), исследовать мочу, следить за сердцебиением плода (запись каждые 30 минут), за состоянием пограничного кольца (оно должно иметь горизонтальное направление и стоять не выше четырех поперечных пальцев над лоном).

Консервативную терапию родов при узком тазе необходимо проводить разумно. Консерватизм не должен переходить в ультраконсерватизм, от которого может пострадать, и нередко страдает, роженица при долго длящихся родах. Выжидательному методу ведения родов должны быть поставлены определенные границы. К сожалению, мы не имеем в своем распоряжении таких показателей, которые могли бы служить врачу руководством для перехода от выжидательной тактики к активному вмешательству Дедерлейн предлагал руководствоваться продолжительностью родового акта. С момента выраженной родовой деятельности, говорил он, «солнце не должно заходить над роженицей дважды». Это не значит, конечно, что при затянувшихся родах по истечении суток врач сразу должен переходить к операции (например, наложить щипцы). Отнюдь нет. В подобных

случаях акушер должен, тщательно взвесив все данные за и против, подумав о том, как и каким способом, по возможности бережно довести родоразрешение до конца, не затягивая дальше периода выжидания.

Можно в качестве распознавательного признака для перехода к активному вмешательству использовать систематическую регистрацию схваток (их частоту и продолжительность) во время родов. Если после отхождения вод у первородящих длительность родового акта выражается в 50—75 схватках, а у повторнородящих в 25—50, причем продвижение предлежащей части приостановилось, акушеру необходимо активно вмешаться в течение родового процесса. Выжидательный период должен быть закончен.

Признаками грозной опасности для роженицы с узким тазом следует считать: 1) прогрессирующую отечность наружных половых частей, 2) нарастающий отек шейки, 3) задержание мочи, особенно появление кровавой мочи (фистула), 4) начинающуюся инфекцию (повышение температуры, учащение пульса), 5) растяжение нижнего сегмента матки (ретракционное кольцо). Появление этих симптомов диктует необходимость перейти на активный способ родоразрешения. В случае невозможности закончить роды естественным путем, даже с применением всех родоразрешающих акушерских операций и оперативных пособий, приходится прибегать к плодоразрушающим операциям (краниотомия). При соответствующих условиях, чтобы избежать плодоразрушающих операций, делают кесарево сечение. О профилактическом повороте при узком тазе и о высоких щипцах см. ниже.

2. Вторая—более резкая степень сужения таза (*conjugata vera*—ниже 8 см и не ниже 6 см). При таком тазе может родиться доношенный ребенок только после уменьшения его величины и объема (путем плодоразрушающих операций).

Распознается такой таз обычным измерением и с помощью описанных выше приемов.

Т е р а п и я при второй степени сужения таза сводится: а) к кесареву сечению (относительное показание); б) к перфорации головки (при отсутствии условий для кесарева сечения, в частности, при наличии инфекции).

Искусственные преждевременные роды (на 34—36-й неделе беременности), профилактический поворот при узком тазе, а также высокие щипцы—операции, в свое время рекомендовавшиеся при узком тазе, в настоящее время не применяются.

То же самое следует сказать и о так называемой пубиотомии.

3. Третья степень—абсолютное сужение таза (*conjugata vera*—6—6,5 см и ниже).

При этой степени сужения таза возможно только кесарево сечение (все равно, живой ребенок или мертвый, инфицирована матка или нет).

В заключение приводим в выдержках резолюцию, принятую в 1935 г. на IX Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов, где вопрос об узком тазе стоял на повестке съезда в качестве программного.

Основные положения этой резолюции не утратили своего значения и в настоящее время.

«Учитывая частоту заболеваний и тяжелые последствия при родах, нередко при узком тазе стоящие жизни как матери, так особенно и плоду, учитывая затем существующее среди части акушеров направление активного родоразрешения при узком тазе, а главное, принимая во внимание огромный вред, который наносится многим тысячам женщин необоснованным и неправильно подобранным оперативным вмешательством, IX Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов считает необходимым высказать следующие положения:

1. Задачей современного советского родовспоможения при узком тазе является не только сохранение жизни матери и плода, но и обеспечение матери максимального сохранения ее трудоспособности в быту и на производстве.

...3. Современное представление об узком тазе не может включать в себе только анатомическую недостаточность таза, но обязательно содержит и его функциональную оценку, так как анатомически узкий таз нередко может оказаться с клинической функциональной точки зрения нормальным.

4. Выжидательный метод ведения родов при узком тазе со строгим учетом всех факторов, из которых складывается акт родов, при узком тазе дает наибольшие возможности самопроизвольно закончить роды и максимально ограничить оперативное родоразрешение.

5. Точное и всестороннее как наружное, так и внутреннее измерение узкого таза должно входить в план работы каждой правильно поставленной консультации охраны материнства и младенчества.

6. Каждая беременная с выраженной формой узкого таза должна своевременно направляться в родильное учреждение для специального наблюдения и оказания ей необходимой акушерской помощи.

7. Кесарево сечение при узком тазе может быть производимо только при наличии строгих специальных показаний со стороны матери или плода и только в тех случаях, при которых исключена возможность самопроизвольных родов живым плодом.

...10. Съезд считает, что наложение высоких щипцов по другим показаниям при узком тазе есть *operatio necessitatis* и может быть допущено в клинике или в соответствующей больничной обстановке при наличии опытного врача-акушера в тех случаях, когда они являются единственным выходом из положения и когда без них оставалось бы только перфорировать головку живого плода.

При этом съезд считает наложение щипцов на подвижно стоящую над входом в таз головку недопустимым; под высокими же щипцами съезд понимает щипцы, накладываемые на головку, нижний полюс (проводная точка) которой стоит на второй параллельной плоскости, т. е. на параллельной плоскости нижнего края лона.

...12. Советский Союз с его широко развернутой сетью органов охраны материнства и младенчества, а также с широчайшим социальным законодательством по охране женского труда имеет все предпосылки для наиболее существенной профилактики узкого таза, формирующегося в раннем детском возрасте».

---

---

---

О П Е Р А Т И В Н О Е  
А К У Ш Е Р С Т В О

---

\*

akusher-lib.ru

# АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ И АКУШЕРСКИЕ ПОСОБИЯ

## ОБЩИЕ ПРИГОТОВЛЕНИЯ К АКУШЕРСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Выше мы говорили, что для успешного выполнения всякой акушерской операции требуются три фактора: определенные показания, необходимые условия, при наличии которых операцию вообще можно выполнить, и, наконец, знание техники операции. Для любой хирургической операции, акушерской в частности, необходима, кроме того, соответствующая обстановка, которая гарантировала бы выполнение операции в соответствии с современными требованиями. Такая обстановка прежде всего и главным образом должна обеспечить асептическое проведение операции.

### АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА

При всякой акушерской операции возникает опасность развития инфекции, в происхождении которой могут играть роль как микробы, находящиеся в половых органах женщины, так и микробы, занесенные извне. Опыт показывает, что внешняя (экзогенная) инфекция бывает реже, но тяжелее первой. Врач обязан принять меры для устранения как той, так и другой инфекции. Мы не можем здесь излагать вопрос о так называемом самоочищении влагалища. Укажем только, что, исходя из отстаиваемой некоторыми авторами способности влагалища к самоочищению, многие акушеры совершенно отказываются от всякой дезинфекции влагалища, ограничиваясь соответствующей дезинфекцией наружных половых органов. К этому мы еще вернемся в дальнейшем, а сейчас перейдем к мерам борьбы с экзогенной инфекцией.

Чтобы устранить при операции возможность проникновения в половые органы инфекции извне, необходима тщательная дезинфекция рук врача, инструментов, а также всего перевязочного материала и белья.

### Дезинфекция инструментов

Лучшим способом дезинфекции инструментов является их кипячение (в течение 10 минут). Так как при кипячении в воде металлические инструменты портятся, к ней надо прибавлять углекислый натрий—*natrum carbonicum* (не *natrum bicarbonicum*!) в количестве 1%. Углекислый натрий, кроме того, поднимает температуру кипения воды до 104° и тем самым способствует более основательной дезинфекции. В акушерской сумке врача всегда должен находиться стерилизатор для кипячения инструментов и спиртовая горелка. Для дезинфекции тазов и другой эмалированной по-

суды, необходимой при операции, обычно применяют прожигание, пользуясь небольшим количеством денатурированного спирта. Стеклоянные предметы, резиновые вещи, шелк для лигатур стерилизуют кипячением.

Прокипятив в течение 10 минут в 1% растворе углекислого натрия инструменты, сливают воду и оставляют инструменты в стерилизаторе. Удобнее пользоваться сухими инструментами, поэтому после кипячения лучше разложить их на стерильном полотене или салфетке.

Только в крайнем случае разрешается пользоваться некипяченными инструментами. Тогда их обжигают спиртом. Что касается перевязочного материала (вата, марля), а также некоторого количества белья (халаты, простыни, салфетки, полотенца и пр.) и кетгута, то их всегда надо иметь в запасе в стерилизованном виде. Хранить такой стерильный материал и белье лучше всего в специальных барабанах, если же таких барабанов нет, стерильный материал можно сохранять в двойных холщевых мешках.

### Дезинфекция рук акушера

Прежде чем перейти к описанию методов дезинфекции рук, следует сказать несколько слов об уходе за руками.

Руки врача—это его орудие производства, причем не только в смысле использования их для выполнения той или иной операции, но и в качестве высокоразвитого тактильного органа. Поэтому руки акушера нуждаются в особом уходе. В обиходе руки подвергаются беспрепятственной травматизации, особенно чувствительной для них потому, что эпидермальный покров рук благодаря частому мытью находится на границе мацерации. Мало того, вследствие частого пользования водой кожа на руке у врача, мы бы сказали, всегда находится на пороге экзематозного заболевания. Действительно, экзема рук нередко является профессиональным заболеванием у врачей.

Отсюда понятно, что руки врача нуждаются в особом уходе, особой защите. Во избежание постоянной мацерации и возможной экземы врач должен пользоваться в повседневной практической работе резиновыми перчатками, которые должны быть хорошо посыпаны внутри тальком. Ношением перчаток достигаются две цели: во-первых, руки не загрязняются инфекционным материалом; во-вторых, не портится кожа от постоянного употребления воды. Кроме того, следует избегать раздражения кожи такими жидкостями, которые могут вызвать настоящую экзему, например, формалином. Для придания коже рук эластичности обычно применяют различные смягчительные мази или жидкости. Можно рекомендовать следующую пропись:

Rp. Spiritus vini diluti (70%)

Glycerini aa 50,0

Ac. salicylici 2,0

MDS. Наружное

Вне дома и службы врач должен носить перчатки во избежание случайных загрязнений и поранений. Что касается дезинфекции рук, поскольку она необходима для выполнения большой акушерской операции, то здесь мы приведем только некоторые, наиболее принятые способы обеззараживания их.

**С п о с о б А л ь ф е л ь д а.** С помощью ножниц предварительно коротко подрезают ногти. Затем руки моют некоторое время горячей текущей водой с мылом. После этого ногтечисткой основательно чистят подногтевые пространства. Сделав такой маникюр, врач приступает к мытью рук с мылом и щеткой. Щетку надо брать мягкую, а мыло—обычное туалетное. Мыть руки надо до локтей, причем все участки кожи—тыльную и ладонную

сторону руки, между пальцами и все предплечье следует не менее 5—6 раз намылить и обмыть. Моеют то одну, то другую руку. Вся процедура мытья водой длится не менее 10 минут. После первых 5 минут мытья щетку надо сменить. Щетки должны быть предварительно прокипячены в 1% содовом растворе в течение 10 минут. После того как руки хорошо вымыты, их вытирают насухо стерильным полотенцем или марлей. Тщательно вытирать руки очень важно, так как в противном случае применяемый в дальнейшем спирт разбавляется остающейся на коже водой. Вытерев руки досуха, приступают к обработке их спиртом.

Обработка спиртом преследует две цели: во-первых, умерщвление всех поверхностно лежащих микробов и, во-вторых, дубление поверхностных слоев эпидермиса, благодаря чему глубоко лежащие микробы фиксируются на своем месте и, таким образом, некоторое время не могут проникнуть наружу. Действовать бактерицидно на глубоко лежащих микробов мы не можем никакими бактерицидными средствами. Чтобы добиться дубления и дезинфекции кожи, следует употреблять только 70% спирт. Более крепкие растворы спирта теряют дезинфицирующие свойства. Таким образом, употребление 70% спирта—первое условие надлежащей обработки рук спиртом.

Второе условие сводится к тому, чтобы кожа находилась в течение определенного времени в соприкосновении со спиртом. Спирт в данном случае действует тем, что, осаждая белок, проникает вглубь. Ввиду этого недостаточно только слегка обмыть кожу куском марли, намоченным в спирте. Практика показала, что самый лучший способ применения спирта следующий. Берут сухой стерильный кусок фланели и намачивают спиртом. Благодаря своей гигроскопичности фланель впитывает много спирта. Затем этим куском фланели начинают обрабатывать кожу кисти руки и предплечья, обтирая тщательно по нескольку раз каждый палец в отдельности. Фланель смачивают спиртом несколько раз. Обработка рук спиртом должна продолжаться не меньше 5 минут.

Способ Фюрбрингера в настоящее время почти не применяется. Приведенный выше способ Альфельда—это тот же способ Фюрбрингера, но без обработки рук сулемой. По Фюрбрингеру, после мытья рук горячей водой с мылом и обработки их спиртом приступают к мытью рук сулемой или сублямином в разведении 1 : 1 000 (щеткой в течение 3 минут). Такая обработка дает положительные результаты, но в течение операции необходимо смывать кровь и дополнительно обрабатывать руки спиртом и сулемой.

С фармакологической стороны способ нельзя назвать выдержанным до конца: нет смысла после дубления кожи спиртом уничтожать эффект дубления раствором сулемы. Фармакологически более правильно после мытья рук водой с мылом обработать кожу сулемой в разведении 1 : 1 000 и уже затем обрабатывать ее 70% спиртом в течение 10 минут.

Практическому врачу мы советуем такой способ. После мытья рук горячей водой с мылом кожу обрабатывают в течение 3 минут сулемой с помощью мягкой щетки, а затем в течение 5 минут—спиртом. Мы хотели бы только указать, что полоскание рук в течение 3 минут в тазу с сулемой едва ли имеет какое-нибудь значение. Сулема, придя в соприкосновение с кожей, дает белковое соединение, в силу чего теряет свои бактерицидные свойства. Обрабатывать руки следует под струей раствора сулемы. Наша клиника для дезинфекции рук много лет пользовалась таким способом.

В последнее время в практике хирургических и акушерских учреждений широкое распространение получил способ обработки рук по методу

С. И. Спасокукоцкого—И. Г. Кочергина. Руки по этому способу подвергаются действию 0,5% раствора аммиака (нашатырный спирт—*liquor ammonii caustici*) в течение 5 минут. Следует указать, что при этом способе щетки для мытья рук не применяются. Рекомендуется предварительно вымыть руки теплой водой с мылом. Практика показала, что методом Спасокукоцкого—Кочергина можно пользоваться наряду с другими способами. Хотя полной стерилизации рук он также не дает, но клинические результаты, несомненно, доказывают его полную пригодность для практической работы.

В случае крайней необходимости, например при сильном кровотечении, можно стерилизовать руки, смазывая их настойкой иода. Дезинфекция эта вполне надежна. Врачу, правда, придется несколько дней ходить с желтыми руками и чувствовать некоторое раздражение кожи.

Большое значение для асептики приобрели резиновые перчатки. Несмотря на некоторые недостатки (потеря врачом известной доли тактильной чувствительности, легкая и скорая порча перчаток при употреблении острых и режущих инструментов), перчатки представляют, действительно, асептичную оболочку для оперирующей руки<sup>1</sup>. Следует пользоваться перчатками из тонкой резины, особенно для таких операций, при которых важна тактильная чувствительность, например, при отделении плаценты.

Стерилизация перчаток производится паром в автоклаве, в крайнем случае—кипячением в стерилизаторе.

#### Дезинфекция наружных половых органов женщины

Наружные половые органы женщины перед всякой акушерской операцией следует так же дезинфицировать, как дезинфицируется операционное поле перед хирургической операцией. Прежде всего их перед операцией необходимо тщательно выбрить. Только в крайних и экстренных случаях можно ограничиться укорочением волос с помощью ножниц или откалываться даже от этого. Но, повторяем, только в исключительных случаях. После бритья наружные половые органы тщательно обмывают теплой водой с мылом под текущей струей (из эсмарховской кружки) куском марли; марлю меняют несколько раз. Наружные половые органы, вследствие легкой отечности во время беременности, очень легко ранимы. Об этом следует помнить. Мытью подлежат: нижняя часть живота до пупка, верхняя половина бедер, складки между бедрами и вульвой, складки между половыми губами, седалищная и анальная область. После мытья наружные половые органы, прилегающую часть бедер, седалищную и анальную область смазывают 5% иодной настойкой (официальный раствор разбавляется пополам спиртом). Более крепкие растворы иода для дезинфекции наружных половых органов не употребляют, так как они не улучшают дезинфекции и вызывают раздражение нежных покровов вульвы. При белях, особенно гнойных, тотчас после мытья наружных половых органов водой с мылом следует произвести спринцевание влагалища 1% лизолом или раствором сулемы в разведении 1 : 3 000—4 000. Ни сулему, ни лизол недопустимо применять для спринцеваний при предлежании плаценты, при нефрите и эклампсии. В таких случаях, если есть надобность в спринцевании, следует пользоваться физиологическим раствором поваренной соли. Для спринцеваний мы применяем также растворы аммиачных соединений серебра в разведении 1 : 20 000 (аммарген). Если еще не раскрыт

<sup>1</sup> В литературе имеются указания (Л. Б. Теодор, Штеккель), что микробы могут проникать и через тонкую резину.



маточный зев, например, при производстве искусственного выкидыша, portio vaginalis и цервикальный канал смазывают 5% иодной настойкой.

Перед операцией брюшные стенки покрывают стерильной простыней и, если обстоятельства позволяют, такими же простынями заворачивают ноги. Для ног обычно имеются специальные полотняные чулки. Можно употреблять и обыкновенный халат, использовав его рукава вместо чулок.

Общее мытье всего тела, в виде теплого душа с мылом, желательно перед каждой операцией.

### УКЛАДЫВАНИЕ БОЛЬНОЙ И ДРУГИЕ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

Для выполнения акушерской операции роженицу надо уложить на операционный стол. Взамен операционного стола можно пользоваться кро-

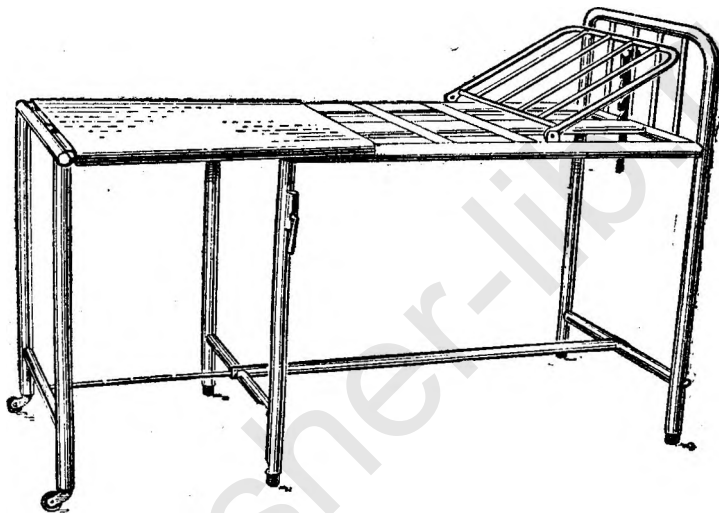


Рис. 168. Кровать Рахманова в раздвинутом виде.

ватью А. Н. Рахманова для рожениц (рис. 168 и 169). Положение женщины при акушерской операции (с притянутыми к животу бедрами) представлено на рис. 170.

Производство акушерских операций, особенно при отсутствии достаточного числа необходимых помощников, значительно облегчается применением ногодержателя Отта (рис. 171 и 172). Импровизированный «ногодержатель» из простыни представлен на рис. 173 и 174.

Большинство акушерских операций легче производить, когда женщина лежит с приподнятым тазом. Для этого под таз женщины рекомендуется подкладывать жесткую подушку.

По окончании мытья под женщину поверх клеенки подкладывают стерильную или свежевыстиранную и проглаженную простыню.

Понятно, перед операцией должно быть приготовлено не только все необходимое для дезинфекции роженицы и рук хирурга, не только нужный инструментарий и все необходимое для наркоза, но и все, что может потребоваться в случае кровотечения у матери и асфиксии у плода. Об этом следует позаботиться заранее.

В полном акушерском наборе (хранится в специальных сумках, кожаных, холщевых, парусиновых и прочих мешках, в акушерских ящиках) должны быть следующие инструменты:

Акушерские щипцы Симпсона—Феноменова.

Перфоратор (лучше Феноменова).

Краниокласт Брауна.

Костные щипцы.

Декапитационный крючок.

Тупой ягодичный крючок.

Ножницы Феноменова.

Широкие большие зеркала.

Скальпель.

Двое пулевых щипцов.

Две крепкие цапки.

Длинный корнцанг.

Длинный маточный пинцет.

6 артериальных зажимов.

Метрейринтер (в 200—400 мл), щипцы для его введения и шприц в 200 мл для его наполнения.

Пинцет анатомический и хирургический.

Катетер с двойным током (большого размера).

Ножницы.

Ножницы для перерезки пуповины.

Тазомер

Лента сантиметровая.

Катетер металлический мужской (№ 17).

Два нелатоновских (эластических) катетера (№ 12 и 20).

Трахеальный катетер с центральным отверстием.

Все необходимое для наложения швов (иглодержатель, 6 игл достаточной величины, не очень плоских, шелк, кетгут).

Стетоскоп.

Термометр максимальный.

Шприц «Рекорд» в 2 мл в металлическом футляре с двумя иглами.

Все для наркоза (маска, капельница, роторасширитель, языкодержатель).

Аппарат для вливания солевого раствора с иглами.

Жгут Момбурга (1,5 м красной резиновой трубки).

Коробка со стерильным бинтом для тампонации матки.

Кружка Эсмарха с прибором для спринцевания и для клизмы.

Влагалищные и кlistирные наконечники.

Две глазные пипетки. Стеклянная воронка.

Принадлежности для мытья рук (щетки, ногтечистка, ногтевые ножницы, мыло).

Две пары резиновых перчаток.

Бритва.

Стерилизатор для инструментов, большой с подставкой и лампой (или примусом).

Резиновый пузырь для льда.

Перевязочный материал.

Медикаменты (эфир для наркоза<sup>1</sup>, сулема в таблетках по 1,0, спирт, иодная настойка, лизол, лизоформ, 0,5% хлорамин, поваренная соль в таблетках по 0,85, питуитрин, эрготин, хинин, свежеприготовленный 2% раствор ляписа, камфора, кофеин, морфин или папаверин, настойка опия, хлоралгидрат, валериановые капли, адреналин, глицерин, вазелин и др.).

Необходимое белье (халаты, резиновые или клеенчатые передники, полотенца, простыни).

Все необходимое для выскабливания (зеркала, набор гегаровских расширителей, маточный зонд, набор кюреток и пр.).

Ногодержатель Отта.

Таз эмалированный и тазик почкообразный.

Все перечисленное следует распределить соответствующим образом на две части: для акушерки и для врача и положить в две сумки. Для обычных родов акушерка берет только свою сумку. Для оперативных родов нужна и вторая сумка.

Еще до начала операции следует, кроме простерилизованных инструментов, приготовить и положить на видном месте шприц, питуитрин, эрго-

<sup>1</sup> При пользовании для освещения керосином эфир применять нельзя.

тин, камфору и морфин. Помимо этого, надо приготовить все необходимое для подкожного вливания физиологического раствора поваренной соли— аппарат Боброва, иглы и пр. Если невозможно возить с собой готовый физио-

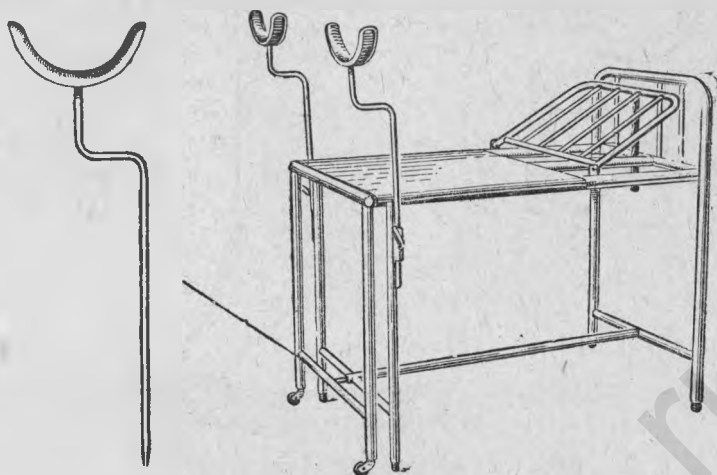


Рис. 169. Кровать Рахмацова в сдвинутом виде.

логический раствор соли или таблетки, заранее заготавливают пакетики с развешенной по 8,5 г химически чистой поваренной солью. Пять стаканов кипятку пропускаются через воронку с ватой в чистый сосуд (Боброва),

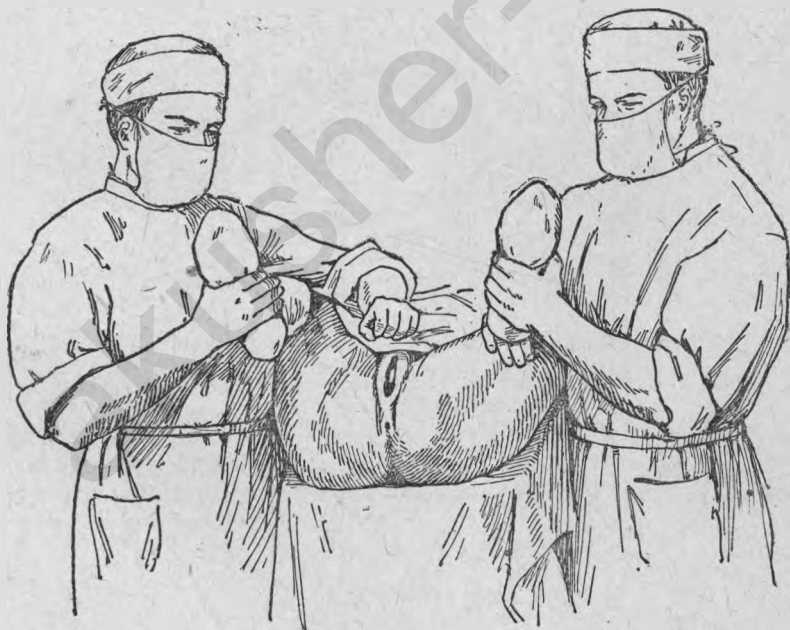


Рис. 170. Положение женщины с притянутыми к животу бедрами при акушерской операции.

в который заранее кладут 8,5 г соли. Приготовленный таким образом физиологический раствор вполне пригоден. Если нет особой спешки, подкожное вливание можно заменить так называемой капельной клизмой. С помощью

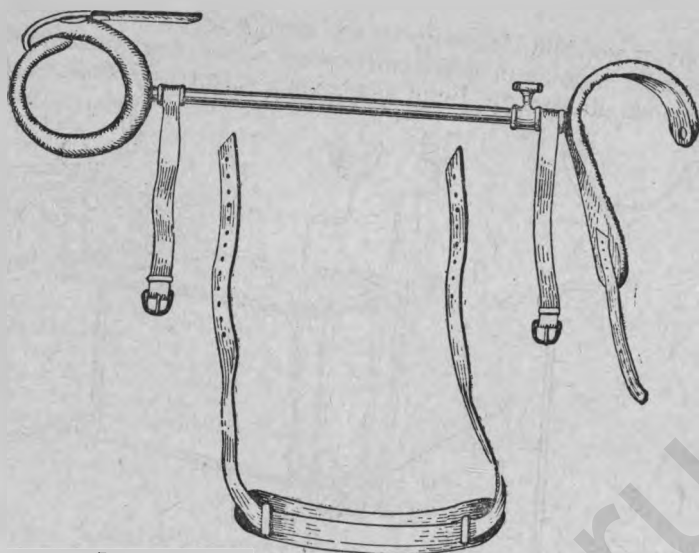


Рис. 171. Ногодержатель по Д. О. Отту

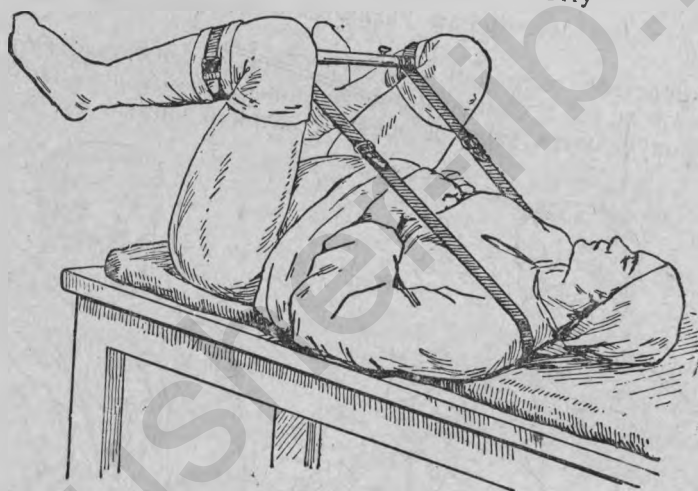


Рис. 172. Ноги женщины удерживаются при помощи ногодержателя Д. О. Отта.

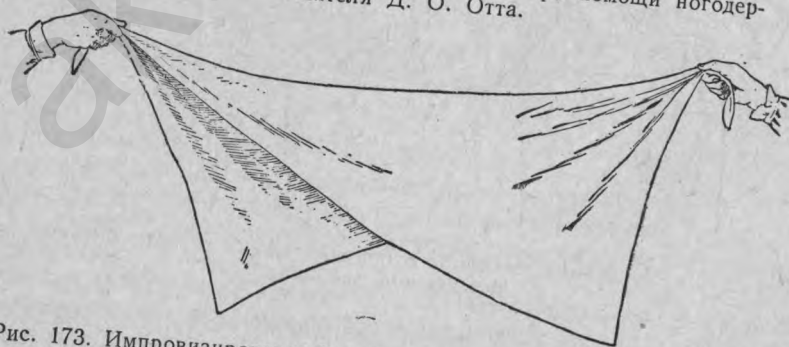


Рис. 173. Импровизированный ногодержатель из простыни. Большую простыню два помощника складывают наискось.

зажима или крана регулируют ток жидкости таким образом, чтобы она выходила через наконечник каплями (60—80 капель в минуту). Для капельной клизмы берут 250 мл солевого раствора температуры 37° и прибавляют к нему еще 5 капель *T-gae Opii simplicis*. Кроме того, надо держать в особом месте—и также наготове—все необходимое для оживления новорожденного.



Рис. 174. Импровизированный ногодержатель из простыни. Простыню закручивают в одну сторону.

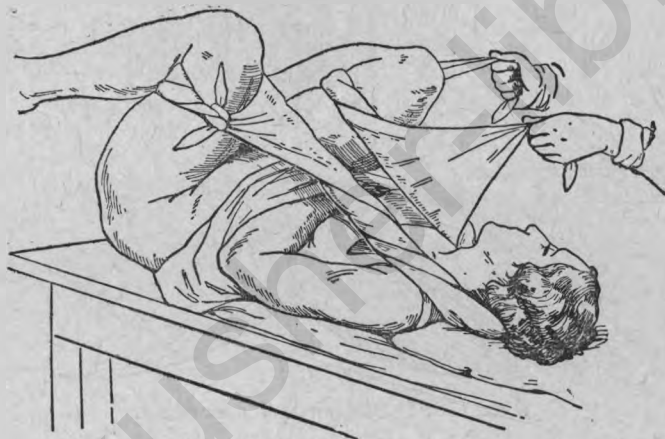


Рис. 175. Ноги женщины удерживаются при помощи импровизированного ногодержателя из простыни.

Перед каждой операцией женщине необходимо опорожнить мочевой пузырь (катетером). Желательно, если время позволяет, опорожнить также кишку с помощью клизмы. Это облегчает ход операции и предохраняет поле операции от загрязнения калом.

### НАРКОЗ

При акушерских операциях невозможно обойтись без наркоза. Его роженицы легко переносят. Часто достаточно небольших количеств наркотического вещества (обычно эфира), чтобы роженицы спали глубоким спокойным сном. Конечно, надо соблюдать осторожность при назначении наркоза беременным с поражением сосудисто-сердечной системы или каким-нибудь заболеванием паренхиматозных органов (нефрит).

На технике эфирного наркоза мы останавливаться не будем. Она подробно излагается в учебниках общей хирургии.

Здесь мы приведем методику применения пудендальной анестезии, которая широко применяется в нашей акушерской клинике (при влагалитном кесаревом сечении, обезболивании второго периода родов).

Наружные половые органы роженицы, промежность и кожу в области седалищных бугров обрабатывают спиртом и 5% раствором иода. Роженица должна лежать с приведенными к животу бедрами, что значительно облегчает прощупывание седалищных бугров. Скользя пальцем от центра седалищного бугра кнутри, по направлению к середине расстояния между

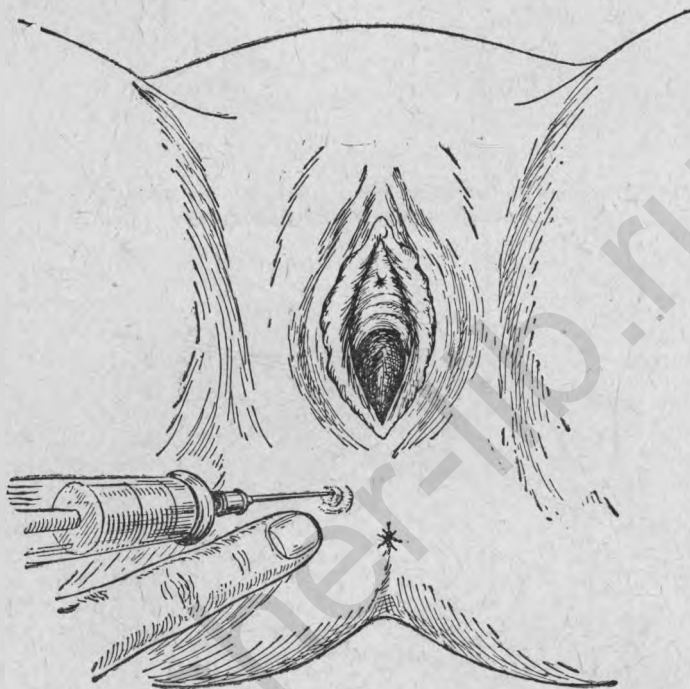


Рис. 176. Пудендальная анестезия.

задней спайкой и анальным отверстием (рис. 176), палец попадает в углубление (ямку). Непосредственно в кожу этого участка двуграммовым шприцем с тонкой иглой всдят 1—1,5 мл 0,25% раствора новокаина. Образуется обычная «лимонная корочка». После этого с помощью 10 *resp.* 20-граммового шприца с длинной (8—10 см) тонкой иглой «лимонную корку» прокалывают, причем находящийся в шприце раствор новокаина предпосылается продвижению иглы вглубь. Игла постепенно продвигается в *sacum ischio-rectale* на глубину 5—6 см. Она должна продвигаться медленно, постепенно. При своем продвижении игла не должна испытывать никакого противодействия. Каждому продвижению иглы предшествует введение новокаина. Если при введении раствора новокаина наступает схватка-потуга, шприц надо снять с иглы. С прекращением потуги введение новокаина продолжают. Раствор новокаина вводят в оба ишиоректальные пространства по 60—70 мл в каждое. Место вкола на «лимонной корке» заклеивают клеолом или коллодием.

Дополнительно вводить для обезболивания раствор новокаина в толщу больших половых губ не следует.

Описанная методика пудендалной анестезии, разработанная З. Я. Гендоном, успешно применялась им на базе акушерской клиники ЦИУ (родильный дом № 8) при обезболивании рожениц в периоде изгнания.

Обработанные Гендоном случаи применения пудендалной новокаиновой анестезии (1 350 родов) позволили ему сделать следующие предварительные выводы.

1. При правильно выполненной пудендалной анестезии обезболивающий эффект чаще всего наступает тотчас по окончании введения раствора новокаина и держится в течение  $1\frac{1}{2}$  часов.

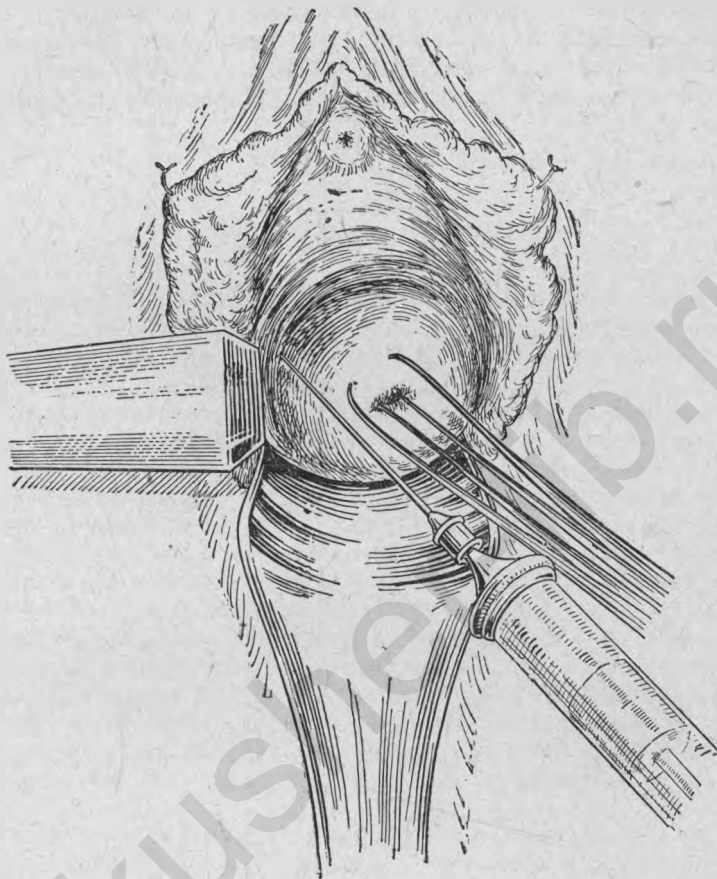


Рис. 177. Парацервикальная анестезия.

2. Расслабление мышц тазового дна, наступающее в результате пудендалной анестезии, снижает противодействие во время продвижения головки плода при врезывании и прорезывании ее.

3. Пудендалная анестезия способствует снижению количества разрывов промежности.

4. Дополнительно вводить раствор новокаина в толщу больших губ (для обезбоживания) не следует: пропитанные этим раствором большие губы и область задней спайки теряют свойственную им эластичность и растяжимость, в результате чего возрастает количество разрывов промежности и слизистой входа во влагалище.

Парацервикальная анестезия при операциях на шейке матки. Техника: шейку матки (в зеркалах) захватывают двумя пулевыми щипцами и оттягивают в сторону. Близко к влагалищной части шейки матки иглой, надетой на 10—20-граммовый шприц, прокалывают слизистую влагалища на границе переднего и бокового свода и вводят в парацервикальную клетчатку 0,25% раствор новокаина (рис. 177).

Игла постепенно продвигается вверх на 2—2,5 см. Введенный в количестве 20—30 мл раствор новокаина образует подушкообразный инфильтрат. Такая анестезия продлевается и с другой стороны, в результате чего оба образовавшиеся новокаиновые инфильтрата сливаются. При необходимости количество новокаина можно увеличить. Дополнительно в задний свод вводят 20 мл раствора новокаина.

В заключение не лишне привести предложение И. Г. Бушуева (1953)—одновременно с новокаиновой анестезией применять пенициллин и стрептомицин (профилактика послеоперационных нагноений). Автор предлагает на 100 мл 0,5% раствора новокаина добавлять 100 000 единиц пенициллина и 50 000 единиц стрептомицина. Инъекции совершенно безболезненны.

---

акusher-lib.ru



## АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ

Акушерским поворотом называется операция, с помощью которой можно произвольно изменять данное положение плода, почему-либо невыгодное, в другое, выгодное, причем, понятно, всегда в продольное положение (Н. Н. Феноменов).

В этой формулировке сжато изложены те цели, которые преследуются акушерской операцией, известной под названием поворота. Они тройного рода. В одних случаях при помощи поворота исправляют определенно патологическое положение плода, например, поперечное, в продольное положение, будь то черепное или предлежание тазовым концом. В дальнейшем роды представляют естественному течению, а чаще заканчивают искусственно (извлечением плода за тазовый конец). В других случаях, применяя поворот, изменяют одно физиологическое положение на другое, такое же физиологическое, но только при данных условиях более выгодное, например, поворот на ножку при предлежании детского места (чтобы ножкой затампонировать шейку для остановки кровотечения). В третьей категории случаев, производя поворот, скажем, из головного предлежания на ножку, стремятся скорее закончить роды, как, например, при выпадении пуповины.

Таким образом, выявляются три общих показания к производству поворота.

1. Поворот для исправления определенно патологического положения плода, при котором роды невозможны (поперечное положение, задне-теменное вставление и пр.).

2. Поворот как предварительная операция для быстрого окончания родов.

Если необходимо немедленное окончание родов при высоко стоящей над входом в таз головке, когда применение акушерских щипцов противопоказано, прибегают к операции поворота с последующим извлечением плода за тазовый конец.

Подобные случаи могут встретиться при преждевременной отслойке плаценты, выпадении пуповины при черепных предлежаниях, при начинающейся асфиксии плода и пр.

3. Поворот терапевтический. Предлежание детского места при головном предлежании и мало раскрытом зеве может потребовать применения поворота на ножку, которая, проходя через зев и прижимая плаценту к стенке нижнего сегмента матки (перешейку), тем самым приостанавливает кровотечение. Такой поворот делается в основном только в интересах матери, так сказать, с лечебными целями, и поэтому может быть назван терапевтическим.

Практически различают следующие виды поворота и способы, с помощью которых можно производить данную операцию.

1. Поворот из поперечного положения на головку.
2. Поворот из поперечного положения на ножку.
3. Поворот из продольного головного, гесп. черепного, предлежания на ножку.
4. Поворот из продольного тазового предлежания на головку.

Операцию поворота производят различными способами.

Для изменения положения плода достаточно иногда изменить положение самой роженицы, чтобы получить желаемый результат,—это способ поворота путем изменения положения роженицы. Однако для его осуществления требуется очень большая подвижность плода, в матке должно быть большое количество околоплодной жидкости.

Иногда удается повернуть плод с помощью одних наружных приемов, через брюшные стенки, когда они не слишком напряжены и когда опять-таки плодный пузырь цел. Этот способ известен под названием **наружного поворота**.

К сожалению, поворот при помощи одних только наружных приемов, без какого-либо воздействия со стороны влагалища, не всегда удается. Тогда приходится прибегать к так называемым **внутренним способам поворота**: одну руку вводят во влагалище и матку, если имеется полное раскрытие зева, или вводят в матку 2—3 пальца, смотря по степени открытия зева. При внутренних способах поворота и «наружная» рука помогает «внутренней», в первом случае—при полном открытии зева меньше, во втором больше. Способ поворота, при котором в матку вводят всю руку, принято называть «**классическим**» поворотом или, как предлагают некоторые, «внутренним поворотом при полном открытии зева», так как он производится тогда, когда шейка матки совершенно раскрыта. В этом смысле поворот делается своевременно.

Другой способ, при котором в матку вводят только два пальца, называют «**комбинированным поворотом**», «**ранним внутренним поворотом**» (при недостаточно раскрытом зеве), а также поворотом по Брэкстон-Гиксу (был предложен Брэкстон-Гиксом).

Таким образом, мы будем различать следующие способы поворота.

1. **Наружный поворот** (на головку, реже на тазовый конец), включая в него и способ поворота путем изменения положения роженицы.

2. **Внутренние способы поворота** (по существу комбинированные—наружно-внутренние):

а) **классический**, или **внутренний**, поворот при полном открытии маточного зева;

б) **ранний**, или поворот по Брэкстон-Гиксу при неполном открытии маточного зева.

## **НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА**

Наружный поворот производится одними наружными приемами, через брюшные стенки, без какого-либо воздействия со стороны влагалища, причем чаще на головку, реже на тазовый конец. При повороте на головку создаются более благоприятные условия для самопроизвольных родов.

### **НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ НА ГОЛОВКУ**

Показаниями к наружному повороту служат главным образом поперечные и косые положения плода. В последнее

время в число показаний к наружному повороту вошло, как об этом говорилось раньше, тазовое предлежание.

Для применения наружного поворота на головку требуются следующие условия.

1. Плод должен иметь большую подвижность. Малое количество вод, а тем более отошедшие воды, а также напряженность брюшных стенок роженицы создают условия, при которых почти невозможен наружный поворот. У первородящих, благодаря упругости стенок матки и живота, применением наружных приемов трудно изменить невыгодное почему-либо положение плода. В подобных случаях может до некоторой степени помочь наркоз, да и то далеко не всегда. У повторнородящих хорошая подвижность плода бывает только при целости плодного пузыря и при неотошедших водах.

Наружный поворот при отошедших водах противопоказан.

2. Нормальные размеры таза или отсутствие значительного сужения его. Следует точно определить размер истинной конъюгаты. Она не должна быть ниже 8 см. Таким образом, сужение таза с конъюгатой ниже 8 см также является противопоказанием для производства наружного поворота.

3. Состояние матери и плода должно быть нормальным, т. е. должны отсутствовать показания к быстрому, срочному окончанию родов (преждевременная отслойка плаценты, асфиксия плода и пр.).

4. Напряжение брюшной стенки матки должно отсутствовать.

Наружный поворот в большинстве случаев делают без наркоза. Последний может потребоваться в случаях чрезмерной чувствительности женщины или при неподатливых брюшных и маточных стенках, особенно у первородящих.

Наружный поворот технически производится по-разному, в зависимости от того, имеется ли косое положение плода или поперечное. При косых положениях иногда достаточно придать роженице специальное положение, т. е. применить тот способ наружного поворота, который некоторые выделяют как особый способ—поворот путем изменения положения роженицы. При этом надо руководствоваться следующим правилом: при наличии косого положения плода роженицу укладывают на тот бок, в сторону которого отклонилась лежащая часть. Например, при левом косом положении плода (головка слева) женщину укладывают на левый бок. При положении роженицы на левом боку дно матки вместе с ягодицами плода также отклоняется влево, благодаря чему головка отходит в противоположную сторону, т. е. вправо ко входу в таз.

Иначе обстоит дело при ясно выраженном поперечном положении плода. В этих случаях обычно одно изменение положения роженицы цели не достигает и без специальных ручных наружных приемов обойтись нельзя.

Техника операции при наружном повороте. Роженице до операции вводят подкожно 1 мл 1% раствора морфина (или 1,5% раствора омнопона) и непременно опорожняют мочевой пузырь. Морфин понижает чувствительность, поэтому дальнейшие манипуляции не причиняют лишних беспокойств роженице. Роженица лежит на спине, лучше на твердой кушетке, со слегка согнутыми и притянутыми к животу нижними конечностями. Сидящий сбоку на краю кровати акушер кладет обе руки на живот женщины так,

чтобы одна рука легла на головку, захватив ее сверху, а другая—на тазовый конец плода, обхватывая нижнюю ягодицу. Захватив таким образом плод, акушер одной рукой давит на головку книзу, в направлении ко входу в таз, а другой отталкивает тазовый конец вверх, ко дну матки. Все эти манипуляции, разумеется, допустимы только во время пауз. При наступлении схваток руки акушера остаются на месте, стараясь удержать плод в отвоєванной позиции.

Б. А. Архангельский предлагает иную технику наружного поворота плода на головку (см стр. 176).

С окончанием наружного поворота задача врача далеко не закончена. Причина, повлекшая за собой поперечное положение плода, может повести к отходу головки снова в сторону, к нсвзому поперечному положению. Ввиду этого необходимо принять меры, чтобы удержать плод в исправленном продольном положении.

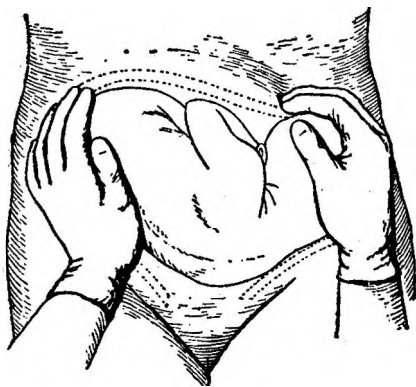


Рис. 178. Наружный поворот на головку при поперечном положении плода со спинкой, обращенной ко входу в таз.

Для удержания плода в новом положении принимают следующие меры: 1) придают роженице соответствующее положение, 2) накладывают бинт на живот и 3) производят разрыв плодного пузыря.

1. Роженицу на основании приведенного выше правила для удержания нового положения плода, укладывают на тот бок, в сторону которого была отклонена головка.

2. Хорошим средством удержать плод после наружного поворота в продольном положении является наложение бинта на брюшные стенки роженицы. Этот прием можно рекомендовать при слабых брюшных и маточных

стенках и наличии малого количества околоплодной жидкости. В таких случаях он часто выручает врача. Наоборот, при многоводии наложение бинта обычно не достигает цели.

Техника наложения бинта простая. Делают две скатки из простынь, которые кладут вдоль брюшных стенок матери по обеим сторонам плода. Весь смысл мероприятия заключается в том, что плод при наложении бинта как бы кладется в шины. Поверх двух скаток-шин живот туго забинтовывают

С. Д. Астринский предложил специальный бинт (валик), хорошо фиксирующий плод после наружного поворота.

3. Некоторые считают, что разрыв плодного пузыря целесообразен при неполном раскрытии (3 пальца) там, где имеется многоводие и где, как мы упоминали, бинтование живота не ведет к цели. Оставшиеся после разрыва пузыря в небольшом количестве околоплодные воды обуславливают известную неподвижность плода и тем самым удерживают его в новом положении. Следует помнить, что искусственный разрыв плодного пузыря в этих случаях допускается только при вполне раскрытом зеве. При неполном раскрытии наружного зева и отсутствии сглаженной шейки матки искусственный разрыв пузыря противопоказан. Не имея возможности заранее предсказать течение родового акта, акушер, разрывая пузырь при не вполне раскрытом зеве, лишает себя в дальнейшем возможности сделать внутренний поворот плода, если бы в этом оказалась срочная необходи-

мость, а главное, такой прием подвергает роженицу и плод всем тем опасностям, которые связаны с ранним разрывом плодного пузыря («сухие» роды, инфекция и пр.).

### **Профилактический наружный поворот плода из поперечного положения на головку**

Поперечные положения, как мы видели, дают большой процент преждевременных родов и особенно много мертворождений. Учитывая это, некоторые акушеры предлагают всех беременных с поперечным, гесп. косым, положением заблаговременно госпитализировать, чтобы произвести наружный поворот на головку. Вопрос о необходимости наружного поворота до сих пор является спорным. Четвертый пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР (1952) принял по данному вопросу следующее решение.

1. Всех беременных женщин с поперечным положением плода рекомендуется госпитализировать, начиная со срока 35 недель, и оставлять в стационаре до родоразрешения.

2. Операция наружного поворота плода допустима в условиях стационара с 35-й недели беременности при учете тех же условий и ограничений (противопоказаний), какие указаны для наружного профилактического поворота плода из тазового предлежания в головное.

3. При ведении родов в поперечном и косом положении в случае преждевременного и раннего отхождения вод следует применять операцию метрейриза.

4. Применение метрейриза дает основание для отказа от поворота при неполном раскрытии зева матки (поворота по Брэкстон-Гиксу), так как последняя операция сопровождается большой угрозой травматизации матери и обуславливает высокую мертворождаемость.

Техника профилактического наружного поворота плода из поперечного положения на головку: при переднем виде поперечного положения делается поворот на  $270^\circ$ , чтобы перевести плод сначала в тазовое предлежание, а уже из тазового—в головное (Б. А. Архангельский).

### **Наружный профилактический поворот на головку при тазовых предлежаниях (методика Б. А. Архангельского)**

В последнее время наружный поворот на головку как профилактическая мера борьбы с мертворождаемостью и ранней смертностью новорожденного предлагается при тазовых предлежаниях. Об этом говорилось выше. Здесь мы считаем необходимым сказать о технике такого поворота, а также о показаниях и противопоказаниях к нему.

Четвертый пленум Совета по родовспоможению Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР по вопросу о наружном повороте плода при тазовом предлежании принял следующее решение.

1. Роды при тазовом предлежании при современных методах ведения их сопровождаются большим процентом осложнений и детской смертности, чем роды при головном предлежании.

2. Наружный профилактический поворот (Б. А. Архангельский) при тазовом предлежании может быть показан как метод, снижающий мертворождаемость.

3. При наружном профилактическом повороте, как и при других акушерских операциях, необходимо строго соблюдать показания и условия и учитывать противопоказания.

4. Показания к операции: наличие тазового предлежания при нормальных размерах таза и при сужении таза с истинной конъюгатой до 9 см включительно.

5. Условия для операции:

- а) беременность на 34—36-й неделе при живом плоде;
- б) точная диагностика предлежания, позиции и вида плода; в сомнительных случаях—рентгенография;
- в) податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки;
- г) подвижность плода.

Наружный профилактический поворот должен производиться бережно, без какого-либо насилия.

6. Операцию наружного профилактического поворота плода должен производить опытный акушер в условиях стационара.

7. Противопоказания к операции:

- а) осложнение беременности кровотечением, хотя бы и самым незначительным (данные анамнеза и осмотра);
- б) указания на самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды при предшествующих беременностях;
- в) многоводие и маловодие;
- г) многоплодие;
- д) резкое сужение таза (вторая степень и выше) или наличие рубцов во влагалище, когда возможность естественного родоразрешения живым плодом сомнительна;
- е) осложнение беременности токсикозом (нефропатия, преэклампсия), нефритом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии нарушенной компенсации;

ж) подозрение на головную водянку плода;

з) наличие в анамнезе абдоминального кесарева сечения или внутрибрюшных спаек после бывшего чревосечения;

и) наличие однорогой, двурогой матки или других аномалий ее развития, миомы матки, опухоли придатков в брюшной полости, а также наличие в анамнезе операции удаления субсерозных миоматозных узлов.

В случае изменения положения плода после первого наружного профилактического поворота на головку при тазовом предлежании допустим лишь однократный повторный поворот. После повторного рекомендуется фиксация плода бинтом с валиком.

**Техника** (по Б. А. Архангельскому). Беременной перед применением наружного профилактического поворота предлагают очистить кишечник легким послабляющим и клизмой. Непосредственно перед операцией наружного поворота беременная должна опорожнить мочевой пузырь.

Женщине придают горизонтальное положение, врач садится справа от нее, детально исследует предлежание, позицию и вид позиции плода.

Поворот должен производиться соответственно общему правилу в направлении от тазового конца в сторону спинки (рис. 179, по ходу стрелки), ягодицы смещаются в сторону спинки, спинка в сторону головки и головка ко входу в таз по стенке матки, противоположной позиции плода.

Первое движение, которое делает врач,—охват всей рукой ягодиц и отведение их от входа в таз, что достигается сведением пальцев рук между симфизом и ягодицами (рис. 180).

Когда врач убедится в том, что ягодицы находятся над входом и подвижны, он смещает их энергично, но без малейшего насилия, в сторону позиции плода, при первой позиции в сторону левой подвздошной области (рис. 181). Начинать поворот со смещения головки не рекомендуется, так как в этих случаях давление, оказываемое на головку, находящуюся в под-

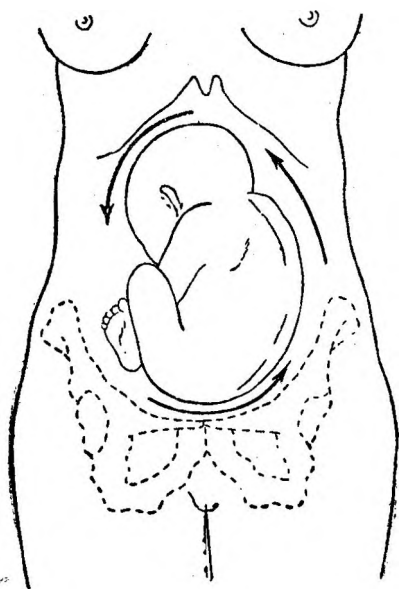


Рис. 179. Общее правило при наружном профилактическом повороте: смещение ягодиц в сторону спинки, спинки в сторону головки, головки по направлению ко входу в таз.



Рис. 180. Техника профилактического наружного поворота при тазовом предлежании. Первый этап.

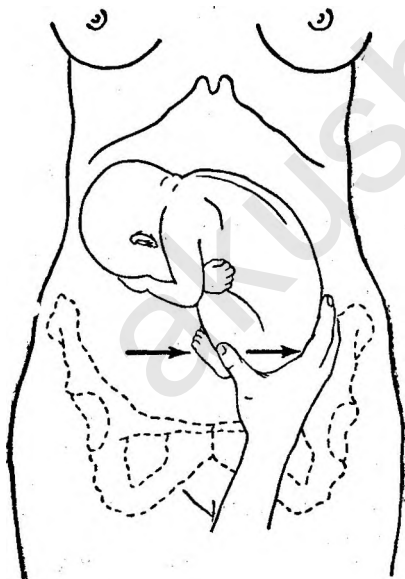


Рис. 181 Техника профилактического наружного поворота при тазовом предлежании. Второй этап смещение ягодиц в сторону.

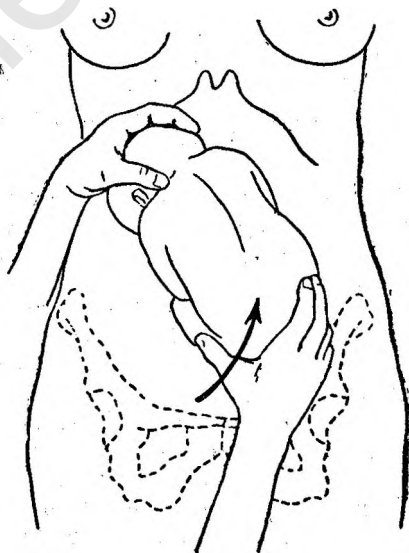


Рис. 182 Техника профилактического наружного поворота при тазовом предлежании. Третий этап.

реберье, неминуемо передается на тазовый конец плода, вследствие чего ягодицы опускаются во вход в таз, что препятствует смещению их в сторону.

В этот момент левая рука при первой позиции охватывает головку со стороны подзатылочной области и смещает ее в правую сторону матери (обратную позицию плода), а правая рука, удерживающая ягодицы в левой подвздошной области, поднимает их по левому ребру матки (соответственно позиции плода) кверху (рис. 182).

Если в этот момент возникает болезненное ощущение или напряжение матки или брюшных стенок, поворот необходимо временно прекратить до полного расслабления матки и брюшных мышц. Однако руки хирурга остаются в том же положении, чтобы закрепить ту часть поворота, которая уже выполнена. Как только наступает расслабление, поворот продолжают дальше.

Смещение головки производят посредством отдельных движений левой руки, напоминающих легкие удары пальцев на затылок головки; при достаточном количестве околоплодных вод головка легко продвигается вниз ко входу в таз, особенно при одновременном смещении правой рукой ягодиц кверху.

Самый ответственный момент наступает тогда, когда плод оказывается близким к поперечному положению. Этот момент поворота должен быть произведен особенно тщательно при полном покое матки и брюшных стенок. Как только головка прошла то положение, при котором спинка плода занимала поперечное положение, дальнейшее движение ее в сторону входа в таз совершается уже легко, и при одновременном смещении ягодиц в сторону дна матки головка легко сдвигается левой рукой ко входу в таз.

Рис 183. Наружный профилактический поворот при тазовом предлежании, задний вид.

Следует обратить внимание на то, чтобы головка не только была смещена ко входу в таз, но и над входом в таз оказался затылок. Для этого головку надо продвинуть несколько в сторону дальше центральной точки входа в таз.

Когда головка оказалась над входом в таз, врач перемещает руки на боковые стороны живота матери, как при втором приеме Леопольда, и, слегка сдавливая матку с боковых сторон, делает несколько одновременных движений от пупка кзади, обеспечивая тем самым естественное расположение частей плода соответственно новому его предлежанию. Эти движения напоминают движения рук, которые производят, когда катают между ладонями продолговатое мягкое тело («катание теста»). В результате таких движений матка удлиняется и плод уже самопроизвольно максимально приспосабливается к длиннику ее, что обеспечивает наиболее устойчивое и правильное членорасположение.

Техника поворота плода при заднем виде тазового предлежания более легкая, поскольку в этих случаях головка обращена к брюшным покровам матери, что дает возможность легко охватить ее всей рукой (рис. 183).

После поворота необходимо проверить состояние сердцебиения плода.



Как правило, оно никаких изменений не обнаруживает и лишь крайне редко незначительно учащается или замедляется, но через 1—2 минуты опять возвращается к прежнему ритму.

Никаких специальных бинтований живота Б. А. Архангельский не назначал, так как основным фиксирующим положение плода моментом он считал опущение головки ко входу в таз.

После поворота врач обязан систематически наблюдать за беременной в течение всех последующих недель беременности, чтобы быть уверенным, что плод сохранил головное предлежание. В тех редких случаях, когда головное предлежание вновь заменяется тазовым, тотчас же производят наружный профилактический поворот повторно.

Такое систематическое наблюдение за беременной имеет целью обеспечить к моменту родов головное предлежание плода.

### НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ИЗ ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Эта операция, в отличие от наружного поворота на головку, производится значительно реже. Это понятно: предлежание тазовым концом по сравнению с головным предлежанием несомненно менее благоприятно, особенно для плода.

Показаниям к наружному повороту на тазовый конец является, так же как и при повороте на головку, поперечное положение. Но, в отличие от поворота на головку, поворот на тазовый конец некоторые предлагают производить при двух предпосылках: во-первых, тазовый конец плода должен лежать ближе ко входу в таз, во-вторых, необходимы такие условия в течении родов, которые в дальнейшем требуют или должны потребовать срочного окончания родов. В последнем случае после наружного поворота на тазовый конец низводится ножка для извлечения плода (мало обоснованное предложение). Обычно это рекомендуют делать в тех случаях, когда матери или плоду угрожает какая-нибудь опасность.

Два условия необходимы для применения наружного поворота на тазовый конец плода: 1) плод должен иметь более чем хорошую подвижность (целый плодный пузырь и достаточное количество околоплодных вод) и 2) таз не должен быть настолько сужен, чтобы в дальнейшем препятствовать рождению головки. Истинная конъюгата должна быть не меньше 8 см.

Техника наружного поворота на тазовый конец сходна с техникой поворота на головку, с той лишь разницей, что при повороте на тазовый конец головка отталкивается кверху, а ягодицы стягиваются вниз. Чтобы удержать плод в продольном положении, здесь, как и при повороте на головку, тоже рекомендуется положение роженицы на соответствующем боку (в сторону которого отклонились ягодицы) или бинтование живота. Если при повороте на ягодицы приходится для удержания позиции плода прибегать к третьему приему, т. е. к искусственному разрыву плодного пузыря, то рекомендуется тут же после разрыва пузыря свести ножку.

Наружный поворот при поперечных положениях мог бы считаться идеальной операцией в тех случаях, когда имеются необходимые для него условия.

Но наружный поворот, при котором рука акушера совершенно не приходит в соприкосновение с половыми органами роженицы, имеет свои невыгодные стороны. В 30% случаев после него обычно требуется то или другое оперативное вмешательство. Из этих 30% в 12% приходится вмешиваться

по поводу выпадения пуповины, в 3%—из-за выпадения ручки и в 4%—вследствие неправильного вставления головки. Все эти осложнения вызываются в первую очередь той же причиной, которая повела к поперечному положению плода (чаще узкий таз, особенно плоский). Наряду с этим, значительную долю осложнений после наружного поворота надо отнести в счет акушера. Наружный поворот следует производить исключительно по показаниям, перечисленным выше, причем на него приходится смотреть как на попытку исправить невыгодное положение, отнюдь не настаивая на ней, если выяснится, что плод передвигается нелегко. В других случаях применять наружный поворот нет оснований. Например, при предлежании плаценты наружный поворот на головку несомненно будет врачебной ошибкой, так как в дальнейшем потребуются новое оперативное вмешательство (см. ниже).

### **ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА**

При внутреннем повороте рука акушера вводится во влагалище и если шейка сглажена и маточный зев полностью открыт, то и в матку. Если наружный зев раскрыт только отчасти, во влагалище вводится вся рука (кость), а в матку—только два-три пальца, смотря по открытию. В первом случае это будет классический, или внутренний, поворот при полном открытии маточного зева, во втором—комбинированный поворот, или ранний внутренний (по Брэкстон-Гиксу). Некоторые—Иванов и Ярков (Болгария)—предлагают называть последний двуперстным поворотом.

#### **КЛАССИЧЕСКИЙ, RESP., ТИПИЧНЫЙ, ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ**

При этом способе одна рука акушера вводится в матку, а другая снаружи, через брюшные покровы роженицы, помогает внутренней. При типичном внутреннем повороте мы можем повернуть плод из поперечного, resp. продольного, положения на головку и на ножку. Первый из них (поворот на головку) в настоящее время практического значения не имеет. Наоборот, исключительно большое значение имеет внутренний, классический, поворот на ножку. Этот способ поворота, наряду с ранним поворотом (при раскрытии на 2—3 пальца), является в настоящее время почти единственным, который применяется в практике.

По условиям выполнения акушерский поворот является полной противоположностью операции наложения акушерских щипцов. В то время как типичные щипцы обычно накладываются в конце периода изгнания, при вполне раскрытом наружном зеве, низко и неподвижно стоящей головке, после разрыва плодного пузыря, операция поворота выполняется в конце периода раскрытия, т. е. в тот момент, когда при имеющихся еще околоплодных водах плод сохраняет полную подвижность.

#### **Показания к внутреннему, классическому, повороту плода на ножку**

Показания можно разбить на три группы: 1) поперечные положения, 2) неблагоприятные или даже опасные для матери предлежания и вставления головки и 3) опасность, угрожающая матери или плоду, требующая возможно быстрого окончания родов.

1. Поперечные положения плода. При поперечных положениях показанием является самое поперечное положение. Как мы

видели выше, самопроизвольные роды при нем естественно, силами организма, произойти не могут. Исключительно редкие случаи, когда недоношенный, часто мацерированный плод рождается самостоятельно, в счет не могут идти (см. стр. 95). Обычно же роды при поперечном положении, если не будет оказана врачебная помощь, кончаются разрывом матки. Поэтому надо считать правилом, что самопроизвольные роды при поперечном положении невозможны. Таким образом, если есть поперечное, resp. косое, положение плода, тем самым имеется и показание к повороту. Как уже говорилось, наружный поворот далеко не всегда удается, в некоторых случаях он даже создает опасную для матери акушерскую ситуацию. Отсюда типичный (классический) поворот на ножку при таких родах, если только предусмотрены необходимые для него условия и противопоказания, является для матери *indicatio vitalis*, т. е. жизненным показанием.

2. Неблагоприятные предлежания и вставления головки и другие осложнения. К ним относятся:

а) лобное предлежание—одно из серьезных осложнений родового акта при черепных предлежаниях. Даже при нормальном тазе лобное предлежание является серьезным осложнением, при узких же тазах, даже при незначительных степенях сужения, оно сугубо серьезно и опасно. Учитывая это обстоятельство, акушер имеет право в случае лобного предлежания, при наличии соответствующих условий и отсутствии противопоказаний, произвести поворот на ножку, если головка стоит еще свободно над входом в таз;

б) так называемый задний вид лицевого предлежания. Как правило, роды при лицевом предлежании протекают естественным порядком. Серьезным осложнением является ротация подбородка кзади. При таких условиях роды, как указывалось выше, невозможны. К счастью, подбородок из заднего квадранта таза нередко переходит в передний, и роды заканчиваются благополучно, без оперативного вмешательства. В противном случае, если наблюдается определенная тенденция подбородка ротироваться кзади (во время схваток палец, представленный к подбородку, чувствует явное стремление подбородка отходить кзади), при подвижном еще личике необходимо немедленно сделать поворот;

в) задне-теменное вставление головки, особенно задне-ушное. Роды при нем невозможны, поэтому при наличии соответствующих условий следует сделать поворот;

г) выпадение при головных предлежаниях ручки и особенно ножки также служит показанием к повороту, если другие мероприятия (изменение положения роженицы, вправление выпавших частей, см. стр. 338—341) не ведут к цели;

д) выпадение пуповины при головных предлежаниях. Это очень серьезное, нередко роковое осложнение, грозящее плоду смертью. Если вправить выпавшую пуповину не удастся, рекомендуется, особенно у многорожавших, при подвижно стоящей головке сделать поворот плода на ножку. Прогноз для плода у первородящих при данной акушерской ситуации крайне неблагоприятен.

3. Опасности, угрожающие матери или плоду. Если головка стоит подвижно над входом в таз и требуется срочное окончание родов, щипцы не показаны. Единственной родоразрешающей операцией, если не считать кесарева сечения, будет поворот, конечно, в тех случаях, когда для этого имеются все необходимые предпосылки. К такого рода опасностям, требующим в интересах матери и плода поворота на ножку, относятся заболевания сердца и легких, эклампсия, преждевременная отслойка детского места и др.

Одно время показанием к повороту считался узкий таз. Это так называемый профилактический поворот на ножку при узком тазе. В настоящее время такой поворот большинством акушеров отвергается: узкий таз сам по себе показанием к повороту не служит.

Предложение при известных степенях сужения таза изменять головное предложение на неполное ножное основывалось на том, что последующая головка, имеющая форму клина, легче проходит через таз, чем предлежащая. Вот такой поворот с профилактическими целями и известен под названием профилактического поворота при узком тазе. Клинические наблюдения над результатами профилактического поворота показали, что операция эта не оправдала возлагавшихся на нее надежд. Смертность детей при ней достигает 30—40%, в то время как выжидательная терапия при родах с узким тазом дает 80% самопроизвольных родов. Особенно плохие результаты дает профилактический поворот при общесуженном тазе.

### Условия для производства внутреннего поворота на ножку

1. Плод должен быть подвижен в полости матки. Чтобы возможно было отодвинуть предлежащую часть, проникнуть рукой в полость матки и повернуть плод, последний должен обладать необходимой подвижностью. Выше указывалось, что лучшим моментом для внутреннего поворота будет конец периода раскрытия при наличии целого плодного пузыря. Это условие в полной мере может быть осуществлено только у повторнородящих. У первородящих иногда задолго до родов головка стоит неподвижно во входе в таз, причем нижний маточный сегмент крепко обхватывает ее со всех сторон. Кроме того, стенки матки у первородящих очень упруги, что затрудняет выполнение операции. В силу этого у первородящих производство поворота чрезвычайно трудно. Поэтому практически врач, особенно начинающий, не погрешит против правил акушерства, если будет считать показанием к повороту только *indicatio vitalis* со стороны матери, но не со стороны плода. Только владеющий оперативной техникой акушер может прибегнуть к повороту у первородящей в интересах спасения плода. При таком положении следует смотреть на операцию как на попытку к повороту. Малейшие затруднения, которые могут встретиться при такой попытке, должны заставить врача прекратить операцию и перейти к другому способу родоразрешения.

2. Маточный зев должен быть полностью раскрыт. Это условие диктуется двумя соображениями: во-первых, тем, чтобы иметь возможность войти в матку всей рукой; во-вторых, чтобы в случае необходимости вслед за поворотом можно было сделать извлечение плода за тазовый конец.

Не так легко, как кажется с первого раза, распознать полное раскрытие маточного зева.

Когда головка спустилась в полость малого таза, она тем самым уже прошла через маточный зев, края его при внутреннем исследовании больше не прощупываются. Совершенно иначе обстоит дело, когда обычно приходится прибегать к повороту. Предлежащая часть, как указывалось выше, должна быть подвижной и находиться над входом в таз. Наружный маточный зев, таким образом, будет стоять ниже предлежащей части и ближе к исследующему пальцу. Так как зев в этом случае не растянут предлежащей частью (она находится выше), шейка матки свисает вниз в виде вялого мешка, почему кажется сглаженной. Чтобы убедиться, действительно ли шейка сглажена и зев раскрыт, надо пальцами растянуть края наружного

зева и если он растягивается вплоть до стенок таза, можно считать, что наружный зев раскрыт совершенно и шейка сглажена.

Особое внимание, помимо наружного, следует обращать на внутренний маточный зев. Внутренний зев может оказаться еще не совсем раскрытым, в то время как наружный уже успел раскрыться полностью. Врач может оказаться в пренеприятном положении, если не будет обращать внимание на состояние внутреннего зева, особенно в тех случаях, когда вслед за поворотом потребуются извлечение плода.

Надо иметь в виду, что сужение маточной шейки в области внутреннего зева может получиться в виде своеобразной стриктуры на почве повышенной раздражимости матки после грубых и неумелых манипуляций. В прошлом такие стриктуры нередко наблюдались после бесцельного и необдуманного применения *sub partu* препаратов спорыньи и ее производных.

3. Наконец, в числе главных условий, необходимых для производства внутреннего (классического) поворота, следует считать отсутствие значительных степеней сужения таза. *Conjugata vera* должна быть во всяком случае не менее 8—8,5 см.

4. Плодный пузырь должен быть цел или по крайней мере в полости матки должно быть еще достаточное количество околоплодных вод.

При малом количестве вод стенки матки плотно обхватывают плод, который, таким образом, теряет свою подвижность. При таких условиях поворот будет трудно сделать не только у первородящих, как на это указывалось выше. В случае отхождения вод трудности операции поворота будут возрастать прямо пропорционально времени, протекшему с момента разрыва плодного пузыря, и интенсивности схваток. В таких случаях надо в полной мере учитывать опасность, которая может угрожать роженице при форсированном повороте в случае отсутствия вод. Более благоразумно во-время отказаться от поворота, чем форсировать его, что может повести к разрыву матки.

### Противопоказания к повороту

1. Угрожающий разрыв матки. При нем вся область ниже ретракционного (контракционного) кольца бывает настолько растянута, что достаточно одной попытки сделать поворот, чтобы произошел разрыв матки.

Прежде чем произвести поворот, необходимо обратить внимание на признаки угрожающего разрыва матки (стр. 419—420).

2. Совершившийся разрыв матки. Попытка к повороту может увеличить уже имеющийся разрыв.

3. Запущенное поперечное положение. Главный характерный признак его—полная неподвижность плода.

4. Водянка головки (гидроцефалия). Поворот в этом случае представляется бесцельной операцией, так как пойдет ли головка подлежащей частью или как последующая, все равно она не может пройти через таз без предварительного опорожнения проколом. Помимо этого, поворот при гидроцефалии может оказаться и опасным в силу растяжения нижнего маточного сегмента, что обычно при этом осложнении бывает уже в самом начале родового акта и даже до него, в конце беременности. Сильное растяжение нижнего сегмента матки, высокое стояние пограничного (ретракционного) кольца, наблюдающиеся в самом начале родового акта и даже до него, является одним

из характерных при наружном исследовании признаков гидроцефалии. Кроме того, для гидроцефалии характерны следующие признаки: внизу живота матери поверх лонного соединения имеется заметное вздутие, прощупывается большая шарообразная опухоль, а под пальцами получается ощущение пергамента. Эти «наружные» признаки гидроцефалии могут быть подкреплены внутренним исследованием, при котором прощупываются широкие швы и большие боковые роднички.

5. Мертвый плод. При продольном положении его поворот также должен считаться непоказанным. В случае отсутствия возможности самопроизвольного родоразрешения при черепных предлежаниях показана перфорация. Поперечное положение, само собой разумеется, все равно требует исправления, вне зависимости от того, живой плод или мертвый.

### Подготовка к операции

1. Поворот следует производить на операционном столе или на рахмановской кровати в положении роженицы на спине. Некоторые делают исключение для поперечного положения со спинкой, обращенной кзади (dorso-posterior). В таких случаях трудно бывает захватить лежащие впереди над лонной дугой ножки, и поэтому рекомендуется положить женщину на тот бок, где находятся ножки. Однако лучше сначала ввести руку при положении роженицы на спине и только потом повернуть ее на бок. Таким образом, общепринятое положение роженицы при повороте—положение на спине с вытянутыми к животу бедрами («положение для камнесечения»). При таком положении напряжение брюшных стенок сведено до минимума, чем в значительной степени облегчается поворот.

Положение акушера при операции—несколько в сторону от средней линии (при расположении ножек плода справа акушер стоит несколько слева и обратно).

2. Необходимо тщательная дезинфекция наружных половых частей роженицы и рук оперирующего врача. Обычной дезинфекции рук недостаточно. При повороте иногда приходится входить рукой во внутренние половые органы очень глубоко, в силу чего руки должны быть продезинфицированы до половины плеча. Недостаточно также дезинфицировать только половые органы роженицы. Брюшные стенки роженицы до реберной дуги должны быть тщательно подготовлены в смысле асептики. Во время поворота рука акушера все время приходит в соприкосновение с брюшными покровами, причем та же рука по окончании поворота нередко (а теперь, как правило, см. стр. 202) принимает участие в извлечении плода, почему она и должна быть чистой в хирургическом смысле.

3. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены перед операцией.

4. Поворот предпочтительнее делать под наркозом. Введение руки в матку вызывает схватки, что, понятно, в известной степени затрудняет операцию. При целых водах поворот можно делать и без наркоза, но заранее никогда нельзя сказать, не встретятся ли при операции осложнения, которые потребуют наркоза. У нервных и возбудимых женщин наркоз, безусловно, показан.

### Техника операции

Перед операцией следует еще раз проверить положение плода. Технически правильно, по всем требованиям акушерской науки, можно сделать

поворот только тогда, когда точно известно положение плода и расположение его частей. Нельзя забывать, что внутренний поворот—операция в основном двуручная. Рука, которой врач действует снаружи, играет существенно важную роль при внутреннем повороте: а) она помогает отодвиганию предлежащей части кверху; б) препятствует излишне энергичному отодвиганию матки кверху, т. е., другими словами, излишнему растяжению нижнего маточного сегмента; в) наконец, она способствует продвижению ножки плода навстречу внутренней руке.

В процессе внутреннего (классического) поворота принято различать три этапа: а) введение руки для поворота, б) отыскивание и захватывание ножки и в) собственно поворот плода.

Какую руку следует вводить для поворота?

У большинства правая рука технически наиболее ловкая, а поэтому и наиболее способна производить те или иные манипуляции. Однако при тех условиях топографического расположения частей плода, которые имеются в тесном пространстве маточной полости, удобнее вводить не технически более ловкую правую руку, а ту руку, которой можно прямо и короче приблизиться к ножкам плода, не перебрасывая ее с одной стороны матки на другую, рискуя при этом травмировать такой нежный орган, как пуповина, отслоить плаценту или даже, как это ни ужасно, разорвать матку. Ввиду этого в большинстве клиник по вопросу о введении руки в матку, вернее, по вопросу о выборе руки для поворота существуют определенные правила, которые надо помнить. Формулировка этих правил в различных родовспомогательных учреждениях разная. У себя в клинике мы рекомендуем такую формулировку: при повороте из поперечного положения в продольное следует вводить руку, соответствующую тазовому концу плода, считая сторону акушера. Это будет рука, разноименная той стороне, где лежат ножки плода. При первой позиции тазовый конец плода лежит, если считать сторону акушера, слева, поэтому вводят левую руку; при второй, наоборот,—правую. Это при поперечном положении плода. При продольном положении для поворота вводят руку, соответствующую мелким частям плода, опять-таки считая сторону акушера: при первой позиции—левую, при второй—правую.

Одну или две ножки следует захватывать при повороте?

В настоящее время поворот принципиально делается на одну ножку. Делается это потому, что, на это указывалось выше, неполное ногоположение имеет известное преимущество для плода: вторая ножка, идя вместе с ягодицами, лучше расширяет, а следовательно, и лучше подготавливает родовые пути для прохождения последующей головки. Только в некоторых случаях (при «трудных поворотах», иногда при заднем виде поперечного положения, малой подвижности плода, ущемившейся головке и пр.) легче сделать поворот на обе ножки.

Какую ножку надо захватывать при повороте?

Некоторые акушеры (Н. Н. Феноменов) не выбирают ножку, захватывают при повороте любую ножку. Клинические наблюдения, однако, показывают, что неправильный выбор ножки (захватывание любой ножки) может повести к некоторым затруднениям. При правильном течении родов предлежащая часть вставляется таким образом, что передняя ее половина опускается ниже. Вставление задней половины предлежащей части—всегда момент неблагоприятный, а в некоторых случаях явно патологический. При ножных предлежаниях правильным вставлением будет то, при котором вставляется во вход в таз передняя ножка. Вставление задней ножки—уже до известной степени патология, так как передняя ножка может задер-

жаться над симфизом, в силу чего течение родов будет нарушено. Вот почему при повороте на любую ножку может случиться, что по окончании поворота получится «вставление» задней ножки с задержанием передней над симфизом.

Второе осложнение, которое может получиться при захватывании любой ножки,—это рождение плода в заднем виде. Об этом мы уже говорили выше.

Таким образом, при повороте мы будем делать выбор ножки.

Правило при выборе ножки можно сформулировать так: при повороте с головного конца на ножку следует захватывать впереди лежащую ножку (при горизонтальном положении роженицы—лежащую сверху). Это делается потому, что при захватывании и низведении задней ножки передняя вместе с ягодичей может застрять за симфизом («сесть верхом на симфиз»).

Что касается поперечных положений, то здесь, выбирая ножку для поворота, приходится сообразовываться с видом позиции, т. е., другими словами, с тем, имеется ли передний (спинка спереди) или задний (спинка сзади) вид поперечного положения. При переднем виде (*dorso-anterior*) захватывается нижележащая ножка, при заднем (*dorso-posterior*)—вышележащая. Если при переднем виде поперечного положения захватить и низвести вышележащую ножку, то при повороте можно передний вид перевести в задний, что, конечно, невыгодно. То же самое и при заднем виде: захватывая вышележащую ножку, мы переводим задний вид в передний, а сводя вместо вышележащей ножки нижележащую, поддерживаем задний вид, что опять-таки нежелательно и невыгодно.

Для запоминания, какую ножку надо выбрать для поворота при поперечном положении в зависимости от вида, можно пользоваться следующим приемом. Для обозначения вида поперечного положения используют латинские термины «*dorso-anterior*» и «*dorso-posterior*».

В слове «*dorso-anterior*» есть звук «н». Наличие звука «н» указывает, что ножка захватывается нижележащая (в этом слове в начале его также имеется звук «н»).

В слове «*dorso-posterior*» звука «н» нет. Следовательно, при этом виде поперечного положения нижележащая ножка не захватывается, а захватывается вышележащая.

### **Ход операции классического (внутреннего) поворота плода на ножку при целом плодном пузыре**

#### **Ход операции классического (внутреннего) поворота на ножку при головном предлежании**

1. Первый этап операции—введение руки. Руку, которой будет делать поворот (внутренняя), обильно смачивают лизолом (1%) или стерильным вазелиновым маслом. Пальцы должны быть вытянуты, концы их касаются друг друга («рука акушера», рис. 184). Другой рукой раздвигают половую щель, чтобы малые половые губы вместе с вводимой внутрь рукой не вдавливались во влагалище. Сложенную указанным образом внутреннюю руку осторожно и медленно, вне схватки, вводят во влагалище в прямом размере выхода таза (рис. 185), а затем еще более осторожно легкими винтообразными движениями продвигают до внутреннего зева. Когда кисть руки введена во влагалище, внутренняя рука из прямого размера выхода таза переводится в поперечный. Такое положение кисти этой руки—тыльной стороной кзади и концами пальцев впереди—диктуется, с одной стороны, тем, что тыльная сторона кисти легко находит себе место в углублении крестцовой кости,



а с другой—тем, что согнутые под известным углом к кисти пальцы совпадают с углом, образуемым шейкой матки и влагалищем. Как только кисть внутренней руки целиком введена во влагалище, еще до проникновения ее в матку, наружную руку немедленно кладут на дно матки, чтобы не дать

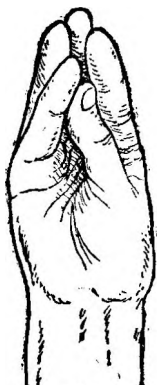


Рис. 184. «Рука акушера».

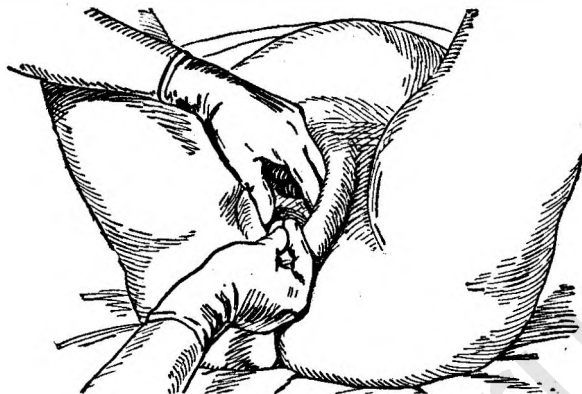


Рис. 185. Введение руки для внутреннего (классического) поворота.

возможности последней высоко подняться кверху под напором внутренней руки. Как только наружная рука легла на дно матки, внутренняя проникает в полость матки, разорвав предварительно плодный пузырь (рис. 186). Поворот, таким образом, делается в полости амниона, т. е. рука акушера не приходит в соприкосновение со стенками матки, что важно во избежание инфекции.

2. Второй этап операции—отыскивание и захватывание ножки плода. Продвигаясь в полость матки, чтобы найти и захватить ножку, по пути к последней внутренняя рука встречает предлежащую часть плода, которую необходимо осторожно (cave!) отвести в сторону (рис. 187). К сожалению, на это обстоятельство врачи мало обращают внимание. А между тем успех операции нередко в значительной мере зависит именно от своевременного и надлежащего отодвигания в сторону предлежащей части. Таким образом, в технике второго этапа операции внутреннего поворота первый важный момент—отодвигание предлежащей части. При головных предлежаниях внутренняя рука дает осторожный толчок предлежащей головке в сторону спинки. При поперечном положении, где предлежащей частью является плечико, последнее захватывается всей рукой и так же осторожно отодви-

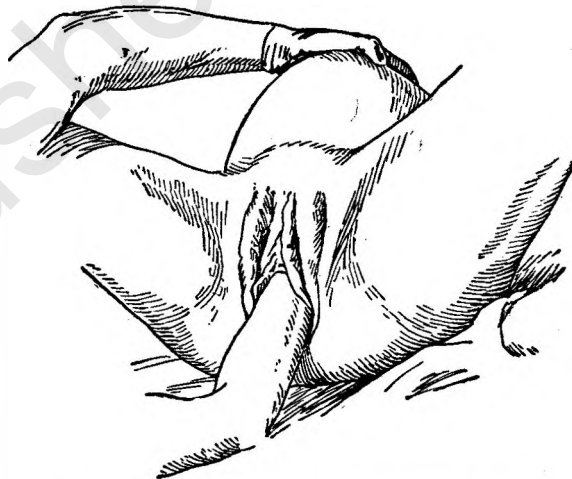


Рис. 186. Введение руки в полость матки.

гается в сторону головки. Во время этой процедуры наружная рука по-  
могают внутренней отталкивать в сторону подлежащую часть.

Далее отыскивают ножку. Какую ножку надо выбирать, об  
этом мы уже говорили. Отыскивание ножки представляет иногда значитель-  
ные трудности. Если вместо ножки захватывается ручка, не надо теряться,  
думая, что случилось большое несчастье. Захваченная и закрепленная  
ручка (конечно, ошибка должна быть замечена) в дальнейшем при извле-  
чении плода может даже оказать известную помощь, как это будет видно  
дальше. Поэтому, захватив ошибочно ручку, следует наложить на нее



Рис. 187 Отталкивание внутренней рукой головки, чтобы подойти к ножке. Наружная рука  
низводит тазовый конец навстречу внутренней  
руке.

петлю и приступить к даль-  
нейшему отыскиванию ножки.

Существует два способа  
отыскивания ножки: корот-  
кий и длинный. При  
первом (немецком) рука врача  
продвигается непосредственно  
со стороны животика плода  
к тому месту, где, по пред-  
положению акушера, должны  
находиться ножки, и захва-  
тывает ножку. Способ этот не  
дает гарантии, что захвачена  
надлежащая ножка. Только  
в трудных случаях поворота,  
когда не приходится считать-  
ся с выбором соответствующей  
ножки, приходится брать не-  
редко первую попавшуюся.

Значительно рациональнее  
второй способ отыскивания  
ножки—длинный (француз-  
ский). При нем внутренняя  
рука акушера постепенно  
скользит по соответствующе-  
му боку плода до годичной  
области, отсюда ниже к бедру  
и к голени. При этом способе  
рука акушера не теряет связи  
с частями плода. Таким обра-  
зом, можно достаточно хорошо ориентироваться в полости матки. Суще-  
ственным недостатком длинного способа является опасность сда-  
вить пуповину. О ней надо все время помнить!

При повороте с выбором ножки, понятно, приходится отыскивать ножку  
только по длинному способу. Важно фиксировать внимание на том, чтобы  
при отыскивании ножки наружная рука аку-  
шера лежала на тазовом конце плода, стараясь низ-  
вести и приблизить последний навстречу внутренней руке. При повороте  
плода из продольного положения на ножку надо следить за тем, чтобы не  
захватить и не свести по ошибке ручки. Поворот этот труднее, чем при  
поперечном положении плода. Руку приходится вводить очень глубоко  
в полость матки, а отсюда и необходимость тщательно ее дезинфицировать.

Захватывают ножку или двумя пальцами внутренней руки, указательным  
и средним, в области лодыжек (рис. 188), или всей рукой (рис. 189). Послед-  
ний способ предпочтительнее потому, что ножка при нем прочно фикси-

руется, не так легко может выскользнуть, а кроме того, и рука акушера не так быстро устает, как при захватывании двумя пальцами.

При захватывании ножки всей рукой надо иметь в виду одну деталь, которая имеет значение в смысле предупреждения перелома голени плода. Захватив всей рукой голень выше лодыжек, акушер кладет вытянутый большой палец внутренней руки вдоль икроножных мышц таким образом, что конец этого пальца лежит в подколенной ямке, а остальные четыре пальца обхватывают голень спереди. Голень, таким образом, берется как бы сразу в шину по всей длине своих костей, чем предупреждается их перелом.

Отсюда правило: при захватывании ножки всей рукой

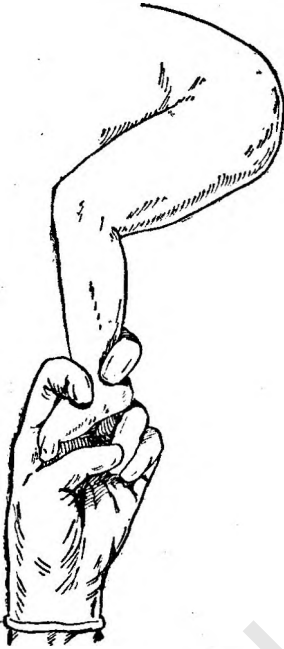


Рис. 188. Ножка захвачена двумя пальцами.



Рис. 189. Ножка захвачена всей рукой.

захват не должен быть круговым (циркулярным).

3. Следующий, третий, этап операции—самый поворот плода. Поворот плода вокруг его оси начинается собственно с момента отталкивания предлежащей части и продвижения ягодиц навстречу внутренней руке, но в окончательном виде он завершается лишь тогда, когда внутренней рукой захвачена ножка.

Здесь следует поставить акцент на одной детали, которая имеет существенно важное значение. При отыскивании и захвате ножки внутренней рукой наружная рука должна лежать на дне матки, в области ягодичного конца плода (рис. 190). Большой ошибкой акушера будет, если в этот момент он будет делать влечение за ножку, оставляя наружную руку на дне матки. Еще раз напомним, что внутренний поворот—операция двуручная, что повертывание плода вокруг его поперечной оси возможно только в том случае, если руки акушера находятся на различных полюсах плода и будут действовать, таким образом, в различных направлениях: одна отталкивать, а другая делать тракцию (влечение). Игнорирование этого правила может повести к очень серьезному осложнению—своеобразному запущенному головному положению (у щ е м л е н и е г о л о в к и). Поэтому надо твердо усвоить и хорошо помнить, что после того, как внутренняя рука захватила ножку плода, наружная рука должна быть немедленно переве-

дена с тазового конца плода на сторону головки, при тракциях отталкивая последнюю вверх (рис. 191). Тракцию (влечение плода за ножку) следует вести в направлении проводной оси, в данном случае строго кзади (книзу). Если во время поворота наступает схватка, руки акушера должны оставаться на месте в бездействии: поворот плода можно делать только вне схватки, при расслабленных маточных стенках.

Поворот считается законченным, если коленка плода показывается вне половой щели (рис. 193)



Рис. 190. Внутренней рукой захвачена вышележащая (передняя) ножка. Наружная рука еще лежит на тазовом конце плода.

и остается здесь, не уходя обратно во влагалище, а головка находится в дне матки. До этого операция будет незаконченной.

При всех манипуляциях в полости матки, связанных с поворотом, следует все время помнить о пуповине, бережное обращение с которой является гарантией получения живого плода. Особенно надо помнить о пуповине в момент отыскивания и захватывания ножки.

Классический (внутренний) поворот на ножку (своевременный при полном открытии маточного зева) закончился, когда ножка, как мы сказали, выведена до колена. Плод принял выгодное для акушера и нужное при данной акушерской ситуации продольное положение (неполное ногопредлежание). Что делать дальше? Если нет специальных показаний к

окончанию родов, последние надо вести так, как при неполном ножном предлежании, т. е. предоставить плоду родиться самостоятельно до пупка, resp. до нижнего угла лопаток, а дальше—оказывать ручное пособие. Так учит классическое акушерство. Однако в настоящее время большинство акушеров придерживается другой тактики. В интересах плода—для сохранения его жизни—выгоднее вслед за сделанным поворотом производить после небольшой паузы извлечение плода за тазовый конец. Только при этом условии цель и задачи поворота могут быть оправданы. Так учат клинические наблюдения советских родовспомогательных учреждений.

Ход операции классического (внутреннего) поворота на ножку при поперечном положении плода (передний вид, целый плодный пузырь).

Технически операция производится, с небольшими вариациями, так же, как и при повороте при продольном положении плода. Вводят во влагалище, в прямом размере выхода таза, обеззараженную руку («рука акушера»), соответствующую тазовому концу плода, считая сторону акушера.

При первой позиции (головка слева)—левую руку, при второй (головка справа)—правую. Введенную руку, ее кисть, переводят из прямого размера выхода таза в поперечный: тыльная сторона кисти располагается кзади, концы пальцев—кпереди. Осторожно, легкими движениями рука прдзигается до внутреннего зева. Если у внутреннего зева близко лежит головка, ее надо осторожно отвести в сторону. Затем отыскивают по длинному способу (рука идет сзади плода ладонью кпереди, по бочку, бедро, голени до голеностопного сустава) и захватывают **н и ж е л е ж а щ у ю** **н о ж к у**. При отыскивании ножки наружная рука акушера лежит на тазовом конце плода, направляя этот конец навстречу внутренней руке. После того как внутренней рукой захвачена ножка плода, наружную руку **н е м е д л е н н о** переводят с тазового конца плода на головной, отталкивая при тракциях головку вверх, ко дну матки. Повертывают плод вне схватки. Направление тракций кзади (вниз). Поворот считается



Рис. 191. Ножка захвачена внутренней рукой. Наружная рука перемещается с тазового конца на головку, отталкивая ее в направлении дна матки.

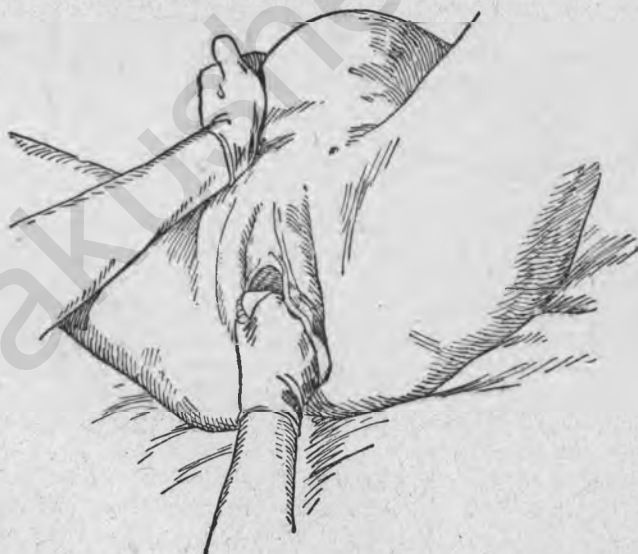


Рис. 192. То же, что и на рис. 191.

наконченным, когда в половой щели покажется колено плода. Это значит, что плод принял правильное продольное положение.

При заднем виде поперечного положения поворот делают так же, как указано выше, с той только разницей, что свдвигается вышележащая (передняя) ножка (рис. 194). Как мы уже упоминали, некоторые

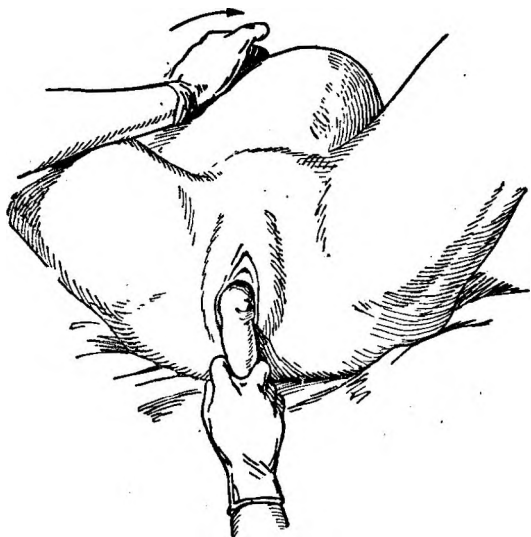


Рис. 193. Ножка выведена до колена. Поворот закончен.

рекомендуют при заднем виде поперечного положения делать поворот, поместив роженицу на бок. Она должна лежать на том боку, где находятся ножки плода. Рука акушера, обращенная ладонью к ножкам, вводится в половые органы. Она продвигается со стороны передней половины таза в направлении к ягодичной области плода, отодвинув предварительно в сторону предлежащую часть. Дойдя до тазового конца кзади, рука определяет положение нижнего бедра, а затем передвигается к верхнему бедру и уже оттуда к голени вышележащей ножки. Захватив голень, акушер делает обычные тракции книзу, вдоль передней брюшной стенки.

При таком направлении тракций, помогая наружной рукой, удается повернуть плод спинкой вперед.

#### Ход операции классического (внутреннего) поворота при отошедших водах

При поперечном положении с отошедшими водами плечико плода обычно стоит уже глубже во входе в таз. Нередко выпавшая в таких случаях ручка лежит во влагалище или даже располагается снаружи, вне половой щели. Ручку не следует вправлять. Вправление выпавшей ручки при поперечном положении считается акушерской ошибкой (совершенно бесполезный прием: ручка снова выпадает). Ручку—в интересах асептики и чтобы она потом не запрокинулась за затылок—берут на петлю (рис. 195) и передают помощнику для фиксации. Выпавшую ручку помощник оттягивает кверху, к углу симфиза. В тот момент, когда внутренняя рука отталкивает предлежащую часть (плечико), помощник должен полностью ослабить тесьму, накинутую в виде петли на ручку. Иногда выпавшая и сильно отекая ручка затрудняет введение руки в половые пути. В этих случаях акушер может помочь себе максимальным придавливанием ручки к углу лонного соединения.

Если предлежащая часть, будь то головка или плечико, стоит уже неподвижно в тазу, поворот выполнить трудно, а подчас это и опасно. Очень опасно в таких случаях выводить предлежащую часть из полости таза и еще более опасно повертывать плод в матке, которая при отсутствии вод тесно охватывает его.

В некоторых учебниках оперативного акушерства описываются различные приемы для поворота плода в таких «запущенных» случаях. Мы настоятельно советуем отбросить все эти приемы как сомнительные. Смерт-

ность детей при повороте довольно высока, и никогда нельзя сказать заранее, не умрет ли плод после поворота во время последующей экстракции от асфиксии. Рисковать же при повороте в «запущенных» случаях жизнью матери ради плода, который в конце операции может умереть, конечно, не следует: такая жертва не может быть оправдана. При вколотившейся предлежащей части поворот определенно противопоказан.



Рис. 194. Захватывание вышележащей ножки при заднем виде поперечного положения.

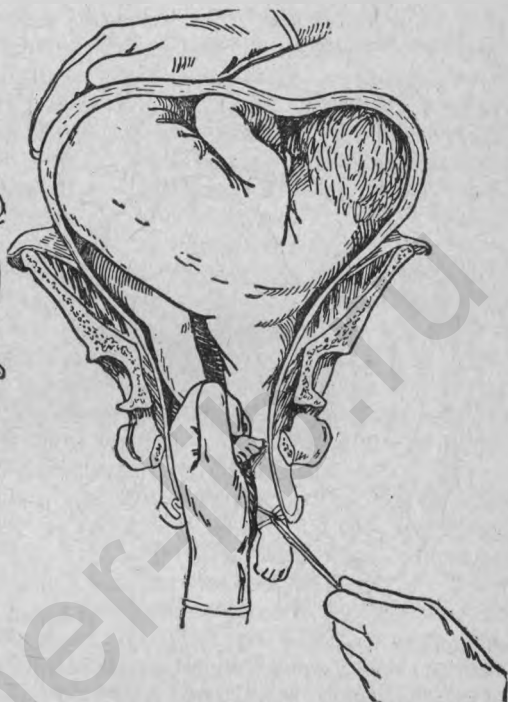


Рис. 195. Поворот при выпавшей ручке. Ручка плода взята на петлю.

Чтобы покончить с техникой классического акушерского поворота, упомянем об одной его модификации, предложенной С. Я. Бояркиным. Способ не был опубликован при жизни автора. Его описал В. И. Ляшенко<sup>1</sup>.

Техника операции. Обычным способом под наркозом вводят во влагалище руку (любую), другую (наружную) кладут на дно матки, фиксируя ее на месте. Внутренняя рука, пройдя за внутренний зев, разрывает плодный пузырь, если он цел, и направляется прямо к головке плода. Головка захватывается пальцами всей руки. Нежно удерживая ее, как в эластическом футляре, внутренняя рука бережно—ритмическими плавными движениями—отводит головку ко дну матки. Таким образом, происходит собственно поворот плода на тазовый конец (рис. 196). Наружная рука в это время, фиксируя матку, способствует низведению ягодиц в таз и удерживает в первый момент после поворота головку у дна матки. Как только поворот произошел, внутренняя рука, оставляя полость матки, спускается вдоль туловища плода, по его спинке или по бочку, а затем по ягодицам, бедру и голени и, захватив ножку, низводит его к выходу таза. При таком способе низведения ножки удается легко и безошибочно захватить нужную ножку, нельзя спутать ее с ручкой и также легко и свободно можно свести до колена. Если было выпадение ручки, на нее по общим правилам накладывается петля. Выпавшая пуповина обычно уходит внутрь матки одновременно с отведением головки ко дну, и таким образом сам поворот способствует ее удержанию в матке.

Способ С. Я. Бояркина проверен на большом материале самим автором, а также его учениками.

<sup>1</sup> Гинекология и акушерство, 1931, № 4.

## Трудности и неудачи при повороте на ножку

При повороте на ножку встречается ряд трудностей, обусловленных следующими причинами:

1. Ригидность мягких частей. У пожилых и старых первородящих известное препятствие создается для проникновения руки вглубь через вульварное кольцо. Если осторожными сверлящими движениями (рука и вход во влагалище должны быть хорошо смочены 1% раствором лизола или стерильным вазелиновым маслом) не удастся проникнуть в рукав, приходится делать влагалищно-промежностный разрез. Во всяком случае не следует во избежание тяжелых повреждений грубо и с большой силой вводить руку.

Некоторые при узости влагалищной трубки рекомендуют предварительно, до поворота, расширить ее с помощью введенного во влагалище кольпейринтера.

2. Выпадение ручки. Выпавшая ручка, особенно при поперечных положениях, может настолько изменить пространственные отношения, что вхождение рукой становится затруднительным. Как уже было сказано, вправление ручки при поперечных положениях следует считать ошибкой. Наложить на выпавшую ручку петлю и поручить помощнику отодвинуть во время поворота петлю и ручку в сторону головки плода—вот все, что надо сделать при выпадении ручки.

3. Неправильные маточные сокращения (*tetanus uteri*). Всякое сокращение матки исключает любую манипуляцию как

снаружи, так и изнутри. Поэтому во время операции, если наступает схватка, все манипуляции противопоказаны. Необходимо переждать схватку, не делая никаких движений руками, и только после ее окончания продолжать поворот.

Во время схватки внутренняя рука акушера должна лежать спокойно распластанной (плашмя) между стенкой матки и туловищем плода. Несмотря на сильнейшие боли, которые иногда приходится испытывать акушеру во время схватки, его рука должна оставаться в матке совершенно неподвижной.

Частые схватки и упругие стенки матки, особенно у первобеременных, могут чрезвычайно затруднить поворот. В таких случаях помогает наркоз. Иногда частые, быстро следующие друг за другом схватки под влиянием чрезмерных раздражений (грубые и бесцельные внутриматочные манипуляции и пр.) переходят одна в другую совершенно без промежутков. Матка находится в состоянии непрерывного сокращения (*tetanus uteri*). Всякие попытки к повороту в таких случаях, понятно, противопоказаны. Матка нуждается в отдыхе (морфин, атропин, иногда в комбинации с морфином).

Частые схватки и упругие стенки матки, особенно у первобеременных, могут чрезвычайно затруднить поворот. В таких случаях помогает наркоз. Иногда частые, быстро следующие друг за другом схватки под влиянием чрезмерных раздражений (грубые и бесцельные внутриматочные манипуляции и пр.) переходят одна в другую совершенно без промежутков. Матка находится в состоянии непрерывного сокращения (*tetanus uteri*). Всякие попытки к повороту в таких случаях, понятно, противопоказаны. Матка нуждается в отдыхе (морфин, атропин, иногда в комбинации с морфином).

Частые схватки и упругие стенки матки, особенно у первобеременных, могут чрезвычайно затруднить поворот. В таких случаях помогает наркоз. Иногда частые, быстро следующие друг за другом схватки под влиянием чрезмерных раздражений (грубые и бесцельные внутриматочные манипуляции и пр.) переходят одна в другую совершенно без промежутков. Матка находится в состоянии непрерывного сокращения (*tetanus uteri*). Всякие попытки к повороту в таких случаях, понятно, противопоказаны. Матка нуждается в отдыхе (морфин, атропин, иногда в комбинации с морфином).



4. Высокое стояние пограничного (по другой терминологии—контракционного) кольца. Выше, когда речь шла о схватках, мы отметили, что во время схваток сокращающийся и поднимающийся кверху полый мускул отделяется от растягивающегося нижнего сегмента заметной через наружные покровы бороздой, известной под названием пограничного, или, как его еще именуют, контракционного кольца. В нормальных условиях это кольцо не должно подниматься выше четырех поперечных пальцев над лобком. Если оно поднимается выше и особенно если его строго горизонтальное направление переходит в косое, это говорит о том, что нижний сегмент матки растянут за пределы возможности, притом настолько, что ему грозит опасность разорваться, может произойти разрыв матки в области нижнего сегмента. Высокое стояние (на уровне пупка) и косое направление пограничного кольца (появление так называемого ретракционного кольца, см. стр. 418)—один из признаков угрожающего разрыва матки. Часто это имеет место в тех случаях, когда изгнание плода встречает непреодолимые трудности, например, при узком тазе, гидроцефалии, запущенном поперечном положении и пр. Попытки к повороту при чрезмерно растянутом нижнем сегменте могут только ускорить его разрыв. Поэтому высокое стояние пограничного кольца (появление ретракционного кольца) является противопоказанием к повороту. В таких случаях показаны плодоразрушающие операции. Если нет противопоказаний и имеются соответствующие условия, можно поставить вопрос о родоразрешении путем абдоминального кесарева сечения.

Во всех случаях, где предвидятся трудности при повороте, следует прибегать к двум приемам, на которые указывалось выше и которые могут облегчить, а иногда и устранить эти трудности: к глубокому наркозу и приданию роженице положения с высоко приподнятым тазом.

Надо иметь в виду, что операция поворота во все ее моменты представляет известную угрозу в смысле разрыва нижнего сегмента. Помимо того, пограничное кольцо, особенно во время схватки, представляет несомненные трудности для прохождения руки. В подобных случаях при производстве поворота следует придерживаться определенных установок.

Предлежащая часть обычно стоит почти неподвижно над входом в таз. С большой осторожностью вводят руку в нижний сегмент матки (грубые манипуляции могут повести к разрыву!), еще более осторожно отодвигают предлежащую часть в сторону и с меньшей осторожностью проникают рукой (распластанные пальцы) мимо сократившегося пограничного кольца в полость матки. Разумеется, все это делают только во время пауз между схватками. В затруднительных случаях приходится проводить пальцы мимо пограничного кольца постепенно, один за другим. В полости матки для руки акушера уже имеется большое пространство, но обычно предплечье так крепко обхватывается пограничным кольцом, что рука как бы парализуется.

Как только захвачена ножка, необходимо осторожно свести ее кзади (книзу). По правилу ее тоже захватывают не всей рукой, а только двумя пальцами, так как пограничное кольцо с трудом может пропустить захваченную двумя пальцами ножку.

Наиболее ответственный момент операции, когда начинается самый поворот плода вокруг его поперечной оси. В этот момент возникают два затруднения: во-первых, пограничное кольцо может не пропустить в полый мускул (в полость матки) лежащую в нижнем сегменте головку, причем форсированные движения могут повести к разрыву матки; во-вторых, во время поворота иногда обнаруживается такое положение, когда плод, находясь еще в поперечном положении, целиком лежит в нижнем сегменте

с ущемившейся головкой. Последнее чаще наблюдается в том случае, если акушер после захватывания ножки забывает перенести наружную руку с тазового конца плода на головной, чтобы способствовать отталкиванию головки. При таком ущемлении головки в случае малейшей неосторожности со стороны оперирующего врача может произойти разрыв матки. Чтобы избежать этого, следует: 1) при отталкивании наружной рукой головки кверху толкать ее в направлении к середине матки, чтобы таким образом вывести головку из-под пограничного кольца; 2) если это не удастся, на захваченную ножку наложить петлю, захватить и низвести вторую ножку, после чего попытаться снова вывести ущемившуюся головку (после низведения обеих ножек тело плода удастся легче согнуть и повернуть). Если, наконец, и этот прием не достигает цели, некоторые рекомендуют применить так называемый двойной ручной прием Юстины

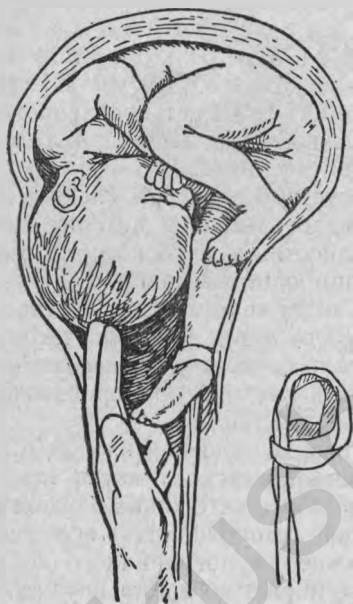


Рис. 197. Наложение петли при повороте на ножку.

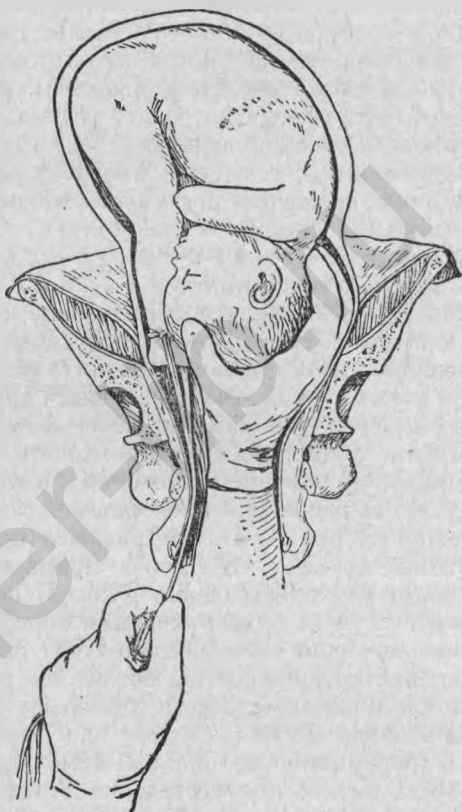


Рис. 198. Двойной ручной прием по Зигемундин-Смелли.

**Зигемундин-Смелли.** Сущность его заключается в следующем. На захваченную ножку накладывают петлю. Тесьмы или полоски марли достаточно для того, чтобы сделать так называемую «мертвую петлю». Если ножка лежит близко, петля накладывается легко; особого описания, как это делать, не требуется. Надо только помнить, что петля должна быть наложена выше лодыжек. Если же ножка находится высоко, наложить петлю весьма трудно. Ведь внутренняя рука не должна ни на одну секунду оставлять захваченной ножки, иначе последняя быстро ускользает кверху. Поэтому петлю приходится подавать внутренней руке каким-нибудь инструментом, например, корнцангом (специальные петлеводы на практике не привились). Внутренней рукой акушер захватывает с инструмента петлю и накидывает ее на захваченную ножку. Убедившись, что петля сидит

крепко, выводят внутреннюю руку наружу. Внутрь (в половые органы) вводят другую руку, соответствующую головке плода; этой рукой отталкивают головку кверху и к середине, а наружной рукой в то же время тянут за петлю, т. е. за тазовый конец. Помимо этого, помощник должен со стороны наружных покровов роженицы помогать указанным манипуляциям. Таким образом, на оба конца, головной и тазовый, действуют обе руки акушера (двойной ручной прием) (рис. 197 и 198).

Прием этот чрезвычайно опасен. Н. Н. Феноменов назвал его «поворотом во что бы то ни стало». «Нет сомнения,—пишет он,—что даже в очень трудных случаях поворот при таком образе действия может удасться, но зато какой ценой,—это другой вопрос. Поступая сказанным образом, вы рискуете встретиться с таким серьезнейшим повреждением родового пути, которое еще в весьма недавнее время было безусловно смертельным (разрыв матки). Своевременное решение этого вопроса в пользу эмбриотомии чрезвычайно важно».

В последнее время в пользу двойного ручного приема высказался Штекель. Рекомендовать этот прием даже технически опытному акушеру рискованно. Однако и без рекомендации акушер в исключительных случаях, в виде пробы, с какой-то долей риска, все же прибегает к нему. Обстоятельства вынуждают к этому (живой плод и настоятельное желание матери иметь ребенка).

Во всяком случае рядовой акушер при ущемившейся во время поворота головке должен действовать по указанной выше схеме: сначала попробовать осторожно оттолкнуть головку; если она не отталкивается,—свести вторую ножку, а если и после этого головка остается в том же положении,—сделать перфорацию.

5. После неудачных попыток повернуть плод расположение частей его может быть таково, что ориентировка становится затруднительной. Приходится внутренним исследованием определить расположение частей плода. При помощи «ложной» руки (т. е. не той, которая требуется по правилам) удается иногда дойти до ножки.

6. К моменту поворота другая трудность заключается в том, что при захвате ножки вторая ножка перекрещивается с первой. Выходом из положения является захватывание и низведение второй ножки.

7. Крупный плод также может представить затруднение при повороте. В этом случае может также помочь низведение второй ножки.

8. Необходимо еще раз остановиться на повороте при заднем виде поперечного положения плода после отхождения вод.

Выше было указано, что при заднем виде поперечного положения и наличии вод рекомендуется захватить вышележащую ножку с тем, чтобы плод повернулся спинкой вперед. Однако при отошедших водах захватывание вышележащей ножки бывает не только трудным, но иногда даже опасным. Ввиду этого, вопреки правилам, можно захватывать и нижележащую ножку. Но для того, чтобы другая ножка не села «верхом» на симфиз, следует тянуть захваченную нижележащую ножку не в направлении к симфизу, но по возможности кзади, вдоль крестца. Чтобы предупредить возможность поворота плода спинкой кзади, приходится иногда захватить в дальнейшей и вторую ножку, чтобы повернуть плод спинкой вперед.

Подведя итоги всему сказанному выше относительно трудностей и неудач поворота, подчеркиваем, что практический врач должен в основном помнить следующее.

Если почему-либо поворот не удастся, акушер, стараясь найти причину, прежде всего должен начинать с себя.

1. Может быть, он поворот делает во время схватки? При волнении можно забыть, что поворот надо делать вне схватки. Предположим, что этого нет.

2. Может быть, тракция делается неправильно? Тракцию надо делать кзади, а врач, забывая это, делает ее на себя или, еще хуже, в направлении к симфизу. Допустим, что и этого нет, тракции делаются правильно.

3. Может быть, произошло ущемление головки? Врач забыл, что после захватывания ножки наружная рука должна быть немедленно перенесена с тазового конца плода на головной, в связи с чем и произошло ущемление головки. Если это имеет место, надо сначала попробовать осторожно оттолкнуть головку; если она не отталкивается,—низвести вторую ножку, если и после этого головка не выводится,—сделать перфорацию.

4. Может быть, произошло перекрещивание ножек—при захвате ножки вторая перекрещивается с первой? Следует свести вторую ножку.

### **ВНУТРЕННИЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОВОРОТ ПРИ НЕПОЛНОМ РАСКРЫТИИ ЗЕВА МАТКИ (РАННИЙ ПОВОРОТ—ПОВОРОТ ПО БРЭКСТОН-ГИКСУ)**

Классический внутренний поворот, как мы видели, производится в конце периода раскрытия при совершенном зеве. В отличие от него внутренний комбинированный поворот делается при неполном раскрытии зева, а потому он называется **р а н н и м**, или **п р е ж д е в р е м е н н ы м**. Само собой разумеется, что при незначительном расширении маточного зева невозможно проникнуть всей рукой в полость матки. В этих случаях в матку вводят только несколько пальцев, обычно два (**д в у п е р с т ы й п о в о р о т**). Ясно, что главной действующей рукой в данном случае будет наружная. Называть только этот поворот **к о м б и н и р о в а н н ы м** не совсем правильно, так как по существу и типичный (классический) внутренний поворот также является комбинированным (участвуют обе руки). Поэтому рациональнее, может быть, сохранить за этим способом поворота название **р а н н е г о п о в о р о т а**.

Теоретически ранний поворот можно делать как на головку, так и на ножку. Практически, однако, он делается только на ножку.

Поворот этот имеет то преимущество перед классическим, что его можно производить еще в начале периода раскрытия (рис. 199).

### **Показания к раннему повороту**

1. **П р е д л е ж а н и е д е т с к о г о м е с т а (placenta praevia)**. При лечении этого тяжелого осложнения беременности и родового акта предложен ряд мероприятий.

В клинических условиях наилучшим выходом при предлежании плаценты, особенно при центральном ее варианте, будет кесарево сечение. С помощью его скорее и лучше можно достигнуть цели. Но кесарево сечение является операцией клинической, т. е. такой, которую можно производить при наличии опытного, владеющего техникой абдоминальных чревосечений акушера, при наличии опытных помощников и необходимой обстановки—операционной со всеми ее атрибутами. Понятно, все это не всегда и не везде можно иметь.

Рекомендуемый некоторыми (в интересах плода) метрейриз в настоящее время большинством клиник редко применяется при placenta praevia (мало-надежный способ для остановки кровотечения, трудность вставления метрейриштера, который к тому же не всегда и не везде имеется под руками, опасность инфекции и пр.).

Разрыв плодного пузыря, как мы знаем, ведет к цели только при краевом предлежании плаценты, при наличии хороших схваток и головном предлежании.

Для практического врача наиболее удачным выходом для родоразрешения при предлежании детского места является ранний поворот. Сделав поворот на ножку, сведя последнюю, врач при помощи ее прижимает плаценту к стенке нижнего сегмента, т. е. производит своего рода тампонаду и тем самым способствует остановке кровотечения. Сведя ножку настолько, чтобы остановить кровотечение (не до колена!), в дальнейшем роды предоставляют естественному течению. Нет ничего более ошибочного и опасного, как после раннего поворота, даже после полного открытия маточного зева, извлекать плод за тазовый конец. Извлечение плода за тазовый конец, даже при полном открытии зева, следует считать при placenta graevia centralis акушерской ошибкой. «Разрывайте пузырь, делайте поворот, но не извлекайте», — учил Н. Н. Феноменов. Рождение плода здесь должно быть предоставлено силам самого организма. Если в дальнейшем, после сведения ножки, начинается кровотечение, надо подтянуть ножку, которая, вступая своим более широким объемом, снова тампонирует шейку, останавливая тем кровотечение. Одновременно впрыскивание питуитрина дает иногда хорошие результаты.

Существенным недостатком раннего поворота является высокая смертность (до 80%) родившихся детей, хотя немалую роль в этом играет то обстоятельство, что большинство детей при placenta graevia — недоношенные. В современных родовспомогательных учреждениях (в клинической обстановке), конечно, ранний поворот следует считать операцией, несовместимой с интересами плода, а поэтому, как мы говорили выше, в необходимых случаях его надо заменять кесаревым сечением или метрейризом.

В последнее время при предлежании детского места предлагают использовать прием Иванова-Гауса (стр. 386). При placenta graevia centralis этот прием дает мало утешительные результаты, а поэтому большинство рекомендует его только при неполном (краевом и боковом) предлежании детского места.

2. Поперечное положение при раннем отхождении вод. В прежнее время при раннем отхождении вод и наличии поперечного положения делали поворот на ножку во избежание развития запущенного поперечного положения. В дальнейшем клинические наблюдения показали, что поворот на ножку при раннем отхождении вод ведет к большой смертности плодов от асфиксии. При поперечном положении правильное ждать полного раскрытия и только после этого делать поворот на ножку с последующим извлечением плода. В случае раннего отхождения вод вводят предохранительный резиновый баллон во влагалище (кольпейринтер) или в матку (метрейринтер), выжидают полного раскрытия зева, затем делают поворот и извлечение. В том случае, когда имеется поперечное положение, мертвый плод и раннее отхождение вод, можно производить поворот по Брэкстон-Гиксу.

3. Выпадение пуповины при предлежании головкой и при неполном раскрытии зева. Некоторые рекомендуют в случае выпадения пуповины при черепном предлежании и неполном раскрытии зева, если ее не удастся вправить, делать ранний поворот на ножку, что будто бы более благоприятно для плода в прогностическом отношении. Большинство не разделяет этого мнения.

## Условия, необходимые для раннего поворота (по Брэкстон-Гиксу)

1. Маточный зев должен быть проходим для двух пальцев. В крайних случаях можно начать поворот и при раскрытии зева на один палец. При этом вводят раньше один палец, затем постепенно и второй. При *placenta praevia*, где главным образом показан ранний поворот, расширения шейки производить нельзя (*cave!*), да оно обычно и не требуется, так как шейка уже бывает проходима для двух пальцев.

2. Плод должен быть совершенно подвижен, плодный пузырь цел. Последнее имеет относительное значение, но все же надо помнить, что при отошедших водах ранний поворот чрезвычайно трудно выполним.

3. Не должно быть никаких показаний к немедленному окончанию родов, так как при раскрытии зева на два пальца немедленное извлечение плода невозможно. В этом случае показаны другие операции (чаще разрез шейки с последующей краниотомией).

4. *Conjugata vera* должна быть не ниже 8—8,5 см, если имеется в виду рождение живого ребенка.

### Техника операции раннего комбинированного поворота

Подготовка обычная, как ко всякой акушерской операции. Желателен наркоз.

Надо иметь наготове пулевые щипцы (для разрыва плодного пузыря и для захватывания ступни ножки плода), корнцанг и абортцанг, которыми удобно захватить и вывести ножку через узкий зев, а также марлевый бинт для наложения петли.

**Ход операции.** Во влагалище целиком вводится соответствующая рука (правила см. стр. 186), а в шейку матки—только два-три пальца, которые разрывают пузырь и проникают в матку. Введенные пальцы прежде всего отталкивают предлежащую часть в сторону спинки плода. Наружная рука в это время лежит на дне матки. Оттолкнув головку, внутренние пальцы стараются проникнуть по возможности глубже, в то время как наружная рука низводит ко входу в таз ягодицы плода вместе с ножками. Не смешать ручки с ножкой! Ножка узнается по пяточному бугру. Как только удалось захватить ножку (любую) двумя пальцами выше лодыжек, следует подтянуть ее книзу, отталкивая наружной рукой головку вверх. Здесь обычно встречаются два затруднения: 1) трудно пальцами разорвать плодный пузырь (толстые, плотные оболочки, самый пузырь чересчур податлив) и 2) трудно захватить и провести захваченную ножку через раскрытый на два пальца зев. В последнем случае рекомендуется ввести в матку инструмент (пулевые щипцы), которым можно легко и не причиняя вреда плоду захватить и низвести ножку (рис. 200).

Что касается разрыва плодного пузыря, то при центральном предлежании детского места дорогу прокладывают через всю толщу плаценты (продельвают ход через центр), избегая ее отслойки, а пузырь вскрывают инструментом (пулевыми щипцами).

**Прогноз при повороте.** Для матери прогноз при наружном повороте тот же, что и при нормальных родах. Иначе обстоит дело при типичном классическом (внутреннем) повороте. Опасности, угрожающие здесь роженице, следующие.

1. Инфекция. Пройдя рукой в полость матки, акушер рискует занести туда микробов, гнездящихся на руке или в области вульвы и вла-

галища. Тщательная дезинфекция рук акушера и наружных половых органов роженицы в значительной мере предупреждает занос инфекции. До известной степени этому способствует и то обстоятельство, что при таком повороте все манипуляции делаются в полости водной оболочки, и рука, таким образом, не входит в соприкосновение со стенкой матки.

Если за поворотом непосредственно следует извлечение плода, то в силу быстро вслед за этим сокращения матки опасность инфекции еще больше уменьшается, и наоборот, если вслед за поворотом не производится извлечение плода и роды затягиваются, микробы находят благоприятную почву для своего размножения в половых органах. Одинаково неблагоприятны в смысле инфекции всякого рода повреждения при повороте (сдавливание тканей, всевозможные разрывы и пр.).

Не забывать после поворота назначать предупредительные против инфекции меры (сульфаниламиды, пенициллин).

**2. Повреждения.** Выше указывалось, что у женщин с узкими и неподатливыми наружными половыми частями возможны разрывы входа и самого влагалища. В целях предупреждения разрывов, как мы говорили, безуспешно применяют разрез промежности (перинеотомия) и расширение влагалища кольеиринтером.

Если врач стремительно вводит руку в матку, не фиксируя ее дно, наружной рукой, то может произойти очень серьезное осложнение в виде разрыва сводов влагалища. Но самое серьезное и самое опасное осложнение при внутреннем повороте на ножку—это разрыв матки.

**Признаки** происшедшего разрыва матки: прекращение схваток, явления абдоминального шока, отхождение или наступившая мобильность бывшей до того неподвижной предлежащей части, иногда отчетливое прощупывание частей плода через брюшные покровы и небольшие кровянистые выделения из влагалища. Подробнее о симптомах угрожающего и происшедшего разрыва матки см. стр. 419—421.

Разрыв матки при отсутствии подлежащей врачебной помощи неизбежно влечет за собой смерть роженицы; почти так же обстоит дело и при *placenta praevia*. Ввиду этого практическому врачу, не владеющему техникой абдоминального чревосечения и при отсутствии необходимой для лапаротомии обстановки, надо помнить, что трудному повороту следует предпочесть относительно более легкую плодоразрушающую операцию. В таких случаях акушер не должен переоценивать значение поворота. Нельзя придерживаться распространенного среди врачей мнения, что там, где невозможно наложить щипцы, следует делать поворот. Такой образ



Рис. 199. Поворот по Брэкстон-Гиксу.

действия, проводимый ортодоксально, на практике может повести к серьезным и опасным последствиям. Недопустимо, понятно, делать поворот, если головка уже плотно стоит в тазу, когда собственно показаны щипцы. Но нельзя также делать поворота и тогда, когда головка стоит над входом в таз, воды давно уже отошли, плод потерял всякую подвижность, пограничное кольцо поднимается все выше и выше, словом,

когда налицо признаки угрожающего разрыва матки. В таких случаях показан не поворот, а перфорация.

К опасностям, угрожающим при повороте плоду, надо отнести следующие.

Прогноз для плода при классическом внутреннем повороте во много раз серьезнее, чем для матери. Смертность плодов, стоящая в прямой зависимости от поворота, доходит до 50%. Если сюда прибавить еще смертность новорожденных, приходящуюся на первые дни после родов, то потеря детей будет еще большей. Ввиду этого в каждом отдельном случае предсказание для плода необходимо ставить очень осторожно. Не говоря уже о том, что во время поворота может быть сдавлена пуповина или случайно нарушено прикрепление детского места, обычно у плода тут же после поворота наблюдается замедление сердцебиения. В некоторых случаях сердцебиение

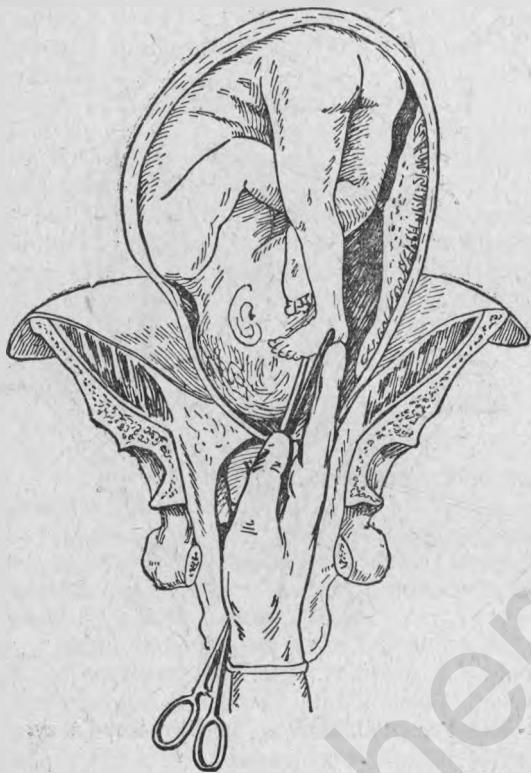


Рис. 200. Захватывание ножки плода пулевыми щипцами при повороте по Брэкстон-Гиксу.

снова выравнивается. Но после поворота часто сердцебиение плода прогрессивно ухудшается, что в конечном результате ведет к смерти плода. В свое время во избежание асфиксии плода было предложено выжидать с его поворотом до тех пор, пока зев будет настолько раскрыт, что можно будет тут же вслед за поворотом произвести и извлечение плода. Если предвидится раннее отхождение вод, во влагалище вводят кольпейринтер. Если имеется раннее отхождение вод, в матку вводят, до полного раскрытия зева, метрейринтер. Когда в первом и во втором случае зев совершенно раскрыт, надо сделать поворот и тут же извлечь плод, как это будет описано дальше.

Прогноз при раннем повороте. Этот способ поворота сам по себе, быть может, и безопасен для матери, но так как его приходится обычно применять при предлежании детского места, то опасности, связанные с этим тяжелым осложнением, приходится числить в пассиве самой операции.

При предлежании плаценты роженице может угрожать развитие инфекции, смерть от кровотечения и разрывов, а также смерть от воздушной эмболии.



1. **И н ф е к ц и я.** При раннем повороте, применяемом по поводу placenta praevia, имеется значительная опасность инфекции. Объясняется это тем, что плацентарная площадка, наиболее уязвимая в смысле проникновения инфекции, лежит при placenta praevia очень близко к влагалищу, где содержатся всевозможные микробы. Особенно опасна в этом отношении тампонада влагалища и матки в связи с предлежанием детского места.

2. **К р о в о т е ч е н и е.** Выше говорилось о том, что в распоряжении акушера-клинициста имеется несколько надежных способов терапии при предлежании плаценты. Что касается практического врача, то для него доступным и наиболее простым способом является ранний поворот. К сожалению, в некоторых случаях даже остановка кровотечения уже бесполезна. Это имеет место там, где вследствие сильной кровопотери возникли необратимые изменения (в центральной нервной системе и т. д.).

3. **Р а з р ы в ы.** Большую опасность для матери представляют разрывы в области шейки, которая при placenta praevia по существу представляет настоящую кавернозную ткань. Ввиду этого необходимо принять за правило при предлежании детского места не делать извлечения плода вслед за поворотом. Даже освобождение головки или ручек может повести к серьезным разрывам. Плод при placenta praevia имеет мало шансов остаться живым, поэтому не следует рисковать жизнью матери.

Необходимо указать на одно обстоятельство, которое нередко ведет к разрывам шейки. Недостаточно опытный врач, делая ранний поворот, превращает его в типичный (классический) внутренний поворот. Это обычно происходит так. Введя всю руку во влагалище, врач стремится захватить двумя пальцами, введенными в матку, как-нибудь любую ножку. Прием технически трудный. Два пальца внутренней руки, несмотря на существенную помощь наружной руки, только касаются ножки, скользят по ней, но не захватывают ее. Стремясь как-нибудь фиксировать ножку, врач пробует ввести (почти автоматически) третий палец. Это легко удается. Ткань шейки здесь податлива, часто предательски уступчива. За третьим пальцем следует четвертый, а за ним и вся рука. Последующее, часто смертельное, кровотечение из разорванной шейки заставляет врача сознать свою ошибку. Отсюда и правило для оперирующего врача: не превращать при предлежании детского места начатый ранний поворот в классический внутренний (типичный).

4. **В о з д у ш н а я э м б о л и я.** Проникновение воздуха в круг кровообращения матери может произойти при placenta praevia и при отсутствии врачебного вмешательства. Все же чаще это осложнение наблюдается, когда поворот производится по поводу предлежания детского места. Особенно опасно, если врач делает при повороте введенной во влагалище рукой движения, напоминающие действие поршня при нагнетании воды или воздуха. Во время таких манипуляций во влагалище нагнетается воздух, затем он может попасть в открытые кровеносные сосуды и синусы низко лежащей плацентарной площадки и при соответствующих условиях (резкая анемия, расслабленная мускулатура матки и пр.) повести к воздушной эмболии. Во время поворота, предпринимаемого по поводу предлежания детского места, внутренняя рука не должна делать нагнетательных движений (вперед назад).

**Прогноз для плода.** Опасности для плода при раннем повороте в связи с предлежанием плаценты весьма велики. Смертность достигает 75—80%. Причин такой высокой смертности несколько: частичная отслойка детского места, сдавливание плаценты, длительное течение родов, тяжелая анемия матери и, главное, недоношенность плода.

---

---

## АКУШЕРСКИЕ ПОСОБИЯ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Извлечением плода (*extractio foetus clunibus graevis*) называется ряд акушерских ручных приемов, с помощью которых находящийся в тазовом предлежании плод выводится через родовые пути наружу.

При головном предлежании извлечь плод можно с помощью удобного, в практическом отношении хорошо сконструированного инструмента (щипцов). Для извлечения плода при тазовых предлежаниях такого инструмента нет и приходится чередовать одну за другой различные ручные манипуляции, выработанные в акушерстве за долгий период его развития.

Прежде чем перейти к описанию способов извлечения плода за тазовый конец, вкратце напомним особенности течения родов при тазовом предлежании.

Тазовые предлежания, как и черепные, относятся к продольным положениям. Следовательно, роды при них могут заканчиваться самостоятельно, силами самого организма. Однако акушеру нередко приходится вмешиваться активно, чтобы закончить их благополучно в интересах матери и плода.

Уже период раскрытия отличается особенностями, требующими бдительного внимания акушера. Нередко период раскрытия протекает очень медленно, сопровождаясь слабостью родовой деятельности. Недостаточное закрытие предлежащей частью «пояса соприкосновения» ведет к тому, что в нижнем полюсе плодместилища скапливается много околоплодной жидкости, а это часто вызывает ранний разрыв плодного пузыря. В связи с этим нередко наблюдается выпадение пуповины—обстоятельство, которое, кстати сказать, при тазовых предлежаниях не имеет такого рокового значения для плода, как при головном предлежании.

Далее в периоде изгнания может наступить опасность для плода вследствие сдавливания пуповины. После того как прорезались ягодицы, пуповина неизбежно придавливается вставляющейся в этот момент в малый таз головкой, и жизнь плода, таким образом, будет зависеть от скорости прохождения головки, или, что одно и то же, от длительности сжатия пуповины. Длительное сдавливание пуповины ведет к прекращению плацентарного кровообращения и к смерти плода.

Несмотря на частые осложнения, которые встречаются при родах тазовым концом, все-таки в большинстве случаев такие роды протекают совершенно нормально. Задача врача при них будет заключаться в том, чтобы по возможности не нарушать своим вмешательством взаимного расположения частей плода, так как при правильном и ненарушенном членорасположении роды в тазовом предлежании могут закончиться естественным путем, без всякой помощи со стороны врача.

Если имеется тазовое предлежание, врач прежде всего обязан предупредить раннее отхождение вод.

Уложить роженицу в постель и избегать лишнего внутреннего исследования—вот два условия, выполнение которых может этому способствовать.

С того момента, как отошли воды, необходимо самым тщательным образом проверять (считать!) сердцебиение плода. Это единственный клинический симптом, который своевременно может сигнализировать об опасности, грозящей плоду. Отхождение первородного кала—признак асфиксии при черепном предлежании,—при предлежании тазовым концом ничего не означает: меконий может выжиматься чисто механически.

Рождение плода при тазовых предлежаниях практически удобно разбить на четыре отдельных этапа:

- а) рождение до пупка;
- б) рождение от пупка до нижнего угла лопаток;
- в) рождение ручек;
- г) рождение головки.

К тому времени, когда плод рождается до пупка, его головка вставляется в таз, и как раз с этого момента возникает для плода реальная опасность прижатия пуповины. Такое сжатие (нарушение кровообращения) плод может выдерживать не более 5 минут. Если оно будет продолжаться свыше 5 минут, плод родится в асфиксии. Прижатие пуповины в течение 10 минут приводит к тому, что плод рождается в тяжелейшей асфиксии, из которой его не всегда удается вывести. Наконец, через 15 минут от момента прижатия пуповины плод будет мертвым. Отсюда ясно, врач должен принимать все меры к скорейшему пререзыванию ручек и головки. Если после рождения плода до пупка в течение ближайших двух схваток плод не выйдет наружу, акушер должен приступить к освобождению ручек и головки. Акушерское пособие по освобождению ручек и головки известно под названием ручного пособия при тазовых предлежаниях.

Ручное пособие, таким образом, является помощью при втором, а чаще при третьем и четвертом этапах родов при тазовом предлежании. Такое пособие надо строго отличать от операции извлечения плода за тазовый конец.

Различие заключается в следующем.

Ручное пособие мы оказываем почти при каждом случае тазового предлежания, тогда как извлечение плода за тазовый конец делается только по строгим показаниям (см. дальше). При извлечении плода за тазовый конец мы искусственно воспроизводим все четыре этапа родов при тазовом предлежании, т. е. извлекаем весь плод, от пяток до головки, тогда как при ручном пособии плод извлекается только после рождения до пупка, т. е. здесь воспроизводятся только три, а чаще два последних этапа рождения плода при тазовом предлежании (рождение ручек и головки).

Такое различие между ручным пособием и экстракцией плода за тазовый конец необходимо строго проводить в интересах плода. Если применяется ручное пособие, т. е. выключается первый этап рождения плода, то, как правило, верхняя часть туловища плода, главным образом ручки, сохраняют свое нормальное членорасположение—ручки остаются на грудке, не запрокидываются. При извлечении плода за тазовый конец, как бы *lege artis* не производилась операция, мы все же делаем ее форсированно, во всяком случае рождение плода происходит не так, как при схватках-потугах, а поэтому ручки теряют свое нормальное членорасположение, запрокидываются за головку.

## ПОКАЗАНИЯ К ИЗВЛЕЧЕНИЮ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Мы только что говорили об особенностях течения родов при предлежании тазовым концом и об осложнениях, которые при них встречаются на протяжении родового акта. При этом подчеркивалось, что тазовые предлежания—это, строго говоря, физиологические роды, а поэтому врач должен ограничивать свое вмешательство при них до минимума. Несвоевременное и бесполезное потягивание ножки плода ведет к запрокидыванию ручек за головку и отхождению подбородка от грудки, что в этом периоде родов является серьезным осложнением. Разогнувшаяся головка (в дефлексии) должна проходить через родовой канал большими своими размерами, роды затягиваются, причем неизбежное прижатие пуповины долго стоящей во входе головкой (как последняя причина) приводит к гибели плода.

Таким образом, мы еще раз повторяем, при самопроизвольных родах с тазовым предлежанием показания к вмешательству появляются только со второго, а чаще с третьего этапа родов, т. е. с момента рождения плода до пупка, когда приходится оказывать так называемое ручное пособие (см. ниже).

Операция извлечения плода за тазовый конец (извлечение всего плода—от пяток до головки) производится, как мы сказали, только при строго определенных показаниях. В общем их можно сформулировать так: извлечение плода (экстракция) за тазовый конец показано в том случае, если необходимо в интересах матери или плода, а чаще обоих вместе, быстро закончить роды (пороки сердца, заболевания почек, эклампсия, преждевременная отслойка детского места, иногда повышенная температура матери, начинающаяся асфиксия плода и др.).

В случае тазового предлежания, которое было получено после поворота, при наличии показаний и необходимых условий вслед за поворотом, как об этом уже говорилось, следует произвести извлечение плода: меньше опасности в смысле инфекции для матери и меньше опасности в смысле асфиксии для плода.

При слабой родовой деятельности требуется сугубый консерватизм в показаниях к извлечению плода за тазовый конец. Вследствие быстрого опорожнения матки, при наличии слабых схваток, в результате поспешной экстракции, может произойти гипотоническое кровотечение.

Так же осторожно надо решать вопрос об экстракции плода при ножном предлежании.

Роды при тазовых предлежаниях в общем протекают сравнительно медленно, и если из вульварного кольца показалась ножка, за которую можно потянуть и тем самым как будто ускорить роды, некоторые врачи, а чаще акушерки, поддаются этому соблазну быстро и верно, как им кажется, закончить роды. Последствия таких необоснованных попыток обычно бывают роковыми для плода и далеко не безразличными для матери.

Мы настоятельно рекомендуем строго придерживаться описанной выше методики ведения родов при тазовом предлежании, в частности, при ножном.

### УСЛОВИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ

Операция производится при наличии следующих условий.

1. Полное сглаживание шейки и совершенное раскрытие маточного зева. При экстракции плода имеется

в виду извлечь целиком весь плод через естественные родовые пути. По-нятно, все мягкие части родового канала должны быть настолько раскрыты, чтобы не было никакого препятствия для прохождения плода. Акушер должен отдавать себе ясный отчет в тех осложнениях, которые могут возникнуть в результате попыток извлечения плода при недостаточно раскрытом зеве, а осложнения эти могут быть весьма серьезными. Вследствие сопротивления со стороны нераскрытого (узкого) маточного зева ручки плода запрокидываются кверху и освободить их трудно. Потягивание (тракции) за туловище после освобождения ручек ведет к тому, что маточный зев тугим кольцом охватывает шейку плода, в силу чего головка застревает в полости матки. Если при таких условиях упорно настаивать на своем, т. е. с силой извлекать плод, шейка матки непременно разорвется в том или другом месте, иногда по всей длине до места прикрепления брюшины. Кровоизлияния в клетчатку, тяжелое последующее заболевание, а иногда и смерть от кровопотери или от сепсиса—вот исходы такой рискованной попытки. К тому же во время длительных манипуляций по освобождению головки и плод обычно гибнет от асфиксии.

Помимо недостаточного раскрытия маточного зева, причиной затруднения при извлечении плода может быть спазм мускулатуры шейки.

Ввиду всего этого перед операцией извлечения плода за тазовый конец необходимо обращать сугубое внимание на состояние маточного зева. Для устранения спазма надо применить наркоз. Если, несмотря на малое или недостаточное раскрытие зева, все же требуется срочно закончить роды, предварительно делают насечки шейки матки, как это описано в соответствующем месте (стр. 379) или производят так называемое влагалищное кесарево сечение (при несглаженной шейке).

2. Отсутствие значительных степеней сужения таза: истинная конъюгата должна быть не менее 8—8,5 см. Цель операции извлечения—получить живой плод. Плод должен пройти через костный канал (таз) невредимым. Незначительные степени сужения таза—истинная конъюгата составляет 8—9 см—можно при извлечении головки преодолеть без осложнений. Меньших размеров конъюгата является уже противопоказанием к извлечению плода за тазовый конец.

3. Плод не должен иметь чрезмерно больших размеров. При нормальном тазе рождение чересчур крупного плода представляет большие трудности (получается функциональный или акушерский узкий таз). Если чрезмерно крупный плод должен родиться хотя бы и при анатомически нормальном тазе, то извлечение при таких условиях обычно ведет к его гибели.

Особенно большие затруднения представляют собой роды, когда плод имеет какие-либо пороки развития, например, врожденную кистозную почку, гидроторакс и др.

Если своевременно распознан тот или иной порок развития и необходимо срочно закончить роды в интересах матери, извлечение показано только в том случае, когда можно устранить имеющиеся препятствия (например, пункция кистозной опухоли, выпускание жидкости при гидроцефалии и пр.).

Особого внимания в этом отношении заслуживает водянка головки (hydrocephalus). Попытка к извлечению головки при наличии водянки может повести к большим осложнениям. К сожалению, часто о водянке головки плода вспоминают слишком поздно. Надо поставить себе за правило перед каждым поворотом и извлечением тщательно исследовать головку и ее размеры. Помимо того, если во время извлечения плода через нормальный таз и хорошо расширенные мягкие пути родового канала вывести головку

все же не удается, надо подумать о том, нет ли водянки головки. Если она имеется, показан, как уже говорилось, прокол головки даже живого плода.

4. Плодный пузырь должен быть разорван.

### Приготовления к операции

Для выполнения операции извлечения плода за тазовый конец необходимо положение роженицы на спине и обязательно на операционном столе или на рахмановской кровати.

Как уже упоминалось, при самопроизвольном течении родов с предлежанием тазовым концом может возникнуть необходимость в так называемом ручном пособии. Оказывать ручное пособие можно только в том случае, если роженица лежит на спине. Таким образом, к тому моменту, когда начинают прорезываться ягодицы, женщина должна уже лежать на спине. С этого времени акушер должен быть готовым оказывать требуемое пособие. Женщинам с узким тазом во время прохождения головки через вход в таз рекомендуется придавать положение по Вальхеру, но пользоваться им надо во-время. Операцию экстракции плода за тазовый конец можно делать и без наркоза. Он необходим у первородящих, в трудных случаях (узкий таз) или у особо возбудимых рожениц.

Надо помнить, что ни одна из акушерских операций не способствует в такой мере асфиксии плода, как извлечение его за тазовый конец.

### РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Выше мы говорили, что в интересах плода необходимо строго проводить различие между ручным пособием (извлечение плода, начиная от нижнего угла лопатки, иногда от пупка) и операцией экстракции плода за тазовый конец (извлечение всего плода, начиная с ножек). Повторяем, что в родовом акте при тазовом предлежании можно различать четыре этапа: 1) рождение плода до пупка, 2) рождение плода от пупка до нижнего угла лопаток, 3) рождение ручек, 4) рождение головки.

Рождение плода до пупка в нормальных условиях должно происходить самостоятельно, медленно и спокойно. В большинстве случаев этот этап особых мероприятий со стороны врача не требует. В следующие этапы, наоборот, часто необходимо врачебное вмешательство: таким вмешательством и является ручное пособие при тазовых предлежаниях.

### ТЕХНИКА РУЧНОГО ПОСОБИЯ

Женщина лежит на операционном столе, врач стоит наготове в ожидании соответствующего момента для вмешательства. К моменту рождения плода до пупка все должно быть подготовлено для ручного пособия. Никаких потягиваний за ножку, осторожно с пуповиной! Только в случаях так называемого сидения плода верхом на пуповине надо осторожно, не сжимая пуповины, освободить ее через переднюю ягодицу.

Если после рождения плода до пупка в ближайшие две схватки роды не произойдут (это определяется максимально 3—5 минутами), следует приступить к ручному пособию.

Ручное пособие по существу начинается с освобождения ручек. Этот акт начинают только тогда, когда в вульварном кольце показался нижний угол лопаток,—ни выше, ни ниже. В этот момент ручки доступны извлечению. Если потянуть слишком сильно за тазовый

конец, ручки могут уже запрокинуться за головку, что чрезвычайно затруднит их освобождение. Если же начать освобождение ручек раньше, чем появится нижний угол лопаток, опять-таки трудно дойти пальцами внутренней руки до ручки плода, чтобы вывести ее из половой щели.

Таким образом, к ручному пособию надо готовиться со второго этапа родов в тазовом предлежании, после того как плод родится до пупка. Этот этап будет подготовительным для освобождения ручек.

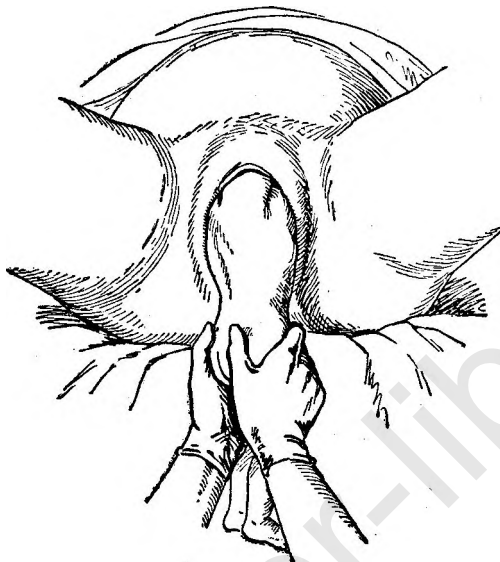


Рис. 201. Выведение туловища до нижнего угла лопаток (первый этап ручного пособия).

Второй этап рождения плода—от пупка до нижнего угла лопаток—проводится таким образом.

Когда плод родится до пупка, следует осмотреть пуповину, не натянута ли она. Если она натянута, ее надо ослабить (save!), а если нельзя ослабить, то перерезать. В последнем случае, понятно, надо спешить с окончанием родов.

Туловище плода захватывают обеими руками в области бедер. Захватывать туловище таким образом (как рекомендуют некоторые), что большие пальцы располагаются сзади, вдоль позвоночника, а остальные на гребешках подвздошных костей,—менее удачный прием. Пальцы, расположенные на гребешках подвздошной кости, могут соскользнуть на брюшную стенку плода и травмировать брюшные внутренности, особенно печень (кровоизлияния!).

Расположив руки так, как показано на рис. 201, акушер переводит туловище плода в прямой размер выхода таза. Влечения за туловище (тракций) делать не надо. Теперь следует найти нижний угол лопаток и во время приступать к освобождению ручек. Прием при отыскивании нижнего угла лопатки таков. Удерживая туловище плода рукой, расположенной на верхнем (переднем) бедре, врач двумя пальцами другой руки идет вдоль позвоночника плода: указательный палец движется по остистым отросткам позвонков, средний—параллельно ему, на расстоянии 2—3 см, все время стараясь нащупать нижний угол лопатки. Когда

в половой щели покажется нижний угол лопатки, ручки, как мы уже говорили, доступны извлечению.

Первый этап ручного пособия (подготовительный) закончен. Приступают ко второму этапу—освобождению ручек.

Освобождение ручек—второй этап ручного пособия.

При освобождении ручек необходимо руководствоваться основными правилами:

1) каждая ручка освобождается соответствующей рукой акушера,—правая ручка—правой рукой, левая—левой;

2) первой всегда освобождается «задняя» ручка, помещающаяся у промежности, так как здесь больше простора для манипуляции;

3) вторая ручка также освобождается у промежности, для чего туловище плода поворачивают на  $180^\circ$ .

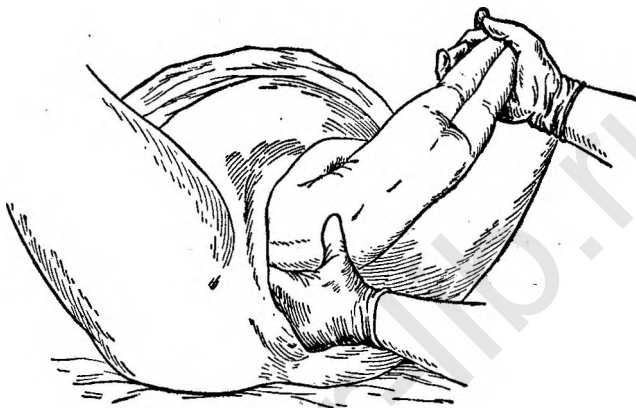


Рис. 202. Ножки сильно отведены в сторону противоположного пахового сгиба.

Технически это делается так. Туловище плода захватывается в прямом размере таза, одно его плечико помещается под симфизом, другое—в выемке крестцовой кости. Свободной рукой (разноименной задней ручке) захватываются ножки, причем все туловище плода энергично отводится кверху (кпереди), к соответствующему паховому сгибу матери (рис. 202). Указательным и средним пальцами другой руки, одноименной задней ручке плода, входят внутрь со стороны спинки плода, вдоль по лопатке, по плечу, по локтевому сгибу до предплечья, стараясь без насилия свести последнее кзади (книзу), описав небольшую дугу сверху вниз. Ручка должна освободиться так, чтобы при движении кзади (книзу) она не отходила от туловища, как бы скользая по личику («плод умывается»). Как только задняя ручка оказалась снаружи, немедленно приступают к освобождению второй ручки, находящейся спереди под симфизом. Чтобы освободить эту «переднюю» ручку, необходимо и ее сделать «задней», т. е. перевести в область промежности, где имеется, как мы сказали, больше простора для манипуляций. Для этой цели акушер кладет обе руки плашмя на туловище плода таким образом, чтобы одна рука под симфизом лежала на переднем плечике, а другая—на заднем освобожденном плечике. Захваченное таким образом в области грудки (не касаться животика!) туловище плода поворачивается вокруг своей оси на  $180^\circ$ , причем спинка плода должна пройти под симфизом (поддерживать передний вид!), но не по промежности.



При таком поворачивании туловища плода следует придерживаться некоторых правил, которые облегчают ход операции. Положив, как указано выше, ладони обеих рук на грудь, большие пальцы расположив на его спинке параллельно позвоночнику, поворачивают плод вокруг его оси передней ручкой назад, никогда при этом не потягивая плод книзу. Наоборот, захватив туловище обеими руками, надо, поворачивая его, одновременно как бы вталкивать вглубь. Так легче повернуть плод и не ущемить ручек. После поворота туловища на  $180^\circ$  передняя ручка должна быть сзади, в области крестцовой впадины. Теперь



Рис. 203. Освобождение второй ручки после поворота туловища на  $180^\circ$ . Вид со стороны животика плода.

приступают к ее освобождению. Вторая ручка освобождается так же, как и первая. Захватив ножки рукой, обращенной ладонью к животу плода, энергично отводят туловище к противоположному паховому сгибу. Указательным и средним пальцами одноименной руки (одноименной задней ручке) входят со стороны спинки в родовые пути, двигаясь по лопатке, плечу, локтевому сгибу до предплечья плода, надавливая на которое освобождают ручку описанным выше способом (рис. 203).

Указанные приемы в некоторых трудных случаях могут быть недостаточными для освобождения ручек. Тогда приходится вместо двух пальцев—указательного и среднего, вводить четыре (кроме большого).

При освобождении ручек надо помнить о двух опасных моментах.

**Первый**—это круговой обхват ручки большим и указательным пальцами. Такой обхват если не всегда, то часто ведет к перелому ручки. Поэтому при освобождении ручек никогда не следует вводить большой палец в половые органы (во влагалище).

**Второй**—это низведение ручки книзу не по личику и грудке, а через затылок, вдоль по спинке книзу. Тяжелые повреждения и переломы—обычные результаты подобной оплошности.

О других трудностях, встречающихся при освобождении ручек, будет речь впереди.

Следует упомянуть о приеме освобождения ручек, рекомендованном Мюллером. В отличие от обычного способа, Мюллер предлагает не освобождать ручки, а предоставить им родиться самим. Первым моментом приема по Мюллеру будет оттягивание вниз туловища плода до тех пор, пока из-под дуги не покажется переднее плечико и пока соответствующая ручка не подойдет под лонное соединение. Обычно теперь переleyная ручка сама выходит наружу. После этого туловище энергично поднимают вверх (второй момент пособия по Мюллеру), пока из-под промежности не прорежется заднее плечико и не родится задняя ручка.

При соответствующих условиях (нормальный или только слегка суженный таз, небольшой плод) и правильном применении способ Мюллера можно использовать с известными шансами на успех. При других условиях все же лучше и надежнее сразу приступить к типичному способу освобождения ручек, а еще лучше — к способу Н. А. Цовьянова, который в настоящее время дает значительно лучшие результаты по сравнению с описанной выше методикой.

О с в о б о ж д е н и е г о л о в к и—третий этап ручного пособия. Как только будет освобождена вторая ручка, немедленно приступают к освобождению головки.

Еще раз напомним, что последующая головка проходит через родовой канал точно таким же образом, как и предлежащая. При правильном механизме она и здесь должна проходить через таз в состоянии флексии и окружностью, соответствующей малому косому размеру. Проходя через родовой канал, согнутая головка должна пройти своим прямым размером через поперечный размер входа в таз, через соответствующий косой размер полости таза и через прямой размер его выхода. При прорезывании подзатылочная ямка фиксируется под нижним краем симфиза, вся же противоположная часть головки вокруг этой точки фиксации (подзатылочной ямки) проделывает большой круг вращения. Одно за другим, вращаясь вперед, выкатываются через промежность личико и темя плода.

Производя освобождение последующей головки как последний акт ручного пособия, врач должен полностью подражать всем фазам и моментам физиологического механизма рождения последующей головки. Такое искусственное воспроизведение механизма родов последующей головки достигается с помощью различных приемов (их много).

П р и е м п р а ж с к и й—С м е л л и. В половые органы вводится та рука, которая освобождала вторую ручку. Плод сидит верхом на этой внутренней руке, что дает надежную опору висящему в воздухе туловищу плода. Ногтевую фалангу указательного пальца внутренней руки акушер вводит в ротик плода. Введенный в ротик палец не является влекущей силой. Он должен только поддерживать сгибание головки, если она согнута, или несколько согнуть ее, если она разогнута. Другая (наружная) рука захватывает крючкообразно согнутыми указательным и средним пальцами плечико плода, как показано на рис. 204. Эта рука играет роль влекущей силы. Здесь надо обращать внимание на то, чтобы концы указательного и среднего пальцев не заходили в надключичную ямку плода. Вследствие прижатия нервного сплетения к I ребру может получиться паралич Эрба (двигательный паралич вследствие прижатия нервного сплетения к I ребру).

Теперь начинается самый ответственный момент освобождения головки. Каждой рукой акушер выполняет определенную задачу. Внутренней рукой поддерживает головку во все время операции в состоянии флексии, т. е. придает ей при следовании через таз наименьший размер. Преследуются и другая цель—способствовать правильной ротации головки, переходу ее из поперечного размера входа в косой размер полости, а потом и в прямой размер выхода таза. Сохранять правильное взаимоотношение между стреловидным швом и размерами таза—это вторая существенно важная задача, которую акушер должен выполнить внутренней рукой при освобождении головки.

Наружная рука при освобождении головки играет роль влекущего аппарата, она производит тракции (влечение). Направление тракций при этом, понятно, должно совпадать с проводной осью таза в каждом отдельном ее отрезке, как указывалось выше. Пока головка находится во входе в таз, направление тракций, если представить себе акушера стоящим, должно идти на его носки. Если головка спустилась в полость таза, направляющая линия тракций идет на колени сидящего врача. К тому моменту, когда подзатылочная ямка показывается под нижним краем симфиза,

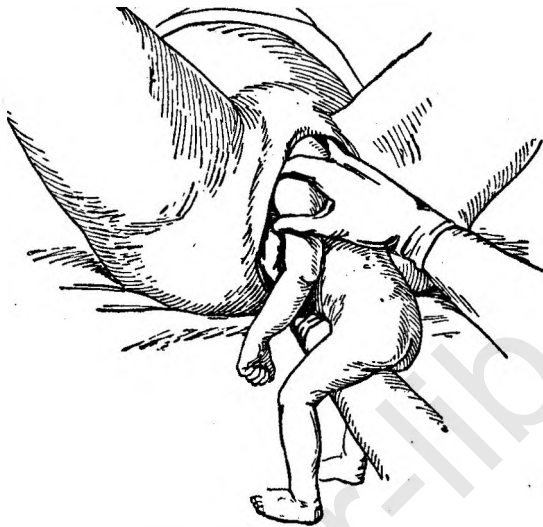


Рис. 204. Третий этап ручного пособия: освобождение головки. Плод сидит верхом на левой руке акушера.

наружная рука приостанавливает свою влекущую силу и начинается, главным образом с помощью внутренней руки, поворот головки через промежуток вокруг фиксированной под симфизом подзатылочной ямки. Очень важно во время освобождения головки иметь помощника, который должен помогать извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшные стенки.

Во время прохождения головки через вход в таз рационально придать роженице висячее положение (по Вальхеру). Считаем необходимым еще раз напомнить, что при вальхеровском положении увеличивается прямой размер входа в таз и уменьшается прямой размер выхода. Следовательно, оно показано при прохождении головки через вход в таз, но не через выход таза. В последнем случае, если бы потребовалось увеличить прямой размер выхода, можно использовать так называемое положение при камнесечении (подтягивание бедер к животу).

**ТЕХНИКА РУЧНОГО ПОСОБИЯ  
ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ по Н. А. ЦОВЬЯНОВУ  
(ЧИСТО ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ)**

Способ Н. А. Цовьянова применяется при чисто ягодичном предлежании. Сущность способа заключается в том, чтобы поддерживать нормальное членорасположение ножек плода (сгибание в тазобедренных и разги-

бание в коленных суставах): ножки при таком положении, прижимая к грудной клетке скрещенные ручки плода, предохраняют их от запрокидывания.

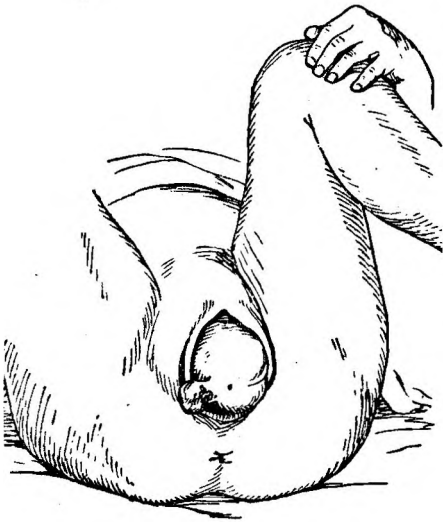


Рис. 205. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. После рождения передней (предлежащей) ягодицы уточняется позиция плода.

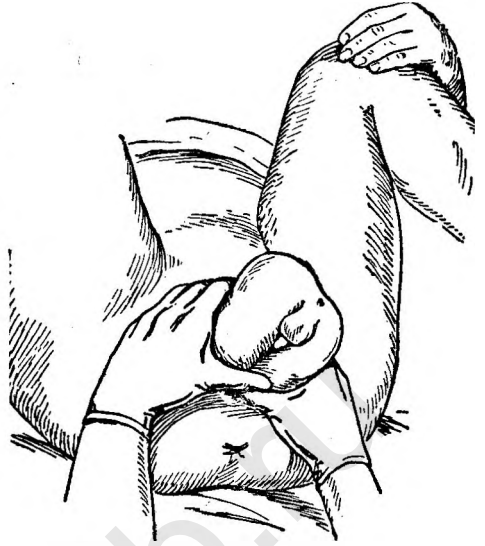


Рис. 206. Туловище плода переходит в левый косой размер таза.

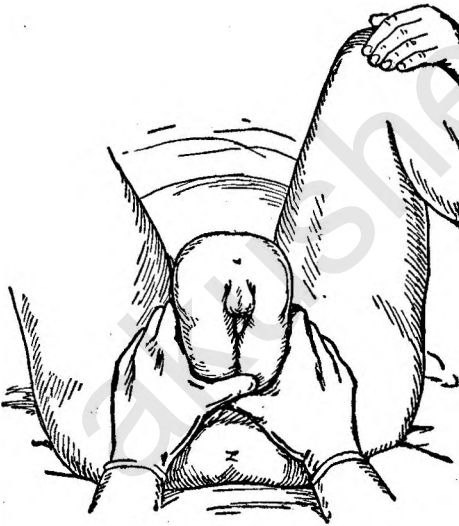


Рис. 207. Туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди (кверху).



Рис. 208. Родившиеся ягодицы устремляются вверх. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища.

Технически ручное пособие по Н. А. Цовьянову делается так.

Когда ягодицы при чисто ягодичном предлежании, прорезавшись в прямом размере выхода таза, переходят или уже перешли в один из косых

его размеров (при первой позиции—в левый косой, при второй—в правый), необходимо во избежание некоторого провисания ягодиц уже теперь поддерживать их: этим до известной степени предупреждается преждевременное выпадение ножек.

При прорезывании уточняют позицию плода по положению половых органов (рис. 205), после чего большие пальцы акушера, охватывая бедра плода, располагаются на задней их поверхности, а остальные пальцы— в области крестцовой кости. Такое расположение рук акушера не только предупреждает провисание ягодиц и преждевременное выпадение ножек, но и способствует (рис. 206) направлению ягодиц кпереди (кверху— к лону).

Перемещение ягодиц вместе с туловищем до пупочного кольца (будь то самостоятельное или при помощи акушера) сопровождается переходом их из косого размера в поперечный (рис. 207): родившиеся ягодицы устремляются вверх (рис. 208). Дальнейшее рождение туловища плода (до нижнего угла лопатки) несколько затрудняется из-за пружинящего действия ножек, вытянутых и прижатых к брюшной стенке плода.

Большие пальцы, охватывающие бедра плода, перемещаясь по их поверхности, постепенно скользящими движениями перемещаются к голеням по направлению к задней спайке вульвы (*commisura posterior*). Важно, чтобы перемещаемые по бедрам пальцы держались границ задней спайки.

Такое расположение больших пальцев и их целенаправленное перемещение препятствуют несвоевременному выпадению ножек плода, что в свою очередь поддерживает нормальное членорасположение ручек—они не запрокидываются.

Туловище плода снова постепенно переходит в косой размер и к моменту рождения плода до нижнего угла лопаток ягодицы устанавливаются в прямом размере; при этом переднее плечико подходит под лонную дугу.

Для облегчения самостоятельного рождения из-под лонной дуги передней ручки рекомендуется направлять ягодицы несколько на себя и к соответствующему бедру роженицы (при первой позиции—к левому) (рис. 209). Для рождения задней ручки плод приподнимается кверху (кпереди). В этот момент одновременно с рождением задней ручки обычно выпадают ножки (пятки) плода.

В случае, если задняя ручка сама не выпадает, она без труда освобождается из крестцовой впадины.

При отсутствии показаний к быстрому извлечению плода все манипуляции, связанные с ручным пособием по Н. А. Цовьянову, делают медленно, не спеша.



Рис. 209. Родившиеся ягодицы акушер направляет несколько на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить рождение передней (верхней) ручки из-под лонной дуги.

Выведение последующей головки, чаще всего уже находящейся на тазовом дне, не представляет затруднений: достаточно направлять ягодичцы плода на себя и кверху (не препятствуя ротации головки), чтобы согнутая головка прорезалась, причем, как правило, почти без помощи со стороны акушера. Если этого почему-либо не происходит, ее выводят обычными приемами.

При применении способа Н. А. Цовьянова некоторые (З. Я. Гендон) рекомендуют производить ишио-ректальную анестезию новокаином по Вишневному (см. «Наркоз», стр. 168).

**Способ Н. А. Цовьянова при родах в ножном предлежании.** Основной причиной большой смертности плода при родах в тазовом предлежании, особенно ножном, является, как мы видели, запрокидывание ручек и ущемление головки в судорожно сокращающейся шейке матки. Поэтому важнейшим условием правильного ведения родов при тазовых предлежаниях является изгнание плечевого пояса и головки плода при полном открытии маточного зева.

Многолетние наблюдения Н. А. Цовьянова показали, что при родах в ножном предлежании можно добиться полного раскрытия маточного зева с помощью технически простого приема, требующего, однако, от акушера большого опыта и терпения (выдержки).

Методика этого приема в изложении автора состоит в следующем.

Если диагностировано тазовое предлежание и отошли воды, необходимо немедленно сделать влагалищное исследование (определить подвид тазового предлежания, степень раскрытия маточного зева, степень сглаживания и ригидности краев шейки). Измеряется и диагональная конъюгата. С помощью наружного исследования определяется высота стояния пограничного кольца.

При наличии ножного предлежания над роженицей устанавливается особое наблюдение, которое в основном сводится к тому, чтобы не допустить рождения ножек (появления их из влагалища). При появлении в вульварном кольце пяток плода их тотчас прикрывают стерильной пеленкой; акушер (сидящий лицом к роженице, справа от нее) ладонной поверхностью руки, приставленной к вульве, при каждой схватке систематически оказывает противодействие изгнанию ножек наружу (рис. 210), не давая им родиться раньше времени. Продолжительность такого противодействия будет различной в зависимости от раскрытия шейки матки, которое имело место до применения этого приема, а также от нарастания частоты и силы схваток-потуг, изменения высоты стояния пограничного кольца, силы, с какой напрягается промежность и вульва и, наконец, что весьма важно, от реакции самой роженицы на противодействие, оказываемое акушером.

По мере открытия (сглаживания) шейки матки ягодичцы плода начинают опускаться во влагалище, образуя, таким образом, вместе с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. При сглаживании шейки и полном раскрытии наружного зева расправляются влагалищные своды, оттягиваясь вверх. Шейка и влагалище превращаются в одну сплошную трубку. При дальнейшем противодействии продвижению предлежащей части растягивается промежность и широко раскрывается половая щель у роженицы. С этого момента дальнейшее противодействие ножкам плода прекращается. При следующей схватке-потуге, не встречая препятствий, плод обычно изгоняется наружу.

Самым надежным и ценным признаком, указывающим на полное раскрытие маточного зева (наиболее ответственный и трудный момент рекомендуемого способа), служит высота стояния пограничного кольца, а также начало потужной деятельности. Практически важно помнить, что при нормально протекающих родах в головном предлежании наивысшая граница,

которой достигает пограничное кольцо, примерно проходит на середине расстояния между лобком и пупком.

Обязательным условием ведения родов при ножном предлежании является систематическое выслушивание сердцебиения плода—после каждой схватки-потуги, чтобы ускорить окончание родов в случае начинающейся асфиксии плода, а также тщательное наблюдение за состоянием нижнего сегмента матки. Задержка поступательного движения плода, по наблюде-

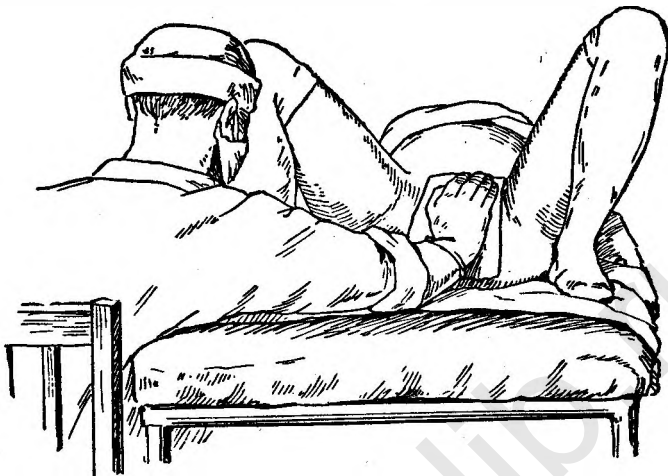


Рис. 210. Ручное пособие при ножных предлежаниях по Н. А. Цовьянову.

ниям Н. А. Цовьянова, не отражается на сердцебиении плода, так как плацентарное кровообращение при этом не нарушается.

Продолжительность оказываемого противодействия на ножки плода, по данным Н. А. Цовьянова, колеблется в пределах 20 минут—4 часов.

### ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

В отличие от ручного пособия, которое оказывается при самопроизвольно протекающих родах тазовым концом, экстракция плода при тазовом предлежании является операцией, при помощи которой извлекается весь плод, начиная с ножек.

Операция извлечения плода за ножку сама по себе никаких инструментов не требует. При всех условиях это операция ручная (мануальная).

В течение первого этапа операции—извлечения нижнего конца туловища (до пупка)—следует действовать спокойно и медленно, производя тракции главным образом во время схваток.

#### Извлечение плода при неполном ножном предлежании

Предлежащей ножкой является передняя. Если она лежит еще во влагалище, ее надо свести двумя пальцами книзу, для чего вводится по общему правилу рука, соответствующая мелким частям плода, считая сторону акушера. Затем большой палец этой руки (или обеих рук) акушер кладет вдоль икроножных мышц голени с тем, чтобы конец его пришелся в подколенную ямку (рис. 211). Остальные четыре пальца охватывают голень спереди. Таким образом, вся голень лежит как бы в шине, чем в значительной мере предупреждается возмож-

ность перелома ножки. Во всяком случае надо избегать кругового обхвата ножки во избежание ее перелома. Затем производят тракции (влечение) за ножку (тракции книзу, гезр. кзади), стараясь постепенно извлечь всю нижнюю конечность (рис. 212). В случае надобности другая рука, обхватывая кисть руки, держащей ножку, помогает извлечению конечности. Делая тракции, надо обращать внимание на то, чтобы ножка по мере своего поступательного движения поворачивалась сгибательной стороной вперед, что будет показывать, что плод ротируется спинкой кпереди. По мере того, как нижняя конечность все больше и больше продвигается наружу, вторая рука захватывает ножку выше первой точки таким же образом, как это делала первая рука.

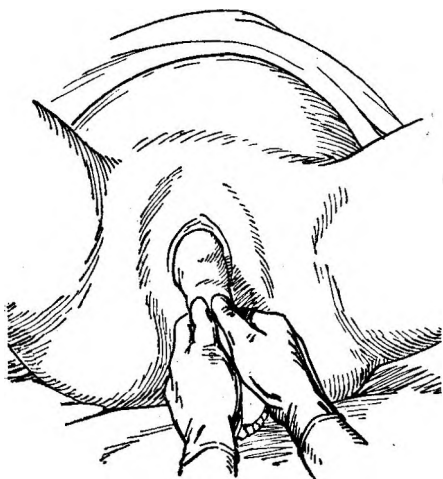


Рис. 211. Первый этап операции извлечения плода за тазовый конец. Расположение рук акушера при извлечении ножки за голень.

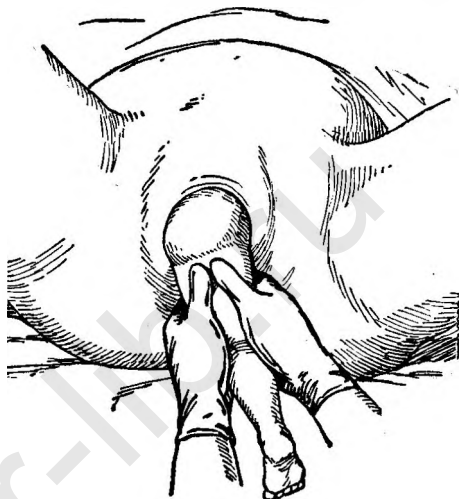


Рис. 212. Извлечение за бедро.

Так постепенно проводится извлечение до тех пор, пока под нижним краем симфиза не покажется паховый сгиб идущей впереди ножки. Показались ягодичцы. Акушер должен помочь прорезыванию ягодич, введя для этого указательный палец (один, а не два!) соответствующей одноименной руки в паховый сгиб. Передняя подвздошная кость, таким образом, представляет собой точку вращения (гипомохлион), вокруг которой вся ягодичная область должна проделать оборот через промежность. Помогая этому естественному движению тазового конца, акушер захватывает переднее бедро плода обеими руками, энергично приподнимая его кверху. Задняя ягодичная область при этом постепенно выкатывается через промежность наружу (рис. 213). Никогда не надо освобождать вторую, в данном случае заднюю ножку. При дальнейших тракциях ножка выпадает сама или освобождается в конце первого этапа экстракции (при рождении туловища до пупка). Она, идя вместе с ягодичцами, расширяет мягкие родовые пути.

Иногда выпавшей оказывается задняя ножка. Если выпавшая задняя ножка имеет тенденцию повернуться вперед, надо соответствующими тракциями помочь повороту ее вперед. Нужно только не забывать, что этот поворот идет вдоль промонтария.

После прорезывания ягодич акушер кладет оба больших пальца вдоль по крестцу плода, обхватывая остальными пальцами



верхний отдел обоих его бедер (не на *crista ossis ilei*—пальцы могут соскользнуть на животик!). Тракции теперь делаются несколько более горизонтально (на себя). Так ведется первый этап экстракции (до пупка).

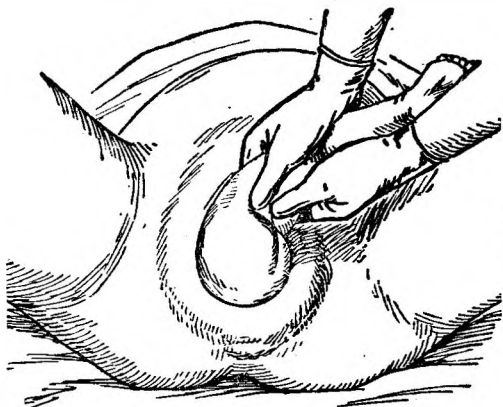


Рис. 213. Прием при прорезывании ягодиц: ягодичная область плода прорезывает оборот через промежность.

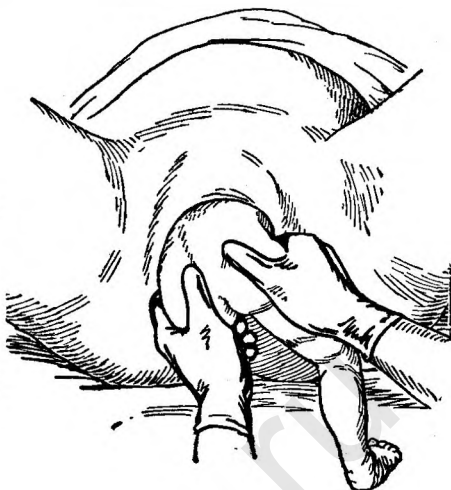


Рис. 214. Расположение рук акушера при извлечении туловища плода после рождения ягодиц.

Показался пупок. Осматривают пуповину, не натянута ли она; если натянута, ее надо ослабить или даже перерезать; в последнем случае, понятно, необходимо спешить с окончанием родов.

Дальше идет второй этап экстракции—извлечение до нижнего угла лопатки. Он ведется так, как описано выше, при ручном пособии.

Освобождение ручек, третий этап экстракции, соответствует второму этапу ручного пособия, а освобождение головки, четвертый этап экстракции,—третьему этапу ручного пособия. Все это описано в разделе о ручном пособии при тазовых предлежаниях (стр. 208—213).

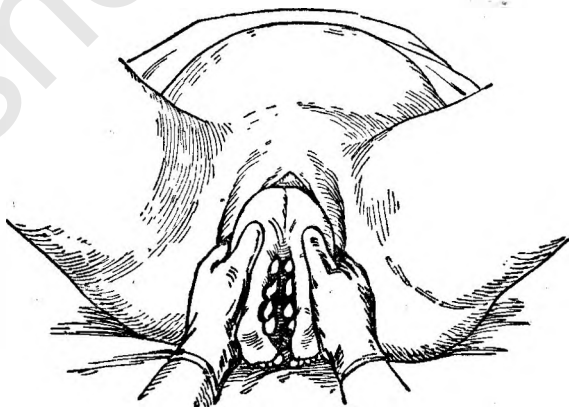


Рис. 215. Извлечение плода при полном ножном предлежании.

#### **Извлечение плода при полном ножном предлежании**

Первый этап экстракции (до пупка) начинается сведением обеих ножек. При дальнейшем извлечении ножек обе руки акушера располагаются таким образом, что большие пальцы лежат вдоль икроножных мышц плода, а остальные обхватывают голень спереди, как это изображено на рис. 215. По мере извлечения обе руки постепенно и последовательно скользят по ножке сверху, так что руки врача все время

находятся вблизи вульвы. Прорезывание ягодич проиходит таким же образом, как и при неполном ножном предлежании.

Особого внимания требуют те случаи, при которых спинка плода обращена кзади (задний вид). При самопроизвольном течении родов спинка обычно поворачивается вперед, и таким образом неправильный вид позиции исправляется сам собой. К сожалению, поворот спинки кпереди не всегда происходит кратчайшим путем. Иногда спинка по промоторию поворачивается резко кзади, с тем, чтобы уже в дальнейшем, описав почти полный круг, вернуться кпереди.

При наличии обращенной кзади спинки врач должен сделать попытку повернуть плод спинкой вперед, не прибегая, однако, при этом к чрезмерному насилию. Если поворот спинкой вперед наикратчайшим путем не удастся, следует попытаться повернуть плод спинкой вперед в обратном направлении. Иногда это удается. Если врач желает убедиться, в каком направлении идет поворот плода, надо или нажать на плод сверху через брюшные стенки, или, выждав схватку, убедиться в направлении поворота туловища. Если поворот спинки кпереди не удается, освобождение ручек и головки весьма затрудняется. Для этого требуются специальные приемы, о чем речь будет дальше.

## ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ ЯГОДИЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

### ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ СМЕШАННОМ (ПОЛНОМ) ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Извлечение плода при смешанном ягодичном предлежании в общем делается так же, как и при ножных предлежаниях. Некоторое различие будет только в первом этапе экстракции (извлечение до пупка). При смешанном ягодичном предлежании первый этап извлечения всегда



Рис. 216 Первый этап извлечения плода при смешанном ягодичном предлежании: низведение ножки.

начинается низведением ножки. Ножка низводится по общим правилам: захватывается впереди лежащая ножка, т. е. верхняя, рукой, соответствующей мелким частям плода, считая сторону акушера (рис. 216). Низведением ножки смешанное ягодичное предлежание переводится в неполное ногопредлежание, при котором извлечение в дальнейшем делается так же, как при неполном ножном предлежании.

### ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ (НЕПОЛНОМ ЯГОДИЧНОМ) ПРЕДЛЕЖАНИИ

Если при извлечении плода в случае ножных предлежаний встречаются затруднения, когда освобождают ручки и головку, то экстракция при чисто ягодичных предлежаниях, помимо того, может представить значитель-

ные трудности при первом этапе (извлечение до пупка). Особенно большие трудности могут встретиться в том случае, если ягодыцы стоят уже крепко вколотившимися в таз. При высоком стоянии ягодиц, когда они подвижны, само собой понятно, чисто ягодичное предлежание удастся перевести в неполное ножное предлежание низведением ножки.

Ввиду этого удобнее рассмотреть отдельно экстракцию плода при чисто ягодичном предлежании с вколотившимися в таз ягодицами и извлечение его при высоко и подвижно стоящих ягодицах.

### Извлечение плода при глубоко стоящих в тазу ягодицах

Эта операция—одна из трудных в оперативном акушерстве. Для роженицы результат ее не так редко бывает тяжелым, а для плода—часто роковым. Это следует иметь в виду тем более, что способы извлечения вколотившихся в родовый канал ягодиц, надо сказать, довольно многочисленные, далеко не всегда надежны в смысле получения желательного эффекта.

Все способы, применяемые при экстракции плода в случаях чисто ягодичного предлежания с вколотившимися в таз ягодицами, можно разделить на две группы: 1) ручные приемы извлечения и 2) инструментальные приемы.

**Техника ручного извлечения плода при чисто ягодичном предлежании.** Ручное извлечение представляет собой мягкий, негрубый, но в то же время трудный, а к тому же мало надежный прием. С помощью пальцев акушер может регулировать и дозировать свою мышечную силу, так сказать, во время чувствуя возможные повреждения. Поэтому при всяких условиях надо начинать извлечение плода при вколотившихся ягодицах именно с ручных приемов.

Ручные приемы легче выполнить в том случае, если ягодицы стоят низко, ближе к вульве. Еще лучше они удаются, если ягодицы уже прорезываются или по крайней мере находятся в начале периода прорезывания. Тогда обычно нетрудно захватить тазовый конец пальцами обеих рук и развить достаточную силу при сравнительно меньшей сопротивляемости со стороны материнских тканей.

Необходимо твердо помнить одно: всякого рода попытки свести ножку при глубоко сидящих в тазу ягодицах являются врачебной ошибкой (переломы бедра).

Техника извлечения плода при низком, resp. глубоко (вблизи вульвы), стоянии ягодиц в общем следующая. Указательный палец одноименной ножке плода руки вводят в соответствующий паховый сгиб. Если можно ввести указательные пальцы в оба паховые сгиба, тем лучше. Вводить в паховый сгиб больше одного пальца нельзя, так как второй введенный палец при маленьких размерах бедра должен лечь вне пахового сгиба—на бедро, что неизбежно поведет к его перелому.

Вводя указательный палец (со стороны спинки) в паховый сгиб, врач делает тракцию отвесно кзади (книзу), причем так, чтобы влекущая сила была направлена на таз плода (рис. 217), а не на бедренную кость (рис. 218), в последнем случае может быть перелом бедра. Для усиления тракций рекомендуется обхватить оперирующую руку другой рукой в области запястья (рис. 219).

Захватив таким образом тазовый конец плода, стараются вывести под нижний край симфиза переднюю ягодицу. Как только это удалось, передняя ягодица всей подвздошной костью становится точкой вращения (гипомохион), около которой вторая (задняя) рука акушера вместе с задней ягодицей делает круговой поворот над промежностью. При всех указанных

манипуляциях помощник помогает извлечению, применяя способ выжимания плода по Кристеллеру.

Если ягодичы стоят не в выходе, а еще в полости таза, то, естественно, захватить плод можно только одной рукой. Для этого вводят указательный палец в паховый сгиб, легче всего, конечно,—в передний паховый сгиб. Но если бы оказалось возможным легче проникнуть в задний сгиб, от этого отказываться не следует. Зацепившись указательным пальцем за тот или иной паховый сгиб, стараются развить максимальную силу, чтобы стянуть ягодичы плода вниз, к выходу таза. Так как делать тракцию одной рукой здесь чрезвычайно трудно, используют вторую руку, которая тянет за первую руку, как указано на рис. 219. Не у всякого акушера достаточно силы в пальцах, чтобы низвести одним пальцем ягодичы из полости таза к выходу. Особенно трудно сделать это у первородящих с их упругими,



Рис. 217. Извлечение плода за тазовый конец при чисто ягодичном предлежании. Правильная тракция пальцем, введенным в паховый сгиб.



Рис. 218. Извлечение плода за тазовый конец при чисто ягодичном предлежании. Неправильная тракция за бедренную кость.



Рис. 219. Извлечение за ягодичы. Палец введен в передний паховый сгиб.

неподатливыми тканями. Обычно при сильном влечении начинаются судороги в пальцах и операцию приходится прерывать. В таких случаях еще более уместна помощь помощника, который должен применять способ Кристеллера.

**Инструментальное извлечение.** Инструментальное извлечение плода за тазовый конец (петлей, крючком, щипцами) дает высокий процент тяжелых повреждений плода.

Поэтому им допустимо пользоваться только в том случае, если плод мертвый.

а) Извлечение плода за ягодичы с помощью петли. Чтобы заменить быстро устающий палец, который к тому же слишком короток для этой манипуляции, пользуются петлей, сделанной из тесьмы, полоски марли, резинового жгута и пр. Ее проводят через паховый сгиб так же, как и палец. Для проведения петли через паховый сгиб был предложен ряд инструментов (петлеводов), но они в практике не получили распространения. Поэтому акушеру приходится пользоваться собственным пальцем. Делается это так. Один конец тесьмы акушер обвертывает вокруг указательного пальца руки, одноименной переднему пахо-

вому сгибу плода, и прижимает к паху средним пальцем. Затем вводит во влагалище руку, а указательный и средний пальцы—в передний паховый сгиб с концом петли, который проталкивается по возможности глубже между бедрами. Конец тесьмы после этого захватывается со стороны ягодицы и вытягивается наружу. Некоторые рекомендуют накладывать петлю (марлевую) таким образом, чтобы она обхватывала весь таз плода в виде пояса, причем оба ее конца должны быть выведены между бедрами плода. Во всяком случае любой способ накладывания петли—далеко не такая легкая манипуляция, как это кажется с первого взгляда.

Извлечение при помощи петли следует производить, подражая схваткам, с паузами между извлечениями. Во время пауз надо ослаблять петлю, чтобы дать тканям передышку. Как только ягодицы начинают прорезываться, сейчас же снимают петлю и заканчивают извлечение с помощью описанных выше ручных приемов.

Наименьшую травму при извлечении плода наносит сложенная в несколько слоев марля. Хуже в этом отношении действует резиновый жгут, который к тому же портится от времени.

К недостаткам извлечения ягодиц с помощью петли, помимо технических трудностей ее введения, следует отнести часто наблюдаемые переломы бедра, а также протирание и разможнение мягких частей пахового сгиба. Происхождение переломов будет понятным, если вспомнить, что петля очень легко соскальзывает из пахового сгиба и, становясь при влечении (тракциях) перпендикулярно к длиннику бедра, неизбежно ведет к его перелому.

б) Извлечение ягодиц с помощью тупого крючка. Устройство тупого крючка видно на рис. 220. Основной недостаток этого инструмента заключается в том, что он может наносить плоду серьезные повреждения. Повреждение мягких частей и сосудов, частые переломы костей—все это значит в числе осложнений при извлечении ягодиц тупым крючком. Применение его поэтому должно быть ограничено случаями извлечения при мертвом плоде. Если тупой ягодичный крючок применять при живом плоде, надо учесть возможные последствия. Даже сторонники этого способа извлечения плода прибегают к крючку при живом плоде только в крайних случаях.

Техника применения тупого ягодичного крючка. Раньше всего вводят для контроля три, а еще лучше четыре пальца руки, одноименной переднему паховому сгибу плода. Пальцы держат сдвинутыми и обращенными сгибательной стороной книзу. Введенные пальцы ориентируют акушера в положении переднего пахового сгиба, а кроме того, ими выполняются еще две дополнительные задачи: с одной стороны, они должны быть проводником для вводимого крючка, с другой—служить защитой для материнских мягких частей. Наружная рука захватывает крючок таким образом, чтобы ручка вместе с кривизной (на конце) лежала в одной горизонтальной плоскости параллельно пальцам, введенным внутрь родового канала. Инструмент в таком виде спокойно скользит по сгибательной стороне предплечья и ладони, а затем и по пальцам внутренней руки, пока не дойдет до тазового конца плода (рис. 221). Надо все время следить за тем, чтобы материнские части не приходили в соприкосновение с крючком. Как только конец крючка доходит до переднего пахового сгиба плода, его следует повернуть таким образом, чтобы кривизна крючка совпала с паховым сгибом (рис. 222). Обычно крючок в таких слу-



Рис. 220. Тупой ягодичный крючок (справа).

чаях легко проскальзывает в паховый сгиб. Чтобы убедиться в том, что инструмент лежит правильно, делают пробную (легкую) тракцию. За пробной тракцией следует операция извлечения. Само собой понятно, что потягивание за крючок должно идти в направлении газовой оси. Если при этом удастся проникнуть указательным пальцем второй руки в задний паховый сгиб плода, то это непременно следует сделать. Ни пилящих, ни сверлящих движений крючком делать нельзя, чтобы не поранить тканей матери и плода. Как только ягодичи начинают прорезываться, крючок немедленно снимают.

Дальнейшее извлечение производится с помощью пальцев, как описывалось выше.

в) Извлечение ягодичи с помощью щипцов. Для извлечения фиксированных в тазу ягодичи предложены специальные щипцы, в большинстве случаев сконструированные по типу двух ягодичных крючков. Ягодичные щипцы, однако, в практике не привились, как из-за трудности их наложения, так и главным образом из-за осложнений, которые с этим связаны (переломы).

В акушерской практике уже давно стали пользоваться при тазовых предлежаниях обычными щипцами, предназначенными для извлечения головки.

Многие решительно против применения акушер-

ских щипцов для извлечения ягодичи. Говорят, и это в известной степени верно, что щипцы сконструированы для головки, и только для нее, а поэтому накладывание их на тазовый конец плода противоречит идее инструмента. Однако в затруднительных случаях при предлежаниях тазовым концом, когда имеется настоятельная необходимость в немедленном окончании родов в клинической обстановке, правильно наложенные на тазовый конец акушерские головные щипцы иногда помогут опытному акушеру выйти из чрезвычайно тяжелого положения.

Накладывать обычные акушерские щипцы на тазовый конец плода разрешается только в том случае, если ягодичи плотно фиксированы в полости или на дне таза. Щипцы накладываются на тазовый конец по возможности только в поперечном размере. Если ягодичи находятся еще в полости таза, то при поперечном наложении щипцов *crista ossis ilei* и *trochanter major femoris* с каждой стороны попадают в соответствующие ложки, что является лучшей гарантией правильного использования и действия щипцов. При стоянии ягодичи в прямом размере ректума рекомендуется накладывать одну ложку щипцов на крестец, а другую — на заднюю поверхность бедер.

Принципиально правильно применять в данном случае прямые щипцы Лазаревича, Правосуда, накладывая их в прямом размере выхода таза.

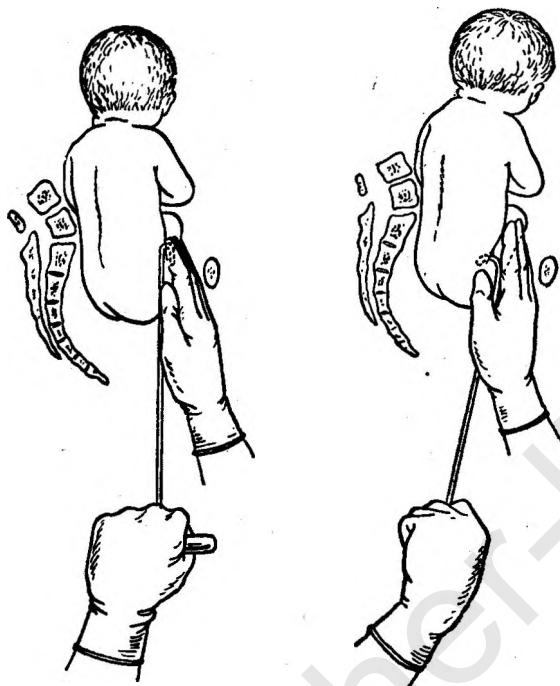


Рис. 221 и 222. Введение ягодичного крючка при чистом ягодичном предлежании.

Подытоживая все сказанное об извлечении плода при вколотившихся ягодицах, можно принять следующие два положения.

а) При живом плоде надо при всяких условиях испробовать ручное извлечение, вводя указательный палец в передний паховый стиб

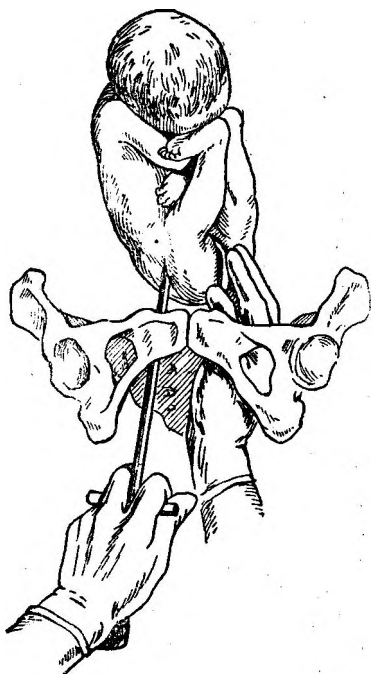


Рис. 223. Извлечение тупым (ягодичным) крючком при чисто ягодичном предлежании.

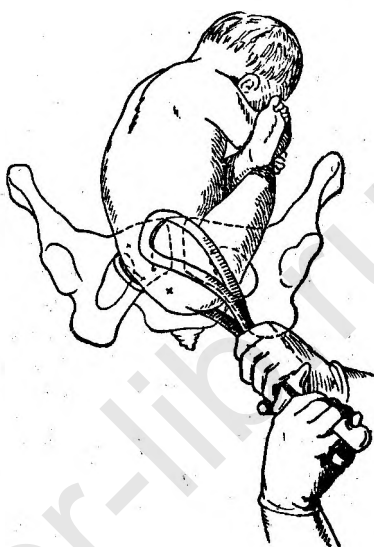


Рис. 224. Наложение щипцов при чисто ягодичном предлежании: щипцы наложены в косом размере таза, в котором стоят ягодицы.

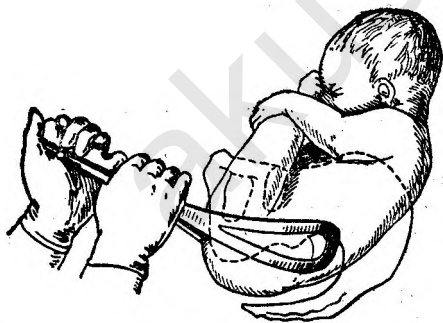


Рис. 225. Наложение щипцов при чисто ягодичном предлежании. Спинка сзади. Щипцы—в поперечном размере таза.

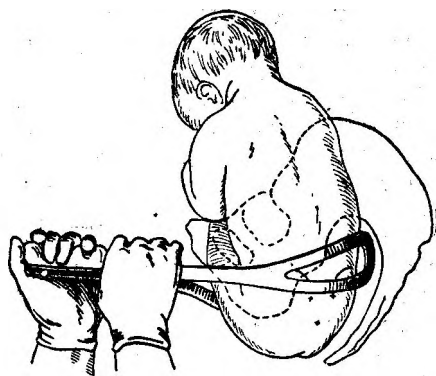


Рис. 226. Наложение щипцов при чисто ягодичном предлежании. Ягодицы в выходе таза. Одна ложка щипцов лежит на крестце, другая обхватывает бедра плода.

плода. Одновременно помощник производит выжимание плода по Кристеллеру. Если ручной способ не достигает цели, можно попытаться наложить акушерские щипцы на тазовый конец. И только в том случае, если ни один

из указанных способов не дает желаемых результатов, разрешается применить петлю и тупой ягодичный крючок.

б) При мертвом плоде (диагноз требуется точный!) можно с самого начала применить тупой ягодичный крючок. Если почему-либо не удастся извлечь плод тупым крючком, при заведомо мертвом плоде можно использовать краниокласт, введя сплошную (массивную) ложку в задний проход плода, а окончатую наложить на область крестца.

#### Извлечение плода при высоко стоящих ягодицах

Совершенно другие условия имеются при высоко и подвижно стоящих ягодицах. В этих случаях следует просто свести ножку. Сводить надо, по общему правилу, впереди лежащую (верхнюю) ножку, притом рукой, соответствующей мелким частям плода, считая сторону акушера.

При смешанном ягодичном предлежании низведение ножки особых затруднений, как указывалось, не представляет.

При чисто ягодичном предлежании ножки обычно бывают запрокинуты кверху и вытянуты по длине туловища плода. Стягивать ножку при таких условиях не так просто и легко. Роженицу следует уложить на операционный стол. В половые органы вводят, как и при повороте, руку, соответствующую мелким частям плода, считая сторону акушера (при первой позиции—левую, при второй—правую). Ладонная поверхность вводимой руки должна быть обращена к животу плода. Наружная рука фиксирует дно матки. Внутренняя рука, дойдя до ягодиц, слегка отталкивает их в сторону спинки плода, а затем, двигаясь вдоль бедра передней (верхней) ножки, проникает до самого дна матки, где обычно находится голень плода, которая и захватывается введенной рукой (большой палец сзади вдоль икроножной мышцы, остальные спереди). Прежде чем низводить ножку, необходимо вытянутую по длине туловища ножку согнуть в области коленного сустава. В противном случае при сведении ножка будет описывать дугу слишком большим радиусом, что может повести к разрыву нижнего сегмента матки. После того как ножка согнута в коленном суставе, врач начинает ее сводить, производя движение, напоминающее то, которое приходилось делать при дергании за ручку старомодного дверного звонка. Если по ошибке захвачена задняя, а не передняя ножка, следует, не прибегая к исправляющим ошибку манипуляциям, продолжать экстракцию, учитывая, что в дальнейшем можно соответствующим образом корригировать сделанную ошибку.

Надо еще раз упомянуть о так называемом профилактическом исправлении чисто ягодичного предлежания при высоко и подвижно стоящих ягодицах, о чем говорилось выше (стр. 92).

Ввиду трудностей, которые могут встретиться при извлечении плода за тазовый конец при вколотившихся ягодицах, как это описывалось выше, было предложено превращать чисто ягодичное предлежание в ножное, в неполное ногопредлежание, т. е. низводить ножку.

Низведение ножки, по мнению сторонников этого предложения, разумная профилактическая мера на тот случай, если в дальнейшем течении родов потребует экстракция плода. Заранее сведенная ножка в таких случаях будет служить надежной точкой опоры для приложения силы, необходимой для извлечения ягодиц. На практике, однако, такое предложение не оправдало себя, почему и не получило распространения среди акушеров.



Мы также не рекомендуем прибегать к профилактическому низведению ножки при чисто ягодичных предлежаниях.

Заканчивая описание техники извлечения плода за тазовый конец, необходимо дать еще несколько практических указаний.

При извлечении за тазовый конец нельзя захватывать плод, как придется. Необходимо строго придерживаться общепринятых правил: брать плод всякий раз поближе к вульве роженицы, избегать коллизий с суставами, пользоваться для удержания плода в руках стерильными полотенцами (плод может выскользнуть из рук) и т. д. Следует также избегать всякого рода движений ножкой вокруг ее продольной оси. Выше указывалось, что туловище плода при извлечении иногда обнаруживает тенденцию повернуться вокруг своей продольной оси: Иногда такой поворот может произойти на  $180^\circ$ , даже на  $270^\circ$ . Ни в коем случае не надо препятствовать такому повороту. Наоборот, надо помогать ему, как это описывалось выше.

Все приемы, которые выработаны акушерской практикой для освобождения ручек и головки, следует производить с возможной быстротой и технической ловкостью, помня, что с момента рождения пупка плод подвергается опасности погибнуть от асфиксии.

## ТРУДНОСТИ ПРИ ИЗВЛЕЧЕНИИ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

### Трудности при освобождении ручек

При освобождении ручек могут встретиться следующие затруднения:

а) Если ручка лежит далеко кпереди, введенные для ее освобождения со стороны спинки пальцы, двигаясь между головкой и стенкой таза, не в состоянии проникнуть до локтевого сгиба. В этом случае врач может помочь себе следующим образом: вместо того, чтобы вводить одноименную (ручке плода) руку со стороны спинки, вводят другую, т. е. разноименную, руку, притом со стороны грудки, стараясь захватить лежащую кзади ручку и вывести ее наружу—прием, известный под названием освобождения ложной рукой.

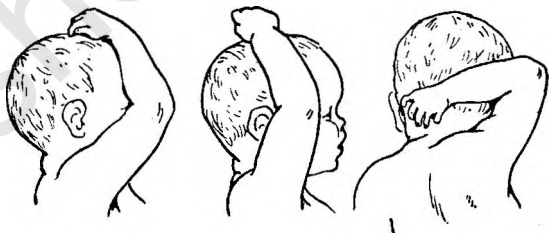


Рис. 227. Степени запрокидывания ручек (по Г. Г. Гентеру).

б) Запрокидывание ручек. Выше указывалось, что при нормальных условиях ручки лежат на грудке. Несвоевременные попытки к извлечению плода (при недостаточно раскрытом маточном зеве или узком тазе) могут повести к тому, что ручки теряют типичное расположение, отходят от грудки вверх к личику, как говорят, запрокидываются. Отходя кверху, ручки располагаются или впереди личика, или по бокам головки, или запрокидываются на затылок (три степени запрокидывания ручек по Г. Г. Гентеру) (рис. 227).

Особенно затрудняет извлечение ручек запрокидывание их на затылок (ручка лежит между затылком и верхней частью спинки плода). Чтобы ручка, отходя кверху и кзади, достигла подзатылочной ямки, нужны грубые и форсированные манипуляции врача. Захватывание при повороте неправильной ножки, потягивание за нижний конец не по оси таза, напри-

мер, при выпадении задней ножки, поворачивание без надобности вокруг продольной оси и ряд других неправильных приемов могут повести к запрокидыванию ручки за затылок. Помимо всего сказанного, следует помнить, что в запрокидывании ручек большую роль играет узкий таз.

Исправить это положение иногда очень трудно.

Если мягкие части не очень ригидны, таз более или менее нормальных размеров и плод не очень большой, обычно удается путем вхождения в сею ручкой со стороны спинки освободить ручку, как описывалось выше. К сожалению, перечисленные три условия (податливые мягкие части, хороший таз и небольшой плод) не всегда имеются налицо и приходится, недолго раздумывая, приступать к другому приему, которым можно, умело и быстро его выполняя, спасти плод: попытаться повернуть плод вокруг его продольной оси таким образом, чтобы этот поворот вел в направлении запрокинутой ручки. Делается это так же, как поворачивается туловище при освобождении ручек, причем, поворачивая туловище, следует одновременно вталкивать его по возможности (save!) обратно в половые органы. Все манипуляции, таким образом, сводятся как бы к раскручиванию скрутившегося шнура. Здесь может быть несколько вариантов.

Если запрокидывается впереди лежащая ручка, надо обычным путем освободить заднюю ручку. После этого следует поворот туловища, но как раз в обратном направлении, чем это имело бы место при нормальных условиях. Под симфизом поворачивается уже не спинка, а грудка плода. Если вынужденное положение ручки теперь исправилось и она лежит впереди или рядом с головкой, приступают к ее освобождению обычным путем.

Если запрокинутой за затылок окажется задняя ручка, то плод поворачивается вокруг своей продольной оси в направлении, обратном происшедшему скручиванию, т. е. спинкой под симфизом. Незапрокинутая передняя ручка теперь лежит сзади и освобождается обычными приемами. После этого приступают к новому повороту плода, с тем чтобы ранее запрокинутая, а теперь свободно и спереди лежащая ручка повернулась вновь кзади, где и производят обычным способом ее освобождение.

Если запрокинутыми за затылок оказываются обе ручки, что, к счастью, бывает редко, положение может оказаться критическим. До освобождения ручек надо раскрутить «скрутившийся жгут». Все манипуляции по раскручиванию плода необходимо производить как можно быстрее и сноровистее, помня, что с момента рождения плода до пупка и до полного его рождения должно пройти не больше 8—10 минут, иначе плод погибнет вследствие белой асфиксии.

Некоторые предлагают в тех случаях, когда манипуляции с раскручиванием плода не ведут к цели, извлекать головку вместе с запрокинутыми ручками или использовать еще один способ спасения плода: умышленно(!) сделать искусственный перелом ручки. Сломанная ручка в дальнейшем обычно срастается, почему в свое время Бумм и другие акушеры в исключительных случаях и рекомендовали такую жестокую меру. Что касается первого предложения—извлекать головку вместе с запрокинувшимися ручками, то такой прием может повести к ущемлению головки в тазу.

На вопрос о том, можно ли в затруднительных случаях сделать искусственный перелом ручки, большинство акушеров отвечает отрицательно. Н. Н. Феноменов совершенно правильно указывает, что в принципе этот ответ несостоятелен: если удастся освободить ручку, переломив ее, то всегда

можно освободить ручку, не прибегая к перелому, а держась указанных правил и сообразуясь с обстоятельствами. Перелом ручки и без того встречается достаточно часто.

Во всяком случае к указанным приемам можно прибегать только тогда, когда все попытки освободить запрокинутые ручки безуспешны.

в) Освобождение ручек при узком тазе. При узком тазе даже при самопроизвольном течении родов с тазовым концом может произойти запрокидывание ручек вверх. Если к этому примешивается трудный и неблагоприятный поворот, то течение родов нередко осложняется запрокидыванием ручек за затылок. Когда головка вместе с ручками вступит в полость таза, ручки настолько ущемляются, что освободить их будет трудно.

Если акушер во-время ориентировался в обстановке и с самого начала учел возможность такого ущемления головки вместе с ручкой, он может применить так называемое высокое освобождение ручек. Однако не лишне помнить, что при этом возможны серьезные повреждения мягких частей матери.

Применяя высокое освобождение ручек, не следует ждать того момента, когда в вульварном кольце покажется нижний угол лопатки плода. К этому времени высокое освобождение ручек уже будет запоздалым. К нему надо приступать тогда, когда снаружи показался пупок плода,— это как раз тот момент, когда головка и ручка еще не вступили по-настоящему в таз и ручки можно свободно стянуть вниз. Чтобы захватить ручки, приходится вводить всю руку до лопаток плода. Во избежание возможных разрывов у первородящих рекомендуется сделать профилактически глубокий влагалищно-промежностный разрез.

г) Освобождение ручек при ротации спинки плода кзади см. дальше.

### **Трудности при освобождении головки**

При освобождении головки во время извлечения плода за тазовый конец могут встретиться условия, при которых описанный выше прием оказывается недостаточным. Чаше это наблюдается в тех случаях, когда имеется пространственное несоответствие между головкой и тазом: после успешного освобождения ручек головка остается над входом в таз. Применяя здесь обычный прием извлечения головки (два пальца наружной руки по бокам шейки плода—влекущая сила, и введенная в ротик ногтевая фаланга указательного пальца другой руки—производящая сгибание головки), врачи обычно делают ошибку: перекидывая туловище плода верхом на свою руку, они стремятся продвинуть головку прямым размером через прямой размер входа в таз. Неправильность такого приема лучше всего видна на рис. 228. Через вход в таз головка может пройти только в том случае, если ее прямой размер совпадает с поперечным размером таза, иными словами, если личико плода обращено в ту или другую сторону матери (рис. 229). Сверху помощник надавливает на головку одной или двумя ладонями или же сложенными вместе двумя кулаками. В целом все манипуляции проводятся в таком порядке: головка ставится прямым своим размером в поперечный размер таза, производится легкое сгибание ее введенной в ротик ногтевой фалангой внутренней руки, затем помощник надавливает на головку сверху (сначала сгибание, потом надавливание!), причем во время надавливания сверху не следует тянуть за туловище плода (легко получают переломы позвоночника). Продвинув головку после сгибания, в дальнейшем устанавливают ее в прямой размер таза и извлекают наружу.

Если первая попытка не приведет к желаемому результату, повторяют тот же прием, но с применением вальхеровского висячего положения роженицы (для увеличения прямого размера входа в таз).

Наложение щипцов на последующую головку. Операция имеет смысл только тогда, когда головка находится уже в полости таза. Пока головка стоит над входом в таз, накладывать щипцы нельзя, такие щипцы следует рассматривать не только как высокие, но и как щипцы, наложенные на подвижно стоящую головку.

Показанием к наложению щипцов на последующую головку могут быть

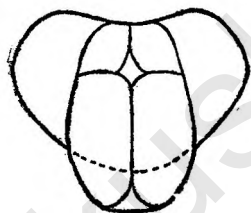


Рис. 228. Неправильный прием при извлечении последующей головки.

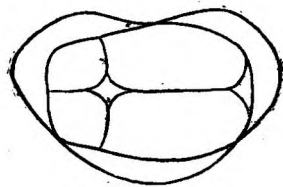


Рис. 229. Правильный прием при извлечении последующей головки.

два обстоятельства: а) головка стоит в полости, причем ручные приемы извлечения головки не ведут к цели; б) личико плода обращено вперед, а отошедший от грудки подбородок ущемился над симфизом.

Техника наложения щипцов на последующую головку. Туловище плода ассистент поднимает за ножки кверху (рис. 230). Следует поднять кверху и ручки. Щипцы накладываются обычные типичные (выходные), из-под туловища, в поперечном размере выхода таза и на поперечный размер головки.

Наложение щипцов на последующую головку в настоящее время применяется крайне редко. Ими можно нанести тяжелые повреждения не только мягких, но и костных частей материнского таза. Если головку не

удается вывести обычными ручными приемами, при которых можно развить такую силу, что отрывается головка (такие случаи наблюдались), то щипцами, конечно, можно развить еще большую силу. Тогда, может быть, и удастся извлечь головку, но какой ценой. В каждом отдельном случае врач должен быстро и четко определить, где и в чем лежит препятствие, мешающее освобождению головки, и только после этого соответствующим образом согласовать свои дальнейшие действия.

При освобождении головки могут встретиться следующие затруднения.

1. Узкий таз. Выше мы видели, что при узком тазе может иногда произойти запрокидывание ручек на затылок, что создает серьезную угрозу жизни плода. Указывалось также, что определенные степени сужения таза являются противопоказанием к повороту, а следовательно, и к извлечению плода за тазовый конец. Для прохождения последующей головки узкий таз может оказаться непреодолимым препятствием, а так как требуется быстрое прохождение головки, то гибель плода становится неизбежной. Ввиду всего этого при каждом повороте и извлечении в первую очередь следует помнить и думать об узком тазе. Понятно, что в каждом отдельном случае необходимо учитывать также форму узкого таза (плоский, общесуженный и пр.) и сообразовать с этим свои дальнейшие манипуляции.

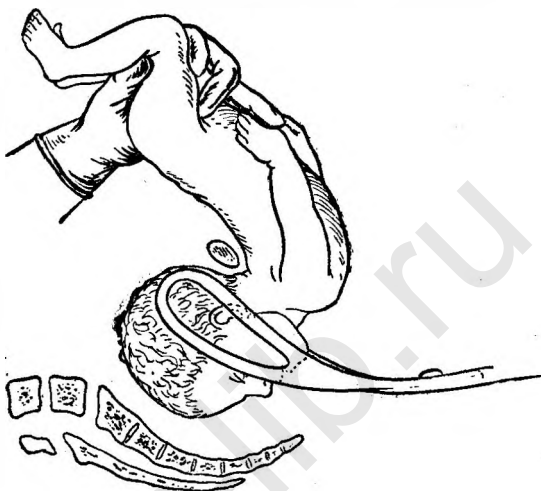


Рис. 230. Наложение щипцов на последующую головку (из-под туловища).

При плоских тазах самым узким местом будет вход в таз, так как здесь находится самое большое препятствие для прохождения последующей головки. Как мы только что говорили, наилучшим приемом при узком (плоском) тазе будет правильно применяемое ручное извлечение головки с одновременным выжиманием плода по Кристеллеру, которое производит помощник со стороны брюшных стенок. Вальхеровское положение роженицы при прохождении головки через вход в таз может также оказать некоторую услугу. Помимо того, существенную помощь при проведении головки через плоский таз должна оказать внутренняя рука, устанавливая головку в таком положении, какое ей полагается соответственно механизму. Как мы знаем, особенностью этого механизма при плоском тазе является период приспособления (конфигурации), во время которого головка продельвает так называемое высокое длительное стояние в поперечном размере входа в таз с последующим опусканием большого родничка (дефлексия) и асинклитическим вставлением.

Совершенно иначе обстоит дело при общеравномерно суженном тазе. Чтобы пройти через такой таз, головка, как известно, должна сделать максимальное сгибание. При этой форме узкого таза поворот затылка кпереди, а личика назад, в противоположность плоскому тазу, происходит уже очень рано. Поэтому при извлечении головки через общесуженный таз врач должен с помощью внутренней руки сильно согнуть головку, поставить ее во входе в таз в косо́й размер и рано, сейчас же по вступлении в полость таза, повернуть личико назад.

Плоский таз, как указывалось, встречается чаще и дает, как мы знаем, более высокие степени сужения, чем общеравномерно суженный таз. Правильная диагностика и соблюдение изложенных выше правил извлечения последующей головки при плоском тазе дают нужные результаты. И наоборот, игнорирование того и другого условия может повести к печальным последствиям. Мы уже говорили, кто хочет быть хорошим акушером, тот должен основательно изучить нормальный и патологический механизм родового процесса.

Если несмотря на проведение и выполнение всех требуемых правил головка все же не рождается, то, вероятно, имеет место либо очень высокое сужение таза, либо какое-нибудь уродство плода. Так как во время всех этих длительных и напрасных манипуляций плод обычно умирает, то лучшим средством разрешения таких родов является перфорация последующей головки.

2. Судорожное сокращение маточного зева. Выше, когда речь шла об условиях извлечения головки при тазовых предлежаниях, мы говорили, что одним из таких условий является полное раскрытие маточного зева. Извлечение плода при не совсем раскрытом зеве обычно ведет к тяжелым последствиям: или мягкие части сильно рвутся, или же шейка матки, вместо того, чтобы под напором продвигающегося плода расширяться, начинает судорожно сокращаться, причем ее круговые мышцы точно кольцом схватывают плод со всех сторон. Иногда через такую судорожно сократившуюся шейку удается протянуть туловище, а также освободить, хотя и с большим трудом, запрокинутые ручки. Но при извлечении головки круговая мускулатура настолько сильно обхватывает шею плода, что головка, резко отделяющаяся от шеи, застревает над зевом в полости матки. Чтобы распознать во-время это обстоятельство, надо о нем знать и хорошо помнить. Нормальный таз, нормальных размеров головка, все время правильно протекавший механизм—все это говорит о том, что единственной причиной затруднения при освобождении головки должны быть судорожные сокращения круговой мускулатуры шейки матки<sup>1</sup>.

В предвидении судорожного сокращения маточного зева при ведении родов при тазовых предлежаниях, как уже говорилось, рекомендуется во-время вводить атропин. При начавшемся судорожном сокращении акушер должен знать, что ему делать, а главное, чего он не должен делать, чтобы не ухудшить еще более и без того угрожающее положение плода и матери. Если врач растеряется и начнет сильнее тянуть, чтобы извлечь головку, шейка матки будет еще более судорожно сокращаться, в результате чего может последовать разрыв шейки при неминуемой гибели плода от асфиксии. В подобных случаях существуют только два способа: ослабить напряжение шейки и высвободить головку. Первый способ можно использовать в тех случаях, когда маточный зев достаточно раскрыт и края его истончены. В таких случаях несколько радиальных насечек наружного зева дают прекрасный эффект. Если же маточный зев еще не сглажен, края его очень толстые, то насечки обычно не достигают цели. Приходится или прибегать к настоящей гистеростоматомии (разрез акушерского зева), или попытаться освободить головку, проникнув с одной стороны пальцами в ротик плода, а с другой—сдвигая маточный зев через затылок кверху.

3. Л о ж н ы й п о в о р о т г о л о в к и. Предлежащая и последующая головка, проходя через таз, прodelывает один и тот же механизм. По

---

<sup>1</sup> При трудном извлечении головки (особенно у пожилых первородящих) препятствие заключается не столько в маточном зеве, сколько в малоподатливой крепкой соединительной ткани, которая окружает влагалищные своды.

тем или иным причинам в каждом отдельном случае могут быть отклонения от нормального механизма. К сожалению, причина таких отклонений часто лежит в неправильных действиях врача. Среди отклонений наиболее практическое значение имеют следующие.

а) **Высокое прямое стояние головки.** Головка стоит высоко над входом в таз. Затылок чаще обращен вперед, личико—к промонтажу. Реже встречаются обратные отношения (задний вид, *positio occipitalis sacralis*, стр. 71). Провести головку через вход в таз в таком положении если иногда и удается, то ценой больших поранений и повреждений как матери, так и плода. Единственно правильным мероприятием в данном случае будет перевод головки из одного положения в другое. Следует вывести стреловидный шов из прямого размера входа в таз и поставить его в поперечный размер. Можно воспользоваться обычным ручным приемом извлечения головки, о котором уже упоминалось несколько раз. Только, в отличие от него, рука, лежащая на плечиках, не должна делать тракций. Здесь они не нужны. Таким приемом врач помогает головке сделать правильную ротацию. Помощь ассистента со стороны брюшных стенок (сверху) значительно облегчает операцию.

б) **Низкое поперечное стояние головки.** О таком положении речь была выше (стр. 69). При низком, *гесп.* глубоком, поперечном стоянии головки она расположена в поперечном размере выхода таза, т. е. иными словами, совсем не делает ротации, ротик плода обращен не к крестцовой впадине, как при нормальном механизме, а в ту или другую сторону таза. Описываемое осложнение, конечно, требует исправления. Исправление ведется тем же ручным приемом, о котором мы только что говорили. Следует только иметь в виду, что поворот головки легче всего произвести не на дне таза, а в полости его. Поэтому некоторые рекомендуют, захватив головку как обычно, осторожно (*саве!*) вталкивать ее обратно в полость матки и только после этого сделать поворот ротиком кзади.

в) **Поворот плода спинкой назад.** Ниже дается специальный раздел, посвященный этому вопросу.

4. **Водянка головки.** О водянке головки следует думать во всех тех случаях, когда другие моменты, препятствующие прохождению головки, отсутствуют. Если таз нормален, мягкие части достаточно расширены, нет неправильного вставления головки и тем не менее головка не подается вперед, надо вспомнить о водянке головки.

Единственной операцией при гидроцефалии является прокол головной опухоли с опорожнением ее содержимого. Только после этого возможно извлечение.

5. **Отрыв головки.** Отрыв головки обычно наблюдается при мацерированных плодах. Отрыв головки у живого или недавно умершего плода говорит о том, что акушер не имел ясного представления ни о силе, необходимой для извлечения, ни о тех законах, по которым происходят роды при предлежащей и последующей головке. Если врач вовремя заметил нарушение целостности позвоночника, он должен прекратить ручное извлечение, перфорировать последующую головку и извлечь ее. Если же несчастье уже случилось и оторванная головка осталась в полости матки, надо прежде всего попытаться извлечь головку ручными приемами. Внутренней рукой входят пальцем в ротик и крепко захватывают головку за нижнюю челюсть. Потягивая внутренней рукой, а наружной надавливая сверху, стараются извлечь головку наружу.

В тех случаях, когда головку ручными приемами извлечь не удастся, можно прибегнуть к извлечению ее крепкими цапками или, наконец, перфорировать и наложить краниокласт.

6. Д в о й н и. Серьезным осложнением при двойнях является одновременное вступление в таз обоих близнецов (сцепление или коллизия). Возможны разнообразные комбинации сцепления: вставление обеих головок вместе, вставление обоих близнецов тазовым концом, вставление головкой и одновременно изгнание другого в тазовом предлежании и др.

Во всех этих случаях извлечение одного близнеца, разумеется, затруднено в зависимости от положения другого. Если происходит изгнание одного близнеца в тазовом предлежании и вставление другого головкой, то первый плод обычно погибает. В таком случае рекомендуется декапитировать или перфорировать первый плод и извлечь второй щипцами. При вставлении обеих головок вместе приходится прибегнуть к перфорации одного из близнецов, чтобы предотвратить опасность, угрожающую женщине.

#### ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В ЗАДНЕМ ВИДЕ

Выше мы говорили, что при наличии заднего вида тазового предлежания врач должен сделать все от него зависящее, чтобы перевести задний вид в передний. Это удается часто и сравнительно легко. Но встречаются случаи, когда спинка плода уже с самого начала поворотом вправо или влево повернулась кзади. Правда, иногда и при этих обстоятельствах спинка в дальнейшем может еще повернуться вперед.

Извлечение плода при наличии настоящего заднего вида, если, несмотря на все попытки врача, спинка все же остается сзади, может оказаться довольно затруднительной операцией, особенно с момента освобождения ручек и головки.

К этим затруднениям и необходимым для их устранения мероприятиям мы сейчас и перейдем.

**Освобождение ручек.** Ручки обычно оказываются запрокинутыми кверху. Если случайно ручки окажутся впереди, на грудке, то их просто и легко свести рукой со стороны грудки. Если же приходится идти на настоящее высвобождение ручек, то можно сделать о с т о р о ж н у ю попытку повернуть плод спинкой кпереди в том направлении, куда туловище плода имеет тенденцию повернуться. Делается это так: захватив туловище двумя руками со стороны плеч, его осторожно поворачивают на 180°, как при освобождении ручек. Если мягкие части родовых путей подготовлены и нет значительного несоответствия между головкой и тазом, такой поворот туловища может увенчаться успехом. Как только спинка повернулась кпереди, приступают к обычному освобождению ручек. Иногда удается легко повернуть плод спинкой вперед только после того, как удалось освободить одну ручку.

Если поворот плода спинкой вперед не удался, немедленно приступают к освобождению ручек в заднем виде. Рекомендуются два способа: освобождение ручки со стороны грудки или же так называемой ложной рукой со стороны спинки.

Последний прием заключается в следующем. Плод захватывают за ножки и поднимают кверху, к брюшной стенке матери. Разноименной, т. е. противоположной освобождаемой ручке, рукой входят во влагалище со стороны спинки. Ладонь руки обращена вперед. Рука проникает кверху до плечевого пояса (рис. 231). Как только она его достигла, туловище плода опускается книзу. Затем четыре пальца внутренней руки обхватывают плечо, стараясь продвинуть его мимо личика (рис. 232). Эти манипуляции должны быть строго соразмерены и сугубо осторожны. Всякого рода стягивания ручки назад, само собой понятно, недопустимы.



Освобождают вторую ручку таким же образом, если только после освобождения первой ручки, как уже указывалось, не удастся повернуть плод спинкой вперед.

Описанный прием—один из труднейших в акушерстве (Г. Г. Гентер).

**Освобождение головки.** Следует иметь в виду, что даже при заведомом заднем виде тазового предлежания головка в конце концов нередко поворачивается затылком вперед и, фиксируясь подзатылочной ямкой в области нижнего края симфиза, выкатывается над промежностью обычным путем. Однако встречаются случаи, когда задний вид не исправляется. В зависимости от того, в каком положении находится головка (согнута, разогнута), при этом будут иметь место два варианта (механизма).

а) Головка находится в состоянии флексии, подбородок лежит на грудке, и в таком положении головка доходит до тазового дна. Точкой вращения (гипомохлион) в данном случае будет область боль-



Рис. 231. Освобождение ручки при заднем виде. «Разноименная» рука доходит до спинки плода к ручке.



Рис. 232. Ножки отведены круто вниз. Ручка освобождается из-под симфиза.

шого родничка. Остающаяся задняя часть головки вместе с затылком перекачивается через промежность. Размер, которым прорезывается головка через вульварное кольцо, будет средний косой (*suboccipito-frontalis*).

б) Головка находится в состоянии разгибания (дефлексии), подбородок отошел от грудки, ущемившись над симфизом. Точкой фиксации в этом случае будет подъязычная область. Через промежность перекачивается затылок и темя. Размер, которым прорезывается через вульварное кольцо головка, будет вертикальный.

Трудно и очень трудно будет освободить головку в описанных случаях. Акушерскую помощь придется сообразовать с той или другой разновидностью механизмов.

В первую очередь надо попытаться повернуть плод спинкой вперед. Если это не удастся, прибегают к одному из следующих приемов.

1. Если удастся проникнуть указательным пальцем (ногтевой фалангой) в ротик, то, захватив плод, поворачивают его личиком назад.

2. Если поворот затылком вперед не удается, извлекают плод, так сказать, *in situ*, обычными ручными приемами, но только в обратном порядке (обратный ручной прием освобождения головки); плод покоится на задней руке, которая указательным и средним пальцами вилообразно держит его крепко за плечико (рис. 233). Стараются ногтевой фалангой указательного пальца передней руки проникнуть в ротик плода. Согнутая таким образом головка постепенно и энергично стягивается книзу до тех пор, пока передняя граница волосистой части лба (область большого



Рис. 233. Освобождение головки. Ногтевая фаланга указательного пальца левой руки вводится в ротик плода.



Рис. 234. Извлечение головки в заднем виде—«обратный пражский прием».

родничка) не фиксируется под нижним краем симфиза. После этого затылочная часть головки выкатывается через промежность, как это делается при родах в заднем виде затылочного предлежания.

3. Если головка находится в состоянии разгибания (дефлексии), применяют такой прием. Одной рукой захватывают вилообразно плод с задней стороны, другой рукой—ножки плода. Приподняв их кверху, к брюшным стенкам матери, стараются другой рукой выкатить головку через промежность, сделав точкой фиксации подъязычную область (рис. 234, «обратный пражский прием»).

4. Некоторые советуют вместо перечисленных манипуляций, надо сказать, не всегда надежных, во всяком случае сомнительных, сразу же наложить на головку щипцы. Надо только правильно захватить ложками щипцов головку, а именно так, чтобы ложки были наложены через ушки плода, после чего концами ложек описать большую дугу вокруг симфиза.

#### ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Само собой понятно, что рискованные приемы, к которым иногда приходится прибегать при экстракции плода за тазовый конец, особенно несвоевременное и неправильное применение их, нередко влекут за собой серьезные последствия и для матери, и для плода.

**Повреждения у матери. Р а з р ы в ы ш е й к и.** Происходят они главным образом в тех случаях, когда плод извлекается через недостаточно раскрытый маточный зев. Такой зев может пропустить туловище плода, а потом обхватывает его шейку, как говорится, железным кольцом. Насильственное и настойчивое освобождение головки в таких случаях может повести к серьезным разрывам шейки вместе со сводами и клетчаткой, иногда с поранением маточной артерии. Мы уже указывали, что рациональной профилактической мерой в подобных случаях будут радиально сделанные насечки шейки матки. В тех случаях, когда имеется недостаточно сглаженная шейка, следует попытаться осторожно провести головку комбинированным путем (см. судорожное сокращение зева, стр. 232). Большое кровотечение, иногда покрытая кровью головка будут свидетельствовать о том, что произошел серьезный и глубокий разрыв шейки матки.

**Р а з р ы в п р о м е ж н о с т и.** Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо, введение руки во влагалище в трудных случаях освобождения ручек, затруднения при освобождении головки—вот главные причины, которые обычно ведут к большим разрывам промежности. Своевременно сделанная перинеотомия, resp. эпизиотомия, может предупредить такие разрывы.

**Т р а в м а т и ч е с к и е п о в р е ж д е н и я т а з а.** Во время беременности, как показывают исследования, происходит набухание и серозное пропитывание тканей и связок таза, а также размягчение суставов вследствие пропотевания жидкости в суставную полость. Иногда наблюдается симфизит. Ввиду этого сочленения таза приобретают большую податливость. Если имеется значительное несоответствие между головкой и тазом или применяется слишком грубая и большая сила при экстракции плода за тазовый конец, лонное (реже крестцово-подвздошное) сочленение может оказаться поврежденным. Повреждение иногда обнаруживается только через несколько дней, когда родильница делает попытку повернуться или встать.

**Повреждения у плода.** Они могут быть различного рода: в области головки, в области верхних и нижних конечностей и даже на туловище. Следует принять за правило после операции извлечения плода за тазовый конец тщательно осматривать перечисленные места.

**П о в р е ж д е н и я в о б л а с т и г о л о в к и п л о д а** касаются только мягких частей (гематома, поранения наружных покровов) или костей и даже венозных пазух. При резком несоответствии между головкой и тазом смещение костей может принять такие размеры, что при этом разрываются внутренние сосуды. Переломы в области затылочной кости часто ведут к повреждению продолговатого мозга и моментальной смерти плода.

Применение большой силы во время извлечения головки, особенно при резко выдающемся вперед мысе, может повести к вдавливанию или даже

фрактуре в области той или иной теменной кости. Если на почве такой импрессии костей не произойдет смертельного кровоизлияния в мозг, то вдавление в кости может с течением времени исчезнуть или остаться на всю последующую жизнь.

Переломы нижней челюсти возможны при извлечении головки, если врач, делая операцию, применяет слишком грубую силу.

П о в р е ж д е н и я т у л о в и щ а обычно встречаются тогда, когда захватывают туловище плода не по правилам оперативного акушерства. Наиболее серьезные повреждения бывают в области позвоночника, нередко повреждается печень. И в том, и в другом случае повреждения могут быть смертельными для плода.

П о в р е ж д е н и я в е р х н и х к о н е ч н о с т е й наблюдаются в виде переломов плечиков, ключицы, костей предплечья. Переломы плечевой кости происходят обычно при освобождении ручек, если врач, не достигая внутренними пальцами до локтевого сгиба, делает попытки сдвинуть книзу плечо. Циркулярный (круговой) обхват плечика тоже может повести к перелому костей.

Переломы ключицы довольно часто происходят при извлечении плода за тазовый конец или в результате непосредственного давления пальцами, которые обхватывают плечики сзади при применении обычного ручного приема, или при неумелой попытке освободить ручки.

Переломы предплечья случаются значительно реже. Причиной их обычно является грубая оплошность врача.

П о в р е ж д е н и я н и ж н и х к о н е ч н о с т е й вызываются тремя причинами: а) врач вместо того, чтобы делать влечение за ножки, производит ими, вопреки правилам, вращение; б) при извлечении неправильно захватывается ножка в области суставов; в) при экстракции за ягодицу введенными в паховой сгиб пальцами делается чрезмерное давление на бедренные кости.

Кроме переломов, могут происходить кровоизлияния в подкожную клетчатку.

На лечении переломов конечностей мы здесь останавливаться не можем.

## АКУШЕРСКИЕ ШИПЦЫ (FORCEPS OBSTETRICIA)

### ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

Чтобы вывести подлежащую головку через родовые пути, обычно в нормальных условиях бывает достаточно родовых схваток-потуг. В тех случаях, когда изгоняющие родовые силы оказываются недостаточными для этого или когда при наличии опасности для матери и плода надо быстро кончать роды, приходится пользоваться инструментом, который носит название акушерских щипцов. Акушерские щипцы, таким образом, применяются для извлечения плода за головку, понятно, без вреда для него и для матери и в строгом соответствии с естественным родовым механизмом.

Изобретателем акушерских щипцов по праву должен считаться женеvский анатом и хирург Пальфин, опубликовавший сообщение о своем изобретении в 1723 г. Однако надо отметить, что в настоящее время установлено, что щипцы для извлечения головки лет на 75 раньше (около 1600 года) были известны шотландскому врачу П. Чемберлену, который, сохраняя в строгой тайне свое изобретение, пользовался им как средством для наживы.

В России щипцы впервые были наложены в Москве (1765) профессором Московского университета Эразмусом. Дальнейшему внедрению этой операции в акушерскую практику много содействовал основоположник отечественного акушерства Н. М. Максимович (Амбодик). Следует назвать также имена крупнейших отечественных акушеров (Г. И. Кораблев, А. Я. Крассовский, И. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов), которые своими трудами много способствовали развитию теории и практики операции наложения акушерских щипцов.

Операция наложения акушерских щипцов—одна из самых важных и ответственных в практической деятельности врача-акушера. «Как нож для хирурга, так щипцы для акушера являются эмблемой его искусства» (Феллинг).

Технически, в смысле трудности, операция наложения щипцов занимает одно из главных мест среди других акушерских операций. Уже одно это выдвигает ее на первый план в курсе оперативного акушерства. Показания к наложению щипцов, не всегда точно сформулированные, подчас также представляют для малоопытного, а тем более для начинающего врача большие трудности. Условия, при которых приходится производить наложение, особенно если рассматривать их в связи с вопросом о так называемых высоких щипцах, тоже заставляют фиксировать внимание акушера на этой операции. Наконец, большое количество всякого рода повреждений при применении щипцов должно настораживать врача, когда ему приходится делать эту операцию. Число повреждений настолько значительно, что многие акушеры называют щипцы, этот по существу безвредный инструмент, «кровавым инструментом».

Отсюда понятно, почему интерес к операции наложения акушерских щипцов, несмотря на смену эпох и направлений в акушерстве, не ослабевает до нашего времени.

Со времени изобретения щипцов по-разному представляли себе механизм их действия.

Некоторые авторы приписывали щипцам так называемое динамическое действие, считая, что ложки щипцов, раздражая цервикальные и парацервикальные ганглии, вызывают энергичные маточные сокращения. На этом принципе, между прочим, была предложена модель «гальванических щипцов» (из меди и цинка). В настоящее время никто из акушеров на динамическое действие щипцов, конечно, не рассчитывает.

При наложении щипцов приходится в основном учитывать исключительно механический эффект их действия. Он складывается из трех моментов:

а) влечения, б) сжатия и в) выпрямления головки.

Автоматически выпрямляющее действие щипцов лучше всего можно уяснить на прилагаемом рисунке (рис. 235). Наложённые ложки рычагообразным движением, действительно, автоматически могут выпрямлять головку. Этим выпрямляющим действием щипцов можно при известных обстоятельствах воспользоваться, но все же не в нем заключается главное действие инструмента.

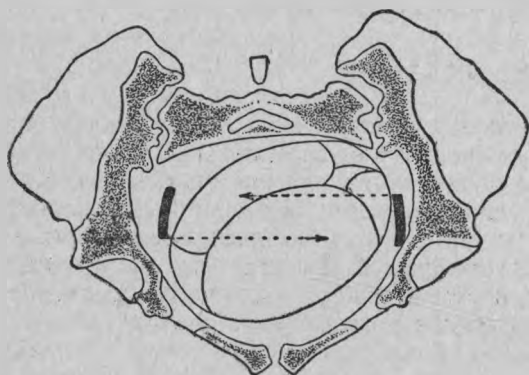


Рис. 235. Выпрямляющее действие щипцов.

Одно время назначение щипцов видели в механическом сжатии головки плода сближенными ложками. Думали, что сжатая щипцами головка легче пройдет через родовые пути. Основателем этого учения был немецкий акушер Штейн старший. На практике его учение, само собой понятное, привело к печальным результатам. Модели щипцов, конструируемые по принципу максимального сжимания головки, наносили непоправимо тяжелые повреждения плоду.

Современное акушерство придерживается другого мнения в отношении сдавливания головки. Еще Н. Н. Феноменов писал, что надо иметь такие щипцы, которые давали бы возможность применить к головке внешнюю силу, несколько не действуя на нее в смысле сжатия. Такого инструмента мы на сегодня не имеем. Известное сжатие головки при наложении щипцов происходит, оно неизбежно. Но это неизбежное явление следует при операции насколько возможно и в е л р о в а т ь. Надо помнить, что щипцы не должны сжимать головку так, чтобы это сжатие превышало то, которое она испытывает при нормальном механизме родов. В противном случае могут пострадать, и несомненно страдают, кости черепа плода, мозг, нервы и сосуды головки. Сжатие головки в щипцах должно быть минимальным. Чтобы добиться этого, в наше время, с одной стороны, конструируются специальные модели щипцов, а с другой—в этом главное—преподают соответствующие более рациональные приемы наложения их на головку.

Таким образом, щипцы должны только заменять силой влечения недостающую или отсутствующую при рождении головки изгоняющую силу (*vis à tergo*<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Что означает «с тыла»,—действующая с тыла сила, давление сзади.

Необходимо подчеркнуть, что щипцы предназначены только для замены недостающей *vis à tergo*. Другими словами, они являются только влекущим, но никак не исправляющим инструментом. Было время, когда щипцами широко пользовались для исправления неправильных предлежаний плода, например, лицевых, особенно так называемого заднего вида (подбородок кзади), для исправления заднего вида затылочного предлежания в передней и др.

В настоящее время большинство акушеров—и мы в том числе—этого не делаем, считая, что щипцы для исправления неправильных предлежаний и вставлений головки (щипцы атипичные по функции) не должны применяться.

Щипцы должны быть только захватывающим влекущим инструментом, но отнюдь не непосредственно исправляющим или вращающим (ротационным).

### НАИБОЛЕЕ УПОТРЕБИТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ЩИПЦОВ

Со времени изобретения щипцов прошло более 200 лет. За эти два столетия примитивная модель Пальфина претерпела существенные изменения в смысле улучшения. Современные щипцы делаются из нержавеющей стали, что облегчает их стерилизацию кипячением. Щипцы имеют две ложки (бранши), в середине перекрещивающиеся друг с другом. В щипцах Лазаревича ложки не перекрещиваются (щипцы с параллельными ложками). Каждая отдельная ложка состоит из трех частей: а) собственно ложки—часть, которая захватывает головку, б) замковой части и в) рукоятки. Собственно ложка делается окончатой, а рукоятка—полой, что придает щипцам более легкий вес. Замковая часть имеет замок, с помощью которого обе ложки замыкаются в одно целое. Замок в разных моделях устроен по-разному (см. ниже). У рукояток щипцов наружная сторона волнистая, гофрированная (выемки).

Большинство моделей щипцов имеет две кривизны—головную и тазовую. Головная кривизна рассчитана на окружность головки плода. Благодаря этой кривизне щипцы в сложенном виде имеют овальную формы пространства, достаточное для того, чтобы осуществить захватывание головки, не производя при этом слишком большого сдавливания ее. Тазовая кривизна идет по ребру ложки. Продольная ось каждой ложки в отдельности, а следовательно, и щипцов в сложенном виде идет не по прямой линии: в направлении от ручек к концу ложек она приобретает кривизну, благодаря которой ось щипцов совпадает с проводной осью таза, что позволяет вводить ложки щипцов до уровня входа в таз. В щипцах Лазаревича имеется только одна кривизна—головная (прямые щипцы). Были предложены модели щипцов с тремя кривизнами (добавляется еще промежуточная), но они не получили распространения. Умеренно выраженную промежуточную кривизну имеют щипцы Киллянда.

Между замком и рукояткой, на наружной стороне ложки щипцов, имеются боковые выступы, которые носят название крючков Буша. Когда обе ложки сложены вместе, боковые крючки представляют собой надежную точку опоры, позволяющую развивать большую силу при тракциях. Помимо того, бушевские крючки могут служить опознавательным пунктом при складывании ложек. При складывании ложек крючки должны быть обращены в разные стороны (латерально) и лежать в горизонтальной плоскости.

Каждую ложку в щипцах вводят в половые органы отдельно, причем в соответствующую половину таза. Та ложка, которая вводится в левую половину таза (она будет лежать под второй, перекрещивающей ее ложкой),

называется л е в о й. Левую ложку всегда вводят первой (старинное название ее — «мужская»). Вторую ложку вводят в правую половину таза, перекрещивая первую ложку сверху. Она называется п р а в о й л о ж к о й («женская»).

В современной модели щипцов имеются определенные размеры и известное соотношение всех составных частей. Особое внимание следует обращать

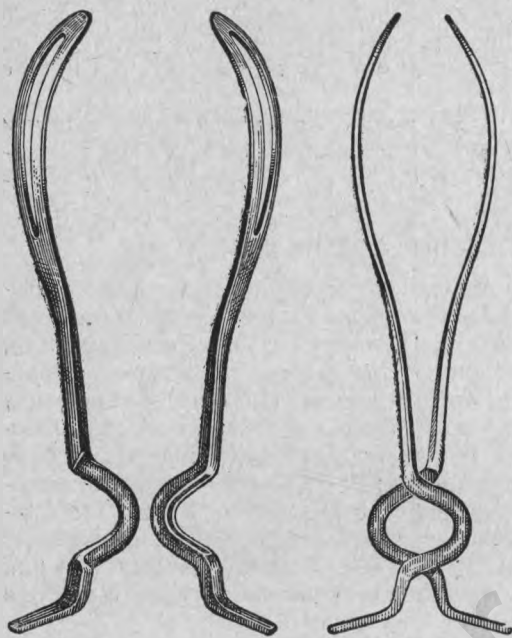


Рис. 236. Акушерские щипцы Лазаревича (модель 1891 г.).

на то, чтобы головная и тазовая кривизна инструмента соответствовала анатомическим условиям.

Щипцы, какой бы конструкции они ни были, не должны весить более 750 г при длине не свыше 40 см (из них на длину рукоятки должно приходиться 15 см, на ложки—20 см). Головная кривизна в сложенных и замкнутых щипц х должна равняться 8 см, тазовая—7—7,5 см. Концы ложек в сложенном виде не должны касаться друг друга, расстояние между ними должно быть от 2 до 2,5 см. Наибольшая ширина ложек—не более 4—4,5 см, толщина их в этом месте—не более 4 мм.

В настоящее время имеется свыше 300 различных моделей щипцов. В практике применяются только некоторые из них: русские щипцы И. П. Лазаревича, английские—Симпсона, немецкие—Негеле, французские—Левре. Помимо этих моделей, су-

ществуют и применяются другие, специально сконструированные модели (Ф. Г. Правосуда, С. М. Полотебнова, Киллянда).

Щипцы Лазаревича (рис. 236)—оригинальная по своей конструкции модель русских щипцов. И. П. Лазаревич, работая свыше 25 лет над совершенствованием щипцов, предложил несколько моделей. Его предложение в принципе получило одобрение большинства русских акушеров. Только немногие (М. И. Горвиц, А. Я. Крассовский) возражали против применения прямых щипцов. На практике щипцами Лазаревича пользовались больше всего на Украине (Г. Ф. Писемский и его ученики), а также в Варшавской клинике (Н. В. Ястребов, И. И. Федоров, В. А. Бржезинский), в Тбилиси (Б. К. Гогоберидзе). Все же щипцы Лазаревича в свое время широкого распространения в России не получили.

Щипцы И. П. Лазаревича имеют одну головную кривизну, без тазовой (п р я м ы е щ и п ц ы) и неперекрещивающиеся ложки (щипцы с п а р а л л е л ь н ы м и л о ж к а м и). Последняя модель, предложенная автором, имеет длину 36 см и снабжена замком, устройство которого позволяет для захватывания головки смещать концы ложек.

Идея прямых щипцов Лазаревича нашла свое отражение в модификациях щипцов, предложенных И. И. Федоровым, А. Г. Боряковским (прямые щипцы с перекрещивающимися браншами), С. М. Полотебновым (приспособлен тракционный аппарат), Ф. Г. Правосуда, Н. Д. Шапиро и др. В щипцах Киллянда в основном лежит та же идея Лазаревича.



Наиболее распространенной моделью в Советском Союзе являются английские щипцы Симпсона в модификации Н. Н. Феноменова. Щипцы Симпсона-Феноменова (рис. 237)—это короткие щипцы с тазовой кривизной и перекрещивающимися рукоятками. Щипцы снабжены удобным в смысле подвижности замком. Устройство замка такое: левая ложка имеет пластинку сверху, а правая—такую же пластинку снизу. Благодаря этим двум пластинкам обе ложки примыкают друг к другу, не расходясь кверху и книзу, допуская, однако, несбходимую подвижность. Такой способ замыкания подлатыни назывался *junctura per contabulationem*<sup>1</sup>.

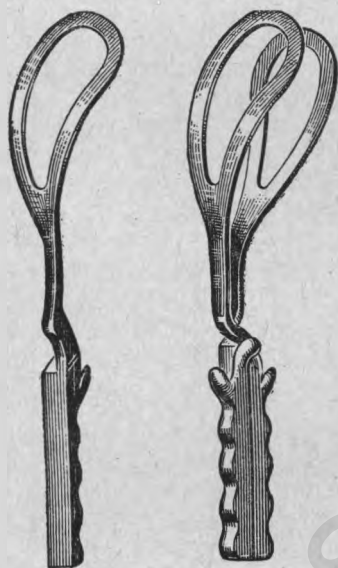


Рис. 237. Английские акушерские щипцы Симпсона.



Рис. 238. Французские акушерские щипцы Левре.

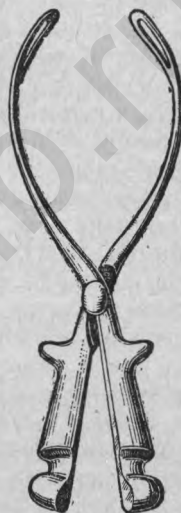


Рис. 239. Немецкие акушерские щипцы Негеле.

Щипцы Левре (рис. 238) до некоторой степени противоположны щипцам Симпсона-Феноменова. Это длинные щипцы с двумя кривизнами. Щипцы Левре были одной из первых моделей щипцов. В ней Левре впервые придал щипцам тазовую кривизну. Рукоятки перекрещивающиеся. Щипцы снабжены специальным замком, который устроен так: шпенек, вделанный в левую ложку, входит в отверстие, имеющееся на правой ложке. Этот способ замыкания ложек—прочный, но сложный—полатыни назывался *junctura per axin*. Щипцы типа Левре приняты главным образом во Франции. Они дают возможность извлекать и высоко стоящую головку, к чему часто прибегают французские акушеры.

Немецкие щипцы Негеле (рис. 238) соединяют в себе основные качества двух предыдущих моделей. Замок в немецких щипцах представляет собой комбинацию английского (*per contabulationem*) и французского (*per axin*)

<sup>1</sup> Contabulatio—настилка, построенная из досок.

замков. Он следующей конструкции: на левой ложке имеется невысокий стержень в виде шляпки, а на правой—выемка, которая подходит к стержню и, таким образом, замыкает ложки. Этот замок менее удобен, так как для его замыкания требуется строго параллельное расположение и одинаковая высота ложек (браншей), что не всегда бывает. Поэтому, чтобы замкнуть щипцы, приходится передвигать ложки.

Щипцы с осевыми тракциями—Тарнье, с подвижными ложками—Бреуса, щипцы Правосула и Киллянда описаны в главе о высоких щипцах (стр. 305—312).

## УСЛОВИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ

Приступая к родоразрешению с помощью щипцов, акушер должен иметь ясное представление о том процессе, которому придется искусственно подражать. Другими словами, он должен твердо помнить, что безукоризненное знание нормального хода родов во всех его деталях является главным и обязательным условием для правильного и сознательного применения акушерских щипцов.

Приступая к наложению акушерских щипцов, необходимо точно ориентироваться в том, какие этапы в процессе родов головка уже успела проделать и какие ей предстоит проделать с помощью щипцов. Далеко не во всякую фазу родового процесса можно накладывать щипцы.

По своей идее, по конструкции щипцы, как уже говорилось, предназначены выполнять роль влекущего инструмента, заменяя недостающую силу схваток-потуг. Размеры щипцов, их тазовая кривизна лучше всего приспособлены для наложения на головку, стоящую своим стреловидным швом в прямом размере выхода таза. Наложённые в этот момент родов щипцы идеально обхватывают головку.

Головке в дальнейшем уже не приходится делать никаких ротационных движений, она не проделала только механизма врезывания и прорезывания. Поэтому щипцы, наложенные при этих условиях, действительно будут выполнять свое прямое назначение, т. е. играть роль влекущего инструмента. При других условиях—при головке, стоящей в полости таза и особенно во входе в таз (подвижной, прижатой ко входу, стоящей малым сегментом),—наложение щипцов будет сложнее и опаснее. Чем выше по родовому каналу стоит головка, чем больше предстоит ей проделать, соответственно тому или иному механизму родов, движений, тем труднее и опаснее будет операция, тем больше умения и опыта потребуются от акушера. Могут встретиться трудности, не всегда преодолимые щипцами. Переоценивать в таких случаях роль и значение щипцов—значит недооценивать те опасности, которые и создали безопасному по существу инструменту нелестную славу «кровавого инструмента».

Для наложения щипцов необходимы определенные условия. В основном их шесть:

- 1) достаточные размеры таза, позволяющие пройти извлекаемой щипцами головке (истинная конъюгата не менее 8 см);
- 2) подготовленные для операции мягкие родовые пути (сглаженная шейка и полное раскрытие маточного зева);
- 3) неподвижная головка, стоящая в удобном для наложения щипцов положении;
- 4) средние размеры головки (не чрезмерно большая, не слишком малая);
- 5) разорванный плодный пузырь;
- 6) живой плод.

Рассмотрим каждое из этих условий.

1. Таз не должен быть слишком узким. Назначение щипцов, как было указано,—производить извлечение головки, но не сдвигать ее. Поэтому для применения щипцов необходимо, чтобы таз был определенных размеров, которые дали бы возможность извлечь головку без особого риска в смысле ее сжатия. При узком тазе щипцы—весьма опасный инструмент. Ольсгаузен говорил: «Щипцы для узкого таза все равно, что кулак для глаза». Нельзя забывать, что щипцы—это не инструмент для устранения непреодолимых препятствий со стороны таза. Однако приходится применять щипцы и при узких тазах. Щипцы показаны, например, при плоском тазе, если головка уже прошла промоторий и стоит в просторной полости таза, а роженица, истощившая свои силы в периоде конфигурации головки, не в состоянии сама закончить роды; помимо того, в аналогичных условиях они применяются, если плоду угрожает смерть от начинающейся асфиксии. Но и в этих случаях—надо твердо помнить—накладывать щипцы при узком тазе с истинной конъюгатой ниже 8 см начинающий врач-акушер ни в коем случае не должен. Только опытный специалист, умеющий должным образом расценивать величину головки, ее способность к конфигурации, а также характер родовой деятельности, может отступить от указанной «школьной» нормы конъюгаты, несколько снижая ее.

2. Мягкие родовые пути должны быть подготовлены для наложения щипцов. Это условие строго обязательно, особенно в отношении шейки матки. Без соответствующего раскрытия внутреннего и наружного маточного зева головка не может пройти с помощью щипцов без повреждения материнских тканей. Особенно большим разрушениям в подобных случаях подвергается наружный маточный зев. Поэтому так важно, чтобы наружный маточный зев был полностью раскрыт. Это значит, что соответствующим образом подготовлен и внутренний маточный зев, и шейечный канал. В отношении внутреннего маточного зева следует иметь в виду, что наложение щипцов будет тем легче, чем больше шейка матки подтянулась вверх за головку. Если значительная часть цервикального канала еще находится ниже головки и не поддается сглаживанию, то цервикальный канал надо считать неподготовленным. Отсюда правило: наложение щипцов будет возможно только в том случае, если полностью сглажен (уничтожен) цервикальный канал, когда края наружного маточного зева прощупываются в виде тонкой бахромы.

Это условие имеет особенно важное значение для первородящих, тем более для пожилых первородящих с их неподатливыми, плохо растягивающимися тканями. У повторно- и многородящих, ткани которых обладают большей растяжимостью, опытный акушер иногда может отступить от этого правила при показаниях срочно закончить роды. У таких женщин при достаточной растяжимости мягких частей щипцы можно наложить, если зев открыт на четыре пальца.

В 1913 г. Нейвирт предложил так называемые внутриматочные щипцы (*forceps intrauterina*). Щипцы, по мнению автора, можно накладывать и при нераскрытом маточном зеве, причем в таких случаях они, помимо всего прочего, должны выполнять роль метрейринтера. Мы категорически возражаем против предложения Нейвирта и предостерегаем врача от подобных попыток. Разрывы шейки вплоть до сводов, разрывы клетчатки, а иногда и брюшины—вот каковы могут быть последствия подобного нерационального использования щипцов.

3. Головка должна стоять в тазу в положении, удобном для наложения щипцов. Щипцы, как уже ука-

ывалось, по своей конструкции приспособлены для извлечения головки, стоящей в прямом размере выхода таза. Чтобы удобно захватить щипцами головку, она должна стоять низко, своим стреловидным швом в прямом размере выхода таза, или, что почти одно и то же, на дне таза. Только при этом условии щипцы могут быть наложены совершенным образом. Однако щипцы приходится накладывать не только в благоприятной, в смысле положения головки, обстановке, но и нередко на головку, стоящую в полости таза, т. е. в такой момент механизма родов, когда ей еще приходится проделывать вращательные движения в тазу (ротацию). Безусловно, нельзя накладывать щипцы на подвижную, стоящую еще над входом в таз головку или на головку, стоящую малым сегментом во входе в таз.

Вот почему перед наложением щипцов врач обязан отчетливо представлять, в каком отделе таза—во входе, полости или выходе—стоит головка. Определить положение головки в тазу не так легко, как это кажется с первого взгляда, особенно для начинающего врача. Поэтому надо иметь хотя бы ориентировочные данные, по которым можно было бы в каждом отдельном случае решить, в каком отрезке таза в данный момент находится головка. Часто начинающий врач делает ошибку, считая, что если исследующий палец находит близко, в направлении проводной оси таза, нижний полюс головки, значит она помещается в полости таза. Это далеко не всегда так. Нижний полюс головки может стоять очень низко, даже показываться в вульве, а головка тем не менее может стоять еще значительной своей частью над входом в таз. Все, что в таких случаях определяется исследующим пальцем или даже наблюдается глазом, есть не что иное, как колоссальная головная опухоль.

Чтобы иметь хотя бы ориентировочные данные для установления места нахождения головки в тазу, мы в качестве опознавательных пунктов пользуемся так называемыми параллельными плоскостями Годже, о чем речь была выше (стр. 11). Головка, как мы знаем, сначала проходит через плоскость входа (терминальная плоскость), затем на уровне нижнего края лонного сочленения, через параллельную терминальной главную плоскость, далее через третью, так называемую спинальную плоскость, пересекающую обе седалищные ости (*spinae ossis ischii*); наконец, она проходит через четвертую плоскость, пересекающую крестцово-копчиковое сочленение (*articulatio sacro-coccigea*—плоскость выхода). Когда головка своей наибольшей окружностью миновала промонторий, мы говорим, что она прошла плоскость входа. Если головка наибольшей окружностью достигла нижнего края симфиза, мы говорим, что она находится в пределах главной плоскости. Если при влагалищном исследовании не удастся исследующим пальцем определить *spinae ossis ischii*, значит головка прошла спинальную плоскость. Наконец, когда головка показывается в вульве, это значит, она стоит в выходе таза.

Чтобы точнее установить топографические отношения между тазом и головкой, необходимы определенные опознавательные пункты не только в тазу, но и на головке. Такими пунктами являются шейно-затылочная бороздка (верхний полюс) и проводная точка (нижний полюс головки). Обследование шейно-затылочной бороздки и ее отдаленность от плоскости тазового входа дают возможность установить положение верхнего полюса головки в тазу и над тазом. Как только головка полностью вступила в таз, верхний ее полюс (шейно-затылочная бороздка) становится почти недоступным при обследовании. Это будет означать, что головка находится в полости таза и стоит в удобном для наложения щипцов положении.

Чтобы определить, стоит ли головка на дне таза, надо произвести внутреннее исследование и убедиться, прощупываются ли *spinae ischii* или нет. Если нет возможности пальцами достигнуть *spinae ischii*, значит головка стоит на дне таза.

Делая внутреннее исследование, необходимо обращать внимание на то, проходит ли исследующий палец между головкой и стенкой влагалища. В тех случаях, когда палец между головкой и стенкой влагалища пройти не может, надо считать, что головка стоит на дне таза.

Приводим для практической работы более детализированную схему для определения местонахождения головки. Она, конечно, как и всякая схема, носит условный характер, но ее надо хорошо знать, чтобы разбираться при той или иной акушерской ситуации, особенно при наложении акушерских щипцов.

1) Головка над входом в малый таз (рис. 240). Головка свободно стоит над входом в малый таз, легко перемещается при толчке в сторону, возвращаясь обратно в исходное положение (баллотирует), в некоторых случаях несколько прижата ко входу в таз. В последнем случае головка вплотную подходит к костному кольцу входа в таз. С помощью приемов Леопольда она вся определяется над плоскостью входа, так же легко может быть сдвинута в сторону, но не баллотирует.

При влагалищном исследовании удается хорошо прощупать все опознавательные пункты малого таза; вытянутый палец достигает в прямом направлении мыса, если тот вообще достижим. Внутренняя сторона симфиза и крестца на всем протяжении свободна. Свободна вся терминальная линия (*linea inppominata*). Головка находится в индифферентном (нейтральном) положении—ни согнута, ни разогнута. Ее можно легко приподнять. Стреловидный шов стоит в поперечном размере таза, непосредственно над входом в таз, на одинаковом расстоянии от симфиза и промонтория (синклитическое вставление).

**Щипцы противопоказаны:**

2) Головка стоит во входе в таз малым сегментом (рис. 241). Небольшой отрезок (сегмент) головки вступил во вход таза, наибольшая ее окружность (бипариетальный диаметр) находится над входом в таз. Шейная борозда—на три поперечных пальца над верхним краем симфиза. При наружном исследовании головка ограниченно подвижна.

При внутреннем (влагалищном) исследовании седалищные ости (*spinae ossis ischii*) прощупываются легко, вся крестцовая впадина свободна для обследования. Промонторий доступен исследующим пальцам, мыса можно достигнуть почти прямыми (рытнутыми) пальцами. Только в некоторых случаях, чтобы достигнуть мыса или хотя бы подойти к нему, приходится сгибать исследующие пальцы по кривизне вставившегося в таз отрезка головки. Внутренняя поверхность лонного сочленения доступна исследо-



Рис. 240. Головка плода над входом.

ванию; несколько может быть затруднено определение верхнего края симфиза вставившимся нижним полюсом головки. Терминальная плоскость также не на всем протяжении свободна для исследования. Головка, вступив какой-то своей частью во вход в таз, начинает сгибаться. Она слегка подвижна, осторожно приложив небольшие усилия, ее можно приподнять (save!) кверху. Стреловидный шов стоит в поперечном или (чаще) слегка в одном из косых размеров таза.

**Щипцов накладывать также нельзя!**

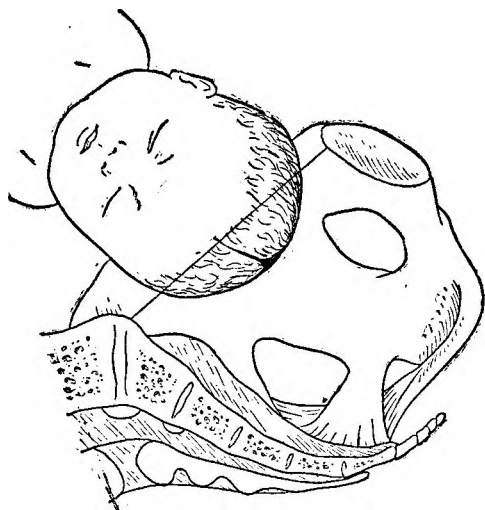


Рис. 241. Головка плода малым сегментом во входе в таз.

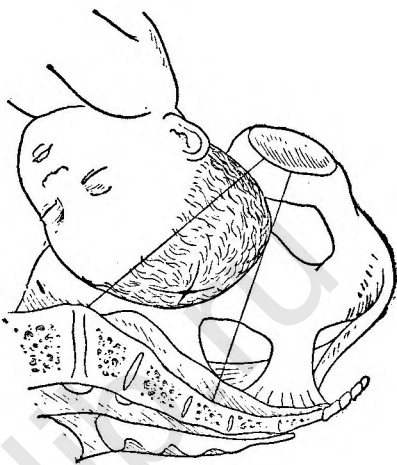


Рис. 242. Головка плода большим сегментом во входе в таз.

3) Головка во входе в таз большим сегментом (рис. 242). Наружным исследованием удастся установить, что наибольшая окружность головки (бипариетальный размер) прошла через вход в таз. Известный сегмент головки еще прощупывается сверху. Шейная борозда — на два пальца над краем симфиза. Головка неподвижна, хорошо фиксирована во входе в малый таз. При влагалищном исследовании седалищные ости можно свободно прощупать; обнаруживается, что крестцовая впадина также свободна. Головкой заняты: спереди верхний край, resp. верхняя треть задней поверхности лонного сочленения, сзади мыс и внутренняя поверхность первого крестцового позвонка. Мыса, не оттолкнув головки исследующим пальцем, достигнуть нельзя. Головка неподвижна, без применения насилия ее приподнять кверху нельзя. Головка в положении флексии. Самый низкий и ведущий ее пункт (проводная точка) по проводной линии таза достигает почти линии главной плоскости, проходящей через нижний край симфиза. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров, иногда ближе к поперечному.

Щипцов в данном случае также накладывать не рекомендуется, особенно начинающему акушеру.

4) Головка стоит в широкой части полости таза (рис. 243). При исследовании наружная рука может иногда прощупать над краем входа в таз незначительную часть головки (чаще это будет лобик). Шейная борозда выступает на один палец над симфизом.

Влагалищное исследование: седалищные ости достижимы, incisura ischii не доступна ощупыванию, мыс недостижим.

Головка наибольшей своей окружностью (бипариетальный размер) прошла плоскость широкой части полости таза. Две трети задней поверхности лонного сочленения и верхняя половина внутренней поверхности крестца заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и копчик. Малый родничок (проводная точка) лежит в плоскости узкой части полости таза (достигает почти спинальной линии). Лобик плода располагается под плоскостью входа в таз. Стреловидный шов—в одном из косых размеров таза

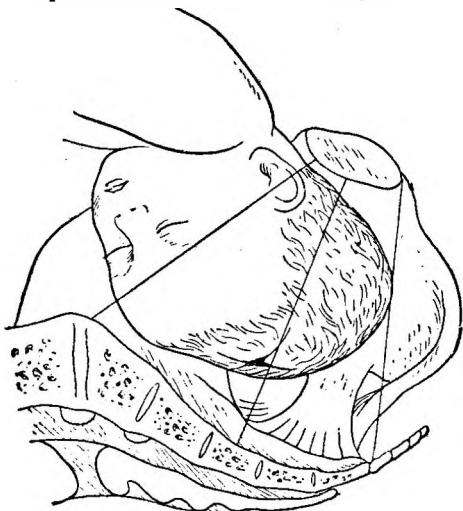


Рис. 243. Головка плода в широкой части полости таза.

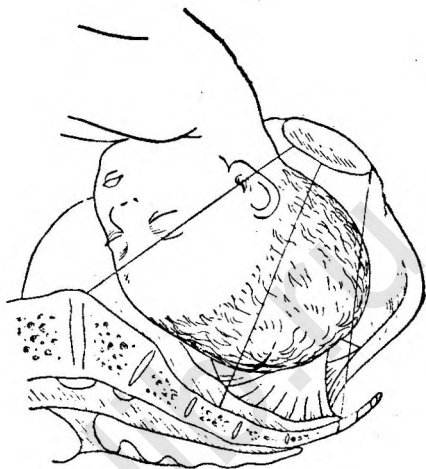


Рис. 244. Головка плода в узкой части полости таза.

Наложить щипцы разрешается (атипичные щипцы, трудная операция!):

5) Головка стоит в узкой части полости таза (рис. 244). При наружном исследовании головка над входом в таз не определяется. Шейная борозда—на высоте симфиза (вровень).

Влагалищное исследование: седалищные ости (*spinae ossis ischii*) исследующим пальцем не достигаются. Крестцово-копчиковое сочленение свободно. Две верхних трети передней поверхности крестца и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой. Последняя близко подходит к тазовому дну, ее наибольшая окружность (бипариетальный размер) занимает плоскость узкой части полости малого таза. Малый родничок—ниже спинальной линии (под плоскостью узкой части полости таза). Головка не закончила ротации. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров таза, близко к прямому.

Щипцы могут быть наложены:

6) Головка стоит в выходе малого таза (рис. 245). При наружном исследовании головка не прощупывается. Шейная борозда не определяется. Головка закончила внутренний поворот (ротацию), достигла тазового дна и продвигает последний этап механизма—«врезывание» и «прорезывание» (разгибание). Бипариетальный диаметр головки—ниже плоскости узкой части полости таза. Вся полость малого таза выполнена головкой. Задняя поверхность крестца полностью прикрыта головкой. Стреловидный шов стоит в прямом размере выхода таза.

Идеальное положение для наложения щипцов (типичные щипцы).

Ко всему сказанному следует добавить, что при распознавании высоты стояния головки, гесп. предлежащей части, большое значение имеет положение, в котором находится роженица при исследовании. Исследование надо производить на поперечной кровати и при поднятом (польстер) тазе роженицы. Мочевой пузырь перед исследованием должен быть опорожнен.

4. Головка плода не должна быть чересчур больших или очень малых размеров. Размер щипцов подходит только для головки средних размеров. Так называемые гетигиганты редко имеют такого размера головы, чтобы щипцы могли обхватить их. Щипцы совершенно непригодны для гидроцефалической головки.

Особно большую опасность для матери представляют те формы гидроцефалии, при которых передний сегмент головки в виде баллона вдается в малый таз. Врач должен перед каждым наложением щипцов тщательно обследовать таз и головку, установить размеры предлежащей части над входом в таз, а также величину швов и родничков. Кто этого не делает, тот легко может принять передний сегмент за всю головку и наложить щипцы на головку, пораженную водянкой. Ответственность за последствия в данном случае, конечно, целиком падает на врача.

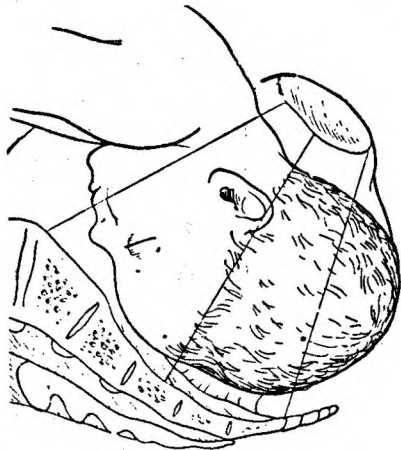


Рис. 245. Головка плода в выходе малого таза.

Гидроцефалия и щипцы исключают друг друга. Мы уже упоминали об одном признаке, который может навести врача на мысль о гидроцефалии,—это высокое стояние пограничного (контракционного) кольца (растяжение нижнего сегмента), что наблюдается при гидроцефалии

в самом начале родов и даже до них.

Там, где имеется рентгеновский кабинет, при подозрении на головную водянку следует сделать снимок головки плода.

О диагностической ошибке можно догадаться по резкому расхождению рукояток щипцов и трудности, а иногда и невозможности замыкания инструмента.

Щипцы нельзя накладывать и при чересчур малой головке. Для нее щипцы также не приспособлены. При так называемых слишком ранних родах (*partus iminaturus*), вернее при позднем выкидыше (26—28 недель), головка плода настолько мала, что щипцы не могут захватить ее. В таких случаях применяются другие приемы, тем более что и плод при этом нежизнеспособен.

5. Плодный пузырь должен быть разорван и оболочки заправлены за наибольшую окружность головки. Если наложить щипцы на головку при целом пузыре, то, ясно, может произойти частичное или даже полное отслоение плаценты. О значении такой преждевременной отслойки детского места для матери и плода говорить не приходится. Однако не всегда легко определить, цел плодный пузырь или уже разорвался. Воды могут отойти незаметно, в некоторых случаях отхождение так называемых ложных вод может симулировать разрыв плодного пузыря. Ввиду этого при наложении щипцов нельзя полагаться на показания акушерки или самой роженицы, необходимо приступить к тщательному внутреннему исследованию (оно вообще должно



производиться при наложении щипцов). Однако отметим, даже внутреннее исследование не всегда может дать предельно ясное представление о состоянии плодного пузыря. Если плодный пузырь выполняется передними водами, распознавание довольно легко. Но если он вплотную прилежит к коже головки плода, определить, цел пузырь или нет, очень трудно. В таких случаях рекомендуется попробовать захватить пальцами волосики на головке плода. Если это удастся, значит плодный пузырь отсутствует. Понятно, эту манипуляцию надо делать нежно и деликатно. Если и после этого остается сомнение относительно целостности пузыря, надо ввести во влагалище зеркала, чтобы убедиться *ad oculos*, цел ли плодный пузырь или отсутствует. При наличии плодного пузыря его следует порвать пальцем или инструментом (пулевые щипцы, корнцанг).

6. Плод должен быть живым. Нет смысла накладывать щипцы в тех случаях, где с большей пользой и меньшей травмой для матери можно сделать перфорацию с последующей краниоклазией. Если же нельзя с уверенностью сказать, умер плод или еще жив, конечно, следует наложить щипцы.

### ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ЩИПЦОВ

Чрезвычайно важный и ответственный момент при наложении щипцов—правильно поставленные показания к операции. Раньше, особенно вскоре после изобретения щипцов, в этом отношении господствовало личное усмотрение акушера. Результаты такого произвольного усмотрения при постановке показаний к щипцам безусловно, по крайней мере в некоторых случаях, были роковыми. Известен исторический пример такого непоказанного применения акушерских щипцов—случай наложения щипцов Чемберленом в клинике Мориссо. Несомненно, и в дальнейшем еще долгое время и не раз щипцы накладывались в таких случаях, когда для них имелись прямые противопоказания. Это понятно: не надо забывать, что в то время не был еще изучен механизм родов. Однако и после того, как механизм родов получил настоящее научное освещение, скажем больше, уже в наше или близкое к нему время, показания к щипцам колебались довольно в широких пределах. Одни из акушеров применяли щипцы чрезвычайно часто (Озиандер, например, накладывал их через каждые двое родов), тогда как другие проводили крайний консерватизм, отказываясь применять щипцы там, где они могли бы оказать большую услугу. Так, Де ля Мотт предпочитал, как он говорил, сидеть у постели роженицы 7 ночей, уговаривая ее тужиться, чем накладывать щипцы.

В настоящее время в отношении показаний к щипцам выработаны более или менее обоснованные требования, которыми и должен руководствоваться врач, если он желает применять щипцы по всем правилам науки. Эти требования можно сформулировать в виде положения, носящего общий характер: щипцы показаны тогда, когда требуется быстрое окончание родов в интересах матери или плода, а чаще обоих вместе.

Такая формулировка, однако, едва ли может нас удовлетворить. Ведь ее можно отнести к любой акушерской операции. В конечном счете для акушерской операции по существу имеются только два показания: опасность, угрожающая матери, и опасность, угрожающая плоду. Не будет ли лучше, если мы вместо того, чтобы повторять из главы в главу общие положения об опасности для матери и плода, конкретно перечислим те отклонения от нормы, при которых показано наложение щипцов. Несмотря на всю справедливость подобного требования, следует сказать, что показаниями к щипцам являются не те или иные заболевания матери или плода, а скорее те или иные моменты, отягчающие развитие данного заболевания. При одном

и том же болезненном состоянии матери в одном случае будут показания к наложению щипцов, а в другом, наоборот, противопоказания к их применению. Вот почему, помимо всего прочего, при постановке показаний к наложению щипцов надо учитывать еще один существенный фактор—момент их наложения. Учесть этот фактор времени в каждом отдельном случае, к сожалению, можно только у постели роженицы, причем констатация своевременности предпринимаемой операции во многом будет зависеть от знаний и опыта врача-акушера. Между двумя крайностями «слишком рано» и «слишком поздно» надо найти такой удачный момент, когда щипцы окажутся как раз «во-время и кстати». Врач может это сделать только при условии, если он вдумчиво и внимательно наблюдает за родовой деятельностью, тщательно следит за сердцебиением плода (считать, а не только выслушивать сердцебиение), когда он настолько хорошо изучил и знает акушерство, что в состоянии предвидеть возможные осложнения, которые может представить каждый данный случай. Иными словами, от врача, которому приходится ставить самостоятельно показания к акушерским операциям и выполнять эти операции, требуется серьезная подготовка, и практическая, и теоретическая. Прежде всего теоретическая. Долго, глубоко и серьезно по солидным руководствам и у постели роженицы акушер должен изучать акушерство—одну из труднейших клинических дисциплин, чтобы потом, работая самостоятельно, уметь оказывать необходимую помощь одновременно двум живым существам—матери и плоду.

При постановке показаний к наложению щипцов мы предлагаем придерживаться следующей схемы, выработанной акушерской практикой.

Наиболее важные показания в порядке частоты и значимости их:

1. Остановка поступательного движения плода в периоде изгнания. Необходимо, конечно, установить причину остановки. Ею могут быть: сужение выхода таза (воронкообразный и кифотический таз); ригидность и неподатливость мягких тканей у пожилых первородящих, отклонения и неправильности механизма родов (задний вид затылочного предлежания, передне-теменное предлежание, среднее, *resp.* низкое, поперечное стояние головки), вторичная слабость родовой, главным образом потужной, деятельности. Акушеру чаще всего приходится наблюдать слабые родовые схватки-потуги.

Значение слабости родовой деятельности приходится расценивать различным образом. Частые внутренние исследования, преждевременное вмешательство при такого рода слабых схватках-потугах могут принести матери много вреда. Акушер, обладающий должной выдержкой и терпением, может добиться благоприятных результатов даже и при слабо выраженной родовой деятельности. Должны быть использованы все рекомендуемые способы усиления родовой деятельности. Питуитрин в периоде изгнания можно применять внутривенно (0,5 мл). Многие в таких случаях применяют—и с успехом—бинт Вербова, о котором говорилось выше. Мы не отказываемся при слабости потужной деятельности от выжимания плода по Кристеллеру (надо только применять его умело). Но если почему-либо, несмотря на применение питуитрина, бинта Вербова или приема Кристеллера, врач не может добиться хороших результатов, ему приходится действовать более решительно. Вести консервативную терапию только во имя консерватизма нельзя. Следует иметь в виду, что длительное глубокое стояние головки ведет к растяжению мягких частей родового канала и серьезному нарушению функциональной способности мышц тазового дна, а это может в дальнейшем повести к смещению и выпадению половых органов. Ввиду этого вторичные слабые родовые схватки-потуги при известных условиях являются показанием к окончанию родов при помощи наложения щипцов.

Если у первородящей головка стоит на дне таза 4—5 часов, а у повторнородящей — 2—3 часа, следует считать, что имеются показания к окончанию родов. Если указанные выше меры (питуитрин, бинт Вербова, выжигание по Кристеллеру) не ведут к цели, акушер должен приступить к наложению щипцов.

Приведенные цифры о длительности периода изгнания врач, работающий в клинической обстановке, не должен считать окончательными и не подлежащими изменению. В случае слабости родовой деятельности второй период родов может тянуться дольше и при соответствующем бдительном клиническом наблюдении закончиться самопроизвольно. В клинике, таким образом, и в специальных родовспомогательных учреждениях клинического типа слабость родовой деятельности сама по себе еще не служит показанием к наложению щипцов. Показаниями к наложению щипцов при затянувшихся вследствие слабости родовой деятельности родах в клинической обстановке являются моменты, угрожающие матери и плоду (чаще начинающаяся асфиксия плода).

Проводя такой здоровый консерватизм по отношению к операции наложения щипцов («кровавый инструмент»), акушер, однако, не должен переходить известных границ. Ультраконсерватизм в данном случае следует так же осуждать, как и необоснованный радикализм в показаниях к наложению щипцов. Об этом мы уже говорили выше, в главе об узком тазе. «С момента выраженной родовой деятельности солнце не должно заходить над роженицей дважды» — таков акушерский лозунг. Это, понятно, не значит, что врач по истечении 24 часов должен сейчас же браться за щипцы. Конечно, нет. Акушер при таких затянувшихся родах должен решить, не следует ли, не затягивая периода выжидания, перейти к более активному вмешательству.

2 Осложняющие роды моменты со стороны плода. К наиболее частым показаниям к щипцам относятся также осложняющие роды моменты со стороны плода: асфиксия плода, выпадение пуповины (стр. 338—341) и оболочечное прикрепление пуповины. Оба последних момента могут входить в первый, так как по существу они также ведут к внутриутробному задушению плода.

Клинические признаки внутриутробной асфиксии плода довольно разнообразны. Акушер, желающий во время оказать помощь плоду, должен хорошо знать клинические симптомы угрожающей или наступившей асфиксии.

В организме плода непрерывно идут окислительные процессы, которые, естественно, требуют необходимого количества кислорода. Плод должен дышать. Дыхание это совершается, как мы знаем, не через легкие, как во внеутробной жизни, а через плаценту, кислород плоду доставляет мать. Через пупочную вену кислород поступает в ток кровообращения плода, а выделяемая им угольная кислота отходит к матери через пупочные артерии. Во время родовой деятельности, благодаря сокращениям матки, плацентарная площадка уменьшается в своих размерах, сосуды сжимаются, а следовательно, уменьшается и циркуляция крови. Приток кислорода уменьшается, соответственно уменьшается и отдача угольной кислоты. Если нарушения кровообращения достаточно велики, переходят границы нормы, может наступить асфиксия плода. Она может наступить также на почве повышения внутричерепного давления у плода. При асфиксии плоду угрожает гибель, поэтому врач обязан в подобных случаях в интересах плода срочно закончить роды. Отсюда при соответствующих условиях и предпосылках акушер, диагностируя начинающуюся асфиксию плода, для спа-

сения его должен немедленно приступить к наложению щипцов.

Необходимо поэтому хорошо знать наиболее важные и чаще всего встречающиеся клинические признаки внутриутробной асфиксии плода.

Признаки эти следующие.

А Изменения сердцебиения плода. Всякое нарушение плацентарного кровообращения (внутриутробного дыхания) немедленно сказывается замедлением сердцебиения плода, неправильным его ритмом, а затем и ускорением сердцебиения.

а) Замедление сердцебиения. Во время схваток сердцебиение плода всегда замедляется (уменьшение газообмена в плаценте на почве сжатия сосудов и уменьшения объема плацентарного кровообращения). Во время пауз сердцебиение обычно выравнивается, в силу чего такое временное, происходящее во время схваток нарушение кровообращения не наносит плоду никакого вреда. К концу периода изгнания—это надо помнить—вследствие частых, быстро следующих друг за другом схваток-потуг замедленное сердцебиение остается почти все время до рождения плода.

Если врач замечает, что сердцебиение плода остается замедленным вне схваток, во время пауз, это служит для него указанием, что плацентарное кровообращение нарушено и что плоду грозит опасность задушения. Замедление сердцебиения во время пауз, в промежутках между схватками, является патогномичным признаком начинающейся внутриутробной асфиксии плода.

Одновременно с замедлением сердцебиения отдельные тоны становятся более громкими и стучащими. Это объясняется тем, что вследствие скапливания в крови угольной кислоты раздражается вазомоторный центр, что в свою очередь ведет к поднятию кровяного давления.

В своей практической работе врач может руководствоваться следующим правилом.

Если в промежутках между схватками сердцебиение плода замедлится до 100 ударов в минуту, причем это наблюдается несколько раз, следует считать, что наступил момент заканчивать роды, особенно если обнаруживается тенденция к дальнейшему замедлению сердцебиения. Если налицо все необходимые для наложения щипцов условия, операция должна быть сделана немедленно.

При прогрессирующем замедлении сердцебиения (вне схваток) выжидание ведет к смерти плода.

б) Неправильный ритм сердцебиения плода (аритмия) также является признаком внутриутробной асфиксии. Неправильными интервалами чередуются то медленно, то быстро следующие друг за другом удары сердца. Такой характер ритма определенно говорит о нарушении газообмена. В подобных случаях для спасения жизни плода показано немедленное окончание родов с помощью щипцов, если для этого имеются соответствующие условия.

в) Ускорение сердцебиения плод переносит легче, чем замедление. Помимо того, следует иметь в виду, что ускорение сердцебиения не всегда говорит только об асфиксии. Временное учащение сердцебиения могут вызвать и другие обстоятельства, например, сильные движения плода, высокая температура матери и пр. В периоде изгнания при ягодичных предлежаниях нередко также наблюдается ускоре-

ние сердечных ударов плода. Однако, несмотря на все это, длительно продолжающееся ускорение сердцебиения далеко не безразлично для плода.

По вопросу о наложении щипцов при ускорении сердцебиения плода единого мнения нет. Одни считают учащенное сердцебиение плода признаком наступающей асфиксии и требуют в таких случаях срочного окончания родов; другие, наоборот, не видят в ускорении сердцебиения показаний к окончанию родов вообще и наложению щипцов в частности.

Мы рекомендуем при учащении сердцебиения плода свыше 160 ударов в минуту заканчивать роды наложением щипцов, особенно если на протяжении родов сердцебиение было в пределах 120—140 ударов.

**Б. Отхождение первородного кала (мекония).** Меконий у новорожденного обычно начинает отходить через несколько часов после родов. В нормальных условиях первородный кал внутриутробно не должен выделяться. Отхождение мекония внутриутробно можно иногда наблюдать у плода после приема роженицей некоторых лекарств (хины) или при инфекционных заболеваниях матери. Во время родов выделение первородного кала, как известно, бывает при тазовых предлежаниях: он выделяется вследствие давления, которое испытывают брюшные органы плода во время родовой деятельности. Поэтому отхождение мекония при тазовых предлежаниях патогномичного значения не имеет. Совсем другое дело, если замечается отхождение первородного кала во время родов при предлежании головкой. В таком случае в первую очередь надо думать об угрожающей плоду асфиксии. Отхождение мекония при черепных предлежаниях—более ранний признак начинающейся асфиксии плода, чем расстройство его кровообращения. При появлении в периоде изгнания слизистых, зеленоватого цвета крупных комочков или при обнаружении на подстилке пятен темнозеленоватого цвета необходимо тщательно проконтролировать сердцебиение плода, и, если оно нарушено, немедленно заканчивать роды.

Механизм выделения мекония при асфиксии объясняют накоплением в крови угольной кислоты, в силу чего раздражаются кишечные ганглии, что в свою очередь вызывает усиленную перистальтику кишечника. Несомненно, играет роль и расслабление сфинктера прямой кишки в результате асфиксии. Однако не всегда при асфиксии происходит преждевременное отхождение первородного кала. Плотно запирающая половой канал головка не дает возможности излиться наружу так называемым задним водам, а вместе с ними и меконию, и о том, что было преждевременное отхождение первородного кала врач узнает только потом, после родов, по оставшимся следам мекония на поверхности тела плода, на пуповине, а также на оклоплодных оболочках. Иногда наблюдается и другое: несмотря на сильное загрязнение меконием задних околоплодных вод, плод рождается без всяких признаков асфиксии. Это значит, что один факт преждевременного отхождения мекония не всегда служит признаком наступившей асфиксии. Все же при отхождении мекония в периоде изгнания акушер должен особенно внимательно следить за сердцебиением плода, помня, что появление мекония может быть ранним сигнальным симптомом начинающейся асфиксии.

Если при отхождении мекония сердцебиение плода замедляется, сердечный ритм становится неправильным, сердечные тоны выслушиваются все слабее и хуже, необходимо немедленно за-

канчивать роды операцией наложения шипцов, конечно, при наличии соответствующих условий.

**В.** Очень сильные движения плода. Если в течение родов плоду угрожает какая-нибудь опасность, движения его становятся более быстрыми и беспокойными. После отхождения вод они по понятным причинам делаются более ограниченными. Однако в некоторых случаях в этот момент наблюдаются особенно энергичные движения плода. Одни авторы считают, что такие усиленные движения патогномичны при асфиксии плода, другие придерживаются противоположной точки зрения. Правильнее будет считать чрезмерно усиленные движения плода одним из дополнительных признаков угрожающей плоду асфиксии.

Уместно напомнить об одном признаке, который указывает на наличие какой-то опасности, угрожающей плоду *sub partu*. К сожалению, им можно воспользоваться только во время самой операции наложения шипцов. Признак этот таков. При тракциях иногда через ветви шипцов ощущаются быстрые движения плода, совершенно непохожие на обычные толчки. Такие движения чувствуются всегда между двумя потугами и по своему характеру напоминают ощущение, которое испытывает рука, держащая удочку, когда «клюет рыба» (сначала толчок по направлению рук и тотчас назад). Движения повторяются несколько раз, причем промежутки между ними все удлиняются. Прекращение толчков указывает на гибель плода. Происхождение таких двояких толчков объясняют наступлением преждевременных дыхательных движений на почве избыточного содержания в крови углекислоты. При наличии таких движений необходимо как можно скорее кончать роды.

**Г.** Шум пуповины. Появление проходящих, иногда, впрочем, и длительных так называемых сердечных шумов большого клинического значения не имеет. Но если в течение родовой деятельности наступает более или менее интенсивный и громкий шум, постепенно нарастающий в силе, это значит, что кровообращению плода что-то угрожает. Источником этого шума является не сердце плода, а нарушение правильной циркуляции крови в пуповине, будь то перекручивание последней, сжатие вследствие выпадения или обвития вокруг какой-нибудь части плода и пр. Во всяком случае акушер должен поставить себе за правило: при наличии нарастающего пупочного шума тщательно следить за сердцебиением плода. В случае наступающего замедления сердцебиения роды должны быть срочно закончены. Если имеются соответствующие условия, при этом показана операция наложения шипцов.

**Д.** Увеличение родовой головной опухоли плода. О механизме происхождения родовой опухоли говорилось выше. Мы указывали, что она происходит главным образом на почве сжатия головки по ее наибольшей горизонтальной периферии мышцами матки. Вследствие такого поясного сжатия в сегменте, лежащем ниже пояса сдавливания, получают застойные явления и выпотевание жидкости. Следовательно, образование головной опухоли ничего общего не имеет с явлениями асфиксии. В силу этого быстрое увеличение родовой опухоли нельзя считать признаком угрожающей асфиксии, как это думают некоторые врачи. Мы только еще раз напоминаем, что головная опухоль может образоваться лишь при живом плоде.

**Е.** Внутриутробные дыхательные движения плода. Наступившая асфиксия плода действует не только на блуждающий нерв, вызывая замедление сердцебиения, и не только на п. *accelerans*, вызывая ускорение сердцебиения. Переполнение крови угольной кислотой ведет также к раздражению продолговатого мозга и находящегося там

ние сердечных ударов плода. Однако, несмотря на все это, длительно продолжающееся ускорение сердцебиения далеко не безразлично для плода.

По вопросу о наложении щипцов при ускорении сердцебиения плода единого мнения нет. Одни считают учащенное сердцебиение плода признаком наступающей асфиксии и требуют в таких случаях срочного окончания родов; другие, наоборот, не видят в ускорении сердцебиения показания к окончанию родов вообще и наложению щипцов в частности.

Мы рекомендуем при учащении сердцебиения плода свыше 160 ударов в минуту заканчивать роды наложением щипцов, особенно если на протяжении родов сердцебиение было в пределах 120—140 ударов.

Б. Отхождение первородного кала (мекония). Меконий у новорожденного обычно начинает отходить через несколько часов после родов. В нормальных условиях первородный кал внутриутробно не должен выделяться. Отхождение мекония внутриутробно можно иногда наблюдать у плода после приема роженицей некоторых лекарств (хины) или при инфекционных заболеваниях матери. Во время родов выделение первородного кала, как известно, бывает при тазовых предлежаниях: он выделяется вследствие давления, которое испытывают брюшные органы плода во время родовой деятельности. Поэтому отхождение мекония при тазовых предлежаниях патогномоничного значения не имеет. Совсем другое дело, если замечается отхождение первородного кала во время родов при предлежании головкой. В таком случае в первую очередь надо думать об угрожающей плоду асфиксии. Отхождение мекония при черепных предлежаниях—более ранний признак начинающейся асфиксии плода, чем расстройство его кровообращения. При появлении в периоде изгнания на подстилке пятен темнозеленоватого цвета необходимо тщательно проконтролировать сердцебиение плода, и, если оно нарушено, немедленно заканчивать роды.

Механизм выделения мекония при асфиксии объясняют накоплением в крови угольной кислоты, в силу чего раздражаются кишечные ганглии, что в свою очередь вызывает усиленную перистальтику кишечника. Несомненно, играет роль и расслабление сфинктера прямой кишки в результате асфиксии. Однако не всегда при асфиксии происходит преждевременное отхождение первородного кала. Плотная запирающая половой канал головка не дает возможности излиться наружу так называемым задним водам, а вместе с ними и меконию, и о том, что было преждевременное отхождение первородного кала врач узнает только потом, после родов, по оставшимся следам мекония на поверхности тела плода, на пуповине, а также на оклоплодных оболочках. Иногда наблюдается и другое: несмотря на сильное загрязнение меконием задних околоплодных вод, плод рождается без всяких признаков асфиксии. Это значит, что один факт преждевременного отхождения мекония не всегда служит признаком наступившей асфиксии. Все же при отхождении мекония в периоде изгнания акушер должен особенно внимательно следить за сердцебиением плода, помня, что появление мекония может быть ранним сигнальным симптомом начинающейся асфиксии.

Если при отхождении мекония сердцебиение плода замедляется, сердечный ритм становится неправильным, сердечные тоны выслушиваются все слабее и хуже, необходимо немедленно за-

канчивать роды операцией наложения шипцов, конечно, при наличии соответствующих условий.

В. Очень сильные движения плода. Если в течение родов плоду угрожает какая-нибудь опасность, движения его становятся более быстрыми и беспокойными. После отхождения вод они по понятным причинам делаются более ограниченными. Однако в некоторых случаях в этот момент наблюдаются особенно энергичные движения плода. Одни авторы считают, что такие усиленные движения патогномичны при асфиксии плода, другие придерживаются противоположной точки зрения. Правильнее будет считать чрезмерно усиленные движения плода одним из дополнительных признаков угрожающей плоду асфиксии.

Уместно напомнить об одном признаке, который указывает на наличие какой-то опасности, угрожающей плоду *sub partu*. К сожалению, им можно воспользоваться только во время самой операции наложения шипцов. Признак этот таков. При тракциях иногда через ветви шипцов ощущаются быстрые движения плода, совершенно непохожие на обычные толчки. Такие движения чувствуются всегда между двумя потугами и по своему характеру напоминают ощущение, которое испытывает рука, держащая удочку, когда «клюет рыба» (сначала толчок по направлению рук и тотчас назад). Движения повторяются несколько раз, причем промежутки между ними все удлиняются. Прекращение толчков указывает на гибель плода. Происхождение таких двойных толчков объясняют наступлением преждевременных дыхательных движений на почве избыточного содержания в крови углекислоты. При наличии таких движений необходимо как можно скорее кончать роды.

Г. Шум пуповины. Появление проходящих, иногда, впрочем, и длительных так называемых сердечных шумов большого клинического значения не имеет. Но если в течение родовой деятельности наступают более или менее интенсивный и громкий шум, постепенно нарастающий в силе, это значит, что кровообращению плода что-то угрожает. Источником этого шума является не сердце плода, а нарушение правильной циркуляции крови в пуповине, будь то перекручивание последней, сжатие вследствие выпадения или обвития вокруг какой-нибудь части плода и пр. Во всяком случае акушер должен поставить себе за правило: при наличии нарастающего пупочного шума тщательно следить за сердцебиением плода. В случае наступающего замедления сердцебиения роды должны быть срочно закончены. Если имеются соответствующие условия, при этом показана операция наложения шипцов.

Д. Увеличение родовой головной опухоли плода. О механизме происхождения родовой опухоли говорилось выше. Мы указывали, что она происходит главным образом на почве сжатия головки по ее наибольшей горизонтальной периферии мышцами матки. Вследствие такого поясного сжатия в сегменте, лежащем ниже пояса сдавливания, получают застойные явления и выпотерание жидкости. Следовательно, образование головной опухоли ничего общего не имеет с явлениями асфиксии. В силу этого быстрое увеличение родовой опухоли нельзя считать признаком угрожающей асфиксии, как это думают некоторые врачи. Мы только еще раз напоминаем, что головная опухоль может образоваться лишь при живом плоде.

Е. Внутриутробные дыхательные движения плода. Наступившая асфиксия плода действует не только на блуждающий нерв, вызывая замедление сердцебиения, и не только на *p. accelegans*, вызывая ускорение сердцебиения. Переполнение крови угольной кислотой ведет также к раздражению продолговатого мозга и находящегося там



ние сердечных ударов плода. Однако, несмотря на все это, длительно продолжающееся ускорение сердцебиения далеко не безразлично для плода.

По вопросу о наложении щипцов при ускорении сердцебиения плода единого мнения нет. Одни считают учащенное сердцебиение плода признаком наступающей асфиксии и требуют в таких случаях срочного окончания родов; другие, наоборот, не видят в ускорении сердцебиения показания к окончанию родов вообще и наложению щипцов в частности.

Мы рекомендуем при учащении сердцебиения плода свыше 160 ударов в минуту заканчивать роды наложением щипцов, особенно если на протяжении родов сердцебиение было в пределах 120—140 ударов.

Б. Отхождение первородного кала (мекония). Меконий у новорожденного обычно начинает отходить через несколько часов после родов. В нормальных условиях первородный кал внутриутробно не должен выделяться. Отхождение мекония внутриутробно можно иногда наблюдать у плода после приема роженицей некоторых лекарств (хины) или при инфекционных заболеваниях матери. Во время родов выделение первородного кала, как известно, бывает при тазовых предлежаниях: он выделяется вследствие давления, которое испытывают брюшные органы плода во время родовой деятельности. Поэтому отхождение мекония при тазовых предлежаниях патогномичного значения не имеет. Совсем другое дело, если замечается отхождение первородного кала во время родов при предлежании головкой. В таком случае в первую очередь надо думать об угрожающей плоду асфиксии. Отхождение мекония при черепных предлежаниях—более ранний признак начинающейся асфиксии плода, чем расстройство его кровообращения. При появлении в периоде изгнания слизистых, зеленоватого цвета крупных комочков или при обнаружении на подстилке пятен темнозеленоватого цвета необходимо тщательно проконтролировать сердцебиение плода, и, если оно нарушено, немедленно заканчивать роды.

Механизм выделения мекония при асфиксии объясняют накоплением в крови угольной кислоты, в силу чего раздражаются кишечные ганглии, что в свою очередь вызывает усиленную перистальтику кишечника. Несомненно, играет роль и расслабление сфинктера прямой кишки в результате асфиксии. Однако не всегда при асфиксии происходит преждевременное отхождение первородного кала. Плотно запирающая половой канал головка не дает возможности излиться наружу так называемым задним водам, а вместе с ними и меконию, и о том, что было преждевременное отхождение первородного кала врач узнает только потом, после родов, по оставшимся следам мекония на поверхности тела плода, на пуповине, а также на оклоплодных оболочках. Иногда наблюдается и другое: несмотря на сильное загрязнение меконием задних околоплодных всд, плод рождается без всяких признаков асфиксии. Это значит, что один факт преждевременного отхождения мекония не всегда служит признаком наступившей асфиксии. Все же при отхождении мекония в периоде изгнания акушер должен особенно внимательно следить за сердцебиением плода, помня, что появление мекония может быть ранним сигнальным симптомом начинающейся асфиксии.

Если при отхождении мекония сердцебиение плода замедляется, сердечный ритм становится неправильным, сердечные тоны выслушиваются все слабее и хуже, необходимо немедленно за-

канчивать роды операцией наложения шипцов, конечно, при наличии соответствующих условий.

В. Очень сильные движения плода. Если в течение родов плоду угрожает какая-нибудь опасность, движения его становятся более быстрыми и беспокойными. После отхождения вод они по понятным причинам делаются более ограниченными. Однако в некоторых случаях в этот момент наблюдаются особенно энергичные движения плода. Одни авторы считают, что такие усиленные движения патогномичны при асфиксии плода, другие придерживаются противоположной точки зрения. Правильнее будет считать чрезмерно усиленные движения плода одним из дополнительных признаков угрожающей плоду асфиксии.

Уместно напомнить об одном признаке, который указывает на наличие какой-то опасности, угрожающей плоду *sub partu*. К сожалению, им можно воспользоваться только во время самой операции наложения шипцов. Признак этот таков. При тракциях иногда через ветви шипцов ощущаются быстрые движения плода, совершенно непохожие на обычные толчки. Такие движения чувствуются всегда между двумя потугами и по своему характеру напоминают ощущение, которое испытывает рука, держащая удочку, когда «клюет рыба» (сначала толчок по направлению рук и тотчас назад). Движения повторяются несколько раз, причем промежутки между ними все удлиняются. Прекращение толчков указывает на гибель плода. Происхождение таких двойных толчков объясняют наступлением преждевременных дыхательных движений на почве избыточного содержания в крови углекислоты. При наличии таких движений необходимо как можно скорее кончать роды.

Г. Шум пуповины. Появление проходящих, иногда, впрочем, и длительных так называемых сердечных шумов большого клинического значения не имеет. Но если в течение родовой деятельности наблюдается более или менее интенсивный и громкий шум, постепенно нарастающий в силе, это значит, что кровообращению плода что-то угрожает. Источником этого шума является не сердце плода, а нарушение правильной циркуляции крови в пуповине, будь то перекручивание последней, сжатие вследствие выпадения или обвития вокруг какой-нибудь части плода и пр. Во всяком случае акушер должен поставить себе за правило: при наличии нарастающего пупочного шума тщательно следить за сердцебиением плода. В случае наступающего замедления сердцебиения роды должны быть срочно закончены. Если имеются соответствующие условия, при этом показана операция наложения шипцов.

Д. Увеличение родовой головной опухоли плода. О механизме происхождения родовой опухоли говорилось выше. Мы указывали, что она происходит главным образом на почве сжатия головки по ее наибольшей горизонтальной периферии мышцами матки. Вследствие такого поясного сжатия в сегменте, лежащем ниже пояса сдавливания, получают застойные явления и выпотевание жидкости. Следовательно, образование головной опухоли ничего общего не имеет с явлениями асфиксии. В силу этого быстрое увеличение родовой опухоли нельзя считать признаком угрожающей асфиксии, как это думают некоторые врачи. Мы только еще раз напоминаем, что головная опухоль может образоваться лишь при живом плоде.

Е. Внутриутробные дыхательные движения плода. Наступившая асфиксия плода действует не только на блуждающий нерв, вызывая замедление сердцебиения, и не только на *p. accelegans*, вызывая ускорение сердцебиения. Переполнение крови угольной кислотой ведет также к раздражению продолговатого мозга и находящегося там

центра дыхания. Правда, для возбуждения дыхательного центра требуются сильные раздражения. При асфиксии такие раздражения могут быть. Плод на раздражение дыхательного центра отвечает внутриутробными дыхательными движениями, что в силу неизбежной аспирации околоплодной жидкости ведет к печальным последствиям. Некоторые говорят о видимых и слышимых признаках подобных внутриутробных дыхательных движений. Однако эти признаки довольно непостоянны, а поэтому и мало надежны.

Искать их нет смысла, так как еще до возникновения преждевременных дыхательных движений имеются другие признаки (особенно замедление сердцебиения), по которым можно судить о наступающей асфиксии плода.

В заключение надо указать, что для профилактики асфиксии, а также при начинающейся асфиксии плода рекомендуется применять способы В. Н. Хмелевского (глюкоза, кальций, кислород) или А. П. Николаева (кислород, глюкоза с аскорбиновой кислотой, кардиазол).

3. Э к л а м п с и я. Укорочение периода изгнания имеет существенное значение при эклампсии. Следовательно, эклампсия может явиться показанием к наложению щипцов, если только имеются все необходимые для этого условия. Нелишне подчеркнуть, что операция в данном случае должна быть легкой (типичные, выходные щипцы). Трудные щипцы (высокие, в нашем понимании, даже полостные), как учит клинический опыт, дают при эклампсии неблагоприятный прогноз.

4. К р о в о т е ч е н и е. Кровотечения во время родового акта, до рождения плода, могут происходить от разных причин. Некоторые из этих кровотечений (например, преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, разрывы варикозных узлов в области вульвы, упоминавшееся выше кровотечение при плевистом прикреплении пуповины—*insertio velamentosa*) могут служить показанием к наложению щипцов, если только имеются необходимые для этой операции условия.

5. П о р о к и с е р д ц а в с т а д и и д е к о м п е н с а ц и и. Сердечный порок сам по себе не является показанием к ускорению родов. Встречаются, однако, положения, которые заставляют врача отказаться от такой тактики. Это прежде всего касается *affectio mitralis* с преобладанием стеноза, когда, как правило, приходится «выключать» период изгнания, извлекая головку щипцами, конечно, если наложение щипцов будет возможным. Большинство акушеров проводят такую тактику у рожениц со стенозом митрального клапана при отсутствии декомпенсации. То же показано и в тех случаях, когда при любом пороке сердца наступают явления сердечной недостаточности. Если в периоде изгнания при низко стоящей уже головке и полном раскрытии зева наступают явления декомпенсации, следует наложить щипцы.

6. В ы с о к а я т е м п е р а т у р а у м а т е р и. Повышение температуры во время родов не является моментом, окончательно предрешающим дальнейшее тяжелое состояние роженицы в послеродовом периоде, особенно теперь, когда в распоряжении врача имеются такие препараты, как сульфаниламиды и пенициллин. Все же не подлежит сомнению, что чем дольше держится высокая температура во время родов, тем сильнее омрачается прогноз в смысле возможности послеродовой инфекции. Отсюда ясно, насколько важна для течения послеродового периода тактика акушера, ведущего роды у лихорадящей роженицы. На течение послеродового периода у лихорадящей роженицы может оказать влияние ряд моментов: состояние организма матери (самый важный), характер и биологические свойства микробов, длительность и интенсивность инфекции и способ родоразрешения. Из них два последних момента—длительность инфекции и спе-

соб родоразрешения, в той или иной мере могут зависеть от поведения акушера.

Относительно длительного повышения температуры у роженицы во время родов клиническая практика учит, что оно менее опасно, чем поражения и особенно всякого рода сдавливания тканей. Лучше выждать самопроизвольного окончания родов даже при более или менее длительном повышении температуры, чем ускорять роды, одновременно нанося роженице тяжелые повреждения, которые при наличии инфекции могут оказаться для нее губельными.

Для ведения родов у температурающей роженицы можно руководствоваться следующей основной установкой: если в течение родов у роженицы наступает высокая температура, необходимо выждать самопроизвольного окончания родов при условии, что, помимо высокой температуры, нет других показаний, которые заставляли бы врача вмешиваться в родовый акт. Во всяком случае при наличии у роженицы высокой температуры щипцы показаны только в том случае, если они будут настоящими типичными (выходными), при которых головка легко и свободно может быть извлечена. Понятно, при первом же повышении температуры роженице должны быть назначены препараты антибиотиков или сульфаниламиды.

7. Явления расстройства дыхания вследствие заболеваний легких и при зобе. Заболевания легких, а также большой зоб могут вызвать у роженицы в периоде изгнания, когда со стороны брюшного пресса (диафрагмы и брюшных стенок) требуется большое напряжение, угрожающие явления в смысле расстройства дыхания. В таких случаях при наличии условий к наложению щипцов необходимо немедленно наложить их, так как дальнейшее промедление может привести к плохим последствиям для роженицы.

Из других показаний, которые можно отнести в эту рубрику, следует назвать подкожную эмфизему.

8. Заболевания общего характера, острые и хронические инфекции, например, туберкулез, нефрит, выраженная гипертония, некоторые виды нервных расстройств, могут во время родового акта угрожать роженице серьезными осложнениями. Если имеются условия, необходимые для операции наложения щипцов, в подобных случаях она безусловно показана.

«Гуманные щипцы» («Luxuszange»—у немцев, «operation par complaisance»—у французов)—о п е р а ц и и, н е в ы з ы в а е м ы е н е о б х о д и м о с т ь ю. Кроме перечисленных строгих показаний к наложению щипцов, практический врач может встретиться еще с одним показанием, о котором надо сказать несколько слов. Очень часто при затянувшихся родах врачу приходится выдерживать настоящую атаку в виде мольбы, просьб, даже требований измученной роженицы и потерявших терпение родственников, которые настаивают на окончании родов с помощью щипцов. Следовательно, здесь показанием к щипцам будет исключительно только сокращение родового акта, как такового.

Надо самым энергичным образом возражать против применения щипцов в таких случаях и не менее настоятельно рекомендовать акушеру воздерживаться от наложения их. За укорочение родового акта с помощью щипцов роженица нередко платится тяжелым заболеванием. Не следует забывать, что щипцы, даже типичные (а в данном случае о них только и может идти речь), могут оказаться «кровавым инструментом». Кроме того, они могут отразиться и на последующей судьбе детей. Имеются указания, что

некоторые из детей, при рождении которых применялись щипцы, на всю жизнь сохраняют известную степень дефективности в той или иной области.

«Из любезности» и по всякого рода ложным мотивам акушер накладывать щипцы не должен.

## ОПЕРАЦИЯ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

### ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

**Положение роженицы.** Щипцы накладывают в положении женщины на спине. Роженица должна быть уложена на операционном столе (или на рахмановской кровати) с приведенными к животу ногами, которые удерживаются помощниками или в случае их отсутствия с помощью ногодержателя.

Разумеется, перед наложением щипцов у роженицы должен быть опорожнен кишечник и мочевой пузырь и продезинфицированы наружные половые части и влагалище. Что касается наркоза при операции наложения щипцов, то в принципе он желателен.

Только у повторнородящих так называемые типичные (выходные) щипцы накладываются более или менее легко, без особого сопротивления со стороны мышц тазового дна. У первородящих даже при наложении выходных щипцов мускулатура таза бывает чрезвычайно напряжена, поэтому ввести ложки будет значительно легче, если с помощью наркоза ослабить тонус всех тканей. При так называемых атипичных (полостных) щипцах, когда головка стоит в полости таза стреловидным швом в косом размере и щипцы приходится накладывать не в поперечном размере таза, а в косом, при котором одна из ложек, как говорят, странствует («блуждает»), без наркоза выполнить эту операцию весьма и весьма трудно. Наконец, накладка щипцов под наркозом, нельзя не учитывать и гуманных побуждений. Словом, большинство акушеров считает, что накладывать щипцы, за весьма редкими исключениями, надо под наркозом. Эту точку зрения ясно и определенно сформулировал Н. Н. Феноменов: «щипцы должны быть накладываются под наркозом, что бы ни говорили противники».

Меньшинство придерживается другого взгляда (в том числе Цовьянов). Щипцы, как правило, накладываются без наркоза. Он показан легко возбудимым, нервным женщинам, а также при эклампсии, при которой любое раздражение, идущее из любого места организма, может рефлекторным путем вызвать припадок. Особенно нежелателен наркоз при явлениях нарушения кровообращения и начавшейся внутриутробной асфиксии плода, когда ему грозит смертельная опасность из-за недостатка или полного прекращения притока кислорода. Наркоз в таких случаях ничего, кроме ухудшения, не принесет. К числу отрицательных сторон наркоза надо отнести не так редко наблюдаемую после него гипотонию матки.

Помимо того, оперируя со щипцами без наркоза, можно всегда рассчитывать на активную помощь со стороны роженицы, используя таким образом две силы—«изгоняющую и влекущую» (Цовьянов). При таких условиях, понятно, легче избежать превышения силы, требуемой при тракциях. Болезненность при наложении щипцов бывает не больше, чем при нормальных родах. Это надо внушить роженице, указав ей, что наркоз при операции далеко не безразличен, да это так и есть, для ее будущего ребенка. Наш личный опыт говорит о том, что щипцы можно накладывать, за редкими исключениями, без наркоза.

Для обезболивания при операции наложения щипцов более выгодно применять пудендальную анестезию.

## ТИПИЧНЫЕ И АТИПИЧНЫЕ ЩИПЦЫ

В зависимости от того, в каком месте таза—во входе, в полости или выходе—находится головка плода, техника наложения щипцов будет различной. Как мы уже говорили, по идее и по конструкции щипцы предназначены для головки, стоящей на дне таза, лучше у самого выхода таза. Головка успела проделать все необходимые движения, ей остается сделать только одно поступательное движение вперед, последний этап механизма, и вот это-то поступательное движение головки и осуществляется с помощью щипцов. Щипцы заменяют нужную в данный момент, но недостающую или отсутствующую родовую деятельность.

Щипцы, накладываемые на стоящую в выходе таза и проделавшую ротацию головку, называются **типичными**, или **выходными**, **щипцами**.

В отличие от них щипцы, которые приходится накладывать на головку, еще не завершившую ротацию и стоящую в полости таза, мы будем называть **атипичными** (их называют **полостными**<sup>1</sup>). Техника наложения и функция этих щипцов будут иными, более сложными и более трудными. Головка не проделала ротации, ей, стало быть, предстоит с помощью щипцов выполнить внутренний поворот, а также проделать врезывание и прорезывание—два ответственных момента механизма родов.

Наконец, помимо типичных (выходных) и атипичных (полостных) имеются еще так называемые **высокие щипцы**, верх атипичности, когда головке с помощью щипцов приходится проделывать от начала до конца весь механизм родов. О высоких щипцах речь будет отдельно (стр. 299).

Прежде чем перейти к технике наложения щипцов, остановимся на некоторых общих принципах, которые применимы как к типичным, так и атипичным щипцам.

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАЛОЖЕНИЯ ТИПИЧНЫХ И АТИПИЧНЫХ ЩИПЦОВ

Большинство правил, которыми приходится руководствоваться при наложении щипцов, является, как мы их называем, **тройными правилами**.

**А. Первое тройное правило.** Головка, начиная от входа в таз и кончая выходом, проделывает своей проводной точкой поступательное движение по оси таза, которая, как указывалось выше, идет от пупка через середину плоскости входа прямо вниз до середины спинальной плоскости с тем, чтобы отсюда, описав дугу, повернуть вперед и немного кверху, к выходу из вульвы (рис. 246).

Чтобы иметь представление о направлении этой оси у роженицы, можно набросать такую проекцию. Женщина лежит на поперечной кровати с согнутыми ногами. Перед ней у края кровати сидит врач на стуле. Состоя как бы из трех частей, ось таза пересекает в одном направлении вход в таз, в другом—полость таза, в третьем—выход таза. Направление оси во входе таза при описанной проекции должно идти от пупка роженицы в косом направлении к носкам сидящего перед ней врача. Направление той же оси в полости таза идет также в косом направлении, но уже к коленям сидящего врача. Направление оси в выходе таза будет идти горизонтально на лицо акушера. Эти три направления проводной оси таза важно знать: во-первых, для того

<sup>1</sup> Некоторые акушеры придерживаются другой терминологии: атипичные, или полостные, щипцы называют *forceps media*, а типичные, или выходные,—*forceps minor*.

чтобы отчетливо представить себе поступательные движения головки, во-вторых, чтобы понимать, в каком направлении следует производить тракцию в каждом отдельном отрезке таза. Вот это-то направление тракций в каждом отрезке таза принято называть в акушерстве п о з и ц и я м и. Таким образом, в первой позиции тракции делают в том случае, если головка находится еще во входе в таз. Тракции делают так, чтобы концы рукояток щипцов смотрели сверху вниз на носки акушера, сидящего перед роженицей. Если головка находится в полости таза, надо делать тракции во второй позиции, параллельно горизонту, в направлении к себе на колени (при сидячем же положении акушера). При наложении типичных (выходных) щипцов тракции произ-

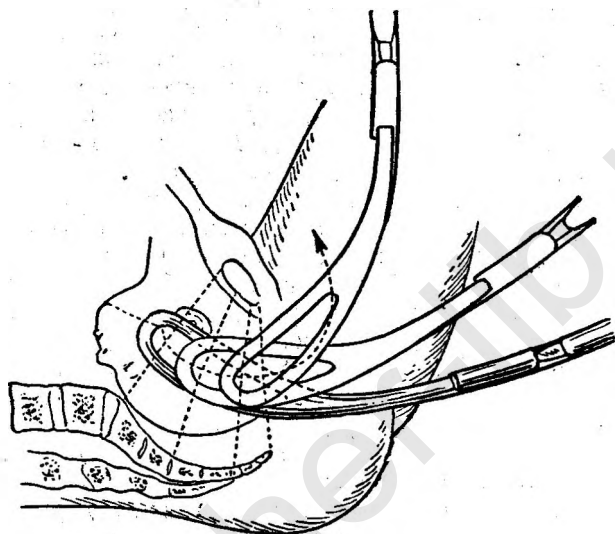


Рис. 246. Направление тракций (позиции).

водят в третьей позиции, снизу кверху, т. е. акушер направляет концы рукояток щипцов к себе на лице. О поднятии в последний момент рукояток кверху, в направлении на лоб, будет сказано дальше. Эти три позиции, определяющие в основном направление и характер тракций при наложении щипцов, соответствуют, если они делаются правильно, направлению и характеру нормальных движений головки в родовом канале.

Подражая при операции наложения щипцов естественному механизму родов, акушер, пользуясь обычными щипцами (с тазовой кривизной), должен помнить, что при тракциях в первой позиции (сверху вниз при горизонтальном положении роженицы) головка неизбежно прижимается к лонному сочленению; благодаря этому значительная часть силы, которую врачу приходится затрачивать для извлечения головки, непроизводительно расходуется на уничтожение сопротивления (трения) со стороны симфиза. Особенно это надо иметь в виду при наложении атипичных щипцов. Для устранения этой напрасной траты сил следует при обычных щипцах использовать так называемые озиандеровские тракции (стр. 304). Прямые щипцы Лазаревича и наложение щипцов по Цовьянову несомненно в данном отношении имеют преимущество перед обычными щипцами.

Это правило о позициях при тракциях является первым тройным правилом, которое должен знать акушер, чтобы уметь правильно накладывать щипцы.

Б. Второе тройное правило касается введения ложек щипцов. Щипцы вводятся в родовые пути роженицы отдельными ложками и только после этого замыкаются в замке. Более подробно об этом будет сказано дальше. Здесь надо только указать, что каждая ложка вводится соответствующей рукой и в соответствующую сторону матери: левая ложка вводится левой рукой в левую сторону матери («три слева»); правая ложка вводится правой рукой в правую сторону матери («три справа»).

В. Третье тройное правило. Выше, при описании щипцов, упоминалось, что большинство моделей имеет специальную тазовую кривизну, а поэтому верхушки ложек, обхватывающих головку, при горизонтальном положении щипцов направлены кверху. Чтобы ось щипцов при извлечении головки совпадала с проводной осью таза, верхушки ложек щипцов должны быть направлены вперед. Мы в этом случае говорим, что верхушки ложек должны быть направлены в сторону проводной точки. В конечном счете и то и другое положение идентично. Итак, первое условие правильного наложения щипцов—это направление верхушек ложек щипцов вперед, в сторону проводной точки. Необходимо всякий раз после наложения щипцов тщательно проверить, действительно ли верхушки щипцов направлены к проводной точке.

При описании механизма родов мы говорили, что ось головки проходит от подбородка в направлении к малому родничку. При правильном механизме родов в затылочном предлежании эта ось совпадает с осью таза (конечный пункт оси головки называется проводной точкой). При механизме родов в лицевом предлежании ось головки также будет совпадать с осью таза, только проводной точкой окажется другой конец головной оси, т. е. не малый родничок, а подбородок. Чтобы правильно направить головку по проводной оси таза, надо стремиться поставить ось головки в направлении проводной оси таза. При наложении щипцов, когда мы ось щипцов также стремимся направить по оси таза, перед нами встанет, так сказать, тройная задача—наложить щипцы таким образом, чтобы они легли по оси головки, притом так, чтобы ось щипцов и ось головки при извлечении совпадали с проводной осью таза.

При затылочном предлежании ложки щипцов должны лечь на головку, в направлении от малого родничка к подбородку, а при лицевом—в направлении от подбородка до малого родничка. И в том, и в другом случае концы оси головки—проводные точки (малый родничок и подбородок)—будут лежать в плоскости щипцов. Такой обхват головки будет правильным и в отношении правильности механизма—физиологическим. В этом смысле его можно называть идеальным. Идеальным еще и потому, что в полость щипцов при таком обхвате головки попадают теменные бугры. Контуры верхней поверхности головки (ее сферическая выпуклая поверхность) имеют почти овальную форму, причем самая широкая часть овала соответствует местоположению теменных бугров. Если захватить головку в этом месте так, чтобы бугры пришлись в плоскости ложек (ложки тоже имеют сферическую, но вогнутую поверхность), то последние не будут соскальзывать ни вперед, ни назад, ни вниз. Если же положить щипцы на головку впереди теменных бугров (проводная точка окажется вне плоскости щипцов), то вследствие падения



кривой в направлении к лобку щипцы в этом же направлении будут соскальзывать. Вот почему при наложении щипцов на головку во избежание соскальзывания их следует заводить ложки за теменные бугры, т. е., другими словами, чтобы они захватывали головку по наибольшей периферии.

Настоящее тройное правило можно формулировать так: щипцы следуют накладывать таким образом, чтобы: 1) верхушки ложек были обращены в сторону проводной точки, 2) чтобы щипцы захватывали головку по наибольшей периферии, т. е. лежали на теменных буграх, и 3) чтобы проводная точка, гесп. ось, головки лежала в плоскости щипцов.

Перейдем к технике наложения щипцов.

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ (ОБЩИЕ ПРАВИЛА)

Общие технические приемы наложения акушерских щипцов в основном совпадают с техникой применения их при типичных, гесп. выходных, щипцах. К описанию этих приемов мы сейчас и приступаем. Некоторые детали операции наложения типичных (выходных) щипцов будут приведены ниже (см. главу «Наложение щипцов при различных предлежаниях головки»).

Типичными, или выходными, щипцами, как мы уже говорили, называются такие щипцы, которые накладывают на головку, проделавшую все ротирующие движения—малый родничок стоит низко под симфизом, стреловидный шов—в прямом разрезе выхода таза, головка—на тазовом дне, выполняя всю крестцовую впадину. Типичные щипцы накладывают в поперечном размере выхода таза и на поперечный (бипариетальный) размер головки.

Техника наложения как типичных, так и атипичных щипцов включает в себя следующие моменты:

- 1) введение ложек;
- 2) замыкание щипцов;
- 3) пробная тракция;
- 4) собственно тракция (извлечение головки);
- 5) снятие щипцов.

Положительный результат операции может быть гарантирован только при условии тщательного изучения цели, назначения, конечно, и техники каждого из этих моментов.

Перед наложением щипцов необходимо (и это надо принять за правило, которое не должно иметь исключений) предварительно произвести самым тщательным образом внутреннее (влагалищное) исследование роженицы. Надо ориентироваться в положении головки в тазу, в положении ее стреловидного шва и родничков; точно определить, какая и где находится проводная точка, каково открытие маточного зева; выяснить состояние плодного пузыря, причину остановки поступательного движения головки и пр. Если врач еще недостаточно хорошо владеет техникой акушерского исследования, необходимо произвести внутреннее исследование (в нужных случаях под наркозом), войдя для этого полуручкой (большой палец вне половой щели) во влагалище. Во всяком случае это менее опасно для роженицы, чем если бы врач стал накладывать щипцы втемную, не зная, где находится головка и ее опознавательные пункты.

Самое тщательное, до полного уяснения всех подробностей, внутреннее исследование—первое и необходимое условие правильного наложения щипцов. Только после такого исследования акушер может приступить к самой операции.

### Введение ложек щипцов

Первой вводится левая ложка. При замыкании щипцов она должна лежать под правой, в противном случае замыкание щипцов будет затруднительным. Ввиду этого левую ложку и надо вводить первой. Чтобы не ошибиться при выборе ложки, следует принять за правило перед введением сложить щипцы, затем поставить их перед собой таким образом,

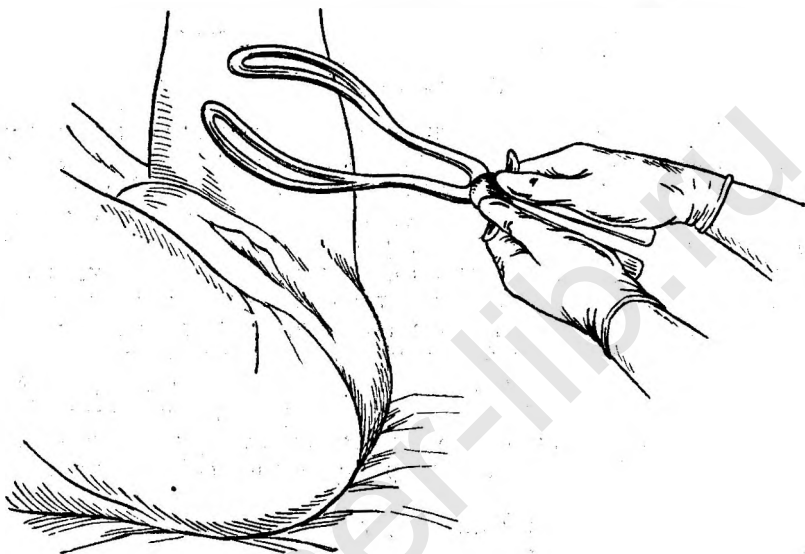


Рис. 247. Щипцы в сложенном виде.

чтобы левая и правая ложки легли рядом: левая—слева, правая—справа. Так легко выбрать и ввести соответствующую ложку (рис. 247).

Надо уметь сложить щипцы. Следует помнить, что главная, существенная часть замка (шпинец, шляпка, пластинка) находится всегда на левой ложке, которую и надо взять левой рукой, чтобы соединить с правой ложкой. Кроме того, крючки Буша—об этом говорилось выше—в сложенных щипцах должны смотреть всегда в разные стороны (наружу).

Взяв левую ложку в левую руку, акушер вводит ее в левую половину таза. Ложку захватывают рукой, как захватывают писчее перо или смычок (рис. 248). Большой палец в последнем случае лежит на внутренней, гладкой стороне ложки, остальные четыре пальца только своими кончиками захватывают рукоятку ложки с наружной стороны, причем конечная фаланга каждого пальца лежит в отдельном углублении на наружной (гофрированной) стороне рукоятки. Только при таком захватывании удастся ввести ложку в половые пути роженицы легко, без насилия.

Перед введением левой ложки для контроля и защиты мягких частей во влагалище, в левую сторону, вводят правую руку (контрольную). От введения руки-проводника во многом зависит успех операции и ее надлежащее течение. К этому моменту операции следует относиться с должным

вниманием. Некоторые акушеры (Абуладзе) при типичных (выходных) щипцах вводят ложки щипцов без контрольной руки. Такую техническую вольность может себе позволить только очень опытный акушер. Мы настоятельно советуем при всяких условиях, будь то легкие или трудные щипцы, вводить контрольную руку, причем не два пальца, как это рекомендуется, а четыре (без большого). Этому правила должен строго придерживаться начинающий или малоопытный врач. Для опытного акушера достаточно введения двух контрольных пальцев, особенно если головка стоит в выходе. При более высоком стоянии головки (в полости таза) следует принципиально вводить четыре пальца. Четыре пальца вводят сбоку и сзади таким образом, чтобы они проникли по возможности глубже (с частью ладони), причем вытянутый под прямым углом большой палец остается перед на-

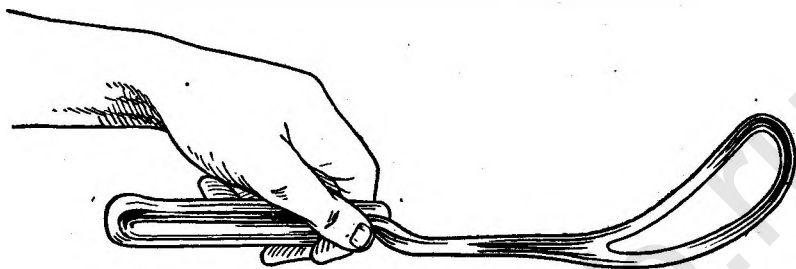


Рис. 248. Захватывание ложки щипцов.

ружными половыми органами. Пальцы надо ввести так далеко, чтобы они заходили за теменные бугры, т. е. достигали того пункта, где должны находиться верхушки ножек.

Введением во влагалище пальцев преследуется тройная задача. Во-первых, они контролируют правильное направление ложек вдоль головки; во-вторых, ими должна быть предохранена от ущемления слизистая влагалища; в-третьих, — что не менее важно — ими надлежит установить, прощупываются ли еще края маточного зева на головке или они уже поднялись высоко кверху. В первом случае, если края наружного зева еще прощупываются, введенные контрольные пальцы должны проникнуть между мягкими тканями матери и головкой и тем самым предупредить их ущемление. Мы можем теперь несколько дополнить приведенное выше тройное правило: левая ложка вводится первой, вводится левой рукой и в левую сторону матери под контролем введенных во влагалище четырех пальцев правой руки.

Введение левой ложки производится таким образом (рис. 249). Захватив, как указано выше, левой рукой рукоятку левой ложки, кладут нижнее ребро ложки в бороздку между средним и указательным пальцем. Задняя часть нижнего ребра ложки щипцов лежит на вытянутом большом пальце, конец ложки, ее верхушка (см. третье тройное правило), должен быть направлен вперед, т. е. в сторону брюшных стенок матери; после введения ложки в половые органы ось щипцов и ось таза должны совпадать. При введении ложки нельзя забывать о том, что, помимо тазовой кривизны в щипцах, имеется еще головная кривизна. Это в свою очередь диктует особые приемы для введения ложек. При наличии головной кривизны, т. е. искривления концов ложек в обе латеральные стороны, введение ложек щипцов строго по боковой стенке влагалища может иметь два невыгодных последствия: во-первых, загнутые внутрь верхушки ложек могут поранить мягкие части головки, во-вторых, обхват головки будет не

идеальным, так как направление оси ложек не совпадает с направлением головной оси (не от малого родничка к подбородку, а скорее горизонтально—от малого родничка в направлении к шейке плода). При таком положении щипцы могут соскользнуть, а помимо этого, неизбежно произойдет сжатие тканей, особенно больших сосудов шейки плода, что представляет реальную опасность для жизни плода. В силу этого введение ложек требует некоторых специальных приемов, а выполнение их—некоторого объяснения.

Захватив рукоятку левой ложки еще в самом начале, после того, как верхушка ложки нижним ребром будет положена на вытянутый большой палец и в бороздку между средним и указательным пальцем введенной во влагалище правой руки, поднимают рукоятку ложки кверху,

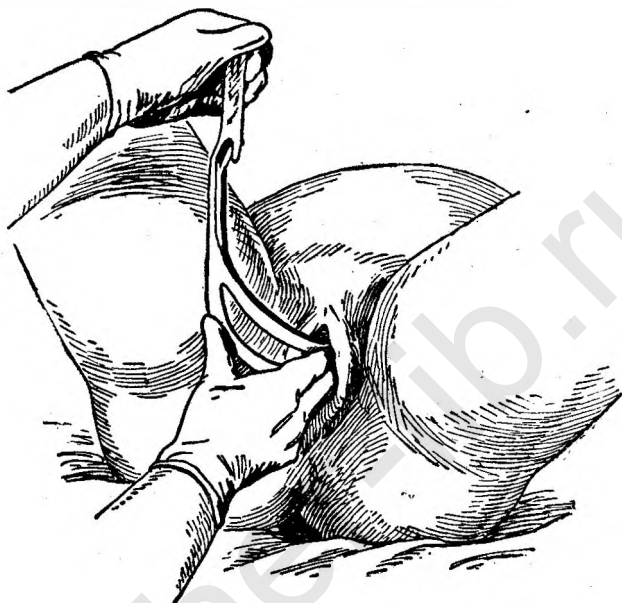


Рис. 249. Введение левой ложки щипцов.

причем так, чтобы она легла параллельно правому паховому сгибу роженицы. При таком приеме передняя треть ложки должна почти совпадать с сагиттальной плоскостью. Вместе с тем головная кривизна щипцов требует, чтобы при введении ложек верхушки их были приподняты кверху, а рукоятки, наоборот, опущены книзу. Эти два приема—поднятие концов ложек кверху и опускание рукояток книзу—следует производить строго планомерно. При введении левой ложки заднее (нижнее) ребро ее лежит на большом пальце и в бороздке между средним и указательным пальцем введенной во влагалище правой руки, рукоятка же ложки приподнята кверху, почти параллельно правому паховому сгибу. Теперь вводится во влагалище ложка, вводится легко, точно зонд, вдоль по ладони. Вводить ложку надо по боковой задней стенке таза, где более просторно и свободнее удается провести ее внутрь. Выпуклая сторона ложки при таком приеме будет обращена в сторону крестцово-подвздошного сочленения. Поступательное движение ложка проделывает главным образом за счет своей тяжести. Этому же помогает большой палец внутренней руки (правой), находящийся снаружи (легким подталкиванием на нижнее ребро ложки). И только отчасти—и в последнюю очередь—продвижению ложки внутрь полового канала можно помочь таким же легким и деликатным подталки-

ванием рукоятки. По мере проникновения ложки вглубь рукоятка ее постепенно опускается вниз, к промежности, описывая дугу до линии той горизонтальной плоскости, на которой она должна остановиться. В конце этого момента рукоятка левой ложки настолько приближается к левому бедру роженицы, что почти совпадает с сагиттальной медиальной осью тела матери, составляя как бы продолжение влагалищной трубки. Пальцами правой руки (внутренней) акушер помогает направлять ложку вперед с таким расчетом, чтобы она легла на головку сбоку в плоскости поперечного размера выхода таза. Внутренняя часть ложки, таким образом, прорезывает от крестцово-подвздошного сочленения до боковой стенки таза поворот вокруг головки по дуге не менее чем в  $45^\circ$ . О правильном положении ложки в тазу можно судить по тому, что крючок Буша стоит строго в поперечном размере выхода таза (в горизонтальной плоскости). Введенная левая ложка должна непременно зайти за концы пальцев, следовательно, за теменной бугор, располагаясь несколько впереди от уха (через скулотеменную область головки). Если ложка введена достаточно глубоко, замок находится близко к наружным половым органам. Вводить ложку надо с большой осторожностью и без всякого насилия. В случае какого-либо сопротивления применять форсированное движение, чтобы силой преодолеть встретившееся препятствие, ни в коем случае нельзя. Последствия такого насилия могут быть поистине ужасными. Легкие зондирующие движения ложкой, в крайнем случае, вытягивание ее наружу с последующим введением внутрь обычно достигают цели. Внутреннюю руку можно удалить только тогда, когда ложка будет лежать на головке в идеальном захвате.

Акушер передает помощнику рукоятку введенной левой ложки. Помощник стоит слева от роженицы и держит рукоятку правой рукой, проведенной под левым бедром роженицы. Он должен держать рукоятку ложки крепко, как говорится, мертвой хваткой. Всякого рода смещения правильно наложенной ложки в дальнейшем могут создавать затруднения, которые будут осложнять и без того нелегкую операцию. При отсутствии помощника первую ложку опытный акушер может удерживать сам (IV и V пальцами левой руки). В крайнем случае при типичных щипцах рукоятку введенной левой ложки можно и не удерживать, так как она обычно достаточно устойчиво удерживается на головке, не будучи фиксирована извне.

Правую ложку щипцов вводят так же, как и левую (рис. 250), вводя правой рукой в правую сторону матери под защитой введенных во влагалище пальцев левой руки. Правая ложка щипцов всегда должна лежать над левой. Ввести правую ложку значительно труднее, чем левую. Часто это объясняется тем, что рукоятка левой ложки недостаточно опущена книзу, в направлении промежности.

При типичных (выходных) щипцах правильно наложенный инструмент должен захватывать головку через ее скулотеменную плоскость, щипцы должны лежать несколько впереди ушей (см. рис. 252). Это будет «идеальный захват», ибо при нем действительно в идеальной форме выполнены все три основные правила наложения щипцов: щипцы захватывают наибольшую периферию головки, загнутые верхушки их ложек обращены кпереди, в сторону проводной точки (в данном случае в сторону малого родничка), инструмент всегда можно замкнуть таким образом, что проводная точка (тот же малый родничок) будет находиться в плоскости щипцов.

Кратко сформулировать правила введения ложек можно следующим образом.

Сложив щипцы, кладут их на стол, чтобы ясно видеть, которая из ложек является левой и которая правой. Затем берут левой рукой левую ложку

за ее рукоятку таким образом, чтобы большой палец лежал на внутренней стороне рукоятки, а концы остальных—на углублениях ее наружной стороны. Ложка захватывается как смычок или как писчее перо. Затем во влагалище вводят четыре пальца (полруки) правой руки-проводника так, чтобы они легли между мягкими тканями матери и головкой плода. Если края маточного зева еще прощупываются, введенные во влагалище пальцы должны лечь между ними и головкой. Затем левой рукой поднимают рукоятку ложки кпереди (кверху), параллельно правому паховому сгибу, в то время как верхушка ложки своим нижним ребром ложится в бороздку между средним и указательным пальцами внутренней правой руки и на находящийся снаружи большой палец этой же руки. Верхушка ложки при этом должна быть обращена вперед к брюшным стенкам матери. Затем

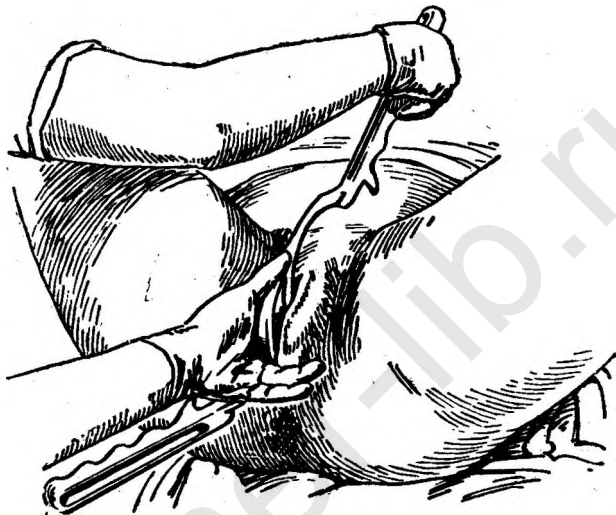


Рис. 250. Введение правой ложки щипцов.

ложка силой своей тяжести, подталкиваемая большим пальцем внутренней руки и отчасти легкими, осторожными направляющими (зондирующими) движениями наружной (левой) руки проводится внутрь, вдоль по ладони, по боковой задней стенке таза, вдоль по крестцово-подвздошному сочленению, возможно выше кверху, до верхнего края головки. Опуская рукоятку ложки книзу, в направлении к промежности и ближе к правому бедру матери, делают введенной во влагалище частью ложки оборот около головки в области крестцово-подвздошного сочленения до боковой стенки таза по дуге примерно в  $45^\circ$ . При этом обороте внутренние пальцы руки-проводника помогают движениям ложки, регулируют эти движения, проверяя их направление и объем.

Если ложка введена правильно, она должна лежать горизонтально, в чем можно убедиться по горизонтальному расположению бушевских крючков. Рукоятка ложки должна совпадать с сагитальной медиальной линией тела роженицы, составляя как бы продолжение влагалищной трубки. Только после того как врач убедился, что ложка наложена правильно, можно вывести наружу внутреннюю (правую) руку.

После введения левой ложки таким же образом вводят правую, помня при этом, что правая ложка должна всегда лежать над левой.

## Замыкание щипцов

Это второй момент операции. Отдельно введенные ложки должны быть замкнуты так, чтобы щипцы могли выполнять роль инструмента для захвата и извлечения (тракции) головки. При этом акушер должен сообразовать свои действия с теми установками, которые даны выше: при замыкании проводная точка должна находиться в плоскости щипцов. В зависимости от положения проводной точки, щипцы могут быть замкнуты: а) прямо на акушера, б) с поднятыми вперед (кверху) рукоятками, в) с опущенными назад рукоятками. Если, положим, проводная точка (малый родничок) обращена прямо на акушера, щипцы должны замыкаться в том же направлении. Если при этих условиях замкнуть щипцы с поднятыми вперед (кверху) рукоятками, проводная точка



Рис. 251. Замыкание щипцов после их наложения.

окажется вне плоскости щипцов и они будут соскальзывать. То же получится и при замыкании щипцов с опущенными назад рукоятками.

Технически замыкание щипцов производят (рис. 251) так. Каждую рукоятку щипцов захватывают одноименной рукой. Захватив рукоятки, акушер кладет большой палец по всей передней поверхности рукоятки так, чтобы конец его пришелся на бушевский крючок, а наружное возвышение ладони (*eminentia thenar*) лежало на переднем конце рукоятки. Лучевая сторона больших пальцев будет лежать при этом параллельно верхнему краю внутренней стороны рукоятки щипцов. В дальнейшем рукоятки слегка поднимают вверх и, надавливая областью выступа наружного края ладони (*thenar*) на концы рукояток, опускают их книзу. В момент опускания рукояток стараются замкнуть ложки щипцов, т. е. соединить замковые части инструмента. Для правильного замыкания щипцов требуется строго симметричное расположение обеих ложек. Такого расположения можно достигнуть только в том случае, если внутренние гладкие поверхности рукояток стоят параллельно друг другу, причем бушевские крючки не только лежат в одной горизонтальной плоскости, но и расположены по одной прямой линии. При отсутствии указанных условий замыкание щипцов будет невозможным.

При правильном замыкании щипцов, как показано на рис. 252, малый родничок находится в плоскости щипцов (идеальный захват через скуло-теменную область).

Если затруднение при замыкании заключается в том, что ложки лежат не в одной плоскости (см. рис. 253), в силу чего замковые части инструмента не совпадают между собой, то, надавливая большими пальцами на боковые

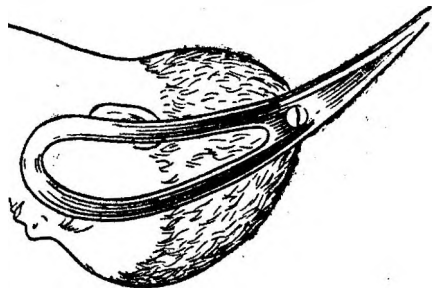


Рис. 252 Щипцы замкнуты правильно: малый родничок (проводная точка) находится в плоскости щипцов.

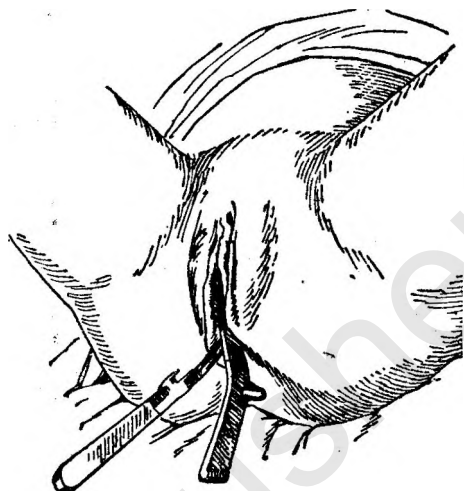


Рис. 253 Щипцы наложены неправильно и не замыкаются—лежат не в горизонтальной плоскости.

согнутой головки) и правильное замыкание инструмента (совпадение проводной точки с плоскостью щипцов). И то, и другое при тракциях может изменяться.

### Пробная тракция

После замыкания щипцов приступают к пробной тракции. Прежде чем перейти к описанию техники этого необходимого проверочного приема (Штеккель считает его лишним), следует сказать несколько слов относительно той системы приложения силы, которая складывается при наложении щипцов на головку (рис. 254).

Наложив щипцы на головку и замкнув их, акушер кладет правую руку на рукоятки, расположив одновременно указательный и средний пальцы

крючки (бушевские), обычно легко устранить это затруднение. В тех случаях, когда одна ложка стоит несколько глубже другой, надо глубжестоящую ложку настолько вытянуть наружу, чтобы бушевские крючки совпали друг с другом. Ни в коем случае нельзя другую, менее глубоко лежащую ложку проталкивать вглубь. Если, несмотря на все это, щипцы не замыкаются, надо обе рукоятки щипцов опустить несколько ниже, в направлении к промежности. Обычно после этого замыкание происходит легко. Но если и после этого приема замыкание затруднительно, значит неправильно наложены ложки. Придется щипцы вывести и наложить заново.

Замкнув щипцы, акушер должен еще раз убедиться, выполнено ли третье тройное правило, т. е. направлены ли верхушки ложек вперед в сторону проводной точки, захватывают ли щипцы наибольшую периферию головки (в окие ложек должны быть теменные бугры) и, наконец, лежит ли проводная точка или ось головки в плоскости щипцов.

В дальнейшем при тракциях приходится проверять, сохраняется ли правильное положение захваченной щипцами головки (совпадение проводной оси таза с осью



на бушевских крючках. При таком расположении рука, ложки щипцов и головка плода представляют одну систему, в которой рука является источником силы, щипцы—передатчиком этой силы, а головка—точкой приложения ее. Чтобы эта система действовала безупречно, необходимо одно условие: все эти элементы (рука, щипцы и головка), входящие в систему, должны составлять как бы единый неразрывный блок. Положенная на рукоятку и бушевские крючки правая рука должна держать щипцы хорошо замкнутыми и тем самым надежно фиксировать головку, заставляя ее следовать за движениями щипцов. Расстояние между рукой, лежащей на бушевских крючках, и проводной точкой головки должно оставаться на все время действия тракций одинаковым. Это будет служить показателем правильного функционирования блока, трех упомянутых выше

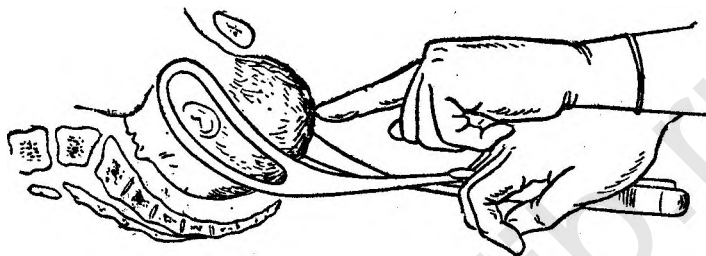


Рис. 254. Пробная тракция (схема).

составных элементов его, или, что одно и то же, безупречного действия передатчика силы (щипцы). Наоборот, если блок неисправен, то связь между рукой и головкой тотчас нарушается, расстояние между ними станет увеличиваться, щипцы будут соскальзывать. Таким образом, чтобы убедиться в исправности блока или системы, надо установить, увеличивается или не увеличивается при тракциях расстояние между рукой и проводной точкой на головке. Такая проверка и носит название пробной тракции.

Техника пробной тракции такова: на рукоятку щипцов акушер кладет правую руку, обхватывая сверху бушевские крючки (рис. 255).левой рукой он тщательно проверяет, правильно ли наложены щипцы, не ущемлены ли какие-нибудь мягкие части родового канала. После этого левую руку кладет на правую, лежащую на замке, таким образом, чтобы большой палец обхватил ее с одной стороны, а средний, безымянный и мизинец—с другой. Указательный палец левой руки остается свободным, в вытянутом состоянии, достигая и касаясь головки. Повторяем: левая рука должна лежать сверху правой, а вытянутый указательный палец ее соприкасаться с головкой в области проводной точки. Теперь правая рука, крепко сжав ложки в области замка, делает осторожно первую тракцию. За тракцией должны следовать щипцы, располагающаяся сверху левая рука с вытянутым указательным пальцем и головка. Если при тракциях головка следует за щипцами, она должна также следовать за указательным пальцем левой руки, что будет говорить об исправности и цельности блока. И обратно. Если при тракции расстояние между указательным пальцем левой руки и проводной точкой головки начнет увеличиваться, это будет указывать на нарушение блока, в результате чего в конце концов щипцы станут соскальзывать.

Пробную тракцию следует делать именно так, как она описана, иначе теряется всякий смысл и значение ее.

Если при пробной тракции установлена цельность блока и правильное наложение щипцов, можно переходить к следующему этапу—извлечению головки. Если же пробная тракция покажет, что блок нарушен и потерял свою цельность, головка не следует за вытянутым указательным пальцем левой руки, надо немедленно переложить щипцы. Мы уже говорили, что

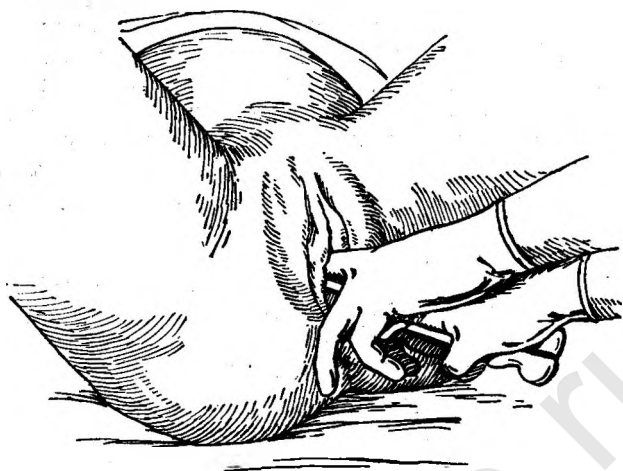


Рис. 255. Пробная тракция.

контролировать правильное наложение щипцов и их правильное замыкание надо не только в момент пробной тракции. В дальнейшем, на протяжении всей операции, акушер должен левой рукой контролировать положение головки, щипцов, а также состояние мягких частей роженицы.

#### **Извлечение головки щипцами (собственно тракции)**

Извлечение головки (собственно тракции)—предпоследний акт операции. К этому моменту можно переходить только после того, как путем пробной тракции установлено, что щипцы наложены правильно и что при тракциях они не будут соскальзывать.

Тракции в щипцах производят так. Правая рука, расположенная на рукоятке и в области бушевских крючков, делает энергичное влечение (тракцию), в то время как левая рука располагается сверху, причем ее указательный палец помещается в имеющейся около замка выемке. Левая рука при таком положении оказывает при тракциях энергичное содействие правой.

Некоторые модифицируют этот прием (рис. 256); правая рука лежит на замке сверху, ее средний палец располагается выше замка между двумя ложками, указательный и безымянный пальцы лежат на бушевских крючках, левая рука обхватывает рукоятки снизу.

Захватывание щипцов по Н. А. Цовьянову см. ниже (стр. 279).

При извлечении головки щипцами надо учитывать три момента: а) направление тракций (позицию), б) силу, с которой следует извлекать головку, и в) характер самих тракций.

**П о з и ц и я т р а к ц и й.** Напомним о трех позициях при тракциях, которые приходится применять в зависимости от того, в каком отделе таза находится головка. При типичных (выходных) щипцах, как указывалось выше, тракцию следует делать в третьей позиции, снизу вверх, в направлении на лицо акушера, сидящего или стоящего перед роженицей.

При извлечении головки щипцами имеет значение положение акушера во время операции.

Некоторые акушеры предпочитают делать операцию сидя. Большинство, однако, производит извлечение головки щипцами стоя, несколько выдвинув правую ногу вперед и отставив левую назад. При тракциях не рекомендуется особенно откидывать туловище кзади (при соскальзывании щипцов можно упасть), руки следует располагать таким образом, чтобы плечевые кости были плотно прижаты к боковым сторонам грудной клетки. Некоторые акушеры выполняют тракции в первой и второй позициях сидя на стуле, а третью—стоя. Н. А. Цовьянов считает стоячее положение при наложении щипцов более выгодным для акушера. Оно дает ему большую свободу действий, более удобно, особенно при высоком стоянии головки. В известные моменты операции Н. А. Цовьянов предлагает, тоже для удобства, становиться на колени.

Сила, которую требуется затратить при извлечении головки щипцами, теоретически трудно поддается учету. Упражнения на фантоме

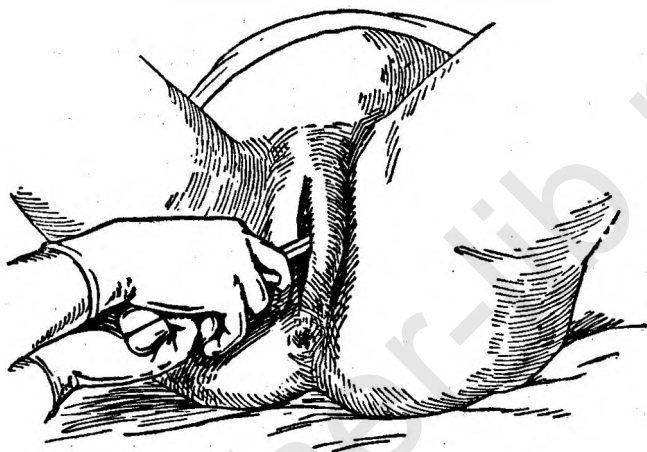


Рис. 256. Положение рук акушера при тракциях.

не могут дать об этом достаточно ясного представления. Силу трaкции пытались определять динамометром, выражая ее в килограммах (большинство определяет эту силу в 20—25 кг). Только опыт может дать соответствующее представление о затрачиваемой при щипцах силе. Во всяком случае при операции требуется значительно больше силы, чем при упражнении на фантоме. Мы не раз наблюдали в клинике, когда женщины-ординаторы, накладывая щипцы впервые, после первых тщетных попыток развить необходимую силу, с отчаянием передавали щипцы ассистенту. Однако те же ординаторы, накладывая щипцы во второй раз, с успехом извлекали головку в щипцах совершенно самостоятельно. Но если у начинающих женщин-врачей часто не хватает силы, чтобы закончить операцию, то начинающие врачи-мужчины иногда развивают слишком большую силу. Известны случаи, когда врач падал со стула, на котором сидел перед операционным столом или перед поперечной кроватью, накладывая щипцы, которые он потянул чересчур сильно. «Non vi, sed arte» (не силой, а искусством), учит латинская пословица. «Вытягивать, но не вырывать»,—говорили старые акушеры.

Сила трaкций должна соразмеряться с силами акушера и имеющимся сопротивлением. В этом отношении обычно достаточно силы среднего человека. Во всяком случае не разрешается делать совместные трaкции в четыре руки (двоим сразу или посменно, одному вслед за другим). Если восемь-

десять тракций успеха не дают, от дальнейших тракций следует отказаться.

Задача акушера при извлечении головки щипцами заключается в том, чтобы по возможности подражать естественным схваткам. Эти приемы подражания схваткам внешне выражаются в виде тракций (trago—влеку); извлечение щипцами должно происходить не беспрерывно, а с известными промежутками, как это бывает при физиологических схватках. Чтобы каждая тракция походила на схватку, она должна начинаться медленно, постепенно нарастать в силе и, достигнув максимума, перейти, постепенно угасая, в паузу.

Паузы между тракциями должны быть достаточно длительными: надо дать необходимый отдых мягким частям родового канала (будут лучше растягиваться), плоду (выравнивается сердцебиение) и самому акушеру. Сколькo в каждом отдельном случае наложения щипцов придется делать тракций, сказать, конечно, трудно. Это зависит, с одной стороны, от имеющегося сопротивления, с другой—от применяемой при тракциях силы. При трудных щипцах во время пауз не дают головке уходить назад. Для этого после тракции слегка удерживают головку.

Тракции при извлечении головки в щипцах должны носить особый характер: как говорят, быть неподвижными, стационарными; другими словами, щипцами нельзя делать никаких ни качательных, ни вращательных, ни маятникообразных и других подобных движений: в каком направлении тракция начата, в том она и должна быть закончена. В точности выполнять это требование, однако, не всегда возможно. Безусловно нельзя делать движений щипцами вверх и вниз, так как при таких качательных движениях ребрами щипцов можно легко поранить мягкие ткани родового канала. То же самое следует сказать и относительно вращательных движений. Но осторожные легкие боковые движения справа налево (маятникообразные), особенно при типичных (выходных) щипцах, если в этом встретится надобность, можно делать. Они помогают провести головку то одним, то другим теменным бугром через напряженные мышцы тазового дна. Если головка находится в полости таза (атипичные щипцы), при тракциях никакие побочные движения не разрешаются.

Как было сказано, на протяжении всей операции акушер должен наблюдать за тем, чтобы не был нарушен блок, представляемый рукой акушера, щипцами и головкой плода. Если щипцы лежат хорошо на головке, обхватывая ее наибольшую периферию (теменные бугры), то рукоятки ложек находятся на одинаковом расстоянии друг от друга. Обычно они больше сближаются.

Благодаря своей конструкции ложки щипцов, как правило, производят пружинящее действие, в силу чего головка всегда подвергается известному сдавливанию. Чтобы предупредить излишнее, а иногда и чрезмерное сдавливание головки, обычно рекомендуется закладывать между рукоятками ложек сложенное в несколько слоев полотенце. Такая прокладка до известной степени нивелирует сжатие головки щипцами. Н. А. Цовьянов во избежание излишнего или чрезмерного сдавливания головки предлагает вместо полотенца закладывать снизу между наружными концами рукояток ногтевую фалангу V пальца левой руки (при обычном способе наложения щипцов). Передвигая мизинец (в зависимости от величины головки), удается более совершенно и мягко регулировать пружинящее действие щипцов.

Пружинящее действие ложек и связанное с этим сжатие головки в конечном счете обычно ведут к сближению рукояток щипцов. Если же вместо

того, чтобы сближаться, рукоятки ложек начинают размыкаться, значит концы ложек также начинают расходиться; другими словами, щипцы соскальзывают.

Соскальзывание щипцов. Если, несмотря на только что указанный угрожающий признак (расхождение рукояток), акушер будет продолжать делать тракцию, результат может получиться весьма неблагоприятным, особенно для матери. Разомкнувшиеся ложки во время энергичной тракции неожиданно вытягиваются наружу пустыми, мимо головки и без головки, причем иногда и акушер, лишившись точки опоры, падает со стула навзничь. Роженица платится за ошибку врача совершенно незаслуженно и нередко жестоко. Разрывы промежности, влагалища, раздавливание и размозжение тканей, разрывы клитора, сопровождающиеся серьезным кровотечением, тяжелые повреждения прямой кишки—таковы обычные результаты соскальзывания щипцов.

Причинами соскальзывания принято считать недостаточный обхват головки щипцами, неправильное замыкание их (не в плоскости щипцов), тракции в ложной позиции и, наконец, резкое несоответствие головки тазу.

Различают вертикальное и горизонтальное соскальзывание (рис. 257 и 258).

Вертикальным называют такое соскальзывание, когда верхушки ложек, расходясь все больше и больше, при тракциях вытягиваются через головку наружу. Как только они проскочили через наибольшую периферию головки (через теменные бугры), пустые щипцы показываются снаружи.

При горизонтальном соскальзывании щипцы соскальзывают наружу не прямо через головку, а как бы сползают с головки вперед или назад. Такое соскальзывание возможно только при подвижной, стоящей над входом в таз головке.

При первых признаках соскальзывания щипцов надо немедленно прекратить тракцию, снять щипцы и наложить их вновь.

Помимо описанных двух видов соскальзывания щипцов, Н. А. Цовьянов различает третий, по его мнению, чаще встречающийся в практике. Этот вид неполного или, лучше сказать, эксцентричного соскальзывания заключается в том, что во время тракций происходит разгибание головки в щипцах с вращением ее вокруг поперечной оси, проходящей через концы

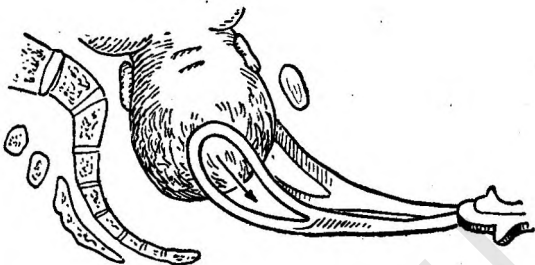


Рис. 257. Вертикальное соскальзывание щипцов.

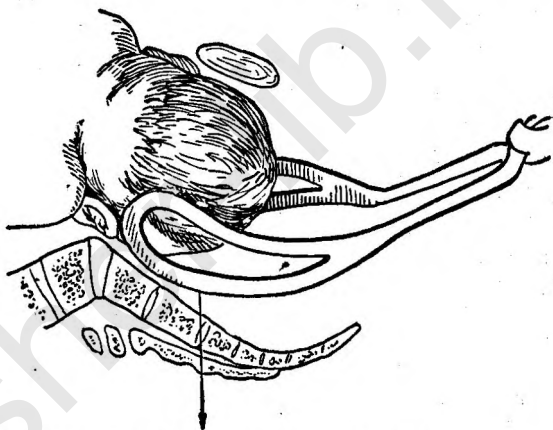


Рис. 258. Горизонтальное соскальзывание щипцов.

дожек. Одним из симптомов такого соскальзывания является преждевременное растяжение заднепроходного отверстия продвигающимся лбом. При дальнейших тракциях такое эксцентрическое соскальзывание все более увеличивается, причем расходящиеся у замка ветви щипцов давят на истонченную промежность. Происходит разрыв промежности, причем не в силу ее перерастяжения прорезывающейся головкой, а исключительно из-за давления нижних ребер ветвей щипцов.

Проведение головки под симфизом. Выше мы говорили о трех позициях при извлечении головки. Указывали, что при типичных (выходных) щипцах акушеру приходится пользоваться третьей позицией, т. е. делать тракции к себе на лицо—при сидячем положении врача во время операции. Следует остановиться на том моменте операции, когда головка проводится под лонной дугой, чтобы потом вокруг подзатылочной ямки (точки фиксации) перекатиться через промежность.

Как мы знаем, головка при прохождении через родовые пути прodelывает троякого рода движения. При вступлении в таз она сгибается, чтобы пройти в таз наименьшей своей окружностью. При дальнейшем продвижении вперед, через полость таза, головка прodelывает вращательное движение вокруг своей продольной оси, чтобы повернуть стреловидный шов из поперечного размера в прямой. Наконец, при третьем движении головка переходит из согнутого состояния в положение разгибания (дефлексии). Уместно напомнить, что все движения, особенно ротирующие, которые делает головка при операции, как подчеркивает Н. Н. Феноменов, не производятся щипцами, а происходят в щипцах. Последнее движение (разгибание) головка делает для того, чтобы пройти через вульварное кольцо, которое в этот момент родов имеет направление, как мы знаем, по дуге снизу вверх и вперед. Этому-то разгибательному движению вокруг подзатылочной ямки головки, фиксированной под *lig. arcuatum* лонного сочленения, и надо с возможной пунктуальностью следовать, производя в щипцах те движения, которые прodelывала бы головка при нормальных условиях. Малейшее уклонение от правильного механизма прорезывания головки ведет к серьезным повреждениям мягких частей родового канала. Щипцы вместе с головкой, как это вытекает из сказанного, должны прodelать движение по дуге. Проще говоря, они вместе с головкой все время должны менять направление, постепенно продвигаясь вперед и кверху. Это движение по дуге можно разбить на три момента: движение по горизонтальной линии, движение под углом в  $45^\circ$  (к горизонту) и, наконец, движение вертикальное, прямо вверх. Некоторые предлагают и эти три направления тракций при проведении головки под симфизом называть позициями. Таким образом, третья позиция тракций при выходных щипцах в свою очередь делится на три добавочные позиции: на горизонтальную, под углом в  $45^\circ$  и резко вертикальную. Практически это прodelывается так. Тракции делают в горизонтальном направлении до тех пор, пока не покажется затылок и точка вращения (подзатылочная ямка) не достигнет нижнего края симфиза. Необходимо одной рукой произвести тщательное внутреннее обследование, чтобы убедиться, стоит ли точка вращения под нижним краем симфиза. Если подзатылочная ямка, действительно, уже находится под лонной дугой, приступают к извлечению головки. Для этого врач становится по левую сторону роженицы и правой рукой захватывает щипцы. Руку он кладет на замок таким образом, чтобы два пальца лежали выше, а два—ниже бушевского крючка, обращенного в правую сторону матери, большой же палец лежал на противоположной стороне замка.левой рукой акушер должен защищать промежность во время прорезывания головки. Можно становиться и по правую сторону роженицы, захватывая щипцы левой рукой, а правой защищая промежность (рис. 259).

Для защиты промежности левую, геср. правую, руку акушер<sup>1</sup> кладет ладонью на промежность, притом так, чтобы большой палец лежал на одной стороне, а остальные пальцы—на другой. Уздечку (frenulum) надо все время оставлять свободной, не закрывать рукой. Затем акушер приступает к постепенному разгибанию головки. Осторожно, медленно и слегка потягивая щипцами головку, одновременно поднимает рукоятки их кверху, описывая дугу, как указывалось выше. Сила, направленная на поворот головки кверху, должна превышать силу влечения ее наружу. Во всяком случае надо помнить, что какой-либо излишней силы в этот момент извлечения головки не требуется. Центр тяжести здесь лежит не в акте влечения за головку, а в последовательно осторожном расширении тканей всего вульварного кольца.

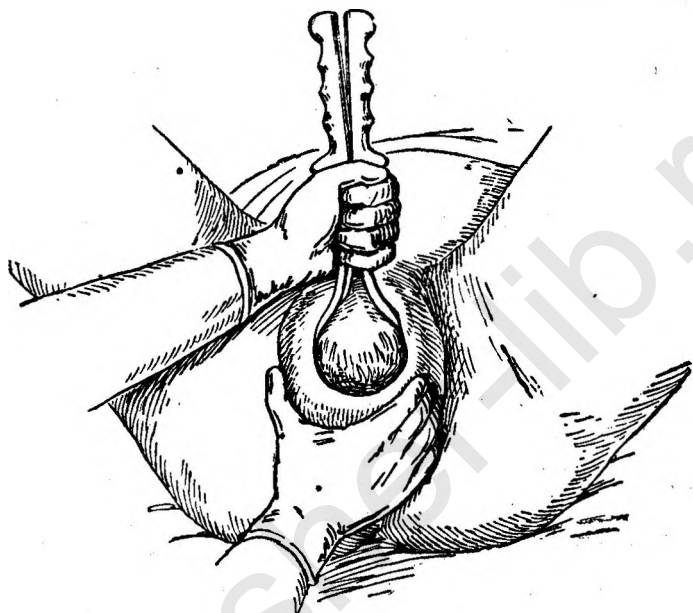


Рис. 259. Выведение головки в щипцах и защита промежности.

Таким образом, главное внимание в этой фазе извлечения должно быть направлено на то, чтобы по возможности избежать разрыва промежности. Это удастся только при двух условиях: во-первых, головку надо выводить через вульварное кольцо как можно медленнее и, во-вторых, выводить ее окружностью, соответствующей наименьшему размеру, в данном случае малому косому. Последнее условие—проведение головки через вульварное кольцо наименьшей окружности—выполнимо только в том случае, если акушер прекрасно знает механизм родов и если он приступает к разгибанию головки своевременно: не очень рано и не очень поздно. Ранняя попытка повернуть головку под симфизом может повести к разрывам клитора с последующим серьезным кровотечением. И обратно: слишком позднее введение головки обычно уже не может предохранить промежность от разрыва. Что касается первого условия—медленного выведения головки через вульву, то при трудных щипцах можно применить наркоз. Но иногда, несмотря даже на применение наркоза, не удастся избежать разрыва промежности. Особенно часто это происходит у первородящих с их неподатливыми тканями. В таких случаях более благоразумно не доводить до разрыва, а в нужный момент сделать э п и з и о т о м и ю и л и п е р и н е о-

т о м и ю. Гладкие края резаной раны, тщательно зашитые, лучше заживают, чем края разорванные и помятые. Поэтому правильное сделать профилактический надрез промежности, чем ждать спонтанного разрыва ее. В настоящее время предпочтительнее делается разрез промежности по средней линии (перинеотомия). Срединный разрез имеет больше преимуществ в том отношении, что вульварное кольцо при нем расширяется больше и рана в дальнейшем заживает лучше.

### Снятие щипцов

Головка выводится или в щипцах, или их предварительно снимают. Некоторые рекомендуют в интересах защиты промежности снимать щипцы

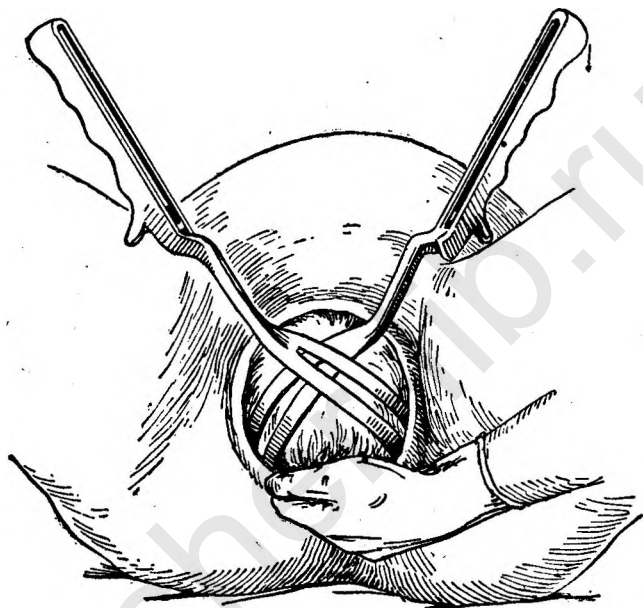


Рис. 260. Снятие щипцов.

раньше выведения головки, в тот момент, когда под лонным сочленением покажется точка фиксации (при обычных выходных щипцах—подзатылочная ямка). После того как будут сняты щипцы, головка выводится ручными приемами, специально предложенными для этого (Ольсгаузен, Ритген, Смелли), надо сказать, не всегда достигающими цели. Снимают щипцы так: осторожно размыкают их, раздвигают обе ложки, берут каждую ложку в соответствующую одноименную руку и снимают их так же, как они накладывались, но в обратном порядке, т. е. правая ложка, описывая дугу, ствдится к левому паховому сгибу, левая—к правому (рис. 260). Ложки должны скользить плавно, ориентируясь и на тазовую, и на головную кривизну.

Лучше извлекать головку в щипцах описанным выше способом, при котором она рождается легко, постепенно и под контролем. Щипцы следует снимать лишь после того, как головка окажется вне половой щели. Очень удачный, простой и красивый прием выведения головки в щипцах и снятие их показаны на рис. 261.



Такова принятая большинством акушеров техника наложения типичных щипцов.

Н. А. Цовьянов предложил свою технику наложения акушерских щипцов.

Успех операции наложения щипцов в основном, по Н. А. Цовьянову, зависит от техники ее выполнения. Конструкция щипцов в данном отношении имеет относительное значение, уступая место опыту, наблюдательности, осторожности и искусству акушера. Из современных моделей щипцов он отдает предпочтение щипцам Симпсон-Брауна ввиду их короткости, относительной легкости и большой подвижности замка. Короткость инструмента, по Н. А. Цовьянову, является одним из главных преимуществ хороших и удобных щипцов. Щипцы Лазаревича (прямые), по его мнению, ввиду «недооценки автором значения тазовой кривизны», менее удобны, чем щипцы Симпсон-Брауна.

Сущность способа Н. А. Цовьянова и его техника в изложении автора заключаются в следующем. Существенной особенностью

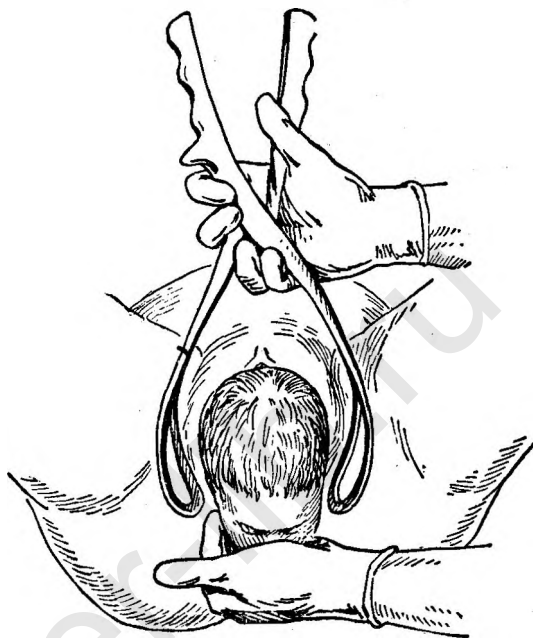


Рис. 261. Снятие щипцов.



Рис. 262. Захватывание щипцов по Н. А. Цовьянову.

этого способа является необычный захват рукояток щипцов во время тракций, а также производство самих тракций.

Захватывание рукояток и тракции акушер выполняет исключительно одними пальцами, кисти его рук при тракциях не касаются инструмента. Такой захват позволяет производить одновременно извлечение головки и отведение ее от лонного сочленения в направлении к крестцовой впадине.

Технически, по Н. А. Цовьянову, захватывание рукояток и тракции надо делать так (рис. 262).

После введения ложек во влагалище и замыкания щипцов в т о р о й и третий пальцы обеих рук, согнутые крючком, захватывают на уровне бушевских крючков из-под рукояток щипцов наружную и верхнюю поверхность инструмента. Основные фаланги указательных пальцев, как это видно на рис. 262, располагаются на наружной поверхности рукояток, причем бушевские крючки проходят между основными фалангами указательных и средних пальцев, средние фаланги—на верхней, ногтевые—также на верхней поверхности, но только противоположной ложки щипцов (ногтевые фаланги пальцев правой руки ложатся на верхнюю поверхность рукояток левой ложки и наоборот). При таком расположении пальцы, переплетаясь между собой, сцепляются наподобие шипа.

Четвертый и пятый пальцы обеих рук, также несколько согнутые крючком, захватывают сверху отходящие от замка параллельные ветви щипцов, продвигаясь как можно выше и ближе к головке. Лучше, если кончики пятых пальцев будут касаться головки. Средняя фаланга четвертого пальца каждой руки охватывает верхнюю и внутреннюю поверхность отходящей от замка ветви щипцов, в то время как кончик пятого пальца, поднимаясь выше по верхней поверхности ветви, доходит до места перехода ее в изгиб головной кривизны щипцов.

Наконец, большие пальцы, находясь под рукоятками щипцов, мякотью своих ногтевых фаланг упираются в среднюю треть нижней поверхности рукояток, оставляя свободной их наружную треть.

Основная и главная работа при извлечении головки щипцами при таком захвате падает на четвертый и пятый пальцы обеих рук, особенно на ногтевые их фаланги. Давлением этих пальцев на верхнюю поверхность отходящих от замка параллельных ветвей щипцов головка отводится от лонного сочленения (этим предупреждается неизбежное трение головки о заднюю поверхность лона) и направляется по оси таза в сторону крестцовой впадины. Этому же способствуют большие пальцы, производящие давление на нижнюю поверхность рукояток, направляя их кверху (кпереди). Такие тракции обеспечивают головке ее нормальное продвижение по оси родового канала.

Действие основных фаланг второго и третьего пальцев обеих рук, сжимающих на уровне бушевских крючков наружную поверхность рукояток, сводится к захватыванию и удерживанию головки под определенным и неизменяющимся давлением на протяжении всей операции. Возможность сильного сжатия головки, даже во время сильных тракций, совершенно исключается благодаря резкому укорочению наружного плеча коромысла рычага, образуемого при захватывании рукояток на уровне бушевских крючков и измеряемого, с одной стороны, расстоянием между этими крючками и замком, а с другой—всей длиной остальной части щипцов, располагающейся во влагалище<sup>1</sup>.

Таким образом, пальцы акушера, располагаясь над и под щипцами, действуя одновременно в различных направлениях (большие пальцы—кверху и кпереди, вторые и третьи—фиксируя головку под определенным давлением на месте, четвертые и пятые книзу и кзади), обеспечивают производство тракций и продвижение головки по оси родового канала.

Критерием правильного низведения и выведения головки щипцами, по Н. А. Цовьянову, служат: а) положение проводной точки (чаще малого родничка) по отношению к продольной оси наложенных щипцов, б) расстояние от малого родничка до нижнего края лонного соединения, которое

<sup>1</sup> В щипцах Симпсона и им подобных соотношение между плечами рычага составляет примерно 1:5.

при нормальной флексии головки не должно быть меньше 3—4 см (если расстояние между нисходящими ветвями лонных костей не уменьшено) и в) характерные изменения в области наружного заднепроходного жома и ближайшего участка промежности.

При прохождении головки мимо копчика промежность выпячивается и заднепроходное отверстие зияет. Такое зияние остается до появления в вульварном кольце довольно значительной части головки. В дальнейшем, вследствие давления головки (лба) на переднюю стенку нижнего отрезка прямой кишки, последний выпячивается вместе со слизистой. Преждевременное закрытие слизистой служит верным показателем начинающегося разгибания извлекаемой щипцами головки и предстоящего неминуемого разрыва промежности (Цовьянов).

## **НАЛОЖЕНИЕ ЩИПЦОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКИ**

### **ЩИПЦЫ ПРИ ЗАТЫЛОЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ (СГИБАТЕЛЬНЫЙ ТИП МЕХАНИЗМА)**

При затылочных предлежаниях наложение щипцов производится типично, притом очень легко, если головка проделала все положенные ей вращательные движения и стоит на дне таза. Уже многое сделано родовыми силами роженицы: стреловидный шов стоит в прямом размере выхода, малый родничок располагается спереди под симфизом. При таких условиях щипцы могут быть наложены в идеальном захвате: и х н а к л а д ы в а ю т в поперечном размере выхода таза и на поперечный размер головки. Щипцы обхватывают головку таким образом, что в плоскости их головной кривизны лежат теменные бугры и проводная точка. Ось щипцов при этом совпадает с проводной осью головки. Но, повторяем, такое идеальное наложение щипцов возможно только при наличии указанных выше условий. Иначе обстоит дело, если при том же затылочном предлежании головка хотя и находится почти на дне таза, но стреловидный шов ее стоит в одном из косых размеров таза, а еще того хуже—в поперечном размере полости или выхода таза. В последних двух случаях мы говорим, как условилось выше (стр. 69), о среднем и низком глубоком поперечном стоянии головки. Еще сложнее накладывать щипцы в тех случаях, когда при затылочных предлежаниях малый родничок вместо того, чтобы находиться под симфизом, лежит сзади, около копчика. Это будет или задний вид затылочного предлежания, или так называемое передне-теменное предлежание, т. е. роды с затылком и спинкой, обращенными кзади (см. стр. 63).

Перейдем к описанию техники наложения щипцов при сгибательном типе механизма (затылочные предлежания) и всех его вариантах.

### **Типичные (выходные) щипцы при затылочном предлежании**

**Н а р у ж н о е и с с л е д о в а н и е.** Ягодицы находятся в дне матки, спинка—слева или справа. Сердцебиение прослушивается лучше всего ниже пупка, слева или справа, в зависимости от расположения спинки. Через наружные брюшные стенки головка не прощупывается.

**В н у т р е н н е е и с с л е д о в а н и е.** Головка стоит низко, крестцовая впадина целиком выполнена головкой, пальцами дойти до *spinae ischii* не удастся. Малый родничок под симфизом, большой—около копчика. Стреловидный шов стоит в прямом размере выхода таза.

Щипцы накладываются в поперечном размере выхода таза и на поперечный размер головки. Захватывая головку через скуло-теменную область, они должны лежать несколько впереди ушей («идеальный» захват). Тракции делаются в третьей позиции, в направлении на лицо акушера до тех пор, пока подзатылочная ямка (точка фиксации) не покажется под симфизом. С этого момента тракции идут кверху, чтобы произвести разгибание головки.

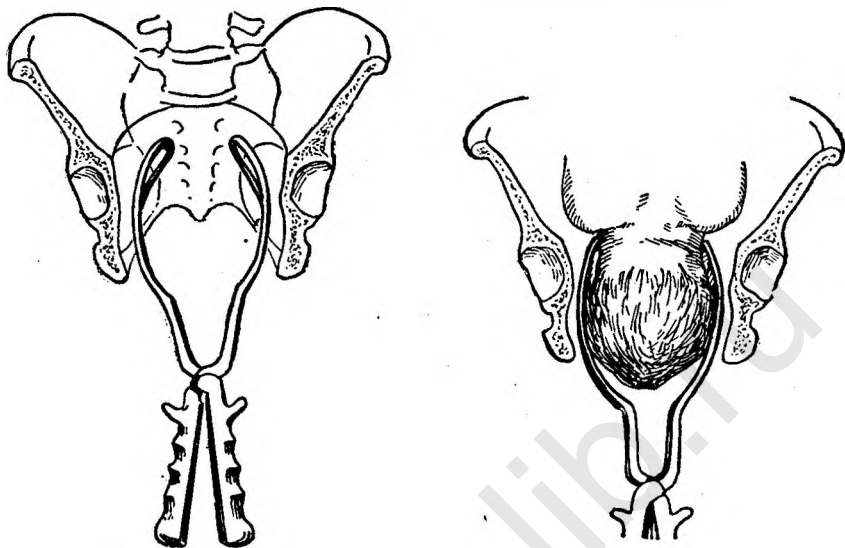


Рис. 263 и 264. Техника наложения выходных (типичных) щипцов. Щипцы наложены в поперечном размере выхода таза.

Щипцы Лазаревича (прямые) накладываются при переднем виде затылочного предлежания технически так же, как и обычные щипцы (с тазовой кривизной). Только при введении ложек вследствие отсутствия тазовой кривизны не требуется поднимать рукоятки, а надо держать их ниже.

**Атипичные (полостные) щипцы  
при затылочных предлежаниях.  
Головка стоит в полости таза  
в одном из его косых  
размеров**

Головка находится обычно почти на дне таза, ей предстоит закончить в щипцах внутренний поворот (ротацию), врезывание и прорезывание. Поэтому полостные щипцы, конечно, будет более трудно наложить, чем типичные (выходные). Некоторые акушеры советуют и в этих случаях накладывать щипцы в поперечном размере таза. Однако при таком способе наложения могут встретиться некоторые затруднения. Щипцы здесь обхватывают головку не строго поперечно через теменные бугры, а в одном из ее косых размеров, почему при тракциях головка, недостаточно фиксированная щипцами, будет обнаруживать тенденцию к вращению. Кроме того, у первородящих с их упругими тканями при этом приходится развить, несомненно, большую силу при извлечении плода. Наконец, щипцы могут соскользнуть с головки. При указанном способе наложения головка больше сдавливается, с одной стороны, в силу применения значительной силы при тракциях, с другой—из-за соскальзывания щипцов.

Поэтому при стоянии головки в косом размере таза щипцы (атипичные) рекомендуется накладывать не в поперечном, а в косом размере таза. Накладывая так щипцы, акушер захватывает головку ложками в области теменных бугров, т. е. по ее наибольшей периферии. Так она захватывается крепко и может правильно сделать в щипцах ротацию с последующим врезыванием и прорезыванием.

Практика показывает, что наложение щипцов в косом размере таза все же представляет для акушера известные трудности.

При наложении щипцов на головку, стоящую в косом размере таза, полностью применимы все те правила (тройные), о которых говорилось выше. Левая ложка щипцов, как всегда, вводится первой, вводится левой рукой и в левую сторону матери. Концы ложек должны быть направлены в сторону проводной точки (вперед), ложки—обхватывать головку по наибольшей периферии, проводная точка должна лежать в плоскости щипцов. Здесь важно не спутать косых размеров таза (правого и левого). Напомним еще раз принятое нами правило (см. стр. 9). Если сложить обе ладони с вытянутыми пальцами под углом в  $90^\circ$  и подвести их в таком виде к половой щели, то плоскость каждой руки будет как бы лежать в соответствующем косом направлении к выходу таза. Плоскость правой руки идет, говоря о роженице, слева сверху—вправо и кзади (к правому бедру), а плоскость левой справа сверху—влево кзади (к левому бедру). Продолжение плоскости каждой руки совпадает с соответствующим косым размером таза роженицы: плоскость правой руки—с правым косым размером, левой—с левым косым. Таким образом, если мы хотим быстро ориентироваться в направлении того или другого косого размера таза, следует сложить ладони рук под углом в  $90^\circ$  и подвести их к наружным половым органам роженицы. Линия, совпадающая с плоскостью правой руки, идущая у женщины слева спереди—вправо кзади (к правому бедру), будет правым косым размером; другая линия, совпадающая с плоскостью левой руки и идущая справа спереди—влево кзади—к левому бедру, будет левым косым размером.

Чтобы лучше уяснить себе операцию наложения атипичных щипцов (в косом размере таза), разберем конкретный случай (рис. 265). Вторая позиция—затылочное предлежание. Головка на дне таза, но стоит еще в косом размере. Малый родничок справа спереди, большой—слева сзади (по стороне роженицы). Стреловидный шов стоит в левом косом размере, т. е. справа спереди—влево кзади, совпадает с плоскостью левой руки и идет к левому бедру роженицы. Что касается теменных бугров, то один из них находится справа спереди, другой—слева сзади. Большой поперечный размер головки проходит, таким образом, соответственно правому косому размеру таза. Так как щипцы по правилам должны быть наложены на наибольшую периферию головки, т. е. на ее теменные бугры, то одна ложка должна быть, если считать сторону матери, слева спереди, а другая—справа сзади. Плоскость щипцов будет теперь лежать в правом косом размере таза: щипцы, говоря кратко, наложены в правом косом размере. Таким образом, при наложении щипцов на головку, стоящую стреловидным швом в одном из косых размеров, щипцы приходится накладывать в противоположном косом размере. Это можно выразить иначе, что, пожалуй, будет легче запомнить. Щипцы при стоянии головки в косом размере накладываются в том косом размере, куда смотрит проводная точка (в данном случае малый родничок), т. е. в левом косом при первой позиции (малый род-

ничок слева) и в правом косом—при второй (малый родничок справа).

Вторая особенность наложения щипцов на головку, стоящую в косом размере, касается техники введения ложек. Вернемся к тому же примеру. Выше, при описании способа введения ложек, мы говорили, что сначала надо вводить ложку сзади, в область крестцово-подвздошного сочленения, а потом уже сделать поворот по дуге в  $45^\circ$ , чтобы она пришлась сбоку лежащего теменного бугра. При наложении щипцов на головку, стоящую в косом размере, где один теменной бугор лежит больше кзади, а другой

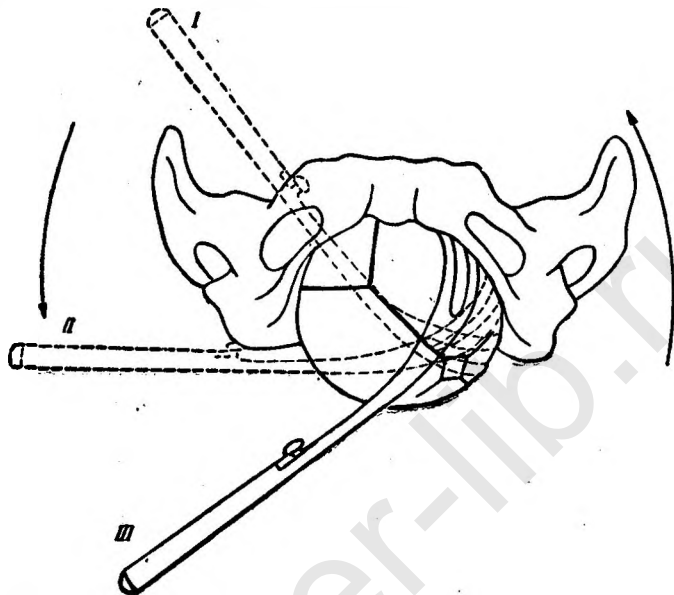


Рис. 265 Положение «блуждающей» ложки щипцов при наложении их в правом косом размере таза (схема).

больше кпереди, такие передвижения ложек по дуге в  $45^\circ$ , конечно, нецелесообразны: здесь гораздо удобнее одну ложку после введения оставить сзади на заднем теменном бугре, а другую повернуть по дуге не в  $45^\circ$ , а в  $90^\circ$ , так как только при этих условиях она придется на лежащий спереди теменной бугор. Таким образом, чтобы наложить щипцы на головку, стоящую в косом размере, приходится одну ложку ввести сзади и здесь ее оставить. Эту ложку называют задней, или фиксированной. Другая ложка сначала вводится тоже сзади (на рисунке левая), но затем ей приходится проделать поворот по дуге в  $90^\circ$ , чтобы попасть на лежащий спереди теменной бугор. Эту вторую ложку, которая блуждает сзади наперед, чтобы обхватить головку по переднему бугру, принято называть «блуждающей ложкой»<sup>1</sup>. Понятно, что в каждом отдельном случае, в зависимости от направления стреловидного шва, фиксированной (задней) будет то правая, то левая ложка. Таким образом, при первой (левой) позиции (стреловидный шов в правом косом размере) фиксированной ложкой будет левая, при второй (правой) позиции (стреловидный шов в левом косом размере), — правая.

<sup>1</sup> Французы такое странствование («блуждание») ложек называют «спиральным движением по способу Лашапель» (французская акушерка конца XVII века).

Третье замечание, которое касается наложения щипцов на головку, стоящую в косом размере таза, относится к направлению концов ложек. Мы не раз уже говорили, что щипцы лежат в тазу правильно в том случае, если их ось совпадает с проводной осью таза. Накладывая щипцы в косом размере, следует иметь в виду, что с поворотом проводной точки кпереди, иначе говоря, с переходом стреловидного шва из косога размера в прямой, концы ложек также должны повернуться вперед, чтобы ось щипцов совпала с проводной осью таза. Следовательно, ложки следует накладывать таким образом, чтобы концы их были непременно обращены в сторону проводной точки (вперед).

Подводя итог всему сказанному, надо еще раз подчеркнуть, что для правильного наложения щипцов при косо стоящей головке необходимо, чтобы щипцы лежали в том косом размере, куда обращена проводная точка; в сторону той же проводной точки (вперед) должны быть обращены и концы ложек щипцов.

При наложении атипичных щипцов (на косо стоящую головку) рекомендуется следующий прием для запоминания, известный под названием «три справа» и «три слева».

Если проводная точка стоит слева (первое «слева»), щипцы накладываются в левом косом размере (второе «слева»), задней фиксированной ложкой будет левая (третье «слева»). Если проводная точка находится справа, щипцы должны быть наложены в правом косом, задней фиксированной будет правая ложка (три «справа»).

Ввести ложки при косом стоянии головки в тазу значительно труднее, чем при положении, типичном для щипцов. Эти трудности особенно ощутительны тогда, когда приходится делать «блуждающей» ложкой поворот по дуге в  $90^\circ$ .

Техника введения ложек при атипичных щипцах. Обе ложки вводятся сзади. Первой вводится, как всегда, левая ложка. Если она при данном положении является задней (при первой позиции плода), то она тут же остается на месте. Если же эта ложка должна лежать спереди (при накладывании щипцов в правом косом размере), ее надо заставить блуждать. Такое «странствование» при первой позиции плода предельяет правая ложка, при второй—левая. Следует помнить, что «странствование» ложки будет происходить по выпуклой поверхности головки. Делается это так. Ложка сначала, как всегда, вводится сзади, а затем лежащие внутри четыре пальца, а также вытянутый снаружи большой палец той же руки, надавливая на ребро ложки снизу вперед, в направлении передней стенки таза, заставляют ложку двигаться кпереди от большого пальца до тех пор, пока она не выйдет на линию хорошего захвата. Одновременно с этим рукоятка ложки опускается кзади (книзу), в направлении промежности. При таком положении щипцы захватывают головку в области ушей. Это уже не будет идеальный захват, но его все-таки можно назвать хорошим захватом, так как и при нем почти полностью могут быть выполнены все три основных правила наложения щипцов.

«Блуждание» ложек должно происходить легко, деликатно, без всякого насилия со стороны акушера. Легкого надавливания бывает совершенно достаточно. Ложки щипцов при этом приходится вводить несколько глубже, так как головка еще не совсем стоит на дне таза.

З а м ы к а н и е щ и п ц о в при атипичном наложении их происходит так же, как и при типичных (выходных) щипцах. Как и там, щипцы замыкаются хорошо только в том случае, если ложки лежат симметрично. При замыкании проводная точка (малый ридничск) должна быть в плоскости щипцов. При правильной технике ложки щипцов после замыкания должны

захватывать головку, как мы сказали, «через ушки» (правильный, хороший захват). Замкнув щипцы, необходимо сосредоточить внимание на направлении линии бушевых крючков. Направление этой линии должно соответствовать тому косому размеру таза, в котором должны быть наложены щипцы, т. е., другими словами, противостоять тому косому, в котором находится стреловидный шов.

Пробная тракция при косом стоянии щипцов является не одним только потягиванием за рукоятку щипцов, одновременно это и осторожная ротация головки или, что одно и то же, повертывание продной точки в направлении к середине симфиза.

Извлечение головки при атипичных щипцах (собственно тракции). Тракции при атипичных щипцах—их характер, направление, сила и пр.—определяются теми же правилами, что и при типичных (выходных) щипцах. Вопрос в данном случае касается только того, каким образом вести тракции, чтобы головка закончила внутренний поворот затылком кпереди (правильную ротацию). Головка обычно сама стремится повернуться в прямой размер выхода таза. Со стороны акушера не будет погрешностью, если он своими тракциями в щипцах не щипцами) станет помогать ей в этом. Надо только мышечным чувством уловить, куда вращается головка, а помимо того,—это важно—избегать вращения головки щипцами без одновременного потягивания. Осторожно ротирующие движения головки в щипцах надо делать постепенно и не в одну тракцию, причем всегда сообразуясь с положением головки, т. е. при первой позиции плода, делая тракцию, следует поворачивать головку слева направо (против направления часовой стрелки), при второй—ротация должна происходить, считая сторону матери, справа налево (по ходу часовой стрелки).

а) Атипичные щипцы при первом затылочном предлежании—стреловидный шов стоит в правом косом размере (рис. 266 и 267).

Наружное исследование. Ягодицы в дне матки, спинка слева, головка над лоном не прощупывается. Сердцебиение слева, ниже пупка.

Внутреннее исследование. Головка стоит низко. Малый родничок—слева спереди, большой—справа сзади. Стреловидный шов в правом (первом) косом размере таза.

Щипцы следует наложить в левом (втором) косом размере таза (проводная точка—малый родничок слева) слева сзади—вправо вперед. Концы ложек должны быть обращены влево вперед, левая ложка будет лежать слева сзади, правая—справа спереди (рис. 266).

Левую ложку вводят первой слева сзади и сбоку, оставляя ее тут же на месте (фиксированная ложка). Правую ложку вводят сначала справа и также сзади, откуда она должна быть направлена вправо вперед («блуждающая» ложка) к тому месту, которое соответствует foramen obturatum.

После замыкания щипцов боковые крючки на рукоятке лежат в левом (втором) косом размере таза.

Пробную тракцию и ротацию головки делают слева направо (по отношению к роженице).

Тракции акушер должен делать во второй позиции, т. е. на себя, до тех пор, пока под нижним краем симфиза не покажется подзатылочная ямка. В дальнейшем тракции делают по дуге кпереди (кверху).

б) Атипичные щипцы при втором затылочном предлежании—стреловидный шов в левом косом размере таза (рис. 268 и 269).



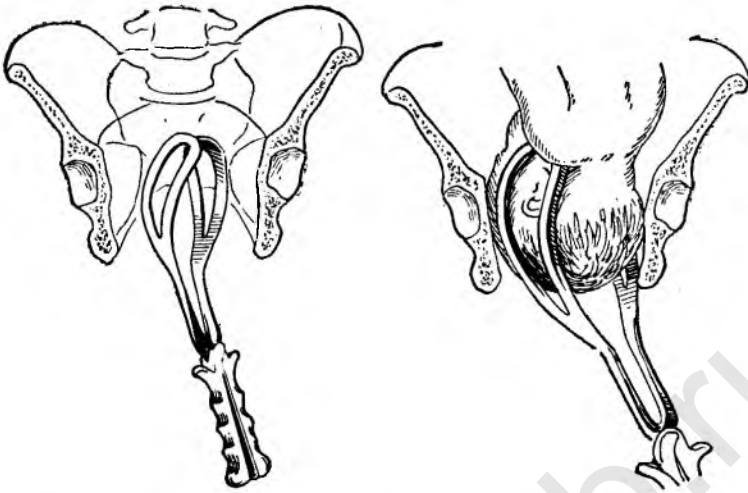


Рис. 266 и 267 Полостные (атипичные) шипцы: проводная точка (малый родничок) стоит слева, щипцы накладываются в левом косом размере таза.

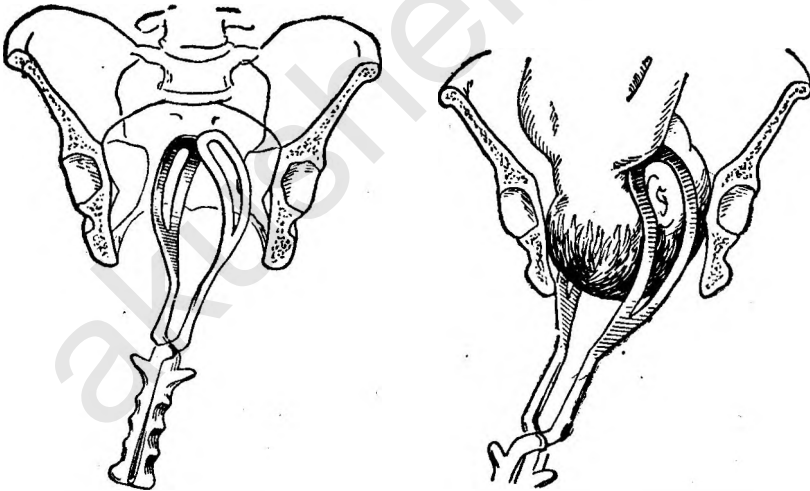


Рис. 268 и 269 Стреловидный шов в левом косом размере. Щипцы накладываются в правом косом размере.

Наложение щипцов и извлечение головки производятся так же, как и при первой позиции плода, меняются только обозначения: там, где «влево», будет «вправо» и обратно.

Некоторые акушеры рекомендуют при наложении щипцов в правом косом размере первой вводить правую ложку, т. е. ту, которая должна идти кпереди, по направлению к лобку, конечно, с предварительным (до замыкания) исправлением неправильного перекреста ложек в области замка. Мы всегда первой вводим левую ложку.

При атипичных щипцах проще, удобнее и лучше пользоваться прямыми щипцами (Ф. Г. Правосуд). В технике наложения прямых щипцов на головку, стоящую в косом размере, имеются некоторые особенности.

Так как в передней части тазовой полости головка теснее прилегает к стенке таза, то вводить переднюю ложку труднее, чем заднюю, а поэтому ее нужно вводить первой. Ф. Г. Правосуд, применяя свои щипцы, сначала накладывает ту ложку, которая должна лежать кпереди, т. е. при первой позиции первой вводится правая ложка в правую половину таза. Ложка вводится или непосредственно в область переднего конца косога размера, или при пространственном несоответствии через крестцово-подвздошную впадину («блуждающая» ложка) с отклонением рукоятки щипцов кзади (книзу).

Задняя (левая) ложка (прямые щипцы с перекрещенными ложками) вводится с правой стороны введенной передней ложки щипцов (удобнее последующее замыкание ложек) через крестцово-подвздошную впадину, противоположную той, через которую введена передняя ложка. Задняя ложка остается на месте.

#### **Атипичные щипцы при среднем и низком (глубоком) поперечном стоянии головки**

Выше указывалось, что иногда головка, вставившись в таз в поперечном размере, в дальнейшем при своем поступательном движении не делает ротации, т. е. внутреннего поворота (чаще это наблюдается при девентеровском тазе), а остается в поперечном размере в полости таза (среднее поперечное стояние) и даже в выходе его (низкое, resp. глубокое, стояние).

При этом варианте сгибательного механизма родов техника наложения щипцов значительно сложнее, чем при всех описанных выше случаях.

Если наложить здесь щипцы таким образом, чтобы тазовая кривизна их совпадала с проводной осью таза, тогда головка будет захвачена в своем прямом размере (фронтально-окципитальном): одна ложка захватит затылок, другая—лобик. При таком способе наложения замкнуть ложки щипцов удастся с величайшим трудом, щипцы легко и часто соскальзывают, следовательно, могут серьезно поранить головку плода и мягкие ткани матери.

Если при поперечном стоянии головки наложить щипцы таким образом, чтобы они захватили ее в области теменных бугров, т. е. в прямом размере таза (одна ложка непосредственно под симфизом, другая—впереди крестца), и в таком виде попытаться извлечь головку, такая попытка может дорого стоить роженице и особенно плоду (тяжелые повреждения головки, которые может вызвать лежащая спереди ложка).

Накладывать щипцы при низком поперечном стоянии головки в прямом размере таза так же непозволительно, как и накладывать их в поперечном размере. Мы имеем в виду наложение обычных щипцов

(с тазовой кривизной). Существуют специальные модели щипцов без тазовой кривизны (Лазаревича, Правосула, Киллянда и др.), которые можно накладывать при поперечном стоянии головки в выходе таза как раз в прямом размере последнего.

Таким образом, при поперечном стоянии головки остается одно—это компромиссный способ: накладывать щипцы с тазовой кривизной в косом, и только в косом, размере таза по общему правилу для атипичных щипцов—в том косом, куда смотрит проводная точка.

Напомним, что проводной точкой здесь следует считать малый родничок, так как, только подведя его под лонное сочленение, можно получить правильную ротацию головки (передний вид). Если под симфиз подводить щипцами большой родничок, т. е. его считать проводной точкой, то получится задний вид или, еще того хуже, так называемое передне-теменное предлежание.

Техника наложения щипцов при поперечном стоянии головки. Щипцы здесь накладываются на головку так, как если бы она стояла в косом размере таза. После замыкания делают пробную тракцию и ротацию. В свое время Сканцони предложил, наложив щипцы в косом размере таза, поворачивать головку на  $90^\circ$ , т. е. так, чтобы стреловидный шов встал в прямой размер выхода таза, а щипцы—в противоположный косой размер, и только после того производить тракцию. Такой форсированный поворот головки сразу на  $90^\circ$  справедливо был осужден и оставлен ввиду возможных серьезных повреждений тканей матери и плода.

Акушерская практика выработала следующий способ наложения щипцов при низком поперечном стоянии головки.

Первой, как всегда и везде, вводится левая ложка. Каждая ложка вводится сзади, одна из них остается на месте (фиксированная), а другая (при первой позиции плода—правая, при второй—левая) описанным выше приемом огибает головку до тех пор, пока не попадет на надлежащее место (спереди сбоку). При таком способе наложения ложек головка, ясно, захватывается в явно неблагоприятном размере. Здесь положение иное, чем при стоянии головки в косом размере таза. Там, как мы видели (стр. 285), головка захватывается в бипариетальном размере, каждая ложка обхватывает теменной бугор (после замыкания ложки ложатся на головку «через ушки»—хороший захват). При косом же захвате при поперечно стоящей в тазу головке ложки не захватывают головки в области теменных бугров, они ложатся латерально от них (в стороне)—одна кзади, другая кпереди (несимметрично). При первой позиции левая ложка охватывает левую половину затылочной кости, другая (правая)—переднюю часть (правую половину лба). Захват головки будет проходить не «через ушки», а тоже в стороне от них («возможный» захват—неудовлетворительный и ненадежный). Из-за неудовлетворительного захвата головки почти всегда приходится прибегать к перекладыванию щипцов: щипцы или передвигают внутри родового канала, или их снимают и накладывают вновь (следует предпочитать последний способ).

При замыкании ложек при косом наложении щипцов на поперечно стоящую в тазу головку обычно отмечается некоторое расхождение рукояток (благодаря большому объему захваченной головки).

Накладывая сначала щипцы в косом размере, головку надо извлекать и одновременно ротировать до тех пор, пока поперечник головной кривизны щипцов не совпадет с поперечным размером таза. Головка в этот момент будет еще стоять в косом размере (поворот на  $45^\circ$ ). Теперь придется или щипцы снять (осторожно!) и наложить в косом размере, или, как предлагают некоторые, сделать соответствующее передвижение ложек

внутри полового канала, не извлекая их наружу (опять-таки, чтобы наложить их в косом размере таза).

а) Атипичные щипцы при низком поперечном стоянии головки—первое затылочное предлежание (рис. 270).

Наружное исследование. Головка стоит низко, малый родничок—слева сбоку, большой—справа сбоку, стреловидный шов—в поперечном размере таза.

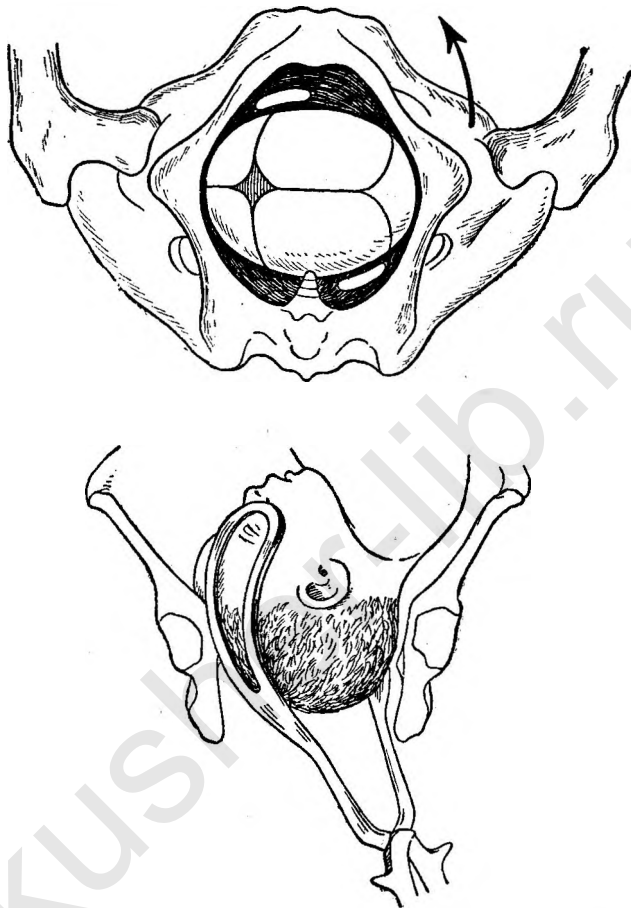


Рис. 270 и 271. Полостные (атипичные) щипцы. Стреловидный шов в поперечном размере таза, малый родничок слева. Щипцы—в левом косом размере.

Щипцы накладывают, как при низком косом стоянии головки в первом затылочном предлежании, т. е. в левом (втором) косом размере (слева сзади—вправо кверху, рис. 271). Концы ложек должны быть обращены в сторону проводной точки, т. е. малого родничка (влево кверху). Левая ложка лежит слева сзади, приблизительно в области крестцово-подвздошного сочленения, правая же, наоборот, переводится вправо вперед, примерно к медиальному краю запирающего отверстия (*foramen obturatum internum*).

Левую ложку вводят первой и сзади. Затем вводят правую ложку сзади же, она должна «блуждать» вокруг головки вправо и вперед до ме-

диального края запирающего отверстия. После замыкания щипцов бушевские крючки должны лежать в левом (втором) косом размере таза.

Пробную тракцию и ротацию производят слева направо, считая сторону роженицы, т. е. против направления часовой стрелки, до тех пор, пока стреловидный шов не окажется в прямом размере выхода таза. Тракцию акушер делает в третьей позиции, т. е. в направлении на свое лицо (он сидит), пока под нижним краем симфиза не покажется подзатылочная ямка. После этого начинают извлекать головку поворотом рукоятки щипцов кверху (дефлексия головки). Если при тракциях (щипцы и головка поворачиваются слева направо) головка, сделав поворот на  $45^\circ$ , встанет в правый косой размер, а щипцы в это время будут лежать в поперечном размере

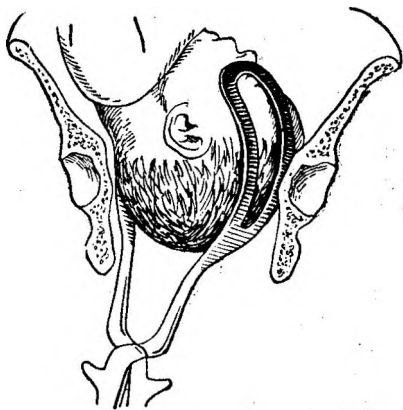


Рис. 272. Полостные (атипичные) щипцы. Стреловидный шов в поперечном размере таза. Малый родничок справа. Щипцы в правом косом размере.

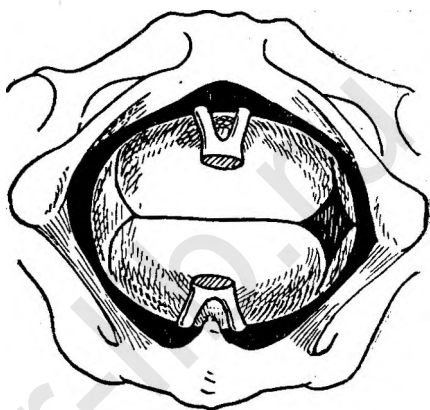


Рис. 273. Низкое поперечное стояние головки. Щипцы Правосула наложены в прямом размере выхода таза.

таза, их следует вынуть и наложить в левом косом размере. Некоторые делают этот перевод ложек внутри родового канала: щипцы размыкают, левую ложку переводят сверху вниз, правую—снизу вверх. Перевод ложек внутри родового канала—не безразличный прием, скажем прямо, даже опасный ввиду возможности нанесения мягким частям родовых путей тяжелых повреждений.

б) Атипичные щипцы при поперечном стоянии головки—второе затылочное предлежание.

Наложение щипцов и извлечение головки должны быть симметрично противоположны тому, что производится при низком поперечном стоянии головки в первом затылочном предлежании (рис. 272).

Из всего сказанного выше по вопросу о применении щипцов при поперечном стоянии головки в полости и выходе таза вытекает, что обычные щипцы с двумя кривизнами не являются инструментом, который бы удовлетворял полностью врача-акушера. В этом отношении более удобны и научно более обоснованы прямые щипцы Лазаревича и их модификации, которые легче накладывать при любом положении головки и в различных отделах родового канала. При среднем и низком поперечном стоянии головки ложки щипцов должны обхватить головку в поперечном ее размере. Этому требованию удовлетворяют щипцы без тазовой кривизны (прямые).

Накладывают щипцы здесь таким образом (Ф. Г. Правосуд) (рис. 273).

Сначала вводят ложку, которая должна лежать на передней стороне головки (передняя).

Берут любую ложку (безразлично—правую, левую), вводят во влажную поверхность в сторону крестцово-подвздошной впадины, ближайшей к личику, после чего ложка путем перевода («блуждание») проводится через лобик и личико на переднюю сторону головки к переднему концу истинной конъюгаты. Вторая ложка (задняя) вводится через ту же впадину, что и первая (!), с правой стороны ее рукоятки и продвигается к заднему концу конъюгаты. Таким образом, ложки щипцов легли в размере конъюгаты и поместились на висках и щеках так, что верхушки их зашли на 2—3 см через скуловые дуги.

При среднем, resp. низком, поперечном стоянии головки можно пользоваться щипцами Киллянда (стр. 308). В опытных руках они весьма удобны.

### Щипцы при родах с неправильной ротацией головки

#### I. Щипцы при заднем виде затылочного предлежания.

Вспомним механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Головка, проделав ротацию в полости таза, подходит к выходу в сильно согнутом состоянии. Большой родничок, а иногда передняя граница волосистой части лба упирается в качестве точки вращения (гипомохлиона) под нижним краем симфиза, причем затылок обращен в сторону крестца. Чтобы пройти под симфизом по дуге кверху, головка должна еще более усилить свою флексию, что она и прodelьывает, сгибаясь около большого родничка, фиксированного под симфизом. И только после того, как головка выйдет из вульварного кольца своими теменными буграми, она начинает разгибаться, чтобы освободить личико из-под угла симфиза. Для этого требуется новый гипомохлион (добавочный), а именно, подзатылочная ямка, которая фиксируется в области копчика. Вокруг этой второй точки вращения, вокруг подзатылочной ямки, находящейся кзади, головка и прodelьывает последнее движение (разгибание), чтобы освободить личико и окончательно родиться.

При наложении щипцов в заднем виде следует помнить все детали механизма прорезывания головки, стараясь подражать ему при извлечении ее щипцами.

Захватить головку правильно можно только тогда, когда она стоит на дне таза, уже прodelав ротацию. Лишь при этом условии головку удастся захватить в бипариетальном (большом поперечном) размере, причем тазовая кривизна щипцов будет совпадать с проводной осью таза. Накладывают щипцы и производят тракцию здесь так же, как и при переднем виде затылочного предлежания, с той разницей, что захват головки щипцами не всегда, а лишь при известных условиях (максимальное сгибание головки и стояние ее на дне таза) может идти через скуло-теменную область. В большинстве же случаев этого сделать не удастся. Приходится захватывать через ушки плода. При прорезывании головки надо помнить о двух точках фиксации головки: одной для усиления флексии и другой—для дефлексии. Передней точкой фиксации является граница волосистой части лба. Как только эта область при тракциях покажется под нижним краем симфиза, следует перейти к извлечению головки в направлении по дуге кверху. Головка при этом еще сильнее сгибается, чтобы дать возможность прорезаться затылку и обоим теменным буграм. В этом месте как раз и лежит наибольшая ширина головки, и понятно, что при прохождении бугров через промежность последняя может сильно пострадать. Ввиду этого за защите промежности при наложении щипцов в заднем виде затылочного

предлежания необходимо уделять сугубое внимание.

После того как над вульварным кольцом показался затылок, приступают к разгибанию головки вокруг другой точки фиксации (подзатылочной ямки), которая фиксируется впереди копчика. Рукоятка щипцов медленно погружается кзади (книзу), под симфизом последовательно появляются лобик, личико и подбородок. При разгибании головки необходимо внимательно следить за тем, чтобы концы ложек не выступали свободно за пределы головки: они могут поранить мягкие части роженицы. Если концы ложек будут выступать, надо слегка приоткрыть щипцы, потянуть их и вновь замкнуть.

Еще одно практическое замечание по поводу направления тракций (позиций тракций).

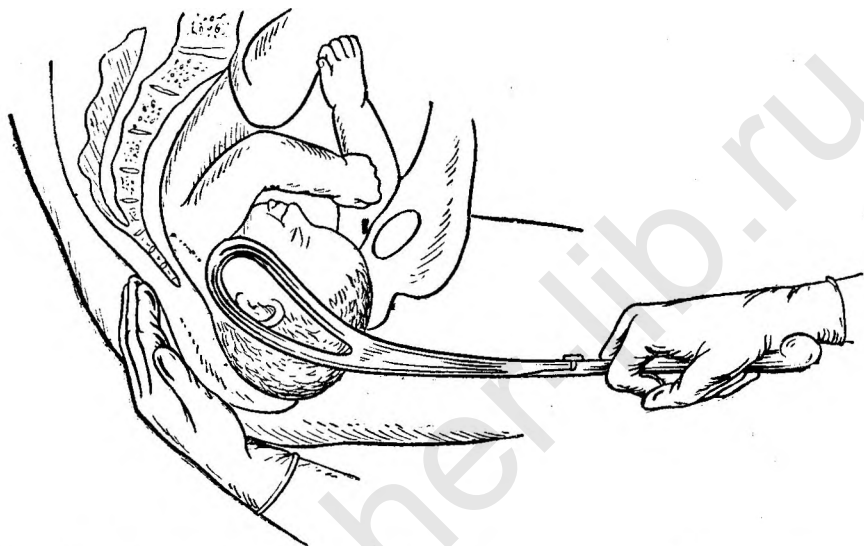


Рис. 274. Действительный захват головки щипцами при заднем виде затылочного предлежания. Тракции на себя и вверх.

Учитывая механизм родов при этом варианте затылочного предлежания, при извлечении щипцами нельзя делать тракций кзади в первой и даже во второй позиции, как бы ни стояла головка. Тракции должны идти в третьей позиции. В противном случае получится невыгодное разгибание головки. В этом можно убедиться, если посмотреть на рис. 274. Головка, находясь в состоянии флексии, должна проделать с в е р х с г и б а н и е, чтобы затылок смог повернуться над промежностью. В этом случае влечение щипцами, произведенное акушером кзади и даже на себя, способствуя разгибанию головки, будет несомненно тормозить прорезывание затылка.

Последнее замечание: при заднем виде затылочного предлежания никогда не следует применять щипцы как исправляющий инструмент, т. е. переводить с их помощью задний вид в передний.

а) Щипцы при заднем виде затылочного предлежания—стреловидный шов в прямом размере выхода таза.

**Наружное исследование.** Ягодицы в дне матки, спинка несколько сбоку, сердцебиение плода также сбоку, глухое, иногда плохо прослушивается.

**Внутреннее исследование.** Головка стоит низко. Малый родничок является самой низкой точкой, большой находится спереди под симфизом. Стреловидный шов—в прямом размере выхода таза.

Щипцы накладывают в поперечном размере таза и на поперечный размер головки. Обе ложки соответствуют внутренней поверхности боковых стенок таза. Бушевские крючки лежат горизонтально. Направление тракций—в третьей позиции, на лицо сидящего перед роженицей акушера до тех пор, пока не покажется граница волосистой части лба. Затем тракции делают в направлении по дуге кпереди (кверху) для усиления сгибания головки до тех пор, пока не родится затылок. После этого головка разгибается вокруг подзатылочной ямки, прорезывается личико. После рождения затылка рукоятку щипцов опускают кзади (книзу), по направлению к промежности.

б) Щипцы при заднем виде затылочного предлежания—низкое косо стояние головки.

Положение головки представляет собой зеркальное отображение косо стояния при переднем виде затылочного предлежания, поэтому все принципы наложения щипцов на головку, стоящую в косом размере, при переднем виде затылочного предлежания должны применяться и здесь.

В общем следует руководствоваться сформулированным выше правилом наложения атипичных щипцов: щипцы должны накладываться в том косом размере таза, куда обращена проводная точка (в данном случае, условно,—большой родничок). Если большой родничок (проводная точка при заднем виде) обращен, положим, вправо и вперед, щипцы надо наложить в правом косом размере (большой родничок справа), причем задней (фиксированной) ложкой будет правая. Щипцы накладывают на большой поперечный (бипариетальный) размер головки, но в косом размере таза. Направление тракций—в третьей позиции (на лицо акушера). После наложения следует ротация головки (заканчивание внутреннего поворота головки), пока под симфизом не окажется точка вращения (граница волосистой части лба).

Задний вид затылочного предлежания, первая позиция—первое низкое косо стояние головки.

**Наружное исследование.** Ягодицы в дне матки, спинка слева, сердцебиение плода слева, ниже пупка, прослушивается с трудом. Головка сверху не определяется.

**Внутреннее исследование.** Головка стоит низко. Малый родничок, самый низкий пункт, находится слева сзади, большой—справа спереди. Стреловидный шов идет слева сзади—вправо вперед, т. е. головка идет вторым (левым) косым размером таза.

Щипцы накладывают в первом (правом) косом размере: справа сзади—влево вперед. Концы ложек обращены вправо, в сторону большого родничка, правая ложка лежит справа сзади, левая—слева спереди. Первой вводят левую ложку слева сзади; отсюда она начинает «блуждать» налево вперед к латеральному краю запирающего отверстия (foramen obturatum). Затем вводят правую ложку, также сзади, и оставляют ее на месте. После замыкания щипцов бушевские крючки должны лежать в первом (правом) косом размере таза. Пробную тракцию и ротацию головки производят справа налево. Затем приступают к извлечению головки (направление тракций—в третьей позиции). Когда граница волосистой части лба окажется под нижним краем симфиза, головку извлекают обычным путем.



Задний вид затылочного предлежания, вторая позиция—второе низкое косое стояние головки. Наложение щипцов и извлечение головки производят по тем же принципам, но только симметрично противоположным образом.

Общее замечание, касающееся наложения щипцов при задних видах затылочного предлежания: операция всегда очень трудная, особенно при пространственном несоответствии между головкой и тазом (узкий таз, крупный плод).

Прямые щипцы при задних видах затылочного предлежания накладывают легче, проще и целесообразнее (Ф. Г. Правосуд). При положении головки во всех отрезках родового канала наложение производится одними и теми же приемами. Первой вводят ложку, которая должна лежать впереди. Вводят ее или прямым путем (без перемещения) в область переднего конца соответствующего косога размера, или, при неблагоприятных соотношениях величины головки и размеров таза, перемещая через личико (через крестцово-подвздошную впадину той стороны, где лежит личико).

Вторая ложка вводится без затруднения через ту же впадину, но с правой стороны рукоятки первой ложки.

Повторяем еще раз, что исправления щипцами заднего вида затылочного предлежания, т. е. перевода его в передний вид (приемами Левре, Сканцони, Ланге) или путем разгибания—в лицевое предлежание (Брендо), в настоящее время почти никто не делает. Попытки ротировать головку в таких случаях обычно сопровождались серьезными ранениями (глубокие разрывы промежности, повреждение пузырновлагалищной перегородки). При таких попытках исправления щипцами заднего вида «можно в буквальном смысле свернуть шею плода» (В. С. Груздев).

II. Щипцы при передне-теменном, геср. передне-головном, геср. лобно-теменном предлежании.

Вспомним механизм родов при передне-теменном предлежании. После того как головка проделала ротацию, она на дне таза стоит точно так же, как и при заднем виде затылочного предлежания. Большой родничок спереди, он играет роль проводной точки. Малый родничок лежит сзади, стреловидный шов—в прямом размере таза. Чтобы выйти наружу, головке приходится проделать двоякого рода движения. Она, как и при заднем виде затылочного предлежания, должна сначала сделать сгибание, чтобы ее затылочная часть вышла наружу, и только после этого начинает разгибаться, освобождая из-под симфиза лобик, личико и подбородок. Чтобы проделать подобный механизм прорезывания, головка, как и при заднем виде затылочного предлежания, должна иметь два гипомохлиона (две точки вращения): один под симфизом—для сгибания, другой в области копчика—для разгибания. Такими точками вращения служат: спереди—переносица, сзади—затылочный бугор. Чтобы головка при передне-теменном предлежании прорезалась через вульварное кольцо, ей приходится прорезываться здесь большим размером, чем это бывает при заднем виде затылочного предлежания. Там головка прорезывается средним косым размером (9,5 см), причем окружность всей головки в этой плоскости имеет 33 см. При передне-теменном предлежании головка проходит вульварное кольцо прямым размером (12 см) с окружностью в 34 см. Вполне понятно, что прорезывание головки при передне-головном предлежании будет происходить значительно труднее.

Акушер прежде всего должен точно установить, какой родничок является проводной точкой.

Если проводной точкой является большой родничок (передне-теменное предлежание), щипцы накладывают таким образом: замыкание делают с относительно поднятыми рукоятками. Во избежание еще большего разгибания первую ложку должен удерживать помощник с приподнятой кверху рукояткой. Идеальный за-



Рис. 275 Наложение щипцов на головку, стоящую в передне-головном предлежании. Действительный захват головки. Тракции делаются кпереди (кверху).

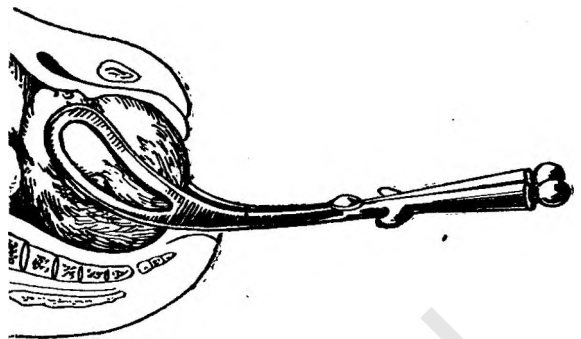


Рис. 276. Наложение щипцов при передне-головном предлежании Тракции с относительно поднятыми рукоятками (первые тракции).

хват головки щипцами (рис. 275)—через скуло-теменную область—здесь невозможен. Действительный захват головки идет «через уши». Первые тракции акушер делает с относительно поднятыми рукоятками (рис. 276), а в дальнейшем все время в третьей позиции, т. е. себе на лицо, до тех пор, пока под симфизом не покажется переносье (glabella). Прекратив дальнейшие тракции в направлении на себя, акушер



Рис. 277 Затылок перекачивается через промежность.

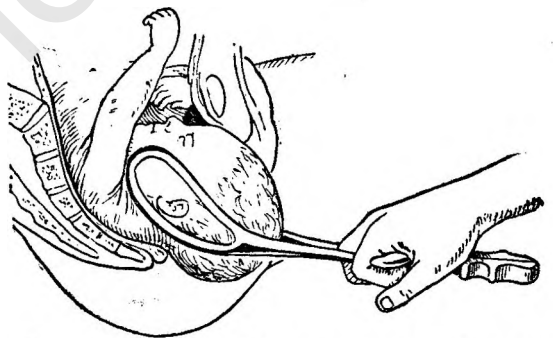


Рис. 278. Опусканием щипцов освобождается личико.

становится слева от роженицы и, захватив щипцы в области замка так, как это делается для дефлексии головки при переднем виде затылочного предлежания, старается возможно сильнее согнуть головку вокруг переносья, которое теперь находится под симфизом, выполняя роль переднего гипомохлиона (рис. 277). Задним гипомохлионом будет затылочный бугор, в лучшем случае (редко)—подзатылочная ямка. В заключительном моменте акушер перекачивает через промежность весь затылок и, проделав

вокруг второго гипомохлиона, находящегося у копчика, разгибание головки, освобождает из-под симфиза личико (рис. 278).

Исправление щипцами передне-головного предлежания, чтобы перевести его в другое, более физиологическое (тем же способом Ланге, Сканцони и др.), в настоящее время также никто не применяет и по тем же соображениям, как и исправление задних видов затылочного предлежания.

Прямые щипцы накладывают при передне-головном предлежании по вышеописанному способу (см. стр. 295).

### ЩИПЦЫ ПРИ ЛИЦЕВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Применяются эти щипцы в общем весьма редко. Лицевое предлежание само по себе не является показанием к наложению щипцов. При нормальных условиях, т. е. хороших схватках, и отсутствии резкого несоответствия между головкой и тазом, роды при лицевом предлежании обычно протекают естественным путем, без особых осложнений со стороны матери и плода. Но даже совершенно гладко протекающие роды при лицевых предлежаниях тянутся чрезвычайно долго. Поэтому не только у роженицы, но и у врача появляется желание ускорить их. Учитывая это обстоятельство, надо помнить о том, что техника наложения щипцов при лицевых предлежаниях гораздо сложнее, чем при затылочных. Обхватить щипцами головку в лицевом предлежании несомненно значительно труднее. Щипцы легко соскальзывают и наносят мягким частям матери обширные повреждения. Отсюда ясно, что ставить показания к наложению щипцов при лицевых предлежаниях следует с большой осторожностью. Наложение щипцов допустимо лишь в тех случаях, когда головка стоит уже на дне таза. Наложение щипцов на высоко стоящее личико является врачебной ошибкой. Если при лицевом предлежании головка стоит уже плотно в тазу, но все же довольно высоко, акушеру, особенно начинающему, лучше пожертвовать плодом, чем накладывать высокие лицевые щипцы. При соответствующей обстановке в таких случаях встает вопрос о заканчивании родов с помощью кесарева сечения. Если головка при лицевом предлежании проделала ротацию (лицевая линия стоит в прямом размере выхода таза) или почти проделала ее (личико стоит в одном из косых размеров), щипцы с должной предосторожностью можно накладывать.

Напомним вкратце механизм прорезывания головки при лицевых предлежаниях.

Рождение плода при лицевом предлежании возможно только в том случае, если подбородок обращен кпереди. Если подбородок обращен кзади, роды невозможны. В последнем случае наложение щипцов будет не только врачебной ошибкой, но и преступлением, за которое акушер несет ответственность.

При лицевом предлежании с подбородком, обращенным кзади, показана перфорация или, при наличии соответствующих условий, кесарево сечение.

Механизм прорезывания головки при лицевом предлежании. Проводной точкой служит подбородок, точкой фиксации (гипомохлион)—область подъязычной кости и трахеи. В выходе таза проводная точка при лицевом предлежании стоит под симфизом, а корень носа—сзади, лицевая линия проходит в прямом размере выхода таза. Прорезывание головки совершается так: подъязычная область фиксируется под симфизом, лобик, темя и затылок постепенно начинают перекатываться

через промежность, проделывая сгибание. Когда подзатылочная ямка показывается над промежностью, прорезывание заканчивается.

Накладывая щипцы при лицевом предлежании, следует во всех деталях подражать нормальному механизму прорезывания головки при лицевом предлежании. Щипцы накладывают в поперечном размере выхода таза, причем ложки ложатся строго сбоку на внутренней стороне боковых стенок таза (рис. 279). Выше мы говорили, что при идеальном захвате щипцы должны лежать по оси головки, от малого родничка к подбородку. Соответствующая

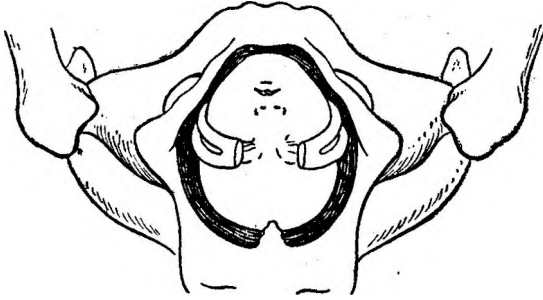


Рис. 279. Положение щипцов при лицевом предлежании. Вид со стороны выхода таза.



Рис. 280. Наложение щипцов при лицевом предлежании (действительный захват).

окружность будет проходить через теменные бугры. Таким образом, идеальным захватом будет тот, при котором головка обхватывается от малого родничка через теменные бугры до подбородка или в обратном порядке—через теменные бугры к области малого родничка. По этому последнему обхвату и приходится накладывать щипцы при лицевом предлежании. Так как подбородок (проводная точка) обращен вперед и вверх, малый родничок лежит сзади и снизу, а лицевая линия проходит сзади снизу вперед и кверху, правильно захватить головку можно, наложив щипцы таким образом, чтобы рукоятка их составляла продолжение тазовой оси и была обращена кверху и немного косо, в направлении ко лбу сидящего перед роженицей акушера (рис. 280). В противном случае получится такой обхват головки, при котором может произойти сдавливание и серьезные поражения шейки плода. За-

мыкание ложек и тракция в щипцах при лицевом предлежании необходимо делать с приподнятыми кверху рукоятками (первую ложку при наложении щипцов в таком положении обязательно удерживает помощник); в таком положении рукоятки держат до тех пор, пока под нижним краем симфиза не родится подбородок и не покажется подъязычная область. Тогда, осторожно повертывая рукоятки щипцов к брюшным стенкам роженицы, производят сгибательное движение головки вокруг точки вращения (подъязычная область), постепенно выкатывая через промежность лобик, темя и затылок (рис. 281).

Если при лицевом предлежании подбородок стоит не прямо под симфизом, а уклоняется в ту или другую сторону, причем лицевая линия вместо того, чтобы стоять в прямом, стоит в косом размере таза (низкое косое

стояние головки при лицевом предлежании), то наложение щипцов производят тем же способом, что и при косо стоящей головке в затылочном предлежании, руководствуясь правилом «три справа», «три слева». Если проводная точка (подбородок) смотрит вправо, щипцы должны быть наложены в правом косом размере, причем задней фиксированной ложкой будет правая. Концы ложек должны быть направлены вперед, в сторону проводной точки (подбородка). Если, наоборот, проводная точка (подбородок) находится слева, то щипцы следует наложить в левом косом размере; задней фиксированной ложкой будет левая.

Наложив указанным способом щипцы, производят легкое осторожное поворачивание головки подбородком вперед (к лону).

Наложение прямых щипцов при лицевом предлежании. В тех случаях, когда личико стоит в прямом размере выхода таза (подбородком кпереди), наложение прямых щипцов не отличается от наложения обычных щипцов (с двумя кривизнами) при этом же положении. Когда же лицевая линия стоит в одном из косых размеров, щипцы накладывают так: первой вводят ложку, которая должна лечь кпереди (при первой позиции—подбородок вправо—левую ложку, при второй—подбородок влево—правую). Ее вводят прямым путем (без перевода) в область переднего конца того косого размера, где она должна лежать (в сторону крестцово-подвздошной впадины). Вторую ложку вводят через ту же крестцово-подвздошную впадину (с правой стороны рукоятки первой ложки). Замыкание происходит без проведения рукояток. При тракциях личико легко поворачивается в передний вид (доделывает правильную ротацию). При этом происходит значительное растягивание промежности (перинеотомия).

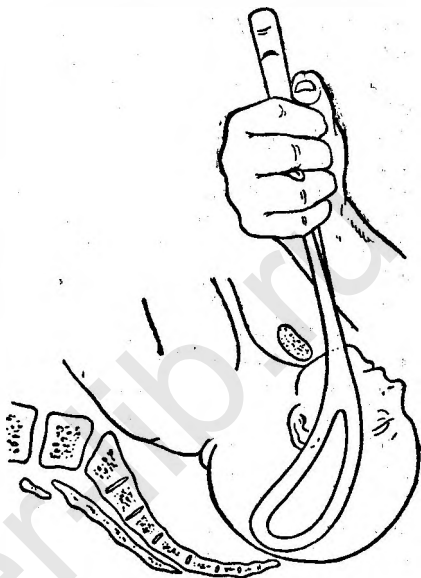


Рис. 281. Головка выведена.

### ЩИПЦЫ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Роды при лобном предлежании сами по себе являются серьезным осложнением. Сильно выступающая задняя затылочная часть делает головку очень объемистой, размер, которым приходится проводить головку через родовой канал, очень велик, в силу чего и наложение щипцов на такую головку—весьма серьезная, даже опасная операция. Поэтому мы не можем рекомендовать врачу-акушеру накладывать щипцы при лобном предлежании. Если требуется быстрое окончание родов при лобном предлежании, лучшим выходом из положения будет краниотомия или при наличии соответствующих условий кесарево сечение.

### ВЫСОКИЕ ЩИПЦЫ

Как мы уже говорили, одно из первых условий для наложения типичных щипцов—удобная для их наложения позиция головки, а именно когда она стоит целиком в полости таза и ее проводная точка лежит на дне таза. Наложение щипцов при таких условиях будет типичным и легко выполнимым.

Мы видели также, что иногда приходится отступать от строгих правил, изложенных выше, и накладывать щипцы на косо и даже поперечно стоящую головку. Это так называемые атипичные щипцы. Помимо того, существует еще одно исключение: наложение щипцов на высоко стоящую головку (верх атипичности).

Акушеры всегда считали *contradictio in adjecto* (противоречие) при наложении обычных щипцов (с тазовой кривизной) на высоко стоящую головку и искали выхода из этого положения, конструируя специальные модели щипцов. Но и изобретение последних пока что мало дало практическому врачу. Применение высоких щипцов, самых, повторяю, атипичных, выходит далеко за рамки обычной операции наложения щипцов как по способу их наложения и извлечения головки, так и по тем тяжелым последствиям, которые при этом угрожают матери и плоду. Надо в полной мере учитывать то обстоятельство, что при высоких щипцах акушеру приходится своей рукой выполнять от начала до конца весь механизм родов. Вот почему высокие щипцы имеет право накладывать акушер-специалист с большим акушерским опытом и стажем. Для начинающего врача наложение высоких щипцов—весьма рискованная операция, а поэтому и не может быть рекомендовано.

Высокими принято называть такие щипцы, которые, как показывает само название, накладывают на головку, стоящую высоко в тазу.

Такое определение, однако, слишком неопределенно, расплывчато. Дело в том, что по технике наложения, по трудности выполнения и, наконец, по характеру самого вмешательства наложение щипцов в различных отрезках таза является вообще неравноценной операцией. Один характер будет иметь операция, если головка стоит еще подвижной над входом в таз, другой,—когда она стоит уже плотно во входе, и, наконец, совершенно иной, если она уже вступила в полость таза. Ввиду этого и операцию наложения высоких щипцов приходится разбить на несколько видов, из которых каждый характеризуется теми или иными техническими приемами и особенностями.

Вкратце вспомним, что говорилось выше о положении головки в тазу в смысле высоты ее стояния—обстоятельстве, чрезвычайно важном при наложении высоких щипцов.

Головка целиком стоит над входом в таз. Все пункты входа в таз свободны и доступны исследующему пальцу. Полость таза совершенно пуста.

Головка вступила в таз только небольшим (малым) сегментом, наибольшая окружность ее еще находится над входом в таз. Обычно головка при этом бывает ограниченно подвижной, только слегка фиксированной. При внутреннем исследовании мыс доступен исследующему пальцу, головка стоит во входе в таз стреловидным швом в поперечном разрезе, нередко в косом.

Большая часть головки вступила в таз (головка большим сегментом во входе в таз). Своей наибольшей окружностью головка стоит неподвижно ниже плоскости входа в таз. При внутреннем исследовании промонторий недоступен исследующему пальцу. Стреловидный шов находится в поперечном или косом размере. Крестцовая впадина свободна.

Головка стоит в полости таза. Стреловидный шов проходит в одном из косых размеров таза, проводная точка—в плоскости межспинальной линии. Крестцовая впадина целиком выполнена головкой.

Головка—в выходе таза.

Из этих пяти положений головки в тазу для операции наложения высоких щипцов имеют значение только первые три.

1. В первом случае, когда головка стоит целиком над входом в таз, наложение щипцов противопоказано при всяких условиях. Скажем больше: наложение щипцов на высоко и подвижно стоящую над входом в таз головку будет считаться врачебной ошибкой. Уже один процесс наложения ложек на высоко и подвижно стоящую головку представляет собой громадные трудности. При накладывании ложек головка легко ускользает из них. Но если даже после долгих попыток удастся захватить головку, то извлечение ее еще более рискованно. При обычных щипцах (с двумя кривизнами) головку приходится захватывать таким образом, чтобы одна ложка приходилась на лобик, а другая—на затылок. Акушер должен извлекать головку в таком положении через весь родовый канал и с большими усилиями, причем она не может ни конфигурироваться, ни делать необходимых поворотов вокруг своей поперечной и вертикальной оси. Это—не подражание нормальному механизму, а сплошное препятствие ему. Так как рождение головки через естественные родовые пути происходит только по определенному механизму, извлечение ее щипцами при таких условиях будет не акушерской операцией, а мало чем оправдываемым насилием над роженицей. Старые акушеры справедливо называли такие щипцы «ломанием и крушением». Ввиду всего этого щипцы при высоко стоящей и подвижной головке не должны применяться в акушерстве. В случае необходимости быстро кончить роды при высоко стоящей над входом в таз головке можно сделать поворот, краниотомию, а при соответствующих условиях—кесарево сечение.

2. Вопрос о наложении щипцов в том случае, когда головка стоит только небольшим (малым) сегментом во входе в таз, до настоящего времени еще не решен. Мнения акушеров расходятся. Одни (зарубежные акушеры) допускают наложение щипцов при таком стоянии головки, другие (советские), наоборот, считают наложение их при подобных условиях врачебной ошибкой. По мнению последних, щипцы могут быть наложены на головку только в том случае, если она прошла вход в таз своей наибольшей окружностью и уже стоит плотно во входе. При наложении щипцов на головку, стоящую во входе в таз малым сегментом, акушер должен отдавать себе совершенно ясный отчет в том, что он должен делать и как должен делать. Пока головка стоит над входом в таз своей наибольшей окружностью, не проделав еще конфигурации, главным препятствием, мешающим прохождению через вход в таз, будет не прямой ее размер, а поперечный, обычно стоящий в тазу в направлении от промотория к симфизу. Применяя обычные (с тазовой кривизной) щипцы на такую головку, необходимо накладывать их в поперечном размере таза и на прямой размер головки. В результате такого положения головка будет сжиматься в прямом размере, увеличиваясь в поперечном. Таким образом, тот размер головки, который и без того служит препятствием к прохождению головки через вход в таз, увеличится еще больше. Если же к этому добавить, что в подобных случаях у женщин бывает та или другая аномалия таза или головка неправильно вставлена, то станет ясно, что наложение щипцов при подобных условиях приходится считать по меньшей мере необоснованным вмешательством. По мнению иностранных авторов, специалист-акушер может прежде, чем приступить к перфорации, сделать попытку наложить «пробные» высокие щипцы. Но такие «пробные» высокие щипцы, повторяю, разрешается накладывать только клинически подготовленному и опытному акушеру, причем при этом и он, имея даже специальную модель для высоких щипцов (Правосуда, Киллянда), всегда

должен помнить, что «вслед за неудачными щипцами неизбежно следует перфорация». Перед наложением таких щипцов (на головку, стоящую во входе в таз малым сегментом) приходится одновременно решать и другую весьма трудную задачу: может ли вообще данная головка пройти через вход таза роженицы. Для разрешения этой задачи некоторые акушеры рекомендуют два приема, предложенные П. Мюллером и Гофмейером.

Мюллер предложил с прогностической целью испытывать прием вдавливания головки в таз. Этот прием позволяет с известным, конечно, приближением определить возможность прохождения головки через родовый канал. По опорожнении мочевого пузыря роженицы ее

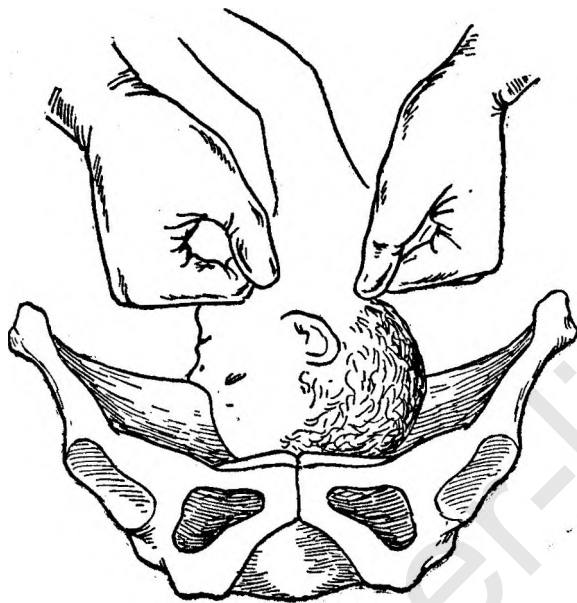


Рис. 282. Прием Гофмейера (вдавливание головки).

укладывают на сдвинутую рахмановскую кровать. Акушер становится перед роженицей, кладет одну руку на подбородок, а другую на затылок плода и производит довольно энергичное давление на головку концами пальцев в направлении малого таза. Давление на затылок должно производиться сильнее, чем на подбородок, с тем, чтобы придать головке состояние флексии. Одновременно помощник контролирует через влагалище движение головки.

Прием Гофмейера предложен с терапевтической целью — протолкнуть наружными приемами головку через вход в таз. Роженице дают наркоз. Акушер стоит сбоку, спиной

к лицу роженицы и обхватывает головку таким образом, что большой палец лежит на затылке, а остальные четыре на нижней челюсти или на лобике. Во время схваток производят надавливание на головку в направлении крестцовой впадины.

Этот прием некоторые акушеры делают по-иному. Роженица лежит на сдвинутой рахмановской кровати. Акушер стоит между ее отведенными нижними конечностями и кладет обе руки на головку таким образом, что одна приходится на затылок, а другая — на подбородок (рис. 282). Конечными фалангами четырех пальцев каждой руки акушер надавливает энергично на головку, проталкивая ее в таз.

Вдавливание головки в таз можно комбинировать с положением по Вальхеру. Как мы знаем, прямой размер таза может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от того положения, в каком находится женщина. Если женщину уложить на край стола, придав висячее положение ее ногам, прямой размер входа в таз увеличивается (примерно на 0,5 см). Это-то обстоятельство и использовал Вальхер для увеличения конъюгаты входа при прохождении головки. Техника укладывания женщины в положение по Вальхеру следующая. Роженицу кладут ягодичной областью на край стола. Под ягодицы подкладывают подушку, чтобы приподнять выше таз. Затем опускают ноги роженицы, она как бы висит в воз-



духе. В этом положении вдавливание головки по Гофмейеру может дать известный эффект. В последнее время некоторые акушеры (С. Д. Астринский, Роуз) отрицают за вальхеровским приемом то значение, которое ему приписывали.

3. Если головка стоит во входе в таз не малым, а большим сегментом, т.е. когда она прошла вход в таз наибольшей своей окружностью, наложить щипцы уже можно. Правда, головка еще не стоит в удобном для наложения щипцов положении, почему вся операция по своей атипичности всегда остается весьма серьезной и рискованной. Это будет редкая (по исключительным показаниям) операция.

Щипцы на головку, стоящую во входе в таз большим сегментом, мы и будем называть высокими щипцами.

Показания. Общим показанием к наложению высоких щипцов является наличие каких-либо опасностей, угрожающих матери, плоду или обоим вместе. Поскольку речь идет о высоких щипцах, сюда приходится внести некоторую поправку.

Наложение высоких щипцов само по себе является исключительно опасной операцией для матери и плода. И когда мы говорим о наложении высоких щипцов при наличии опасности для матери или для плода, требующей срочного окончания родов, то надо взвесить, следует ли к имеющейся опасности добавлять еще новую (травму), накладывая высокие щипцы. Только учтя все данные за и против, акушер может решиться на наложение высоких щипцов (большинство авторов в таких случаях рекомендует прямые щипцы).

Во всяком случае высокие щипцы следует применять только при наличии показаний со стороны матери и плода к безотлагательному окончанию родов, когда не остается иного выхода, чтобы получить живой плод.

Слабость схваток, истощение сил роженицы, возбужденное состояние ее могут служить показаниями для наложения высоких щипцов.

Условия для наложения высоких щипцов в основном те же, что и для щипцов вообще (стр. 244).

Противопоказания к наложению таких щипцов являются лицевое и лобное предлежания.

Техника наложения высоких щипцов. Требуется наркоз.

Введение ложек. Для контроля вводится вся рука. Если края маточного зева еще прощупываются, внутренние пальцы должны пройти между краями зева и головкой, чтобы предупредить ущемление материнских тканей ложками щипцов. Вводить ложки следует сзади со стороны крестцово-подвздошного сочленения (*articulatio sacro-iliaca*), откуда затем ложка, странствуя, переходит на боковую сторону таза. Высокие щипцы обычного типа должны лежать в поперечном размере таза: одна ложка на лобике, другая на затылке.

Замыкание щипцов, как уже указывалось, чрезвычайно затруднено, так как головка захвачена в области прямого размера (12 см). Во избежание повреждения головки при замыкании не следует применять слишком большую силу (заложить полотенце между рукоятками или, по Н. А. Цовьянову, концевую фалангу V пальца левой руки). При замыкании ложек рукоятки их должны быть опущены в направлении промежности (к себе на носки).

Пробная тракция при высоких щипцах обычно ничего не говорит о том, следует ли головка за щипцами или нет. Она в данном слу-

чае скорее указывает на то, не захвачены ли мягкие части роженицы и правильно ли наложены щипцы.

**Т р а к ц и и.** Мы не раз подчеркивали, что движение головки по проводной оси таза, если последнюю взять во входе в таз, должно идти по линии, которая пересекает пупок лежащей роженицы и направляется к носкам сидящего перед ней акушера. Только в этом направлении и должны производиться тракции. Это будут тракции в первой позиции. Однако обычными щипцами вследствие их конструкции невозможно выполнить эту задачу, не повреждая мягкие части таза и промежности и даже копчик (полное разрушение тазового дна). Если же делать тракции так, как позволяет конструкция щипцов (рис. 283), то, согласно закону параллелограмма сил, значительная часть силы, которую приходится применять для извлечения головки, будет тратиться на преодоление сопротивления или, скажем, трения со стороны задней поверхности симфиза. Для устранения этой напрасной траты силы предложено несколько способов.

Одним из них являются так называемые **о з и а н д е р о в с к и е т р а к ц и и.**

Прием этот состоит в следующем (рис. 284). Акушер становится сбоку роженицы, одну руку кладет на замок, два пальца—выше и два ниже крючка Буша. Большой палец лежит на противоположной стороне рукоятки щипцов. Вторая рука обхватывает рукоятку щипцов у ее конца. Функция обеих рук заключается в том, что они одновременно действуют в перпендикулярном друг к другу направлении: одна рука (на конце рукоятки щипцов) делает извлечение головки наружу, а другая (на замке), надавливая на щипцы сверху, стремится отодвинуть головку от симфиза и дать ей направление по проводной оси таза.

Если в распоряжении врача нет специальных щипцов (см. дальше), то тракции по Озиандеру являются тем приемом, с помощью которого можно провести головку через вход в таз. В промежутках между тракциями акушер должен ослабить сжатие рукояток и дать передышку головке, мягким частям матери и себе самому. Точно так же надо время от времени контролировать пальцами состояние мягких частей матери, положение головки и сердцебиение плода. Если внутреннее исследование покажет, что после десяти тракций головка не продвигается вперед, надо отказаться от щипцов и приступить к перфорации. В случае смерти плода, понятно, также следует отказаться от тракций в пользу перфорации. Перфорацию можно производить, не снимая щипцов. Перфорированную головку потом легко извлекать с помощью тех же щипцов.

Если удалось благополучно провести головку через вход в таз, а затем через полость до тазового дна, дальнейшие действия будут зависеть от положения, в котором окажется головка на дне таза. Иногда головка при прохождении через полость таза сама поворачивается в щипцах, так что на дне таза она уже оказывается стоящей стреловидным швом в прямом размере выхода таза; при этом акушеру следует только продолжать дальнейшие тракции, как при типичных щипцах. Чаще, однако, головка доходит до тазового дна в таком положении, в каком она была захвачена щипцами во входе в таз. В этих случаях она стоит на дне таза стреловидным швом в косом, иногда даже в поперечном размере таза. При таком положении головки настоятельно рекомендуется снять щипцы, дать ей и мягким частям матери передышку и затем вновь наложить по правилам сообразно обстоятельствам.

Н. А. Цовьянов при высоком стоянии головки рекомендует свой способ наложения щипцов обычного типа (с двумя кривизнами).

Предложенный им способ захватывания инструмента (стр. 279, рис. 262), дающий возможность одновременно делать извлечение головки и отводить ее от лона в направлении к крестцовой впадине, в принципе представляет собой удачную и детально разработанную модификацию озияндровских тракций

Высокие щипцы, по мнению Н. А. Цовьянова, как последняя попытка спасти еще живой плод, обреченный на перфорацию, не могут быть исклю-

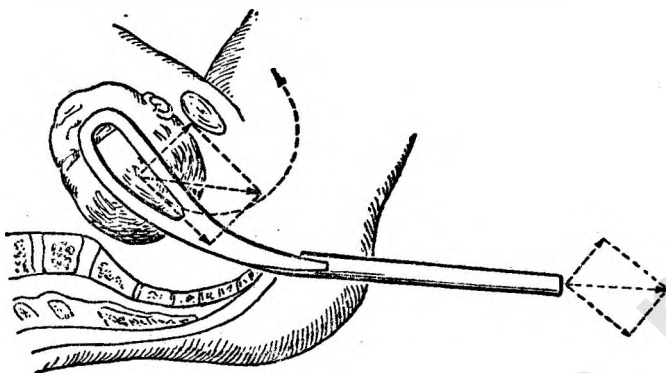


Рис. 283. Направление тракций при высоко стоящей головке (схема).

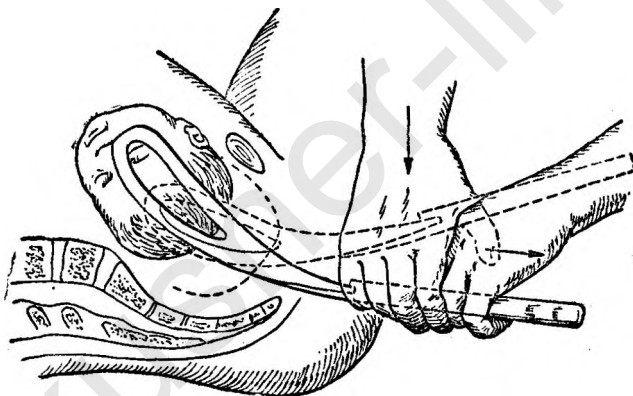


Рис. 284. Озияндровские тракции. Низведение головки в таз (высокие щипцы) Левая рука производит тракцию в направлении рукояток правая оказывает давление в перпендикулярном первому направлению Чем больше правая рука надавливает вниз тем больше левая в то же время тянет вверх, так что рукоятки по мере опускания головки поднимаются кверху (см пунктированные линии направления щипцов).

чены из арсенала акушерских операций при условии, если они применяются при определенной высоте стояния фиксированной в тазу головки.

При извлечении высоко стоящей головки Н. А. Цовьянов пользуется обычными щипцами с двумя кривизнами (Симпсон-Брауна). По его наблюдениям, введение ложек при высоких щипцах, перевод их в косой размер таза и замыкание не представляют больших затруднений. Только в некоторых случаях не удастся нужный для надежного захвата головки перевод

ложек. Тогда приходится захватывать головку в лобно-затылочном размере, располагая ложки не в косом, а в поперечном размере таза.

Для большей прочности Н. А. Цовьянов рекомендует захватывать головку таким образом, чтобы верхняя половина ложек щипцов располагалась под прямым углом к стреловидному шву. При таком наложении рукоятки щипцов отходят косо в сторону и вниз к одному из бедер роженицы.

Низведение высоко стоящей головки в полость малого таза производится, по Н. А. Цовьянову, с помощью тракции, которая складывается из следующих трех взаимодействующих и как бы дополняющих друг друга движений: 1) движения, направленного к боковому сгибанию головки (действуя на бушевские крючки в направлении к крестцовой впадине), 2) движения, способствующего вертикальному опусканию головки (давлением среднего пальца, заложенного между ветвями, на замковую часть щипцов по направлению книзу) и, наконец, 3) противодействия (левой рукой) опусканию концов рукояток вниз и отхождению их к средней линии.

В результате такого комбинированного движения головка обычно при первой же правильно произведенной тракции опускается в полость таза.

### **СПЕЦИАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ЩИПЦОВ ДЛЯ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКО СТОЯЩЕЙ ГОЛОВКИ**

Щипцы с двумя кривизнами, как мы только что видели, мало пригодны для извлечения высоко стоящей головки, даже при применении оззиандеровских тракций.

Большие затруднения, которые приходится испытывать акушерам при наложении высоких щипцов, серьезные повреждения и осложнения при них, а главное, весьма неудовлетворительные результаты, получаемые при этой операции, особенно в отношении плода, заставляли акушеров искать выхода и прежде всего за счет конструирования специальных моделей инструмента.

#### **Прямые щипцы И. П. Лазаревича и их модификации**

Обычная модель щипцов построена так, что лучше всего их накладывать в поперечном размере таза и на поперечный размер проделавшей ротацию головки. Как мы знаем, наложить щипцы обычной модели можно, хотя это значительно труднее, и в косом размере таза. Наложение таких щипцов на высоко стоящую головку представляет уже чрезмерные трудности. Наконец, наложение их в прямом размере таза следует считать преступлением. Ввиду этого И. П. Лазаревич, о чем уже упоминали, внес существенное изменение в конструкцию щипцов, которое позволяло удобно и рационально накладывать их и на высоко стоящую головку. Это изменение заключается в том, что он уничтожил тазовую кривизну (прямые щипцы).

Схематический рисунок И. П. Лазаревича (рис. 285) показывает преимущество прямых щипцов при тракциях перед обычными (с тазовой кривизной). При влечении щипцами с тазовой кривизной значительная часть силы затрачивается непроизводительно, так как головка прижимается к переднему отделу тазового кольца. Действие прямых щипцов в данном случае несомненно более эффективно.

Щипцы Лазаревича при высоком стоянии головки хорошо захватывают ее. Однако эти щипцы имеют существенный недостаток: они коротки и при тракциях могут соскальзывать.

Из предложенных модификаций прямых щипцов следует рекомендовать щипцы Правосуда, его большую модель. Эта модель (рис. 286), длиной

в 40 см, имеет головную кривизну в 8 см, узкую, длинную шейку (между кривизной и рукояткой) и обычные перекрещенные рукоятки с бушевскими крючками.

Щипцы Правосуда накладываются только в поперечном размере головки, где бы и как бы она ни лежала; причем так, чтобы ложки их легли на щеки и виски.

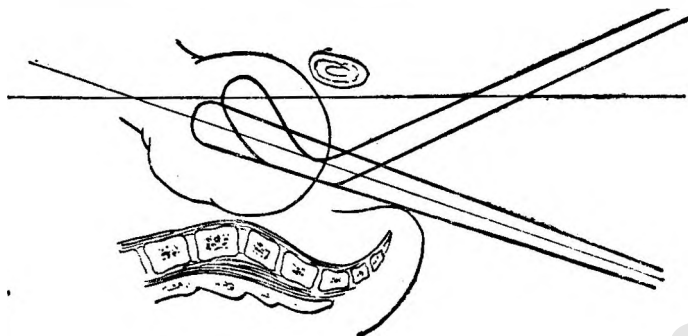


Рис. 285. Сравнительное действие трактий прямыми щипцами и щипцами с тазовой кривизной (схема И. П. Лазаревича).

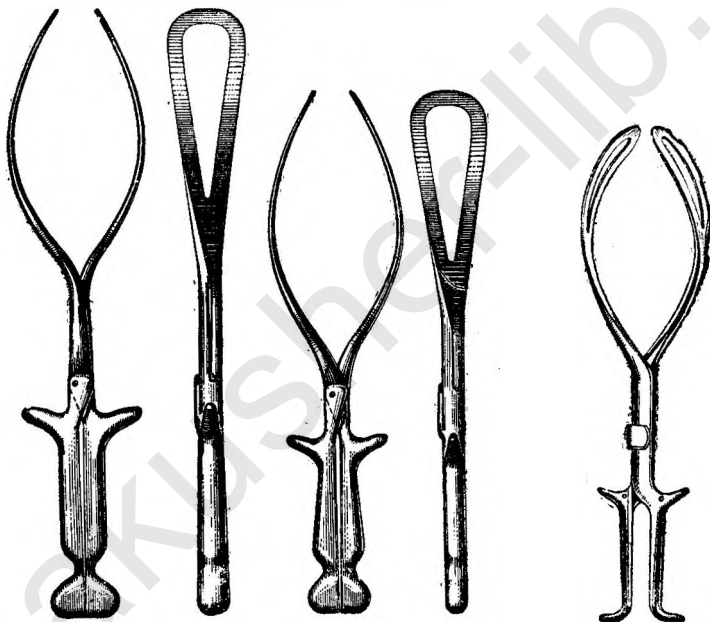


Рис. 286. Акушерские щипцы Правосуда (длинные и более короткие).

Рис. 287. Акушерские щипцы Киллянда.

Первой вводится передняя ложка через крестцово-подвздошную впадину, ближайшую к личику, с переводением ее на переднюю щечку. Ложка ложится прочно, поэтому не требуется помощника, чтобы держать ее. Задняя ложка лежит *vis-à-vis*.

Переводить переднюю ложку при затылочных предлежаниях нужно только через личико, так как при переводе через затылок ложка верхушкой встречает со стороны шейки препятствие, которое не всегда удастся обойти, отклоняя рукоятки щипцов кзади.

## Щипцы Киллянда

В основе конструкции щипцов норвежского акушера Киллянда лежит идея Лазаревича. Они представляют собой щипцы (рис. 287), снабженные скользящим замком, малой тазовой и небольшой промежностной кривизной (сбоку они по форме напоминают штык). Щипцы почти прямые с перекрещенными рукоятками.

Благодаря своей конструкции щипцы могут захватить головку в бипаритальном размере, как бы и где бы она ни стояла, будь то высоко в тазу или же на дне таза, а также вне зависимости от того, проделала она рота-

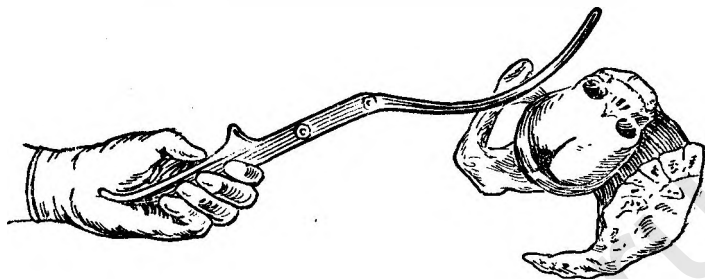


Рис. 288. Наложение щипцов Киллянда. Введение передней ложки щипцов.

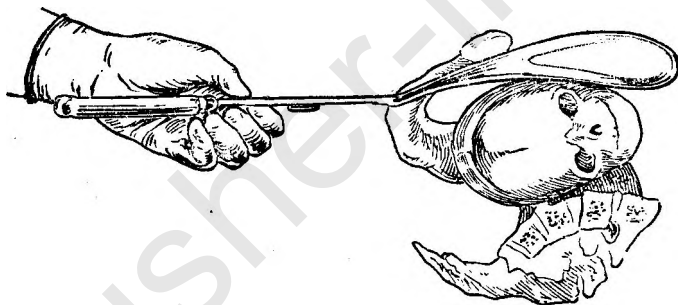


Рис. 289. Поворот передней ложки.

цию или нет. Если головка проделала ротацию, наложение щипцов Киллянда ничем не разнится от наложения других моделей. Совершенно иная техника наложения этих щипцов на стоящую во входе или же в полости таза головку. Главное условие наложения щипцов Киллянда—точная диагностика положения головки, расположения родничков и направления стреловидного шва. Для точного определения головки акушеру приходится иногда вводить всю руку в половые органы роженицы, предварительно, конечно, дав ей наркоз.

Перед введением ложек следует расположить щипцы в замкнутом виде перед наружными половыми органами роженицы в таком положении, чтобы тазовая кривизна их (ее небольшое углубление) была обращена в сторону затылка. Это покажет, как должны быть наложены щипцы, имея в виду, что они всегда должны лежать на бипаритальном размере головки. Если при таком положении щипцов окажется, что одна ложка лежит спереди,

то и в тазу эта ложка должна быть расположена спереди между симфизом и головкой.

Ложки вводят следующим образом. Первой всегда накладывается передняя ложка, т. е. та, которая вводится между лоном и головкой. Внутри полового канала акушер вводит два пальца руки (указательный и средний), которые проникают затем кверху под симфизом до переднего края маточного зева. Пальцы при этом обращены сгибательной стороной кверху (рука обращена ладонью кверху). Второй рукой берут ложку таким образом, чтобы внутренняя (вогнутая) сторона ее была обращена кверху, и в таком виде вводят ее по ладонной поверхности внутренних двух

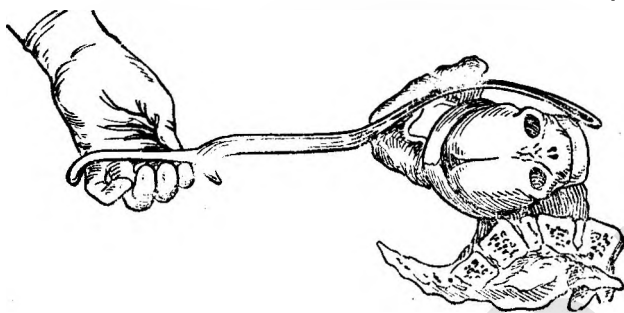


Рис. 290 Поворот передней ложки закончен.

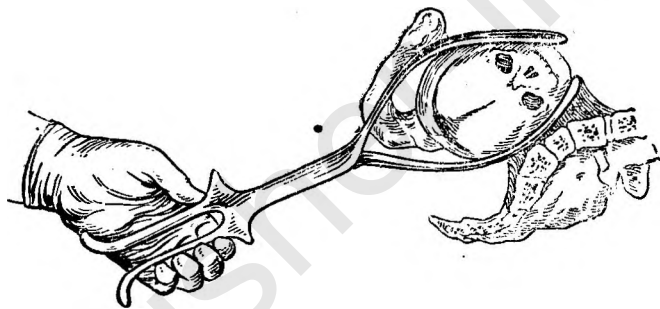


Рис. 291. Щипцы Киллянда наложены на высоко стоящую головку.

пальцев. Когда конец ложки доходит до головки, рукоятка ее погружается кзади (книзу) с тем, чтобы конец ложки между головкой, с одной стороны, и передней маточной губой, с другой (внутренние пальцы должны тщательно следить за этим), проник вглубь. Вогнутая сторона ложки все время должна быть обращена вперед (рис. 288). Как только передняя ложка ляжет на головку, внутренние два пальца выводят наружу, после чего введенную ложку осторожно поворачивают вокруг ее продольной оси на  $180^\circ$  в том направлении, куда обращена тазовая кривизна ложки (рис. 289). На одной стороне рукоятки имеется небольшое возвышение в виде пуговицы. В сторону этого возвышения и надо поворачивать ложку. Следует строго следить за тем, чтобы все манипуляции производились только в промежутках между схватками. После наложения передней ложки рукоятка ее должна находиться по средней линии.

При введении передней ложки могут встретиться затруднения. Во избежание всякого рода осложнений (разрыв матки, разрыв пуповины, выпадение ее, вырывание куска плаценты) вводить переднюю ложку можно

несколько иначе, а именно, сначала вводить ее сбоку, а потом дать ей возможность под контролем введенных пальцев внутренней руки блуждать по дуге в  $90^\circ$ , пока она не окажется на переднем теменном бугре.

Поворот первой ложки по дуге в  $180^\circ$ —самый ответственный и притом опасный момент всей операции. Ложка до поворота занимает по отношению головки положение, обратное тому, в каком она должна находиться на головке (головная кривизна ложки не совпадает с кривизной—выпуклой стороной—головки). При повороте ложки вокруг ее продольной оси должна вращаться наиболее узкая часть шейки ложки: это предохраняет мягкие части родового канала от травмы. Поэтому при введении ложки надо знать, на какую высоту ее ввести внутрь, чтобы узкая часть шейки ложки находилась между лоном и головкой. Таким опознавательным пунктом будет положение рукоятки ложки: в момент, когда следует приступить к повороту ложки, рукоятка должна лежать на промежности.

Поворот передней ложки закончен (рис. 290). Затем переходят к введению второй ложки, которая должна располагаться на задней стенке таза. Два пальца одной руки снова вводят внутрь полового канала до заднего

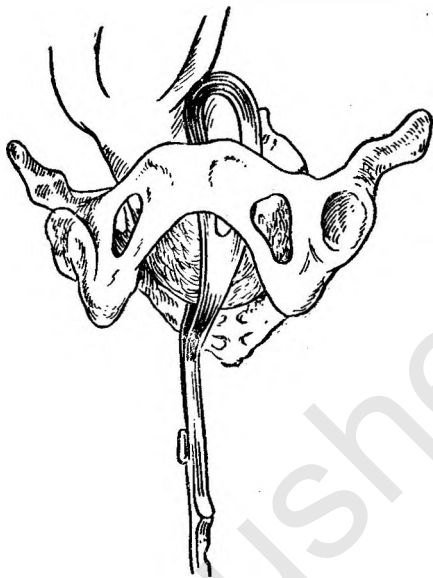


Рис. 292. Щипцы Киллянда при среднем, геср. низком, глубоко поперечном стоянии головки.

края сглаженного цервикального канала, другой рукой вводят вторую ложку таким образом, чтобы тазовая кривизна ее была обращена в сторону затылка, чтобы эта вторая ложка лежала впереди замка первой ложки и, наконец, чтобы внутренняя поверхность (вогнутая) этой второй ложки была обращена кверху. Вводится вторая ложка по сгибающейся стороне внутренних пальцев, по задней стенке таза перед промонториумом или же немного в стороне от него. При затруднениях во время введения второй ложки можно помочь себе легкими движениями рукоятки кверху и книзу.

Замыкание щипцов происходит в прямом размере таза (рис. 291). Тракции делают в направлении линии рукояток, т. е. в первой позиции. Ротация головки происходит при этом или самопроизвольно, или ей помогает акушер, слегка повертывая головку, понятно, после того, как она уже прошла через вход в таз.

Щипцы Киллянда вызвали оживленную полемику в специальной литературе. Применение этих щипцов способом, описанным выше, не получило, по крайней мере у нас, распространения. Помимо того, их нельзя рекомендовать рядовому врачу-акушеру. Это инструмент для опытного специалиста, который может его использовать в тех случаях, когда обычного типа щипцы неприменимы или наложение их сопряжено с большим риском. Среди показаний к применению щипцов Киллянда следует назвать среднее и низкое поперечное стояние головки, геср. личика (щипцы накладываются как атипичные и переводятся в прямой размер таза—рис. 292). Тогда они в опытных руках являются полезным инструментом. Можно пользоваться щипцами Киллянда при чистом ягодичном предлежании, где они также могут оказать помощь акушеру. Щипцы Киллянда особенно рекомендовались



и охотно применялись при высоко стоящей головке (высокие щипцы), но нельзя сказать, чтобы всегда с успехом. В данном случае остается в силе то, что было сказано выше о высоких щипцах вообще.

Как ротационный инструмент (для исправления неправильных предлежаний и вставлений) щипцы Киллянда не должны применяться. Они, как и обыкновенные щипцы, не могут выполнять эту атипичную для них функцию, хотя в литературе и встречаются указания на применение модели Киллянда как ротационного инструмента.

### Щипцы с осевыми тракциями

Для извлечения высоко стоящей головки были предложены специальные модели, так называемые щипцы с осевыми тракциями. Конструкция их основана на том, что сила, применяемая при извлечении головки, имеет свою точку приложения не на рукоятке щипцов, а непосредственно на ложках. Благодаря такой конструкции головку можно извлекать в направлении проводной оси таза почему эти щипцы и носят название щипцов с осевыми тракциями. Имеется несколько моделей таких щипцов.

а) Щ и п ц ы Т а р н ь е. Это довольно длинный инструмент с небольшой головной и незначительной тазовой кривизной. Кроме французского замка, имеется вин-

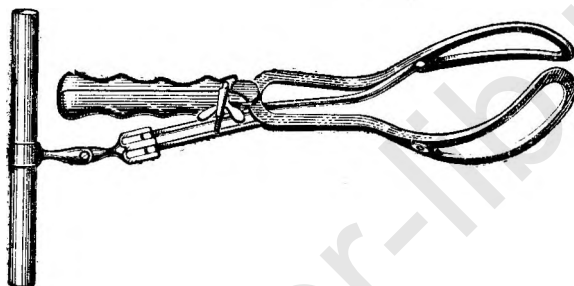


Рис 293. Щипцы с осевыми тракциями (Тарнье).

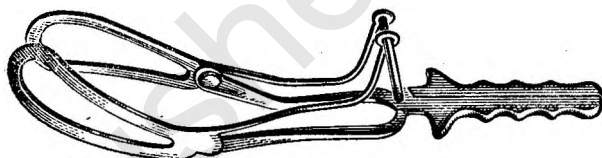


Рис. 294. Щипцы Брейса (с подвижными ложками).

товое приспособление, с помощью которого удается предупредить расхождение рукояток, а следовательно, и ложек. Крючков Буша в щипцах нет, только концы рукояток имеют изгиб по ребру наружу, так что эти концы как бы снабжены крючками. Приспособление, с помощью которого сила тракций переносится непосредственно на ложки (тракционный аппарат), состоит из двух металлических пластинок, приделанных к ложкам, и из рукояток для потягивания (рис. 293). Этот влекущий аппарат снабжен значительной промежуточной кривизной. Рукоятка тракционного аппарата съемная и связана с пластинками подвижным коленом. Пластинка для потягивания вплотную сдвигается с ложками и таким образом, не мешает их введению

Преимущество щипцов сводится, по Тарнье, главным образом к тому, что головка может в них двигаться в направлении проводной оси таза. Кроме того, головка в щипцах сохраняет свою подвижность и может продельвать все те движения, которые она должна делать, проходя через родовый канал. Однако в щипцах Тарнье головка, будучи крепко зажата между фиксированными с помощью винта ложками, редко ротирует вокруг своей вертикальной оси

Влечение (тракции) при применении щипцов Тарнье производится не за рукоятку, а с помощью тракционного аппарата, снабженного промежуточной кривизной и, как мы говорили, подвижно прикрепляющегося к ложкам у конца их окошек

Подробнее технику наложения щипцов Тарнье мы описывать не будем, так как в настоящее время в Советском Союзе их почти никто не применяет.

б) Шиппы Брейса. Эти шиппы не совсем правильно причисляют к шиппам с осевыми тракциями. Правильнее было бы называть их шиппами с подвижными ложками, так как при них влечение по проводной оси таза отстает на второй план, а главным остается подвижность ложек облегчающая прохождение головки по той же проводной оси таза. Преимущество шиппов Брейса в том, что они сконструированы значительно проще шиппов Тарнье (рис 294). Прибор, показывающий направление тракции, приделан непосредственно к ложкам, которые соединены шарнирами с замком и рукоятками.

Головка в шиппах Брейса легко делает нужные ей повороты, замок не сдавливает ее, как в шиппах Тарнье, при высоких и поперечных стояниях головки можно накладывать ложки в косых размерах таза. Наконец, модель Брейса, несмотря на наличие тазовой кривизны, имеет все свойства осевых шиппов.

Накладывать шиппы Брейса очень легко как обыкновенные шиппы, с той лишь разницей, что во время введения ложек приходится указательным пальцем придерживать стержень добавочного прибора для осевых тракций.

Имея в своем распоряжении шиппы типа Лазаревича (Правосуда, Киллянда), применяя их, врач-акушер не должен думать, что он может безопасно накладывать их при высокой стоящей головке (высокие шиппы). Надо всегда помнить, что высокие шиппы вне зависимости от модели инструмента могут накладывать только опытный врач и в исключительных по показаниям случаях и только в клинической обстановке.

## ЗАТРУДНЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ

О затруднениях, которые могут встретиться при наложении шиппов, отчасти уже говорилось выше. Все же небесполезно еще раз остановиться на тех затруднениях, о которых следует особенно помнить, когда придется заканчивать роды с помощью шиппов.

### ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ШИПЦОВ

1. *Introitus vaginae* иногда может быть настолько узок, что не позволяет ввести даже пальцы контрольной руки. Применять насилие будет ошибкой. В подобных случаях приходится еще до начала операции расширить вход во влагалище, сделав влагалищно-промежностный разрез.

2. Если при введении ложек встречается какое-либо препятствие, надо думать, что ложка идет по ложному пути. Ее следует вынуть, чтобы придать правильное положение.

Иногда затруднения при введении ложек вызываются резкой конфигурацией головки (несоответствие головной кривизны ложки изменившейся сферической окружности головки). Осторожно преодолевая затруднение, удастся все же правильно ввести и наложить ложку.

3. Если рядом с плотно стоящей в тазу головкой имеется выпавшая ручка или пуповина, следует позаботиться о том, чтобы ложками шипцов не захватить ни ручки, ни пуповины.

4. В некоторых случаях могут встретиться известные трудности при замыкании ложек. Чаще всего это бывает, когда ложки лежат не в одной плоскости. В таких случаях можно применить следующий прием: рукоятки шипцов опустить кзади (книзу), по направлению к промежности, и в таком положении попытаться замкнуть шиппы. Если это не удастся, надо войти пальцами во влагалище, заставляя «блуждать» ложки до тех пор, пока они не окажутся в одной плоскости. Если и этот прием не достигает цели, придется снять шиппы и наложить их снова.

## ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ИЗВЛЕЧЕНИИ ГОЛОВКИ

1. Головка захвачена щипцами не по наибольшей периферии, т. е. ложки лежат не на теменных буграх. Щипцы могут соскользнуть или прямо вперед (вертикальное соскальзывание), или назад (горизонтальное соскальзывание). Об этом уже говорилось (стр. 275). Необходимо немедленно снять щипцы и наложить их вновь.

2. При ригидности тканей роженицы, равно как и при патологическом предлежании и вставлении головки извлечь ее иногда чрезвычайно трудно. Если с самого начала обнаруживаются узость и ригидность влагалища, то перед наложением щипцов следует подготовить мягкие родовые пути. Некоторые рекомендуют в таких случаях проводить через влагалище наполненный водой кольпейринтер. Если головка стоит в выходе таза и извлечь ее затруднительно, разрешается при тракциях делать осторожные маятникообразные движения щипцами (справа налево). Ни в коем случае нельзя производить качательных движений (вперед и назад).

3. Большие затруднения при извлечении головки могут встретиться при сужениях выхода таза, например, при воронкообразном или кифотическом тазе. При высоких степенях сужения наложение щипцов противопоказано. Практический врач должен будет перфорировать головку. При относительных степенях сужения акушер может помочь себе следующим образом. Надо помнить, что в данном случае трудность извлечения головки щипцами зависит от слишком узкой лонной дуги, точнее говоря, лонного угла. Такое сужение бывает не только при воронкообразных и кифосколиотических тазах, но и при общеравномерносуженном тазе. Узкий лонный угол мешает прохождению головки при тракциях в третьей позиции (в направлении на лицо сидящего врача). Наоборот, если их делать во второй позиции, т. е. в направлении на колени, то головка может легче пройти между сильнее расходящимися кзади (книзу) седалишными костями. Ввиду этого при слабых степенях сужения таза, а также при общесуженных тазах, извлекая головку через выход таза, необходимо производить тракции по возможности в направлении кзади (книзу).

## ПОВРЕЖДЕНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ МАТЕРИ

Иногда в самых технически легких случаях наблюдаются тяжелые поранения и повреждения, а в дальнейшем и заболевания в послеродовом периоде. Чем лучше при наложении щипцов акушер проводит асептику и антисептику, чем он строже ставит показания к операции, чем педантичнее выполняет общепринятые правила для наложения щипцов, наконец, чем большим опытом и техникой владеет, тем лучший получается исход для матери и плода.

Больше всего поранений и повреждений дают полостные и высокие щипцы. Лицевые и лобные предлежания в данном отношении наиболее неблагоприятны.

Такие поранения могут произойти: 1) если при введении ложек, несмотря на встретившееся препятствие, акушер продолжает форсированно вводить их; 2) если он накладывает щипцы на головку при недостаточно раскрытом маточном зеве (чего он не должен делать!).

О разрыве матки при наложении передней ложки щипцов по Киллянду говорилось выше.

Значительно чаще встречаются повреждения родовых путей при извлечении головки щипцами. К ним относятся:

1. Поранения промежности и входа во влагалище встречаются чаще всего.

Промежность рвется в том случае, если извлечение головки делается в неправильном направлении, иногда слишком поздно начинают ротацию головки под симфизом или если неправильно и несвоевременно сдвигают с головки кзади (книзу) натянувшуюся через нее промежность. О необходимости сделать во-время эпизиотомию или перинеотомию говорилось выше.

Поранение клитора и кавернозных тел может произойти, если начинать ротацию головки под симфизом слишком рано или, как это бывает при узкой лонной дуге, когда акушер тянет головку в горизонтальном направлении вместо того, чтобы делать тракции кзади (вниз), в направлении к себе на колени. В результате такого поранения обычно бывает серьезное кровотечение и приходится производить обкалывание и наложение швов. При наложении швов в этой области нельзя забывать вводить в уретру катетер. Захват швами мочеиспускательного канала в подобных случаях—далеко не редкое явление.

2. Поранения влагалища при наложении щипцов могут быть самого разнообразного характера. Продольные и поперечные надрывы могут проходить через влагалищные своды, иногда проникая вплоть до паравагинальной клетчатки. Ригидные ткани у пожилых первородящих, трудно растяжимые и менее податливые, легче всего подвергаются таким повреждениям. Но иногда и неригидная ткань рвется как папиросная бумага, если, например, быстро извлекать через неподготовленные мягкие родовые пути еще не сконфигурировавшуюся головку или делать тракции в ложном направлении или, наконец, производить невозволительные врашательные движения щипцами.

3. Поранения шейки матки обычно наблюдаются в тех случаях, когда щипцы накладываются на головку при нераскрытом зеве. Захваченный вместе со щипцами маточный зев стягивается во время тракций очень низко, иногда до *introitus vaginae*, где обычно и рвется. Надрывы в этих случаях идут по бокам шейки, но, к счастью, редко доходят до сводов. Если же надрывы шейки проходят по передней ее стенке, то может быть поранен мочевой пузырь, что повлечет за собой образование фистулы.

4. Разрыв лонного сочленения бывает обычно в тех случаях, когда при сужении таза после наложения высоких щипцов производят с очень большой силой тракции. Если суставное соединение между крестцом и копчиком почему-либо анкилозировано, довольно легко может произойти или перелом в этом месте или разрыв лонного сочленения.

5. Остается упомянуть еще об одном повреждении, а именно, о повреждении на почве давления *p. peronei*, с последующим параличом нижней конечности.

## ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛОДА

1. Повреждения мягких частей. Обычно после наложения щипцов на мягких частях головки, в тех местах, которые соответствуют окончатым вырезкам в ложках, замечается отечность с синюшной окраской. При более сильном сжатии головки могут наблюдаться и гематомы. Если ложка сильно надавливает на лицевой нерв в области *foramen stylo-mastoideum*, то может произойти парез лицевого нерва ребенка: пораженная половина лица совершенно гладкая, без всяких складок, глаз открыт, угол рта стоит ниже противоположного. Особенно резко выступают эти явления тогда, когда ребенок кричит. Все повреждения обычно скоро проходят.

2. Повреждения костей. Повреждения костей могут быть различных степеней, от легких вдавливаний до переломов включительно. Обычно кости черепа, благодаря некоторой своей эластичности, а также

подвижности в швах и родничках, без вреда переносят сдавливание до определенного предела, после чего кость не выдерживает и ломается.

При наложении высоких щипцов вследствие давления на заднюю теменную кость со стороны мыса могут получиться серьезные в прогностическом отношении ложкообразные вдавливания кости. В тех случаях, когда при наложении высоких щипцов одна ложка приходится на лобик, а другая на затылочную кость, может произойти отрыв затылочной кости от основания черепа, сдавление или повреждение продолговатого мозга и смерть плода.

3. Сдавление мозга. Иногда щипцы могут после более или менее длительного сжатия головки повести к сдавлению мозга даже без явных наружных повреждений мягких частей или костей. Плод рождается в сонливом состоянии, что сначала ошибочно принимают за асфиксию. Хотя и удастся иногда заставить новорожденного дышать, но заставить его кричать обычно невозможно. Терапия при этом такая же, как и при внутричерепных кровоизлияниях (см. соответствующие руководства по педиатрии). В известном проценте случаев новорожденные погибают.

4. Кровоизлияния. Большую опасность для жизни плода представляют кровоизлияния в черепную полость, происходящие при переломах костей вследствие разрыва венозных пазух. Более или менее серьезные повреждения подобного рода обычно скоро ведут к смерти плода. Клинически такие кровоизлияния протекают при симптомах, характерных для повышенного внутричерепного давления.

## ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Цель плодоразрушающих операций—уменьшить размеры плода, чтобы извлечь его через естественные родовые пути наружу. Это приходится делать в том случае, если извлечь через естественные пути не уменьшенный в объеме плод невозможно.

Разрушать или расчленять в принципе допускается только мертвый плод. Первая обязанность врача—принять все меры к тому, чтобы сохранить жизнь будущему ребенку. В клинической обстановке акушер может использовать ряд других операций, чтобы спасти живой плод без особого риска для жизни матери, например, с помощью кесарева сечения. В других условиях (работа на участке) далеко не всегда удастся провести обязательный для каждого врача-акушера принцип спасти обе жизни—жизнь матери и плода. Здесь могут встретиться такие положения, когда приходится жертвовать плодом в интересах матери. Такая коллизия бывает в тех случаях, когда в интересах матери требуется срочно закончить роды, а родоразрешающие акушерские операции (поворот и извлечение, щипцы) противопоказаны. Таким образом, в принципе краниотомия на живом плоде должна быть отвергнута. Этот принцип необходимо неуклонно проводить в клиниках и родовспомогательных учреждениях, обладающих квалифицированными кадрами и соответствующей обстановкой. Там возможно применять в обход плодоразрушающей операции кесарево сечение по относительным показаниям (стр. 344). В условиях работы врача-акушера на участке еще и на сегодняшний день приходится прибегать к перфорации живого плода, спасая жизнь матери. Таким образом, в некоторых случаях делают краниотомию и на живом плоде.

Для разрушения или расчленения плода в зависимости от его положения и подлежащей части существует ряд типичных оперативных приемов. Если плод предлежит головкой, причем требуется извлечь его в уменьшенном виде, применяется операция, которая носит название к р а н и о т о м и и. При запущенном поперечном положении, когда поворот противопоказан, для извлечения плода прибегают к о б е з г л а в л и в а н и ю (д е к а п и т а ц и и). В некоторых особенно затруднительных случаях, чтобы извлечь плод через узкий родовой канал, приходится уменьшать размеры его туловища, опорожняя от внутренностей соответствующие полости (грудную, брюшную)—операция называется э в е н т р а ц и е й, э в и с ц е р а ц и е й, э к з е н т е р а ц и е й.

Иногда пользуются и другими, менее типичными приемами плодоразрушения, например, к л е й д о т о м и е й, с п о н д и л о т о м и е й и др.

Все перечисленные оперативные акушерские приемы—уменьшение объема головки плода, уменьшение объема его туловища, разделение плода на части—и составляют содержание понятия плодоразрушающих операций.

## КРАНИОТОМИЯ

Краниотомия представляет собой ряд акушерских оперативных приемов, назначением которых является уменьшить объем черепа плода, чтобы облегчить выведение последнего из родовых путей. Уменьшая размер черепа, акушер создает условия, позволяющие совершить родоразрешение через естественные родовые пути.

### УСЛОВИЯ ДЛЯ КРАНИОТОМИИ

Чтобы перфорировать, а затем извлечь уменьшенную в объеме головку, необходимы три условия.

1. Отсутствие абсолютного сужения таза. При истинной конъюгате размерами в 6 см и ниже даже перфорированная и опорожненная головка доношенного плода пройти не может. Ввиду этого при абсолютном сужении таза перфорация противопоказана, единственным мероприятием является только кесарево сечение.

2. Достаточное раскрытие маточного зева. При перфорации требуется раскрытие зева по меньшей мере на два-три поперечных пальца. Если зев недостаточно раскрыт, а необходимо прободение головки и немедленная краниоклазия, показаны радиарные насечки маточного зева. Для краниоклазии нужно почти полное открытие.

3. Головку должен всегда, даже если она стоит неподвижно, фиксировать помощник, притом на все три момента операции (см. ниже технику операции).

### ПОКАЗАНИЯ К КРАНИОТОМИИ

Краниотомия производится для устранения резкого пространственного несоответствия между головкой и родовым каналом, причем несоответствия, которого нельзя преодолеть ни щипцами, ни извлечением плода за тазовый конец. Такое несоответствие может получиться при узком тазе, неподатливых мягких частях родового канала, чрезмерно большой головке и неблагоприятном вставлении ее.

1. Узкий таз. При истинной конъюгате в 7 см и ниже зрелый доношенный плод пройти не может. Родоразрешение возможно только с помощью кесарева сечения или применения плодоразрушающих операций. В практике врача даже и при более широком тазе (истинная конъюгата 7,5 см) могут встретиться условия, требующие перфорации головки плода, если только самопроизвольные роды будут невозможны, а поворот с извлечением и щипцы противопоказаны. Нередко роженица может оказаться еще и инфантизированной, так что и хирургические методы, даже в клинической обстановке, будут для нее опасными. Единственным способом закончить роды может быть, таким образом, перфорация с последующей краниоклазией.

2. Неподатливые мягкие части. Рубцовые изменения, а также опухоли мягких родовых путей могут так сузить родовой канал, что доношенному плоду пройти будет невозможно. В некоторых случаях препятствие со стороны мягких частей может быть настолько значительным, что единственным способом родоразрешения окажется кесарево сечение. Иногда, наоборот, схваткам-потугам удается справиться с встретившимся препятствием со стороны мягких родовых путей, и роды кончаются само-

произвольно. Чаще все же практическому врачу в подобных случаях приходится прибегать к перфорации и краниоклазии.

3. **Чересчур больших размеров головка.** Головка, даже очень большая и с неподатливыми костями, редко препятствует родоразрешению при нормальных размерах таза. Чаще препятствием в этом отношении является гидроцефалическая головка. Она не может пройти даже через нормальный таз, в силу чего приходится прибегать к перфорации. Впрочем, при гидроцефалии иногда можно ограничиться лишь проколом головки троакаром и предоставить дальнейшее течение родов естественным силам организма.

4. **Неблагоприятное предлежание и вставление головки.** Головка при лицевом предлежании с обращенным назад подбородком (задний вид), стоящая уже на дне таза, является показанием к перфорации и краниоклазии, если отсутствуют условия для кесарева сечения (нет соответствующей обстановки и согласия матери на операцию). При заднем виде лицевого предлежания, как указывалось выше, самопроизвольные роды невозможны, а щипцы противопоказаны.

Показанием к краниотомии является также задне-теменное вставление (задний асинклитизм, лицмановское вставление), особенно задне-ушное вставление. В этих случаях матери может угрожать разрыв матки, и, чтобы избежать этой опасности, приходится идти на краниотомию.

Показанием к краниотомии служит и лобное предлежание, особенно с обращенной кзади глазницей, если опять-таки нельзя сделать кесарева сечения.

#### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Технически краниотомия складывается из трех приемов, из которых каждый, применяемый обособленно, носит название операции: 1) перфорация (прободение черепа плода), 2) эксцеребрация (опорожнение содержимого черепа) и 3) краниоклазия (извлечение краниокластом перфорированной и освобожденной от мозга головки).

**Техника перфорации.** Для перфорирования нормально развитой головки требуются специальные инструменты—перфораторы.

Перфораторы бывают разных типов. Лучшим перфоратором является перфоратор Н. Н. Феноменова (рис. 295). Инструмент представляет собой обыкновенный бурав, на одном конце которого имеется рукоятка (в виде перекладкины), а на другом—выточенный из цельного стального конца наконечник; в верхушке наконечника находится четыре, а в середине и в основании две острые грани, которые идут параллельно оси самого стержня. Грани несколько загнуты по направлению слева направо, благодаря чему поперечный разрез основания наконечника представляет S-образную фигуру.

Чтобы избежать возможных повреждений, можно надевать на прободник гильзу, которая по мере проникновения инструмента вглубь, не будучи нигде фиксированной, легко сдвигается к рукоятке.

Перфоратор Феноменова соединяет в себе преимущества трепановидного перфоратора (отверстие получается круглое, легко выпиливается) и колющего, копьевидного (удобен при высоком и низком стоянии головки). Инструмент одинаково удобен для прободения предлежащей и последующей головки.

Большинство отечественных акушеров почему-то пользуется копьевидным перфоратором Бло (рис. 296). Ближе к нему стоят ножницевидные перфораторы типа Негеле.

Перфоратор Бло представляет собой металлический стержень, состоящий из двух подвижных branшей. Обе branши, соединяясь, как в ножницах,



на одном конце заканчиваются в виде копья; на другом одна ветвь имеет довольно массивную рукоятку, а вторая—искривленный в сторону рычаг, с помощью которого верхушка инструмента (копье) может расходиться и тем самым увеличивать поперечный размер копья. Режущие поверхности у бранш перфоратора лежат не как у обычных ножниц, т. е. внутри, а наоборот, снаружи, благодаря чему края копья, тупые в закрытом состоянии, при надавливании на рычаг делаются острыми.

Перфоратор Бло—простой и удобный инструмент, но все же имеет существенные в практическом отношении недостатки. Прободником Бло можно легко перфорировать швы и роднички, кость перфорируется им с трудом, причем отверстие после прободения получается оскольчатое, с неровными краями (можно поранить себя и мягкие родовые части матери), перфорированное отверстие легко спадается и т. д.

Существуют, кроме того, т р е п а н о в и д н ы е перфораторы, построенные по типу обычного трепана. Трепановидный прободник снабжается особой гильзой, чтобы его можно было вводить без боязни поранить мягкие части родового канала. Внутри гильзы идет прямая ось, в конце которой находится коронка трепана, которая может подниматься над краем гильзы. На коронке расположены в виде венчика маленькие острые зубцы.

Трепановидные перфораторы в настоящее время не применяются. Они имеют много недостатков: инструмент мало пригоден для перфорации по-

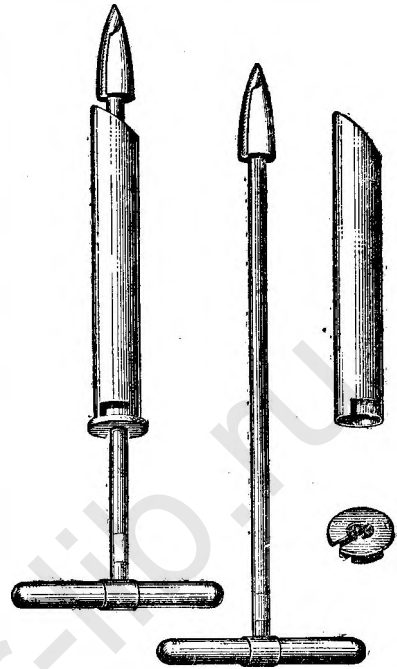


Рис. 295. Перфоратор Н. Н. Феноменова.



Рис. 296. Копьевидный перфоратор Бло.

следующей головки, им трудно оперировать и при высоко стоящей (подвижной) головке, при операции непременно нужен помощник и др.

### Перфорация подлежащей головке

Для перфорации и последующей краниоклазии следует, кроме необходимого стерильного материала, полотенец, простынь, салфеток, а также зажимов, иглодержателей, лигатурного материала и пр., простерилизовать перфоратор, краниокласт (см. ниже), крепкие длинные ножницы Лазаревича, костные щипцы, большую тупую ложку, большой катетер с двойным током, резиновую трубку и кружку Эсмарха.

Операцию производят на операционном столе или на рахмановской кровати. Половые органы и брюшные стенки роженицы тщательно дезинфицируют. Спускают катетером мочу. Тут же у ног оператора, возле кро-

вати, ставят ведро с водой, куда погружают плод после извлечения. Обычно наркоз не применяют. К нему прибегают в исключительно редких случаях. Перфорацию следует делать в операционной.

Настоятельно требуется еще раз перед операцией проверить сердцебиение плода, если были какие-нибудь сомнения в этом отношении.

Перфорацию легче всего производить, когда головка стоит совершенно неподвижно в тазу. Если головка подвижна и особенно если она находится

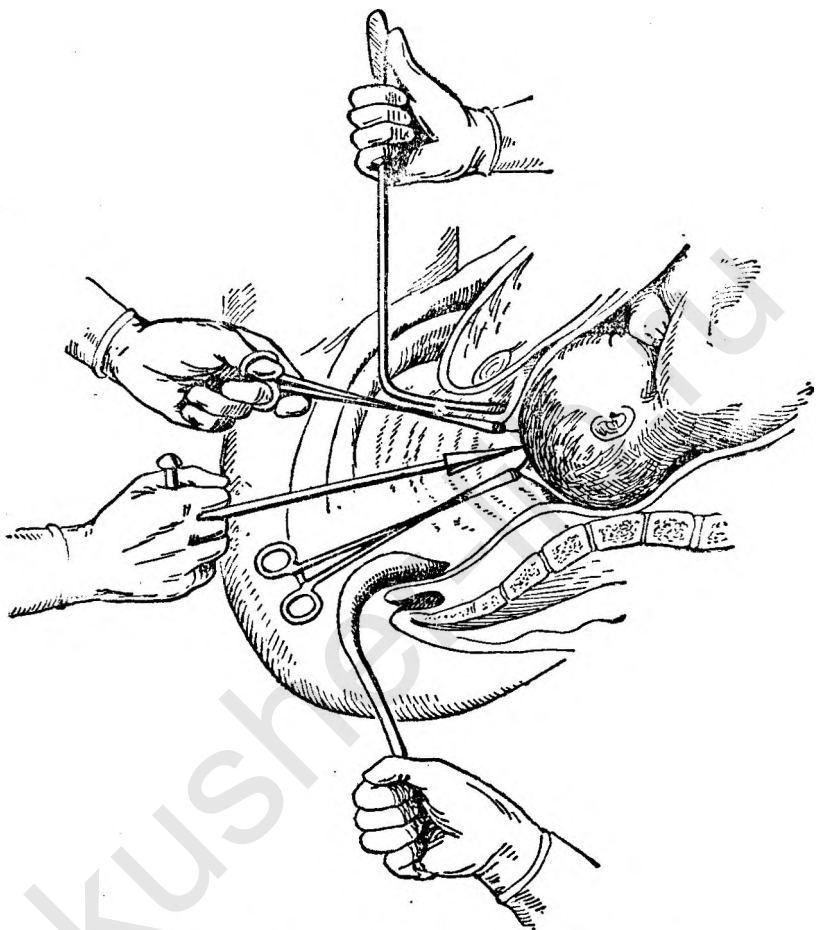


Рис 297 Перфорация плода по Н. Н. Феноменову.

над входом в таз, при операции могут возникать не только затруднения, но и произойти опасные повреждения родовых путей (соскальзывание инструмента)

Мы еще раз подчеркиваем необходимость фиксировать головку при перфорации во всех случаях без исключения, т. е. даже тогда, когда головка стоит неподвижно во входе в таз

Иногда помощнику фиксировать головку через наружные покровы бывает трудно (при ожирении, при отечности кожных покровов и др.). В таких случаях рекомендуется захватить кожу головки крепкими щип-

цами (в зеркалах) и таким образом фиксировать последнюю. То же следует делать при болезненности и перерастяжении нижнего сегмента матки.

Насколько важно при перфорации фиксировать головку, показывает следующий случай, бывший в одном из московских родильных домов. Опытный акушер с большим стажем, делая перфорацию прободником Бло у молодой первородящей, не фиксировал головку, которая плотно стояла во входе в таз.

Операция производилась под наркозом. При первой попытке приставить инструмент к головке последняя несколько отошла, что тотчас же заметили и исправили. Головка была фиксирована помощником и в дальнейшем по всем правилам перфорирована. Но тем не менее в момент отхождения нефиксированной головки острый конец перфоратора успел соскользнуть совершенно незаметно для врача, причем была повреждена шейка, задний свод влагалища, передняя стенка прямой кишки.

Н. Н. Феноменов настоятельно рекомендует производить перфорацию не под контролем осязания, а под контролем зрения с помощью широких ложкообразных зеркал (рис. 297). Совет совершенно правильный в клинической обстановке, но не всегда выполнимый, особенно в условиях участковой работы. Пунктуально соблюдая правила, можно хорошо сделать перфорацию и под контролем осязания.

Перфоратор Феноменова применяется таким образом. Инструмент захватывается правой рукой и под защитой левой руки, тыльная поверхность которой обращена к лону (защищает спереди клитор и уретру), вводится в половые органы до головки. Головка, как говорилось выше, фиксируется сверху, со стороны брюшной стенки, помощником.

Перфоратор во избежание соскальзывания в направлении мыса и прямой кишки вводится с опущенной кзади рукояткой. В таком положении им и следует работать. Сильно наклонив рукоятку инструмента кзади (книзу), его приставляют под контролем пальцев руки—проводника к выбранному для прободения месту на головке (любому). Затем делается вкол (шиловидное движение), который обычно удается очень легко. Когда верхушка перфоратора вонзилась в кость, производят обычные, как буравом, вращательные (сверлящие) движения слева направо. Н. Н. Феноменов советует делать эти движения плавно, не форсируя, иначе кость по краям надламывается и отверстие в силу этого может получиться не круглое, а оскольчатое.

Перфорация колющим (копьевидным Бло или ножницеобразным) прободником производится следующим образом (рис. 298). Инструмент также захватывается правой рукой, режущий его конец под защитой руки-проводника (надежно защищать клитор и уретру!) вводится при предельном опускании рукоятки кзади (книзу) в половые органы роженицы. Помощник фиксирует головку, надавливая обеими руками через брюшную стенку женщины. Наклонив сильно рукоятку перфоратора кзади (книзу), внутренними пальцами выби-

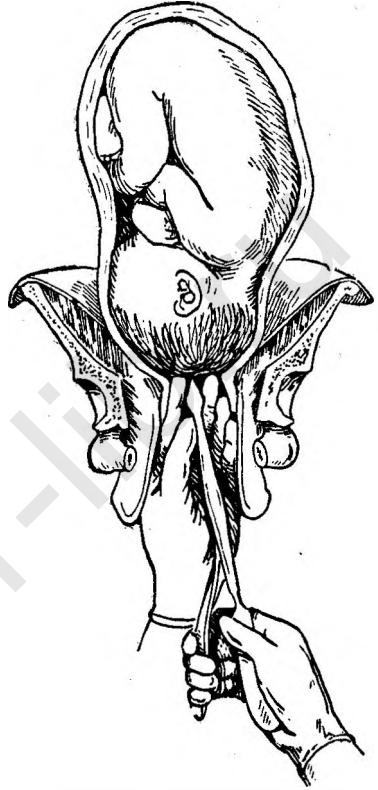


Рис. 298. Прободение головки перфоратором Бло.

рают для установления инструмента какое-нибудь место на головке. Лучше всего перфорировать прободником Бло швы или роднички. Некоторые предпочитают сверлить кость (Н. А. Цовьянов). При лицевом и лобном предлежании перфорационное отверстие делают или в области лобной кости, геср. шва, или же,—что более удобно,—через глазницу. Выше мы указывали, что для перфорации гидроцефала лучше всего пользоваться троакаром, а в случае необходимости—и большой инфузионной иглой.

Прободение головки с помощью трепановидного перфоратора, теперь почти не применяемого в акушерской практике, производится в области кости, но не швов или родничков. Под защитой левой руки инструмент вводят до черепа (режущий прибор при этом скрыт в гильзе) и приставляют в упор (перпендикулярно) к кости черепа. Задача хирурга состоит в том, чтобы прочно фиксировать перфоратор в точке приложения (предохранить от соскальзывания), вращательные же движения рукоятки, которыми приводится в действие коронка трепана, делает помощник. Другие поступают иначе: удерживает инструмент и приводит в движение винт сам хирург без помощника, что следует считать, как говорит Н. Н. Феноменов, «положительно неправильным, а подчас и опасным».

Когда кость пробуравлена, трепан осторожно, под защитой внутренних пальцев выводится наружу. Кусок выпиленной кости обычно находится в трепане.

### Эксцеребрация

После того как тем или иным перфоратором проделано отверстие в черепной коробке, приступают к опорожнению ее от содержимого. Особое внимание следует обратить при этом на разрушение продолговатого мозга с его важнейшими центрами.

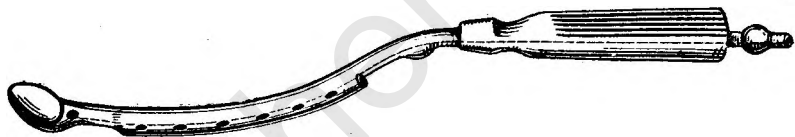


Рис. 299. Ложка-катетер (эксцеребратор) Б. Н. Агафонова.

Операцию делают следующим образом. Большой тупой ложечкой под контролем и руководством пальца (лучше, конечно, делать это в зеркалах) входят в перфорированное отверстие и стараются удалить из черепной полости все содержимое, одновременно разрушив продолговатый мозг. После этого вводят катетер с двойным током, соединенный с кружкой Эсмарха, которая наполняется физиологическим раствором поваренной соли. Пропустив около 2 л жидкости через черепную полость, можно почти полностью опорожнить ее. Б. Н. Агафонов сконструировал для этих целей особый инструмент, назвав его эксцеребратором (рис. 299).

### Краниоклазия (извлечение плода с перфорированной головкой)

Заключительным актом краниотомии обычно является краниоклазия.

Для извлечения уменьшенной после перфорации головки применяют инструмент, известный под названием краниокласта. Раньше такое извлечение производилось с помощью кефалотриба, громоздкого, тяжелого инструмента, по устройству напоминающего щипцы. Кефалотриб предназначался для раздавливания головки. Он и накладыв-

вался по тем же правилам, по каким накладываются щипцы. В настоящее время этот грубый инструмент совершенно оставлен, он уступил место краниокласту—инструменту, наиболее совершенному, «я бы сказал (Н. Н. Феноменов), идеальному, если бы не боялся отказать человечеству в дальнейшей изобретательности». Краниокласт можно накладывать во всех размерах и отделах таза. Накладывается он легко, держит головку прочно, портативен, занимает мало места,—словом, инструмент очень удобный.

Краниокласт Брауна (рис. 300) состоит из двух ложек, перекрещивающихся в середине и связанных друг с другом замком. Ложки инструмента имеют изгиб для головки, который совпадает с тазовой кривизной. Одна ложка, массивная, вводится в сделанное внутри черепа отверстие. Ее конец имеет конструкцию сапожного инструмента (рашпиль) с поперечными нарезками на изогнутой стороне. Другая ложка, окончатая, напоми-

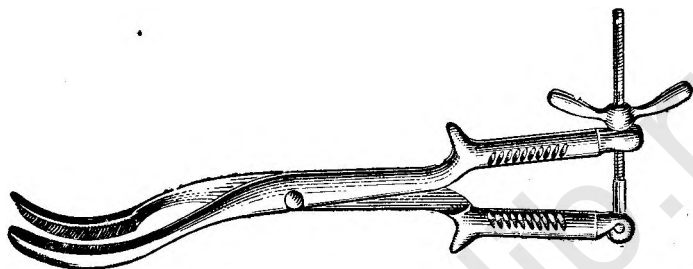


Рис. 300. Краниокласт Брауна.

нает ложку акушерских щипцов и накладывается на головку снаружи. На свободных наружных концах обеих ложек имеются специальные углубления для вставления винто-гаечного затвора. Поворачиванием за крылья гайки можно сблизить концы обеих ложек до отказа.

Рукоятки ложек краниокласта, как и в акушерских щипцах, снабжены бушевскими крючками.

**Техника краниоклазии.** При применении краниокласта головку фиксирует сверху через брюшные стенки помощник. Акушер берет правой рукой массивную ложку инструмента и под защитой пальцев левой руки вводит в отверстие, проделанное в черепной крышке, доходя до основания черепа (рис. 301). Затем он передает ложку помощнику. Вторая ложка (окончатая) вводится так, как ложка акушерских щипцов, конечно тоже под защитой пальцев (рис. 302). Наружную ложку краниокласта надо вводить со стороны промежности, причем контрольной рукой защищать заднюю стенку влагалища. Лучше всего наружную ложку накладывать на личико. Лицевые кости крепче связаны между собой. Из этих же соображений следует и внутреннюю (массивную) ложку вводит таким образом, чтобы она была обращена выпуклой стороной в направлении личика. Если придерживаться этого правила, то замковая часть внутренней ложки будет обращена кпереди (кверху) при первой позиции и кзади (книзу) при второй. Следует иметь в виду, что в первом случае, когда замок обращен кверху, наружная ложка вводится, как при щипцах, спереди (сверху) первой. Если же замок внутренней (массивной) ложки обращен кзади (вниз), то наружная ложка вводится под нее, чтобы можно было соединить ложку в замке. И здесь бушевские крючки должны быть обращены наружу. Обе ложки соединяются до отказа с помощью винта и гайки, движущейся по винту

(рис. 303). Теперь следует проверить, войдя рукой во влагалище, не захвачены ли инструментом мягкие материнские части.

Н. А. Цовьянов, чтобы убедиться, не захвачена ли краниокластом стенка родового канала, особенно нижнего сегмента матки, рекомендует еще до того, как акушер приступил к извлечению головки, такой прием: слегка сжав рукой рукоятки краниокласта, осторожно вращать головку вправо и влево в пределах  $90^\circ$ . Если вращение (перемещение) головки происходит легко, можно

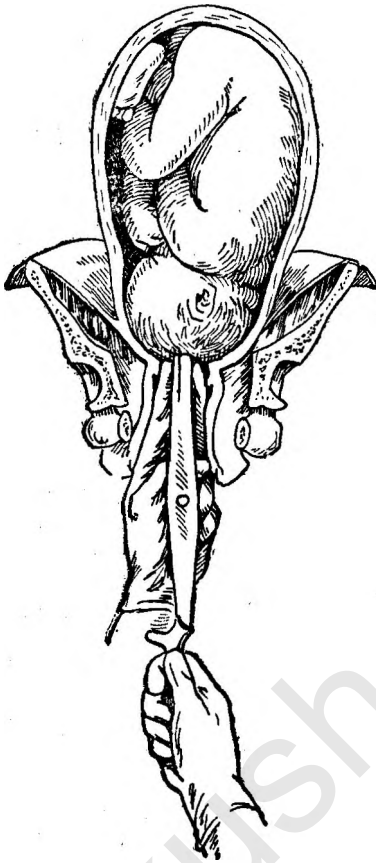


Рис. 301. Введение массивной ложки краниокласта в полость черепа плода после перфорации.



Рис. 302. Наложение второй ложки краниокласта.

спокойно приступать к извлечению, не боясь ущемления. В противном случае надо ослабить рукоятки и тем самым дать возможность освободиться ущемленной ткани. Прием требует осторожности и допустим только при подвижной головке.

После пробной тракции, которая должна показать, что краниокласт наложен хорошо, приступают к извлечению головки (рис. 304). Тракции краниокластом делаются в тех же «позициях», что и при щипцах. При высоко стоящей головке акушер, сидя на стуле, делает тракцию в направлении к себе на носки; если головка находится в полости таза—в направлении на колени. Наконец, если головка стоит в выходе таза, тракции следует производить в горизонтальном направлении с тем, чтобы затем, при прохождении головки над промежностью, приподнять инструмент кпереди (кверху).

Краниокласт, как мы видели,—очень хороший и удобный инструмент, но все же в некоторых случаях (например, при больших сужениях таза) он может соскальзывать, вырывая отдельные кости, не продвигая при этом основания черепа. В таких случаях для извлечения перфорированной головки предлагали взамен краниокласта пользоваться трехветвистыми инструментами.

Трехветвистый краниокласт (кефалокраниокласт, базиотриб) состоит из трех ложек. Он представляет собой

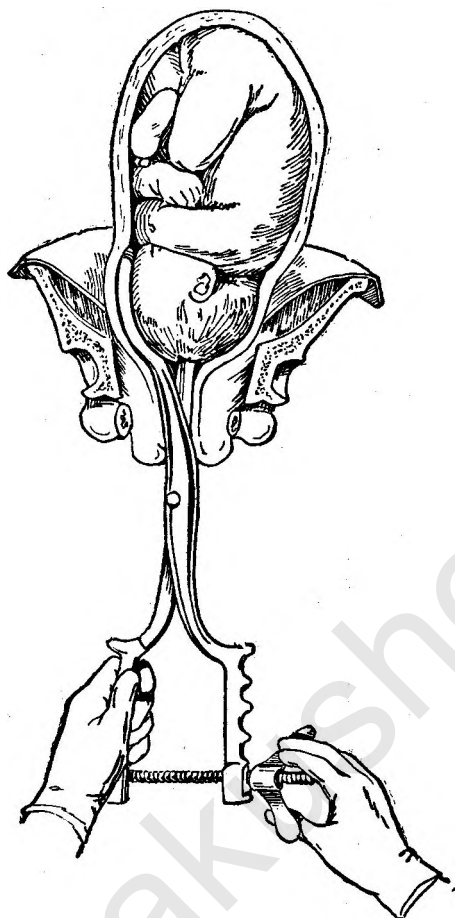


Рис. 303. Головка прочно фиксируется путем завинчивания гайки краниокласта.



Рис. 304. Низведение головки плода краниокласта (направление трaкции).

как бы сочетание трех инструментов: перфоратора, краниокласта и кефалотриба. Преимущество такого трехветвистого инструмента заключается в том, что он, крепко захватывая черепные кости вместе с костями основания черепа, редко соскальзывает, а затем, будучи наложен по правилам, равномерно уменьшает головку, что очень важно при узком тазе.

Трехветвистые инструменты не получили распространения в оперативной акушерской практике, с одной стороны, потому, что они очень сложны по своему устройству, а с другой, и потому, что краниокласт при сколькo-

нибудь выработанной технике вполне может заменить эти сложные и дорогостоящие инструменты.

Если приходится перфорировать головку, находящуюся на дне таза, вместо краниокласта можно воспользоваться костными щипцами.

### Перфорация последующей головки

К операции этой (рис. 305) прибегают реже, чем к перфорации предлежащей головки. Из 100 краниотомий на предлежащую головку приходится (в процентах) примерно 80—85 перфораций, на последующую—15—20.

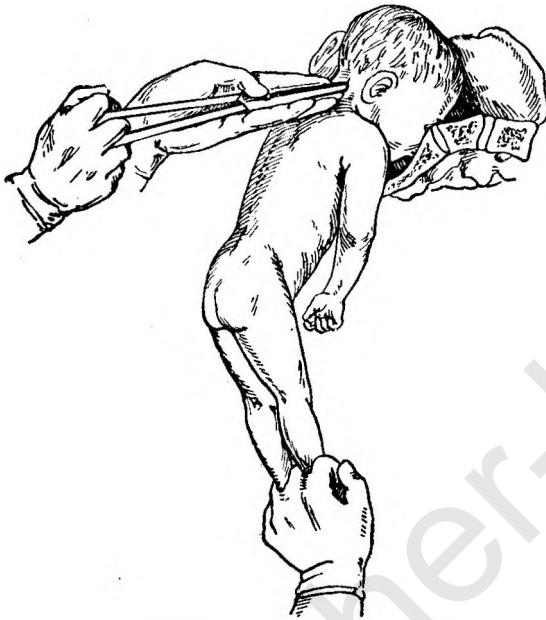


Рис. 305. Перфорация последующей головки.

Перфорация последующей головки—операция более трудная. Черепные кости последующей головки обычно лежат сравнительно высоко, почти всегда во входе в таз. Затылочная кость—наиболее удобный пункт для перфорации—не всегда доступна и не всегда находится в удобном для операции месте. Пока головка стоит во входе в таз, затылок обычно помещается сбоку, если же подбородок ущемляется над симфизом, затылок обращен назад, к промоторию. И в том и в другом случае дойти до затылочной кости трудно. Наиболее рационально будет делать перфорацию в месте перехода затылка в шею, ближе к большой затылочной дыре. Прободение головки в этом месте удается произвести без особого труда.

Л. Г. Личкус предложил перфорировать последующую головку таким способом: надрезав скальпелем кожу где-либо на протяжении шеи (до кости), провести через сделанное отверстие перфоратор (подкожно) до затылка, где и перфорировать головку через большую затылочную дыру. Способ простой и вполне доступный по выполнению.

Перфорацию последующей головки можно делать под контролем зрения с помощью длинных и широких зеркал.

Извлечение перфорированной последующей головки производится простым надавливанием на головку сверху (обычными ручными приемами). Если это не удастся (при плотных неподатливых костях), применяют краниокласт: массивную (внутреннюю) ложку вводят в затылочную дыру (в перфорированное отверстие), а наружную накладывают на затылочную кость.

### ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КРАНИОТОМИИ

При перфорации предлежащей головки могут быть два осложнения, причем оба по вине акушера. Если головка не фиксируется снаружи и если перфоратор не поставлен вертикально к черепу, инструмент может



соскочить и повести к тяжелым поражениям мягких частей матери. При перфорации рукоятка перфоратора должна быть (об этом говорилось выше) опущена книзу (кзади), так как при таком положении инструмент при соскальзывании попадает на контрольные пальцы врача. Иначе могут произойти и происходили серьезные и опасные (см. стр. 321) повреждения родовых путей, вплоть до перфорации мыса.

При перфорации последующей головки, как уже указывалось, могут встретиться трудности при проведении инструмента до большого затылочного отверстия. Сбиться с правильного пути, попасть немного дальше вперед, т. е. в ротик плода, или же немного дальше назад и совершенно отслоить мягкие ткани на затылке—вот что может произойти, если акушер не будет придерживаться изложенных выше правил.

У первородящих с узким родовым каналом иногда получается такое положение, при котором невозможно достать пальцем места прикрепления позвоночника к черепу, а потому нельзя ввести колющим движением конец перфоратора в надлежащее место, чтобы отделить атлант от черепа. В подобных случаях, не тратя много времени на поиски других пунктов для перфорации, можно декапитировать головку и удалить сначала туловище, а уже потом перфорировать декапитированную головку. Такой прием, как говорит Н. Н. Феноменов, нельзя возводить в метод, но в некоторых случаях помнить о нем не мешает.

При извлечении перфорированной подлежащей головки могут встретиться трудности в тех случаях, когда имеется большое несоответствие между головкой и тазом или когда краниокласт наложен недостаточно высоко, или же когда плод мацерирован. Наложенный при этих условиях краниокласт вместе с вырванной костью, соскальзывая с головки, может нанести серьезные поранения мягким тканям родового канала. Нередко бывает, что повторно наложенный краниокласт снова вместе с куском кости выскакивает наружу. В подобных случаях следует наложить соскользнувший краниокласт на лицевые кости, которые крепче связаны друг с другом, чем другие кости черепа. Иногда ведет к цели маневр, с помощью которого череп ставится на ребро, а краниокласт накладывается таким образом, что внутренняя ложка (массивная) вводится в ротовое отверстие. Наконец, в подобных, казалось бы, отчаянных случаях очень легко извлечь головку просто рукой и костными щипцами.

Соскальзывание краниокласта чаще наблюдается при узких тазах, когда головка еще не пределала конфигурации. Если нет крайней необходимости немедленно произвести краниоклазию, лучше выждать некоторое время, чтобы дать возможность перфорированной головке приспособиться (конфигурироваться), и только после этого наложить краниокласт.

Прогноз. Перфорация и краниоклазия занимают в оперативном акушерстве заметное место. Нередко эти операции противопоставляют повороту и щипцам. Это неверно, противопоставлять их нельзя. Мы этим не хотим сказать, что врачу рекомендуется в затруднительных случаях прибегать по преимуществу к краниотомии. Но все же родоразрешающие операции, поворот и щипцы, имеют свои показания и условия. Расширять эти показания, конечно, нельзя. Врач не должен из-за стремления получить живой плод, при отсутствии необходимых условий идти на трудновыполнимую операцию наложения щипцов или на поворот. Если перед врачом в затруднительных случаях встает вопрос, следует ли ему наложить щипцы

или перфорировать живой плод, то прежде всего он должен решить другой вопрос: может ли он и имеет ли право рисковать здоровьем и даже жизнью матери.

Что касается прогноза при краниотомии для матери, то его следует считать благоприятным. Предсказание будет зависеть от двух моментов: от инфекции, которая возможна при любой операции, и от тех повреждений, которым подвергается роженица при перфорации и краниоклазии.

Если операция делается асептично, инфекция после перфорации и краниоклазии не дает большого процента смертности и заболеваемости. Понятно, при этом надо исключать те осложнения в родах, которые сами по себе дают известный процент смертности и заболеваемости. Кроме того, не надо забывать, что к перфорации и краниоклазии нередко прибегают после неудавшегося наложения щипцов или поворота, а эти операции тоже могут сказаться на прогнозе.

Поранения матери при перфорации и краниоклазии наблюдаются не так редко. О соскальзывании перфоратора мы уже говорили. Наиболее серьезными являются поранения переднего свода влагалища и мочевого пузыря. При наложении краниокласта могут быть и тяжелые травматические повреждения, особенно когда вместе с головкой захватывают и вырывают мягкие части родового канала. Поэтому перед извлечением перфорированной головки необходимо особенно тщательно следить за тем, не захвачены ли краниокластом мягкие части родового канала.

Другие поранения при краниоклазии возникают в тех случаях, когда маточный зев недостаточно раскрыт. В результате такого несвоевременного (при недостаточно раскрытом зеве) извлечения уменьшенной после перфорации головки могут произойти обширные разрывы шейки, сопровождаемые серьезным кровотечением.

О травматических повреждениях мягких частей материи при соскальзывании краниокласта сказано выше.

## ЭМБРИОТОМИЯ

Эмбриотомией принято называть группу акушерских операций, при которых с целью провести через естественные родовые пути уменьшенное в объеме туловище плода его разделяют на части. В зависимости от того, в каком месте производится такое расчленение утробного плода, различают: 1) д е к а п и т а ц и ю (обезглавливание)—отделение головки от туловища в области шейных позвонков; 2) э в и с ц е р а ц и ю, геср. э к з е н т е р а ц и ю, геср. э в е н т р а ц и ю—опорожнение от внутренностей той или иной полости (грудки, живота) и 3) с п о н д и л о т о м и ю—разделение туловища в области поясничной части позвоночника. Сюда же следует отнести операцию перерезки ключицы—к л е й д о т о м и ю (Н. Н. Феноменов).

### УСЛОВИЯ И ПОКАЗАНИЯ К ЭМБРИОТОМИИ

Условия для эмбриотомии следующие: таз не должен быть абсолютно сужен, а мягкие части должны быть достаточно подготовлены для проведения уменьшенного в объеме плода.

1. При абсолютном сужении таза, т. е. при истинной конъюгате в 6 см и ниже, провести через родовые пути даже расчлененный на части плод невозможно. Единственный путь родоразрешения—кесарево сечение.

2. Маточный зев должен быть раскрыт не менее чем на три поперечных пальца, плодный пузырь должен быть разорван.

При запущенных поперечных положениях, при которых чаще всего делается эмбриотомия, маточный зев обычно достаточно раскрыт, так как самый процесс вколачивания подлежащего плечика может произойти только в периоде изгнания. Если же в виде исключения эмбриотомии приходится делать при недостаточно раскрытом зеве, то можно попытаться расширить его тупым путем с помощью пальцев или же сделать радиальные насечки.

Главное показание—это так называемое запущенное поперечное положение плода. По другим показаниям эмбриотомия производится редко.

Запущенным поперечным положением плода называется такое поперечное положение, при котором плод потерял всякую подвижность.

Как известно, при поперечных положениях подлежащей частью обычно является плечико плода, часто с соответствующей ручкой, которая в таких случаях нередко выпадает наружу. Под влиянием схваток и потуг подлежащее плечико все глубже и глубже вколачивается в таз, а вместе с тем вколачиваются и близлежащие части грудки и животика. Плечики вколачиваются настолько сильно, что ручка, резко отекая, выпадает почти до плечевого пояса. В дальнейшем развиваются симптомы угрожающего разрыва матки. Пограничное (контракционное) кольцо поднимается при этом высоко кверху, почти до пупка, т. е. переходит в ретракционное кольцо. Нижний маточный сегмент истончен и растянут до последнего предела, делается чрезвычайно чувствительным при дотрагивании. Роженица становится беспокойной, пульс делается частым, малым, мягким. Плод обычно погибает. В отдельных случаях в полости матки в связи с проникновением в нее микробов и разложением содержимого начинают скапливаться газы, что клинически сказывается развитием так называемой тимпаниа матки (tympania uteri). Отходящие околоплодные воды вследствие процессов разложения начинают издавать гнилостный запах. У роженицы на почве интоксикации появляется температура. При запущенном поперечном положении показано немедленное родоразрешение. Поворот в данном случае будет врачебной ошибкой, он противопоказан. Результатом поворота может быть разрыв матки со всеми тяжелыми последствиями. В подобных случаях показана только эмбриотомия по типу декапитации, эвисцерации или спондилотомии в зависимости от случая.

Кроме запущенного поперечного положения, показанием к эмбриотомии могут быть затруднения чисто механического характера при рождении туловища, например, при прохождении плечевого пояса через костный таз. Это наблюдается особенно часто при узких тазах или очень крупных плодах. После перфорации и краниоклазии удается извлечь головку наружу, плечики же, застревая, не могут выйти через прямой размер выхода таза. В этих случаях врач должен поступать так: сначала применить обычный ручной прием при прохождении плечиков (стр. 58); если он не ведет к цели, попробовать освободить заднюю ручку; если и этот прием не удастся, произвести извлечение тупым ягодичным крючком (вводится в подмышечную ямку); наконец, прибегнуть к эмбриотомии (чаще—клейдотомии).

Другого рода трудности при проведении туловища могут лежать в уродствах плода (опухоль, скопления жидкости, сращения с рудиментарными закладками другого плода).

#### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Для эмбриотомии предложен ряд инструментов, из которых в акушерской практике применяются следующие.

**Декапитационный крючок Брауна.** Инструмент имеет

длину около 25 см, на одном конце находится крепкая поперечная рукоятка, другой конец загнут под острым углом (в отличие от тупого ягодичного крючка), образуя крючок длиной до 3 см. Конец крючка снабжен небольшим утолщением (пуговкой). Инструмент этот тупой (рис. 306).

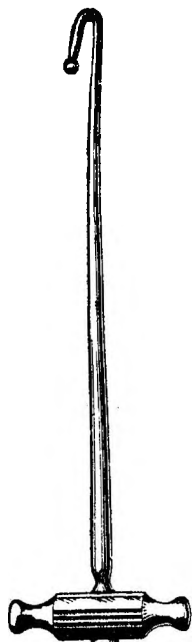


Рис. 306. Декапитационный крючок Брауна.

Многие акушеры производят эмбриотомию (декапитацию, спондилотомию и клейдотомию) с помощью крепких ножниц.

Н. Н. Феноменов пользовался для эмбриотомии ножницами своей конструкции с короткими режущими ветвями и длинной рукояткой. Они слегка искривлены по ребру, имеют между рукоятками пружину, которая удерживает рукоятки на известном расстоянии одну от другой, благодаря чему инструмент легко раскрывается при действии в тканях (рис. 307).

Ножницы Зибольда построены по принципу больших портняжных ножниц. Разница в том, что они изогнуты и имеют закругленные концы. Вся сила руки передается на режущую часть инструмента.

Следует упомянуть о рахитоме, сконструированном Кюстнером по принципу краниокласта с той разницей, что внутренняя ложка сделана режущей (рис. 308).

Были предложены и другие инструменты для декапитации—различные экрезеры, проволочные петли, пилопроводники и пр., но они не получили распространения в акушерской практике. То же следует сказать и об эмбриотоме, resp. брэфотоме, И. П. Лазаревича.

**Подготовка к операции.** Эмбриотомию производят на операционном столе или на рахмановской кровати. Наружные половые органы, бедра и брюшные стенки роженицы тщательно дезинфицируют, опорожняют мочевой пузырь и прямую кишку. Иногда требуется наркоз.

Кроме стерильного белья (полотенец, салфеток, простынь, бинтов и пр.), кровоостанавливающих зажимов, иглодержателя с иглами и лигатурным материалом, необходимо простерилизовать декапитационный крючок, ножницы Феноменова или Зибольда, приготовить перфоратор, костные щипцы, катетер с двойным током, а также несколько пулевых щипцов и крепких папок (двузубцев).

Перед началом операции надо проверить, не жив ли плод, не имеется ли разрыва матки, а кроме того, можно ли дойти до шейки плода, чтобы сделать декапитацию.

При запущенном поперечном положении с выпавшей ручкой, как правило, можно проникнуть до шейки плода, resp. сделать декапитацию, в противном случае приходится прибегать к эвисцерации или спондилотомии.

**Декапитация.** Эта операция с помощью декапитационного крючка делается следующим образом. На выпавшую ручку накладывают петлю, за которую помощник должен натягивать ручку.

Удалять ручку, чтобы легче проникнуть вглубь до шейки плода, не следует. Скажем больше. Надо считать ошибкой, если врач при декапитации вылушивает ручку в плечевом суставе или ампутрует ее. Нужды в этом нет. Действительно,

лучший способ приблизить к себе шейку плода и надежно фиксировать его—крепко подтянуть кзади (книзу) выпавшую ручку. Акушер должен сохранить выпавшую ручку до конца. После декапитации легче извлечь все туловище за лежащую тут же снаружи ручку, это позволяет акушеру не вводить руку внутрь полового канала. Однако надо иметь в виду, что бывают случаи, когда при запущенном поперечном положении выпавшая ручка настолько отекает, что представляет собой непреодолимое препятствие для введения контрольной руки во влагалище. Особенно часто это бывает при общеравномерносуженном тазе, где лонные кости образуют не дугу, а острый угол, а также при так называемом воронкообразном тазе, где значительно сужен выход таза. В таких случаях единственным средством проникнуть в половые органы является вылушение ручки в плечевом суставе. Мы советуем после удаления ручки захватить крепкими щипцами ткани в области сустава и натянуть их кзади (книзу).

Повторяем, что к такой мере, как удаление ручки при запущенном положении, допускается прибегать

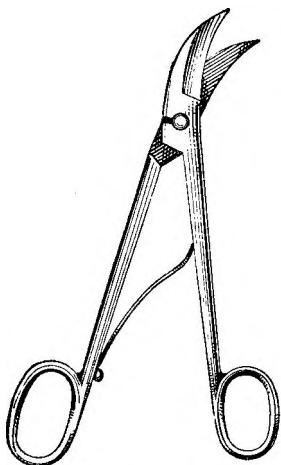


Рис. 307. Ножницы Н. Н. Феноменова для клейдотомии.

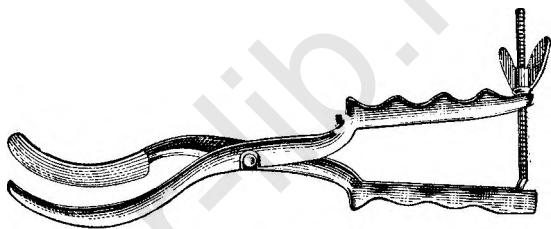


Рис. 308. Рахиотом Кюстнера.

только в исключительных случаях, причем делать ампутацию, resp. вычленение, ручки в плечевом суставе следует по всем правилам хирургии.

Наложив петлю на выпавшую ручку и передав ее помощнику, акушер вводит в половые органы ту руку, которая соответствует головке, считая свою сторону, т. е. при первой позиции плода правую, при второй—левую. Ладонью, обращенной кпереди, он проникает выше, до шейки плода. Дойдя до шейки, проводит четыре пальца (если не удастся, то указательный и средний) позади шейки, а большой палец кладет спереди шейки (со стороны симфиза). Концы этих четырех пальцев и большого пальца должны почти встретиться, обхватывая шейку циркулярно. Введенная внутрь рука остается на все время операции на одном месте, по возможности иммобилизируя всю эту часть плода. Надо помнить, что нижний маточный сегмент растянут и поэтому следует всемерно избегать ненужных толчков и смещений. Чтобы прочнее фиксировать плод, помощник, крепко натягивая петлю, наложенную на ручку, сверху через брюшные стенки фиксирует головку (осторожно!). Только после того, как плод достаточно иммобилизован, акушер берет в другую руку декапитационный крючок и вводит его внутрь, вдоль по сгибательной стороне введенной в родовые пути руки. Крючок надо положить на внутреннюю руку плашмя так, чтобы загнутый конец его был обращен в сторону большого пальца. Опуская ручку крючка ниже и ниже, акушер вводит инструмент все глубже и глубже, пока его конец,

идя вдоль по сгибательной стороне руки и по большому пальцу, не достигнет шейки плода (рис. 309). Крючок проводят по передней поверхности шейки плода до тех пор, пока не представится возможность повернуть его пуговку назад и обхватить крючком шейку сверху (рис. 310). Как только крючок будет посажен верхом на шейку плода, его крепко натягивают снизу в направлении к промежности с тем, чтобы он



Рис. 309. Декапитация брауновским крючком.

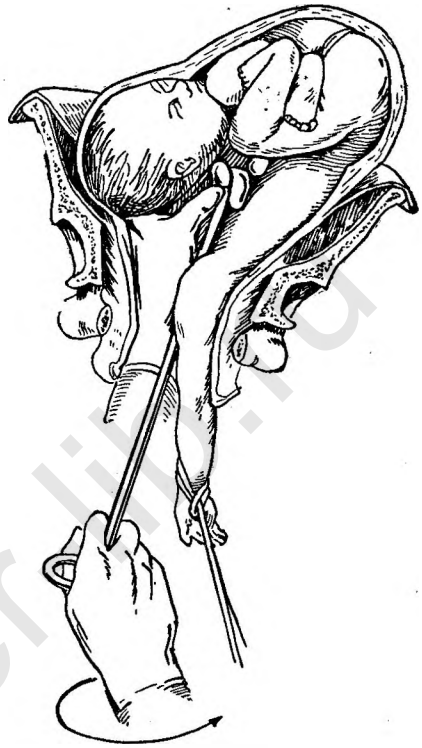


Рис. 310. Декапитация брауновским крючком (вывих позвоночника).

врезался в мягкие ткани шейки плода. Теперь надо проверить, натянув кзади (книзу) крючок, достаточно ли крепко фиксирован крючком позвонок плода. Если позвонок фиксирован прочно и хорошо, приступают к вывиху позвоночника. Для этого надо повернуть крючок вокруг его продольной оси. Делают это так. Рука, которая держит рукоятку, энергично поворачивает, натягивая в то же время книзу, инструмент вокруг его продольной оси в таком направлении, чтобы пуговка крючка все время была повернута в сторону головки, а не в сторону туловища: фиксированная головка (ее фиксирует помощник) делает меньше экскурсий, чем туловище. При первой позиции плода рукоятку инструмента поворачивают в направлении, обратном движению часовой стрелки, при второй, наоборот, поворачивают ее в направлении часовой стрелки.

Еще раз повторяем, что при повороте декапитационного крючка важно, чтобы позвонок плода был хорошо и прочно фиксирован.

Вывих позвоночника дает о себе знать своеобразным хрустом. Но с вывихом позвоночника головка еще не отделяется от туловища, она соединена с ним посредством мягких частей и кожного покрова шеи. Чтобы уничтожить это препятствие, мягкие части перерезают тупоконечными длинными ножницами.

В. А. Чудовский предложил некоторое видоизменение техники декапитации крючком Брауна. Он рекомендует оперировать брауновским же крючком, но подкожным способом. Сделав надрез на захваченной шейке плода и образовав пальцем канал в подкожной клетчатке, вводят в канал крючок и накладывают на позвоночник. Сильно потягивая за крючок, поворачивают его вокруг продольной оси и разъединяют позвоночник плода, что удается очень легко.

Автор предложил этот способ, исходя из того положения, что кожные покровы и мягкие части шеи являются главным препятствием для разъединения шейной части позвоночника. Это не совсем так. Каждый акушер знает, что после разъединения позвоночника неразорванные кожные покровы нисколько не затрудняют операции, их можно в крайнем случае легко перерезать ножницами.

Н. Н. Феноменов предложил производить декапитацию с помощью крепких, сильных ножниц с короткими режущими ветвями и длинной рукояткой. Ножницы (Феноменова или Зибольда) вводят в половой канал под защитой ладонной поверхности пальцев, кожные покровы шейки пререзают ножницами и через отверстие в покровах подкожно перерезают позвоночник (можно оперировать и не делая отверстия, как показано на рис. 311). Мягкие части перерезают ножницами.

При соответствующей технике декапитация ножницами удастся. Однако при таком способе оперирующий врач может поранить руки (опасность инфекции), а кроме того, прикрыть верхушки ножниц пальцами трудно, а потому и не всегда надежно.

**Эвисцерация, эвентрация, экзентерация** — операции, применяемые с целью опорожнения полости живота или грудки плода от содержимого. Операцию производят следующим образом. Ножницевидный или копьевидный перфоратор, ножницы или другой подходящий инструмент вкалывают в наиболее доступное место грудки или животика плода. Делают достаточное отверстие между ребрами или в брюшной стенке. В образовавшееся отверстие вводят пальцы и извлекают наружу все внутренности. Если это не удается сделать пальцами, можно воспользоваться крючком, корнцангом или костными щипцами. Надо иметь в виду, что при дальнейшем извлечении плода помехой может быть объемистая детская печень. Поэтому ее следует удалить в первую очередь. После удаления внутренностей плод часто легко извлечь в сложенном виде (*conduplicato corpore*). Иногда после эвисцерации приходится прибегать к спондилотомии.

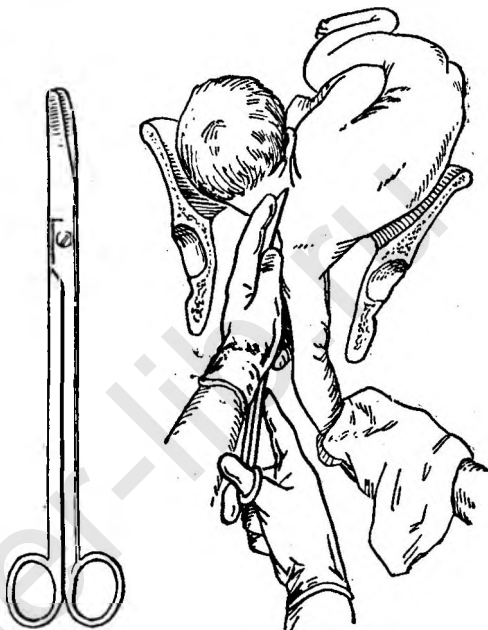


Рис. 311. Рассечение ножницами мягких тканей шейки плода.

**Спондилотомия** чаще является вспомогательным приемом при экзисцерации и значительно реже самостоятельной операцией (рис. 312).

К спондилотомии как самостоятельной операции прибегают в тех случаях, когда дойти до шейки плода невозможно и приходится прибегать непосредственно к разделению позвоночника в другом месте, более или менее доступном. Разрезать связки между отдельными позвонками можно длинными крепкими ножницами (Феноменова, Зибольда), которые вводят под защитой пальцев. После того как связки между позвонками перерезаны, вскрывают туловище плода, опорожняют внутренности, а затем перерезают



Рис. 312. Спондилотомия.



Рис. 313. Извлечение туловища плода после декапитации.

позвоночник. Иногда придерживаются обратного порядка, т. е. сначала опорожняют грудную или брюшную полость, а затем приступают к спондилотомии.

Удобным инструментом для спондилотомии является **рахиотом Кюстнера**. Инструмент применяется так. Внутреннюю острую ложку, острием направленную к позвоночнику плода, кладут на животик. Вторую, наружную ложку помещают на позвоночник. Заинчиванием гайки до отказа рахиотом замыкается, наподобие краниокласта, в результате чего позвоночник плода оказывается разрезанным пополам.

**Извлечение плода после эмбриотомии.** После декапитации в первую очередь извлекают туловище плода. Легким потягиванием за выпавшую ручку обычно нетрудно это сделать (рис. 313). Легко извлекается, как правило, и головка, уменьшенная в размерах



вследствие некоторого опорожнения содержимого черепа. Врач вводит в половые органы левую руку (можно и правую), один палец ее вводит в ротик, а большим пальцем упирается в остающиеся в связи с черепом позвонки. Надавливая другой рукой сверху через брюшные стенки на головку (обычный ручной прием при выведении головки) (рис. 314), последнюю сравнительно легко удаётся извлечь.

Если головку после декапитации не удаётся вывести обычными ручными приемами, приходится ее перфорировать и после этого извлекать теми же ручными приемами, костными щипцами или цапками. Некоторые в таких случаях накладывают акушерские щипцы (что едва ли целесообразно).

Если препятствием к рождению туловища является слишком большой размер плечиков, их можно, как мы уже говорили, попытаться извлечь, вводя в подмышечную область палец или, если это окажется недостаточным, тупой (ягодичный) крючок. Если плечики стоят еще в полости таза, крючок предпочтительнее вводить в заднюю подмышечную ямку. Если ни тот, ни другой способ не приводит к цели, следует попытаться освободить ручки, как это делается при экстракции за тазовый конец. Иногда освобождение уже одной ручки настолько уменьшает размер плечиков, что туловище рождается беспрепятственно.

**Клейдотомия.** В тех случаях, когда вывести наружу ширский плечевой пояс плода «гиганта» невозможно, приступают к операции, известной под названием клейдотомии, что означает перерезка ключицы (cleidotomia). Делается эта операция следующим образом. Под защитой пальцев левой руки проводят внутрь крепкие тупоконечные ножницы (Феноменова), бранши которых ставят перпендикулярно к выступающей вперед части ключицы. Ударом ножниц ключица легко перерезывается (в любом месте) на две половинки: медиальную и латеральную (рис. 315). После этой несложной манипуляции плечики настолько спадаются, что без труда выводятся наружу. Если рассечение одной ключицы окажется недостаточным, клейдотомию делают на другой стороне. Повторяем, к клейдотомии на живом плоде приходится прибегать исключительно редко. В тех же случаях, когда плод мертвый, вместо клейдотомии следует произвести декапитацию родевшейся головки и низвести ручки. Извлечь туловище после этого легко.

Если препятствием для выведения туловища наружу является гидроторакс, асцит, опухоль почки или переполненный и расширенный мочевой пузырь плода, достаточно сделать пункцию соответствующего органа, чтобы устранить препятствие и извлечь туловище плода наружу. Пункцию можно производить троакаром. При необходимости успешно применяется ножницеобразный перфоратор, как это описывалось выше (при эвентрации).

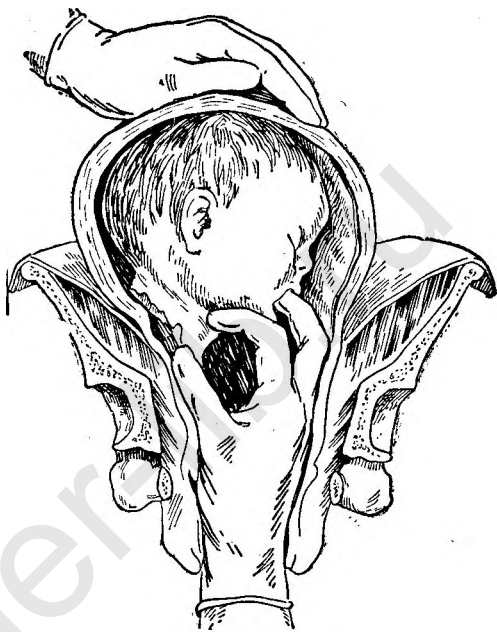


Рис. 314. Захватывание и извлечение головки плода после декапитации.

Если препятствием для рождения туловища является какая-нибудь плотная опухоль (например, тератома в области копчика или шеи), то ножницами опухоль измельчают (*morcellement*).

При двойных уродствах, которые также могут служить препятствием при извлечении плода, в зависимости от случая, декапитируют добавочную головку, производят эвентерацию добавочной грудной полости и пр.

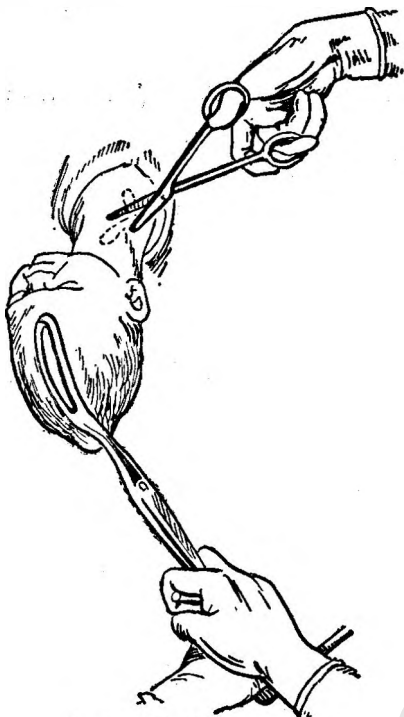


Рис. 315. Клейдотомия.

#### ТРУДНОСТИ ПРИ ЭМБРИОТОМИИ (ПРИ ДЕКАПИТАЦИИ)

Хотя декапитация сравнительно легкая операция, тем не менее и при ней могут встретиться известные затруднения.

Прежде всего шейка плода может лежать так высоко, что достигнуть ее пальцами не представляется возможным. В этих случаях следует производить эвисцерацию, спондилотомию. Мы рекомендуем врачу, особенно начинающему, руководствоваться практическим советом: при запущенном поперечном положении с выпавшей ручкой делать декапитацию (шейку плода обычно легко достигнуть), а при том же поперечном положении, но без выпавшей ручки—эвисцерацию *resp.* спондилотомию (шейка достигается с большим трудом или совсем не достигается).

В отдельных случаях трудности возникают в связи с мацерацией плода. У мацерированных плодов мягкие части иногда принимают консистенцию плотной кожи, в силу чего декапитационный крючок цели не достигает. Приходится вместо крючка пользоваться длинными крепкими ножницами Феноменова.

Извлечение декапитированной головки. Декапитированная головка обычно без труда извлекается наружу обычными ручными приемами. При значительном сужении таза, однако, может случиться, что эти приемы окажутся несостоятельными. В подобных случаях показана краниоклазия декапитированной головки. Помощник крепко фиксирует головку сверху через брюшную стенку, а врач накладывает краниокласт точно так же, как на последующую головку после ее перфорации: внутреннюю лезвие краниокласта вводит в *foramen occipitale magnum*, а наружную накладывает на затылочную кость.

Если наложение краниокласта на декапитированную головку сопряжено с большими трудностями, можно захватить головку острыми, крепкими щипцами Мюзе и извлечь ее наружу.

Иногда удается вступившую в полость таза головку извлечь с помощью акушерских щипцов.

Ригидные мягкие части. При узком *introitus vaginae* в половые органы трудно ввести руку, а тем более инструменты для манипулирования в глубине. В подобных случаях можно рекомендовать делать

большие влагалищно-промежностные разрезы, что не только облегчает доступ к плоду, но и предупреждает возможные разрывы, иногда довольно обширные, мягких частей родового канала.

**Прогноз.** Прогноз для матери обычно омрачается наступившей еще до операции инфекцией. Количество всякого рода поранений матери, связанных и не связанных с операцией, очень обширно. Имеется угроза разрыва матки (показание к операции). Поранения могут происходить и по вине врача, неумело или неосторожно действующего там, где требуются глубокая осторожность, хладнокровие и планомерный образ действий.

---

akusher-lib.ru

## АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ И ВЫПАДЕНИИ ПУПОВИНЫ ИЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПЛОДА

Пуповина и мелкие части при нормальном членорасположении плода никогда не располагаются около или впереди предлежащей части. При типичном членорасположении плода ручки, согнутые в локтевых суставах и скрещенные, обычно лежат на грудке; ножки, также согнутые в тазобедренных суставах (иногда и в коленных), притянуты к животу, а петли отходящей от плода пуповины располагаются между ручками и ножками. В практике врача-акушера, однако, встречаются случаи, когда пуповина, гесп. конечности, плода теряют нормальное типичное членорасположение, что создает осложнения и затруднения при родовом процессе и требует той или иной помощи со стороны акушера.

Акушерская практика различает при патологическом членорасположении два состояния: 1) **п р е д л е ж а н и е** и 2) **в ы п а д е н и е** пуповины, гесп. мелких частей. При первом состоянии пуповина, ручка или ножка прощупываются через оболочки, т. е. **п р и ц е л о м п у з ы р е**, впереди предлежащей части или около нее. При выпадении пуповина, гесп. мелкие части, лежат **п о с л е р а з р ы в а п л о д н о г о п у з ы р я** впереди предлежащей части, выпадая во влагалище, а иногда даже наружу, за пределы вульвы.

Как при предлежании, так и выпадении врач должен оказывать соответствующую помощь в интересах плода и матери.

### ПРЕДЛЕЖАНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ

Предлежание и выпадение пуповины встречаются примерно в 1% всех родов. В этиологии этого осложнения имеют значение все те же моменты, которые обуславливают неполное замыкание нижнего сегмента матки и таза предлежащей частью. К ним относятся: поперечное положение (выпадение пуповины встречается в 20—25%), тазовые предлежания, особенно ножные, узкий таз (в 40% при плоских тазах), многоплодие, крупный плод и др.

Моменты, способствующие выпадению пуповины: раннее вскрытие плодного пузыря, чрезмерная длина пуповины, низкое прикрепление плаценты и особенно многоводие. Существенное значение имеет также выпадение ручки.

Предлежание и выпадение пуповины следует считать серьезным осложнением родового акта. В первую очередь и главным образом они угрожают жизни плода.

Предлежащая часть, особенно головка, продвигаясь по родовому каналу, неизбежно в тот или иной момент родов прижимает пуповину, вызывая асфиксию плода, преждевременные дыхательные движения плода и пр. Опасность для жизни плода возрастает, можно сказать, с каждой минутой. Смерть плода после полного сдавливания пуповины наступает обычно через 10 минут. Смертность детей при выпадении пуповины по самым скромным подсчетам исчисляется в 50%. Особенно высока смертность детей у первородящих. Вполне обосновано предложение при выпадении пуповины у первородящих применять в интересах плода кесарево сечение.

**Д и а г н о с т и к а.** При внутреннем исследовании диагноз выпавшей пуповины ставится без особых затруднений. Наоборот, если в учреждении после отхождения вод не делается внутреннего исследования, установить выпадение пуповины очень трудно и его можно просмотреть.

Между тем самое важное при терапии выпадения—своевременное, при том раннее распознавание его. Ждать, пока появятся выраженные клинические симптомы, требующие оперативного вмешательства (начинающаяся асфиксия плода, изменение сердцебиения и др.), значит наверное потерять плод. Необходимо особенно тщательно следить за сердцебиением плода в момент отхождения вод и после него. Малейшие изменения в частоте, ритме, интенсивности сердечных тонов плода обязывают врача немедленно и безоговорочно приступить к внутреннему исследованию.

**Т е р а п и я** при предлжании и выпадении пуповины определяется, с одной стороны, положением и предлжанием плода, а с другой,—состоянием родовых путей (раскрытие зева, состояние плодного пузыря и пр.).

В тех случаях, когда при черепных предлжаниях установлено предлжание пуповины (целый плодный пузырь), важнейшая и первоочередная задача акушера состоит в том, чтобы всемерно щадить и беречь плодный пузырь,—это, во-первых; во-вторых, попытаться соответствующим изменением положения роженицы устранить опасное осложнение, для чего роженицу следует положить на ту сторону, где пуповины нет. Положим, пуповина предлжит слева (спереди или сбоку от головки)—рожилицу надо положить на правый бок. При таком перемещении туловища плода в силу тяжести сместится вправо, а отклоняющаяся по закону рычага в левую сторону головка будет оттеснять пуповину кверху. В качестве дополнительной меры можно приподнять таз роженицы, подложив подушку или приподняв ножной конец кровати. Рекомендуется также придавать роженице коленно-локтевое положение (*à la vache*).

При полном открытии и целом пузыре некоторые советуют захватить вне схватки предлежащую пуповину (всей рукой через оболочки) и заправить ее за головку. Если это удастся, надо разорвать пузырь (чтобы вставилась головка) и предоставить окончание родов силам природы. Если попытка заправить пуповину окажется безуспешной, после разрыва плодного пузыря можно сделать поворот на ножку с последующим извлечением плода за тазовый конец.

Уместно напомнить о том, что уже говорилось о показаниях к повороту у первородящих: предпринимаемый в интересах плода, он практически, особенно в руках начинающего врача, дает плохие результаты. Поэтому у первородящей при выпадении пуповины операция поворота с последующим извлечением плода, как правило, не спасает положения, и вместо этих операций врачу приходится прибегать к простому вправлению пуповины.

С помощью указанных выше мероприятий иногда удается добиться вставления головки и отхождения кверху пуповины.

Выпадение пуповины при черепных предлежаниях непременно связано с ее прижатием. Такое состояние, ясно, непосредственно угрожает жизни плода. Поэтому врач, распознав выпадение пуповины, должен срочно, в порядке неотложной помощи, принять соответствующие меры для спасения плода. Операцией выбора является классический поворот (при полном открытии зева) и извлечение. Если поворот почему-либо не выполним, плод практически можно считать обреченным на гибель. В случае выпадения пуповины при головке, опустившейся в таз, показано наложение щипцов. Если быстрое родоразрешение (поворот с извлечением, щипцы) почему-либо невозможно или опасно, следует использовать операцию вправления пуповины (*repositio*). В акушерской практике применяется главным образом ручное вправление пуповины. Инструментальное вправление с помощью так называемого репозитория<sup>1</sup> оставлено акушерами. При ручном вправлении роженицу кладут на тот бок, с которого выпала пуповина (головка несколько отходит, легче манипулировать), затем вводят во влагалище всю руку, а в матку, в зависимости от степени ее раскрытия, 2—3—5 пальцев, которыми захватывают пуповину и направляют ее за головку. Как только пуповина направлена, роженицу перекалывают на противоположный бок (головка, смещаясь к средней линии, мешает направленной пуповине выпасть). Некоторые предпочитают производить эти манипуляции в положении роженицы *à la vache*. При ручном вправлении необходимо сугубо осторожно обращаться с пуповиной.

Давно отмечено, что при одновременном выпадении пуповины и ручки (совпадение нередкое, встречается примерно в 25% всех случаев) для спасения плода создаются более благоприятные условия (пуповина лучше выдерживает сдавливание). Исходя из этого, при недостаточном раскрытии зева для предупреждения прижатия выпавшей пуповины было предложено вводить стерильные марлевые валики (3 × 20 см) с одной или с обеих сторон головки. Метод, как показала акушерская практика, мало надежный и не совсем безопасный (инфекция).

Выпадение пуповины, если не как правило, то все же часто происходит при неподготовленном наружном зеве, когда извлечение плода невозможно. В таких случаях рекомендуется метрейриз; в клинической обстановке при соответствующих условиях (выраженное желание матери иметь ребенка, I—рага, особенно пожилая и др.) следует поставить вопрос о кесаревом сечении.

Если плод мертв (отсутствие пульсации в выпавшей пуповине), роды предоставляют самостоятельному течению. В таких случаях показания к специальному вмешательству по поводу выпадения пуповины отпадают.

Выпадение, *гесп.* предлежание, пуповины при тазовых предлежаниях (встречается реже, чем при черепных) в тех случаях, когда она не прижата, не требует немедленного вмешательства. Намотившееся ущемление диктует необходимость извлечения плода за тазовый конец. При вколотившихся ягодицах, если есть признаки прижатия выпавшей пуповины, производится извлечение за паховый сгиб (см. выше, стр. 221).

При недостаточном раскрытии шейки показано впрыскивание атропина, рассечение шейки и экстракция плода за тазовый конец. Прогноз для плода при этой операции в данных условиях плохой.

При поперечном положении вправления выпавшей пуповины не делают: она снова выпадает (фактически нет предлежащей

<sup>1</sup> Особый инструмент, имеющий вид гибкой палочки (из китового уса) или катетера. и в том, и в другом случае с приспособлением для захватывания пуповины в петлю.

части); всякое вмешательство с целью вправления пуповины излишне. В таких случаях врач должен направить усилия не на устранение данной аномалии, а на исправление поперечного положения (поворот).

## ПРЕДЛЕЖАНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ ПЛОДА

При предлежании и выпадении пуповины, как мы только что говорили, опасность угрожает, главным образом, если не исключительно, плоду. Роженица может пострадать только в результате тех вмешательств, которые предпринимает акушер в интересах плода (вправление, поворот и пр.). Что касается предлежания и выпадения конечностей плода (практически речь идет преимущественно о ручке), то они создают непосредственную угрозу и для матери, в той или иной мере нарушая течение родового акта.

Этиологическими моментами предлежания и выпадения мелких частей являются те же факторы, которые мы перечислили выше при выпадении, resp. предлежании, пуповины: неправильные положения, особенно поперечное и тазовое, узкий таз, крупный плод, двойни и пр. К числу предрасполагающих моментов также, помимо уже отмеченных (ранний разрыв плодного пузыря, многоводие), надо отнести ослабление мускулатуры брюшного пресса (отвислый живот) и утрату мышечного тонуса конечностей самого плода. Последнее обстоятельство является причиной того, что выпадение конечностей особенно часто наблюдается у незрелых, мацерированных и у умирающих плодов.

В клиническом отношении предлежание и выпадение конечностей плода имеют разный удельный вес при различных положениях и предлежаниях.

Все, что имеет отношение к предлежанию и выпадению конечностей, при тазовых предлежаниях, поскольку речь идет о предлежании и выпадении ножки или ножек (разгибательные тазовые предлежания), сказано нами выше, в главе о тазовых предлежаниях.

Выпадение ручки при поперечном положении, что, как мы знаем, встречается довольно часто, также рассмотрено выше. Там же даны указания, как в данном случае поступать при ведении родов.

В практическом отношении наиболее важное значение имеет предлежание и выпадение конечностей плода рядом с головкой (при черепных предлежаниях). Осложнение это наблюдается не часто (по И. И. Яковлеву, в 0,04—1,6%). Чаще оно возникает при второй позиции (отклонение тела матки вправо). Распознать его не трудно. Если врач, производя внутреннее исследование при целом пузыре, обнаружит рядом с головкой кисть руки (иногда и предплечье), значит это предлежание ручки; при отошедших водах это будет выпадение ручки. При выпадении чаще рядом с головкой лежит кисть ручки, иногда определяется вытянутая ручка (предплечье), очень редко выпадают обе ручки. Мы уже упоминали, что в 25% всех случаев выпадение ручки сочетается с выпадением пуповины.

Выпадение ручки может значительно препятствовать правильному течению родов. Выпавшая, особенно полностью, а не одной кистью, ручка затрудняет вступление головки в таз, нередко вызывая, особенно при узком тазе, различного рода отклонения от нормального механизма вставления и предлежания (передне-головное предлежание, лицевое предлежание, асинклитическое вставление и др.). Затрудняя поступательное движение головки, выпавшая ручка в дальнейшем может препятствовать нормальной ротации головки. Период изгнания неизбежно затягивается. Прогноз для матери и плода серьезен, особенно для последнего: умирает до 28% детей.

Терапия при предлежании и выпадении конечностей плода в основном та же, что и в случаях предлежания и выпадения пуповины.

При предлежании ручки рядом с головкой роженицу следует держать на том боку, где нет предлежащей ручки: туловище плода при таком положении переваливается на противоположную предлежащей ручке сторону, головка же, вступая в таз, оттесняет ручку кверху.

Выпавшую ручку (при отошедших водах) прежде всего надо попытаться вправить (техника та же, что и при вправлении пуповины); если это не удается, то произвести поворот. Если головка вставилась в полость таза, роды приходится заканчивать наложением щипцов (не прихватить ложкой выпавшую ручку!). При мертвом плоде показана перфорация.

Несколько слов относительно выпадения ножки рядом с головкой. Такая аномалия членорасположения встречается исключительно редко (по Г. Г. Гентеру, в 0,025% родов), обычно при узком тазе, особенно при родах недоношенным или мацерированным плодом (резкое сгибание туловища плода при разогнутой ножке). Обычная ошибка врача в таких случаях: он принимает данное осложнение за неполное ногоположение. Предпринимаемое в связи с такой ошибкой извлечение плода может повести к роковым последствиям. При правильном распознавании надо осторожно попытаться вправить ножку, в случае неудачи—закончить роды наложением щипцов или перфорацией. При известных условиях можно ставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения (И. И. Яковлев).

---



## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CAESAREA)

Кесаревым сечением называется операция, при которой хирургическим путем вскрывают беременную матку и из нее извлекают плод со всеми его добавочными эмбриональными образованиями.

Операция кесарева сечения известна с глубокой древности. В России первое кесарево сечение с благоприятным исходом для матери и плода сделал Г. Ф. Эразмус в 1756 г.

В первое время и в доаэптическую эпоху кесарево сечение—это «отважное хирургическое действие»—давало почти абсолютную материнскую смертность и внушало женщинам ужас. В целях снижения материнской смертности было предложено после операции кесарева сечения удалять матку (ампутация, *resp.* экстирпация). Г. Е. Рейн в 1875—1876 гг. показал в эксперименте на животных, что удаление матки не является смертельной операцией. В 1876 г. Порро предложил свою модификацию кесарева сечения (удаление матки и вшивание ее культи внебрюшинно, в нижний угол раны). В дальнейшем, с наступлением эры антисептики и асептики, проблема кесарева сечения как акушерской хирургической операции получила должное освещение и применение. Наиболее правильно она решена в Советском Союзе.

Откуда операция получила свое название? Термин «кесарево сечение» (*sectio caesarea*) одни связывают с именем Юлия Цезаря, который по преданию был извлечен из матки путем ее сечения. В. С. Груздев дает другое объяснение. По его мнению, операция получила свое название в силу того, «что предписание производить ее в известных случаях (на умершей) вошло в кодекс древнейших римских законов, составление которых приписывается римскому царю Нуму Помпилию». Поэтому правильно было бы, по Груздеву, называть операцию не кесаревым сечением (*sectio caesarea*), а царским сечением (*sectio regia*).

Однако, вероятно всего, термин «*sectio caesarea*» происходит от двух латинских слов, имеющих одно и то же значение (тавтология): «*secare*» (резать, рассекать) и «*caedere*» (резать). Дети, извлеченные через разрез живота, назывались «*caesones*», т. е. родившиеся «*ab utero caeso*» (Плиний). Таким образом, термин «кесарево сечение», повидимому, ничего общего со словом «кесарь» не имеет.

Ужасающая материнская смертность, которую давала операция кесарева сечения в доаэптическую эпоху, оставила о себе, как мы сказали, недобрую память, как операция очень тяжелая и рискованная. В наше время это, конечно, не соответствует действительности.

В истинном смысле этого слова под термином «кесарево сечение» следует понимать родоразрешение абдоминальным путем. Беременную матку вскрывают, обходя естественный путь (через цервикальный канал): вскрывают брюшные стенки, как при всяком другом чревосечении, а затем полость матки. Название «кесарево сечение» стали применять и в тех случаях, когда матку вскрывают *per vaginam*; естественный путь через шейный канал сохраняется, но расширяется за счет рассеченного нижнего маточного сегмента.

Первый способ оперирования называется а б д о м и н а л ь н ы м к е с а р е в ы м с е ч е н и е м (*sectio caesarea abdominalis*), второй—в л а г а л и щ н ы м к е с а р е в ы м с е ч е н и е м (*sectio caesarea vaginalis*).

## АБДОМИНАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (*SECTIO CAESAREA ABDOMINALIS*)

При абдоминальном кесаревом сечении акушер в своих действиях совершенно не связан с тем, в каком состоянии находятся родовые пути, другими словами, кесарево сечение можно производить в любом периоде родов, даже во время беременности.

К этой операции приходится прибегать в тех случаях, когда родоразрешение *per vias naturales* по тем или иным причинам или совершенно невозможно, или, наконец, грозит непосредственной опасностью матери и плоду.

### ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

Показания к кесареву сечению принято делить на а б с о л ю т н ы е и о т н о с и т е л ь н ы е.

Кесарево сечение по а б с о л ю т н ы м п о к а з а н и я м делают тогда, когда нет другой, заменяющей операции, когда извлечь плод *per vias naturales* даже в уменьшенном виде, после краниотомии или эмбриотомии, невозможно.

О т н о с и т е л ь н ы е п о к а з а н и я носят иной характер. С усовершенствованием оперативной техники вообще, и техники кесарева сечения в частности, показания к этой операции стали расширяться все больше и больше. В настоящее время кесарево сечение часто производят в о б х о д тех операций, при которых извлечение доношенного плода *per vias naturales* возможно, но только в уменьшенном виде (плодоразрушающие операции). Это будут показания не а б с о л ю т н ы е, а о т н о с и т е л ь н ы е. Точно так же в настоящее время кесарево сечение по относительным показаниям делают и в тех случаях, где раньше применялись и с тем или иным успехом применяются и теперь, другие операции, к примеру, при предлежании детского места вместо метрейриза и раннего поворота (по Брэкстон-Гиксу). В общем кесарево сечение по относительным показаниям в настоящее время делают при целом ряде патологических положений, которые возникают во время родов.

Деление показаний к кесареву сечению на абсолютные и относительные, понятно, чисто условное. Некоторые акушеры считают его даже излишним. В этом есть доля правды. По существу почти все показания можно считать относительными, поскольку при них, помимо кесарева сечения, имеется возможность, за редкими исключениями, закончить роды другим способом. Все же, мне думается, деление показаний к кесареву сечению на абсолютные и относительные следует сохранить уже по одному тому, что акушер, решаясь идти на кесарево сечение по относительному показанию, обязан особенно строго и серьезно проанализировать и взвесить те условия, при которых можно сделать такую операцию. У врача в данном случае всегда имеется выход—другая, заменяющая кесарево сечение операция. К а б с о л ю т н ы м п о к а з а н и я м относятся следующие.

1. А б с о л ю т н о у з к и й т а з — почти единственное показание к кесареву сечению, которым руководствовались старые акушеры—в настоящее время также может служить одним из абсолютных показаний к этой операции.

Мы условились (см. «Узкий таз») абсолютно узким считать такой таз, истинная конъюгата которого не превышает 6 см. Поэтому абсолютным показанием к кесареву сечению мы будем считать такой таз, истинная конъюгата которого не превышает 6 см. Иногда и более просторный таз, но при крупном плоде (клинически абсолютно узкий таз) дает такие же абсолютные показания к кесареву сечению. Врач правильно поступит при таких условиях, если в сомнительных случаях будет считать, что имеет абсолютное показание к кесареву сечению. Такое решение вопроса при соответствующей клинической обстановке будет полностью соответствовать интересам матери и плода.

2. Всякого рода рубцовые сужения влагалища, при которых невозможно родоразрешение *per vias naturales* даже с помощью плодоразрушающей операции (редкие случаи стенозов влагалища и шейки на почве инфекционных заболеваний, как дифтерия, скарлатина и др., в результате различного рода манипуляций при криминальном аборте и пр.).

3. Опухоли. Опухоли мягких и костных частей таза, миомы матки, опухоли яичников при неблагоприятной локализации могут явиться непреодолимым препятствием к извлечению даже уменьшенного в размерах плода, а поэтому их следует считать в числе абсолютных показаний к кесареву сечению.

Необходимо стремиться к тому, чтобы кесарево сечение при абсолютных показаниях делалось как раннее хирургическое вмешательство, т. е. в конце беременности («на сносях») или в самом начале родов, самое позднее—сейчас же за разрывом плодного пузыря.

По абсолютным показаниям операция кесарева сечения производится при всяких условиях (мертвый плод, инфицированная матка): здесь нет выхода, нет другой, заменяющей операции. Иное дело, если кесарево сечение делается по относительным показаниям. Здесь оно заменяет какую-либо другую возможную операцию (чаще одну из плодоразрушающих), а поэтому необходимо строго соблюдать два основных условия: 1) матери не должна угрожать опасность инфекции и 2) плод должен быть живой и жизнеспособный.

В общем кесарево сечение по относительным показаниям делается при следующих патологических состояниях, связанных с беременностью и родами.

1. Узкий таз. Мы знаем, что рождение доношенного живого плода возможно при истинной конъюгате в 8 см. Если она ниже 8 см, самопроизвольные роды доношенного плода возможны, но при известных благоприятных условиях (маленькая головка), а при конъюгате ниже 7,5 см рождение не уменьшенной в объеме головки, как правило, невозможно. В таких случаях при соответствующей клинической обстановке акушер в интересах плода может ставить вопрос о применении кесарева сечения по относительным показаниям.

При узком тазе с конъюгатой указанных размеров, если роды уже происходят, воды отошли и исход операции вызывает сомнение, врачу нередко трудно решить, что предпринять: перфорировать головку или оперировать? В данном случае следует тщательно проанализировать все моменты. Прежде всего необходимо учесть желание матери иметь живого ребенка. Бывают случаи, когда мать настойчиво требует в интересах плода закончить роды кесаревым сечением. На сегодня наиболее верным способом спасти жизнь плоду является кесарево сечение. Акушер в таких случаях, приняв все мыслимые и возможные предосторожности, обязан пойти навстречу желанию роженицы.

При постановке показаний к кесареву сечению у первородящих надо учесть два обстоятельства: у них, как правило, бывают более сильные и энергичные схватки (если роженица не инфантильна), а головка плода имеет меньшие размеры и обладает оптимальной способностью к конфигурации, чем у повторнородящих. Что же касается повторнородящих, то у них данные о течении предыдущих родов могут помочь выбрать метод родоразрешения. Если предшествовавшие роды сопровождались перфорацией плода, «трудными» щипцами или рождением мертвого ребенка, вопрос о кесаревом сечении решается в утвердительном смысле. И обратно: если предыдущие роды протекали сравнительно гладко, следует держаться выжидательной тактики.

Принимая решение о немедленном хирургическом вмешательстве во время родов, врач иногда колеблется, не знает, как ему поступать при наличии признаков внутриутробной асфиксии плода. Будет ли извлечен живой плод или он погибнет во время или вскоре после операции? Мнения по данному вопросу расходятся. Одни оперируют только в том случае, если у плода нет никаких признаков асфиксии, другие же приступают к операции и тогда, когда имеются начальные признаки (сигнальные) асфиксии.

Операциями, которые раньше конкурировали с кесаревым сечением по относительным показаниям, являются преждевременные роды, так называемый профилактический поворот при узком тазе, и пубо- и симфизотомия. Мы считаем, что все эти операции стали уже достоянием истории.

2. Стенозы мягких родовых путей. Стенозы шейки матки и влагалища возникают на почве язвенных процессов, обычно в результате послеродовой инфекции или после оперативных вмешательств. Обычно в таких случаях в процесс вовлекается тазовая клетчатка, в силу чего в ней также появляются рубцовые изменения, наряду с рубцами в области шейки и влагалища. Стенозы родовых путей и рубцовые изменения в клетчатке могут сделать самопроизвольные роды невозможными. Оперативное вмешательство со стороны влагалища в таких случаях может повести к большим повреждениям с сильнейшим кровотечением.

Наилучшим выходом из положения для матери и для плода будет кесарево сечение с последующей стерилизацией (перевязкой труб), если того пожелает роженица.

3. Опухоли. Выше было сказано, что опухоли иногда могут служить абсолютным показанием к кесареву сечению. Но иногда приходится при опухолях прибегать к кесареву сечению и по относительному показанию, особенно если шансов на естественное родоразрешение мало, а мать выражает настойчивое желание иметь живого ребенка.

Особо следует остановиться на миомах матки. Они редко ущемляются в тазу настолько, чтобы служить препятствием для прохождения плода. Но если ущемление происходит, показано кесарево сечение. Не надо забывать, что если оставить после кесарева сечения миоматозную матку, это часто ведет к кровотечениям, некрозу, инфекции, нагноениям и пр. Поэтому можно рекомендовать произвести одновременно с кесаревым сечением надвлагалищную ампутацию, геср. полную, экстирпацию матки.

Рак матки. При раке матки во время беременности действия врача определяются тем, операбельна или неоперабельна форма рака. При операбельной форме показана операция тотальной экстирпации в любой период беременности. При неоперабельном раке следует выждать конца беременности, произвести кесарево сечение и удалить матку. Самопроизвольные роды при запущенном раке матки могут повести к серьезным осложнениям в виде кровотечения.

4. Предшествовавшие операции на половых органах.

**Ф и с т у л о р р а ф и я.** Защитные мочеполовые фистулы при последующих родах могут рецидивировать, особенно если это будут трудные роды при узком тазе. В подобных случаях следует держаться выжидательной тактики только тогда, когда защитная фистула имеется у роженицы с нормальным тазом.

**З а ш и в а н и е р а з р ы в а м а т к и.** В ряде случаев рубцы после больших разрывов матки вновь разрываются при последующих родах. Поэтому при наличии таких рубцов показано кесарево сечение. Оперировать следует классическим способом и одновременно для предупреждения дальнейших беременностей иссечь трубы.

**5. П р е д л е ж а н и е п л а ц е н т ы.** Для врача в условиях работы на участке наилучшим, возможным в его руках, методом терапии является поворот по Брэкстон-Гиксу (в некоторых случаях частичного предлежания плаценты можно наложить головные щипцы по А. А. Иванову). Давая сравнительно благоприятные результаты для матери, этот метод обрекает почти на верную смерть живой жизнеспособный плод. Смертность детей при нем доходит до 75—80%. Ввиду этого при *placenta graevia* в соответствующих клинических условиях в интересах плода надо производить кесарево сечение.

Сильное кровотечение при не начавшихся еще родах, вследствие центрального, гесп. бокового, предлежания плаценты, является показанием к кесареву сечению.

Мы полагаем, что роды при *placenta graevia centralis*, чрезвычайно опасные, угрожающие жизни, дают право считать это грозное осложнение для беременной относительным показанием к кесареву сечению даже тогда, когда плод мало жизнеспособен и мало шансов сохранить его в живых. В данном случае кесарево сечение применяется в интересах матери, причем эта операция будет операцией выбора.

**6. Э к л а м п с и я.** Лечение по Строганову, строгий покой, кровопускание и магниезиальная терапия дают в умелых руках очень хорошие результаты. Кесарево сечение при эклампсии показано в исключительных случаях—отслойка сетчатки, начинающийся отек легких, кровоизлияние в мозг, длительное бессознательное состояние (несмотря на проводимую консервативную терапию).

**7. Б о л е е р е д к и е п о к а з а н и я.** На них мы останавливаться не будем, так как о большинстве таких показаний говорилось в соответствующих разделах руководства. К ним относятся все те случаи, где благоприятный исход для плода при самопроизвольном течении родов будет находиться под сомнением:

- 1) преждевременная отслойка нормально сидящей плаценты;
- 2) неблагоприятное вставление головки (лобное предлежание, лицевое предлежание с обращенным кзади подбородком, задне-теменное или лицмановское вставление);
- 3) выпадение пуповины;
- 4) чистое ягодичное предлежание у пожилых первородящих, особенно при наличии какого-нибудь дополнительного осложнения (миомы, сужение таза и др.).

#### УСЛОВИЯ ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Чтобы кесарево сечение выполнило свое назначение—сохранить жизнь и здоровье матери, а также жизнь и здоровье ребенка, требуется целый ряд условий. Их можно разделить на **х и р у р г и ч е с к и е** и **а к у ш е р с к и е**.

Хирургических условий два: 1. Оперативная техника. Только в крайних случаях, при абсолютных показаниях, когда не имеется специалиста, к производству кесарева сечения может приступить и мало подготовленный практический врач. Во всех других случаях кесарево сечение должен производить опытный специалист, хорошо владеющий техникой абдоминального чревосечения.

2. Обстановка. Только при абсолютном показании и невозможности транспортировать больную в клинически оборудованное лечебное заведение можно импровизировать операционную в имеющейся обстановке. Во всех прочих случаях кесарево сечение должно проводиться в хорошо обставленной операционной, при наличии достаточного инструментария и хорошо обученного персонала. Только тогда можно рассчитывать на благоприятный исход операции.

Акушерские условия. Раньше всегда требовалось, чтобы классическое кесарево сечение производилось только тогда, когда полость матки была абсолютно стерильной. Сомнительные случаи не подлежали оперированию по классическому методу. Учитывая это, всегда выдвигали три условия для производства классического кесарева сечения.

1. Роженица не должна лихорадить. Всякое повышение температуры во время родов говорит о том, что родовые пути инфицированы (понятно, необходимо исключить другие случайные инфекции).

2. Плодный пузырь должен быть цел или отхождение вод произошло недавно. Целость плодного пузыря обычно гарантирует отсутствие инфекции в полости матки. Как только отошли воды, микробы могут проникнуть вверх, инфицируя полость матки. Особенно опасны в этом отношении микробы, которые заносятся в половые органы извне. Ввиду этого исход операции после отхождения околоплодных вод был сомнительным. Чтобы получить хорошие результаты, приходилось оперировать при целом плодном пузыре или недавно отошедших водах. По абсолютным показаниям кесарево сечение, понятно, делалось и при отошедших водах.

3. Женщина не должна подвергаться влагалищному исследованию перед самой операцией, ибо при каждом влагалищном исследовании пальцами заносятся микроорганизмы.

Перечисленные три условия в настоящее время при наличии сульфаниламидов и антибиотиков не имеют того определяющего и решающего значения, какое они имели не так давно. Однако и теперь необходимо учитывать при кесаревом сечении угрозу инфекции, течение которой не всегда можно предугадать.

Об условиях при кесаревом сечении по относительным показаниям мы уже говорили. Принимая решение о кесаревом сечении, врач всегда должен помнить два основных условия: матери не должна угрожать опасность, особенно в смысле инфекции, плод должен быть живым.

Непосредственные результаты кесарева сечения: материнская заболеваемость и смертность, заболеваемость и смертность новорожденных, осложнения после операции—расцениваются в специальной литературе по-разному.

На сегодня, пожалуй, все согласны только в одном, а именно, что кесарево сечение никак нельзя считать безопасной операцией. Кесарево сечение, наоборот,—опасная акушерская операция. Она дает в среднем около 2% материнской смертности. Ни одна акушерская влагалищная операция не дает такой смертности. Представители крайнего радикализма в смысле расширения показаний к кесареву сечению (Гирш, Дерфлер и др.) оспаривают последнее положение. Больше того, надо считать знаменем времени предложение, сделанное Гиршем,—совер-

шенно отбросить «влагалищный» способ оперирования в акушерстве, заменив его абдоминальным. Это предложение нашло последователей, особенно среди американских акушеров. Советские акушеры, руководствуясь традициями отечественных основоположников акушерства, решительно отмежевываются от сторонников такого необоснованного радикализма, причем получаемые ими результаты подтверждают правильность занимаемой позиции в отношении показаний к кесареву сечению.

## ТЕХНИКА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

### Анатомические сведения

Прежде чем перейти к изложению техники кесарева сечения, необходимо дать хотя бы краткое описание анатомии и топографии матки в конце беременности (рис. 316).

Беременная матка «на сносях» имеет вид овоида, который располагается в брюшной полости кпереди и несколько справа от кишечных петель, упираясь верхним полюсом в нижнюю поверхность печени. Дно матки обычно оттеснено вправо, будучи покрыто спереди сальником и поперечноободочной кишкой (*colon transversum*) в виде римской цифры V. Правая ветвь этой фигуры уходит в глубину под край печени, левая лежит более поверхностно, направляясь в левое подреберье вдоль большой кривизны желудка. Правый край передней маточной стенки соприкасается непосредственно с боковой брюшной стенкой, прикрывая почти целиком слепую кишку, отодвинутую вверх и кзади. Таким образом, слепая кишка к концу беременности располагается не в подвздошной области, а где-то справа выше пупка, нередко под краем печени. Левый край передней стенки матки прикрыт кишечными петлями сильно выступающей вперед *flexura sigmoidea*. При метеоризме петли тонких кишок и S-гопанит, вытягиваясь сильно вперед, могут прикрыть переднюю поверхность матки вплоть до белой линии живота.

Придав женщине положение с опущенной книзу головой, можно добиться того, что кишки и сальник отходят от пупочной области и таким образом освобождают переднюю стенку матки.

Нижний маточный сегмент (перешеек матки) в конце беременности более или менее глубоко погружается в малый таз, где он лаггерально соприкасается с боковыми стенками таза, а спереди—с подвздошной областью брюшной стенки. Между передней стенкой нижнего сегмента матки (он теперь входит в состав плодовместилища) и брюшной стенкой часто ложится переполненный мочевой пузырь; обычно он располагается больше



Рис. 316. Топографо-анатомические отношения матки в конце беременности.

слева. В опорожненном состоянии пузырь помещается в малом тазу, при наполнении поднимается в брюшную полость, располагаясь спереди и слева от нижнего маточного сегмента. Во время родов с опусканием головки в малый таз мочевой пузырь, как правило, поднимается из малого таза в брюшную полость, причем дно пузыря может подняться на 5—6 см выше лобка. Это обстоятельство надо иметь в виду. Даже опорожненный с помощью катетера (перед операцией) мочевой пузырь во время родов все же находится выше лобка.

Если по вскрытии брюшной полости отодвинуть сальник и петли кишок в сторону, то будет видна матка, наклоненная вправо и несколько повернутая вокруг своей продольной оси слева направо. Правых придатков не видно. Правая круглая связка еле намечается. Левая лежит спереди и идет немного косо по направлению к левой паховой области. На несколько сантиметров выше изади от левой круглой связки отходит левая труба и ее брыжейка (*mesosalpinx*), немного прикрывающая яичник.

Ось матки, таким образом, лежит не в сагиттальной плоскости по *linea rubo-hurphoidea*, как вне беременности, а правее этой линии. Кроме того, впереди обращена скорее не передняя стенка матки, а боковая с левыми придатками. Матка в родах представляет собой полый мускул, постоянно сокращающийся и расслабляющийся. Под влиянием схваток маточные стенки делаются плотными, причем вся матка принимает форму овоида. Под воздействием сильных родовых схваток овоид стремится выпрямиться, причем дно матки приближается к средней линии, несколько выпячиваясь вперед.

Наружная поверхность стенки матки на всем протяжении выглядит неодинаково. Сверху, у дна, она лилово-красного цвета, покрыта брюшиной, крепко спаянной с мышцами. Ниже, ближе к малому тазу, стенка матки покрыта белесоватой пленкой. Пленка брюшины подбита рыхлой клетчаткой и легко отделяется от маточной стенки. Та часть маточной стенки, которая рыхло соединена брюшиной, соответствует приблизительно тому ее отрезку, в котором лежит нижний полюс плода (обычно голсвка). Верхний край этого легко отделяющегося брюшинного покрова принято считать верхней границей нижнего маточного сегмента. Брюшина, как известно, не покрывает полностью переднюю поверхность нижнего маточного сегмента. Под *excavatio vesicouterina*, глубина которого зависит от индивидуальных особенностей и от степени наполнения мочевого пузыря, нижний маточный сегмент на более или менее значительном протяжении не покрыт брюшиной. Эта подбрюшинная зона находится то в области малого таза, то выше, в брюшной полости, в зависимости от высокого или низкого расположения нижнего полюса плода. Весь нижний маточный сегмент, от внутреннего маточного зева до верхней границы легко отделяющейся брюшины, обычно к концу беременности имеет 6—10 см в длину. В тех случаях, когда таз представляет препятствие для прохождения головки, нижний маточный сегмент к концу родов растягивается до максимума и его длина значительно превышает 10 см. Выше указывалось, что нижний маточный сегмент расположен в брюшной полости, и в малом тазу. Локализация нижнего маточного сегмента по отношению к тазовому скелету меняется, как об этом уже говорилось, в зависимости от положения подлежащей части. Он будет лежать целиком в малом тазу, если подлежащая часть находится высоко. Но как только она вступает во вход в таз и опускается ниже, нижний маточный сегмент располагается почти целиком над малым тазом. Следует иметь в виду, что оперативным путем легко дойти до нижнего маточного сегмента лишь в том случае, если он поднялся кверху в брюшную полость. Более доступ-



ным можно сделать нижний маточный сегмент, придав женщине положение с опущенной книзу головой.

При всякого рода операциях на матке, как абдоминальных, так и влагалитических, необходимо обращать внимание на состояние и расположение мочевого пузыря.

Нижний маточный сегмент, как мы сказали, покрыт листком брюшины. Этот листок легко отделяется, так как между ним и маточной стенкой имеется слой рыхлой клетчатки. Во время беременности, а еще больше во время родов, этот слой клетчатки пропитывается серозной жидкостью. Такое пропитывание можно проследить не только в области нижнего сегмента; оно распространяется и по сторонам, как бы в виде крыльев, доходя до места отхождения круглых связок, отсюда по широким связкам идет по ходу прикрепления брыжейки трубы (мезосальпинкса), дальше латерально и вверх до подвздошной и поясничной области.

Покрывающий нижний маточный сегмент листок брюшины не одевает его, как мы сказали, на всем протяжении. На той или иной высоте он загибает вверх, на переднюю брюшную стенку, образуя, таким образом, *excavatio vesicouterina*.

Мочевой пузырь расположен впереди от нижнего маточного сегмента и *excavatio vesicouterina*. Он частично прикреплен к надвлагалищной части шейки матки и к нижнему сегменту. Между мочевым пузырем и нижним маточным сегментом лежит слой рыхлой клетчатки, толщиной около 2 см, считая сверху вниз. Опорожненный мочевой пузырь, как правило, находится в полости малого таза. Верхушка его лежит позади лонного соединения. В наполненном состоянии пузырь или остается в малом тазу, выпячивая книзу переднюю влагалитическую стенку, или, что бывает чаще, поднимается вверх, в брюшную полость, и ложится здесь впереди и влево от нижнего маточного сегмента.

Было уже подчеркнуто, что во время родов даже опорожненный мочевой пузырь лежит выше лонного соединения, поднимаясь иногда на 5 или 6 см выше лобка.

Передняя складка пузырьно-маточного кармана также поднимается вверх и становится как бы надпузырной. Во время беременности толщина стенки матки и нижнего маточного сегмента примерно одинакова, т. е. около 0,5 см. Но во время родов нижний маточный сегмент, растягиваясь, истончается иногда до 2 мм.

Несколько слов о брюшной стенке беременной женщины. Мы знаем, что эта стенка под влиянием растущей матки сильно растягивается. Такое растяжение передней и передне-боковых частей стенки происходит не без ущерба для нее. На наружных покровах оно сказывается сглаживанием пупка и образованием так называемых рубцов, вернее, полос беременности (*striae gravidarum*), которые существенного значения не имеют. Не так безразлично растяжение для мышечно-апоневротической части брюшной стенки, находящейся под воздействием давящей на нее в вертикальном направлении матки (вес матки по крайней мере составляет 6 кг). Апоневроз между прямыми мышцами сильно растягивается и истончается, в силу чего прямые мышцы, непосредственно над лобком прилегающие друг к другу, расходятся вверх все больше и больше, образуя фигуру в виде римской цифры V. На уровне пупка растяжение апоневроза достигает максимума.

**Подготовка к операции.** Самым лучшим временем для операции следует считать момент наступления схваток при сохранившемся еще плодном пузыре. О значении целостности плодного пузыря для предупреждения инфекции мы говорили выше. Что касается предложения ждать с операцией кесарева сечения до появления схваток, то оно диктуется, с одной

стороны, желанием создать для послеродовых лохий надлежащий отток, а с другой,—дать возможность матке хорошо сократиться после удаления плода и плаценты. Не следует слепо придерживаться указанного образа действий, особенно если имеется показание к немедленному оперированию, например, при преждевременном отхождении вод, при placenta praevia и др.

Еще до начала схваток роженицу следует выкупать. Надо позаботиться и об опорожнении кишечника, лучше всего клизмой из чистой воды. Перед операцией волосы на лобке и на животе сбривают; брюшную стенку, наружные половые органы и бедра тщательно обмывают теплой водой с мылом. Наружные половые органы, кроме того, следует обмыть 1% раствором лизола или 1% раствором сулемы. Опорожняют мочевой пузырь, затем приступают к наркозу (эфирный). Только после того, как роженица уснула, ее переносят на операционный стол, где и придают ей горизонтальное положение со слегка приподнятым тазом.

В настоящее время широко применяется местное обезболивание.

Прокипяченные инструменты к этому времени должны быть разложены на стерильных салфетках. Инструменты нужны следующие: несколько скальпелей, хирургических пинцетов, ножниц, прямых и изогнутых по ребру, необходимое количество артериальных зажимов (около 18—20 штук), несколько зажимов для белья, крючки для брюшных ран (хорошо иметь автоматический крючок), несколько иглодержателей, достаточное количество игл и акушерские щипцы. Из лигатурного материала наготове должны быть кетгут, сильквормгут, шелк и скобки со специальным пинцетом для их накладывания. Кроме того, достаточное количество стерильного белья и перевязочного материала.

Для успешного и бесперебойного хода операции хирургу следует иметь двух ассистентов, одного помощника на инструментах, наркотизатора (лучше и помощника при наркозе) и еще одного сведущего помощника, кому передают ребенка после его извлечения. У помощника наркотизатора должен быть наготове шприц, камфора, эрготин, питуитрин и солевой раствор. Должно быть приготовлено также все необходимое для переливания крови.

Оперировать следует в резиновых стерильных перчатках. Так обставляется операция в клиниках или родовспомогательных учреждениях клинического типа. При других условиях, конечно, обстановка может быть упрощена во всех деталях.

После того как роженица уложена на стол, брюшные стенки вытирают йодбензином (Jod puri 1,0; Benzini 100,0) и затем смазывают один раз 10% йодной настойкой. После этого все операционное поле закрывают стерильными простынями и салфетками, оставляют только узкую щель по средней линии.

Рекомендуется для предупреждения атонии матки вводить в момент кожного разреза питуитрин (1 мл) под кожу.

### Классическое кесарево сечение

**Техника операции** такова. Делают разрез по средней линии, примерно на протяжении 16 см, продолжая его сверху и книзу на равном расстоянии и от пупка.

По вскрытии брюшины беременную матку выводят в операционную рану (рис. 317). В брюшную полость вводят несколько стерильных салфеток между маткой и брюшной стенкой, чтобы предупредить попадание в брюшную полость околоплодной жидкости и крови. Салфетки при введении считают, наружный конец салфетки прикрепляют зажимами к наружной простыне. Затем на передней маточной стенке делают разрез свежим скальпе-

лем, не тем, которым вскрывалась брюшная стенка. Разрез должен быть длиной не менее чем 12 см. Если делать разрез меньше, матка при извлечении плода рвется.

Разрез через маточную стенку следует производить быстро, но без излишней силы, чтобы не поранить плод. Вскрыв маточную стенку, обычно попадают скальпелем или на плодные оболочки, или на плаценту. Оболочки надо разорвать, захватить ножку плода и извлечь его наружу. Если же скальпель попадает на подлежащую плаценту—*placenta praevia caesarea*<sup>1</sup>, ее отделяют рукой по направлению книзу до оболочек, которые здесь надры-

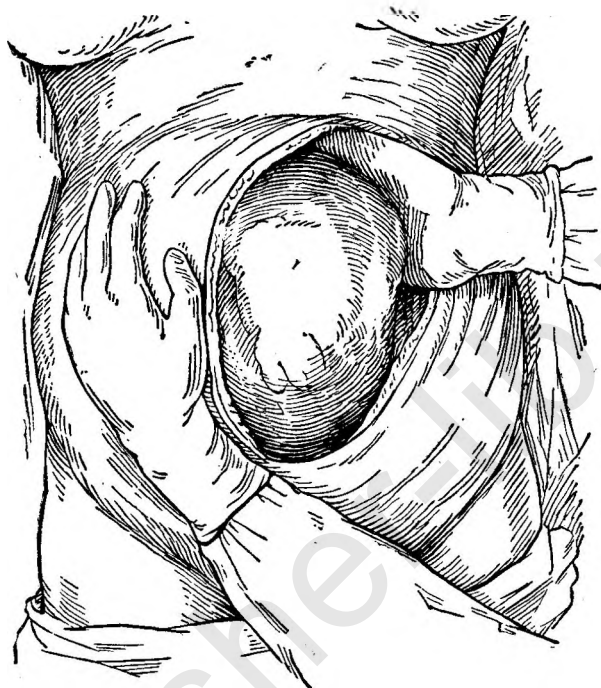


Рис. 317. Классическое кесарево сечение. Выведение матки через операционную рану.

ваются, и плод извлекается наружу. Можно итти рукой и непосредственно через плаценту, чтобы извлечь плод. По извлечении его пуповину перерезают между двумя зажимами. Матка на глазах уменьшается в размерах. Плацента может отделиться самопроизвольно. В этом случае ее легко извлечь за пуповину. Если же плацента не отделилась, приступают к ручному отделению ее. После извлечения плаценты и оболочек необходимо тщательно осмотреть полость матки и удалить оставшиеся куски оболочек и плаценты. Вслед за этим приступают к наложению швов на маточную стенку. Перед зашиванием в верхний угол разреза вставляют узкий подъемник (рис. 318), который при подтягивании матки кверху способствует гемостазу, а также фиксирует матку в удобном для зашивания положении. Швы следует накладывать весьма тщательно (важно для гемостаза и для последую-

<sup>1</sup> О локализации плаценты можно до известной степени судить по расположению и длине круглых маточных связок. Если плацента прикрепляется к передней стенке матки, круглые связки идут по бокам матки, расходясь от средней линии ее передней стенки; наоборот, при плаценте, сидящей на задней поверхности матки, круглые связки сближаются друг с другом, делаясь более короткими.

щего образования надежного рубца). Их накладывают в три этажа. Швы кетгутовые. Мышечные (узловатые) швы накладывают в количестве 10—12 штук на расстоянии 0,5 см друг от друга (рис. 319). Для этого берут сильно изогнутые крепкие иглы. Иглу вкалывают непосредственно под серозной оболочкой, захватывая мускулатуру, и выводят на границе между мышцей и отпадающей оболочкой. На другой стороне иглу проводят в обратном порядке: вкалывают между decidua и мускулатурой и выводят через мышечную оболочку. Если по наложении швов где-нибудь обнаруживаются дефекты, надо сделать дополнительные швы. Можно применять и непрерывный кетгутовый шов. Обрезав коротко концы швов, приступают к наложению

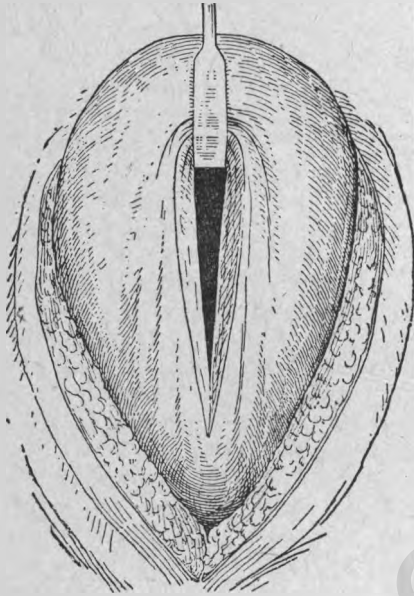


Рис. 318. Классическое кесарево сечение. Узкий подъемник, введенный в верхний угол разреза, растягивает рану, способствуя уменьшению кровотечения.

мышечно-серозного шва (второй этаж). При этом шве захватывается серозный покров матки вместе с мышечным слоем маточной стенки. Шов узловатый или непрерывный кетгутовый (рис. 320). Третий этаж швов—непрерывный кетгутовый—соединяет оба края брюшины, покрывающей матку (рис. 321). По удалении салфеток приступают к зашиванию брюшной стенки обычным путем. Перед закрытием брюшной полости нужно выжать из матки скопившиеся в ее полости сгустки. В случае необходимости вводят профилактически пенициллин.

Дальнейший уход за больной ничем не отличается от ухода после обычной лапаротомии. В течение первых 24 часов после операции больная должна воздержаться от питья (рвота). В случае жажды рекомендуется подкожное или ректальное введение физиологического солевого раствора. Через 48 часов после операции следует позаботиться об опорожнении кишечника (с помощью клизмы из чистой воды комнатной температуры). Кожные швы (скобки) удаляют на 7-й день.

Существует ряд отступлений от описанного метода оперирования. Остаиваться на всех модификациях мы не имеем возможности, поэтому коснемся только некоторых.

Во-первых, имеются несколько способов разреза маточной стенки. При изменении направления разреза стенки матки хирургами руководило желание сделать операцию более бескровной и по возможности избежать коллизий с плацентой.

Исходя из этого, Фрич предложил делать разрез через дно матки, от трубы к трубе (донный, фричевский разрез). Проводя разрез параллельно ходу сосудов, Фрич имел в виду главным образом свести до минимума кровопотерю.

Некоторые признают за этим разрезом известные преимущества. Другие, наоборот, избегают его, так как в литературе отмечены случаи разрыва матки во время родов после произведенного ранее кесарева сечения с таким разрезом. В наше время разрез Фрича всеми почти оставлен.

Некоторые авторы (Июлано) рекомендуют делать разрез матки при кесаревом сечении на задней ее стенке, особенно если на передней стенке при-

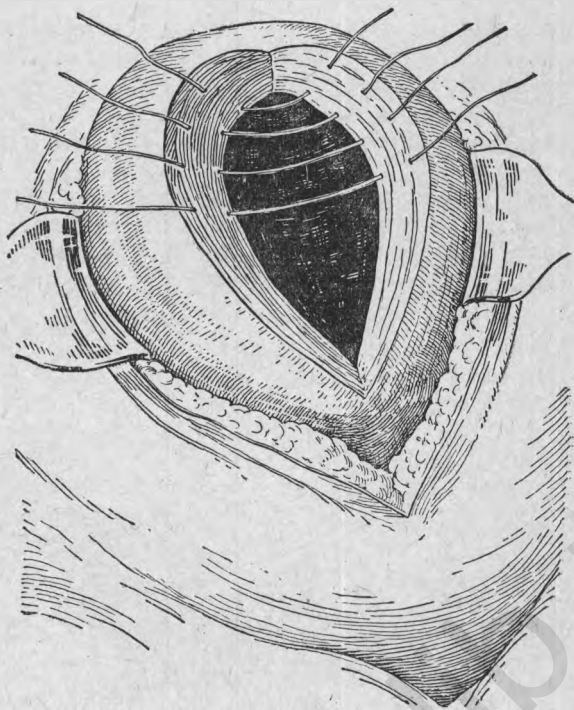


Рис. 319. Классическое кесарево сечение. Наложение швов на разрез маточной стенки.

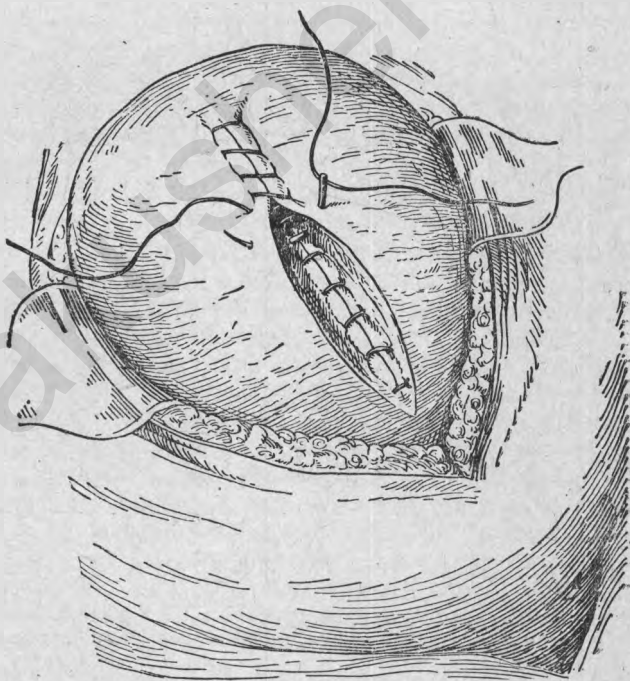


Рис. 320. Классическое кесарево сечение. Непрерывный кетгутовый шов на маточную стенку (второй этап).

креплена плацента. Предложение явно необоснованное: как мы видели, *placenta praevia caesarea* не составляет большого препятствия при разрезе.

Второе отступление от описанного выше способа оперирования касается вопроса, следует ли вскрывать беременную матку *in situ* или ее надо извлечь из брюшной полости наружу, провизорно закрыв позади ее брюшную полость.

В отношении предупреждения затека околоплодной жидкости и крови способ выведения матки наружу безусловно заслуживает внимания. Точно так же легче справиться со всякого рода кровотечениями, когда матка находится вне брюшной полости. Вместе с тем при извлечении матки

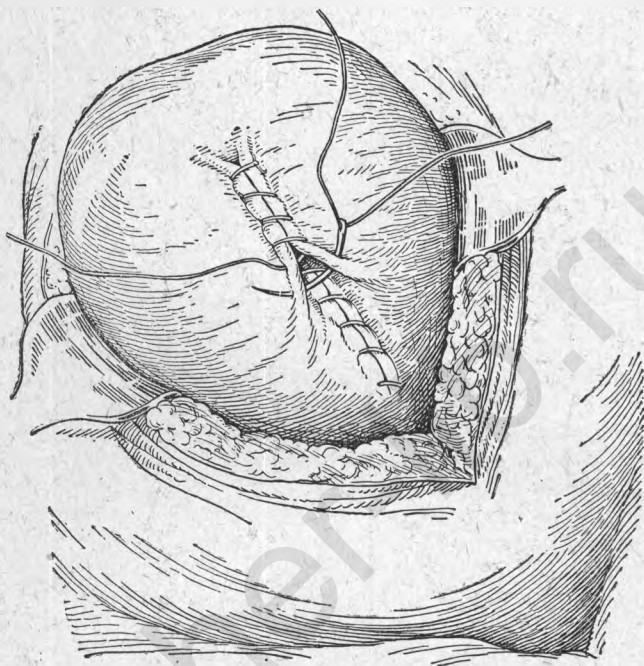


Рис. 321. Кесарево сечение. Непрерывный кетгутый шов на серозную оболочку матки.

наружу приходится делать очень большой разрез брюшной стенки, что не особенно желательно ввиду возможного образования в дальнейшем послеоперационной грыжи. Хирургу в каждом отдельном случае приходится решать данный вопрос в зависимости от той или иной акушерской ситуации.

**Операция по Порро**—кесарево сечение плюс надвлагалищная ампутация матки или полное удаление ее. Выше говорилось, что одним из главных условий к производству классического кесарева сечения является отсутствие инфекции в половых путях. Операция при инфицированных половых органах грозит оперированной послеоперационным перитонитом. Во избежание этого раньше приходилось идти на уродующую женщину операцию по Порро.

Операция была предложена Порро в 1876 г. Идея операции принадлежит Г. Е. Рейну, который в 1876 г. опубликовал в Медицинском вестнике (№ 32) свои опыты на животных и рекомендовал разработанную им технику операции «вырезывания беременной матки с укреплением культи в нижнем углу брюшной раны» (цитировано по Б. И. Бурдэ).

В настоящее время к операции Порро прибегают в исключительно редких случаях: при септическом состоянии полости матки (опасность перито-

нита), полной атрезии полового аппарата (невозможен сток лохий), в некоторых случаях рака матки, при атоническом кровотечении, которое нельзя остановить обычными мерами, разрывах матки, placenta accreta s. increta и др.

**Внебрюшинное (экстраперитонеальное) кесарево сечение.** Вместо уродующей женщину операции Порро было предложено в инфицированных случаях производить родоразрешение тоже через брюшные стенки, в обход естественных родовых путей, но выключая из поля операции брюшную полость. Такое внебрюшинное вскрытие и опорожнение матки получило название экстраперитонеального кесарева сечения. Предложен ряд модификаций внебрюшинного кесарева сечения (Кюстнер, Лацко), однако признания они не получили. К внебрюшинному кесареву сечению можно также отнести и операции, при которых производят наложение брюшно-стеночно-маточной фистулы, эксплантацию матки (Зельгейм, Порт).

Экстраперитонеальное кесарево сечение в настоящее время не применяется, так как оно не оправдало возлагавшихся на него надежд. Около-маточная клетчатка оказалась менее устойчивой в отношении инфекции, чем брюшная, о чем в свое время всегда говорил В. С. Груздев и что потом было подтверждено опытами на животных.

### **Абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки**

Кесарево сечение в его классическом виде имеет много недостатков, по крайней мере в смысле прогноза для матери. При классическом методе оперирования приходится вскрывать брюшную полость на большом протяжении, обнажая почти весь кишечник. Манипуляции совершаются не в области малого таза, наиболее устойчивой в отношении инфекции, а гораздо выше. Полый мускул матки непосредственно связан с серозной оболочкой и лучше снабжается кровью, чем нижний маточный сегмент, который вдобавок, как уже упоминалось, отделен от брюшины тонким слоем рыхлой клетчатки. Поэтому при классическом методе оперирования обычно бывает сильное раневое кровотечение и перитонизация маточной раны происходит менее совершенно. Перечисленные недостатки классического метода оперирования и ряд других заставили хирургов искать новых путей и иных методов.

Одним из таких методов является абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

**Техника.** Проводится эта операция следующим образом. Роженица лежит в положении с высоко поднятым тазом. Брюшные стенки разрезают поперечно или по средней линии, причем в последнем случае разрез производят от верхнего края лонного соединения кверху, заканчивая его на расстоянии трех поперечных пальцев ниже пупка. Следует помнить, что было сказано при описании топографии половых органов. Во время родов мочевого пузыря находится между маткой и передней брюшной стенкой иногда на 5—6 см выше лобка. Кроме того, в этой области бывает сращение с кишками. Вскрыв осторожно брюшную полость, расширяют рану тупыми крючками, а стерильными салфетками отграничивают операционное поле от кишечника. Далее делают поперечный разрез брюшины вдоль маточно-пузырной складки (рис. 322). Тупым путем отодвигают книзу брюшину, а также мочевого пузыря настолько, чтобы обнажился весь нижний маточный сегмент. Нижним тупым крючком стараются удержать отодвинутый книзу мочевого пузыря вместе с нижним лоскутом брюшины. Затем осторожно, чтобы не поранить плод, проводят продольный разрез длиной 10—12 см по растянутому нижнему маточному сегменту (рис. 323). При предлежании

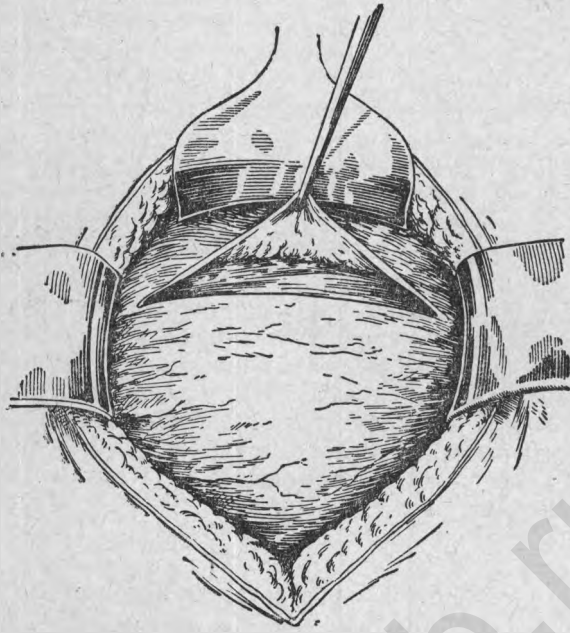


Рис. 322. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Поперечный разрез через брюшину вдоль маточно-пузырной складки.

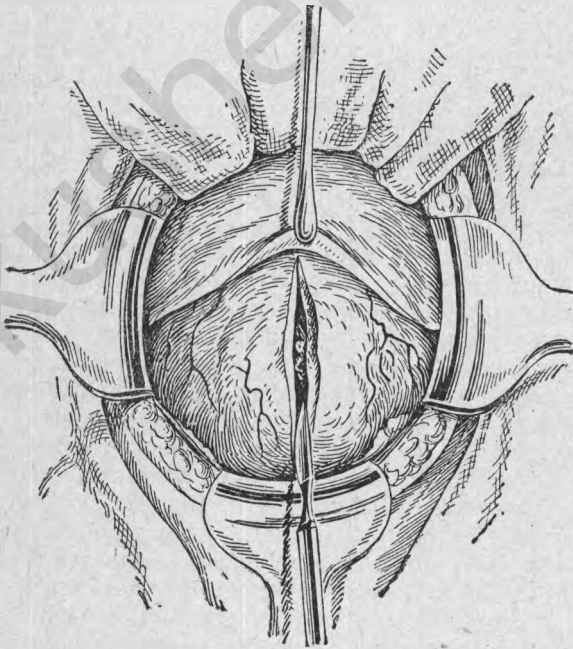


Рис. 323. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Продольный разрез стенки матки.



тазовым концом плод извлекается за ножку. При черепных предлежаниях вводят руку в разрез через нижний маточный сегмент (рис. 324), указа-

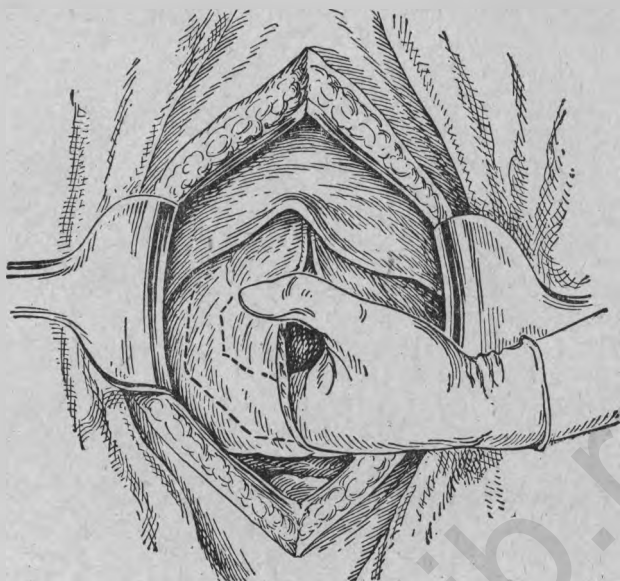


Рис. 324. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Введение руки в матку для извлечения плода.

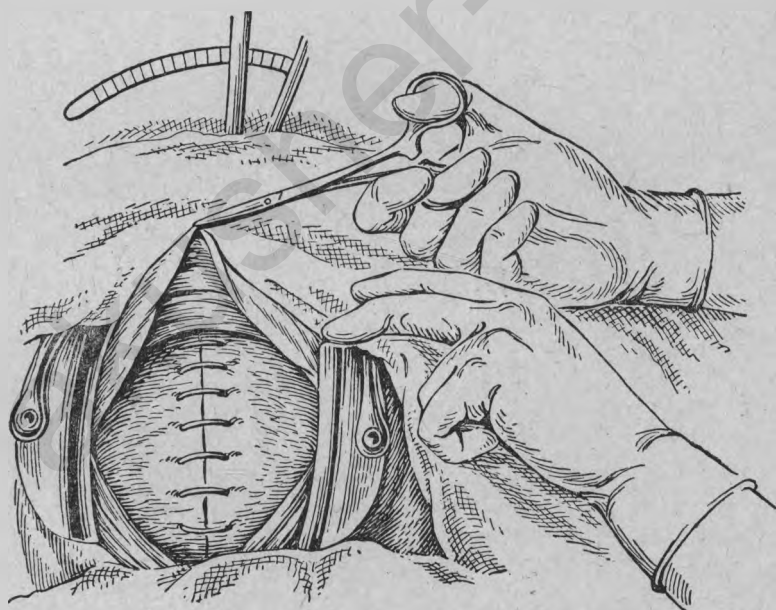


Рис. 325. Кесарево сечение в нижнем сегменте. На края разреза маточной стенки наложены узловатые швы (мышечно-мышечные).

тельным пальцем входят в ротик и поворачивают головку таким образом, чтобы личико было обращено вперед, в сторону раны. Чаще удается извлечь плод непосредственно за головку. При извлечении плода через тот же раз-

рез производят и отделение плаценты. Если края раны кровоточат, предварительно тщательно обкалывают сосуды. В матку впрыскивают 1 мл питуитрина. По извлечении плаценты приступают к наложению швов. При



Рис. 326. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Перитонизация места разреза стенки матки (первый слой).

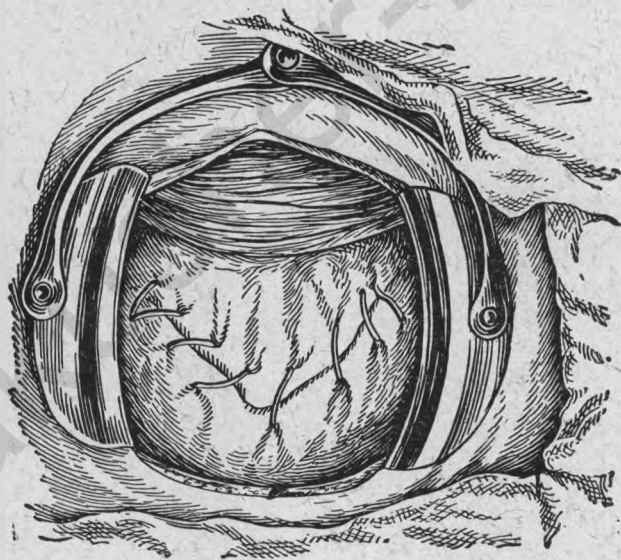


Рис. 327. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Перитонизация места разреза матки (второй слой).

зашивании швы накладываются в два этажа (мышечно-мышечные), причем слизистая матки не должна прокалываться (рис. 325). Далее производят перитонизацию. Место разреза матки закрывают брюшиной в два слоя (рис. 326 и 327).

Некоторые акушеры предпочитают при кесаревом сечении в нижнем сегменте рассекать висцеральную брюшину и стенки матки поперечно (П. В. Занченко). Вскрывают брюшную стенку обычно продольным средин-

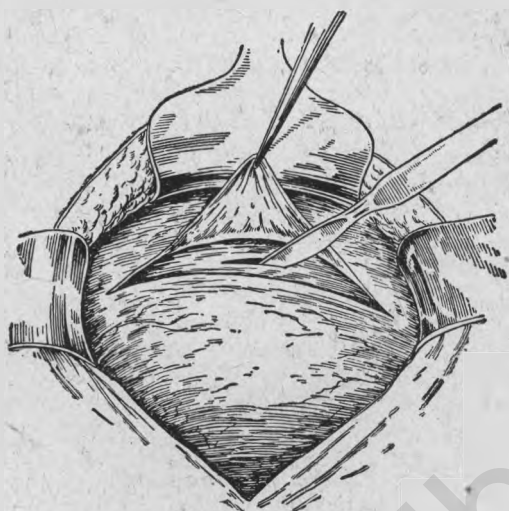


Рис. 328. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Небольшой поперечный разрез через маточную стенку.

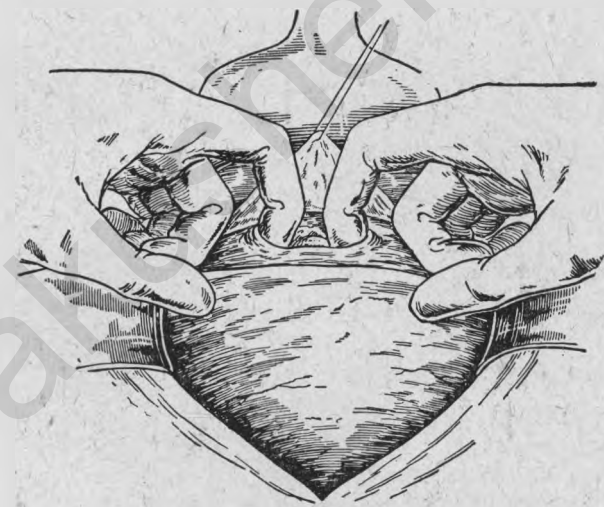


Рис. 329. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Двумя пальцами, введенными в разрез, расширяют рану.

ным разрезом ниже пупка. Висцеральную брюшину и матку рассекают поперечно (рис. 328). Разрез стенок матки небольшой. Двумя пальцами обеих рук, введенными в разрез, рану расширяют (рис. 329) в поперечном направлении до желательных размеров (рис. 330). Плод и послед извлекают

рукой. На разрез маточной стенки накладывают (в один-два ряда) узловатые кетгутовые швы.

Производят перитонизацию места разреза.

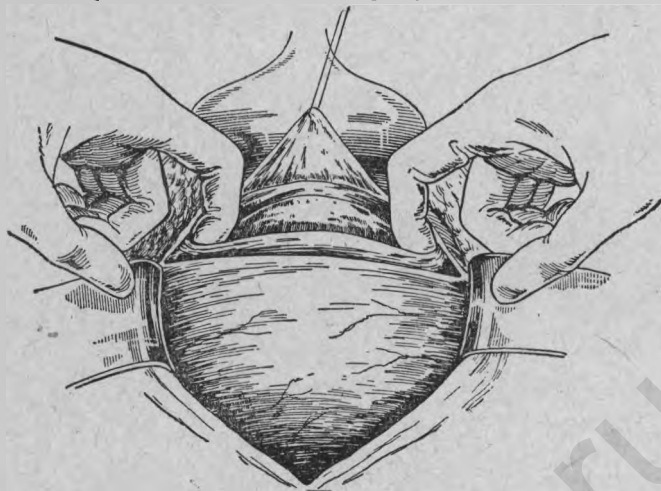


Рис 330 Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Рана расширена настолько, чтобы последующее извлечение плода не встретило затруднений.

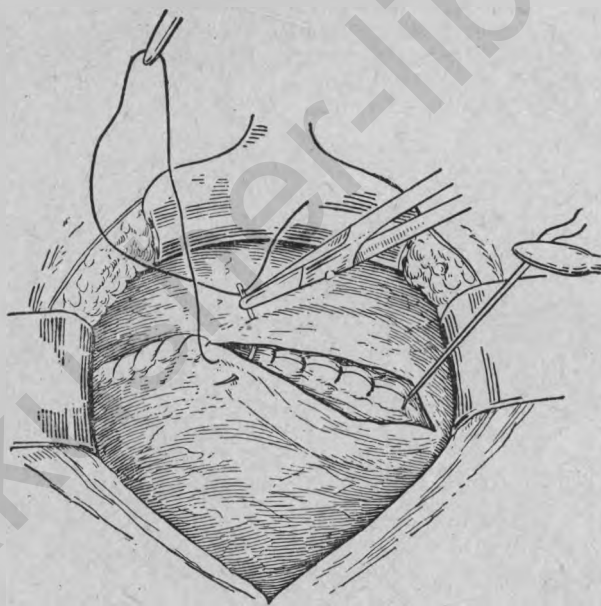


Рис. 331. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Непрерывным кетгутовым швом соединяются края разреза брюшины.

#### ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Осложнения могут быть при разрезе брюшной стенки, вскрытии брюшной полости и остановке кровотечения из матки.

При разрезе брюшной стенки затруднения возникают в том случае, если женщина раньше подвергалась чревосечению. Чтобы

разобраться в анатомических соотношениях тканей, разрез надо вести не по старому рубцу, а рядом, в здоровой ткани.

В тех случаях, когда оперируемой женщине была когда-то произведена вентрофиксация матки, корпоральное кесарево сечение или кесарево сечение в нижнем сегменте, при операции могут встретиться довольно серьезные препятствия в виде всякого рода спаек и сращений. Сращения с кишечником, сальником, париетальной брюшиной по возможности разъединяют тупым путем или с помощью ножниц, причем всегда следует помнить о возможности поранения кишечника.

После предшествовавшей вентрофиксации отделить мочевой пузырь от нижнего маточного сегмента чрезвычайно трудно.

Сугубая осторожность требуется после предшествовавшего кесарева сечения в нижнем сегменте матки. В таких случаях нижний маточный сегмент сильно истончается, и поэтому возможен разрыв.

Во избежание возможного маточного кровотечения (атония) следует, во-первых, оперировать тогда, когда уже имеются схватки, и, во-вторых, предварительно ввести подкожно питуитрин. Если, несмотря на эти предупредительные мероприятия, все же наступает атония маточной мышцы, впрыскивают повторно питуитрин, один или вместе с эрготином. Иногда хорошо ввести питуитрин непосредственно в толщу маточной мышцы. Наконец, питуитрин можно ввести и в вену—1 мл в 20 мл 40% раствора глюкозы. Вводить очень медленно (save! шок!). В крайнем случае приходится прибегать к надвлагалищной ампутации матки

#### **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА МЕРТВОЙ (SECTIO CAESAREA IN MORTUA), RESP. НА УМИРАЮЩЕЙ (IN MORIBUNDA)**

Право врача производить кесарево сечение на мертвой установлено законом, однако позиция акушера в этом вопросе по крайней мере в отдельных случаях представляет некоторые трудности.

При производстве кесарева сечения на мертвой следует учитывать три обстоятельства: во-первых, срок беременности, во-вторых, характер смерти матери и, в-третьих, срок, через который приходится оперировать после смерти роженицы.

**Срок беременности.** Нет, конечно, никакого смысла оперировать до 28-й недели беременности. Такой плод все равно нежизнеспособен.

**Характер смерти роженицы.** Только в случаях внезапной смерти матери, например, вследствие апоплексии, эмболии и пр., имеются шансы получить в результате операции живой плод. Продолжительные инфекционные заболевания матери и долго длящаяся агония обычно ведут и к смерти плода.

**Время оперирования.** Через 20 минут после смерти матери плод обычно умирает. Поэтому, если прошло не больше 10—15 минут после внезапной смерти матери, следует, согласно закону, сделать попытку извлечь живого ребенка путем кесарева сечения. Надо, однако, сказать, что известны отдельные случаи, когда кесарево сечение было произведено с благоприятным исходом для плода и по истечении 20 минут с момента смерти матери.

**Способ оперирования.** Не теряя времени на поиски сердцебиения плода, ножом вскрывают брюшную полость и матку и быстро извлекают плод и плаценту.

Брюшную рану необходимо зашить по всем правилам, и вообще всю операцию, как требует закон, делать *lege artis*.

Плохие результаты после кесарева сечения на мертвой побуждали акушеров в отдельных случаях (при долго длящейся агонии) не ждать момента

смерти матери, а оперировать раньше, в агональном состоянии, поскольку судьба ее предрешена окончательно. В таких случаях выбор момента операции всегда представляет для врача большие трудности. Оперировать слишком рано, не будучи окончательно уверенным в роковом исходе для умирающей, рискованно.

Наблюдались случаи, когда умирающая жила после операции 3—5 дней. В литературе сообщается даже о выздоровлении больной, оперированной в агональном состоянии.

Во всяком случае оперировать в агональном состоянии матери допускается только в исключительных случаях, притом *ex consilio* с несколькими врачами и, конечно, только с разрешения родных.

## ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CAESAREA VAGINALIS S. HYSTEROTOMIA VAGINALIS)

Влагалищным кесаревым сечением называется операция, при которой вскрывается матка *per vaginam*, причем шеечный канал расширяется за счет рассечения нижнего маточного сегмента.

В настоящее время влагалищное кесарево сечение применяется главным образом при показаниях к прерыванию беременности поздних ее сроков (после 14 недель). К ним относятся в первую очередь токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия, хорея и др.), а также заболевания сердца, легких, почек и др.

**Подготовка к операции.** Женщину укладывают так, как это делается при всякой влагалищной операции. Волосы на лобке и половых органах должны быть чисто сбриты, вульва и влагалище тщательно продезинфицированы. Мочу следует спустить с помощью катетера. Как и при всякой влагалищной операции, ограничивают операционное поле от заднепродолной области.

Из инструментария необходимо приготовить несколько скальпелей и ножниц (прямых и изогнутых), пулевые щипцы, иглодержатели, сильно изогнутые различных размеров иглы, несколько хирургических и анатомических пинцетов, влагалищные зеркала (передние, задние и боковые), лигатурный материал (кетгут, силк, шелк).

### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Среди различных модификаций влагалищного кесарева сечения надо отметить следующие:

1. Модификация Ю. А. Лейбчика. Захватывают и низводят влагалищную часть матки. *Dilatatio canal cervicalis* до № 10; не вынимая последнего бужа, делают полулунный разрез в области переднего свода с последующей тупой отсепаровкой мочевого пузыря и отодвиганием пузырно-влагалищной складки вверх. Пузырь берут на подъемник, после чего шейку матки выше прикрепления свода рассекают над остающимся в канале расширителем Гегара, причем разрез ножницами продолжают вверх, захватывая нижний сегмент матки, удаляют плод и плаценту. Швы, как обычно.

При модификации Ю. А. Лейбчика не уродуется шейка матки.

2. Модификация Н. М. Какушкина (*sectio caesarea vaginalis vera*). *Portio vaginalis* захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу в таз. Делают поперечный или V-образный разрез в переднем своде влагалища с отслоением мочевого пузыря. Вскрывают брюшную полость (*colpotomia anterior*). В области нижнего сегмента матки, над внутренним зевом, по средней линии производят разрез, края которого захватывают пулевыми щипцами. Разрез увеличивают вверх по направлению к дну матки, после чего извлекают плод вместе с плацентой и оболочками. Одновременно можно сделать перевязку или резекцию труб (*sterilisatio*). Разрез матки и брюшную рану зашивают обычным способом.

3. Модификация Генсисуса. Низводят влагалищную часть матки, как и при других способах. Рассекают по средней линии, начиная от наружного отверстия уретры

(отступя на поперечный палец) и почти до наружного зева, переднюю стенку влагалища. Отсепаровывают тупым путем мочевой пузырь, отслаивают как можно выше, переходную складку брюшины. Пузырь и складку берут на подъемник, после чего переднюю стенку матки рассекают, начиная от внутреннего зева вверх приблизительно на 4 см. Плод целиком удаляют вместе с плацентой и оболочками. Накладывают обычный шов.

В нашей клинике мы пользуемся модификацией Ю. С. Лейбчика, видоизмененной З. Я. Гендоном.

После обработки наружных половых органов, кожи в области седалищных бугров и промежности спиртом и 5% раствором иода производят пуден-

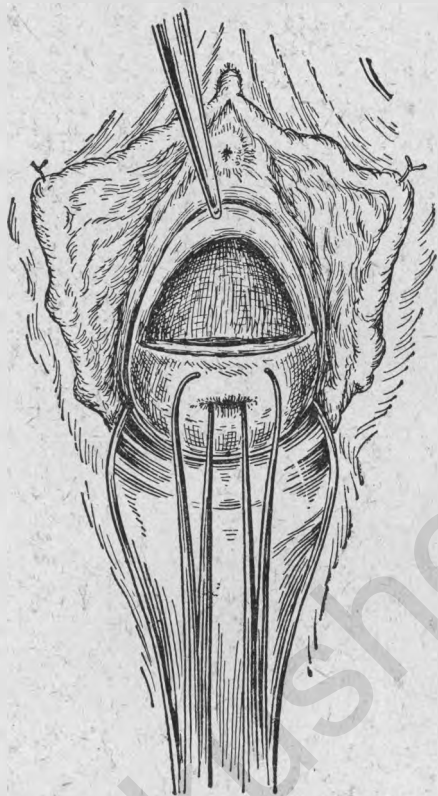


Рис. 332. Влагалищное кесарево сечение. Подульный разрез на границе слизистой переднего свода и влагалищной части шейки матки.

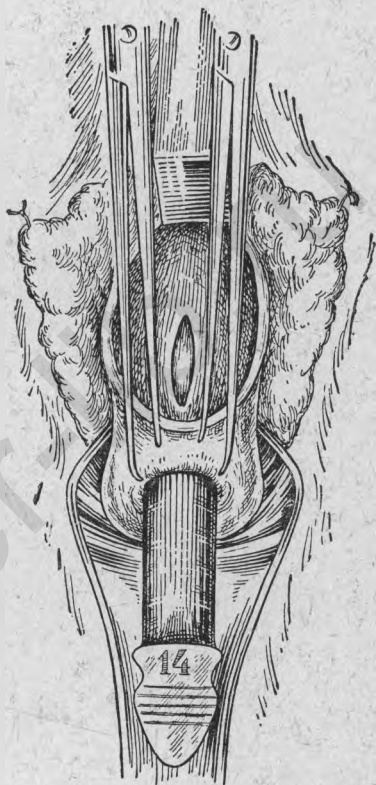


Рис. 333. Влагалищное кесарево сечение. Рассечение шейки матки на металлическом расширителе.

дальнюю анестезию (стр. 168). Влагалище раскрывают зеркалами и после соответствующей обработки его и шейки переднюю губу шейки матки захватывают двумя пулевыми щипцами. Делают новокаиновую анестезию: шейку матки слегка подтягивают пулевыми щипцами ко входу во влагалище и несколько в сторону. Оступя на 1,5—2 см сверху и латерально от наружного зева шейки, иглой, насаженной на 10- или 20-граммовый шприц, прокалывают слизистую влагалища в области передне-боковой стенки влагалищной части матки (см. рис. 176). Постепенно продвигая иглу вверх (на 2—2,5 см), вводят новокаиновый раствор в количестве 20—45 мл. Образуется подушкообразный инфильтрат, распространяющийся кпереди. Такую же анестезию производят с другой стороны. Оба образовавшихся новокаиновых инфильт-

трата сливаются. Далее расширяют шейку матки бужами Гегара (до № 13—14). Затем, отступя на 2 см от наружного зева кверху, на границе слизистой переднего свода и влагалищной частью шейки делают полулунный разрез длиной 4,5—5 см (рис. 332). Верхний край сделанного полулунного разреза приподнимают хирургическим пинцетом. Отчетливо выступают соединительнотканые волокна, особенно если пулевыми щипцами подтянуть на себя и несколько кзади шейку матки.

Волокна эти следует рассечь, чтобы облегчить отсепаровку мочевого пузыря. Рассекают изогнутыми ножницами, острие которых должно быть

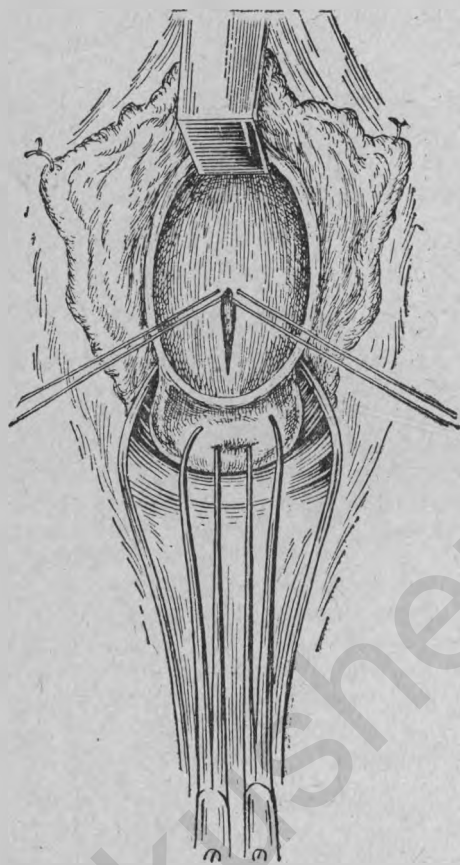


Рис. 334. Влагалищное кесарево сечение. Наложение провизорных лигатур на верхние края разреза шейки матки.

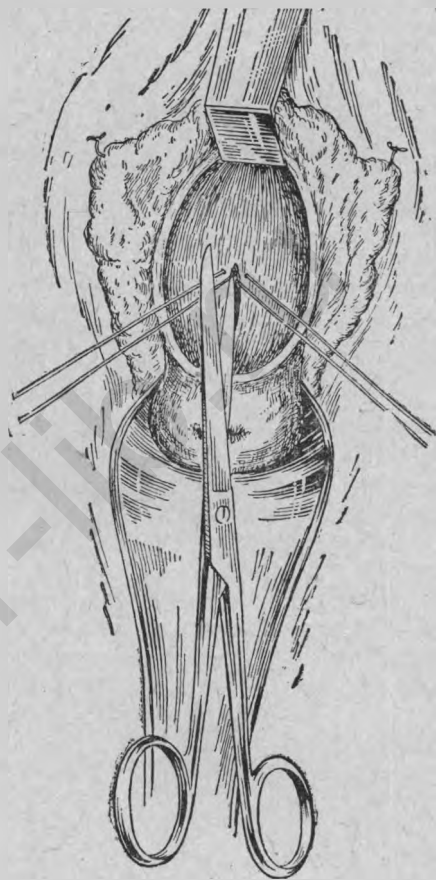


Рис. 335. Влагалищное кесарево сечение. Рассечение передней стенки шейки матки ножницами.

обращено в сторону шейки матки. После рассечения волокон верхний край разреза сразу же отходит кверху, образуя небольшой лоскут. Подъемник извлекают, после чего тупым путем (указательным пальцем) влагалищный лоскут вместе с мочевым пузырем отсепаровывают кверху, до пузырно-маточной складки. Она ощущается пальцем как тонкая скользкая ткань. Отдвигают мочевой пузырь бережно, не применяя силы. В рану переднего свода снова вводят зеркало-подъемник. По введенному в шейку матки расширителю (последний номер после расширения остается в цервикальном канале) продольным разрезом длиной 2,5—3 см рассекают скальпелем строго по средней линии переднюю стенку шейки матки. Разрез



идет в направлении сверху вниз, не доходя сантиметра 2 до наружного зева (до нижнего края сделанного полулунного разреза, рис. 333). Расширитель извлекают и на верхние края разреза через всю толщу шейки, симметрично с каждой стороны, накладывают провизорные лигатуры (рис. 334). Пулевые щипцы снимают, после чего, подтянув и приблизив при помощи лигатур маточную шейку, разрезают ее кверху ножницами (рис. 335).

Разрезав шейку на 2—2,5 см выше провизорно наложенных лигатур, на верхние края разреза накладывают вторую пару лигатур. Подтягивая

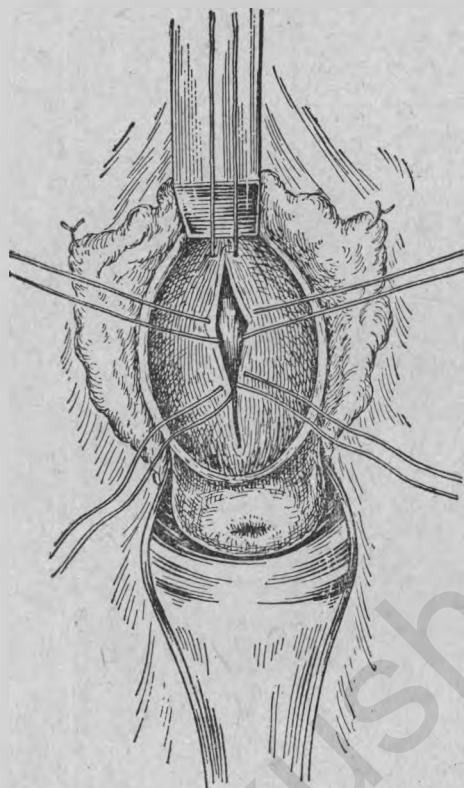


Рис. 336 Влагалищное кесарево сечение. Наложение провизорных лигатур на верхние края продленного разреза шейки матки и на верхний угол раны.



Рис. 337. Влагалищное кесарево сечение. Извлечение плода за ножку.

за них шейку, разрез удлиняют (ножницами) до внутреннего зева включительно. В шейке получается щель, достаточная, чтобы два пальца руки могли без труда проникнуть в полость матки. На верхний (проксимальный) угол разреза, на границе рассеченной и ненарушенной ткани, накладывают последнюю провизорную лигатуру (рис. 336). Подтягивая шейку матки и приближая ее ко входу во влагалище с помощью провизорно наложенных лигатур, можно предупредить возможное ранение мочевого пузыря при рассечении шейки. Кроме того, подтягиваемая лигатурами шейка не травмируется, чего нельзя избежать, выполняя этот этап операции с помощью пулевых щипцов. Бережное отношение к тканям при рассечении шейки матки, особенно у беременной, когда они разрыхлены,—лучшая гарантия полного заживления их после зашивания.

Следующий этап операции—извлечение плода из полости матки. Из влагалища удаляют зеркала. Затем вводят во влагалище руку и двумя введенными в полость матки пальцами (средним и указательным) захватывают ножку плода. Одновременно другой рукой снаружи надавливают на дно матки, чтобы легче было отыскать и захватить ножку. Разорвав плодный пузырь и захватив ножку, извлекают плод до головки (рис. 337). Головку после введения зеркала-подъемника, перфорируют остроконечными ножницами (рис. 338), перфорационное отверстие расширяют (ножницами),

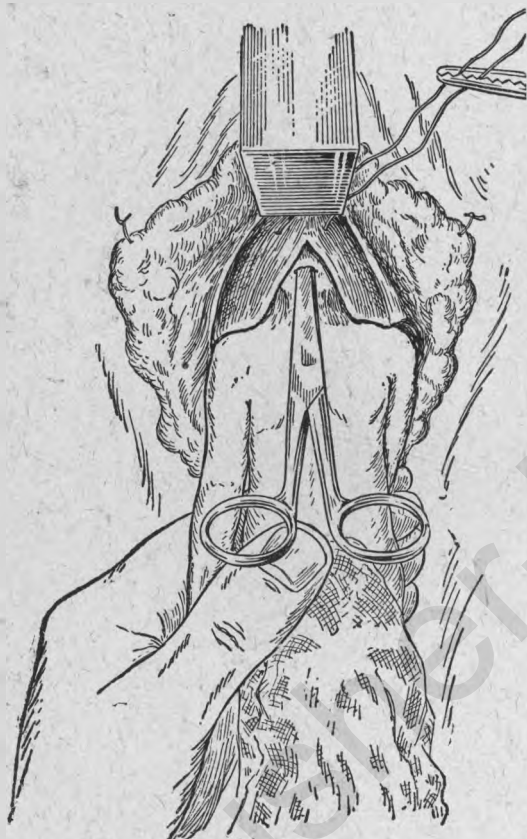


Рис. 338. Влагалищное кесарево сечение. Перфорация последующей головки.

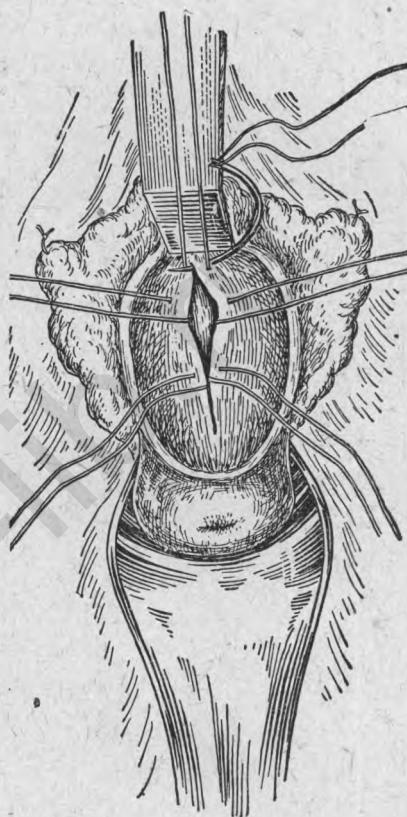


Рис. 339. Влагалищное кесарево сечение. Наложение узловатых кетгутовых швов на разрез шейки матки.

тщательно делают эксцеребрацию и подъемник снимают. После этого спавшаяся головка легко выводится наружу. Для сокращения матки под кожу вводят питуитрин (1 мл).

Если послед не выводится потягиванием за пуповину (чаще такое выведение удается при беременности свыше 19—20 недель), приступают к инструментальному отделению его. При любом способе удаления последа полость матки контрольно обследуется большой кюреткой.

Если операцию производить не под местной анестезией, а под эфирным наркозом, который нередко осложняется гипотоническим кровотечением, хорошее и очень быстро наступающее действие оказывает внутривенное введение 1 мл питуитрина. Напоминаем, что во избежание осложнений

(повлечение, головокружение, учащение пульса) его следует вводить медленно, в растворе глюкозы (1 мл питуитрина в 20 мл 40% раствора глюкозы). Внутривенное введение питуитрина противопоказано при гипертонической болезни, нефропатии, симптоматической гипертонии и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Восстанавливают шейку, накладывая отдельные кетгутовые швы. Накладывать их начинают с верхнего угла раны, что легко делается подтягиванием верхнего угла рассеченной шейки матки с помощью провизорно

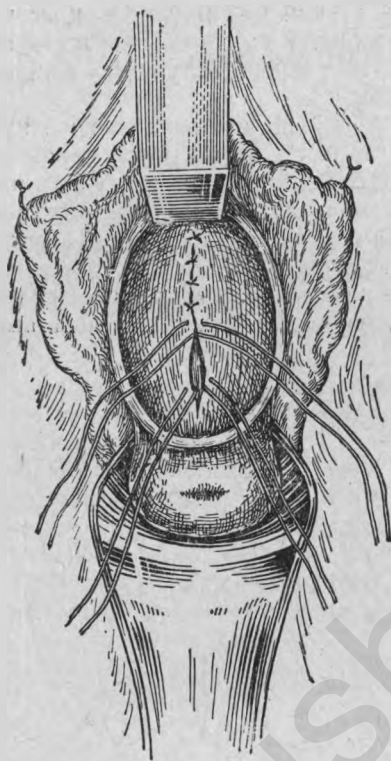


Рис. 340. Влагалищное кесарево сечение. Наложение узловатых кетгутовых швов на разрез шейки матки.



Рис. 341. Влагалищное кесарево сечение. Восстановление полулунного разреза шейки матки.

наложенной лигатуры (рис. 339). Наложив первый шов, наложенную провизорно верхнюю лигатуру срезают. Далее края рассеченной шейки подтягивают и сближают наложенными раньше на края разреза лигатурами, что позволяет контролировать соответствующее нормальным анатомическим условиям восстановление шейки матки. Зашив шейку, срезают лигатуры, кроме последней, наложенной на нижний угол шейки (рис. 340). Затем извлекают подъемник и введенным в рану переднего свода указательным пальцем захватывают отсепарованный лоскут и вместе с мочевым пузырем подтягивают его ко входу во влагалище. Для симметричного восстановления этого лоскута с нижним краем полулунного разреза первый шов накладывают в центре. В передний свод вводят подъемник, после чего отдельными кетгутовыми швами восстанавливают стенку влагалища (рис. 341). В заключение операции в передний свод под контролем подъемника вводят на 12 часов марлевый тампон, слегка пропитанный стерильным вазелиновым маслом.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ

Осложнения при вагинальном кесаревом сечении могут быть следующие:

1. Со стороны мягких частей. Трудности могут встретиться, если имеются рубцовые изменения в параметральной клетчатке, причем шейка матки с трудом или совершенно не стягивается вниз до introitus vaginae. В этих случаях лучше отказаться от вагинального кесарева сечения.

2 Со стороны плода. Если стенка шейки матки рассечена недостаточно, при извлечении плода стенка рвется выше, обычно в сторону. В этих случаях следует тщательно зашить разрыв. Случайно вскрытая брюшина должна быть немедленно зашита.

Неприятное осложнение представляет собой поранение мочевого пузыря, которое может произойти при отодвигании его кверху или неопытным ассистентом с помощью зеркала. Поэтому, перед тем как приступить к наложению швов, рекомендуется выпустить мочу катетером. Наличие в ней крови будет говорить о поранении пузыря. Зашив отверстие в пузыре, вводят на несколько дней постоянный катетер.

3 В последовом периоде иногда могут возникать гипотонические кровотечения. О необходимых мероприятиях говорилось выше.

---

---

## СИМФИЗИОТОМИЯ, ПУБОТОМИЯ ГЕБОСТЕОТОМИЯ (SYMPHYSIOTOMIA, PUBOTOMIA, S. NEVOSTEOTOMIA)

Симфизиотомией называется операция, при которой рассекается синхондроз лобкового соединения с целью увеличить размер истинной конъюгаты при узком тазе. Установлено, что в случае расхождения лобковых костей на 6 см (после разреза) истинная конъюгата увеличивается на 1,25—1,5 см.

Симфизиотомия большого распространения не получила, так как результатом ее является длительная инвалидность матери и частые поранения мочевого пузыря.

В конце прошлого и начале нынешнего столетия симфизиотомия была вытеснена гебостеотомией с пуботомией. При этой операции вместо расщепления синхондроза производится распил горизонтальной ветви лобковой кости.

Пуботомия ввиду большого количества осложнений, связанных с ней, в настоящее время также не применяется.

---

## ИСКУССТВЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

При нормальных условиях во время родового акта маточная шейка под влиянием схваток и вспомогательной роли плодного пузыря расширяется. Вследствие сокращений маточной мускулатуры круговые волокна шейки матки подвергаются эксцентрическому растяжению, причем плодный пузырь в виде клина сверху способствует расширению цервикального канала. При искусственном прерывании беременности проколом плодного пузыря мы в известной мере подражаем естественному процессу, стараясь вызвать схватки, которые в свою очередь ведут к расширению шейечного канала.

Иначе обстоит дело с искусственным расширением шейки матки, оно осуществляется механическим путем, после чего роды заканчивают тем или иным способом.

### ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

Показаниями к механическому расширению цервикального канала являются: 1) заболевания матери во время беременности, требующие срочного прерывания последней, 2) патологические изменения шейки матки, препятствующие ее расширению и, наконец, 3) всякого рода осложнения в периоде раскрытия.

1. **Заболевания матери во время беременности, требующие срочного прерывания последней.** Заболевания, которые служат показаниями к преждевременному прерыванию беременности, фактически будут одновременно и показаниями к расширению цервикального канала. Однако некоторые заболевания по характеру своего течения, помимо прерывания самой беременности, требуют также ускоренного расширения шейки и устранения всего того, что сопутствует родовому акту, а именно схваток, усиленной работы сердца и пр. В этих случаях показано ускоренное родоразрешение, а следовательно, и быстрое механическое расширение шейки.

К категории таких заболеваний относятся заболевания почек, пороки сердца, эклампсия и некоторые другие.

2. **Патологические изменения шейки матки.** Сюда относятся все те заболевания шейки матки, которые препятствуют ее нормальному расширению под действием родовых схваток.

1) **Ригидность шейки матки.** У пожилых первородящих ригидность шейки матки иногда бывает настолько резко выраженной, что даже при хорошей родовой деятельности шейка остается закрытой. Такое

осложнение может иметь роковые последствия для плода. Ввиду этого показана так называемая кровавая инцизия шейки матки.

Слишком длинная шейка матки (*elongatio uteri*) также может явиться показанием к искусственному расширению цервикального канала. Такая шейка, обычно отечная, с трудом расширяется под воздействием схваток.

2) Рубцовые сужения шейки матки представляют собой иногда довольно серьезное осложнение, так как они обычно не ограничиваются только шейкой матки, а распространяются глубже и дальше на окружающие ткани. Такие изменения обычно являются следствием предыдущих тяжелых родов или оперативных вмешательств. При рубцовых изменениях насечки шейки матки недостаточны. В этих случаях нередко приходится ставить вопрос о кесаревом сечении.

3) *Vaginofixatio uteri*. После этой операции шейка смотрит резко назад, а кроме того, между телом матки и шейкой имеется не менее резко выраженный перегиб, препятствующий правильному расширению цервикального канала. В этих случаях может понадобиться метрейризм, а иногда и кесарево сечение.

4) *Conglutinatio orificij uteri externi*—редкое заболевание с невыясненной этиологией. Проявляется в склеивании краев наружного маточного зева. Если они не поддаются обычному способу расширения, приходится прибегать к влагалищному кесареву сечению.

3. Осложнения в периоде раскрытия могут наступать в случаях судорожного сужения шейки матки на почве тех или иных раздражающих факторов. Период раскрытия под влиянием такого судорожного сужения шейки затягивается на долгий срок. Появляются потуги, головка вступает в полость таза, а шейка матки продолжает оставаться без изменений. Иногда может произойти тяжелый разрыв маточной шейки.

При подобном судорожном сужении шейки рекомендуются инъекции морфина и атропина. Если эти средства не ведут к цели, делают насечки с помощью ножниц.

Иногда приходится прибегать к насечкам наружного зева при извлечении плода за тазовый конец. Узкий маточный зев в таких случаях обхватывает туго шейку плода, и чтобы освободить головку и не дать плоду погибнуть от асфиксии, рекомендуется тупым путем или же ножницами расширить маточный зев.

## СПОСОБЫ РАСШИРЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

### БЕСКРОВНЫЕ (ТУПЫЕ) СПОСОБЫ РАСШИРЕНИЯ

**Ручное (пальцевое) расширение маточного зева.** Оно производится следующим образом. После соответствующей дезинфекции половых органов роженицы и собственных рук врач вводит всю руку во влагалище и два пальца в маточный зев. Этими двумя пальцами надо, насколько это возможно, раздвинуть края маточного зева. Убедившись, что маточный зев начинает расширяться, стараются продвинуть и третий палец. После некоторой передышки приступают к расширению зева с помощью трех пальцев, а затем вводят и четвертый. После того как удалось ввести все пять пальцев в цервикальный канал, производят рукой легкие винтообразные движения и, повернув руку, вводят ее в полость матки (рис. 342).

Начинать ручное расширение цервикального канала можно лишь при сглаживании шейки и раскрытии маточного зева по крайней мере на 2 см. Рекомендуется применять наркоз.

Такой способ расширения шейки матки имеет два крупных недостатка, которые заставляют искать других, более выгодных методов дилатации.

Первый недостаток заключается в том, что пальцы акушера очень скоро устают, в мышцах рук появляются судороги. Если же при расширении делать перерывы, маточный зев быстро возвращается в первоначальное состояние. Второй недостаток состоит в том, что в результате длительных пальцевых манипуляций может возникнуть инфекция. Ввиду всего этого следует, где возможно, заменять ручной способ расширения механическим.

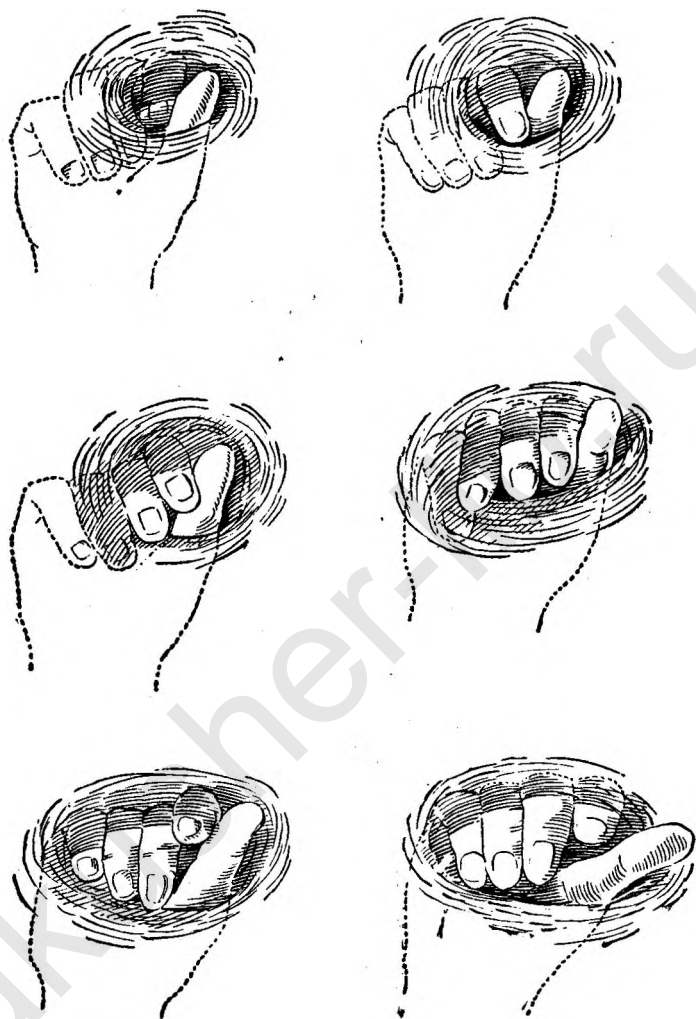


Рис. 342. Расширение шейки матки путем постепенного введения пальцев всей руки.

Дельма предложил производить ручное расширение шейки матки под спинномозговой анестезией. Значение спинномозговой анестезии в данном случае двоякое: 1) обезболивание и 2) устранение спазма маточной шейки. При таком комбинированном действии, по представлению Дельма, рефлекторная дуга, связывающая матку с нервными центрами, прерывается, оставляя нетронутой симпатическую нервную систему: сокращения матки и ее ретракция не нарушаются.

Способ Дельма ни в коем случае не может считаться безопасным (риск самой анестезии, глубокие разрывы шейки, последующие кровотечения, инфекция и пр.), а поэтому в Советском Союзе не применяется.



**Расширение шейки матки с помощью ножки плода.** Если нет необходимости немедленно закончить роды, при проходимости цервикального канала для двух поперечных пальцев можно произвести поворот по Брэкстон-Гиксу, как указано в главе о повороте. Низводя ножку плода с помощью такого раннего поворота, акушер тем самым способствует усилению схваток, а следовательно, и раскрытию зева (рис. 343). В настоящее время этот способ не применяется. К повороту по Брэкстон-Гиксу обычно прибегают при предлежании плаценты, причем используют тампонирующее действие ножки (для остановки кровотечения, а не для расширения шейки!).

**Расширение металлическими дилататорами.** Наиболее распространенная модель дилататоров—металлические расширители Гегара, слегка изогнутые, длиной 10—12 см, различного диаметра цилиндры, снабженные на одном конце ручкой. Номер каждого отдельного бужа соответствует диаметру поперечного его сечения в миллиметрах (рис. 344).

Расширение производится следующим образом. Уложив роженицу на рахмановскую кровать или операционный стол, производят дезинфекцию наружных половых органов. После введения влагалищного зеркала смазывают влагалищную часть и цервикальный канал иодной настойкой и захватывают переднюю губу пулевыми щипцами.

Пулевые щипцы (рис. 345) акушер берет в левую руку и низводит ими шейку матки, а в правую руку—маточный зонд (рис. 346),



Рис. 343. Низведение ножки.

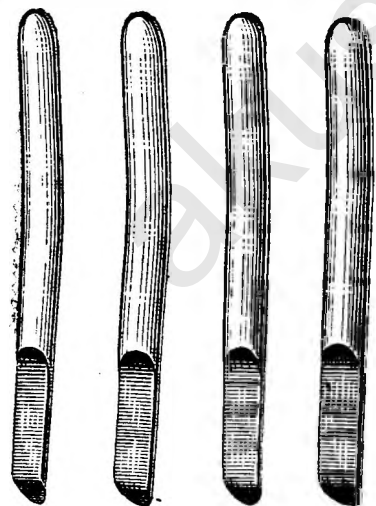


Рис. 344. Расширители Гегара.

захватывая его так, чтобы рукоятка лежала между большим и указательным пальцами правой руки (рис. 347). При таком зажатии при появлении препятствия рукоятка зонда, скользя между пальцами, легко уходит обратно. Насилие при проведении зонда может повести к образованию ложного хода и даже сквозного прободения маточной стенки. Только после зондирования расширяют цервикальный канал бужами Гегара. Без зондирования не должно производиться расширения. Первым вводят в цервикальный канал самый тонкий металлический расширитель (2 мм), притом таким образом, чтобы выпуклая сторона его была обращена кзади, а вогнутая—вперед (рис. 348). Дилататор надо вводить осторожно, без насилия, держа его так, чтобы мякоть большого пальца лежала на рукоятке расширителя спереди; снизу рукоятка должна лежать на согнутом указательном пальце. Дилататор вводят за внутрен-

ний маточный зев, но не дальше. Расширитель держат в цервикальном канале несколько секунд, затем удаляют и заменяют следующим номером. Если следующий номер проходит с трудом, надо ввести вторично предыдущий номер и подержать его немного дольше. Перескакивать через номер не следует ввиду болезненности и возможных разрывов. Обычно у

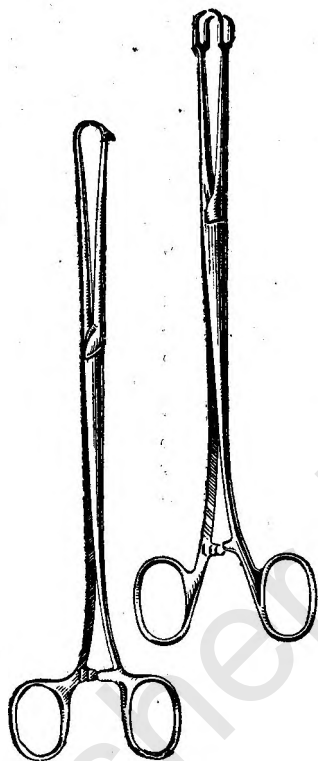


Рис. 345. Пулевые щипцы и щипцы двухзубчатые острые для захватывания шейки матки.



Рис. 346. Маточный зонд.

беременной женщины удастся в течение нескольких минут расширить цервикальный канал до необходимого размера. Для выскабливания матки в первые два месяца беременности достаточно ограничиться расширением цервикального канала дилататорами до № 12 включительно, для введения метрейринтера—до № 25—26. Ввиду болезненности расширение лучше делать под наркозом.

**Расширение по Босси.** Расширитель Босси—инструмент, предложенный для расширения шеечного канала матки. Дает большие разрывы шейки. В настоящее время не применяется.

**Метрейриз.** Метрейриз для расширения шейки рекомендуется применять в двух случаях: для преждевременного прерывания беременности и при предлежании плаценты. О применении метрейринтера для прерывания беременности будет говориться дальше (стр. 402). Здесь мы хотели бы сказать несколько слов о метрейризе при предлежании плаценты. Выше

указывалось, что при предлежании плаценты могут быть использованы три вида терапии: разрыв плодного пузыря, поворот по Брэкстон-Гиксу и метрейриз. Разрыв плодного пузыря является хорошим терапевтическим

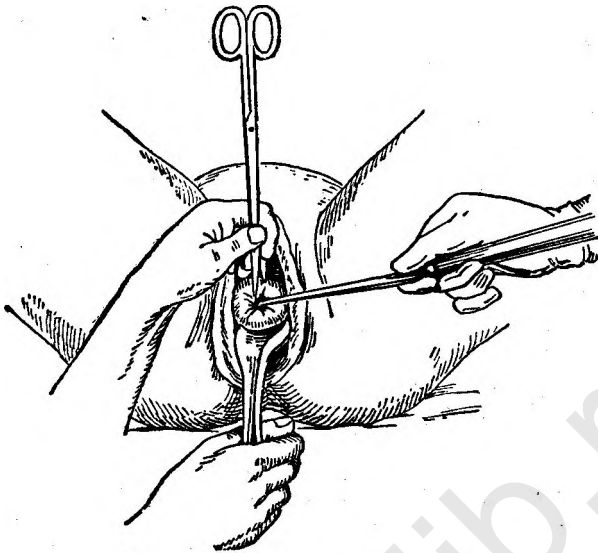


Рис. 347. Зондирование матки.

воздействием при так называемом краевом предлежании плаценты. Что касается поворота по Брэкстон-Гиксу, то он дает удовлетворительные результаты для матери, но очень плохие для плода. От 60 до 70% (даже 80%) всех детей при таком повороте погибают. Поворот по Брэкстон-Гиксу при предлежании плаценты показан, если женщина сильно обескровлена и необходимо немедленно и на длительный срок остановить кровотечение, чтобы дать возможность роженице оправиться.

В последнее время при боковом и краевом предлежании рекомендуется также наложение кожно-головных щипцов по Иванову-Гаусу (стр. 384).

Метрейриз тоже является хорошим способом остановки кровотечения, но для этого метрейринтер должен лежать не между плацентой и стенкой матки, а внутри плодного пузыря (интравулярно, гесп. интраамниально). Недостаток метрейринтера заключается в том, что после его изгнания головка должна сейчас же затампонировать нижний маточный сегмент. В противном

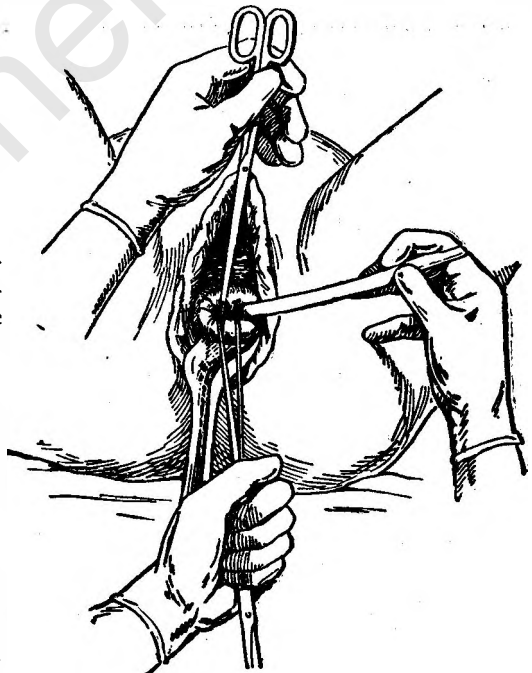


Рис. 348. Расширение канала шейки матки металлическим расширителем.

случае кровотечения может возобновиться, и тогда приходится прибегать к повороту.

Техника метрейриза при предлежании плаценты такова.

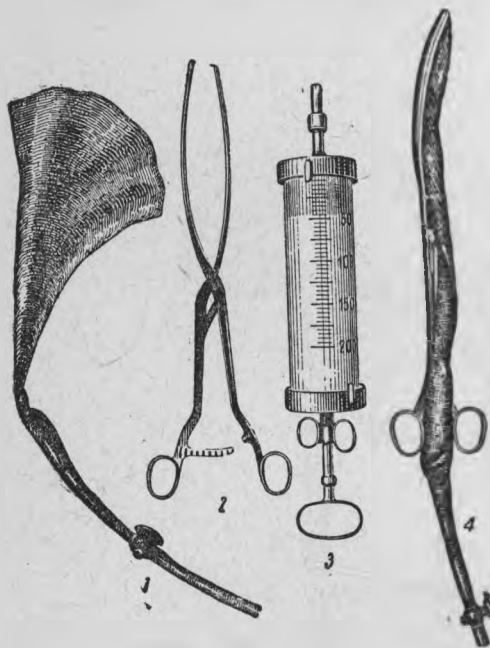


Рис. 349.

1—метрейринтер; 2—щипцы для захватывания метрейринтера, 3—шприц для наполнения метрейринтера; 4—свернутый метрейринтер, взятый в зажим.



Рис. 350. Метрейринтер лежит интраовулярно (внутриоболочечно).

(рис. 351). После того как щипцы вместе с баллоном прошли через ткань плаценты, их (или корнцанг) раскрывают, не вынимая, чтобы введенный

Сделав дезинфекцию наружных половых органов, женщину укладывают на операционный стол. После введения зеркала фиксируют переднюю и заднюю губы влажной частью пулевых щипцами. Прокипяченный метрейринтер туго сворачивается (в виде сигары) и захватывается специальными щипцами или корнцангом, как это изображено на рис. 349. Щипцы должны захватывать инструмент таким образом, чтобы концы их заходили за верхний край свернутого метрейринтера. Делается это для того, чтобы легче пройти через ткань плаценты в интраамниальную полость. Еще до кипячения должна быть проверена целостность баллона. Точно так же заранее надо установить его емкость. Захватив баллон щипцами, вводят его через цервикальный канал в полость матки, прорвав предварительно щипцами ткань плаценты (рис. 350). Баллон должен лежать

не между плацентой и маточной стенкой, а в полости плодного яйца (интраовулярно). Поместить баллон между стенкой матки и плацентой (экстраовулярно)— значит привести еще большую отслойку плаценты и тем вызвать опасное кровотечение. Таким образом, при предлежании плаценты метрейринтер вводят непременно внутриоболочечно (интраовулярно), предварительно вскрыв плодный пузырь, тогда как тот же метрейринтер, применяемый при простом расширении шеечного канала, следует вводить без предварительного вскрытия плодного пузыря, т. е. внеоболочечно (экстраовулярно)

метрейринтер с щипцами вновь не выскользнул наружу.

Затем наполняют баллон через воронку (или шприцем) физиологическим раствором или 3% раствором борной кислоты. Метрейринтер наполняют таким количеством жидкости, какое соответствует его емкости. Обычно это составляет 150—200 мл.

Наполнив баллон, можно осторожно вывести щипцы или корнцанг. Чтобы метрейринтер мог выполнить свое назначение — тампонировать нижний маточный сегмент — приходится к трубке его подвесить груз. Применять слишком большой груз при предлежании плаценты не рекомендуется, он может принести больше вреда, чем пользы. Некоторые придерживаются правила не подвешивать груза, который превышал бы больше чем на 200 см<sup>3</sup> количество введенной в баллон жидкости. После того как произойдет полное раскрытие маточного зева, баллон самостоятельно выходит наружу. Метрейринтер в полости матки должен оставаться не больше 12 часов.

Подтягивать за баллон, пока он лежит в матке, при *placenta praevia* ни в коем случае нельзя.

#### КРОВАВОЕ РАСШИРЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Кровавое расширение шейки матки может быть самостоятельной операцией, при которой несглаженная до того шейка матки вместе с нижним сегментом рассекается настолько, чтобы через нее можно было провести плод. В других случаях уже при сглаженной шейке производят надрезы или насечки, чтобы устранить препятствие к ускорению родового акта. В первом случае мы говорим о так называемом влагалищном кесаревом сечении (*hysterotomia vaginalis*), которое описано в главе о кесаревом сечении, во втором — об инцизии маточного зева (*hysterosomatoma*).

Условия, необходимые для производства насечек наружного маточного зева: сглаженная шейка и известное раскрытие зева.

**Показания.** 1. Разрез маточного зева при сглаженной шейке (так называемого «акушерского зева») показан в том случае, если при извлечении плода за тазовый конец зев туго обхватывает шейку. Происходит это обычно, если извлечение предпринимается при не совсем еще раскрытом зеве.

Головка обычно застревает в полости матки. Если подтянуть ее чересчур сильно, это может привести к разрыву шейки; если же медлить, то плод может погибнуть от асфиксии. В этом случае и показаны насечки маточного зева.

2. В случаях стриктуры матки, а также судорожного сужения маточного зева на почве тех или иных раздражений.

3. При ригидности шейки у пожилых первородящих.

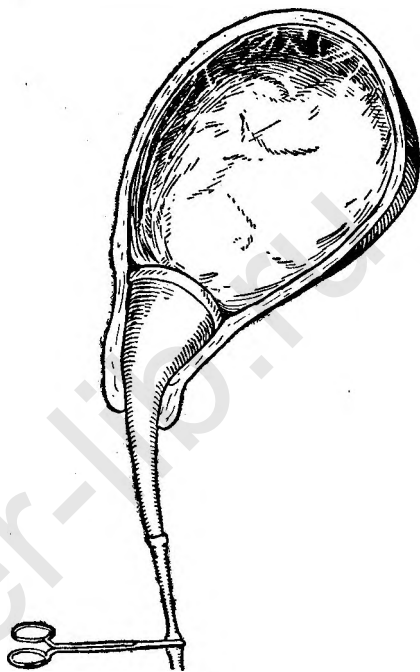


Рис. 351. Метрейринтер лежит экстраовулярно (внеоболочечно).

Техника насечек очень проста. Под контролем двух пальцев вводят изогнутые по ребру ножницы с тупыми концами до маточного зева, причем одну браншу—в цервикальный канал, и под контролем тех же пальцев производят разрез длиной в 1 см (рис. 352).

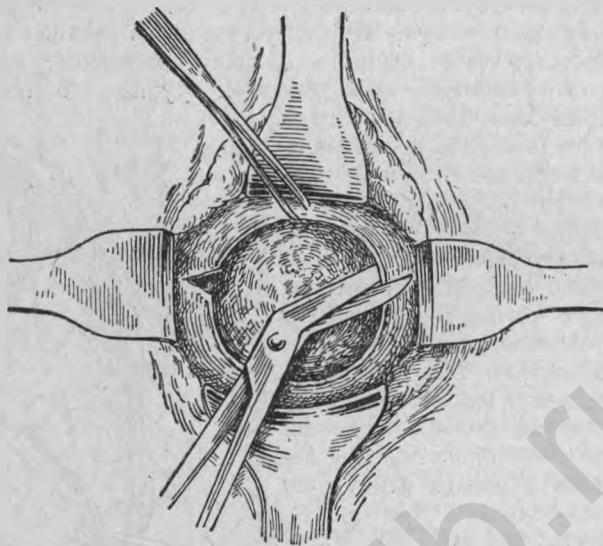


Рис. 352. Операция рассечения наружного («акушерского») зева—Hysterostomatomia.

Таких насечек надо сделать не меньше четырех: две боковые, одну переднюю и одну заднюю. Некоторые делают насечки в трех направлениях (две насечки—сбоку кпереди и одну—сзади).

Если нужно наложить щипцы, то лучше, чтобы щипцы накладывались раньше: по натягивающемуся, таким образом, зеву удобнее сделать насечки.

По окончании родов рекомендуется наложить швы на разрезы.

---

## АКУШЕРСКИЕ ПОСОБИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПЛОДНОМУ ПУЗЫРЮ

### ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

Во время схваток некоторое количество околоплодной жидкости (передние воды) скапливается впереди предлежащей части, выпячивая нижний полюс плодных оболочек (плодный пузырь). По мере усиления и учащения схваток плодный пузырь, выпячиваясь все больше и больше, способствует, вклиниваясь изнутри кнаружи, сглаживанию цервикального канала и расширению маточного зева. Плодный пузырь свою задачу выполняет к тому моменту, когда цервикальный канал сглажен и маточный зев раскрылся совершенно. Так как сопротивление со стороны цервикального канала к этому времени уже исчезает, плодный пузырь один не в состоянии выдержать внутриматочного давления и рвется. При этом наружу изливаются так называемые передние воды. При нормальных условиях принято считать, что отхождение вод означает конец периода раскрытия и начало периода изгнания. Но из этого правила имеется много исключений.

Разрыв пузыря может наступить до того, как произошло полное раскрытие, т. е. на протяжении всего периода раскрытия,—это будет так называемый ранний разрыв плодного пузыря. В том случае, когда воды отходят еще до начала схваток, принято говорить о преждевременном разрыве плодного пузыря.

В некоторых случаях околоплодные воды отходят значительно позже—в периоде изгнания; тогда говорят о позднем разрыве плодного пузыря, о позднем отхождении околоплодных вод. В редких случаях плодный пузырь не рвется до конца периода изгнания, плод рождается в целых околоплодных оболочках, в сорочке, как принято говорить.

Врачу приходится предупреждать преждевременное отхождение вод, защищая плодный пузырь от несвоевременного разрыва. В других случаях ему приходится, наоборот, делать искусственный разрыв плодного пузыря, иногда даже прибегать к его раннему разрыву при относительно мало раскрытом маточном зеве (при многоводии, краевом предлежании плаценты, преждевременной отслойке плаценты и пр.).

### СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ОТ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА

Предупредить преждевременный разрыв плодного пузыря мы не в состоянии, так как не знаем ни этиологии, ни продромальных симптомов такого разрыва.

Врачу легче бороться с ранним разрывом пузыря.

Ранний разрыв может зависеть от двух причин: во-первых, от недостаточной эластичности плодных оболочек. При мало растяжимых оболочках достаточно небольшого напряжения внутрибрюшного давления (резкие движения, подъем тяжести в периоде раскрытия), чтобы вызвать раннее отхождение вод. В чем причина такой слабо выраженной эластичности плодного пузыря, мы пока не знаем.

Во-вторых, ранний разрыв плодного пузыря может зависеть от высокого интраамниального давления. Как известно, предлежащая часть, особенно головка, настолько обхватывается нижним маточным сегментом, что внутриматочное давление не может передаваться через головку в полной мере на нижний полюс яйца, т. е. на плодный пузырь. Во время схваток небольшое количество околоплодной жидкости мимо головки пробивается вниз в плодный пузырь, благодаря чему последний напрягается, растягивается, понижается, только до известных пределов. Если околоплодная жидкость пробивается в плодный пузырь сравнительно в большом количестве, пузырь не выдерживает такого сильного давления и рвется раньше времени.

Четыре главные причины вызывают ранний разрыв плодного пузыря:

а) Неправильные положения и предлежания плода: передне-головные, лицевые, лобные, особенно поперечные, геср. косые и тазовые (ножные по преимуществу). Объясняется это тем, что предлежащая часть и в том, и в другом случае не очень плотно обхватывается нижним сегментом, почему передних вод в плодном пузыре собирается больше, а в силу этого и пузырь рвется легче и раньше.

б) Узкий таз мешает головке опуститься в полость малого таза, вследствие чего околоплодные воды беспрепятственно могут наполнять нижний яйцевой полюс.

в) Многоводие также мешает установлению головки; разрыв пузыря может произойти вследствие сильного напора всей массы околоплодной жидкости.

г) Такую же роль, как и многоводие, играет многоплодная беременность. Головки близнецов слишком малы, часто положение плодов бывает неправильное, вследствие чего плодному пузырю приходится выдерживать полностью весь напор околоплодной жидкости.

**Прогноз.** Прогноз при раннем разрыве пузыря будет различным в зависимости от положения плода.

При головном предлежании ранний разрыв пузыря не всегда ведет к осложнению. Спустившаяся вниз головка может заменить собой плодный пузырь, роды протекают обычным темпом, а иногда даже и быстрее. Пожалуй, только схватки в периоде раскрытия несколько более болезненны.

При других предлежаниях, при узком тазе и многоплодной беременности, ранний разрыв пузыря может оказаться серьезным осложнением. Роды затягиваются, воды постепенно полностью изливаются наружу, может выпасть ручка, пуповина, может повыситься температура (около 10%) на почве проникшей из влагалища инфекции («сухие роды»).

**Профилактика.** Чтобы предупредить преждевременное отхождение околоплодных вод, женщина должна в последний месяц беременности избегать тяжелой физической работы, подъема тяжестей, половых сношений, особенно в последние недели беременности и пр. С наступлением первых схваток она должна направиться в родильный дом. В тех случаях, когда имеется прямая угроза раннего отхождения вод, а именно при неправильном положении плода, высоко стоящей головке, многоплодной беременности, узком тазе, многоводии, роженицу следует уложить в постель. Во избежание возможного раннего разрыва плодного пузыря со всеми его последствиями рекомендуется ввести с профилактической целью **колпепринтер** («защитный резиновый баллон»).



## КОЛЬПЕЙРИЗ

Вводится кольпейринтер следующим образом. Предварительно измеряется его емкость. Прокипятив баллон, его вводят после дезинфекции наружных половых органов в сложенном сигарообразно виде во влагалище. Затем кольпейринтер наполняют физиологическим раствором. Зажав отводящую трубку (закрыв кран, если он имеется), оставляют лежать баллон во влагалище, тампонируя последнее стерильной марлей. Кольпейринтер является силой, противодействующей интраамниальному давлению, чем собственно и предупреждается разрыв пузыря. Свыше 8—10 часов кольпейринтер во влагалище оставлять нельзя (инфекция).

Проверить состояние внутреннего зева можно так: не вынимая кольпейринтера из влагалища, выпускают немного жидкости, после чего руку вводят мимо кольпейринтера во влагалище. Убедившись, что маточный зев достаточно раскрыт, удаляют кольпейринтер и делают, если это требуется, прокол пузыря. В противном случае кольпейринтер наполняют вновь и оставляют *in situ*. Помимо своего прямого назначения—способствовать целостности плодного пузыря, кольпейринтер является хорошим средством для возбуждения схваток.

## ИСКУССТВЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ. КОЖНО-ГОЛОВНЫЕ ЩИПЦЫ ПОСЛЕ РАЗРЫВА ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

**Показания.** Показания к искусственному разрыву плодного пузыря разнообразны.

1. **Запоздалый разрыв плодного пузыря.** Когда головка обхватывается нижним маточным сегментом так туго, что околоплодная жидкость совершенно не может проникнуть в плодный пузырь, он может остаться целым и в периоде изгнания. Неразорвавшийся пузырь иногда выпячивается за пределы вульвы. В таких случаях определенно показан искусственный разрыв его. Само собой разумеется, что при рождении в «счастливой сорочке» тоже необходимо искусственно разорвать «сорочку», и чем скорее, тем лучше для предупреждения асфиксии плода.

Запоздалый разрыв плодного пузыря обычно клинического значения не имеет. В конце концов пузырь разрывается и роды заканчиваются без осложнений. Иногда, впрочем, такой разрыв плодного пузыря может повести к целому ряду осложнений как для матери, так и для плода. Запоздалый разрыв плодного пузыря затягивает роды. В некоторых случаях можно отметить более болезненные схватки. Может произойти, наконец, частичная отслойка плаценты.

2. **Двойни.** После рождения первого плода при двуйцевых двойнях обычно начинает выпячиваться плодный пузырь второго плода. Так как плодный пузырь первого плода выполнил свое назначение—сглаживание цервикального канала и расширение маточного зева, пузырь второго плода является своего рода анахронизмом. Поэтому при двуйцевых двойнях следует, выждав полчаса, пока матка не приспособится к новым условиям, разорвать плодный пузырь, если к этому времени он не разорвется сам.

3. **Наружный поворот** иногда также является показанием к искусственному разрыву плодного пузыря. Если при поперечном или косом положении плода, при вполне раскрытом зеве врач делает наружный поворот на головку, то, чтобы удержать ее в исправленном положении, рекомендуется разорвать пузырь, применяя комбинированный прием Гофмейер-Мюллера (энергичное вдавливание головки в полость таза — см. стр. 302).

4. При наложении щипцов одним из условий является разрыв плодного пузыря. Если налицо все другие условия для наложения щипцов, а плодный пузырь еще цел, следует его разорвать искусственно.

5. Слабые родовые схватки. Если при вполне расширенном маточном зеве наступают так называемые вторичные слабые схватки, причину их, повидимому, следует искать в том, что мышечные волокна чрезмерно растянуты, понизился их тонус, крайне необходимый для работы гладкой мускулатуры. Чтобы она вновь приобрела способность сокращаться, надо восстановить ее тонус или уничтожить чрезмерное растяжение маточной поллой мышцы. Этого можно достигнуть разрывом плодного пузыря. После разрыва и отхождения вод полая маточная мышца уменьшается в размерах, ее тонус восстанавливается, следовательно, восстанавливается и ее работоспособность.

Голландская школа (Хевен) предлагает рвать плодный пузырь при нормальных родах очень рано, даже при открытии маточного зева на 4 см (на 2 поперечных пальца). По данным Хевена, родовой акт под влиянием искусственного разрыва плодного пузыря заметно укорачивается, «сухие» роды не наблюдались ни разу, вредного влияния на ребенка автор не отмечал, послеродовой период во всех проследженных случаях протекал безукоризненно, процент оперативных родов даже уменьшался. Такое смелое предложение, опрокидывающее сложившееся мнение о роли и значении плодного пузыря, однако, не нашло поддержки.

Проверочные клинические наблюдения (М. С. Малиновский) не подтвердили оптимистических выводов Хевена

6. Многоводие. Растянутая вследствие многоводия матка плохо сокращается, поэтому при многоводии наблюдается так называемая первичная слабость схваток. Для устранения этого осложнения приходится делать прокол плодного пузыря. Однако ранний разрыв пузыря при многоводии может иметь и плохую сторону. Как мы уже упоминали, при этом осложнении приходится вводить кольпайринтер, чтобы предупредить выпадение мелких частей вследствие раннего разрыва пузыря.

Что касается прокола плодного пузыря при многоводии, то следует иметь в виду, что слишком быстрое отхождение околоплодных вод может повести к ряду осложнений: выпадению мелких частей, преждевременной отслойке плаценты и пр. Поэтому рекомендуется делать прокол плодного пузыря сбоку и преимущественно тогда, когда маточный зев успел уже в достаточной мере расшириться. В случае неудачи после прокола можно сделать поворот на ножку и извлечение. О необходимости раннего разрыва плодного пузыря при так называемом остром многоводии мы уже говорили.

7. Краевое предлежание плаценты. Давно было предложено при краевом предлежании плаценты производить искусственный разрыв плодного пузыря. Этот способ при placenta praevia lateralis дает нередко прекрасные результаты. Вследствие того что воды отошли, головка спускается ниже, придавливает предлежащую часть плаценты и тем останавливает кровотечение. Но если через некоторое время после прокола пузыря кровотечение возобновляется, перед практическим врачом встает вопрос, что же предпринять: сделать поворот по Брэкстон-Гиксу рискованно, наложить щипцы при недостаточном раскрытом маточном зеве явно невозможно. Единственный выход—метрейриз или наложение кожно-головных щипцов по Иванову-Гаусу (стр. 386).

Осложнения после искусственного разрыва плодного пузыря можно предупредить, если взять себе за правило делать прокол пузыря при краевом предлежании плаценты только при следующих условиях: роженица не должна быть слишком обескровлена предшествовавшим кровотечением,

родовые схватки должны быть достаточно сильными, чтобы провести головку через родовые пути, причем головка, гесп. подлежащая часть, должна выполнять весь нижний маточный сегмент.

8. Преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты. При преждевременной отслойке нормально прикрепленной (не низко сидящей) плаценты искусственный разрыв плодного пузыря может в некоторых случаях дать удовлетворительные результаты. Вследствие разрыва пузыря кровотокащая после отслойки поверхность плацентарной площадки уменьшается, в силу чего кровотечение также уменьшается. Но так как искусственный разрыв пузыря в дан-

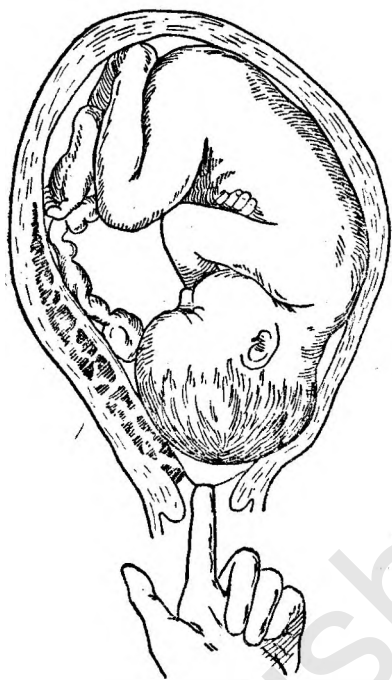


Рис. 353. Искусственный разрыв плодного пузыря пальцем.



Рис. 354. Искусственный разрыв плодного пузыря пулевыми щипцами.

ном случае не всегда ведет к желанной цели, врач при продолжающемся кровотечении должен быть готов к тому, чтобы приступить к более радикальным мероприятиям.

9. Эклампсия. Благоприятный эффект от разрыва плодного пузыря объясняется двумя моментами: понижением внутриматочного давления и ускорением родового процесса.

Техника. При напряженном плодном пузыре достаточно нажать на него пальцем, чтобы он разорвался (рис. 353). В других случаях приходится пользоваться каким-нибудь инструментом (пулевые щипцы, корнцанг, рис. 354).

Во всех случаях принципиально следует рвать пузырь в центре. При таком способе манипулирующая рука не соприкасается со стенками матки, что очень важно в смысле предупреждения заноса туда инфекции. При многоводии в виде исключения приходится рвать пузырь где-нибудь сбоку, между плодными оболочками и стенкой матки. Делается это для того, чтобы предупредить слишком быстрое вытекание околоплодных вод, вместе с ко-

торыми могут выпасть мелкие части, особенно пуповина. При боковом разрыве пузыря воды стекают медленно и, таким образом, опасность выпадения пуповины устраняется.

### Кожно-головные щипцы

А. А. Иванов (1932) для усиления родовой деятельности (при мертвом плоде) предложил накладывать так называемые кожно-головные щипцы. Сущность его предложения заключается в следующем: Специаль-

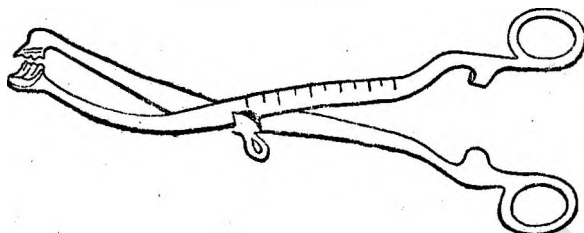


Рис. 355. Кожно-головные щипцы Я. И. Русина.

ными щипцами (Я. И. Русин предложил свою модель, рис. 355) или крепкими двузубцами Мюзо захватывается кожа на предлежащей головке, к рукоятке щипцов прикрепляется шнур (бинт), который перекидывается через блок. Блок обычно находится у ножного конца кровати. Важно,

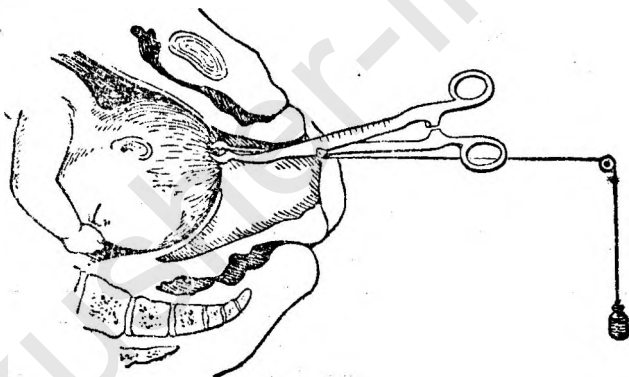


Рис. 356. Метод влечения за головку по А. А. Иванову.

чтобы он располагался так, чтобы влечение происходило по проводной оси таза (рис. 356). К шнуру можно подвесить груз (400 г).

Способ А. А. Иванова в настоящее время применяется и при живом плоде. Показания: placenta praevia (при боковом и краевом предлежании), слабость родовой деятельности, искусственное прерывание беременности. Одним из условий применения кожно-головных щипцов является открытие маточного зева на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца.

## САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

### САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ

Прерывание беременности до 28-й недели называется выкидышем, или абортом. Плод, родившийся раньше 28 недель, является нежизнеспособным. Выкидыш—одно из самых частых осложнений беременности, с которым приходится встречаться врачу-акушеру. После того как образовалась плацента, т. е. после 14-й недели, течение выкидыша мало чем отличается от преждевременных родов. Но до 14-й недели, когда плод очень мал, мускулатура матки недостаточно развита, decidua capsularis еще не подверглась атрофии,—в этом периоде беременности отделение яйца от стенок матки совершается не сразу, а потому часто требуется вмешательство врача.

По характеру течения, по прогнозу, а также по роду терапии принято различать: 1) угрожающий аборт (*abortus imminens*), 2) начавшийся аборт (*abortus incipiens*), 3) аборт в ходу (*abortus progrediens*), 4) незакончившийся аборт (*abortus incompletus*), 5) закончившийся аборт (*abortus completus*). Мы рассмотрим в дальнейшем только терапию самопроизвольного выкидыша. Все другие вопросы, связанные с прерыванием беременности, см. в руководствах и учебниках по общему акушерству.

### УГРОЖАЮЩИЙ И НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ

#### Терапия угрожающего и начинающегося аборта

Наилучшие результаты дает длительный постельный покой. Ввиду возможных рецидивов кровотечения покой должен соблюдаться не меньше 2—3 недели. Пока нет сильных схваток, пока маточный зев остается закрытым, надежда на сохранение беременности не потеряна. Надо только твердо и ясно вести свое дело, не теряясь и не бросаясь от одного средства к другому. Необходим полный физический и половой покой в течение 2—3 недель; следует позаботиться о стуле и мочеиспускании. Из лекарственных средств рекомендуется: прогестерон (внутримышечные инъекции по 1—2 мл 0,5% раствора ежедневно в течение 10 дней), прегнин (по 2 таблетки 3 раза в день), *Extr. fluidum viburni prunifoliae* (по 30—40 капель, 3—4 раза в день), стиптицин (0,1) с папаверином (0,03) в свечах или опийные клизмы (10 капель на полстакана теплого раствора ромашки). При отсутствии папаверина—*Extr. opii aquosi* (0,015). Экстракт белладонны лучше не прописывать (может способствовать расширению шейки).

Однако нередко никакая терапия не помогает. Это бывает в тех случаях, когда плод умирает. В нашем распоряжении нет признаков, по которым можно было бы установить смерть плода, особенно в ранние сроки беременности. Только после длительного наблюдения, когда врач убедится, что

матка не увеличивается, а, наоборот, даже уменьшается в размерах, можно с известным правом говорить о смерти плода.

При угрожающем аборте во второй половине беременности прогноз поставить легче. После 20-й недели смерть плода определяется по исчезновению сердцебиения, которое до того прослушивалось хорошо. Плохим прогностическим признаком служит отхождение околоплодных вод. Трудно сохранять беременность после того, как уже отошли воды.

Врач должен тщательно следить за тем, не отходят ли вместе с кровью отдельные пузырьки, что будет указывать на пузырьный занос. В таком случае необходимо ускоренное удаление пузырных масс.

Кроме пузырьного заноса, имеется ряд других заболеваний матери, при которых плодное яйцо претерпевает такие изменения, что нет надобности предпринимать какие-нибудь меры для его сохранения. К таким заболеваниям относятся: сифилис, скарлатина, дифтерия, тиф, раковые заболевания, туберкулез и пр. Аборт предоставляют естественному течению.

### Осложнения

При *abortus incipiens* могут наблюдаться: кровотечения, повышение температуры (на почве инфекции) и длительное течение самого аборта.

Пока начавшийся аборт протекает без осложнений, тактика врача должна быть выжидательной: постельный покой, бдительный надзор и приведенная выше медикаментозная терапия. Если же появляется одно из перечисленных выше осложнений, врач должен незамедлительно решить, какой терапии держаться в дальнейшем, выжидательной или активной. При этом выжидательную и активную терапию нельзя противопоставлять одну другой: оба эти метода—не антагонисты, взаимно исключают друг друга, а, наоборот, мероприятия, друг друга дополняющие.

О консервативной терапии мы говорили. Об активной терапии будет сказано ниже. Уместно будет уделить несколько слов показаниям к консервативной и активной терапии.

**Длительность течения аборта.** Затянувшийся на многие дни и недели аборт лишает больную возможности нести свои повседневные обязанности, приковывает ее к дому и постели, постоянно держит под угрозой возможного кровотечения и инфекции. Если врач уверен в том, что беременность невозможно сохранить, нет смысла откладывать оперативное вмешательство.

**Длительные и сильные кровотечения на почве аборта** редко ведут к летальному исходу, но они влекут за собой тяжелое малокровие, которое подрывает здоровье больной. Ждать, пока больная будет окончательно обескровлена, и только после этого приступить к оперированию—значит не быть на высоте своего призвания. Врач должен поставить себе за правило немедленно приступить к активному вмешательству, если при аборте кровотечение начинает усиливаться.

**И н ф е к ц и я** (лихорадочный аборт). В 25% случаев всех клинических абортов при длительном течении их микробы проникают в полость матки. Эта инфекция, в зависимости от характера проникших микробов и сопротивляемости организма, может привести и к летальному исходу.

До настоящего времени нет единого мнения о том, какое лечение следует применять при лихорадочном аборте. Долгое время господствовал взгляд, что повышение температуры является показанием к оперативному удалению плодного яйца. Одни авторы удаляли его ручным способом, другие—инструментальным. Лет сорок пять назад Винтер обратил внимание на тот факт, что активное вмешательство при лихорадочном аборте часто ведет

к очень тяжелым септическим процессам. Он выдвинул следующее положение: в тех случаях, когда повышение температуры при лихорадочных абортах связано с присутствием гемолитических стрептококков, применять активную терапию не следует, если к этому не вынуждает сильное и опасное для жизни кровотечение. Лишь после того, как все явления инфекции исчезнут, а яйцо тем временем не выделилось самопроизвольно, можно приступить к опорожнению матки. Выставленное Винтером положение в свое время нашло много сторонников. Но у него было и много противников. Вопрос, повторяю, не решен окончательно и по настоящий день. Мы не можем останавливаться на той дискуссии, которая тянется уже не один десяток лет. Оперировать или не оперировать при лихорадочном аборте? На основании мнения многих видных гинекологов, а также исходя из собственного опыта, мы рекомендуем следующий образ действий, особенно для практического врача.

Если при начавшемся аборте врач констатирует повышение температуры, которое, по его мнению, вызвано абортом, и если (это мы особенно подчеркиваем) ни в области придатков, ни в области клетчатки никаких явлений воспаления не обнаруживается, и нет указаний на генерализацию септического процесса, необходимо немедленно приступить к опорожнению матки. Если же в окружности матки при лихорадочном аборте имеется воспалительный процесс, то активное вмешательство противопоказано во избежание генерализации инфекции.

Нам кажется, что такой образ действий при лихорадочном аборте дает наилучшие результаты в смысле уменьшения заболеваемости и смертности. В настоящее время, когда количество лихорадочных абортов еще довольно велико, практическому врачу в его многосторонней повседневной деятельности следует иметь четкую линию поведения и особенно остерегаться практически мало оправдываемой полипрагмазии.

Все сказанное по вопросу о показаниях и противопоказаниях к активному вмешательству при начавшемся аборте позволяет нам сделать следующее заключение. При отсутствии осложнений в виде затянувшегося процесса, кровотечения и повышенной температуры терапия должна быть выжидательной. Если аборт затягивается на долгий срок, становится своего рода хроническим, если появляется угрожающее кровотечение или повышение температуры, говорящее о начале инфекции, надо немедленно приступить к опорожнению матки. При наличии инфекции назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты. Выскабливание противопоказано в случаях, когда воспалительный процесс перешел за пределы матки—в клетчатку и на придатки. В таких случаях в интересах локализации инфекции активное вмешательство следует считать противопоказанным, если только не имеется угрожающего кровотечения.

### **Методы активной терапии начавшегося осложненного аборта**

Мы не будем касаться методов, которые в настоящее время никем и почти нигде не применяются (тампонада, влагалищные и маточные орошения и др.).

Скорее ведут к цели более радикальные способы, а в умелых руках они к тому же значительно безопаснее, и в первую очередь удаление плода и его добавочных эмбриональных образований. Самый способ активного вмешательства в каждом отдельном случае будет зависеть от состояния шейки матки, т. е. от того, закрыта она или открыта. Если маточный зев закрыт, его следует предварительно расширить. Методов расширения предложено много. Мы перечислим те способы расширения маточного зева, которые применяются при радикальном лечении аборта.

а) Расширение дилататорами ведет быстро к цели и показано в тех случаях, когда требуется немедленное вмешательство. Предпринимая такое расширение, врач должен учитывать и недостатки его. Быстрое расширение шейки матки болезненно, а, кроме того, нередко ведет к разрывам ее. Бывают и случаи перфорации матки. Подробно о технике дилатации сказано в другом месте (стр. 375).

б) Насечки наружного маточного зева показаны в случаях так называемого цервикального аборта<sup>1</sup> при ригидности зева.

в) *Hysterotomia anterior*. К этому способу расширения шейки обычно прибегают в тех случаях, когда плод достиг уже крупных размеров и с трудом может быть извлечен через шейку матки даже после дилатации расширителями. Показан при беременности свыше 4 месяцев. При инфекции *hysterotomia* дает худшие результаты (пенициллин!).

Расширив в достаточной степени тем или иным способом цервикальный канал, приступают к удалению плода и его добавочных образований.

Удаление плодного яйца может быть произведено двумя способами: ручным и инструментальным. До настоящего времени идет спор о том, который из этих двух методов безопаснее и который предпочтительнее применять. Нам лично кажется, что при решении этого спора следует руководствоваться не вопросом о предпочтительности, а скорее вопросом о целесообразности применения того или другого способа в том или ином случае, при той или иной обстановке.

Ручной способ удаления плодного яйца—способ не всегда легкий, притом он болезнен. Легко удалить содержимое матки можно только тогда, когда шейка позволяет это сделать. С другой стороны, инструментальный способ удаления плодного яйца требует специальной подготовки, так как он более опасен, чем ручной. Но в хороших руках инструментальный способ, безусловно, предпочтительнее, так как с помощью инструмента легче удалить все, даже малейшие остатки, да и самый способ оперирования может быть обставлен асептичнее, чем ручной.

Ручной способ опорожнения матки. Маточный зев должен быть настолько расширен, чтобы он легко пропускал указательный палец. Если обстоятельства позволяют, хорошо применить наркоз, особенно нервным и нетерпеливым женщинам, а также при узком *introitus vaginae* и упругих мышцах живота.

Производится обычная дезинфекция наружных половых органов и рук оператора. Во влагалище лучше всего ввести три пальца, из которых указательным проникнуть в полость матки. В случае надобности можно облегчить введение пальца в шейку матки тем, что *portio vaginalis* захватывается пулевыми щипцами. Захватив левой рукой пулевые щипцы и фиксировав, таким образом, шейку, осторожными вращательными движениями вводят указательный палец в полость матки. Левую руку, до того державшую пулевые щипцы, кладут на брюшные стенки выше лонного соединения и обхватывают тело матки снаружи. Надавливая наружной рукой на тело матки сверху, стараются проникнуть пальцем внутренней руки до самого дна матки, после чего приступают к систематическому отделению яйца. Это обычно сделать легко, потому что связь между яйцом и стенкой матки здесь рыхлая. Делая скользящие вращательные движения сначала у дна матки, а затем все ниже и ближе к маточному зеву, стараются отделить все части яйца от стенки матки. Отделив, таким образом, все яйцо от маточной стенки, выводят палец наружу. Вслед за пальцем обычно выходит нару-

<sup>1</sup> Цервикальный (шеечный) аборт (застывание плодного яйца в шейке, обычно у первобеременных) с клинической стороны следует трактовать как затянувшийся аборт, подлежащий оперативному лечению.



жу отделившееся плодное яйцо. В противном случае приходится входить в полость матки вторично, что нежелательно и не рекомендуется.

Однако не всегда с помощью пальца удается удалить все остатки плодного яйца. В таких случаях вслед за ручным удалением остатки плодного яйца удаляют с помощью тупой кюретки.

Инструментальный способ опорожнения матки, в зависимости от срока беременности, может быть различным. Положение женщины, дезинфекция рук и половых органов, а также применение наркоза—те же, что и при ручном оперировании.

**Выскабливание (abrasio).** В качестве операции для удаления плодного яйца выскабливание может применяться только в первые месяцы беременности. После десятой, и особенно после двенадцатой недели беременности производить выскабливание матки при наличии целого яйца всегда весьма рискованно. С третьего месяца и дальше выскабливание матки рекомендуется только в случаях задержки остатков плодного яйца, но не всего яйца в целом.

В качестве инструмента для выскабливания употребляются кюретки. В запасе должно быть несколько кюреток различных размеров (рис. 357).

Перед началом операции надо внутренним исследованием установить положение, форму и размеры матки. Наркоз для операции требуется тогда, когда больная очень чувствительна. О положении больной, о дезинфекции было сказано выше. Следует пользоваться ложкообразными влагалищными зеркалами. Обнажив *portio vaginalis*, фиксируют ее пулевыми щипцами. Надо еще раз убедиться в положении и размерах матки, для чего производится ее зондирование, желательно гибким маточным зондом (см. рис. 346). Установив размер и положение матки (антефлексия, resp. ретрофлексия), приступают к расширению маточного зева дилататорами.

Если маточный зев в достаточной мере раскрыт, переходят к операции выскабливания. Кюретку надо вводить свободно, без насилия, «мягкой рукой». При наличии сопротивления не следует форсировать продвижение кюретки (рис. 358). Вводят ее вплоть до самого дна, что узнается по легкому сопротивлению. Затем медленными, но не очень слабыми движениями кюретки вдоль по передней стенке матки соскабливают, как это видно на рис. 359, части яйца и его оболочки. Делая движение за движением, раньше по передней, а затем по задней стенке матки, очищают всю ее внутреннюю поверхность. Соскабливание с маточной стенки частей яйца производят, понятно, только сверху вниз, от дна матки в направлении к наружному зеву. При больших сроках беременности (12 недель) рекомендуется наружную

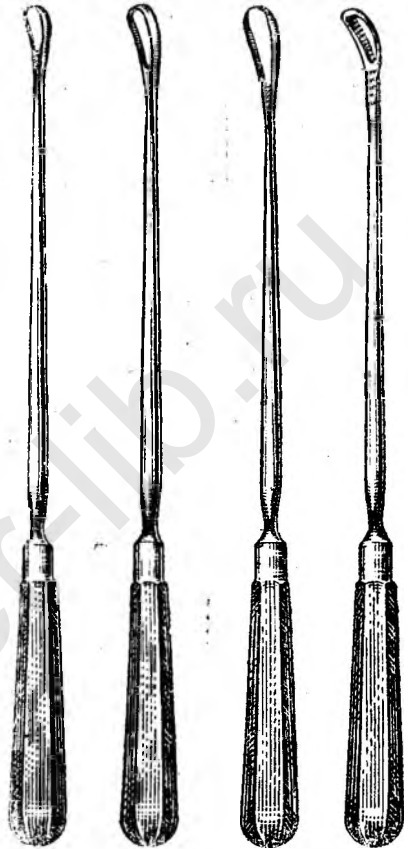


Рис. 357. Набор кюреток.

руку врача держать на дне матки со стороны брюшной стенки (контрольная рука); пулевые щипцы, фиксирующие шейку матки, держит помощник. По своеобразному скрипу или хрусту обычно узнается, что рыхлые части удалены и стенка матки «выскоблена чисто». Удалив рыхлые массы с передней и задней стенок матки, берут кюретку меньших размеров, чтобы удалить остатки яйца из области трубных углов. Полость матки

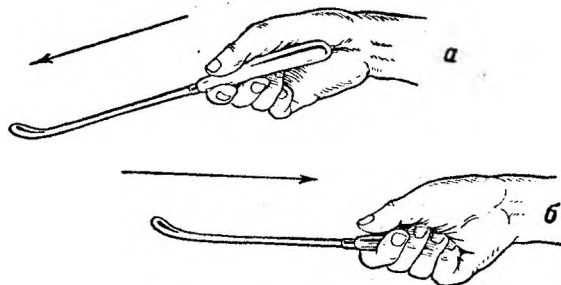


Рис. 358. Положение кюретки в руке.  
а—при введении ее в полость матки; б—при выведении ее из матки.

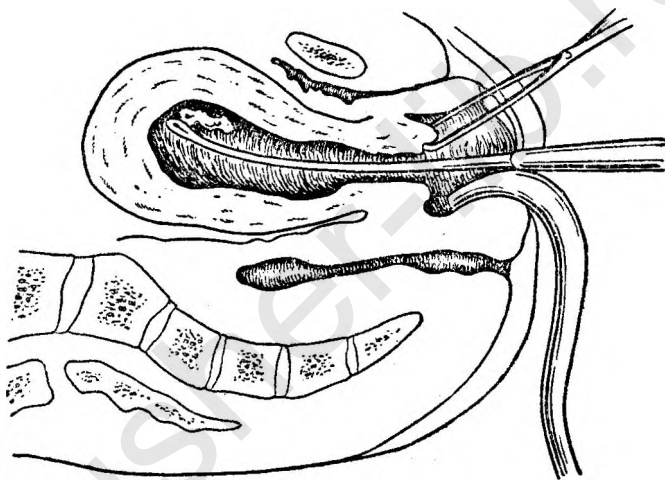


Рис. 359. Введение кюретки в полость матки.

в настоящее время не промывают. При нормальном течении операции тампонаду влагалища, *resp.* матки, после выскабливания также не применяют.

Если выскабливание сделано тщательно, обычно никакого кровотечения не бывает. Если матка плохо сокращается, впрыскивают подкожно питуитрин, эрготин, маммафизин, тенозин.

Так проводится выскабливание матки в первые два месяца беременности при начавшемся осложненном аборте и при *abortus progrediens*.

Удаление яйцевых частей абортангом. С третьего месяца беременности, как мы сказали, выскабливание с целью удаления плодного яйца при аборте дело рискованное. В таких случаях приходится дополнительно прибегать к другим приемам. Если яйцо отделилось от стенок матки, причем маточный зев достаточно раскрыт, можно применить следующий простой прием, который иногда дает положительные результаты. С помощью введенных во влагалище двух пальцев и второй руки, обхватывающей тело матки со стороны брюшных покровов, матке придается

ретровертированное положение. Затем на тело матки оказывают энергичное давление с двух сторон: двумя введенными во влагалище пальцами со стороны заднего свода и второй рукой—со стороны брюшных покровов. Таким приемом, повторяю, иногда удается выдавить содержимое матки во влагалище и тем самым предупредить дальнейшее внутриматочное вмешательство. Неудача может зависеть от недостаточно расширенного зева, от слишком упругих и жирных брюшных стенок, когда трудно в достаточной степени обхватить наружной рукой тело матки, и наконец, от слишком уплотнившихся, в результате долго длившегося аборта, частей плодного яйца. При лихорадочном аборте этот прием, конечно, противопоказан.

Описанный прием применяется только в отдельных случаях. Вместо него следует производить инструментальное удаление яйца специальными щипцами с окончатými губками, снабженными насечками (абортцанг).

Абортцанг устроен по принципу тупых ложек, соединенных вместе, как корнцанг (рис. 360). Инструмент сконструирован таким образом, чтобы им легко можно было захватить и держать отделившиеся части яйца, не поранив стенки матки (рис. 361). Пользоваться абортцангом надо с большой осторожностью. Применяя абортцанг, нельзя захватывать инструментом не отделившиеся от стенки матки части плодного яйца. Кто игнорирует это правило, тот может легко поранить стенку матки. Помимо того, при беременности больших сроков рекомендуется захватывать абортцангом части яйца под контролем пальца. Палец

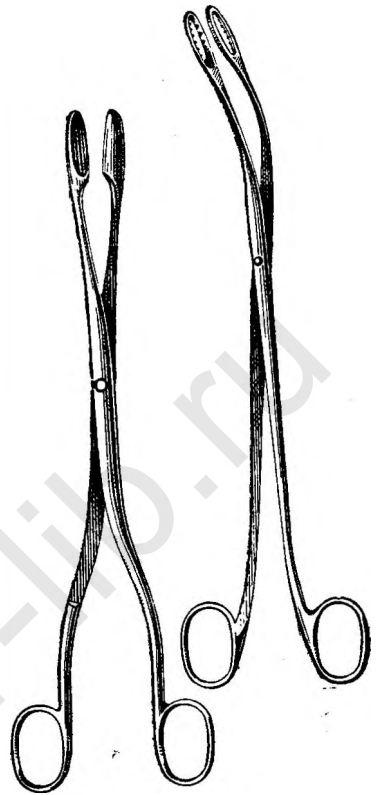


Рис. 360. Щипцы для удаления плодного яйца с ложкообразными губками и окончатыми губками, снабженными насечками (абортцанг).

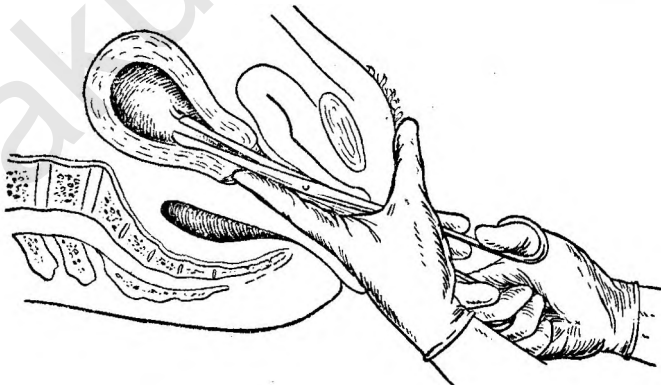


Рис. 361. Удаление плодного яйца щипцами.

одной руки вводят в полость матки, а второй рукой проводят замкнутый абортцанг в полость матки вдоль по пальцу, захватывая свободно лежащие

части яйца. Этот маневр повторяют подряд столько раз, сколько требуется, чтобы все отделившиеся от стенки матки части были извлечены наружу. Само собой понятно, что такой способ оперирования возможен в том случае, если маточный зев достаточно широко раскрыт. После удаления частей яйца с помощью абортцанга операцию заканчивают выскабливанием.

Имеются противники применения абортцанга, не без обоснования возражающие против него (травма). Мы считаем, что при указанных выше условиях и соблюдении должной осторожности опытный врач в необходимых случаях может применять абортцанг.

Довольно трудной может оказаться терапия аборта в более поздние месяцы беременности. Как мы говорили, после 14 недель выкидыш протекает по типу преждевременных родов с периодом раскрытия, изгнания и последовым периодом. Лучше всего в этих случаях вести аборт так же, как обычные роды, т. е. по возможности придерживаться выжидательной тактики. Форсирование аборта может привести, особенно в условиях не клинических, к весьма опасному кровотечению. Нельзя в этих случаях приступать и к опорожнению матки при недостаточно раскрытом зеве. Если настоятельно необходимо быстро окончить подобный аборт, лучше захватить ножку плода пулевыми щипцами или корнцангом и свести ее вниз. Медленным потягиванием за ножку удастся иногда извлечь целиком весь плод наружу. Иногда приходится его извлекать отдельными кусками.

### НЕЗАКОНЧЕННЫЙ АБОРТ

Незаконченным аборт называют тогда, когда в полости матки остались части плодного яйца (послед со всеми оболочками или только одни оболочки). Схватки при аборте обычно слабые, в силу чего плацента и ее оболочки могут задержаться в полости матки на многие недели. Известную роль в этом отношении играет и то обстоятельство, что после рождения плода маточный зев может снова закрыться. Следствием задержки частей плодного яйца может быть, помимо кровотечения, инфекция. Ввиду этого следует считать показанным искусственное отделение плаценты и оболочек, если по истечении 4 часов после рождения плода они не выделились самопроизвольно. Иногда можно выдавить плаценту или ее остатки с помощью описанного выше ручного приема. Если же этот прием не удастся, плацента должна быть удалена инструментальным путем.

Как действовать при задержке одной только децидуальной оболочки, радикально или выжидательно, до сих пор не решено. Как известно, decidua на III и IV месяце беременности представляет собой довольно солидное и сочное образование. С ростом яйца и образованием плаценты децидуальная оболочка становится все тоньше и тоньше, а к концу беременности она представляет собой скрупулезных размеров образование, которое в послеродовом периоде выделяется наружу вместе с лохиями. Но если в послеродовом периоде децидуальная оболочка отходит обычно без всякой задержки, так как маточный зев в течение долгого времени остается достаточно раскрытым, то после аборта выделение очень объемистой децидуальной оболочки ввиду быстрого закрытия маточного зева происходит с трудом. В настоящее время мы знаем, что после своевременных, как и после преждевременных родов влагалищные микробы обязательно проникают в полость матки. Хорошо сократившаяся матка с хорошо закрытыми сосудами обычно справляется с проникшей инфекцией. Другое дело, если в полости матки задерживаются какие бы то ни было подлежащие удалению части. Если децидуальная оболочка задерживается дольше обычного, она неминуемо подвергается разложению под влиянием проникших микробов, что ведет к воспалительному процессу базального слоя, известному под назва-

нием *endometritis decidualis*. В легких случаях дело ограничивается одним эндометритом, в более тяжелых воспалительный процесс может перейти на придатки и клетчатку.

Клиническая картина *endometritis decidualis* характеризуется большой, плохо сократившейся маткой, непрекращающимися или часто рецидивирующими кровотечениями, а также выделениями в виде *п р о с т о к в а ш и*, как выражаются женщины. Выделения эти идут из матки и говорят о наличии эндометрита.

При задержке децидуальной оболочки в первые два месяца беременности мы рекомендуем удалять ее выскабливанием.

В заключение следует сказать, что незаконченный аборт (*abortus incompletus*) весьма часто является абортом криминальным. Это практически очень важно. Врач должен всегда помнить об этом, особенно при выскабливании (учитывать возможность сделанного на стороне прободения матки).

### ЗАКОНЧЕННЫЙ АБОРТ

Диагноз законченного аборта ставится на основании объективно найденной клинической картины и реконструкции выделившегося наружу яйца и его частей.

При закончившемся аборте клинически мы находим нормальных размеров матку достаточно плотной консистенции и почти всегда закрытый маточный зев. Кровотечения из матки при законченном аборте не должно быть (незначительные кровянистые выделения).

Послеабортный период ведут так же, как и послеродовой. Больная должна в течение нескольких дней соблюдать полный покой, так как только при этих условиях хорошо заживают все раны. Инволюция матки обычно совершается легко.

Помочь более скорой инволюции можно назначением внутрь хинина, *Extr. fl. secalis cognuti* (20 капель 3 раза в день), питуитрина. Если у больной имеется малокровие на почве перенесенной кровопотери, назначают препараты железа, камполон, антианемин и др.

### ИСКУССТВЕННЫЙ ВЫКИДЫШ

Искусственный выкидыш—это искусственное прерывание беременности до 28-й недели. Плод при сроке беременности до 28 недель нежизнеспособен; операцией искусственного аборта он умерщвляется. Всякое искусственное прерывание беременности, помимо смерти плода, таит в себе опасности для здоровья и даже жизни матери. Ввиду этого искусственный выкидыш в каждом отдельном случае следует производить только по определенным, строго установленным показаниям и с соблюдением всех предусмотренных законодательством условий.

При установлении показаний далеко не достаточно диагностировать то или иное заболевание у беременной женщины. Врач должен, помимо того, разрешить следующие три задачи: во-первых, установить, вызвано ли данное заболевание настоящей беременностью и не ухудшилось ли состояние болезни под влиянием ее; во-вторых, иметь если не гарантию, то по крайней мере уверенность в том, что прерывание беременности поведет к выздоровлению или по крайней мере к улучшению процесса; в-третьих, врач должен быть убежден в том, что, кроме прерывания беременности, нет других средств борьбы с данным заболеванием. Обоснование показаний к искусственному выкидышу, условия, которые требуются для этой операции—см. руководства и учебники по общему акушерству. Мы приводим только инструкцию о порядке разрешения операции искусственного пре-

рывания беременности по медицинским показаниям, а также технику производства самой операции.

Учитывая вред, который причиняет организму женщины операция искусственного аборта, и многочисленные просьбы самих трудящихся женщин, Советское правительство в 1936 г. (Постановление ЦИК и СНК СССР от 27/VI 1936 г.) запретило производство искусственного выкидыша во всех случаях, где такая операция не вызывается настоятельной необходимостью в смысле здоровья женщины. Одновременно была расширена сеть родильных домов, детских яслей и детских садов, усилена материальная помощь роженицам; многосемейным было установлено государственное пособие.

Пункт о запрещении абортс сформулирован так.

«В связи с установленной вредностью абортов запретить производство таковых как в больницах и специальных лечебных заведениях, так и на дому у врачей и на частных квартирах беременных. Производство абортов допустить исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей и только в обстановке больниц и родильных домов».

Постановлением ЦИК и СНК СССР от 27/VI 1936 г. за производство абортов вне больниц или в больнице, но с нарушением указанных условий, врач наказывается тюремным заключением от 1 года до 2 лет, а производство абортов в антисанитарной обстановке или лицами, не имеющими специального медицинского образования, карается тюремным заключением не менее чем на 3 года.

За понуждение женщины к производству аборта установлено уголовное наказание—тюремное заключение до 2 лет.

**ИНСТРУКЦИЯ  
О ПОРЯДКЕ РАЗРЕШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ  
ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТА) ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ**

(Приказ Министерства здравоохранения СССР за № 941 от 31 октября 1951 г.)

1. Перечень медицинских показаний к операции искусственного прерывания беременности (аборта)

Прерывание беременности путем операции аборта допускается при наличии следующих заболеваний:

1. Эндокардиты. Анатомические поражения клапанов сердца, мышцы сердца и перикарда при начальных явлениях недостаточности кровообращения; митральные стенозы (декомпенсированные, субкомпенсированные, компенсированные); сифилитические мезаортиты.
2. Гипертоническая болезнь. Стойкая гипертония беременных (токсикоз), не поддающаяся лечению в стационаре.
3. Заболевания кроветворных органов. Злокачественное малокровие, злокачественная анемия беременных, лейкозы (белокровие), тромбопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Другие заболевания с прогрессирующим падением гемоглобина.
4. Пневмосклерозы в выраженной форме; бронхоэктатическая болезнь; бронхиальная астма в тяжелой форме, установленная лечебным учреждением.
5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в выраженной форме, подтвержденная рентгенологически.
6. Хронические паренхиматозные поражения печени. Болезнь Боткина при наличии печеночной недостаточности.
7. Желчнокаменная болезнь и холециститы с частыми обострениями.
8. Воспалительные, дегенеративные и склеротические изменения почек (почки).
9. Нефритиазис, установленный рентгенологически. Хронические воспалительные заболевания почечных лоханок и мочевого пузыря (с пиурией).
10. Отсутствие одной почки.
11. Базедова болезнь (тяжелый тиреотоксикоз), установленная в стационаре. Тетания. Сахарный диабет в тяжелой форме.

12. Бруцеллез в тяжелой форме, установленный в стационаре.
  13. Открытые формы туберкулеза легких, а также закрытый активный туберкулез легких и плевры. Туберкулез полости рта и верхних дыхательных путей, особенно глотки и гортани.
  14. Активный туберкулез бронхиальных, шейных и других лимфатических узлов.
  15. Туберкулез мочевых путей, половых органов, брюшины и брыжеечных лимфоузлов; туберкулез кишечника.
  16. Туберкулез костей и суставов.
  17. Туберкулез центральной нервной системы; наличие в прошлом туберкулезного менингита (по справке лечебного учреждения).
  18. Туберкулез глаз.
  19. Распространенный туберкулез кожи в клинически активной форме.
- Примечание к пп. 13—19. При наличии у женщины, больной туберкулезом, беременности свыше 5 месяцев, беременность может быть сохранена при соответствующем лечении
20. Туберкулез легких в открытой форме в семье при невозможности изоляции матери и ребенка.
  21. Перенесенные тяжелые полостные и другие операции, после которых течение беременности и родов представляют угрозу жизни или здоровью женщины.
  22. Перенесенные операции по поводу пузырно-влагалищных или ректально-влагалищных свищей.
  23. Сужение гортани и пищевода. Искусственный пищевод.
  24. Большие грыжи живота с расхождением и атрофией брюшных мышц.
  25. Деформирующий полиартрит и анкилозирующий спондилартрит; остеохондропатия; анкилоз тазобедренного сустава в порочном положении.
  26. Отсутствие одной конечности или отсутствие движений в ней.
  27. Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных опухолей.
  28. Лимфогрануломатоз.
  29. Неукротимая рвота (токсикоз беременности), не поддающаяся стационарному лечению
  30. Сужение таза с истинной конъюгатой в 7,5 см и ниже; значительные деформации таза различного происхождения; значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути.
  31. Отслойка сетчатки при миопии и после травмы; перенесенные операции по поводу отслойки сетчатки; глаукома; прогрессирующая близорукость со значительными изменениями глазного дна, кровоизлияниями и большим снижением остроты зрения, не корректирующимся очками; слепота на оба глаза (при остроте зрения на обоих глазах ниже 0,05); ретинит или неврит зрительного нерва, вызванные разными причинами; тяжелые заболевания роговицы.
  32. Отосклероз; хронический, прогрессирующий неврит слухового нерва.
  33. Полная двусторонняя глухота; глухонмота.
  34. Проказа.
  35. Сифилис в заразной форме (сифилис первичный серонегативный, первичный серопозитивный, сифилис вторичный свежий, сифилис вторичный рецидивный); сифилис резистентный противосифилитическому лечению и сифилис у женщин, не переносящих противосифилитического лечения.
  36. Сифилис головного или спинного мозга при наличии неврологических или психопатологических симптомов. Прогрессивный паралич. Сухотка спинного мозга.
  37. Травматическая энцефалопатия (при наличии неврологических или психопатологических симптомов).
  38. Эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением.
  39. Тяжелые формы реактивных состояний и психопатий, диагностированные в результате наблюдения в психоневрологическом учреждении.
  40. Процессуальные и рецидивирующие психозы, удостоверенные лечебным учреждением, где лечилась больная, или установленные на основании наличия остаточных (резидуальных) явлений.
  41. Слабоумие олигофреническое или остаточное.
  42. Органические заболевания центральной нервной системы с выраженной неврологической или психопатологической симптоматикой, а также с хроническим или прогрессирующим течением.
  43. Полиневрит в выраженной форме или с прогрессирующим течением.
  44. Миопатия; рассеянный склероз; хорея беременных.
  45. Опухоли головного и спинного мозга.
  46. Хроническое психическое заболевание у отца будущего ребенка, приведшее к стойкой утрате трудоспособности.
  47. При наличии в семье беременной (у мужа или детей) семейного заболевания нервно-мышечной системы (миопатия, семейная атаксия, гепато-лентикулярная дегенерация, миотония).

48. Семейная глухонмота (наличие глухонмоты у мужа и у одного из детей).  
49. Наличие гемофилии у мужа или отца беременной.

II. Порядок направления беременных во врачебную комиссию по разрешению искусственного прерывания беременности (аборт) по медицинским показаниям.

1. Разрешения на искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям выдаются только специальными городскими, районными и центральными врачебными комиссиями.

2. Акушерско-гинекологические учреждения (а в местах, где их нет, другие лечебно-профилактические учреждения), под наблюдением которых находятся беременные, страдающие заболеваниями, предусмотренными в перечне медицинских показаний к аборту (раздел I настоящей инструкции), направляют их в городскую или районную врачебную комиссию по разрешению искусственного прерывания беременности.

К направлению должна быть приложена справка о состоянии здоровья беременной женщины, с указанием диагноза заболевания, подтвержденного объективными данными (лабораторные, рентгенологические, клинические и др.).

**П р и м е ч а н и е.** В тех случаях, когда женщина настаивает на направлении ее во врачебную комиссию по разрешению искусственного прерывания беременности, лечебно-профилактическое учреждение не должно отказать беременной в направлении, независимо от состояния ее здоровья.

3 При обнаружении у беременной заболевания, не включенного в перечень медицинских показаний к аборту, но явно угрожающего здоровью женщины при сохранении беременности, лечебно-профилактическим учреждениям предоставляется право направления беременной непосредственно в центральную врачебную комиссию. К направлению должны быть приложены все медицинские документы, поименованные в п. 2 раздела II настоящей инструкции.

III. Порядок организации врачебных комиссий по разрешению искусственного прерывания беременности (аборт) по медицинским показаниям, состав комиссий, их права и обязанности.

1. Городские и районные врачебные комиссии по разрешению искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям организуются в городах и районных центрах при одном из родильных домов (а в случае отсутствия родильного дома при одной из больниц, имеющих акушерско-гинекологическое отделение). Комиссии подчиняются соответствующим городским или районным отделам здравоохранения, которые осуществляют руководство и контроль за их деятельностью.

Каждая городская и районная комиссия обслуживает население определенной территории (город, район).

**П р и м е ч а н и е.** В зависимости от местных условий допускается организация межрайонных комиссий, обслуживающих население смежных районов.

2. В состав городских и районных врачебных комиссий входят два постоянных члена: врач акушер-гинеколог (председатель комиссии) и терапевт. Кроме того, к участию в комиссии привлекается врач той специальности, к которой относится заболевание беременной женщины.

Персональный состав постоянных членов городских и районных комиссий утверждается по представлению городских и районных отделов здравоохранения вышестоящими органами здравоохранения: министерствами здравоохранения союзных республик, не имеющих областного деления, министерствами здравоохранения АССР, краевыми, областными и городскими (городов республиканского подчинения) отделами здравоохранения.

3. Городские и районные врачебные комиссии по разрешению аборта по медицинским показаниям принимают беременных женщин по направлению лечебно-профилактических учреждений.

Прием беременных, обращающихся непосредственно в комиссию без направления лечебно-профилактического учреждения, может производиться лишь в порядке исключения.

4. Городские и районные врачебные комиссии выдают разрешение на искусственное прерывание беременности только при наличии у женщин заболеваний, предусмотренных в перечне медицинских показаний к аборту.

5. Городские и районные комиссии при выявлении у беременных заболеваний, не предусмотренных перечнем медицинских показаний к аборту, но явно угрожающих тяжелым ущербом здоровью женщин при сохранении беременности, направляют беременных в центральную врачебную комиссию.

В особых случаях (тяжелое состояние больной) городские и районные врачебные комиссии могут посылать в центральную комиссию только медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья женщины, не направляя больную в центральную комиссию.



6. Центральные врачебные комиссии по разрешению искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям организуются при одном из крупных акушерско-гинекологических учреждений в столицах союзных республик, не имеющих областного деления, в столицах АССР, краевых и областных центрах.

7. Центральные врачебные комиссии осуществляют методическое руководство городскими и районными врачебными комиссиями.

8. В состав центральных врачебных комиссий входят три постоянных члена: врач акушер-гинеколог (председатель комиссии), терапевт и невропатолог. Кроме того, к участию в комиссии привлекается врач той специальности, к которой относится заболевание беременной женщины.

Персональный состав постоянных членов центральной врачебной комиссии утверждается министерствами здравоохранения союзных республик по представлению министерств здравоохранения АССР, краевых, областных и городских (городов республиканского подчинения) отделов здравоохранения.

9. Участие одних и тех же врачей в разных комиссиях (городской, районной, центральной) запрещается.

10. Центральным врачебным комиссиям предоставляется право выдачи разрешения на аборт при наличии заболеваний, не предусмотренных перечнем показаний, но явно угрожающих тяжелым ущербом здоровью женщины при сохранении беременности.

11. Центральные врачебные комиссии принимают беременных по направлению городских и районных комиссий и лечебно-профилактических учреждений (в соответствии с п. 3 раздела II инструкции), а также при непосредственном обращении женщины в центральную комиссию в порядке обжалования решений городских или районных комиссий.

12. В тех случаях, когда в амбулаторном порядке не представляется возможным сделать заключение о характере заболевания беременной и разрешить вопрос о необходимости производства аборта, врачебным комиссиям предоставляется право направления беременных в соответствующий стационар для детального обследования.

13. В случаях, когда беременная находится на излечении в стационарном лечебном учреждении и по состоянию своего здоровья не может явиться в комиссию, последняя осматривает больную непосредственно в стационаре или направляет одного из членов комиссии в стационар, где вопрос о необходимости производства аборта разрешается командировемым членом комиссии совместно с врачами стационара.

Заключение оформляется в таких случаях путем записи в историю болезни и составления акта по установленной форме с последующей записью в делах врачебной комиссии. Выписка из истории болезни с текстом заключения и второй экземпляр акта хранятся в делах комиссии.

14. Центральным врачебным комиссиям предоставляется право выдачи в особых случаях разрешения на производство аборта по медицинским показаниям на основе рассмотрения установленной медицинской документации, отражающей состояние здоровья женщины, без вызова ее в комиссию.

15. Заявления беременных женщин по вопросу о прерывании беременности должны быть зарегистрированы комиссией в актовой книге по форме, утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

16. Врачебные комиссии должны по каждому заявлению о разрешении аборта по медицинским показаниям вынести решение не позже 5 дней со дня обращения женщины в комиссию.

17. Каждое разрешение на производство аборта должно быть оформлено врачебной комиссией особым актом по специально установленной Министерством здравоохранения СССР форме. Акт составляется в двух экземплярах, из которых каждый должен быть скреплен подписями членов комиссии. Один экземпляр акта, подписанный членами комиссии и скрепленный печатью того органа здравоохранения, которому подчинена комиссия, выдается на руки беременной для представления в лечебное стационарное учреждение, где должен быть произведен аборт; второй экземпляр акта остается в делах врачебной комиссии.

В таком же порядке составляются акты в случаях отказа в разрешении аборта, а также в случаях направления женщин из районной или городской врачебной комиссии в центральную (с соответствующей записью в акте).

**IV. Обязанности лечебно-профилактических учреждений, производящих операцию искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.**

1. Лечебно-профилактическое стационарное учреждение, в которое врачебной комиссией направлена женщина для производства аборта по медицинским показаниям, обязано принять ее в течение первых двух суток по обращению в учреждение.

2. Лечебные учреждения, в которых производится операция искусственного прерывания беременности, составляют по общеустановленным правилам на каждую жен-

щину, поступившую для производства аборта по медицинским показаниям, историю болезни, кроме того, сведения о каждой произведенной операции заносятся в особую книгу записей произведенных абортотворов по форме, установленной Министерством здравоохранения СССР.

Акт о разрешении на аборт, выданный врачебной комиссией, хранится вместе с историей болезни в лечебном учреждении, в котором был произведен аборт.

3. Вопрос об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям при беременности свыше 28 недель не подлежит рассмотрению врачебными комиссиями по разрешению абортотворов. В этих случаях искусственные преждевременные роды производятся в лечебных учреждениях на общих основаниях по показаниям со стороны матери или плода.

## ТЕХНИКА ПРОИЗВОДСТВА ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

### Выскабливание матки

Техника операции (abrasio) описана выше. Здесь мы считаем небезопасным подчеркнуть еще раз, что выскабливание б е р е м е н н о й м а т к и—операция ответственная, серьезная, технически далеко не простая и легкая. Ее может делать только опытный акушер. В данном случае плохая техника может быть несомненной угрозой здоровью и даже жизни беременной женщины. Поэтому выскабливание с технической стороны должно быть разработано самым тщательным образом. Мы рекомендуем придерживаться следующих основных требований.

а) Обязательно тщательно и пунктуально исследовать беременную женщину и непременно перед началом самой операции (положение матки, направление цервикального канала, состояние придатков и пр.).

б) Выскабливание обязательно производить с предварительным расширением цервикального канала. Практикуемый некоторыми способ делать выскабливание без расширения должен быть решительно осужден.

в) При расширении первым моментом должно быть зондирование матки. Как выскабливание не может производиться без расширения, так и расширение не допускается делать без зондирования.

Некоторые акушеры требуют изгнания зонда из акушерской практики. Это требование мало обоснованное. Если оно исходит из того, что зонд часто является причиной прободения матки, то придется изгнать и кюретку и другие инструменты, которыми могут быть нанесены повреждения стенкам матки. Прободение матки иногда делалось и пальцем. Все дело в технике. Нельзя результаты неумелого пользования инструментом относить за счет самого инструмента.

г) Расширение делать металлическими расширителями (с половинными номерами). Расширение должно быть достаточным—не слишком большим и не слишком малым. При обычных условиях мы делаем расширение, используя расширители до № 12 включительно, и только в крайних случаях применяем большие номера. Следует помнить, что расширители с № 13 могут причинять цервикальной стенке повреждения (продольные трещины), которые ведут, даже при правильном применении расширителей, к серьезным осложнениям. В нашей клинике было смертельное кровотечение на почве разрыва крупного сосуда после введения расширителя Гегара № 13.

д) Выскабливание делать с помощью инструментов (кюретки). Ручной (пальцевой) способ отделения плодного яйца не всегда возможен и более опасен в смысле инфекции.

Во время выскабливания кюретки следует менять (надо иметь набор кюреток).

е) При выскабливании мы рекомендуем пользоваться для контроля через брюшные стенки левой (контрольной) рукой, которая во время операции

должна лежать на дне матки. Пулевые щипцы, наложенные для фиксации влагалищной части, при таком способе оперирования держит помощник.

ж) Ни промываний матки, ни протираний матки эфиром или иодом мы не рекомендуем производить. Тампонада матки допустима только в отдельных случаях при сильном кровотечении.

Наркоз при выскабливании не всегда необходим. У повторно-беременных часто он излишен.

В нашей клинике применяется следующий способ обезболивания при операции искусственного аборта.

Влагалище раскрывают зеркалами, обрабатывают спиртом. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки, обнажают правый боковой свод, куда и вводят новокаин (0,5% раствор с прибавлением ех tempore 0,1% раствора адреналина из расчета 5 капель на каждые 100 мл новокаина). Впрыскивание делается в подслизистую, причем игла продвигается на глубину 2 см (слегка кнаружи).

Рекомендуется непосредственно перед впрыскиванием вытянуть поршень на себя, чтобы обнаружить, не введена ли игла в сосуд, и тем самым избежать инъекции новокаина в него. Таким же путем впрыскивают новокаин и в левый боковой свод. В каждый свод вводят 40 мл

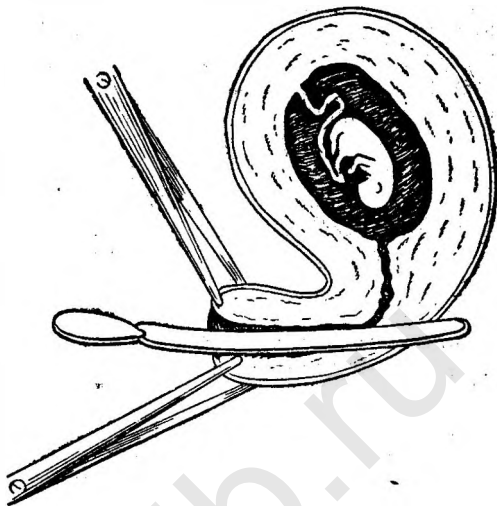


Рис. 362. Перфорация матки расширителем.

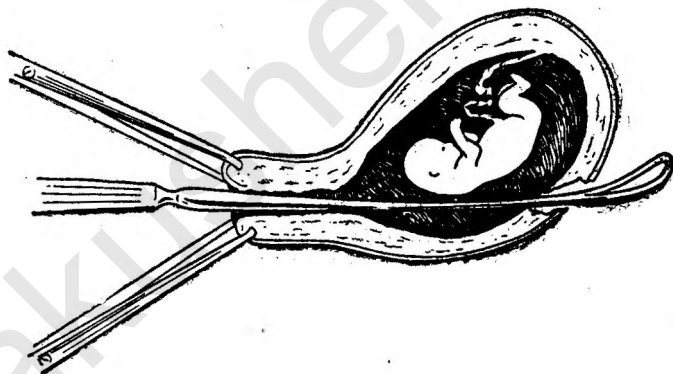


Рис. 363. Перфорация матки кюреткой.

раствора; 20 мл раствора новокаина вводят дополнительно в задний свод на глубину 0,5—2 см. Анестезия наступает моментально (действие на ganglion cervicale). 100 мл новокаинового раствора вполне достаточно для анестезии.

После выскабливания оперированную женщину следует выдержать в стационаре не менее 3—4 дней. Помимо того, надо помнить, что только через 8—9 дней раневая поверхность матки покрывается эпителием.

Мы уже говорили, что крайним сроком, когда можно делать одномоментным способом выскабливание без риска для беременной, следует считать 10—12 недель беременности.

Прогноз при искусственном аборте зависит от двух моментов: от возможной инфекции и возможных поранений. Мы не касаемся вопроса о последствиях для женщины неумелого выполнения операции, при этом нет счета поранениям и осложнениям. Среди поранений, которые могут встретиться при искусственном аборте, наиболее серьезное и важное значение имеет перфорация матки. Прободение матки, как показывают наблюдения, могут быть в практике самых опытных хирургов и при наилучшей обстановке. Ясно, что в малоопытных руках перфорация матки встречается значительно чаще и прогностически более опасна.

Причины перфорации: патологические изменения маточной стенки (перерождения, рубцовые изменения), отсутствие необходимого опыта у оперирующего врача, а также погрешности в технике выполнения операции (рис. 362 и 363).

При беременности в более поздние сроки (4 месяца и позже) для производства искусственного выкидыша применяются: кесарево сечение (влагалищное и так называемое малое кесарево), метрейризм и заоболочечное вливание антисептических растворов.

Влагалищное кесарево сечение описано выше (стр. 364).

Метрейризм рекомендуется применять для производства искусственного выкидыша после 20 недель беременности. Недостатком этого метода прерываний беременности является необходимость проводить стимуляцию родовой деятельности и прибегать в значительном числе случаев к дополнительным оперативным вмешательствам (пальцевое извлечение плода, прободение последующей головки, пальцевое удаление последа и пр.). Объясняется это малой возбудимостью мышцы матки в эти сроки беременности. Для производства искусственного выкидыша нужно употреблять метрейринтеры небольшой емкости. Л. Д. Заяц в своей работе с успехом использовала метрейринтер Цовьянова, приспособив к прибору бюретку по Собестинскому.

#### Малое кесарево сечение

Производят обычное чревосечение, вскрывают матку, ее содержимое удаляют и в заключение матку и брюшную полость зашивают. Операция при соответствующей обстановке и условиях не трудная, но все же это чревосечение, чего не следует забывать тем, кто расширяет показания к этой операции. Там, где нужна стерилизация (перевязка труб) при искусственном прерывании далеко зашедшей беременности, малое кесарево сечение, несомненно, следует предпочесть всякому другому методу искусственного аборта, в частности, и влагалищному кесареву сечению со всеми его модификациями.

#### Заоболочечное (внеоболочечное) введение антисептических жидкостей

Для вливания чаще применяют растворы риванола (комнатной температуры или слегка подогретые) различной концентрации (1 : 2 000—1 : 4 000). Более концентрированные растворы вызывают явления общей интоксикации. Количество вводимой жидкости берут из расчета (в среднем) 150—180 мл на один месяц беременности. При сроках беременности в 16—26 недель общее количество вводимого раствора колеблется в пределах 500—1 000 мл (Н. М. Краснова).

Накануне дня операции беременной тщательно готовят кишечник и дробно делают внутримышечные инъекции фолликулина или синэстрола в количестве 60 000 единиц (И. И. Яковлев).

Перед вливанием риванола—обычная подготовка женщин к операции. Перед самой процедурой опорожняется мочевого пузыря.

Во влагалище вводят ложкообразные зеркала. Тщательно дезинфицируют шейку матки, portio vaginalis берут на пулевые щипцы и несколько

низводят, в полость матки (без расширения цервикального канала) между ее боковой стенкой и оболочками вводят металлический мужской катетер примерно на глубину 10—15 см за внутренний зев матки. Некоторые предпочитают пользоваться обычным мягким катетером. К отверстию катетера приставляют конец большого шприца с раствором риванола, который и вводят медленно в заоболочечное пространство. Катетер потом извлекают, во влагалище на 2—3 часа вводят тампон (закрыть просвет шейки).

Для заоболочечного введения раствора риванола можно пользоваться стеклянной воронкой (или аппаратом Боброва емкостью в 200—250 мл), которая соединяется резиновой трубкой с мужским катетером (рис. 364).

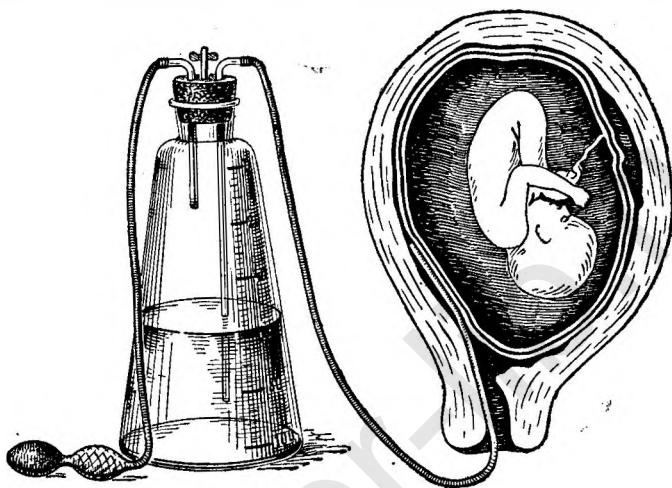


Рис. 364. Заоболочечное введение антисептических средств.

Понятно, все предметы, которыми пользуются для введения раствора в заоболочечное пространство, подвергаются тщательной стерилизации.

Обычно схватки появляются через 4—5 часов. Для их усиления применяют хинин, акрихин, стрихнин и пр.

По вопросу о показаниях и противопоказаниях к применению заоболочечного вливания риванола имеются полярно противоположные взгляды. И. И. Яковлев, Г. Е. Гофман и др. не находят противопоказаний к применению этого метода. К. Н. Жмакин, наоборот, считает метод заоболочечного вливания риванола показанным только в исключительных случаях (например, прерывание беременности по поводу сифилиса). Противопоказанием для него, по Жмакину, являются: заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, беременность и миома, многоводие, инфантилизм и др.

Надо думать (имеются некоторые данные для этого), что при должной осторожности и соблюдении необходимых условий метод заоболочечного введения риванола может быть использован при прерывании беременности в поздние ее сроки. Результаты наблюдаются тем лучше, чем дальше продвинулась беременность по сроку. Болезни сердца все же надо считать противопоказаниями для применения метода заоболочечных вливаний риванола, а равно и других антисептических жидкостей.

### ИСКУССТВЕННЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Искусственными преждевременными родами называется прерывание беременности в таком ее периоде, когда плод считается уже жизнеспособным, т. е. с 29-й недели беременности. Опыт, однако, показал, что дети,

родившиеся раньше 33-й недели, выживают с большим трудом. Поэтому в интересах плода было принято раньше 33-й недели искусственные преждевременные роды не производить.

В настоящее время показания к производству искусственных преждевременных родов встречаются редко (тяжелые формы сердечно-сосудистой патологии, токсикозы беременности, внутриутробная смерть плода и некоторые другие).

Способов вызывания преждевременных родов много. Некоторые из них в настоящее время не применяются, например, такие, как форсированное родоразрешение (accouchement forcé), в частности, метод Босси (опасный, весьма травмирующий), прокол плодных оболочек, введение буза по Краузе, горячие души и др. (неэффективные, ненадежные).

В тех случаях, когда приходится прерывать беременность по типу искусственных преждевременных родов, в настоящее время применяют метрейриз или кесарево сечение (см. соответствующие отделы руководства).

### МЕТРЕЙРИЗ

Метрейриз заключается в том, что в полость матки вводится баллон, наполненный теплой водой. Баллон, во-первых, действует как инородное тело, а во-вторых, повышает внутриматочное давление. Благодаря этим двум факторам появляются схватки, которые ведут к расширению маточного зева и к выталкиванию (рождению) баллона. К трубке баллона рекомендуется привязывать небольшую тяжесть (400 г).

Прибор типа метрейринтера («тампонорасширитель») впервые был предложен нашим соотечественником Д. М. Трубницким в 1863 г. В дальнейшем применялись метрейринтеры различной величины и формы: грушевидные, конические, скрипкообразные, бисквитообразные и др. Одно время широко пользовались грушевидными резиновыми баллонами Брауна. Однако вследствие формы и материала, из которого метрейринтер делается, он быстро сплющивается и выбрасывается наружу еще до полного расширения зева. Э. М. Собестинский (1905) внес интересное предложение подключить к метрейринтеру бюретку, которая, по мысли автора, способствуя установлению оптимального давления в метрейринтере, исключала тем самым возможность повышения давления в нем до пределов, угрожающих целостности шейки.

Н. А. Цовьянов предложил очень простую и вместе с тем удобную модель метрейринтера, которую может сделать сам акушер<sup>1</sup>. Прибор состоит из двух презервативов (наружная и внутренняя оболочки), матерчатого чехла между ними и резиновой трубки, к которой шелковым шнуром привязаны презервативы и чехол. Метрейринтер изготавливается каждый раз с новыми презервативами. В зависимости от срока беременности применяются метрейринтеры различной величины, согласно формуле Цовьянова: диаметр основания чехла метрейринтера (в сантиметрах) выбирают соответственно сроку беременности, выраженному в месяцах.

Техника введения баллона описана выше (стр. 378). Мы ограничимся только необходимыми указаниями. Баллон перед употреблением стерилизуется кипячением. Еще до кипячения измеряется емкость баллона введением в него воды доотказа. Для введения баллона в полость матки цервикальный канал должен быть настолько расширен, чтобы он свободно пропускал палец, а еще лучше—два поперечных пальца. В крайнем случае зев следует предварительно расширить с помощью дилататоров Гегара. Баллон вводится таким образом, чтобы он, не разорвав плодный пузырь,

<sup>1</sup> Акушерство и гинекология, № 8, 1939.

пришелся между яйцевыми оболочками и маточной стенкой. Таким образом, баллон вводится в н е о б о л о ч е ч н о, т. е. не так, как при placenta praevia, когда его обязательно вводят после предварительного вскрытия плодного пузыря, т. е. в н у т р и о б о л о ч е ч н о. Метрейринтер наполняется теплым физиологическим раствором в количестве 150—200 мл. Привязывать груз не обязательно. Более естественно происходит раскрытие зева в том случае, если баллон лежит в полости матки без привязанного груза. Если через 3—4 часа после введения метрейринтера схватки не наступают, следует подвесить небольшой груз.

Дольше 12 часов баллон не должен находиться в полости матки. Время от времени следует проверить, не образовалась ли в нем течь. Легкое потягивание за трубку баллона показывает, достаточно ли крепко баллон держится в матке.

Недостатком этого метода следует считать то обстоятельство, что у первородящих обычно приходится предварительно расширять шейку матки. Вторым недостатком заключается в том, что для полного раскрытия шейки матки баллон обычного типа не подходит. Если ввести баллон Брауна, то он обычно выталкивается наружу еще до полного раскрытия маточного зева, и дальнейшее расширение зева идет уже без баллона. В крайнем случае, конечно, можно воспользоваться и этим баллоном. Многие рекомендуют привешивать тяжесть к баллону Брауна. Третий недостаток описываемого метода состоит в том, что по введению баллона в полость матки головка отклоняется в сторону, следствием чего может быть косое положение плода или выпадение конечностей и пуповины. Ввиду этого следует после «рождения» баллона избегать разрыва плодного пузыря до тех пор, пока положение плода не будет исправлено наружными приемами. В крайнем случае приходится делать поворот на ножку и извлекать плод наружу. При этом надо учесть, что при узком тазе поворот на ножку ухудшает прогноз для плода. Возможное образование косого положения после введения метрейринтера заставляет некоторых отрицательно относиться к применению метрейриза при узком тазе.

---

## АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ И ОПЕРАТИВНЫЕ ПОСОБИЯ ПРИ РОДОВОМ ТРАВМАТИЗМЕ

### РАЗРЫВЫ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Повреждения вульвы и преддверия влагалища во время родов, особенно у первородящих, — явление довольно обыденное. Трещины и легкие надрывы в этой области обычно никаких симптомов не вызывают и никакого вмешательства врача не требуют. Но при некоторых повреждениях, особенно в области уретры или клитора, необходимо вмешательство врача.

Во время беременности преддверие влагалища представляет настоящую кавернозную ткань, в силу чего даже поверхностные на вид разрывы, особенно в области уретры и клитора, могут давать грозные кровотечения.

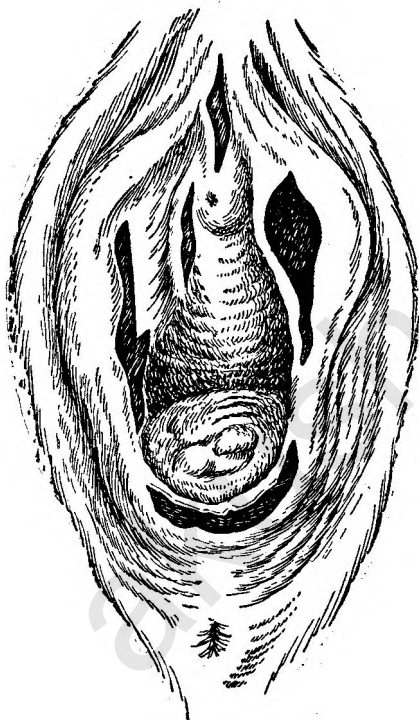


Рис. 365. Разрывы в пределах наружных половых органов женщины.

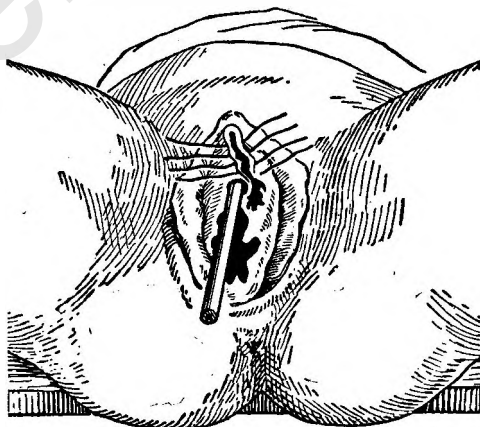


Рис. 366. Зашивание разрыва в области клитора. В уретру введен металлический катетер.

Причины разрывов в этой области неоднородны. Чаще причину их следует искать в наложенных щипцах или в неумелой, нерациональной защите промежности. Иногда, впрочем, описываемые травматические повреждения могут происходить при совершенно нормальных родах без всякой видимой внешней причины.



Д и а г н о з ставится на основании непосредственного осмотра наружных половых органов.

Т е р а п и я исключительно хирургическая. При разрывах в области клитора в уретру вводят металлический катетер (рис. 366) и оставляют там на все время операции. Затем производят глубокое обкалывание тканей. Провизорно можно приостановить кровотечение наложением зажимов.

## РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Мероприятия по защите промежности, имеющие целью предупредить ее разрыв во время прорезывания головки и плечиков, описаны выше (стр. 56). Не всегда, однако, удается, даже при умелой защите промежности, избе-

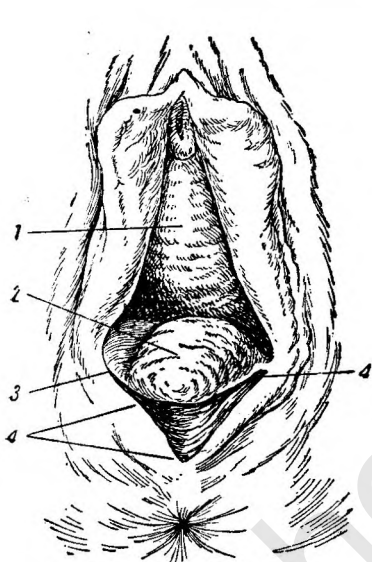


Рис. 367. Разрыв промежности первой степени.

1—передняя стенка влагалища; 2—задняя стенка влагалища; 3—задняя спайка; 4—кожа промежности.

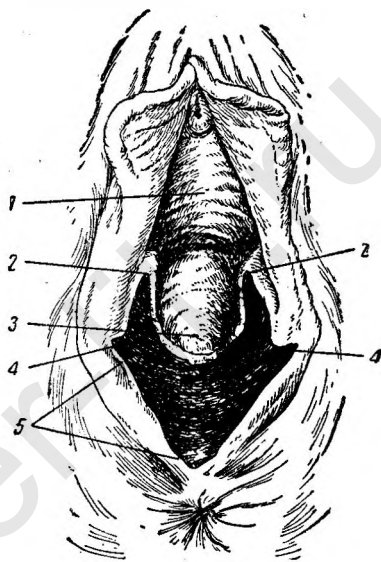


Рис. 368. Разрыв промежности второй степени.

1—передняя стенка влагалища; 2—верхний край разрыва; 3—задняя стенка влагалища; 4—задняя спайка; 5—кожа промежности.

жать ее разрыва. Эти разрывы являются, по крайней мере в некоторых случаях, серьезной травмой для женщины. Всякий разрыв промежности должен быть зашит, причем так, чтобы были восстановлены нормальные анатомические отношения.

Разрыв первой степени (рис. 367). Обычно нарушается целостность одной только задней спайки. Разрыв поверхностный, до мышечной ткани не доходит.

Разрыв второй степени (рис. 368). Кроме кожи, рвутся фасции и мышцы *m. bulbo-cavernosus*, *m. transversus perinei superficialis et profundus*, словом, рвется то анатомическое образование, которое известно под названием *centrum tendineum perinei*<sup>1</sup>.

Разрывы третьей степени (рис. 369). Кроме кожи, фасций и упомянутых трех мышц, надрывается или разрывается и *m. sphincter*

<sup>1</sup> Сухожильный центр промежности (*centrum tendineum perinei*) помещается в центре акушерской промежности (посередине между задней спайкой и наружным отверстием прямой кишки). В этом пункте сходятся мышцы и фасции всех трех этажей тазового дна.

ani externus, а также слизистая оболочка прямой кишки. Различают по л н ы й разрыв третьей степени, когда рвется наружный сфинктер прямой кишки и стенка ее, и н е п о л н ы й, когда рвется только m. sphincter ani externus.

При осмотре разорванной промежности бросается в глаза то обстоятельство, что разрыв, как правило, идет не по средней линии. Начинается он обычно во влагалище сбоку от columna rugarum, переходя затем на промежность экстрamedиально.

Следует еще упомянуть о так называемом центральном разрыве промежности. Для него характерно то, что ни задняя спайка, ни m. sphincter ani не страдают, а рвутся только ткани промежности, лежащие между этими

двумя границами. При таком повреждении промежности разрыв не всегда бывает сквозным. Иной раз рвется ткань влагалища и глубже лежащие ткани, но кожа не повреждается. В некоторых случаях разрыв начинается с кожных покровов, переходя на глубже лежащие ткани, но не доходит до слизистой влагалища.

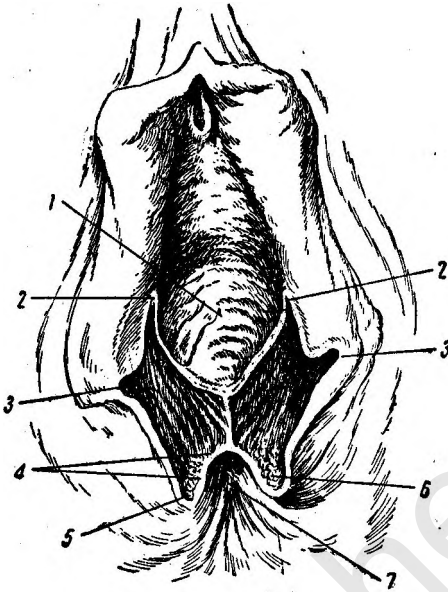


Рис. 369. Разрыв промежности третьей степени.

1—задняя стенка влагалища; 2—верхний край разрыва; 3—задняя спайка; 4—слизистая прямой кишки; 5—волокна сфинктера; 6—сфинктер; 7—анус.

### ПРИЧИНЫ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Узкое вульварное кольцо под напором головки, благодаря волнообразному характеру и периодичности схваток, расширяется постепенно и с известными промежутками. Только в силу такого способа растяжения промежность может растянуться до определенных размеров, не разрываясь. При известных условиях—недостаточной эластичности промежности или быстрого растяжения, промежность под напором головки истончается до крайних пределов и рвется.

Причины могут быть тройного характера.

а) Предшествующие изменения в области промежности, и наружных половых органов. Изменения эти, способствующие разрыву, могут происходить или на почве инфантилизма, или вследствие ригидности у старых первородящих, или, наконец, при рубцовых сужениях после старых разрывов. Во всех этих случаях эластичность тканей значительно или полностью потеряна и, таким образом, предел растяжимости промежности также понижен.

б) Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо. При быстром прохождении головки через вульварное кольцо растяжение промежности происходит также очень быстро, что ведет к ее разрывам. Особенно неблагоприятны в этом отношении так называемые уличные роды.

Кроме того, к разрыву промежности ведут две акушерские операции: наложение щипцов и извлечение плода за тазовый конец. И в том, и в другом случае неблагоприятно действует слишком быстрое проведение головки,

особенно при извлечении за тазовый конец, когда плоду угрожает асфиксия. При щипцах разрыву способствует еще увеличение размера головки вследствие наложенных щипцов. Большое значение при этом имеет и то обстоятельство, что врачи, особенно начинающие, не всегда при операциях во всех деталях подражают механизму родов (начинают, например, ротацию головки вокруг симфиза, не стянув ее до гипомохлиона).

в) Прохождение головки через вульварное кольцо неблагоприятным размером. Наиболее благоприятным для прохождения через вульварное кольцо размером является малый косой и соответствующая ему окружность. Этим размером головка проходит через вульварное кольцо при затылочном предлежании. Но, помимо того, для предохранения промежности от чрезмерного растяжения важно, чтобы головка при ротации вокруг своей точки фиксации (гипомохлиона) прорезывалась наименее объемистой своей частью. Особенно неблагоприятны для промежности роды при так называемом разгибательном типе (лобное, лицевое предлежание), когда головка проходит через вульварное кольцо своими большими размерами.

Само собой понятно, что большее значение имеет и величина плода. При крупном плоде, конечно, скорее произойдет разрыв промежности, чем при рождении плода нормальных размеров.

Врач обязан после рождения плода раздвинуть половую щель и осмотреть промежность.

*Restitutio ad integrum* при разрыве промежности возможно только оперативным путем. О тех последствиях, которые влекут за собой разрывы промежности, сказано в учебниках по женским болезням.

**Профилактика.** О профилактике разрывов промежности (так называемая рациональная защита ее) см. стр. 57.

### ТЕРАПИЯ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Всякий разрыв промежности, кроме мелких ссадин на слизистой, должен быть зашит. Мы считаем, что зашивать разорванную промежность надо тут же после родов или в крайнем случае на следующее утро, если роды произошли ночью.

Приступать к наложению швов следует только после того, как родился послед. Не говоря уже о том, что свисающая пуповина и сочащаяся кровь мешают операции, нельзя заранее предсказать, каков будет последовый период и не придется ли вводить всю руку в половые органы для ручного отделения плаценты. Если же вводить руку в половые органы тотчас после наложения швов, швы, конечно, пострадают. Ввиду этого к наложению швов следует приступать после рождения последа.

В последнее время выдвигают предложение при разрывах промежности накладывать швы не тотчас после родов, а только спустя 12 или даже 24 часа, когда исчезает отек тканей и когда они принимают более нормальный вид. По мнению некоторых акушеров, результаты заши-

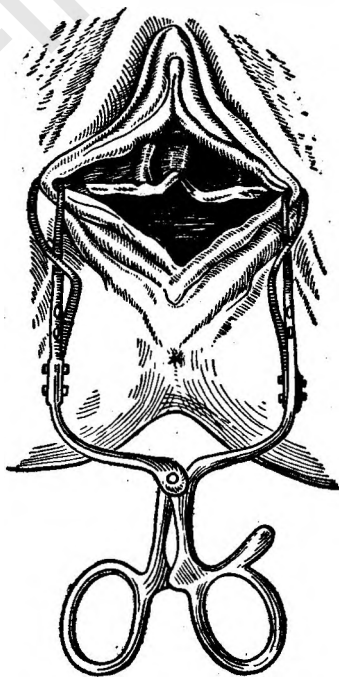


Рис. 370. Обнажение разрыва промежности ранорасширителем.

вания промежности через 12—24 часа после родов будто бы значительно благоприятнее результатов зашивания непосредственно после родов. Мы, как правило, зашиваем промежность тотчас после родов. Такой модус, нам кажется, лучше соответствует принципу асептического ведения родов: меньше шансов для попадания инфекции в разорванную рану.

О п е р и р о в а т ь необходимо на операционном столе или рахмановской кровати. При операции рекомендуется наркоз (гесп. местная анестезия). При разрывах первой и второй степени ассистентом может быть акушерка. При разрыве третьей степени необходим ассистент-врач. В качестве лигатурного материала лучше применять кетгут, особенно для наложения несъемных глубоких швов. Для поверхностных швов можно пользоваться шелком; непосредственно перед операцией его кипятят в течение 10 минут. Перед наложением швов следует острыми ножницами обрезать оборванные и разможенные края раны и хорошенько разобраться в механизме разрыва. Накладывать швы надо таким образом, чтобы после зашивания получались нормальные анатомические отношения. Лучше семь раз примерить и один раз зашить.

### Зашивание разрывов первой и второй степени

На верхний угол раны, который обычно находится во влагалище, немного в стороне от средней линии, накладывается шов, захватывают его артериальным зажимом и передают помощнику. Затем кладут два зажима на края раны как раз в углу, на месте перехода разрыва со слизистой

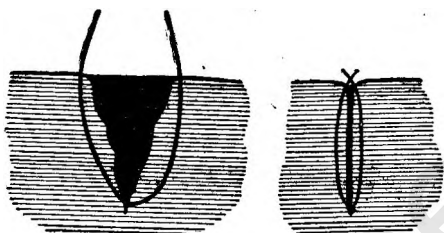


Рис. 371. Зашивание разрыва промежности первой и второй степени. Правильно наложенные швы.

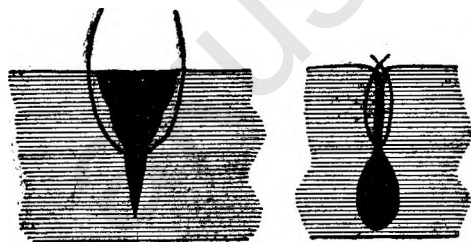


Рис. 372. Зашивание разрыва промежности первой и второй степени. Неправильно наложенные швы.

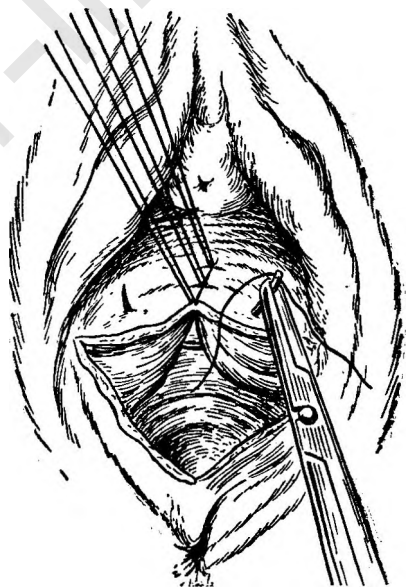


Рис. 373. Зашивание разрыва промежности второй степени.

влагалища на кожу промежности. С помощью этих двух зажимов можно хорошо ориентироваться в топографии разрыва. Растянув рану, можно убедиться, что снаружи она имеет форму ромба; вглубь ткани рана идет в форме клина. Осушив, насколько возможно, марлевым тупфером рану, накладывают несколько глубоких швов из кетгута, которые не должны

захватывать ни слизистой, ни кожи. Когда наложены глубокие швы, рана больше не зияет, разрыв представляется уже в виде двух линейных ран, переходящих одна в другую; одна идет вдоль по длине влагалища, другая—от *commissura posterior* кзади в направлении к анальному отверстию. Теперь натягивают верхний угловой шов во влагалище и сближают оба зажима, лежащие на краях раны, затем края раны слизистой влагалища соединяют узловатыми швами, идя сверху вниз к *commissura posterior*. Влагалищные швы, кроме последнего, лежащего на уздечке, коротко обрезают. Захватывают артериальным зажимом необрезанный шов, лежащий на уздечке, и передают его помощнику. К этому времени должны быть сняты зажимы, фиксировавшие края раны. Затем накладывают шов на самый нижний угол промежностной раны. Этот шов не обрезают. Растянув оба шва, верхний и нижний, накладывают швы на кожную рану (вместо швов можно наложить скобки Мишеля). Такой способ наложения швов позволяет и начинающему ориентироваться в сложной на вид ситуации.

### Зашивание разрыва третьей степени

Зашивание разрыва третьей степени — более ответственная операция, представляющая значительные трудности для начинающего врача.

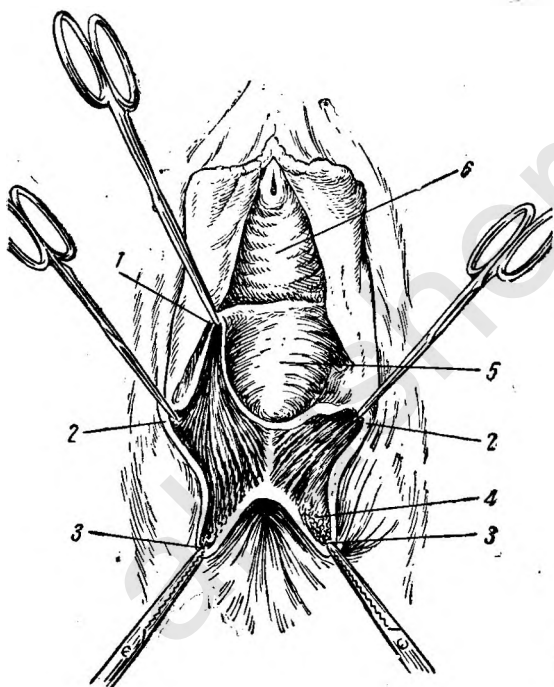


Рис. 374. Обнажение полного разрыва промежности.

1—верхний край разрыва; 2—задняя спайка; 3—разрыв заднего прохода; 4—разорвавшиеся волокна сфинктера; 5—задняя стенка влагалища; 6—передняя стенка влагалища.

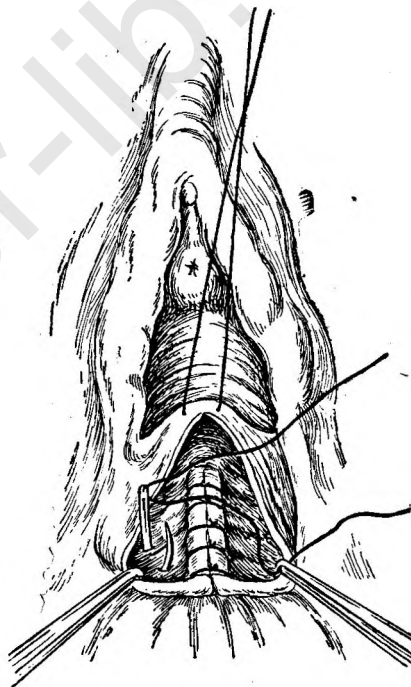


Рис. 375. Зашивание полного разрыва промежности. После зашивания разрыва прямой кишки и сфинктера разрыв превратился в разрыв второй степени.

Первое условие успешного оперирования разрывов третьей степени— точная ориентировка в топографии разрыва. Необходимо уяснить себе размер разрыва слизистой кишки, а также начало и конец его. Кроме того, ориентироваться в краях разорванного кишечного жома (*sphincter ani*).

Вся операция состоит из трех частей. Прежде всего надо наложить швы на слизистую прямой кишки; затем должен быть восстановлен сфинктер, и только после этого следует третий акт—наложение швов на промежность, как это было описано. При зашивании слизистой кишки швы накладывать через всю толщу слизистой не рекомендуется, так как из просвета кишки через уколы вдоль по швам инфекция может проникнуть вглубь раны. Швы на стенку кишки накладывают так, чтобы они проходили только через мышечную оболочку, не захватывая слизистой, которая при этом должна быть вывернута в сторону просвета кишки.

После операционный уход при разрывах промежности первой и второй степени очень прост. Область промежности не обмывают, а все время держат в сухом виде (стерильные закладки—плюмассо).

Уход после операции зашивания разрывов третьей степени несколько сложнее, так как у больной не должно быть стула до 6-го дня после операции. Для этого в течение первых трех дней ей дают ежедневно 3 раза по 10 капель *T-gae orii simplicis*. На 6-й день оперированная получает касторовое масло. Как только наступит позыв на низ, рекомендуется сделать глицериновую клизму. Некоторые не применяют опия, а назначают вазелиновое масло внутрь сейчас же после операции (по 1 чайной ложке 3 раза в день).

### ПОРАНЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Влагалище может быть повреждено во время родов во всех своих частях—в нижней, средней и верхней.

Нижняя часть влагалища обычно рвется одновременно с промежностью (см. «Разрывы промежности»). Средняя часть влагалища,



Рис. 376. Зашивание разрыва стенки влагалища.



Рис. 377. При раздвигании входа влагалища пальцами видна рана с наложенными на нее швами.

как менее фиксированная и более растяжимая, рвется редко. Причина, из-за которой эта часть может рваться во время родов, заключается или в анатомических особенностях стенки (рубцовые изменения, инфантилизм и пр.), или в акушерских операциях, которые производятся недостаточно умелой рукой (наложение щипцов, извлечение крючком, перфорация и др.).

Разрывы влагалища обычно идут продольно, реже в поперечном направлении, иногда проникая довольно глубоко в паравагинальную клетчатку; в редких случаях они захватывают и кишечную стенку.

Симптоматология разрывов сводится исключительно к кровотечению.

Терапия заключается в наложении швов после обнажения раны с помощью влагалищных зеркал. Если нет помощников для обнажения и зашивания разрывов влагалища, можно раскрыть его двумя разведенными в сторону пальцами—указательными и средним—левой руки (рис. 376).

По мере зашивания раны в глубине влагалища пальцы, раздвигающие влагалище, постепенно извлекают наружу (рис. 377). Наложение швов иногда представляет значительные трудности.

**Разрывы верхней части влагалища** этиологически и по клинической картине следует относить к разрывам матки (разрывы нижнего маточного сегмента и влагалищного свода). На эти разрывы впервые обратил внимание русский акушер Гугенберг, который дал им название *colporrhaxis* (отрыв влагалища) (рис. 378). Отрывы сводов могут возникать самопроизвольно (чаще) или насильственным образом. Особенно часто они возникают на почве запущенных поперечных положений.

Терапия: оперативное вмешательство (см. «Разрывы матки»).



Рис. 378. Отрыв заднего свода влагалища (*colporrhaxis*).

### ГЕМАТОМЫ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Гематомы вульвы и влагалища представляют собой кровоизлияния в клетчатку этих органов на почве разрыва венозных сосудов. Встречаются редко (по Мошкову, один разрыв на 1913 родов).

Причиной является очень быстрое течение родов, сдавливание тканей головкой, наложение щипцов и пр.

Локализация гематом: они могут лежать выше или ниже леватора. Обычно гематома образуется после рождения плода, но она может наблюдаться и в периоде изгнания.

Клиническая картина довольно характерна. Очень быстро, иногда на глазах, одна половина наружных половых органов отекает, принимая синюшную окраску. Больная вследствие напряжения тканей ощущает сильную боль. Кровотечение в подкожную клетчатку может быть иногда настолько сильным, что выступают довольно ярко симптомы общей анемии. В некоторых случаях «опухоль» лопается, и тогда наружу выливается большое количество жидкой, свернувшейся крови.

Терапия при гематомах вульвы и влагалища диктуется размерами кровоизлияния. Если опухоль небольших размеров, можно ограничиться выжидательной терапией—положить пузырь со льдом или согревающий

компресс, в зависимости от надобности. Иногда такая гематома вскрывается самопроизвольно наружу.

Если отмечается склонность гематомы к увеличению и если при этом имеются явления сильной анемии, следует, сделав разрез, удалить все сгустки и наложить лигатуры на кровоточащие сосуды. При нагноении гематом показано срочное вскрытие абсцесса.

## РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрыв шейки матки, особенно незначительных размеров,—явление, можно сказать, физиологическое. Края маточного зева ко времени прохождения головки сильно истончены, а поэтому и неизбежно рвутся. Разрывы обычно происходят по бокам шейки, чаще слева, чем справа. Вообще надрывы чаще отмечаются на той стороне, где при сгибательном типе лежат теменные бугры и затылочный, а при разгибательном—лобные бугры.

Эти «физиологические» разрывы шейки матки обычно ограничиваются только областью влагалищной части, не заходя выше на своды и не вызывая заметного кровотечения. Но они очень легко переходят в патологические. Особенно часто причинами такого перехода являются:

1) оперативные роды—щипцы, поворот на ножку, ручное пособие при тазовых предлежаниях, плодоразрушающие операции;

2) наличие у женщин трудных оперативных родов в анамнезе;

3) разгибательные предлежания (лобное, лицевое), когда окружность проходящей головки значительно больше обычной окружности при сгибательном типе (затылочное предлежание);

4) очень быстрые роды, когда маточный зев не имеет достаточно времени для постепенного расширения;

5) ригидность шейки (особенно у пожилых и старых первородящих);

6) длительные роды;

7) быстрые роды;

8) преждевременное отхождение вод;

9) роды крупным плодом;

10) предлежание плаценты, когда шейка представляет настоящую кавернозную ткань, легко рвущуюся и сильно кровоточащую.

Разрывы на почве указанных причин могут доходить до влагалищных сводов и даже переходить на них или подняться по цервикальному каналу кверху до внутреннего маточного зева.

И в том, и в другом случае, т. е. при переходе на своды или до внутреннего маточного зева, разрыв может захватить параметрий и даже брюшину.

Симптоматология. Единственным признаком происшедшего разрыва шейки матки является кровотечение. Иногда, впрочем, большие разрывы шейки могут протекать без всяких симптомов и только потом сказаться инфекцией параметрия, цервикального канала, а в дальнейшем повести к абортам и пр. Если же при хорошо сократившейся матке и отсутствии наружных повреждений кровь выделяется непрерывно струей или в виде большого количества кровяных сгустков, следует думать о возможности разрыва шейки. Чтобы окончательно убедиться в этом, надо приступить к осмотру влагалища и шейки матки с помощью широких влагалищных зеркал. Осмотру в зеркалах подлежат родильницы, у которых после родов можно ждать поранений и повреждений шейки и влагалища (см. выше). У осмотренных при таких пока-



заниях родильниц разрывы шейки наблюдаются почти в 30% (З. Я. Гендон и В. Г. Вартапетова). Конечно, чаще (в 75%) они встречаются у первородящих.

З а ш и в а н и е р а з р ы в о в ш е й к и. Техника зашивания больших трудностей не представляет даже для начинающего врача. До начала операции надо удалить плаценту приемом Креде или ручным способом. Наркоз при зашивании шейки не требуется. Положив женщину на операционный стол, обнажают влагалищную часть широкими длинными зеркалами и осторожно захватывают пулевými щипцами переднюю и заднюю маточную губу (рис. 379), после чего приступают к восстановлению шейки матки.

Восстановление шейки матки после родов в нашей клинике производится следующим образом.

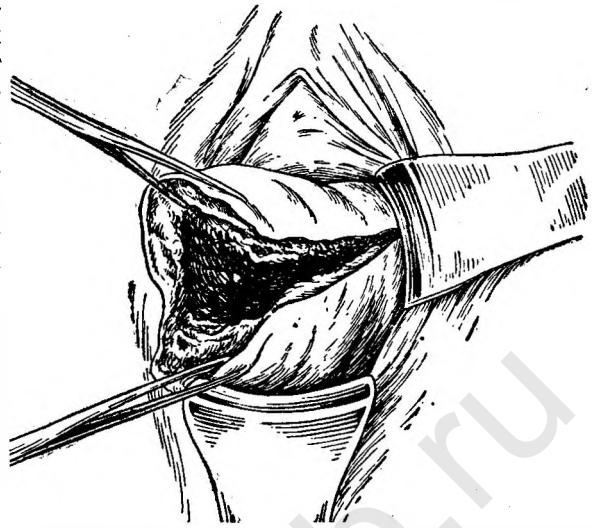


Рис. 379. Наложение пулевых щипцов на разрыв шейки матки для низведения верхнего угла разрыва шейки.

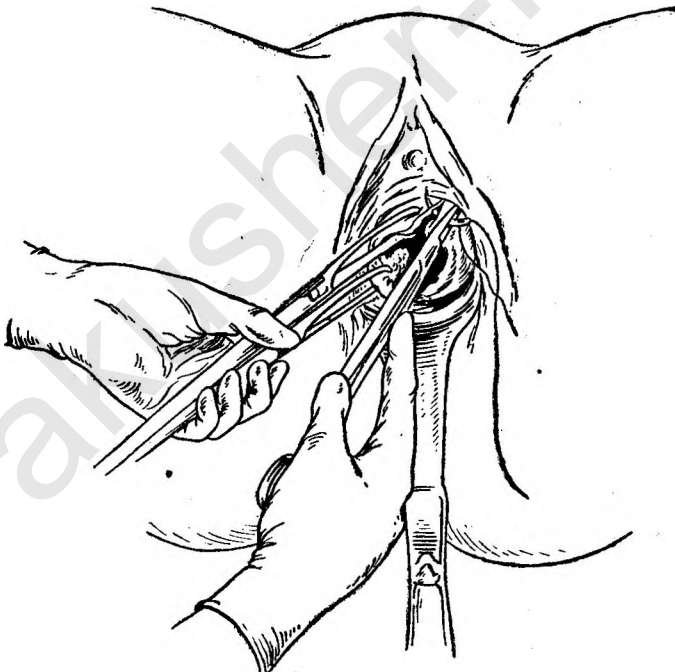


Рис. 380. Накладывание швов на разрыв шейки матки.

Отдельные кетгутовые швы накладывают от верхнего края разрыва по направлению к наружному зеву, причем первую лигатуру (провизорную) — несколько выше места разрыва (рис. 380). Это дает возможность врачу без

труда, не травмируя и без того поврежденную шейку матки, низводить ее, когда это требуется. В ряде случаев провизорная лигатура позволяет избежать наложения пулевых щипцов. Чтобы края разорванной шейки при зашивании правильно прилегали друг к другу, вкол иглы надо делать непосредственно у края, а выкол—на 0,5 см отступя от него. Переходя на противоположный край разрыва, иглу вкалывают на 0,5 см отступя от него, а выкалывают непосредственно у края. Швы при таком наложении не могут прорезываться, так как прокладкой служит толща шейки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти незаметный рубец.

## РАЗРЫВЫ МАТКИ

Нарушение целостности маточной ткани, возникающее в родах, встречается в виде настоящих разрывов (*ruptura uteri*) или в виде раздвигания и разможнения тканей (*usura uteri*) с последующим некрозом, что обычно ведет к образованию фистул.



Рис. 381. Полный разрыв матки в области нижнего сегмента.

Наиболее частая локализация разрывов матки—нижний маточный сегмент (перешеек матки). Реже разрывы наблюдаются в области сводов.

Размеры разрывов матки не всегда одинаковы. Различают два вида разрывов: полные и неполные.

а) **Полный разрыв** (*ruptura uteri completa*) (рис. 381). Разрывается вся стенка матки вместе с покрывающей ее серозной оболочкой. Подобные разрывы обычно встречаются в тех местах, где серозный покров матки крепко спаян с подлежащей маточной стенкой. По данным О. В. Макеевой, такие разрывы встречаются в 90% всех случаев этой патологии.

б) **Неполный разрыв** (*ruptura uteri incompleta*). Встречается в 10% (О. В. Макеева). Травмирована одна лишь мышечная стенка матки без нарушения целостности покрывающей ее брюшины.

Такие разрывы обычно встречаются в тех местах, где брюшина рыхло прикреплена к стенке матки такой же рыхлой клетчаткой. Происходящее при этом кровоизлияние локализуется между серозной оболочкой и клетчаткой, приподнимая брюшину иногда на довольно большом пространстве.

Частота разрывов матки составляет 0,03—0,05%. Интересно отметить, что за последние 20—25 лет этот процент не дает ощутимых сдвигов в сторону снижения. То же отмечают и некоторые зарубежные авторы (Пёзнер).

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Матка, как мы знаем, состоит из двух частей: верхней полой маточной мышцы и так называемого нижнего маточного сегмента (перешеек матки).

Полый маточный мускул в периоде раскрытия самостоятельно, а в периоде изгнания совместно с мышцами брюшной стенки, является главным мотором родового акта. Нижний маточный сегмент к концу периода раскрытия и во все время периода изгнания представляет собой как бы продолжение влагалищной трубки: настолько он бывает расширен и истончен. Вместе с влагалищем этот сегмент образует так называемый проходной канал или проходную трубку. Возможность наиболее полно осуществить свою функцию полая маточная мышца получает благодаря «сухожильным» образованиям, которыми она прикреплена к тазу, как бы заякорена в малом тазу. Первое, центральное «сухожилие» полой мышцы—это нижний маточный сегмент с шейкой, продолжение его—верхний отдел влагалища и его своды. Другие «сухожилия» составляют шесть маточных связок с вкрапленными в них гладкими мышечными волокнами: спереди—обе круглые связки, сзади—крестцово-маточные связки, а по бокам—широкие связки (собственно ligamenta cardinalia). Своеобразное расположение этих «сухожилий»—короткие и низко сидящие—сзади, длинные, слабые и высокосидящие—спереди—позволяют полой мышце не только сократиться, но и «становиться» на дыбы, т. е. переходить из состояния наклона вперед в вертикальное положение. Как и всякая другая мышца, полый маточный мускул, сокращаясь, делается короче и толще. Граница между обоими указанными отрезками матки представляется в виде выраженного вала или обрыва. Этот обрыв или вал принято называть контрактионным кольцом. Правильнее называть его пограничным кольцом.

Когда маточный зев раскрыт на палец (2 см), пограничное кольцо при наружном обследовании обычно выражено не ясно, но в дальнейшем периоде раскрытия начинает отчетливо выступать в виде борозды, поперечно расположенной над лоном; борозда (валик) является границей сокращающегося полого мускула и растягивающегося (также активно) нижнего маточного сегмента. П. В. Занченко указывал, что борозду можно определить уже в конце беременности (на один-полтора пальца выше лона).

Унтербергер предложил по высоте расположения пограничного кольца определять величину открытия маточного зева. Каждому поднятию пограничного кольца на сантиметр выше лона примерно соответствует, по Унтербергеру, такое же открытие маточного зева. При открытии зева на два пальца пограничное кольцо стоит выше лона на 2 поперечных пальца, при открытии на три пальца—на 3 поперечных пальца и т. д. При полном открытии пограничное кольцо стоит на 8 см выше лона<sup>1</sup>.

Приемом Унтербергера можно пользоваться только при опорожненном мочевом пузыре, при отсутствии ожирения, отеков. Технически этот прием состоит в периодическом ощупывании матки по linea alba между пупком и лоном. Пальпацию предпочтительнее начинать перед схваткой и продолжать на протяжении всего сокращения матки и во время паузы. Прием Унтербергера имеет только ориентировочное значение.

Чем сильнее сокращается полая мышца, тем больше натягивается вверх нижний маточный сегмент, тем выше вверх будет подниматься и граница—обрыв, т. е. пограничное кольцо. Чем выше над лобком и ближе к пупку будет подниматься кольцо, тем сильнее сокращается полая мышца, тем больше растягивается нижний маточный сегмент. Поднимаясь к пупку и выше, пограничное кольцо принимает вместо поперечного косое направление. Область нижнего сегмента напряжена (как доска) и чрезвы-

<sup>1</sup> Исчезновение пограничной борозды при глубоком стоянии подлежащей части в малом тазу, как правило, совпадает с полным раскрытием зева (И. И. Яковлев).

чайно болезненна. В отличие от пограничного кольца (при нормальных родах) кольцо при таких условиях следует называть ретракционным (кольцо перерастяжения). Таким образом, ретракционное кольцо— это пограничное кольцо, стоящее высоко, около пупка и имеющее вместо поперечного косо е направление.

Появление ретракционного кольца—сигнальный симптом угрожающего разрыва матки<sup>1</sup>.

Как и всякая другая ткань, проходной канал (влагалище и нижний маточный сегмент) имеет конечный предел растяжимости. Если растяжение вследствие сильного сокращения полой мышцы перейдет определенную границу, проходная трубка должна в том или ином участке разорваться. Если у женщины узкий таз, то нижний сегмент ущемится между головкой и тазом; в силу сокращения полой мышцы он сильно растянется и разрыв произойдет в области нижнего сегмента. Если же, как это бывает при поперечных запущенных положениях, нижний сегмент не ущемляется, а растягивается обычно влагалищная трубка, то при сильном сокращении полой мышцы рвется эта трубка.

Принято различать самопроизвольные разрывы—без всякого внешнего воздействия и насильственные разрывы.

а) Самопроизвольный разрыв обычно бывает в тех случаях, когда матка встречается с непреодолимыми для нее препятствиями (узкий таз, водянка детской головки, неблагоприятные вставления и предлежания головки, как лицмановское вставление, лобное предлежание, особенно с обращенной кзади переносицей, лицевое предлежание с подбородком кзади, запущенное поперечное положение и пр.). Встречается чаще насильственного разрыва.

б) Насильственный разрыв происходит в тех случаях, когда врач, невзирая на сильное растяжение нижнего маточного сегмента, вводит руку в матку для выполнения той или другой операции (чаще— для поворота или наложения щипцов). По данным Л. С. Персианинова, такие разрывы встречаются в 11,4% всех разрывов матки.

Механизм разрывов матки при родах был описан Бандлем (1875). Причиной возникновения таких разрывов он считал чисто механические препятствия для родоразрешения.

Иначе объяснял происхождение разрывов матки в свое время Я. В. Вербов (1911). В настоящее время, не отрицая значения механического фактора в этиологии и патогенезе разрывов матки, акушеры считают основной причиной разрыва матки не механические моменты, а те или иные патологические изменения маточной стенки. Здоровая полноценная мышечная ткань матки самостоятельно не должна рваться. Она рвется («расползается») в результате заболеваний или бывшего вмешательства (гипоплазия, воспалительные и дистрофические процессы, фиброматоз, рубцы после кесарева сечения, особенно при донном разрезе матки, рубцы после перфораций матки при аборте и пр.). Отсюда понятно, почему самопроизвольные разрывы матки чаще наблюдаются у многородящих (90—95%). Особенно угрожает такой разрыв рожаящим 5—6-й раз при легкой или умеренной степени сужения таза. У первородящих, даже пожилых, самопроизвольные разрывы матки при родах встречаются редко. В свое время Н. З. Иванов утверждал, что самопроизвольных разрывов у первородящих с узким тазом никогда не бывает.

<sup>1</sup> Термин «контракционное» кольцо следует оставить для тех случаев, когда имеется ограниченная (местная) стриктура циркулярной маточной мускулатуры, в результате, например, нерациональных манипуляций в последовом периоде.

## СИМПТОМАТОЛОГИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА

Всякий разрыв матки представляет собой катастрофу как для матери, так и для плода. Предупредить угрожающий разрыв матки—задача перво-степенной важности, большая, чем лечение уже совершившегося разрыва. Ввиду этого чрезвычайно важно во-время распознать угрожающий разрыв матки.

При угрожающем разрыве больная сильно возбуждена, беспрестанно жалуется на боли, которые не прекращаются и в промежутках между схватками (судорожные схватки). Как только начинается схватка, роженица с ужасом на лице хватается руками за живот, стараясь поддержать его. Характерно поддержание руками нижней части живота. Схватки становятся все более частыми, а паузы между ними более короткими. Одновременно температура идет вверх, пульс ускоряется. Необходимо подчеркнуть, что судорожные схватки, как правило, будут слабыми схватками.

При осмотре живота надо обратить особое внимание на следующие симптомы. Матка поднимается очень высоко, до реберной дуги, заходя иногда и за последнюю. Ретракционное кольцо выступает через брюшные стенки в виде борозды, которая идет обычно в косом направлении вблизи или даже выше пупка. Чем выше стоит ретракционное кольцо, тем отчетливее выступает растяжение нижнего маточного сегмента. Вначале видно, как одновременно со схватками кольцо то поднимается, то опускается. Наконец, оно останавливается на своем высшем пункте и больше не опускается. Это будет пункт максимального растяжения нижнего маточного сегмента. Разрыв может наступить немедленно. Одновременно удаётся заметить резко напряженные, в виде тяжей, болезненные круглые маточные связки. Горизонтальная линия, соединяющая место отхождения обеих круглых связок, не должна заходить за горизонтальную линию, проведенную через пупок. Если первая стоит выше, то это будет говорить об угрожающем разрыве матки.

При пальпации книзу от пупка отмечается сильная болезненность, причем в промежутках между схватками отчетливо прощупываются части плода. На границе между нижним сегментом и телом матки ощущается, в виде жгута ретракционное кольцо, а дно матки представляет собой как бы плотную опухоль, через которую совершенно нельзя прощупать части плода.

Сердцебиение плода или совсем не прослушивается, или имеются признаки асфиксии.

Внутреннее исследование может также дать некоторые опорные пункты для распознавания, но во избежание разрыва должно производиться сугубо осторожно. Не разрешаются при внутреннем исследовании никакие смещения частей плода. Если предлежащая часть стоит плотно во входе в таз, обычно имеется сильно выраженная родовая опухоль. При поперечных положениях выпавшая ручка резко отечна и цианотична. В случае ущемления шейки матки между предлежащей частью и тазовой костью прощупываются края маточного зева в виде утолщенных опухолей. При поперечных положениях, где не бывает ущемления шейки, края маточного зева уходят далеко вверх и даже совсем не определяются, зато напряжена и очень чувствительна влагалищная стенка.

Распознавание описанной типичной картины угрожающего разрыва матки не представляет больших затруднений. Об этом писал еще Шауга: «В настоящее время,—подчеркивал он в своем руководстве,—можно утверждать, что при тщательном наблюдении и правильной оценке положения вещей почти всегда можно избежать разрыва». Много позже В. С. Груз-

дев, как бы переключаясь с Шаута, говорил: «установить, что роженице в недалеком будущем грозит разрыв матки, не так уж трудно». Несмотря на эти авторитетные высказывания, следует сделать оговорку, и прежде всего в том, что типичная симптоматика при угрожающем разрыве матки встречается далеко не так часто (12—15%). Чаще клиническая картина намечающегося разрыва протекает при стертых симптомах, разрыв подкрадывается «неожиданно», «коварно» (Н. З. Иванов).

Это и дало повод говорить и писать о так называемых бессимптомных разрывах матки. В действительности же таких разрывов, может быть за редчайшим исключением, не бывает. В клинической картине угрожающего разрыва признаки его всегда имеются, возможно неясные, затушеванные, стертые—микросимптомы, но все же имеются (существуют). Акушер должен знать их, всегда помнить о них, чтобы предусмотреть и предупредить надвигающуюся опасность разрыва маточной стенки.

Немало ошибок в диагностике возникает из-за того, что врач не учитывает симптомов атипично развивающегося разрыва матки. Чтобы избежать таких ошибок, надо:

а) подробно и тщательно собирать и надлежаще истолковывать анамнез у рожаящей женщины. Особенно тщательно следует вести расспрос у рожениц с отягченным акушерским анамнезом;

б) брать на учет и вести сугубо тщательное наблюдение в родах за многорожавшими роженицами (5—6-е роды) с умеренной степенью сужения таза;

в) своевременно отмечать и учитывать неправильность (аритмию) родовой деятельности (слабость схваток, частые, но короткие, с нарастающей болезненностью схватки-потуги);

г) следить за состоянием пограничного кольца (появление ретракционного кольца—высоко и косо стоящее пограничное кольцо);

д) следить за состоянием нижнего сегмента матки (болезненность), круглых связок (напряжение, см. выше);

е) учитывать как серьезный клинический симптом появление кровянистых (умеренных) выделений из матки—симптом начавшегося разрыва;

ж) сосредоточить внимание на общем состоянии роженицы: страдальческий вид, непрерывные, непрекращающиеся стоны и жалобы на боль (вне схваток), роженица производит впечатление тяжело раненого человека;

з) наконец, следить за состоянием мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание).

В дальнейшем ко всему сказанному, при нарастании явлений (некоторые в таких случаях говорят о начале с разрыве—начавшееся расползание тканей матки), присоединяются судорожные схватки (*tetanus uteri*)<sup>1</sup>, в основном слабые и неэффективные, болезненность живота, иногда выделение мочи с кровью и, наконец, прогрессирующая асфиксия плода, приводящая к его смерти (особенно симптоматична при этих условиях внезапная смерть плода).

### СИМПТОМАТОЛОГИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА

Самопроизвольный разрыв матки обычно наблюдается в момент схватки или при перемене роженицей положения. Насильственный разрыв происходит, как правило, во время оперативного вмешательства или во время исследования.

<sup>1</sup> В. С. Груздев указывал, что судорожные схватки являются спутниками начинающегося разрыва: «ткани не выдержали и начали расползаться».

В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе. Одним из самых характерных признаков происшедшего разрыва является полное прекращение схваток. При фиксированной головке—это надо иметь в виду—схватки продолжают продолжаться.

Вслед за разрывом начинается перитонеальный шок, который проявляется внезапно наступившей и нарастающей бледностью, обмороком, тошнотой, рвотой, холодным липким потом, падением сердечной деятельности и пр. Черты лица заостряются, глаза вваливаются в орбиты, лицо делается мертвенно бледным. Пульс нитевидный, мягкий, частый. При пальпации плод лежит непосредственно под брюшными стенками, рядом с ним прощупывается сдвинутое в сторону тело матки. По соседству с маткой определяется нарастающая подбрюшинная гематома.

Что касается наружного кровотечения, то оно иногда бывает довольно сильным, а иногда может и совсем отсутствовать. Сердцебиение плода обычно не прослушивается.

При внутреннем исследовании обнаруживается, что подлежащая часть исчезла, иногда просто отошла, сделалась подвижной.

В отдельных случаях исследующий палец легко обнаруживает место разрыва.

При неполном разрыве (*ruptura uteri incompleta*) симптомы не так выражены, как при полном (*ruptura uteri completa*).

Точно так же не всегда бывают выражены симптомы при разрывах во время беременности, происходящие вследствие анатомических изменений маточной мышцы.

Диагноз в таких случаях может быть затруднительным, необходим самый тщательный осмотр больной. К р о в о т е ч е н и е, б о л е з н е н н о с т ь в определенном месте, явления перитонеального раздражения и образование гематомы на одной стороне матки должны дать известные указания.

### ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА

Выше было указано, что умение распознать и предупредить угрожающий разрыв гораздо важнее умения лечить уже совершившийся разрыв. Чтобы своевременно распознать угрожающий разрыв, необходимо тщательно обследовать роженицу, внимательно наблюдать за течением родов, словом, ориентироваться во всех деталях каждого данного случая (см. выше). При ведении родов врач должен прежде всего уяснить себе размеры таза и положение плода, а затем в дальнейшем строго следить за возможными переменами в положении вещей. Кто проглядел узкий таз, поперечное положение, головную водянку и пр., для того разрыв матки, происшедший вследствие указанных осложнений, будет, конечно, полной неожиданностью. Это касается самопроизвольных разрывов. В равной мере все сказанное относится и к насильственным разрывам. Только в тех случаях, когда врач умеет правильно ставить показания и противопоказания к операции, есть гарантия предупредить разрыв матки. Кто берется за поворот на ножку при запущенном поперечном положении, тот рискует разрывом матки, за что он и будет нести ответственность.

Как только появятся описанные выше признаки угрожающего разрыва матки, врач обязан немедленно приступить к р о д о р а з р е ш е н и ю, так как всякое промедление в этом отношении может стоить жизни матери. С плодом считаться не приходится: в большинстве случаев он бывает мертв или в состоянии тяжелой асфиксии.

В отношении способов родоразрешения в первую очередь надо подчеркнуть, что при наличии угрожающего разрыва аб-

солютно противопоказаны поворот и наложение щипцов (будут способствовать разрыву). При угрожающем разрыве врач должен прежде всего осторожно произвести внутреннее исследование. При подтверждении намечающегося разрыва роженице дается ингаляционный наркоз (эфир) и при головном предлежании делается перфорация, а при поперечном положении—эмбриотомия. При соответствующих условиях и наличии необходимой обстановки следует ставить вопрос о родоразрешении кесаревым сечением.

Л. С. Персианинов до перевода роженицы в операционную рекомендует при подготовке к операции сейчас же применять ингаляционный наркоз, учитывая возможность перехода угрожающего разрыва в совершившийся. Применяемый с такой же целью морфин является менее обособленным мероприятием (может затемнять картину совершившегося разрыва).

Транспортировать женщину с угрожающим разрывом матки из одного лечебного учреждения в другое крайне опасно и недопустимо.

### ТЕРАПИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА

Терапия совершившегося разрыва матки сводится к чревосечению, в одних случаях—с последующей надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки, в других—с зашиванием разрыва ее. Вопрос о характере оперативного вмешательства решается в зависимости от особенностей самого разрыва (местоположение, величина) и состояния роженицы. Оценивая состояние роженицы, врач должен учитывать, с одной стороны, наличие шока и кровотечения при разрыве матки и, с другой—опасность инфекции, которая проникает из маточной полости в брюшину (перитонит).

В. А. Покровский, Л. С. Персианинов и др. считают, что с позиций учения о шоке следует по возможности ограничиться более легкой операцией.

В. А. Покровский рекомендует оперировать консервативно, т. е. зашивать разрыв, в случаях: 1) разрыва по рубцу после кесарева сечения, 2) продольно идущего разрыва нижнего сегмента с переходом на тело матки и 3) неполного разрыва матки с подбрюшинным кровоизлиянием, когда после вскрытия брюшины и удаления сгустков ясно определяется место и величина разрыва матки.

Надвлагалищная ампутация матки показана главным образом при обширном поперечном разрыве в нижнем сегменте. Экстирпация—при отрыве матки от ствов, а также в случаях явной инфекции.

Чревосечение при установленном разрыве матки должно быть произведено немедленно: по мере откладывания операции уменьшаются шансы для спасения жизни роженицы (по Клейн-Попову, в первые два часа после разрыва матки смертность среди оперированных составляет 29%, по истечении двух часов—42%).

При установленном разрыве матки необходимо немедленно приступить к противошоковой терапии (переливание крови, инъекция морфина и пр.). Рожениц в состоянии тяжелого шока рекомендуется оперировать под местной анестезией по Вишневскому, но только при обязательном условии, что врач в совершенстве владеет методикой анестезии: недостаточное обезболивание поведет к углублению шокового состояния.

Несколько слов об удалении плода перед чревосечением в тех случаях, когда он еще лежит в полости матки. Вопрос решается по-разному. Одни (В. А. Покровский и др.) настаивают во всех случаях диагностированного разрыва матки на немедленном чревосечении, без предварительного влагалищного родоразрешения (удаление плода). Другие (И. Л. Брауде,



И. И. Яковлев) допускают возможность предварительного (до чревосечения) удаления плода в зависимости от того, где находится подлежащая часть. Если головка находится над входом в таз или стоит малым сегментом во входе в малый таз, или, наконец, плод уже в брюшной полости, следует, не приступая предварительно к акушерской операции с целью удаления плода, сразу приступить к чревосечению. Если же головка находится в полости малого таза, тем более в выходе его, сначала можно сделать плодоразрушающую операцию (краниотомию), а затем приступить к лапаротомии.

Сложнее обстоит дело в условиях работы участкового врача. Мы настоятельно советуем ему транспортировать больную с диагностированным разрывом матки в соответствующее лечебное заведение. Если возможно удаление плода через естественные родовые пути, это следует сделать, а затем произвести осторожно и строго асептично тампонаду. Если же удалить плод невозможно, то после соответствующей тампонады надо отправить больную в лечебное учреждение неразрешившейся.

При совершившемся разрыве матки и возможности удалить плод *per vias naturales* показаны плодоразрушающие операции (перфорация, эмбриотомия) и извлечение плода за тазовый конец. В таких случаях поворот и щипцы, как и при угрожающем разрыве, конечно, противопоказаны.

### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Приводим технику операции по И. Л. Брауде<sup>1</sup>.

**Общие указания.** Брюшная полость вскрывается разрезом по средней линии. Если плод уже извлечен через естественные родовые пути, то ограничиваются разрезом от лобка до пупка. Если же плод находится в брюшной полости, то разрез должен быть более длинный и проводится за пупок. В этом случае сначала извлекают плод, а также и послед, если он родился в брюшную полость.

Выводят и осматривают матку и устанавливают размеры и характер повреждения. Матку захватывают или рукой (обернув матку полотенцем или марлевой салфеткой), или двумя зажимами Кохера, которые накладывают на верхний отдел широкой связки у места отхождения круглой связки, трубы и собственной связки яичника. Операционное поле отгораживают большими марлевыми салфетками или полотенцами (кровь из брюшной полости обычно не вычерпывают).

### Техника зашивания разрыва матки

Перед зашиванием разрыва иссекают скальпелем или куперовскими ножницами разможенные края раны и подравнивают их или вырезают остатки старого рубца на матке. Это необходимо для того, чтобы хирургически правильно соединить края раны в маточной стенке во всю ее толщину и обеспечить хорошее заживление.

При неполном разрыве матки, если под ее брюшинным покровом имеется гематома, надо сначала рассечь брюшину, удалить жидкую кровь и сгустки и наложить лигатуры на поврежденные сосуды или обколоть диффузно кровоточащие участки ткани. Наложить швы на рану можно только после полного гемостаза. Иногда трудно провести надежный гемостаз, особенно если разрыв расположен по ребру матки и вызвал образование гематомы в параметрии. В таких случаях приходится идти на перевязку подчревной или маточной артерии у места ее отхождения от подчревной (рис. 384).

<sup>1</sup> И. Л. Брауде, Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии, Медгиз, 1947.

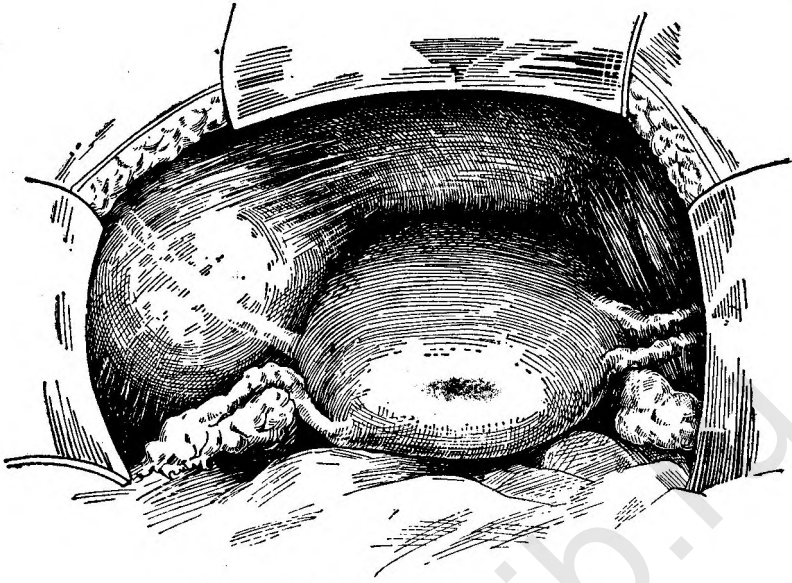


Рис. 382. Неполный разрыв матки.

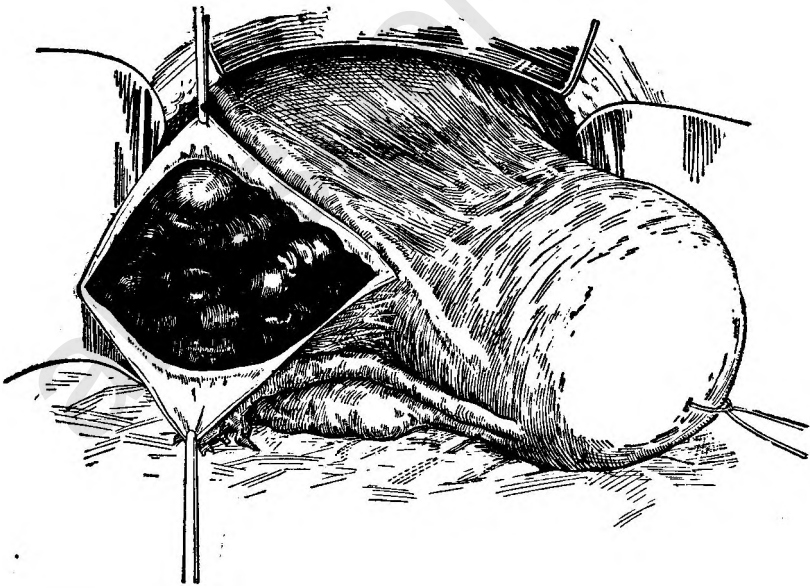


Рис. 383. Операция при неполном разрыве матки. Обнажение гематомы.

Рану зашивают отдельными кетгутовыми лигатурами в два этажа. Перитонизацию производят обычно с помощью непрерывного кетгутового шва, наложенного наподобие лембертовского шва и захватывающего вместе с брюшинным покровом матки и подлежащую мышечную ткань. В отдельных случаях для перитонизации можно использовать круглую связку (если

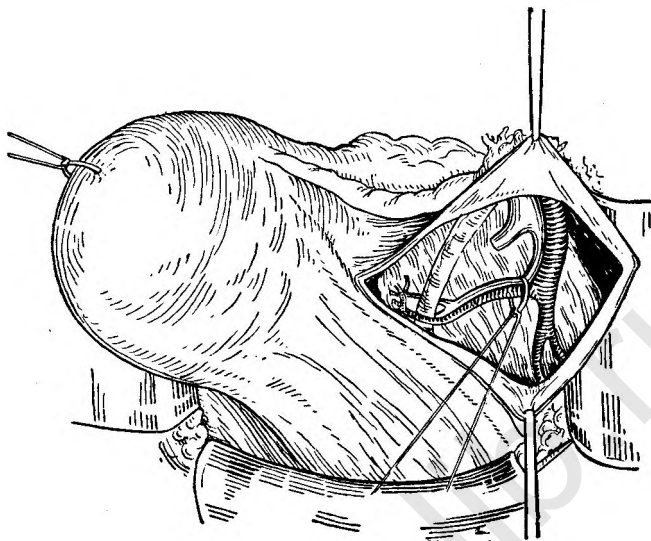


Рис. 384. Наложение лигатуры на маточные сосуды после удаления гематомы.

разрыв произошел вблизи места ее отхождения) и брюшину, покрывающую мочевой пузырь (если разрыв располагается на передней стенке матки вблизи пузырно-маточной складки брюшины).

### Техника надвлагалищной ампутации матки

Захватывают и осматривают матку, затем отводят ее в сторону, после чего накладывают два зажима—один на круглую связку, второй—на собственную связку яичника и фаллопиеву трубу. Для предотвращения обратного венозного кровотечения накладывают контрклипмы. Верхний отдел широкой связки рассекают между наложенными зажимами, зажимы заменяют лигатурами, матку отводят в противоположную сторону и здесь проделывают то же самое, что и в предыдущем моменте операции (рис. 385).

Если необходимо удалить не только матку, но и придатки, зажим накладывают не на собственную связку яичника и трубу, а на воронко-тазовую связку.

Затем оттягивают матку кзади, рассекают пузырно-маточную складку, мочевой пузырь отделяют от шейки матки и разрез брюшины продолжают в обе стороны (до перевязанных круглых связок, рис. 386).

Оттягивая матку в сторону, накладывают, перпендикулярно к ее ребру, на маточные сосуды зажим и контрклипму, сосуды перерезают и накладывают лигатуру. То же проделывают и на другой стороне (рис. 387).

На уровне внутреннего зева матку отсекают от шейки. На культю шейки накладывают 3—4 сквозных кетгутовых шва, которые соединяют переднюю и заднюю стенки шейки матки (рис. 388). Затем приступают к перитонизации (рис. 389).

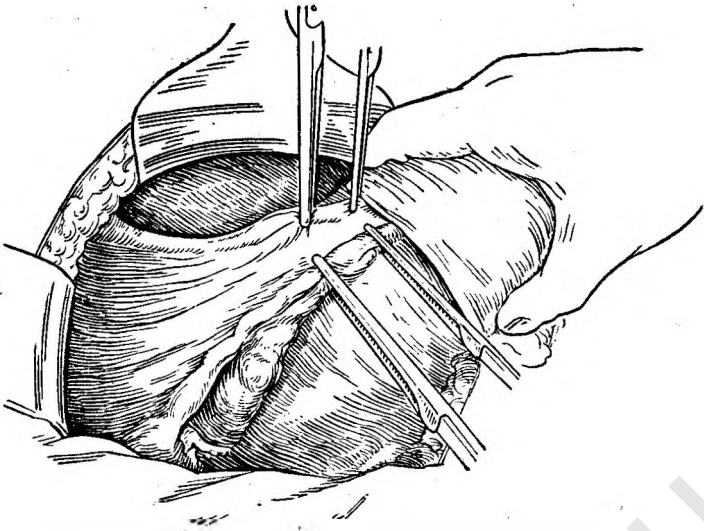


Рис 385. Наложение зажимов на круглую связку, на собственную связку яичника и одновременно на фаллопиеву трубу.

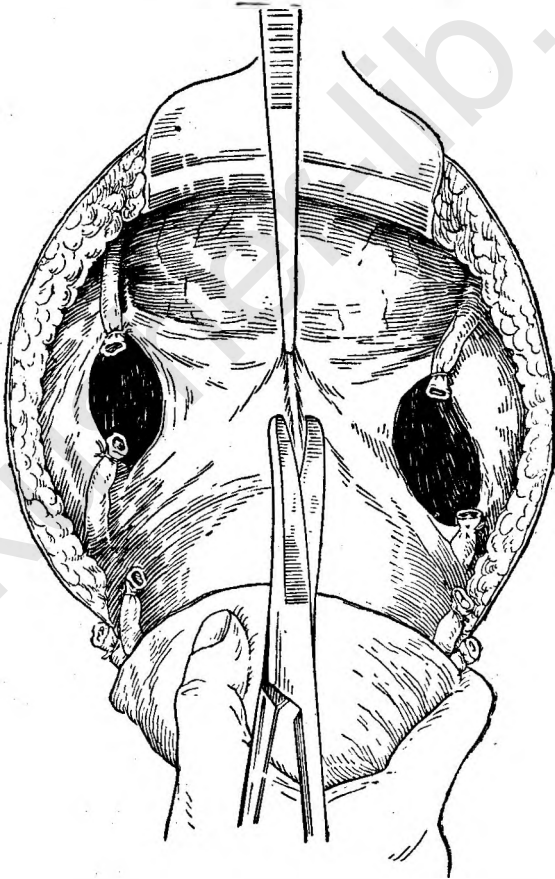


Рис. 386. Рассечение брюшины пузырно-маточной складки.



Рис. 387. Перевязка маточных сосудов.

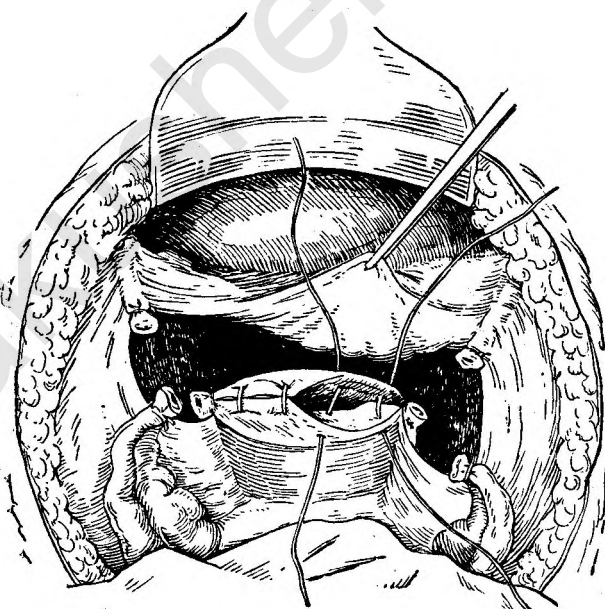


Рис. 388. Зашивание культи шейки.

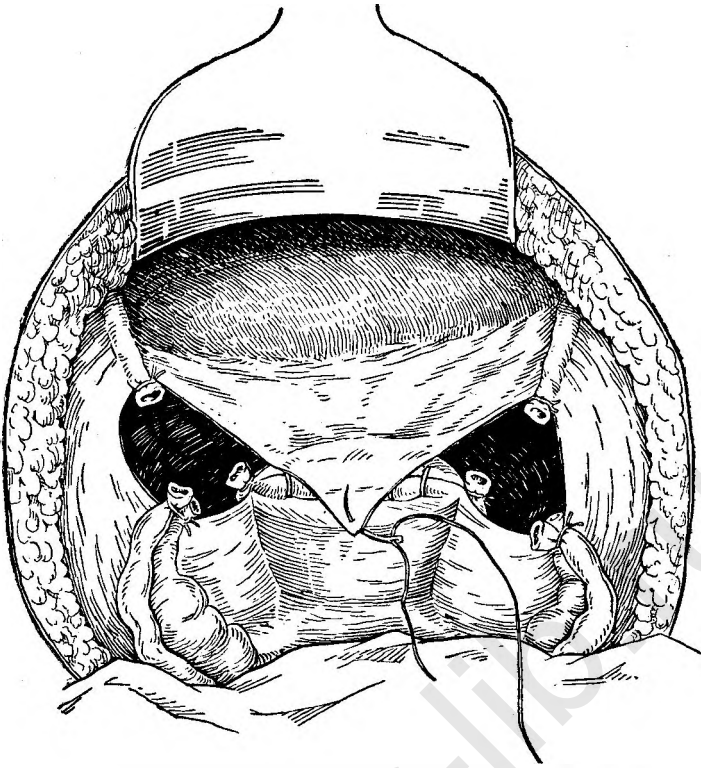


Рис. 389. Перитонизация культи шейки матки.

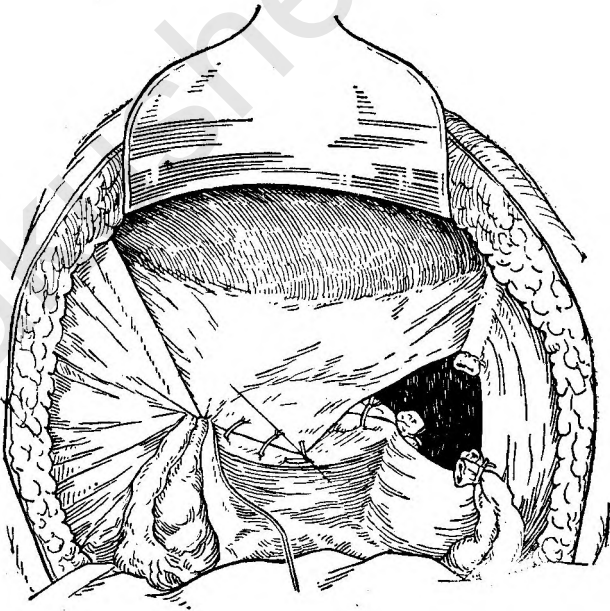


Рис. 390. Перитонизация культи связок.

Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом. Сначала прокалывают иглой заднюю стенку культи шейки матки, а затем соответствующий край брюшины пузырно-маточной складки. Шов завязывают, накладывая еще 2—3 таких же шва (предварительно обрезав концы лигатур, наложенных на культю шейки); культя шейки оказывается покрытой брюшиной, как чепцом.

Затем той же лигатурой продолжают перитонизацию культей круглой связки и придатков. Накладывают кисетный шов, начиная от правого угла культи шейки матки и последовательно подхватывая край заднего листка широкой связки, культю перевязанной собственной связки яичника и трубы, культю круглой маточной связки и край брюшины пузырно-маточной складки в том месте, где она не была пришита к задней стенке культи шейки матки.

После затягивания кисетного шва культя шейки и придатков оказываются погруженными в клетчатку (рис. 390).

То же проделывают и на другой стороне. Чтобы создать более надежную защиту от проникновения инфекции из подбрюшинной клетчатки в брюшную полость, И. Л. Брауде рекомендует производить так называемую деюнную перитонизацию. Накладывают тонкий непрерывный кетгутовый шов (пользуясь кишечной иглой) поверх первого непрерывного шва, захватывая складки брюшины впереди и позади его.

### Техника экстирпации матки

Операция начинается так же, как и надвлагалищная ампутация матки. Последовательно с той и с другой стороны перевязывают и перерезают круглую маточную связку и собственную связку яичника вместе с трубой. Рассекают пузырно-маточную складку брюшины и разрез ее доводят до круглой связки на каждой стороне матки.

Мочевой пузырь отделяют от шейки на большем протяжении, чем при надвлагалищной ампутации матки, т. е. до самого влагалища. Маточные сосуды захватывают на каждой стороне двумя зажимами Кохера: один зажим накладывают на расстоянии 1—1,5 см от ребра матки, а другой—у самого ребра в качестве контрклепмы. Между обоими зажимами сосуды перерезают. Первый зажим, нижний, заменяется кетгутовой лигатурой, второй остается на матке. На основании параметриев ближе к ребру матки (во избежание повреждения мочеточника) накладывают зажимы Кохера, после чего клетчатку у самого ребра матки перерезают.

Матку оттягивают книзу, перевязывают и перерезают маточно-крестцовые связки и между ними надсекают задний листок брюшины.

Затем вскрывают влагалищный свод у места его прикрепления к шейке (можно вскрыть спереди, сзади или сбоку).

Вскрытие производят с помощью куперовских ножниц, держа их перпендикулярно к стенке влагалища. В отверстие, сделанное в стенке влагалища, вводят на корнцанге полоску марли, чтобы осушить влагалище. Марлевую полоску проталкивают корнцангом поглубже ко входу влагалища и оставляют ее там до окончания операции.

Через разрез во влагалище смазывают иодной настойкой шейку матки и влагалищные своды.

Затем разрез увеличивают ножницами в обе стороны и через него захватывают щипцами Мюзо переднюю или заднюю губу маточного зева. Потягивая за щипцы, отсекают куперовскими ножницами шейку матки от влагалищных сводов и удаляют матку. Край разрезов влагалища помощник захватывает в это время зажимами.

В случае необходимости дренировать подбрюшинные пространства после удаления матки И. Л. Брауде рекомендует «бестампонное» дренирова-

ние. Делается это так: переднюю стенку влагалища сшивают с брюшиной пузырно-маточной складки 1—2 лигатурами. Точно таким же образом сшивают заднюю стенку брюшины дугласова кармана. С боков влагалище остается незашитым. Таким образом, боковые подбрюшинные пространства, оставшиеся после удаления матки, непосредственно сообщаются с просветом влагалища, что обеспечивает отток во влагалище оставшейся в них крови и образующегося воспалительного экссудата.

Перитонизация производится обычным способом, т. е. соединяют непрерывным кетгутовым швом передний и задний листки брюшины (посредине, где каждый из них уже соединен лигатурой со стенкой влагалища, брюшина сшивается поверх них). Далее, начиная от культи круглых связок, накладывают на каждой стороне кисетный шов, прокалывая один-два раза иглой задний листок широкой связки, культи яичниковой связки, фаллопиевой трубы и круглой связки.

При экстирпации, выполняемой по поводу разрыва матки в родах, может возникнуть ряд затруднений. Так, при боковых разрывах матки может разорваться маточная артерия или одна из ее веток. Разорванный сосуд, сокращаясь, уходит в глубину рыхлой клетчатки; в клетчатке образуется гематома, которая может достигнуть больших размеров. Отыскать в этих условиях маточную артерию не легко, еще труднее найти и перевязать мелкую ветку маточного сосуда. Во время операции в связи с падением артериального давления у обескровленной больной такой поврежденный сосуд может и не кровоточить; но после операции, если сосуд останется перевязанным, крототечение может возобновиться и повести к гибели больной.

В подобных случаях рекомендуется поступить так: разрезать брюшину над гематомой, удалить сгустки крови, затем раздвинуть оба листка широкой связки, как при радикальной операции по поводу рака шейки матки; отыскать и перевязать подчревную или маточную артерию у места отхождения ее от подчревной.

При наличии большой подбрюшинной гематомы можно отыскать и перевязать подчревную артерию следующим образом: перевязав воронко-тазовую связку (пожертвовав придатками этой стороны), расщепить брюшину широкой связки (за ее культию) до места деления *a. iliaca communis* на *a. iliaca externa* и *a. hypogastrica*. Это дает возможность проследить ход последней до отхождения от нее маточной артерии.

При диффузном кровотечении из околоматочной клетчатки для гемостаза поступают так: жертвуют придатками этой стороны, перевязывают и перерезают воронко-тазовую связку, а затем круглую связку, несколько отступя от матки, как при операции Вертгейма, разрезают передний листок брюшины, начиная от культи воронко-тазовой связки до культи круглой связки и немного дальше по направлению к мочевому пузырю; удаляют из параметриев сгустки крови, и пальцами широко раздвигают оба листка широкой связки; на заднем листке широкой связки отыскивают мочеточник, выделяют его до места впадения в мочевой пузырь и отводят крючком в сторону, что позволяет, не рискуя его повредить, клеммами захватить кровоточащую клетчатку и добиться полного гемостаза. Маточную артерию обязательно перевязывают.

Наконец, следует указать, что если разрыв матки проходит в поперечном направлении вдоль ретракционного кольца, то передняя стенка шейки матки вместе с мочевым пузырем может оказаться оторванной от тела матки. В подобных случаях необходимо удалить лоскут оторвавшейся шейки. Оторванный конец шейки захватывают щипцами Мюзо и, потягивая за них, отсепааровывают мочевой пузырь от шейки матки; затем остаток передней стенки отсекают от влагалищного свода.



После экстирпации матки и удаления из брюшной полости жидкой крови и сгустков необходимо тщательно проверить состояние соседних органов, так как при разрывах матки, особенно насильственных, они нередко бывают повреждены (мочевой пузырь, кишечник).

Указание на повреждение мочевого пузыря можно получить еще до операции с помощью катетеризации его (кровь в моче).

**Прогноз.** Предсказание при разрывах матки в высшей степени неблагоприятно. Смертность даже в клинических условиях достигает 50%. С введением в практику антибиотиков процент смертности значительно снизился. Материнская смертность за пятилетку (1945—1949 гг.) по московским родильным домам (О. В. Макеева), определяется цифрой в 33,6%. Причины смерти: кровотечения—55%, шок—22,5%, инфекция—22,5%.

Прогноз для плода при разрывах хуже, чем для матери. Дети обычно погибают еще до извлечения.

### **РАЗМОЖЕНИЕ ТКАНЕЙ СТЕНОК МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА (АКУШЕРСКИЕ СВИЩИ)**

В дореволюционное время в России частота мочеполовых свищей, одной из тяжелейших форм родового травматизма, была значительной. В Казанской акушерско-гинекологической клинике больные со свищами (1901—1916) составляли 6,8% всех больных, обратившихся за помощью в амбулаторию клиники. В настоящее время акушерские свищи, благодаря успехам в области советского родовспоможения, наблюдаются как редкое исключение. Все же образование свища у рожениц следует квалифицировать как недопустимое и позорное явление как для акушера, ведущего роды, так и для родовспомогательного учреждения, в котором он работает.

Главным этиологическим фактором в происхождении родовых мочеполовых свищей являются роды при узком тазе (больше 90%). При узких тазах вследствие длительного сжатия тканей предлежащей головкой сначала развивается местная ишемия, а затем некроз тканей. В результате некроза может образоваться перфорационное отверстие, сообщающее мочевую систему с половой (свищ).

По роду моментов, вызывающих акушерские мочеполовые свищи, различают: а) собственно родовые свищи («пуэрперальные») на почве «гангрены вследствие давления», б) акушерские свищи как следствие прямого повреждения во время родов мочевых путей при выполнении инструментальных или ручных акушерских вмешательств («насильственные акушерские свищи»); в) акушерские фистулы, образовавшиеся в результате косвенного нарушения целостности мочеполовой системы женщины при акушерских операциях и пособиях.

Самопроизвольные акушерские свищи встречаются чаще при плоских тазах. Очевидно, играет роль неравномерное давление, которое оказывает головка на мягкие части, расположенные в области лона и мыса. При родах у женщины с равномернообшесуженным тазом это давление распределяется более или менее равномерно.

Момент родов и образование свища с недержанием мочи не всегда совпадают во времени. Чаще, но не обязательно, совпадение обоих моментов отмечается при насильственных свищах. При самопроизвольных свищах отторжение некротического участка ткани обычно затягивается, почему и самопроизвольное истечение мочи отмечается спустя некоторое время после родов (6—8-й день).

Профилактика свищей женских половых органов в основном состоит в своевременной подаче необходимой помощи во время родов, особенно у женщин с узким тазом (см. «Узкий таз»).

Сигнальные симптомы образования свища мочевого пузыря—задержка мочеиспускания и трудность спустить мочу катетером, отек передней губы шейки матки и появление крови в моче.

При явлениях сдавливания следует стремиться ускорить родоразрешение. В таких случаях рационально произвести кесарево сечение или наложить щипцы. Одномоментная травма, производимая щипцами, менее опасна для мягких частей полового канала, чем длительное, на протяжении многих часов, прижатие их не продвигающейся вперед головкой.

Что касается терапии фистул, то их, понятно, можно лечить только оперативным путем, но лишь через известное время после родов (не ранее чем через 2—3 месяца). Некоторые (Д. Н. Атабеков, В. А. Покровский) делают фистулоррафию спустя 4—5 месяцев после родов.

Большое значение имеет подготовка больной к операции. В подготовительном к операции периоде особое внимание следует обращать на состояние мочевых путей (лечение цистита, пиелита), на окружающие фистулу ткани, а также на размягчение и растяжение рубцов в окружности свищевого отверстия (теплые ванны, влагалищные спринцевания, в некоторых случаях гальванизация и пр.). Подробности см. в учебниках гинекологии.

Сделаем еще одно практическое указание, которое носит дискуссионный характер. Если во время родов в моче уроженицы появится кровь, это говорит о сдавлении пузырной стенки с повреждением ее сосудов. После окончания родов в таких случаях мы рекомендуем вводить постоянный катетер (*cathètere à demeure*), который, по нашим наблюдениям, иногда дает возможность довести наметившуюся фистулу до самозаживления.

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт, см. Выкидыш**  
**Abortus completus** 387  
 — *imminens* 387  
 — *incipiens* 387  
 — *incompletus* 387  
 — *progrediens* 387  
**Абортаги** 393  
**Абуладзе, способ** 103  
**Агафонов, эксцеребратор** 322  
**Акт родовой** 7  
 — — компонент 7  
**Акушерский зев** 27  
 — набор 164  
 — поворот 171  
 — — виды 172  
 — — — внутренний 180  
 — — — классический (типичный) 180  
 — — — модификация Бояркина 193  
 — — — — неудачи 194  
 — — — — подготовка к операции 184  
 — — — — показания 180  
 — — — — при отошедших водах 192  
 — — — — поперечном положении плода 190, 197  
 — — — — противопоказания 185  
 — — — — техника 184  
 — — — — трудности 194  
 — — — — условия 180, 182  
 — — — — ход операции 186  
 — — — — этапы 185, 186  
 — — — — по Брэкстон-Гиксу 198, 375  
 — — — — подготовка 200  
 — — — — показания 198  
 — — — — прогноз 202  
 — — — — техника 200  
 — — — — условия 200  
 — — — — ход операции 200  
 — — — — прогноз 200  
 — — — — профилактический на ножку при узком тазе 182  
 — — — — искусственный разрыв плодного пузыря 384  
 — — — — модификация Бояркина 193  
 — — — — наружный 172  
 — — — — из поперечного положения на головку 175  
 — — — — на тазовый конец 179  
 — — — — — — показания 179  
 — — — — — — техника 179  
 — — — — — — условия 179  
 — — — — по Архангельскому 175  
 — — — — — — показания 176  
 — — — — — — противопоказания 176
- Акушерский поворот наружный по Архангельскому, техника** 176  
 — — — — — условия 176  
 — — — — — показания 172  
 — — — — — положение роженицы 173  
 — — — — — профилактический 175  
 — — — — — прогноз 200  
 — — — — — техника 173  
 — — — — — удержание плода 174  
 — — — — — условия 173  
 — — — — — определение 171  
 — — — — — показания 171  
 — — — — — для исправления положения плода 171  
 — — — — — как предварительная операция 171  
 — — — — — терапевтический 171  
 — — — — — при выпадении пуповины 181, 199.  
 — — — — — выпадении мелких частей плода 181  
 — — — — — задне-ушном вставлении головки 181  
 — — — — — задне-теменном вставлении головки 181  
 — — — — — заднем виде лицевого предлежания 181  
 — — — — — косых положениях плода 172.  
 — — — — — лобном предлежании плода 181.  
 — — — — — поперечных положениях плода 172, 179, 180, 199  
 — — — — — предлежании детского места, 198  
 — — — — — тазовых предлежаниях 176  
 — — — — — профилактический 91, 175, 179, 182  
 — — — — — прогноз 200, 202  
 — — — — — для плода 202, 203  
**Акушерские операции** 159  
 — пособия 159  
 — — при тазовых предлежаниях 204  
 — свищи 431  
 — — лечение 432  
 — — профилактика 431  
 — — результат косвенного нарушения целости тканей 431  
 — — симптомы 432  
 — — следствие прямого повреждения тканей 431  
 — — собственно родовые 431  
 — — щипцы 239  
**Альфельд, признак** 100  
 — способ 160  
**Анамнез общий, его значение в акушерстве** 52

Анатомически узкий таз 126  
 Анестезия парацервикальная, техника 169  
 — пудендальная, методика применения 168  
 Арендт, способ 118  
 Архангельский, наружный поворот 175  
 Асептика и антисептика 159  
 Асинклитизм 71  
 — задний 35, 72  
 — — роды 72  
 — — степени 72  
 — литмановское вставление 72  
 — негелевское вставление 72  
 — передний 72  
 — Редерера 73  
 — Солереса 73  
 Астринский, прибор 152  
 Асфиксия плода 45, 46  
 — — внутриутробная 254  
 — — — внутриутробные дыхательные движения 256  
 — — — движения плода 256  
 — — — отхождение мекония 254  
 — — — профилактика 257  
 — — — сердцебиение плода, изменения 254  
 — — — увеличение головной опухоли 256  
 — — — шум пуповины 256  
 — — наложение щипцов 253  
 Атония матки 115  
 — — лечение 117, 123  
 — — причина 116  
 Affectio mitralis, наложение щипцов 257  
  
 Базиотриб 325  
 Бинт Вербова 54, 252  
 Бло, перфоратор 328  
 Блуждающая ложка щипцов 284, 288, 312  
 Бойко, способ 118  
 Боковая конъюгата 47, 136  
 Большой косой размер головки 17  
 — костный таз 7  
 — поперечный размер головки 18  
 — сегмент 41, 248  
 Босси, расширитель 377  
 Бояркин, модификация акушерского поворота 193  
 Браун, декапитационный крючок 329  
 — краниокласт 323  
 Брахицефалическая конфигурация головки 67  
 Брейс, щипцы 311  
 Брэкстон-Гикс, поворот 198  
 Брюшная стенка беременной женщины 351  
  
 Vaginoifixatio uteri 373  
 Вальтеровское положение 71, 151, 213, 230, 302  
 — — техника укладывания 302  
 Вастен, признак 137  
 Ведение периода изгнания 53  
 — — последового 103  
 — — раскрытия 53  
 Введение руки для поворота 185  
 Вербов, бинт 54

Вертикальный размер головки 17  
 Вдавливание головки в полость таза 302, 383  
 Вколотившиеся ягодицы, извлечение плода живого 226  
 — — — мертвого 226  
 Влагалище, повреждения 314, 328, 412  
 — рубцовые сужения, кесарево сечение 345, 346  
 Влагалищное исследование 44  
 Внутренний поворот головки 31  
 Внутриматочные спринцевания 118  
 Внутриутробная асфиксия плода 254  
 — — — профилактика 257  
 — смерть плода 46  
 Внутриутробные дыхательные движения плода 256  
 Водянка головки плода 183, 207, 230  
 Воды околоплодные 7  
 — — задние 29  
 — — передние 29  
 — — раннее отхождение 140  
 Воздушная пробка 106  
 — эмболия 203  
 Вправление пуповины 339  
 Вращение головки 31, 64  
 Врезывание головки 37, 57  
 Вставление головки 25, 302  
 — — асинклитическое 25  
 — — большим сегментом 41, 248  
 — — внеееое 71  
 — — задне-теменное 72  
 — — задне-ушное 72  
 — — клиновидное 73  
 — — литцмановское 72  
 — — негелевское 72  
 — — малым сегментом 40  
 — — передне-теменное 72  
 — — синклитическое 25  
 Вход в таз 8  
 — — — размеры 9  
 — — — формы 8, 10  
 Выведение головки 58  
 Выхв позвоночника плода 332  
 Выжимание плода по Кристеллеру 252  
 — последа по Креде 104  
 — — — неудачи и осложнения 105  
 Выкидыш 387  
 — в ходу 387  
 — выскабливание 391  
 — закончившийся 387, 395  
 — искусственный 395  
 — — законодательство 396  
 — — заоболочечное (внеоболочечное) введение жидкостей 403  
 — — метрейриз 402  
 — — обезболивание 401  
 — — определение 395  
 — — показания 396  
 — — порядок разрешения операции 396, 298  
 — — прогноз 402  
 — лихорадочный 388  
 — начавшийся 387  
 — — выскабливание полости матки 391  
 — — hysterotomia anterior 390  
 — — лечение 387  
 — — активное 389  
 — — осложнения 388

**Выкидыш начавшийся, осложнения, длительность течения** 388  
 — — — инфекция 388  
 — — — кровотечение 388  
 — — — прогноз 401  
 — — — расширение маточного зева 390  
 — — — техника 400  
 — — — удаление плода 390  
 — — — — инструментальное 391  
 — — — — ручное 390  
 — — — — частей плодного яйца 392  
 — — — — абортангом 393  
 — — — незакончившийся 387, 394  
 — — — — определение 387  
 — — — — самопроизвольный 387  
 — — — — угрожающий 387  
 — — — — лечение 387  
 — — — — шеечный 390  
**Выпадение конечностей плода** 341  
 — — — — при поперечном положении 341  
 — — — — — тазовых предлежаниях 341  
 — — — — — черепных предлежаниях 341  
 — — — — — этиология 341  
 — — — — — мелких частей плода 87  
 — — — — — ножки при головных предлежаниях, поворот на ножку 181  
 — — — — — — рядом с головкой 342  
 — — — — — пуповины 87, 140, 199, 338  
 — — — — — — диагностика 339  
 — — — — — — лечение 340  
 — — — — — — наложение щипцов 253  
 — — — — — — поворот на ножку 181  
 — — — — — — — по Брэкстон-Гиксу 199  
 — — — — — — — при поперечном положении 340  
 — — — — — — — тазовом предлежании 340  
 — — — — — — — черепных предлежаниях 340  
 — — — — — — — ручное вправление 340  
 — — — — — — — этиология 338  
 — — — — — ручки 194, 341  
 — — — — — — вправление 342  
 — — — — — — поворот на ножку 181  
**Выскабливание полости матки** 391, 400  
 — — — — — обезболивание 401  
 — — — — — техника операции 391  
**Выслушивание сердцебиения плода** 45  
**Высокая температура у роженицы, наложение щипцов** 257  
**Высокие щипцы** 299  
 — — — — — наложение по Цовьянову 304  
 — — — — — — определение 300, 303  
 — — — — — — показания 301, 303  
 — — — — — — противопоказания 301, 303  
 — — — — — — техника 303  
 — — — — — — — введение ложек 303  
 — — — — — — — пробная тракция 304  
 — — — — — — — тракции 304  
 — — — — — — условия 303  
**Высокий разрыв плодного пузыря** 41  
**Высокое освобождение ручек** 229  
 — — — — — поперечное стояние головки длительное 69  
 — — — — — — прямое стояние головки 70, 233  
 — — — — — — — ведение родов 71  
 — — — — — — — зависимость от формы и размеров таза 71  
 — — — — — — — — механизм родов 71  
 — — — — — — — — — при заднем виде 71  
 — — — — — — — — — — переднем виде 71

**Высокое прямое стояние головки, сущность** 70  
 — — — — — течение родов 71  
 — — — — — вставление личика 79  
 — — — — — стояние пограничного кольца 195  
**Высота стояния головки** 39, 300  
 — — — — — техника определения 40  
**Выход таза** 8, 10  
 — — — — — размеры 10  
**Выходная плоскость** 12  
  
**Габасту, способ** 111  
**Гаус, прием** 199  
**Гебостеотомия** 371  
**Гегар, расширитель** 375  
**Гематома влагалища** 413  
 — — — — — клиника 413  
 — — — — — лечение 413  
 — — — — — локализация 413  
 — — — — — причина 413  
 — — — — — вульвы 413  
 — — — — — ретроплацентарная 99  
**Генкель, зажатие маточных артерий** 122  
**Генсиус, модификация кесарева сечения** 364  
**Гентер, способ** 44, 118  
**Гидроцефалия** 183, 250  
 — — — — — краниотомия 318  
**Гипомохлион** 34  
**Гипотония матки** 115  
 — — — — — лечение 117, 123  
 — — — — — причины 116  
**Hysterotomia anterior** 390  
**Главная плоскость** 12  
**Глубокое поперечное стояние головки** 69, 143, 233  
**Годже плоскости** 12  
**Головка** 15  
 — — — — — большой сегмент 41  
 — — — — — вдавливание в таз 302  
 — — — — — внеосевое вставление 71  
 — — — — — внутренний поворот 31  
 — — — — — водянка 183, 207, 233  
 — — — — — врезывание 37, 57  
 — — — — — вставление 25, 302  
 — — — — — — асинклитическое 25  
 — — — — — — — большим сегментом 41, 248  
 — — — — — — внеосевое 71  
 — — — — — — задне-теменное 72  
 — — — — — — задне-ушное 72  
 — — — — — — клиновидное 73  
 — — — — — — литцмановское 72  
 — — — — — — негелевское 72  
 — — — — — — малым сегментом 40  
 — — — — — — передне-теменное 72  
 — — — — — — синклитическое 25  
 — — — — — выведение 58  
 — — — — — — высокое длительное поперечное стояние 69  
 — — — — — — — прямое стояние 70, 233  
 — — — — — — — высота стояния 39, 300  
 — — — — — — — движения при рождении в затылочном предлежаии 31  
 — — — — — — — декапитированная, извлечение 336  
 — — — — — — — конфигурация 65, 67, 77, 81  
 — — — — — — — ложный поворот 232  
 — — — — — — — малый сегмент 41









**Лобное предлежание с глазничной об-**  
ластью, обращенной кзади 81  
— — сердцебиение плода 81  
— — точка фиксации 81  
— — щипцы 299  
— — этиология 80  
Ложные воды 41  
Ложный поворот головки 232  
Лонное сочленение 12  
— — разрыв 314

Мажон, способ 111  
Малиновский, способ 161  
Малый косой размер головки 17  
— костный таз 8  
— поперечный размер головки 18  
— сегмент 40, 247  
Массаж матки 117  
— — наружно-внутренний 117  
— — наружный 117  
Матка, атония 115  
— выскабливание полости 391, 400  
— гипотония 115  
— зондирование 376  
— массаж 117  
— наружный зев, насечки 390  
— — — судорожные сокращения 232  
— — — степень раскрытия 39  
— нижний сегмент 18, 19, 349, 416  
— перешеек 18, 19  
— полая мышца 18  
— разрыв 201, 308, 416  
— сжатие двуручное 117  
— сокращающие средства 119  
— сокращения неправильные 194  
— степень раскрытия зева 39  
— строение мускулатуры 18  
— топография в конце беременности 349  
— шейка 18  
— — разрыв 237, 314, 328, 414  
— — расширение искусственное 373  
Маточные сокращения неправильные 194  
Маточный зев, насечки 379  
— — степень раскрытия 39  
— — судорожные сокращения 232  
Меконий 255  
Метод Спасокукоцкого 162  
— Торна 78  
Методика измерения таза на живой  
женщине 47  
Метрейриз 376, 384, 402  
— при предлежании плаценты 377  
— — искусственным выкидыше 402  
— техника 378, 402  
Метрейринтер 377  
— модель Цовьянова 402  
Механизм движения головки плода при  
затылочном предлежании 30  
— родов нормальный 53  
— — при высоком прямом вставлении  
личика 79  
— — — головных предлежаниях,  
основные детали 82  
— — — заднем виде затылочного пред-  
лежания 63, 65  
— — — — лицевого предлежания 79  
— — — — прямое вставление го-  
ловки 71  
— — — косых положениях 94

**Механизм родов при лицевых предле-**  
жаниях 76  
— — — лобном предлежании 80  
— — — низком (глубоком) поперечном  
стоянии головки 69  
— — — — — личика 79  
— — — — — ножных предлежаниях 89  
— — — — — общесуженном плоском тазе 145  
— — — — — передне-головном предлежа-  
нии 69  
— — — — — переднем виде прямого вста-  
вления головки 71  
— — — — — плоском тазе 141  
— — — — — поперечном положении 94  
— — — — — равномерно суженном тазе 144  
— — — — — среднем поперечном стоянии  
головки 69  
— — — — — тазовых предлежаниях 88  
Микулич-Радецкий, признак 101  
Миомы матки, кесарево сечение 346  
Михаэлис, ромб 48, 49  
Мнемоническое правило для выбора  
ножки при повороте 186  
— — определения косых размеров пло-  
скости входа в таз 9  
Многоводие, искусственный разрыв  
плодного пузыря 384  
Модификации влагалищного кесарева  
сечения 364  
Молочная проба 106  
Момбург, способ зажатия аорты 121  
Мотор родового акта 18  
Мочевой пузырь, топография 350  
Мочеполовая диафрагма 13  
— щель 13  
Musculus bulbo-cavernosus 13  
— compressor urethrae 15  
— ischio-cavernosus 14  
— levator ani 13  
— obturatoris 13  
— psoas 13  
— pyriformis 13  
— sphincter ani externus 13  
— — — urethro-vaginalis 15  
— transversus perinei profundus 15  
— — — superficialis 13  
Мытье рук 160  
Мышца (ы) Вильсона 13  
— грушевидные 13  
— запирательная 13  
— — влагалища 13  
— поднимающая задний проход 13  
— поясничные 13  
— промежности глубокая поперечная 15  
— тазового дна 13  
— — — — — верхний слой 15  
— — — — — наружный слой 13  
— — — — — средний слой 14  
Мюллер, прием 153, 302  
— освобождение ручек плода 212  
Мягие части неподатливые, краниото-  
мия 317

Надвлагалищная ампутация матки 425  
Наклонение задне-теменное 72  
— таза 136, 152  
— — измерение 152  
— — определение 152  
Наркоз 167

Наружная конъюгата 47  
 — — измерение 48  
 Наружный поворот головки 35  
 — профилактический поворот на головку 91  
 — сфинктер заднепроходного отверстия 13  
 — — уретры 15  
 Нарушение целостности маточной ткани 416  
 Насечки наружного маточного зева 390  
 Негеле, перфоратор 318  
 — щипцы 243  
 Негелевское вставление 72  
 Нейвирт, щипцы 245  
 Неподатливые мягкие части, краниотомия 317  
 Неправильные маточные сокращения 194  
 Нижнелонная плоскость 12  
 Нижний сегмент матки 18, 19, 349, 416  
 Низведение ножки профилактическое 218, 227  
 Низкое косое стояние головки, щипцы 294  
 — (глубокое) поперечное стояние головки 69, 143, 233  
 — — — ведение родов 69  
 — — — — — диагноз 69  
 — — — — — проводная точка 69  
 — — — — — личика 79  
 — — — — — лобика 81  
 Николаев, схема стимуляции родовой деятельности 150  
 Ногодержатель из простыни 163, 167  
 — Отта 163, 166  
 Ножка, выпадение при головных предлежаниях, поворот на ножку 181  
 — низведение профилактическое 218, 227  
 — предлежание 83  
 Ножницы Зибольда 330  
 — Феноменова 330  
 Ножные предлежания 83  
 — — коленные 84  
 — — неполные 84  
 — — — — — извлечение плода 217  
 — — — — — головки 219  
 — — — — — до нижнего угла лопатки 218  
 — — — — — — — пупка 219  
 — — — — — — — ручек 219  
 — — — — — — — полные 84  
 — — — — — — — извлечение плода 219  
 — — — — — — — при заднем виде 220  
 — — — — — — — способ Цовьянова 216  
 Оболочечное прикрепление пуповины, наложение щипцов 253  
 Оболочки 7  
 — задержка в матке 113, 116  
 Обратный пражский прием 236  
 — ручной прием освобождения головки 236  
 Общесуженный плоский таз 128  
 — — механизм родов 145  
 — — — — — размеры 133  
 Озиандеровские тракции 261, 304  
 Окинчиц, рукав 113  
 Околоплодные воды, микроскопическая диагностика 41

Окружность головки 17  
 — таза, измерение 186  
 Операция (и) плодоразрушающие 316  
 — по Порро 356  
 Опухоли, кесарево сечение 345, 346  
 Освобождение головки плода при ручном пособии 212  
 — — — — — тазовом предлежании в заднем виде 235  
 — — — — — ручек плода при ротации спинки плода кзади 210  
 — — — — — — — — — — — ручном пособии 210  
 — — — — — — — — — — — опасность 211  
 — — — — — — — — — — — по Мюллеру 212  
 — — — — — тазовом предлежании в заднем виде 234  
 — — — — — узком тазе 229  
 Особенности наложения щипцов на головку, стоящую в косом размере 284  
 Остановка поступательного движения плода, наложение щипцов 252  
 Остеомалятический таз 134  
 Ось проводная таза 11  
 Отклонившееся черепное предлежание 140  
 Открытие маточного зева, определение по Унтербергеру 417  
 Отрыв головки 233  
 Отт, ногодержатель 163  
 Отхождение мекония 254  
 Отыскивание и захватывание ножки при повороте 185, 188  
 Паралич плацентарной площадки 115  
 Параллельные плоскости таза (Годже) 12  
 Первичная слабость родовых схваток 140  
 Передне-теменное (передне-головное, лобно-теменное) предлежание, механизм родов 295  
 — — щипцы 295  
 Переливание крови 124  
 — — внутриартериальное 125  
 Перешеек матки 18, 19  
 Перинеотомия 60, 61, 277  
 — показания 61  
 — техника 62  
 Период (ы) изгнания 30  
 — — ведение 53  
 — — — — — механизм 30  
 — — — — — теория 35  
 — — конфигурации головки 141  
 — — — — — длительное стояние в поперечном размере таза 141  
 — — — — — — — — — — — передне-теменное вставление 142  
 — — — — — — — — — — — при общесуженном тазе 141  
 — — — — — — — — — — — плоском тазе 141  
 — — — — — — — — — — — последовый 98  
 — — — — — — — — — — — ведение 103  
 — — — — — — — — — — — выделение послета по Абуладзе 103  
 — — — — — — — — — — — выжимание послета по Креде 104, 111  
 — — — — — — — — — — — выделение плаценты 101  
 — — — — — — — — — — — по Дункану, по Шульццу 101  
 — — — — — — — — — — — задержки частей плаценты 106, 109, 112, 115  
 — — — — — — — — — — — диагностика 110

Период(ы) последовый задержки частей  
 плаценты, лечение 110, 116  
 — — — — — причины 109  
 — — — — — кровотечение до рождения после-  
 да 109  
 — — — — — после рождения последа 115  
 — — — — — нарушения процессов отделения  
 плаценты 107  
 — — — — — осложнения 107  
 — — — — — осмотр плаценты 106  
 — — — — — пробы на целость 106  
 — — — — — отделение плаценты 98  
 — — — — — механизм 102  
 — — — — — признаки отделившегося последа  
 99  
 — — — — — продолжительность 102  
 — — — — — ущемление плаценты 110  
 — — — — — раскрытия 27  
 — — — — — ведение 53  
 — — — — — механизм 27  
 — — — — — окончание 30  
 — — — — — первородящие 27  
 — — — — — повторнородящие 27  
 — — — — — родов 26  
 — — — — — изгнание 30  
 — — — — — механизм 30  
 — — — — — последовый 98  
 — — — — — раскрытия 27  
 — — — — — механизм 27  
 Перфоратор 318  
 — Бло 318, 321  
 — Негеля 318  
 — трепановидный 319  
 — Феноменова 318, 321  
 Перфорация головки при краниотомии  
 318  
 — — — — — последующей 326  
 — — — — — лежащей 319  
 — матки 401  
 Перчатки 162  
 Петля, извлечение за ягодицы 222  
 Пискачек, способ 44, 118  
 Плацента 7  
 — выделение по Абуладзе 103  
 — выжимание по Креде 104  
 — — — — — неудачи и осложнения 105  
 — задержка частей 106, 115  
 — инфаркт 110  
 — истинное приращение 108  
 — обрванные у края сосуда 106  
 — осмотр 106  
 — отделение, признаки его 99  
 — определение целости 106  
 — — — — — воздушная проба 106  
 — — — — — молочная проба 106  
 — предлежание 198  
 — преждевременная отслойка 140  
 — приращение 108  
 — пропускание цветной жидкости 106  
 — ручное выделение 112  
 — — — — — отделение 112  
 — ущемление 110  
 — частичное приращение 108  
 Плацентарная кровь 124  
 — — — — — взятие и собирание 125  
 — — — — — техника забора 125  
 — — — — — площадка, паралич 114  
 Плечики, рождение 37, 58  
 — чрезмерный поворот 73

Плод 7, 15  
 — асфиксия 45, 46  
 — — — — — наложение щипцов 253  
 — вес 17  
 — внутриутробные дыхательные дви-  
 жения 256  
 — вставление головки 25  
 — вывих позвоночника 332  
 — выжимание по Кристеллеру 252  
 — выпадение конечностей 341  
 — выслушивание сердцебиения 45  
 — головка 16  
 — — — — — окружность 17  
 — — — — — пластичность 16  
 — — — — — размеры 17  
 — — — — — роднички 16  
 — — — — — швы 16  
 — головная опухоль, увеличение 256  
 — движения очень сильные 256  
 — доношенность 47  
 — извлечение 204  
 — — — — — за тазовый конец 206  
 — — — — — при неполном ножном предле-  
 жании 217  
 — — — — — полном ножном предлежании  
 219  
 — — — — — тазовом предлежании в зад-  
 нем виде 235  
 — — — — — ягодичном смешанном (пол-  
 ном) предлежании 220  
 — — — — — чистом (неполном) предле-  
 жании 220  
 — конечности, выпадение 341  
 — — — — — предлежание 341  
 — определение жизни 45  
 — поворот акушерский 171  
 — — — — — по Брэкстон-Гиксу 97, 199  
 — — — — — профилактический наружный  
 172, 175, 179  
 — позиция 21  
 — — — — — вид 21  
 — — — — — при лицевых предлежаниях  
 22  
 — — — — — положение 21  
 — — — — — в начале родов 41  
 — — — — — косое 94  
 — — — — — схема 26  
 — предлежание 22  
 — — — — — конечностей 341  
 — — — — — схема 26  
 — — — — — лежащая часть 23  
 — — — — — размеры 15  
 — — — — — сердцебиение 45  
 — — — — — изменения 254  
 — сидение «верхом» на пуповине 208  
 — смерть внутриутробная 46  
 — схема положений и предлежаний 26  
 — членорасположение 23  
 Плодный пузырь 28, 381  
 — — — — — искусственный разрыв 383, 385  
 — — — — — прокол 384  
 — — — — — ранний разрыв 87  
 Плодоразрушающие операции 316  
 Плоско-нерахитический (девентеров-  
 ский) таз 128, 132  
 — — — — — механизм родов 143  
 — — — — — признаки 132  
 — — — — — причины 132  
 — — — — — размеры 133

**Плоско-рахитический таз** 128, 130  
 — — механизм родов 142  
 — — признаки 131  
 — — причины 130  
 — — размеры 132  
**Плоскость входа в таз** 8  
 — — — граница 8  
 — — — размеры 9  
 — — нижнелонная 12  
 — таза 8  
 — — входа 8  
 — — — размеры 9  
 — — выхода 10  
 — — — размеры 10  
 — — узкой части 11  
 — — — размеры 11  
 — — широкой части 10  
 — — — размеры 11  
**Площадка плацентарная, паралич** 115  
**Поворот акушерский** 171  
 — — виды 172  
 — — — внутренний ранний 97, 180, 198  
 — — — показания 198  
 — — — прогноз 202  
 — — — — для матери 203  
 — — — — плода 203  
 — — — техника 200  
 — — — условия 200  
 — — — ход операции 200  
 — — — классический (типичный) 180  
 — — — на ножку при выпадении ножек 181  
 — — — — выпадении пуповины 181  
 — — — — выпадении ручки 181  
 — — — — задне-теменном вставлении головки 181  
 — — — — задне-ушном вставлении головки 181  
 — — — — заднем виде лицевого предлежания 181  
 — — — — лобных предлежаниях 181  
 — — — — поперечное положение плода 180  
 — — — — неудачи 194  
 — — — — подготовка к операции 184  
 — — — — показания 180  
 — — — — противопоказания 185  
 — — — — техника 184  
 — — — — трудности 194  
 — — — — условия 182  
 — — — — ход операции при целом плодном пузыре (головное предлежание) 186  
 — — — — — отошедших водах 192  
 — — — — — поперечном положении плода 190  
 — — — — — наружный 35, 172  
 — — — — — при косых положениях плода 172, 175  
 — — — — — поперечных положениях плода 172, 175, 179  
 — — — — — определение 171  
 — — — — — по Брэкстон-Гиксу 97  
 — — — — — при выпадении пуповины 199  
 — — — — — поперечном положении плода и раннем отхождении вод 199  
 — — — — — предлежан и детского места 198  
 — — — — — показания общие 171

**Поворот акушерский, прогноз** 200, 202  
 — — — профилактический на ножку при узком тазе 182  
 — — — — наружный на головку 91  
 — — — — головки ложный 232  
**Повреждения** 201, 203, 237, 313, 328, 406  
 — — — влагалища 314, 328, 412  
 — — — в верхней части 412  
 — — — лечение 413  
 — — — симптомы 413  
 — — — наружных половых органов 406  
 — — — — диагностика 407  
 — — — — лечение 407  
 — — — — причина 406  
 — — — плода 314  
**Пограничная линия** 7  
**Пограничное кольцо** 19  
 — — — — высокое стояние 195  
**Позиция плода** 21  
 — — — — вид 21  
 — — — — задний 21  
 — — — — передний 21  
 — — — — при лицевых предлежаниях 22  
 — — — — — средний 21  
 — — — — — вторая 21  
 — — — — — первая 21  
 — — — — — средняя 21  
**Полая мышца** 18  
**Положение коленно-локтевое** 339  
 — — — по Вальхеру 71, 151, 213, 230, 302  
 — — — — плода 21  
 — — — — — косое 21  
 — — — — — продольное 21  
 — — — — — поперечное 21  
 — — — — — схема 26  
**Полость таза** 8  
 — — — — отделы 8  
**Полый мускул** 27, 416  
**Поперечник выхода таза** 10  
**Поперечное низкое (глубокое) стояние головки** 69, 143, 233  
 — — — — — щипцы 288, 290, 291  
 — — — — — среднее стояние головки 69, 143  
 — — — — — щипцы 288  
**Поперечные положения** 94  
 — — — — ведение родов 97  
 — — — — диагностика 96  
 — — — — — опознавательные признаки 97  
 — — — — — запущенные 96, 329  
 — — — — — диагностика 97  
 — — — — — эмбриотомия 329  
 — — — — — и раннее отхождение вод, поворот по Брэкстон-Гиксу 199  
 — — — — — классический поворот на ножку 180  
 — — — — — наружный поворот на головку 172  
 — — — — — — — тазовый конец 179  
 — — — — — — — причины 94  
 — — — — — — — раннее отхождение вод 199  
 — — — — — — — сердцебиение плода 96  
 — — — — — — — течение родов 94  
**Поперечный размер плоскости входа в таз** 9  
 — — — — узкой части полости таза 11  
 — — — — широкой части полости таза 11  
**Послед см. Плацента**

Пособие ручное при тазовых предлежаниях 213, 216  
 Потуги 18, 21  
 Пояс соприкосновения 29  
 Правило «три справа», «три слева» 285, 299  
 Правосуд, щипцы 288  
 Пражский прием 212  
 Преддверие таза 8  
 Предлежащая часть плода 23  
 Преждевременная отслойка плаценты 140  
 — — — нормально прикрепленной, искусственный разрыв плодного пузыря 385  
 — — — — кесарево сечение 347  
 Преждевременные роды, искусственные 405  
 — — — показания 405  
 — — — способы вызывания 405  
 Предлежание 22  
 — головное (черепное) 22  
 — задне-теменное 65  
 — затылочное, задний вид 63  
 — — — ведение родов 68  
 — — — — диагноз родов 67  
 — — — — конфигурация головки 65  
 — — — — — механизм 64  
 — — — — — механизм прорезывания 65  
 — — — — — родов 66  
 — — — — — опознавательные признаки 68  
 — — — — — проводная точка 67  
 — — — — — прогноз родов 67  
 — — — — — прорезывающаяся окружность 64  
 — — — — — прямое вставление головки 71  
 — — — — — точка фиксации 65  
 — — — — — сущность 63  
 — — — — — этиология 63  
 — — — — — низкое (глубокое) поперечное стояние головки 69  
 — — — — — опознавательные признаки 52  
 — — — — — передний вид, механизм родов 53, 71, 82  
 — — — — — щипцы атипичные (полостные) 282, 286, 287  
 — — — — — техника введения ложек 285  
 — — — — — типичные (выходные) 281  
 — — — — — и вставления головки неблагоприятные, краниотомия 318  
 — — — — — лицевое, механизм родов 76, 79  
 — — — — — лицевое, краниотомия 318  
 — — — — — лобное, механизм родов 80  
 — — — — — краниотомия 318  
 — — — — — ножное 89  
 — — — — — передне-головное (передне-теменное) 65  
 — — — — — ведение родов 68  
 — — — — — диагноз родов 67  
 — — — — — конфигурация головки 67  
 — — — — — механизм прорезывания 66  
 — — — — — механизм родов 66  
 — — — — — опознавательные признаки 68  
 — — — — — проводная точка 67  
 — — — — — прогноз родов 67  
 — — — — — прорезывающаяся окружность 67

Предлежание передне-головное, точка фиксации 67  
 — — — ущемление губы шейки 68  
 — — — этиология 66  
 — — — схема 26  
 — — — тазовые 22  
 — — — — механизм родов 88  
 — — — — — конечностей плода 341  
 — — — — — при поперечном положении 341  
 — — — — — тазовых предлежаниях 341  
 — — — — — черепных предлежаниях 341  
 — — — — — этиология 341  
 — — — — — плаценты 198  
 — — — — — кесарево сечение 347  
 — — — — — краевое, искусственный разрыв плодного пузыря 384  
 — — — — — метрейризм 377  
 — — — — — поворот по Брэкстон-Гиксу 199, 378  
 — — — — — разрыв плодного пузыря 378  
 — — — — — пуповины 338  
 — — — — — — вправление 339  
 — — — — — — выпадение 338  
 — — — — — — диагностика 339  
 — — — — — — заправление 339  
 — — — — — — лечение 339  
 — — — — — — прижатие 340  
 — — — — — — этиология 338  
 — — — — — — ручки 341  
 — — — — — — вправление 342  
 — — — — — — выпадение 341  
 — — — — — — поворот на ножку 181  
 — — — — — — черепное отклонившееся 140  
 Прибор Астринского 152  
 Прием Гомфмейера 153, 302  
 — Гомфмейер-Мюллера 383  
 — двойной ручной Ю. Зигмундин-Смели 196  
 — для удаления из матки отделившегося плодного яйца 392  
 — Довженко 101  
 — Иванова-Гауса 199  
 — Креде 104  
 — — неудачи и осложнения 105  
 — Леопольда 41  
 — — техника 41  
 — Мюллера 153, 302  
 — пражский 212  
 — Смели 212  
 Прижатие брюшной аорты 119  
 — пуповины 340  
 Признак Альфельда 100  
 — Вастена 137  
 — Клейна 101  
 — Кюстнера-Чукалова 100  
 — Микулич-Радецкого и Кальмана 101  
 — Россье 101  
 — Фабра 101  
 — Шредера 100  
 — Штрассмана 100  
 Приращение плаценты истинное 108  
 Проводная линия таза 11  
 — точка 31  
 — — при заднем виде затылочного предлежания 64  
 — — — — лицевом предлежании 74, 77  
 — — — — лобном предлежании 81  
 Прокол плодного пузыря 384

Промежность, защита 56  
 — при операции наложения щипцов 277  
 — разрывы 59, 237, 313, 407  
 — зашивание 410, 411  
 Прорезывание головки 37, 57  
 — плечиков 58  
 — акушерские приемы 58  
 Профилактика внутриутробной асфиксии плода 257  
 Профилактический наружный поворот головки 91  
 Пролодной родовый канал 19  
 Процесс родовой 7  
 Прямой размер входа в таз 9  
 — акушеров 9  
 — анатомов 9  
 — выхода таза 10  
 — головки 17  
 — плоскости узкой части полости таза 11  
 — широкой части полости таза 10  
 Пуботомия 371  
 Пуповина, вправление 339  
 — выпадение 338  
 — наложение щипцов 253  
 — заправление 339  
 — оболочечное прикрепление, наложение щипцов 253  
 — предлежание 338  
 — прижатие 340  
 — шум 256  
 Равномернообшесуженный таз 128  
 — механизм родов 144  
 — разновидности 133  
 Разгибание головки 33, 64, 74, 141  
 Размер(ы) Боделока 47  
 — большого таза 47  
 — головки 17  
 — малого таза 9, 10, 11  
 — Цангейстера 137  
 Размозжение маточных тканей 416, 431  
 — тканей стенок влагалища 431  
 Разрез матки по Фричу 354  
 Разрыв лонного сочленения 314  
 — матки 201, 308, 416, 419  
 — бессимптомный 420  
 — кесарево сечение 347  
 — лечение 421, 422  
 — механизм 418  
 — по Бандлю 418  
 — по Вербову 418  
 — насильственный 418  
 — неполный 416  
 — патогенез 418  
 — полный 416  
 — прогноз 431  
 — самопроизвольный 418  
 — симптомы 201, 419, 420  
 — совершившийся 420  
 — лечение 422  
 — зашивание разрыва 422  
 — надвлагалищная ампутация 422  
 — экстирпация матки 422  
 — симптомы 420  
 — техника операции 423  
 — зашивание разрыва 423

Разрыв матки совершившийся, техника операции, затруднения 430  
 — надвлагалищная ампутация 425  
 — экстирпация 425  
 — угрожающий 201, 419  
 — лечение 421  
 — симптомы 419  
 — этиология 418  
 — плодного пузыря 381  
 — искусственный 383  
 — показания 383  
 — при двойнях 383  
 — запоздалом разрыве 383  
 — краевом предлежании плаценты 384  
 — многоводии 384  
 — накладывании щипцов 384  
 — наружном повороте 383  
 — преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты 385  
 — слабых родовых схватках 383  
 — эклампсии 386  
 — техника 386  
 — преждевременный 381  
 — поздний 381  
 — ранний 381  
 — профилактика 382  
 — промежности 59, 237, 313, 407  
 — зашивание 410  
 — разрывов I и II степени 410  
 — III степени 411  
 — лечение 409  
 — неполный 408  
 — полный 408  
 — послеоперационный уход 412  
 — причины 408  
 — профилактика 409  
 — степени 407  
 — центральный 408  
 — шейки матки 203, 237, 314, 328, 414  
 — зашивание 415  
 — причины 414  
 — симптомы 414  
 Рак матки, кесарево сечение 346  
 Ранение клитора 313  
 Раннее отхождение вод при поперечном положении, поворот по Брэкстону-Гиксу 199  
 Ранний разрыв плодного пузыря 382  
 — причина 382  
 — прогноз 382  
 — профилактика 382  
 Раскрытие наружного зева, механизм 28  
 — степени 39  
 Расширение шейки матки искусственное 373  
 — бескровное 373  
 — кровавое 379  
 — показания 380  
 — техника 380  
 — условия 380  
 — металлическими дилаторами 375  
 — техника 376  
 — метрейриз 377

Расширение шейки матки искусственное  
 — пальцевое 373  
 — — — — — недостатки 373  
 — — — — — по Босси 377  
 — — — — — показания 372  
 — — — — — при *vaginofixatio uteri* 373  
 — — — — — заболеваний матери во  
 время беременности 372  
 — — — — — *conglutinatio orificii ute-  
 ri externi* 373  
 — — — — — осложнения в периоде  
 раскрытия 373  
 — — — — — ригидности шейки мат-  
 ки 372, 380  
 — — — — — рубцовых сужениях шей-  
 ки матки 373  
 — — — — — стриктурах матки 380  
 — — — — — ручное 373  
 — — — — — по Дельма 374  
 — — — — — с помощью ножки плода  
 375  
 Расширитель Босси 376  
 — Гегара 375  
 Рахиотом Кюстнера 330, 334  
 Рахманов, кровать 163  
 Рачинский, способ 117  
 Ректальное исследование 44  
 Рентгеностереопельвиметрия 154  
 Ретракционное кольцо 195, 418  
 Ретракция 19  
 Ригидность мягких частей 194  
 — шейки матки, искусственное расши-  
 рение 373  
 Роднички 16  
 — большой 16  
 — малый 16  
 Родовая деятельность, стимуляция 148  
 Родовой акт 7  
 — канал 7  
 — — колено 12  
 — — проходной 19  
 — процесс 7  
 Родовые пути естественные 7  
 — силы 7, 18  
 Роды 26  
 — быстрое окончание 206, 251  
 — в заднем виде затылочного предлежа-  
 ния 63  
 — — лицевом предлежании 76, 78  
 — — передне-головном (передне-те-  
 менном) предлежании 69  
 — варианты при затылочных предлежа-  
 ниях 63  
 — ведение 53  
 — — периода изгнания 30  
 — — — — — последового 98  
 — — — — — раскрытия 53  
 — высота стояния головки плода 39  
 — диагностика 39  
 — доношенность плода 47  
 — защита промежности 56  
 — изменения в половых органах перед  
 началом 39  
 — *conduplicato corpore* 95  
 — механизм 27, 30  
 — начало 38  
 — отхождение околоплодных вод 41  
 — периоды 26  
 — положение плода 41

Роды преждевременные искусственные  
 404  
 — при высоком прямом вставлении ли-  
 чика 79  
 — — — — — стоянии головки 70  
 — — — — — головных предлежаниях, основ-  
 ные детали 82  
 — — — — — заднем асинклитизме 72  
 — — — — — виде затылочного предлежа-  
 ния 63  
 — — — — — лицевого предлежания 79  
 — — — — — косых положениях 94  
 — — — — — лобном предлежании 79  
 — — — — — низким (глубоком) поперечном  
 стоянии головки 69, 143  
 — — — — — личика 79  
 — — — — — общесуженном плоском тазе 145  
 — — — — — передне-головном предлежании 65  
 — — — — — переднем асинклитизме 72  
 — — — — — поперечных положениях 94  
 — — — — — при равномернообщесуженном  
 тазе 144  
 — — — — — тазовых предлежаниях 87, 204  
 — — — — — узком тазе 139  
 — — — — — разгибательный тип механизма 74  
 — — — — — варианты 79  
 — — — — — самоизворот 94  
 — — — — — самоповорот 94  
 — — — — — сердцебиение плода 45  
 — — — — — стадия процесса (определение) 38  
 — — — — — степень раскрытия маточного зева 39  
 — — — — — стимуляция 148  
 — — — — — сухие 95, 140  
 — — — — — течение 26  
 Рождение плечиков 37  
 — плода при тазовых предлежаниях,  
 этапы 205  
 Ромб Михаэлиса 48, 49  
 — — — — — при узких тазах 135  
 Россье, признак 101  
 Рубцовые сужения влагалища кеса-  
 рево сечения 345, 346  
 — — — — — шейки матки, искусственное  
 расширение 373  
 Рукав Окинчица 113  
 Ручки, выпадение 194, 341  
 — — — — — вправление 342  
 — — — — — поворот на ножку 181  
 — — — — — высокое освобождение 229  
 — — — — — запрокидывание 227  
 — — — — — освобождение при ручном пособии 210  
 — — — — — тазовом предлежании в заднем  
 виде 234  
 — — — — — узком тазе 229  
 — — — — — предлежание 341  
 — — — — — степень запрокидывания (по Гентеру)  
 227  
 Ручное выделение последа 112  
 — — — — — показания 112  
 — — — — — прогноз 115  
 — — — — — техника 112  
 — — — — — обследование полости матки 124  
 — — — — — отделение последа 112  
 — — — — — показания 112  
 — — — — — прогноз 115  
 — — — — — техника 113  
 — — — — — опорожнение матки 390  
 — — — — — пособие при родах в ножном предле-  
 жании по Цовьянову 216

Ручное пособие при тазовых предлежаниях 205  
 — — — — — техника 208  
 — — — — — способ Цовьянова 213, 216  
 Самоизворот 94  
 — по Денману 94  
 — — Дугласу 94  
 Самоповорот 94  
 Сгибание головки 31, 64, 69, 144  
 Сглаживание шейки матки 27  
 — — — механизм 28  
 Сгустки крови в полости матки 117  
 Сегмент большой 41  
 — малый 41  
 Сегалицкие вырезки 8  
 Сердцебиение плода 45  
 — — изменения 254  
 — — методика выслушивания 45  
 — — признаки асфиксии 46  
 — — схема прослушиваемых звуков 45  
 Сжатие головки шипцами 240  
 — матки двуручное 117  
 Сидение плода «вверх» на пуповине 208  
 Силы изгоняющие 7  
 — родовые 7  
 Симпсон-Браун, щипцы 305  
 — Феноменов, щипцы 243  
 Симфиз 12  
 Симфизиотомия 371  
 Слабые родовые схватки, искусственный разрыв плодного пузыря 384  
 Смели, прием 196, 212  
 Сокращающие матку средства 119  
 Сокращения судорожные маточного зева 232  
 Соловьев, индекс 136  
 Соскальзывание краниокласта 327  
 — щипцов 312  
 — — вертикальное 275  
 — — горизонтальное 275  
 — — эксцентрическое 275  
 Спасокукоцкий, метод 162  
 Спинальная плоскость 12  
 Спондилотомия 328, 334  
 — техника 334  
 Сочленения костей таза 12  
 Спиральное движение по способу Лашапеля 284  
 Способ Абуладзе 103  
 — Альфельда 160  
 — Арендта 118  
 — Бойко 118  
 — Гентера 44, 118  
 — Дельма 374  
 — Дункана 101  
 — Мажона—Груздева—Габасту 111  
 — Малиновского 161  
 — Момбурга 121  
 — Пискачека 44, 118  
 — Рачинского 117  
 — Фюрбрингера 161  
 — Цовьянова, наложение щипцов 279  
 — — при ножных предлежаниях 216  
 — — — — — тазовых предлежаниях 213  
 — Чукалова 106  
 — Шварценбаха 44

Способ Шульцта 101  
 Среднее поперечное стояние головки 69, 143  
 Средний косой размер головки 17  
 Степени запрокидывания ручек по Гентеру 227  
 — раскрытия маточного зева 39  
 Стимуляция родовой деятельности 148  
 — — — — — схема Института акушерства 148  
 — — — — — Николаева 150  
 — — — — — Хмелевского 150  
 — — — — — Штейна-Хмелевского 150  
 Стояние головки низкое (глубокое) поперечное 69, 143, 233  
 Судорожное сокращение маточного зева 232  
 Судорожные схватки 420  
 Сухие роды 95, 140  
 Сфинктер наружный заднепроходного отверстия 13  
 — — уретры 15  
 Схватки 18  
 — определение 21  
 — первичная слабость 140  
 — последовые 98  
 — родовые слабые, искусственный разрыв плодного пузыря 384  
 — судорожные 420  
 Схема определения местоположения головки 247  
 — положений и предлежаний плода 26  
 — прослушивания звуков и шумов у беременных 45  
 — стимуляции родовой деятельности 148  
 — — — — — Института акушерства 148  
 — — — — — Николаева 150  
 — — — — — Хмелевского 150  
 — — — — — Штейна-Хмелевского 150  
 Таз инфантильный 133  
 — карликовый 133  
 — костный 7  
 — — большой 7  
 — — малый 8  
 — мужского типа 133  
 — наклонение 136, 152  
 — общесуженный плоский 128  
 — остеомалятический 134  
 — плоско-нерахитический 132  
 — плоско-рахитический 130  
 — равномернообщесуженный 128  
 — травматическое повреждение 237, 314  
 — узкий см. Узкий таз  
 Тазовая кривизна щипцов 241  
 Тазовое дно 13  
 — — мышцы 13  
 — — фасции 15  
 — — «этажи» 13  
 — предлежание 83  
 — — акушерские пособия 204  
 — — ведение родов 87, 90  
 — — — — — период изгнания 87, 90  
 — — — — — раскрытия 87  
 — — диагностика 85



Тазовое предлежание, задний вид, извлечение плода 234  
 — — — освобождение головки 25  
 — — — — ручек 234  
 — — — классификация 83, 85  
 — — — механизм врезывания ягодич 88  
 — — — прорезывания ягодич 88  
 — — — родов при ножном предлежании 89  
 — — — — ягодичном предлежании 88  
 — — — наложение шипцов на последующую головку 230  
 — — — прогноз 86  
 — — — рождение головки 89  
 — — — — ножек 89  
 — — — — плечевого пояса 89  
 — — — — плода, этапы 205  
 — — — — ручное пособие 92  
 — — — — сердцебиение плода 90  
 — — — — способ Цовьянова 212  
 — — — — течение родов 87, 204  
 — — — — чрезмерный поворот плечиков 89  
 Тампонада полости матки 118  
 — — — техника 118  
 Тарнье, шипцы 311  
 Теории механизма родов 35  
 Терминальная плоскость 12  
 Tetanus uteri 194  
 Тимпания матки 329  
 Точка вращения 34  
 — фиксации 34  
 Травматическое повреждение таза 237, 314  
 Тракция (и) 272  
 — озиандеровские 261, 304  
 — позиция 272  
 — пробная 270, 304  
 — техника 271  
 — сила 273  
 — характер 274  
 Трансляция 31  
 Увеличение головной опухоли плода 256  
 Удаление частей плодного яйца из матки абортангом 392  
 Узкий таз 126  
 — — анатомически 126  
 — — анатомические размеры различных форм его 134  
 — — ведение родов 148  
 — — — — период изгнания 148  
 — — — — — стимуляция 148  
 — — — — — раскрытия 147  
 — — девентеровский 132  
 — — диагностика 135  
 — — инфантильный 133  
 — — карликовый 133  
 — — кесарево сечение 344, 345  
 — — классификация 128  
 — — клиника 138  
 — — клинические особенности при беременности 138  
 — — — краниотомия 317  
 — — — механизм родов 141, 142, 143  
 — — — — — период изгнания 140  
 — — — — — конфигурации 141  
 — — — — — раскрытия 140  
 — — — мужского типа 133

Узкий таз нерахитический 132  
 — — — механизм родов 143  
 — — — общесуженный плоский 133  
 — — — определение 126  
 — — — — организация родовспоможения 148  
 — — — освобождение ручек 229  
 — — — остеомалатический 134  
 — — — плоский (рахитический) 130  
 — — — — механизм родов 141  
 — — — — характеристика 132  
 — — — — прогноз родов 145  
 — — — — — для плода 146  
 — — — — — инфекция 145  
 — — — — — травма 146  
 — — — — — простой плоский 132  
 — — — — — равномернообщесуженный 133  
 — — — — — механизм родов 144  
 — — — — — степени сужения 128  
 — — — — — абсолютная 129  
 — — — — — легкая 129  
 — — — — — резкая 129  
 — — — — — течение родов 139  
 — — — — — вторая степень сужения 155  
 — — — — — первая степень сужения 154  
 — — — — — третья степень сужения 155  
 — — — трудности при освобождении последующей головки 231  
 — — — — формы 128  
 — — — — — клинические 129  
 — — — — — функционально 127  
 Укладывание боковой 163  
 — роженицы на бок 150  
 Унтербергер, определение открытия маточного зева 417  
 Уход послеоперационный после зашивания разрывов промежности 412  
 Ущемление головки 189  
 — губы шейки 68  
 — плаценты 110

Фабр, признак 101  
 Феноменов, ножницы 330  
 — перфоратор 318  
 Фистулоррафия, кесарево сечение 347  
 Фрич, разрез матки 354  
 Функционально узкий таз 127  
 Фюрбрингер, способ 161

Хмельевский, схема стимуляции родовой деятельности 150

Цангемейстер, размер 137  
 Цовьянов, наложение шипцов 279  
 — ручное пособие при тазовых предлежаниях 213  
 — способ при ножном предлежании 216

Частичное приращение плаценты 108  
 Черепное предлежание отклонившееся 140

Членорасположение плода 23  
 — — разгибательный тип 24  
 — — сгибательный тип 24  
 Чрезмерный поворот плечиков 73  
 — — — при родах в тазовых предлежаниях 89

**Чудовский, модификация эмбриотомии**  
333

**Чукалов, признак** 100  
— способ 106

**Шварценбах, способ** 44

**Швы головки.** 16  
— — венечный 16  
— — ламбовидный 16  
— — лобный 16  
— — стреловидный 16

**Шейка матки** 18

— — разрыв 237, 314, 328, 414  
— — — зашивание 415  
— — — расширение искусственное 373  
— — — — бескровное 373  
— — — — кровавое 379  
— — ригидность, расширение 372, 380  
— — рубцовые сужения, расширение 373

— — сглаживание 27

**Шредер, признак** 100

**Штэйп-Хмелевский, схема стимуляции**  
родовой деятельности 150

**Штрасман, признак** 100

**Шульц, способ** 101

**Шум пуповины** 256

**Щипцы** 239

— атипичные 260, 286, 288  
— блуждающая ложка 284, 285, 286, 288  
— Брейса 312  
— введение ложек 262, 264, 267  
— вес 242  
— внутриматочные 245  
— высокие 260, 299  
— — определение 303  
— — показания 301, 303  
— — противопоказания 301, 303  
— — условия 303  
— — техника наложения 303  
— выходные 260, 263  
— гуманные 258  
— замыкание 269, 285  
— затруднения при извлечении головки 313  
— — — наложении 312  
— защита промежности 277  
— извлечение ягодиц 224  
— искусственный разрыв плодного яйца 384  
— история 239  
— Киллянда 241, 292, 301, 308  
— — техника наложения 309  
— — — затруднения 309  
— кривизна 241, 242  
— — головная 241, 242  
— — тазовая 241, 242  
— — Лазаревича 241, 242, 282, 295, 297, 306  
— — Левре 242, 243  
— — ложки 242  
— — левая (мужская) 242  
— — правая (женская) 242  
— механизм действия 240  
— модели 241  
— наложение на головку стоящего в косом размере таза 283  
— — — последующую головку 230

**Щипцы, наложение на последующую головку, показания** 230

— — — — техника 230  
— — по Цовьянову 279  
— наркоз 259  
— Негеле 242, 243  
— Нейвирта 245  
— — общие правила наложения 260  
— — повреждения плода 314  
— — родовых путей матери 313  
— — подготовка к операции 259  
— — показания 251  
— — положение роженицы 259  
— — полостные 260  
— — Правосуда 288, 291, 301, 306  
— — при асфиксии плода 253  
— — — выпадении пуповины 253  
— — — высокой температуре роженицы 257  
— — — декомпенсации сердечной деятельности 257  
— — — заднем виде затылочного предлежания 292, 293, 294  
— — — затылочных предлежаниях 281, 292  
— — — — атипичные (полостные) 282, 286, 287  
— — — — техника введения ложек 285  
— — — — типичные (выходные) 281  
— — — — кровотечении 257  
— — — — лицевых предлежаниях 297  
— — — — лобном предлежании 299  
— — — — лобно-теменном предлежании 295  
— — — — низком (глубоком) поперечном стоянии головки 288  
— — — — — техника 289, 290  
— — — — оболочечном прикреплении пуповины 253  
— — — — останков поступательного движения плода 252  
— — — — передне-головном предлежании 295  
— — — — передне-теменном предлежании 295  
— — — — родах с неправильной ротацией головки 292  
— — — — сгибательном типе механизма родов 281  
— — — — среднем поперечном стоянии головки 288  
— — — — — техника 289  
— — — — эклампсии 257  
— — пробная тракция 270  
— — — техника 271  
— — проведение головки под симфизом 276  
— — — прямые в лицевом предлежании 299  
— — с параллельными ложками 241  
— — осевыми тракциями 311  
— — Симпсон-Брауна 305  
— — Симпсон-Феноменова 242, 243  
— — снятие 278  
— — собственно тракции 272  
— — соскальзывание 275, 312  
— — составные части 241  
— — схема для определения местоположения головки 247

Щипцы Тарнье 311  
— технические приемы наложения 263  
— типичные 249, 260, 263  
— трaкции 272, 286  
— условия наложения 244  
— — — состояние головки 245  
— — — — костного таза 245  
— — — — мягких родовых путей 245  
— — — — плодного пузыря 250  
— — — — плода 251  
— эффект механический 240  
— — — влечение головки 240  
— — — выпрямление головки 240  
— — — сжатие головки 240

Эвентерация 333  
Эвисцерация 328, 333  
Экзентерация 328, 333  
Эклампися, искусственный разрыв  
плодного пузыря 386  
— кесарево сечение 347  
— наложение щипцов 257  
Экстирпация матки 425  
Экстракция плода за тазовый конец  
206  
Эксцеребратор Агафонова 322  
Эксцеребрация 322  
Эмболия воздушная 203  
Эмбриотом Лазаревича 330  
Эмбриотомия 328  
— извлечение плода 334  
— подготовка к операции 330  
— показания 329  
— прогноз 337  
— при запущенном поперечном поло-  
жении плода 329

Эмбриотомия, техника 329, 330  
— — модификация Чудовского 333  
— условия 328  
— трудности 336  
Эпизиотомия 60, 61, 277  
— показания 61  
— техника 61  
Junctura per axin 243  
— — contabulationem 243

Ягодицы вколотившиеся, извлечение  
плода 221  
— врезывание 88  
— высоко стоящие, извлечение плода  
226  
— глубоко сидящие в тазу, извлечение  
плода 221  
— извлечение с помощью петли  
222  
— — — тупого крючка 223  
— — — щипцов 224  
— прорезывание 88  
Ягодичные предлежания 83  
— — извлечение плода, трудности  
227  
— — смешанные 83, 85  
— — — извлечение плода 220, 221  
— — — чистые 83  
— — — извлечение плода 220  
— — — — инструментальные 222  
— — — — ручное 221  
— — — профилактическое исправле-  
ние 226  
— — — ручное пособие по Цовьянову  
213  
Якорное стояние матки 20

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Предисловие . . . . .  | 3  |
| Введение . . . . .   | 4  |
| <b>Общие сведения</b>  |    |
| Родовой процесс . . . . .  | 7  |
| Компоненты родового акта . . . . .   | 7  |
| Родовой канал . . . . .  | 7  |
| Костный таз . . . . .  | 7  |
| Мягкие ткани малого таза (тазовое дно) . . . . .   | 13 |
| Родовой объект . . . . .   | 15 |
| Родовые изгоняющие силы . . . . .  | 18 |
| Положение плода (акушерская терминология) . . . . .  | 21 |
| Течение родов . . . . .  | 26 |
| Период раскрытия . . . . .   | 27 |
| Период изгнания . . . . .  | 30 |
| Диагностика родов . . . . .  | 38 |
| Ведение родов . . . . .  | 53 |
| Ведение периода раскрытия . . . . .  | 53 |
| Ведение периода изгнания . . . . .   | 53 |
| Защита промежности . . . . .   | 56 |
| Эпизиотомия и перинеотомия . . . . .   | 60 |
| Варианты основного нормального механизма родов при затылочных предлежаниях . . . . .       | 63 |
| Роды с затылком и спинкой, обращенными кзади . . . . .                                     | 63 |
| Задний вид затылочного предлежания . . . . .   | 63 |
| Передне-головное предлежание . . . . .   | 65 |
| Остальные варианты механизма родов при затылочных предлежаниях . . . . .                   | 69 |
| Среднее и низкое, resp. глубокое, поперечное стояние головки (стреловидного шва) . . . . . | 69 |
| Вставление головки в прямом размере таза. Высокое прямое стояние головки . . . . .         | 70 |
| Асинклитизм (внеосевое вставление) . . . . .   | 71 |
| Чрезмерный поворот плечиков . . . . .  | 73 |
| Разгибательный (дефлексионный) тип механизма родов . . . . .                               | 74 |
| Лицевые предлежания . . . . .  | 74 |
| Механизм родов . . . . .   | 76 |
| Ведение родов . . . . .  | 78 |
| Варианты разгибательного типа механизма родов . . . . .                                    | 79 |
| Высокое прямое вставление личика и низкое (глубокое) поперечное стояние его . . . . .      | 79 |
| Задний вид лицевого предлежания . . . . .  | 79 |
| Лобное предлежание . . . . .   | 79 |
| Тазовое предлежание . . . . .  | 83 |

|   |     |
|---|-----|
| Классификация тазовых предлежаний . . . . .   | 83  |
| Диагностика тазовых предлежаний . . . . .   | 85  |
| Течение родов при тазовых предлежаниях . . . . .  | 87  |
| Механизм родов при тазовых предлежаниях . . . . .   | 88  |
| Ведение родов при тазовых предлежаниях . . . . .  | 90  |
| Поперечные и косые положения . . . . .  | 94  |
| Течение родов . . . . .   | 94  |
| Диагностика . . . . .   | 96  |
| Ведение родов . . . . .   | 97  |
| Послецовый период (физиология и патология) . . . . .  | 98  |
| Физиология послецового периода . . . . .  | 98  |
| Отделение плаценты . . . . .  | 98  |
| Выделение плаценты . . . . .  | 101 |
| Ведение послецового периода . . . . .   | 103 |
| Осложнение послецового периода . . . . .  | 107 |
| Кровотечения в послецовом периоде . . . . .   | 109 |
| Кровотечения до рождения последа . . . . .  | 109 |
| Ручное отделение и выделение плаценты . . . . .   | 112 |
| Кровотечения после рождения последа . . . . .   | 115 |
| Узкий таз . . . . .   | 126 |
| Понятие об узком тазе . . . . .   | 126 |
| Классификация узких тазов . . . . .   | 128 |
| Клинические формы узкого таза . . . . .   | 129 |
| Плоский таз . . . . .   | 130 |
| Равномернообшесуженный таз . . . . .  | 133 |
| Обшесуженный плоский таз . . . . .  | 133 |
| Остеомалитический таз . . . . .   | 134 |
| Диагностика узкого таза . . . . .   | 135 |
| Клиника узких тазов . . . . .   | 138 |
| Клинические особенности при беременности . . . . .  | 138 |
| Течение родов . . . . .   | 139 |
| Механизм родов при узком тазе . . . . .   | 141 |
| Механизм родов при плоском тазе . . . . .   | 141 |
| Механизм родов при равномернообшесуженном тазе . . . . .  | 144 |
| Ведение родов при узком тазе . . . . .  | 146 |
| <b>Оперативное акушерство</b>   |     |
| Акушерские операции и акушерские пособия . . . . .  | 159 |
| Общие приготовления к акушерской операции . . . . .   | 159 |
| Асептика и антисептика . . . . .  | 159 |
| Дезинфекция инструментов . . . . .  | 159 |
| Дезинфекция рук акушера . . . . .   | 160 |
| Дезинфекция наружных половых органов женщины . . . . .  | 162 |
| Укладывание больной и другие приготовления перед операцией . . . . .  | 163 |
| Наркоз . . . . .  | 167 |
| Акушерский поворот . . . . .  | 171 |
| Наружный поворот плода . . . . .  | 172 |
| Наружный поворот на головку . . . . .   | 172 |
| Профилактический наружный поворот плода из поперечного положения на головку . . . . .                           | 175 |
| Наружный профилактический поворот на головку при тазовых предлежаниях (методика Б. А. Архангельского) . . . . . | 175 |
| Наружный поворот из поперечного положения на тазовый конец . . . . .  | 179 |
| Внутренний поворот плода . . . . .  | 180 |
| Классический, геср. типичный, внутренний поворот . . . . .  | 180 |
| Показания к внутреннему, классическому повороту плода на ножку . . . . .  | 180 |
| Условия для производства внутреннего поворота на ножку . . . . .  | 182 |
| Противопоказания к повороту . . . . .   | 183 |
| Подготовка к операции . . . . .   | 184 |
| Техника операции . . . . .  | 184 |
| Ход операции классического (внутреннего) поворота плода на ножку при целом плодном пузыре . . . . .             | 186 |
| Ход операции классического (внутреннего) поворота при отошедших водах . . . . .                                 | 192 |

|   |            |
|---|------------|
| Трудности и неудачи при повороте на ножку . . . . .   | 194        |
| Внутренний комбинированный поворот при неполном раскрытии зева матки (ранний поворот—поворот по Брэкстон-Гиксу) . . . . .     | 198        |
| Показания к раннему повороту . . . . .  | 198        |
| Условия, необходимые для раннего поворота (по Брэкстон-Гиксу) . . . . .   | 200        |
| Техника операции раннего комбинированного поворота . . . . .  | 200        |
| <b>Акушерские пособия и вмешательства при тазовых предлежаниях . . . . .</b>  | <b>204</b> |
| Общие сведения . . . . .  | 204        |
| Показания к извлечению плода за тазовый конец . . . . .   | 206        |
| Условия для операции . . . . .  | 206        |
| Ручное пособие при тазовых предлежаниях . . . . .   | 208        |
| Техника ручного пособия . . . . .   | 208        |
| Техника ручного пособия при тазовых предлежаниях по Н. А. Цовьянову . . . . .   | 213        |
| Извлечение плода при ножных предлежаниях . . . . .  | 217        |
| Извлечение плода при неполном ножном предлежании . . . . .  | 217        |
| Извлечение плода при полном ножном предлежании . . . . .  | 219        |
| Извлечение плода при ягодичных предлежаниях . . . . .   | 220        |
| Извлечение плода при смешанном (полном) ягодичном предлежании . . . . .   | 220        |
| Извлечение плода при чисто (неполном ягодичном) предлежании . . . . .   | 220        |
| Трудности при извлечении плода за тазовый конец . . . . .   | 227        |
| Трудности при освобождении ручек . . . . .  | 227        |
| Трудности при освобождении головки . . . . .  | 229        |
| Извлечение плода при тазовом предлежании в заднем виде . . . . .  | 234        |
| Повреждения при операции извлечения плода за тазовый конец . . . . .  | 237        |
| <b>Акушерские щипцы . . . . .</b>   | <b>239</b> |
| Общие указания . . . . .  | 239        |
| Наиболее употребительные модели щипцов . . . . .  | 241        |
| Условия для наложения щипцов . . . . .  | 244        |
| Показания к наложению щипцов . . . . .  | 251        |
| <b>Операция наложения акушерских щипцов . . . . .</b>   | <b>259</b> |
| Подготовка к операции . . . . .   | 259        |
| Типичные и атипичные щипцы . . . . .  | 260        |
| Общие принципы наложения типичных и атипичных щипцов . . . . .  | 260        |
| Технические приемы наложения акушерских щипцов (общие правила) . . . . .  | 263        |
| Введение ложек щипцов . . . . .   | 264        |
| Замыкание щипцов . . . . .  | 269        |
| Пробная тракция . . . . .   | 270        |
| Извлечение головки щипцами . . . . .  | 272        |
| Снятие щипцов . . . . .   | 278        |
| <b>Наложение щипцов при различных предлежаниях головки . . . . .</b>  | <b>281</b> |
| Щипцы при затылочных предлежаниях (сгибательный тип механизма) . . . . .  | 281        |
| Типичные (выходные) щипцы при затылочном предлежании . . . . .  | 281        |
| Атипичные (полостные) щипцы при затылочных предлежаниях. Головка стоит в полости таза в одном из его косых размеров . . . . . | 282        |
| Атипичные щипцы при среднем и низком (глубоком) поперечном стоянии головки . . . . .  | 288        |
| Щипцы при родах с неправильной ротацией головки . . . . .   | 292        |
| Щипцы при лицевых предлежаниях . . . . .  | 297        |
| Щипцы при лобном предлежании . . . . .  | 299        |
| Высокие щипцы . . . . .   | 299        |
| Специальные модели щипцов для извлечения высоко стоящей головки . . . . .   | 306        |
| Прямые щипцы И. П. Лазаревича и их модификации . . . . .  | 306        |
| Щипцы Киллянда . . . . .  | 308        |
| Щипцы с осевыми тракциями . . . . .   | 311        |
| <b>Затруднения и осложнения при операции . . . . .</b>  | <b>312</b> |
| Затруднения при наложении щипцов . . . . .  | 312        |
| Затруднения при извлечении головки . . . . .  | 313        |
| Повреждения родовых путей матери . . . . .  | 313        |
| Повреждения плода . . . . .   | 314        |
| <b>Плодоразрушающие операции . . . . .</b>  | <b>316</b> |
| Краниотомия . . . . .   | 317        |
| Условия для краниотомии . . . . .   | 317        |
| Показания к краниотомии . . . . .   | 317        |
| Техника операции . . . . .  | 318        |
| Перфорация предлежащей головки . . . . .  | 319        |

|   |     |
|---|-----|
| Эксеребрация . . . . .  | 322 |
| Краниоклазия (извлечение плода с перфорированной головкой) . . . . .  | 322 |
| Перфорация последующей головки . . . . .  | 326 |
| Осложнения при краниотомии . . . . .  | 326 |
| Эмбриотомия . . . . .   | 328 |
| Условия и показания к эмбриотомии . . . . .   | 328 |
| Техника операции . . . . .  | 329 |
| Трудности при эмбриотомии . . . . .   | 336 |
| Акушерская помощь при предлежании и выпадении пуповины или конечностей<br>плода . . . . .   | 338 |
| Предлежание и выпадение пуповины . . . . .  | 338 |
| Предлежание и выпадение конечностей плода . . . . .   | 341 |
| Кесарево сечение . . . . .  | 343 |
| Абдоминальное кесарево сечение . . . . .  | 344 |
| Показания к кесареву сечению . . . . .  | 344 |
| Условия для кесарева сечения . . . . .  | 347 |
| Техника кесарева сечения . . . . .  | 349 |
| Анатомические сведения . . . . .  | 349 |
| Классическое кесарево сечение . . . . .   | 352 |
| Абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки . . . . .  | 357 |
| Осложнения при абдоминальном кесаревом сечении . . . . .  | 362 |
| Кесарево сечение на мертвой, гезр. на умирающей . . . . .   | 363 |
| Влагалищное кесарево сечение . . . . .  | 364 |
| Техника операции . . . . .  | 364 |
| Осложнения при операции . . . . .   | 370 |
| Симфизиотомия, пуботомия s. гебостеотомия . . . . .   | 371 |
| Искусственное расширение шейки матки . . . . .  | 372 |
| Показания к операции . . . . .  | 372 |
| Способы расширения шейки матки . . . . .  | 373 |
| Бескровные (тупые) способы расширения . . . . .   | 373 |
| Кровавое расширение шейки матки . . . . .   | 379 |
| Акушерские пособия, относящиеся к плодному пузырю . . . . .   | 381 |
| Общие указания . . . . .  | 381 |
| Способы защиты плодного пузыря от несвоевременного его разрыва . . . . .  | 381 |
| Кольпейриз . . . . .  | 383 |
| Искусственный разрыв плодного пузыря. Кожно-головные щипцы после раз-<br>рыва плодного пузыря . . . . .                           | 383 |
| Самопроизвольное и искусственное прерывание беременности . . . . .  | 387 |
| Самопроизвольный выкидыш . . . . .  | 387 |
| Угрожающий и начавшийся аборт . . . . .   | 387 |
| Терапия угрожающего и начавшегося аборта . . . . .  | 387 |
| Осложнения . . . . .  | 388 |
| Методы активной терапии начавшегося осложненного аборта . . . . .   | 389 |
| Незаконченный аборт . . . . .   | 394 |
| Законченный аборт . . . . .   | 395 |
| Искусственный выкидыш . . . . .   | 395 |
| Инструкция о порядке разрешения операции искусственного прерыва-<br>ния беременности (аборта) по медицинским показаниям . . . . . | 396 |
| Техника производства искусственного аборта . . . . .  | 400 |
| Выскабливание матки . . . . .   | 400 |
| Малое кесарево сечение . . . . .  | 402 |
| Заоболочечное (внеоболочечное) введение антисептических жидкостей . . . . .   | 403 |
| Искусственные преждевременные роды . . . . .  | 404 |
| Метрейриз . . . . .   | 405 |
| Акушерские операции и оперативные пособия при родовом травматизме . . . . .   | 406 |
| Разрывы и повреждения наружных половых органов . . . . .  | 406 |
| Разрывы промежности . . . . .   | 407 |
| Причины разрывов промежности . . . . .  | 408 |
| Терапия разрывов промежности . . . . .  | 409 |
| Зашивание разрывов первой и второй степени . . . . .  | 410 |
| Зашивание разрыва третьей степени . . . . .   | 411 |
| Поранения и повреждения влагалища . . . . .   | 412 |
| Гематомы вульвы и влагалища . . . . .   | 413 |
| Разрыв шейки матки . . . . .  | 414 |

|  |     |
|--|-----|
| Разрывы матки . . . . .  | 416 |
| Этиология и патогенез разрывов матки . . . . .                           | 416 |
| Симптоматология угрожающего разрыва . . . . .                            | 417 |
| Симптоматология совершившегося разрыва . . . . .                         | 420 |
| Терапия угрожающего разрыва . . . . .                                    | 421 |
| Терапия совершившегося разрыва . . . . .                                 | 422 |
| Техника операции . . . . .   | 423 |
| Техника зашивания разрыва матки . . . . .                                | 423 |
| Техника надвлагалищной ампутации матки . . . . .                         | 425 |
| Техника экстирпации матки . . . . .                                      | 429 |
| Размножение тканей стенок матки и влагалища (акушерские свищи) . . . . . | 431 |
| Предметный указатель . . . . .   | 433 |

akusher-lib.ru



**МАЛИНОВСКИЙ**

*Михаил Сергеевич*

**ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО**

Редактор *А. В. Бартельс*

Техн. редактор *К. А. Попрядухин*

Корректор *О. А. Лосой*

Переплет художника *М. В. Большакова*

---

Сдано в набор 8/VIII 1955 г. Подписано к печати  
28/IX 1955 г. Формат бумаги  $70 \times 108^{1/16} = 14,25$   
бум. л. 39,05 печ. л. + 0,18 печ. л. вкл.  
36,53 уч.-изд. л. Тираж 70 000 экз. Т07837 МУ-26  
Заказ 1122 Цена 11 руб. Переплет 1 руб. 50 коп.

---

Медгиз, Москва, Петровка, 12  
16-я типография Главполиграфпрома  
Министерства культуры СССР  
Москва, Трехпрудный пер., 9.