

Студенческая Медицинская Издательская Комиссія имени Н. И. Пирогова при Экономическомъ О-вѣ Курсистокъ и Студентовъ района Клиникъ.

D-r R. de SEIGNEUX,
профессоръ Медицинскаго факультета Женевскаго Университета.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО.

Съ 422 рисунками
и ПРЕДИСЛОВИЕМЪ АВТОРА
къ русскому переводу.

ПЕРЕВОДЪ СЪ ФРАНЦУЗСКАГО
Вл. ГУСЕВА,
врача ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія и ординатора Городскаго Родильнаго Дома им. Абрикосовой въ Москвѣ.

МОСКВА.
1915.

МОСКОВСКИМЪ СТУДЕНТАМЪ

посвящаетъ переводчикъ

свой трудъ

ПРЕДИСЛОВІЕ АВТОРА КЪ РУССКОМУ ПЕРЕВОДУ.

Книга, которую В. Я. Гусевъ, врачъ Императорскаго Московскаго-Родовспомогательнаго Заведенія, дѣлая мнѣ честь, предлагаетъ русскому медицинскому міру, воспроизводитъ направленіе самой клиники, т.-е., тотъ курсъ многочисленныхъ лекцій, которыя читались студентамъ. Эти послѣдніе неоднократно выражали желаніе имѣть руководство по акушерству исключительно практическаго характера, почему я и рѣшился выпустить настоящій трудъ.

Кромѣ того несмотря на очень большое количество учебниковъ по акушерству и руководствъ по оперативному акушерству, мнѣ казалось, что въ этомъ отношеніи имѣется еще пробѣлъ, пополнить который и имѣеть задачей настоящее руководство.

Между ученіемъ объ акушерскихъ операціяхъ въ собственномъ смыслѣ и руководствомъ по оперативному акушерству существуетъ такая же разница, какъ и между курсомъ оперативной хирургіи и руководствомъ по хирургической терапіи.

Въ первомъ случаѣ изложеніемъ книги являются только вопросы техники; во второмъ же равное вниманіе удѣляется и клиникѣ.

Насколько я знаю, до сихъ поръ еще на русскомъ языкѣ не имѣется оперативнаго акушерства въ томъ смыслѣ, который я даю этому термину.

Если точное знаніе техники весьма необходимо,

то знаніе показаній для оперативнаго вмѣшательства и условій, которыя дѣлають возможнымъ такое, является не менѣе необходимымъ; первое не можетъ обойтись безъ второго.

Техника, въ общемъ, очень проста. Въ ней нѣтъ мѣста случайностямъ общей хирургіи. Она является дѣломъ памяти и небольшого напряженія мысли въ соединеніи, разумѣется, съ минимальной степенью ловкости, требуемой отъ всякаго хирурга.

Напротивъ, оцѣнка оперативныхъ показаній и условій, позволяющихъ вмѣшательство, требуетъ уже высшей ступени образованія: клиническаго чутья въ собственномъ смыслѣ, являющагося въ результатѣ болѣе обширныхъ знаній, приобретаемыхъ во время работы, опыта, получаемаго со временемъ, а также личныхъ врожденныхъ качествъ.

Въ дѣйствительности, руководство по оперативному акушерству можетъ относиться лишь къ первому изъ этихъ трехъ условій; и только давъ прочное основаніе, онъ позволить развиться на немъ, въ зависимости отъ способности каждаго, болѣе или менѣе быстро двумъ другимъ факторамъ. Это основаніе должно быть тѣмъ болѣе солидно, что акушерское вмѣшательство носить прежде всего характеръ немедленной хирургической помощи.

Врачъ можетъ быть позванъ къ роженицѣ въ любой моментъ дня и ночи. Наконецъ, во время родовъ, которые врачъ самъ проводитъ, можетъ возникнуть то или другое обстоятельство, каковое обязываетъ его принять рѣшеніе, отъ котораго зависитъ жизнь роженицы или ея ребенка.

«Знать въ каждый моментъ, что нужно сдѣлать, умѣть и желать

это сдѣлать, таковы необходимыя условія для благотворнаго вмѣшательства».

Эти слова Лежара ¹⁾, относящіяся къ клиническому чутью врача, находятъ свое лучшее примѣненіе въ оперативномъ акушерствѣ.

Это единственный способъ импонировать обезпеченной и взволнованной семьѣ, поддержать вокругъ себя атмосферу спокойствія и довѣрія и превратить присутствующихъ родственниковъ въ полезныхъ сотрудниковъ. Но еще недостаточно знать въ каждый моментъ, что нужно дѣлать, необходимо также точно знать, какъ нужно дѣлать.

При данныхъ условіяхъ существуетъ лишь одинъ способъ произвести вмѣшательство (щипцы, поворотъ или другое). Въ акушерствѣ все точно.

Именно въ этихъ цѣляхъ и удѣляется въ настоящемъ руководствѣ важное мѣсто рисункамъ. Они непосредственно дополняютъ текстъ, который самъ по себѣ потребовалъ бы слишкомъ большой подробности, чтобы описать въ мельчайшихъ деталяхъ всѣ послѣдовательные моменты операциіи. Словомъ, я не побоялся увеличить число рисунковъ; изучающій найдетъ въ ихъ послѣдовательности какъ бы серію синемаграфическихъ клише, каковыя позволяютъ ему въ извѣстномъ порядкѣ воспроизвести въ умѣ точное положеніе плода и надлежащее мѣропріятіе для того, чтобы привести къ благополучному концу показуемое вмѣшательство. Такое умственное воспроизведеніе картины, настоящая мыслительная радіоскопія, является абсолютно необходимыми для всякаго,

¹⁾ F. Lejars. Traité de chirurgie d'urgence 2-e édition 1900 г. Paris, Masson et C^o.

кто хочет быть акушеромъ; нельзя приобрѣсть знаній безъ помощи большого числа рисунковъ.

Д-ръ В. Я. Гусевъ употребилъ весьма много труда для воспроизведенія съ весьма большимъ совершенствомъ рисунковъ съ французскаго изданія. Его задача была не изъ легкихъ, такъ какъ онъ не имѣлъ подлинныхъ рисунковъ, и клише русскаго изданія были исполнены по рисункамъ изданія французскаго. Это послѣднее издано Кюндигъ въ Женевѣ и Малуанъ въ Парижѣ, въ трехъ томахъ, изъ коихъ первый содержитъ подь названіемъ Предварительныя необходимыя свѣдѣнія необходимыя основныя указанія примѣненія акушерскихъ вмѣшательствъ; второй и третій томы излагаютъ операціи въ собственномъ смыслѣ, ихъ технику и ихъ показанія.

По причинамъ практическаго характера д-ръ В. Я. Гусевъ предпочелъ, по предложенію издателей и съ моего согласія, выпустить русское изданіе въ одномъ только томѣ. Весьма тщательно исполненные рисунки и текстъ нисколько не уступаютъ изданію французскому.

Что касается вопроса школы, то онъ въ настоящемъ трудѣ не играетъ никакой роли. Между различными оперативными мѣропріятіями я всегда держался выбора тѣхъ, которыя по моему личному опыту казались мнѣ самыми практичными и самыми безопасными. Изучающій увидитъ, что относительно щипцовъ, я слѣдовалъ методу наложенія французскихъ авторовъ; что касается другихъ вмѣшательствъ, то я главнымъ образомъ больше придерживался школы нѣмецкой.

Д-ру В. Я. Гусеву я приношу здѣсь самую искреннюю свою благодарность. Я особенно признателенъ за ту честь, которую онъ мнѣ оказалъ, предложивъ мнѣ представить мой трудъ русскому медицинскому міру. Пусть эта книга сопутствуетъ и упроститъ изученіе акушерства молодымъ врачамъ и пусть она облегчитъ ихъ первые шаги въ ежедневной акушерской практикѣ.

Я не сомнѣваюсь, что этотъ переводъ увѣнчается блестящимъ успѣхомъ и что онъ встрѣтитъ среди русскаго медицинскаго міра тотъ же самый пріемъ, какой ей оказанъ въ странахъ съ французскимъ языкомъ, награждая, такимъ образомъ, д-ра В. Я. Гусева за весь тотъ трудъ, который онъ понесъ.

Prof. D-r R. de Seigneux.

Женева, августъ, 1914.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЯ
НЕОБХОДИМЫЯ СВѢДѢНІЯ.

akusherlib.ru

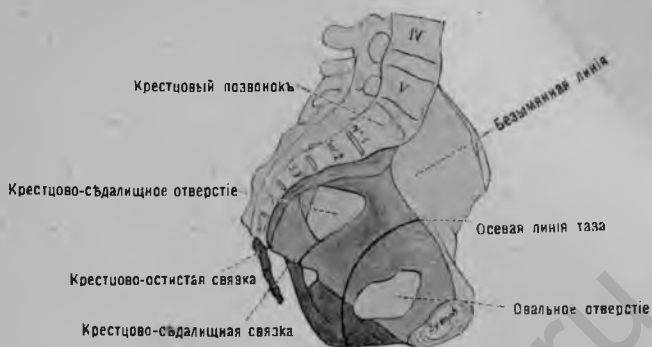


Рис. 1. По Farabeuf'у и Varnier. Продольный разръзъ таза женщины въ стоячемъ положеніи. Верхній отдѣлъ (свѣтлосѣрый) составляетъ полость въ собственномъ смыслѣ; нижній отдѣлъ (болѣе темный) является, въ дѣйствительности, частью промежности.

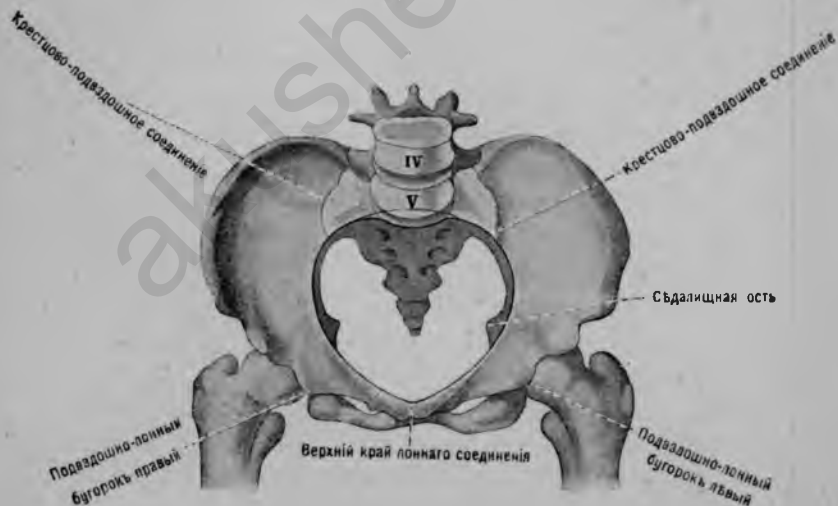


Рис. 2. По Farabeuf'у и Varnier. Входъ таза женщины.

ГЛАВА I.

Родовой каналъ.

1. Общее описаніе.

Плодь, помѣщающійся внутри матки, которая къ концу беременности занимаетъ всю брюшную полость, долженъ пройти во время родовъ каналъ наполовину костный и наполовину мышечный, каналъ, которому дали названіе родовой.

Этотъ послѣдній состоитъ изъ двухъ частей: малаго таза, костной полости неизмѣнныхъ размѣровъ, и слѣдующаго за нимъ тазоваго дна, напоминающаго родъ винтообразнаго тѣснаго прохода, ограниченнаго мягкими частями и стало быть растяжимаго, прохода, принимающаго во время прохожденія плода форму воронки, основаніе которой прикрѣпляется къ малому тазу.

А. МАЛЫЙ ТАЗЪ.

Передняя стѣнка малаго таза—прямая и соотвѣтствуетъ задней поверхности лоннаго соединенія; его задняя стѣнка, значительно болѣе приподнятая, соотвѣтствуетъ вогнутости крестцовой кости, кривизна которой даетъ всему тазовому каналу ис-

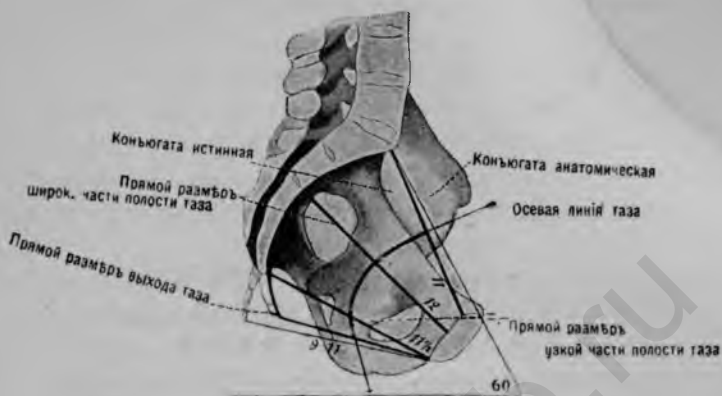


Рис. 3. По Витт'у. Продольный разрезъ таза, показывающий его нормальное наклонение, прямые размеры его различныхъ плоскостей и такъ называемую «осевую» линію. Прямой размеръ выхода таза увеличивается съ 9 до 11 сантиметровъ вслѣдствіе отклоненія назадъ копчика.

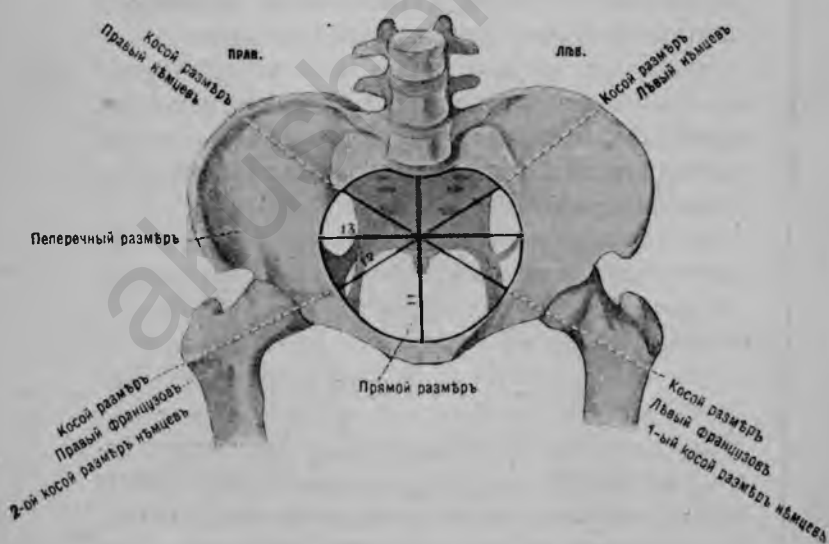


Рис. 4. По Витт'у. Размеры входа.

кривленное направлѣніе съ вогнутостью впередь (рис. 1).

Въ маломъ тазу различаютъ:

входное отверстіе: входъ таза;
центральную полость: широкая
часть полости таза и

выходное отверстіе: узкая часть
полости таза.

Входъ ограниченъ (рис. 2): спереди верхнимъ краемъ лоннаго соединенія; сзади мысомъ; съ каждой стороны безымянными линіями, которыя имѣютъ два выступа: подвздошно-лонный бугорокъ и крестцово-подвздошное соединеніе.

Въ стоячемъ положеніи плоскость входа наклонена по отношенію къ горизонтальной плоскости приблизительно отъ 55° до 60° (рис. 3). Въ данномъ случаѣ, какъ и во всѣхъ послѣдующихъ цифрахъ, дѣло идетъ, разумѣется, о тазѣ, имѣющемъ нормальную форму и размѣры. Однако это наклоненіе не является постояннымъ. Оно можетъ въ значительной степени измѣняться благодаря вращательнымъ движеніямъ, сгибанію и разгибанію нижнихъ конечностей.

Во входѣ таза различаютъ 4 размѣра (рис. 4): прямой, поперечный и два косыхъ. Знаніе нормальныхъ величинъ этихъ размѣровъ чрезвычайно важно, такъ какъ всякое укороченіе въ ихъ длинѣ влечетъ за собой неизбѣжно большія или меньшія трудности вставленія головки плода передь родами.

Дѣйствительный прямой размѣръ входа анатомически соотвѣтствуетъ линіи, соединяющей мысъ съ верхнимъ краемъ лоннаго соединенія. Это такъ называемый прямой анатомическій

р а з м ъ р ь (рис. 3). Его наклоненіе по отноше-
нію къ горизонту въ стоячемъ положеніи указы-
ваетъ наклоненіе таза (рис. 3). Слѣдуетъ впрочемъ
замѣтить, что этотъ размѣръ не имѣетъ никакого
значенія съ акушерской точки зрѣнія, такъ какъ
онъ ни въ коемъ случаѣ не является кратчайшимъ
разстояніемъ между мысомъ и лономъ, съ каковымъ
только и приходится считаться.

Въ самомъ дѣлѣ, лонное соединеніе имѣетъ не-
много ниже своего верхняго края выдвигающийся
внутри выступъ, хорошо видимый на рис. 3. Раз-
стояніе, которымъ въ дѣйствительности пользуется
головка плода при своемъ прохожденіи, вслѣдствіе
этого, стало быть, уменьшено и дѣйствительный
размѣръ считается отъ мыса до самой выдающейся
точки задней поверхности лоннаго соединенія.
Вслѣдствіе этого соображенія, хотя эта линія
и не находится въ одной плоскости со входомъ,
ее сплошь и рядомъ называютъ дѣйствитель-
нымъ прямымъ размѣромъ входа таза. Чтобы
подчеркнуть лишній разъ его значеніе въ аку-
шерствѣ, ему даютъ еще названія размѣра пря-
мого наименьшаго, а также конъю-
гаты истинной или акушерской
(рис. 3).

На нормальномъ тазѣ этотъ размѣръ имѣетъ
11 сантиметровъ т.-е. на $\frac{1}{2}$ сантиметра менѣе,
чѣмъ анатомической.

Два к о с ы х ь р а з м ъ р а направляются
отъ крестцово-подвздошнаго соединенія одной изъ
сторонъ къ подвздошно-лонному бугорку другой
стороны (рис. 4). Они равны между собой и имѣютъ
12 сантиметровъ длины. Важно различать ихъ
одинъ отъ другого, такъ какъ плодъ можетъ предле-

жать въ одномъ или другомъ изъ этихъ размѣровъ, почему и даютъ имъ отдѣльныя названія: п р а в ы й и л ѣ в ы й. Въ этомъ отношеніи произошла досадная путаница между нѣмецкими и французскими авторами; первые называютъ «лѣвымъ косымъ размѣромъ» какъ разъ тотъ, который вторыми называется «правымъ косымъ размѣромъ», и наоборотъ (рис. 4).

Для французовъ л ѣ в ы й к о с о й р а з м ѣ р ь—тотъ, который идетъ отъ л ѣ в а г о подвздошно-лоннаго бугорка, считающагося точкой отправленія, къ п р а в о м у крестцово-подвздошному соединенію, рассматриваемому какъ точка прибытія. Онъ получилъ свое названіе вслѣдствіе того, что именно по этому размѣру предлежить головка плода, когда затылокъ направленъ в л ѣ в о и в п е р е д ь (затылочное лѣво-переднее, какъ это мы увидимъ далѣе).

Нѣмцы, напротивъ, даютъ тому же размѣру названіе п р а в а г о к о с о г о, потому что они рассматриваютъ правое крестцово-подвздошное соединеніе, какъ пунктъ отправленія. Они ему даютъ также названіе п е р в а г о к о с о г о р а з м ѣ р а, потому что именно по этому размѣру предлежить головка, когда плодъ находится, по ихъ номенклатурѣ, въ первой позиціи (т.-е. спинкой влѣво и впередъ—положеніе, соответствующее затылочному лѣво-переднему французскихъ авторовъ). П р а в ы й к о с о й р а з м ѣ р ь французскихъ акушеровъ это тотъ, который направляется отъ п р а в а г о подвздошно-лоннаго бугорка—пунктъ отправленія—къ лѣвому крестцово-подвздошному соединенію—пунктъ прибытія. Такимъ названіемъ онъ обязанъ, какъ и предыдущій,

тому, что по этому размѣру предлежитъ головка плода, когда затылокъ направленъ вправо и впередъ (предлежаніе затылочное правопереднее).

Нѣмцы, напротивъ, даютъ тому же размѣру названіе лѣваго косога, потому что отпавнымъ пунктомъ они разсматриваютъ крестцово-подвздошное соединеніе. Они ему даютъ также названіе второго косога размѣра, такъ какъ по этому размѣру проходитъ головка въ случаѣ, когда плодъ предлежитъ, по ихъ номенклатурѣ, во второй позиціи (т.-е. спинкой вправо и впередъ, положеніе, соответствующее затылочному правопереднему французскихъ авторовъ).

Въ настоящемъ руководствѣ мы будемъ придерживаться французской терминологіи, которая намъ представляется безконечно болѣе логичной и которая, къ тому же, легко запоминается.

Въ виду вышеуказанной разницы между руководствами различныхъ языковъ, необходимо знать точно обѣ номенклатуры.

Вотъ простой способъ запомнить это.

Предположимъ, что врачъ помѣщается сзади таза, опершись лѣвой рукой на лѣвую подвздошную кость и правой на правую подвздошную кость. Въ такомъ положеніи онъ будетъ имѣть: на своей лѣвой сторонѣ—передній конецъ лѣваго косога размѣра французскихъ авторовъ и задній конецъ лѣваго косога размѣра нѣмецкихъ авторовъ или, другими словами, точки отпавленія лѣвыхъ размѣровъ обѣихъ номенклатуръ, и, на своей правой сторонѣ, передній конецъ праваго косога размѣра фран-

цузовъ и задній конецъ праваго косога размѣра нѣмцевъ, т.-е. снова—точки отправленія на этотъ разъ правыхъ косыхъ размѣровъ обѣихъ номенклатуръ (рис. 4).

Зная это, какимъ образомъ вспомнить, который изъ этихъ размѣровъ налево и направо, французскій и какой нѣмецкій? Чтобы отличить ихъ одинъ отъ другого, достаточно отмѣтить: что въ предполагаемомъ положеніи врача мы имѣемъ прежде всего на задней части таза точки отправленія двухъ косыхъ нѣмецкихъ размѣровъ (налево—точки отправленія лѣваго косога размѣра, а направо—праваго косога); на передней же части таза—точка отправленія, слѣва и справа, двухъ французскихъ размѣровъ; затѣмъ достаточно вспомнить, что буква а (allemand) стоитъ въ алфавитѣ ранѣе буквы f (français) (рис. 4).

Поперечный размѣръ (рис. 4) идетъ отъ одной безымянной линіи до другой и отмѣчаетъ собой наибольшую ширину входа таза, равной 13 сант.

Цифры 11, 12 и 13 легко запомнить, зная, что, взявъ отправнымъ пунктомъ прямой размѣръ, который имѣетъ 11 сантим., будемъ послѣдовательно имѣть, идя по безымянной линіи, сперва косые размѣры, каждый въ 12 сант. длины, и затѣмъ поперечный размѣръ въ 13 сантиметровъ. Указанныя цифры выражаютъ величины этихъ размѣровъ послѣ того, какъ будутъ сдавлены мягкія части, покрывающія внутреннюю поверхность входа и уменьшающія этимъ самымъ ихъ дѣйствительную длину, измѣряемую на сухомъ тазѣ. Въ силу неодинаковыхъ размѣровъ и выступа

мыса общая форма входа таза имѣть сходство съ червоннымъ тузомъ (рис. 2 и 4).

Слѣдовательно, входъ въ поперечномъ направленіи шире, чѣмъ въ прямомъ.

Широкая часть полости таза занимаетъ пространство отъ только что изученнаго входа до плоскости, пересѣкающей спереди нижній край лоннаго соединенія, по бокамъ—нижній край сѣдалищныхъ остей, сзади—вершину крестца (рис. 1). Эта плоскость соотвѣтствуетъ нижней границѣ полости таза.

Широкая часть полости таза имѣть въ качествѣ стѣнокъ: спереди—заднюю поверхность лоннаго соединенія и тѣла лонныхъ костей; по сторонамъ—костную часть дна вертлужной впадины, внутреннюю поверхность сѣдалищной ости и тѣла сѣдалищной кости, а также крестцово-сѣдалищную связку; сзади—переднюю вогнутую поверхность крестцовой кости. Кромѣ того, ея боковыя стѣнки имѣють, съ обѣихъ сторонъ, два отверстія: спереди овальное, сзади, большое крестцово-подвздошное. Оба эти отверстія заполнены связками и мышцами.

Внутри широкой части полости таза самый большой прямой размѣръ проходитъ отъ середины задней поверхности лоннаго соединенія къ точкѣ соединенія 2-го и 3-го крестцовыхъ позвонковъ (рис. 3); размѣры прямой, поперечный и косые приблизительно всѣ одинаковой величины. Каждый равняется 12 сант. Такимъ образомъ срѣзь, проходящій въ широкой части полости таза, имѣть форму круга.

Узкая часть полости таза (рис. 1 и 5) имѣть своими границами: спереди—ниж-

ній край лоннаго соединенія; по бокамъ—линію, проходящую черезъ сѣдалищную ость и нижній край крестцово-остистой связки; сзади—верхушку крестца.

Ея передне-заднее разстояніе, представленное прямымъ размѣромъ (рис. 3 и 5), идущимъ отъ вершины крестца къ нижнему краю лоннаго соединенія и имѣющимъ 11,5 сант. длины, больше его



Рис. 5. По Farabeuf'у и Varnier. Узкая часть полости таза и ея размѣры.

поперечныхъ размѣровъ, которые даютъ для косыхъ размѣровъ 11 сант. длины, для наибольшаго поперечнаго размѣра—11 сант. и для поперечнаго размѣра между сѣдалищными остями 10 сант. длины (см. стр. 9).

Ни одинъ изъ этихъ размѣровъ не уменьшенъ въ замѣтной степени мягкими частями и мы видимъ такимъ образомъ, что полость, поперечно-продолговатая въ началѣ, становится въ концѣ продолговатой спереди на-

задъ, такъ какъ выступы сѣдалищныхъ остей значительно уменьшаютъ поперечные размѣры узкой части полости таза.

В. ДНО И ВЫХОДЪ ТАЗА.

При изслѣдованіи таза, покрытаго мягкими частями, видно, что онъ закрытъ въ своей нижней части слоемъ мышцъ, направляющихся отъ одного изъ своихъ краевъ къ другому и представляющихъ, такимъ образомъ, настоящее дно, которому дали названіе *д і а ф р а г м ы* или *д н а т а з а*.

Эта діафрагма представлена, главнымъ образомъ, мышцами поднимающей прямую кишку и сѣдалищно-копчиковой, которыя прикрѣпляются съ каждой стороны по окружности нижнихъ границъ полости таза съ одной стороны, къ копчику и къ срединному фиброзному шву (*raphe*) съ другой стороны, оставляя, передъ этимъ послѣднимъ, щель, пропускающую прямую кишку, влагалище и мочеиспускательный каналъ. Эти мышцы заключены между двумя солидными и прочными апоневрозами. Діафрагма таза усилена еще въ своей нижней поверхности рядомъ мышцъ: сжимающей мочеиспускательный каналъ, сѣдалищно-пещеристой, сжимающей влагалищный входъ, поперечной промежности и сжимающей задній проходъ (рис. 8 и 9).

Срединная щель, черезъ которую проходитъ влагалище, во время родовъ растягивается, чтобы пропустить плодъ. Въ этотъ моментъ образуется обширная мышечно-фасціальная полость, по которой плодъ долженъ пройти до входа во влагалище. Длина ея равняется почти длинѣ полости

таза. Этой-то полости и дали названіе воронкообразный каналъ (рис. 8 и 9).

Ея верхнее отверстіе (рис. 10 и 11) получило названіе выхода таза, потому что это—последняя часть, ограниченная костями таза, которую долженъ пройти плодъ, прежде чѣмъ опуститься въ мягкій, растяжимый каналъ, который приведетъ его ко входу во влагалище. Выходъ таза, такимъ образомъ, не имѣетъ постоянныхъ размѣровъ, какъ это имѣетъ входъ и нижнія границы полости таза. Онъ растягивается плодомъ, который черезъ него проходитъ и въ этотъ моментъ увеличивается въ своей длинѣ и ширинѣ.

Степень его ширины въ поперечномъ направленіи опредѣляется разстояніемъ сѣдалищныхъ бугровъ; но подвижность крестцово-копчиковаго сочлененія позволяетъ копчику отодвинуться назадъ и, стало быть, удлиниться прямому размѣру до границы возможнаго отклоненія назадъ этой кости (рис. 11). Растянутый до максимума, выходъ, такимъ образомъ, остается всегда болѣе вытянутымъ въ прямомъ направленіи, чѣмъ въ поперечномъ. Въ немъ также имѣется четыре размѣра. Прямой размѣръ представляетъ собой разстояніе, отдѣляющее верхушку копчика отъ нижняго края лоннаго соединенія (прямой размѣръ, рис. 3 и 10). Онъ равняется 7—10 сантим. (въ среднемъ 8,5) и можетъ удлиниться въ силу отклоненія назадъ копчика (рис. 3 и 11) до 11 сантиметровъ.

П о п е р е ч н ы й р а з м ѣ р ь ограниченъ на скелетѣ разстояніемъ внутреннихъ поверхностей сѣдалищныхъ бугровъ (см. рис. 10 и 11) и равенъ 11 сантим. Онъ слегка укороченъ съ каждой стороны запирающей мышцей и клѣтчаткой.

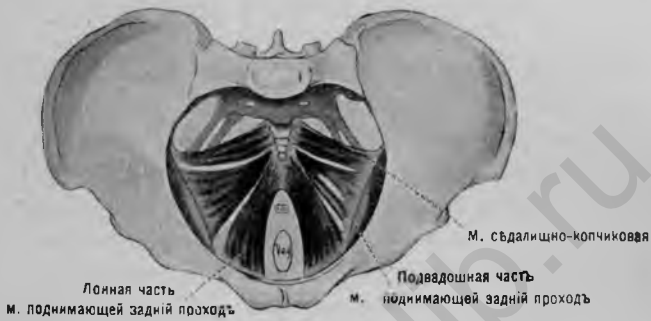


Рис. 6. По Вимм'у. Тазовое дно (сверху).

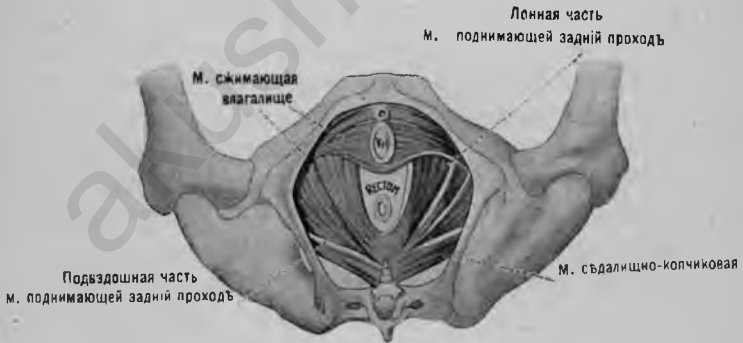


Рис. 7. По Вимм'у. Тазовое дно (снизу).



Рис. 8. По Витт'у. Растяжение тазового дна и образование воронкообразного канала, благодаря прохождению плода.

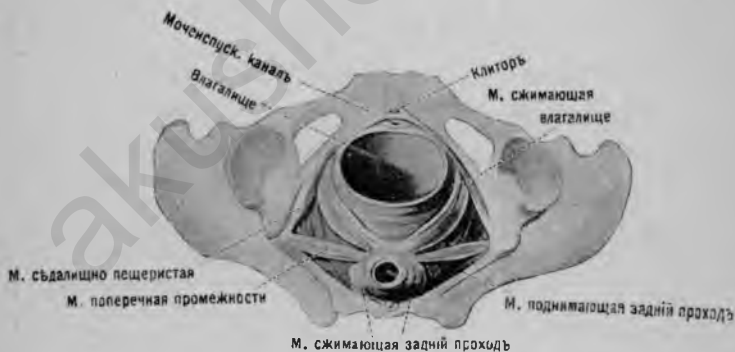


Рис. 9. По Витт'у. Наибольшее растяжение тазового дна, произведенное прохождениемъ плода.



Рис. 10. По Farabeuf'у и Varnier. Выходъ таза въ моментъ, когда подлежащая часть плода начинаетъ въ него опускаться. Копчикъ еще не отклонился назадъ.



Рис. 11. По Farabeuf'у и Varnier. Выходъ таза во время прохожденія плода послѣ отклоненія копчика назадъ.

Наконецъ, два косыхъ размѣра соединяютъ средину сѣдалищно—лонной вѣтви и средину сѣдалищно—копчиковой мышцы противоположной стороны (см. рис. 10 и 11) Они имѣютъ 11 сант. длины и растяжимы.

Изученіе размѣровъ таза, такимъ образомъ, намъ показываетъ, что во входѣ преобладаетъ поперечный размѣръ, въ выходѣ—прямой размѣръ и что въ средней части полости таза всѣ размѣры равны.

Изъ этого слѣдуетъ, что входъ таза представляетъ собой овалъ съ большой поперечной осью; полость въ средней части—болѣе или менѣе правильный кругъ; и выходъ—снова овалъ, но на этотъ разъ съ большой передне-задней осью (рис. 12).

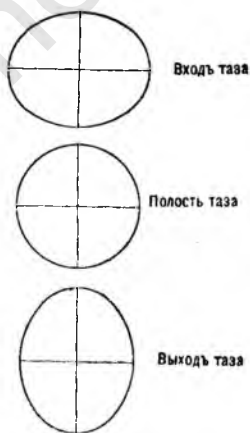


Рис. 12. Этотъ рисунокъ показываетъ преобладаніе поперечнаго размѣра во входѣ и прямого размѣра въ выходѣ таза.

С. ПОСЛѢДОВАТЕЛЬНОЕ НАКЛОНЕНІЕ ПЛОСКОСТЕЙ РОДОВОГО КАНАЛА.

Мы видѣли, что родовой каналъ сильно искривленъ и обнимаетъ своей вогнутостью лонное соединеніе (рис. 1 и 3).

Прямымъ послѣдствіемъ этого является то, что плоскости, по которымъ послѣдовательно проходить плодъ, имѣютъ различныя другъ отъ друга наклоненія.

Чтобы ихъ пройти, плодъ долженъ, по необходимости, проходить или протаскиваться по оси или, другими словами, по центральной линіи, постоянно перпендикулярной этимъ различнымъ плоскостямъ. Линія эта, получаемая соединеніемъ срединъ прямыхъ размѣровъ таза, представляется, слѣдовательно, въ видѣ кривой линіи, которой нѣмцы дали названіе «Проводной линіи» и для которой у французовъ не существуетъ аналогичнаго названія, но которую можно перевести словомъ «осевая линія» (см. рис. 3 и 13).

Какъ видно на рис. 13, плоскость входа таза косая и направлена къ пупку. При акушерскомъ положеніи женщины, съ ягодицами, находящимися у края постели, ось входа (или перпендикуляръ, опущенный со середины этого входа) направляется къ ногамъ акушера.

Ось широкой части полости таза уже слегка поднимается. Плоскости узкой части полости таза и выхода, хотя еще менѣе наклонены, чѣмъ двѣ предыдущихъ, все еще идутъ въ томъ же направленіи, въ особенности плоскость узкой части полости таза.

Ось выхода, на женщинѣ въ лежачемъ положеніи, направлена, стало быть, не горизонтально къ акушеру, но слегка внизъ, къ его колѣнамъ.

Плоскость половой расщелины, непосредственно передъ рожденіемъ плода, почти глядитъ вверхъ въ лицо акушера. Изъ этого слѣдуетъ, что когда положеніе плода продольно (единствен-

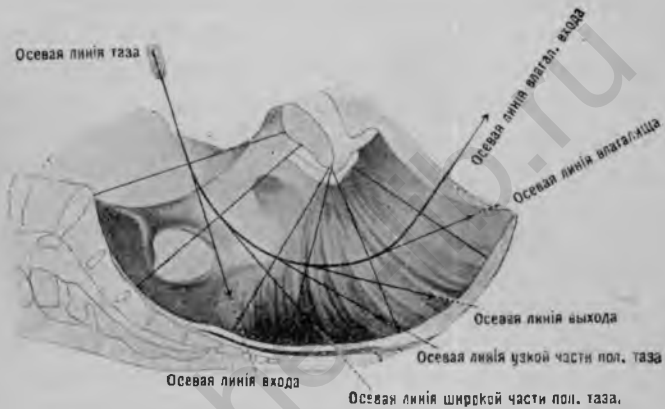


Рис. 13. По Витт'у. Родовой каналъ во время его прохожденія плодомъ, осевая линія и направленіе осей различныхъ плоскостей, которыя долженъ послѣдовательно пройти плодъ.

ное положеніе, которое позволяетъ совершиться родамъ естественнымъ путемъ), то предлежащая часть плода, головка, ягодицы или ножки, должна по необходимости описать кривую линію, опредѣляемую осевой линіей, для того, чтобы пройти и выйти изъ полости таза. Она можетъ пройти входъ и опуститься въ полость только въ томъ случаѣ, если она направляется сперва совершенно внизъ, къ ногамъ акушера; далѣе, тоже внизъ но немного повыше, къ его колѣнамъ, чтобы войти

въ выходъ; затѣмъ горизонтально, чтобы изъ него выйти; наконецъ, все выше и выше, по направленію къ головѣ акушера, чтобы выйти изъ половой расщелины.

Точное знаніе спеціальнаго наклоненія каждой изъ послѣдовательныхъ плоскостей таза и направленія соотвѣтственныхъ имъ осей безусловно необходимо. Безъ этого знанія невозможно сдѣлать никакой дѣйствительно безопасной попытки извлеченія плода. Извлеченіе можетъ быть безопаснымъ только въ томъ единственномъ случаѣ, если плоду дается точное направленіе по осевой линіи.

II. Неправильные тазы.

Выше мы разсматривали различныя части таза и его нормальные размѣры. Но рядомъ съ тазами, форма и размѣры которыхъ соотвѣтствуютъ указаннымъ въ предыдущей главѣ, встрѣчаются тазы, размѣры которыхъ не имѣютъ нормальной величины. Такой тазъ называется с ъ у ж е н н ы м ъ и въ такомъ случаѣ существуетъ большее или меньшее несоотвѣтствіе между его размѣрами и объемомъ головки зрѣлаго плода. Этимъ тазамъ даютъ также общее названіе н е п р а в и л ь н ы х ъ т а з о в ъ .

Значеніе ихъ въ акушерствѣ огромное, потому что они придаютъ всему механизму родовъ характерный отпечатокъ и потому, что они являются источникомъ, когда суженіе достаточно выражено, очень серьезныхъ осложненій, какъ для матери, такъ и для ребенка.

А. ИЗМѢРЕНІЕ ТАЗА.

Въ практикѣ слишкомъ часто пренебрегаютъ измѣреніемъ таза. Было бы, однако, желательнымъ, чтобы такое измѣреніе сдѣлалось правиломъ и чтобы ни въ какомъ случаѣ врачъ не брался проводить роды у первородящей, прежде чѣмъ онъ не отдастъ себѣ яснаго отчета о размѣрахъ таза. Достаточно суженія на $\frac{1}{2}$ — 1 сантиметръ одного изъ главныхъ размѣровъ, чтобы повліять на механизмъ родовъ.

Частота суженій таза сильно зависитъ отъ мѣстности, такъ какъ гигиеническія условія, питаніе, бѣдность, играютъ въ этомъ смыслѣ значительную роль. Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ количество неправильныхъ тазовъ достигаетъ 15 и 20%. а число тазовъ, которые создаютъ серьезныя затрудненія для родовъ можетъ составлять отъ 3 до 5%.

Эти цифры наглядно показываютъ, насколько важна выработка привычки, какъ правило, измѣрять тазы, чтобы не быть застигнутымъ въ одинъ прекрасный день врасплохъ изъ-за пренебрежительнаго отношенія къ этому.

Различаютъ два рода измѣренія: **н а р у ж н о е** и **в н у т р е н н е е**.

Н а р у ж н о е **и з м ѣ р е н і е**. Оно производится съ помощью инструмента, называемаго **т а з о м ѣ р о м ѣ**, представленнаго на рис. 14, 15 и 16 и имѣетъ значеніе опредѣлять разстоянія, отдѣляющія извѣстныя точки скелета, прощупываемыя черезъ кожу. Разстоянія, которыя нужно измѣрять, слѣдующія:

1. Разстояніе, которое отдѣляетъ костный отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка отъ верх-

няго края лоннаго соединенія. Линія, соединяющая эти двѣ точки, называется наружной конъюгатой или діаметромъ Боделока (Baudelocque, рис. 14 и 15).

Онъ служитъ для измѣренія прямого размѣра таза. Измѣреніе можетъ быть произведено или въ стоячемъ положеніи, какъ на рис. 14, или же въ лежачемъ на боку положеніи, какъ на рис. 15, при чемъ нижнее бедро согнуто подъ прямымъ угломъ, съ цѣлю уменьшить напряженіе брюшныхъ стѣнокъ и позволить, такимъ образомъ, легче прощупать черезъ кожу верхній край лоннаго соединенія, на которомъ должна лежать передняя ножка тазомѣра. Впрочемъ, положеніе на боку позволяетъ получить болѣе точныя цифры, такъ какъ животъ не стѣсняетъ, какъ это бываетъ въ стоячемъ положеніи, яснаго прощупыванія верхняго края лоннаго соединенія.

Въ нормальныхъ границахъ, діаметръ Боделока колеблется между 18 и 21 сант., но между его длиной и длиной діагональной конъюгаты не существуетъ постояннаго отношенія. Въ самомъ дѣлѣ, толщина мягкихъ частей и костей слишкомъ колеблется у каждаго субъекта и кромѣ того оба эти размѣра перекрещиваются, какъ это видно на рис. 14.

Такимъ образомъ, зная величину наружной конъюгаты, невозможно опредѣлить дѣйствительную длину конъюгаты истинной.

Единственно, что можно сказать, это то, что въ тазахъ, у которыхъ діаметръ Боделока имѣетъ 18—20 сант., истинная конъюгата приблизительно нормальна; что въ тазахъ, у которыхъ этотъ діаметръ больше 20 сант., истин-

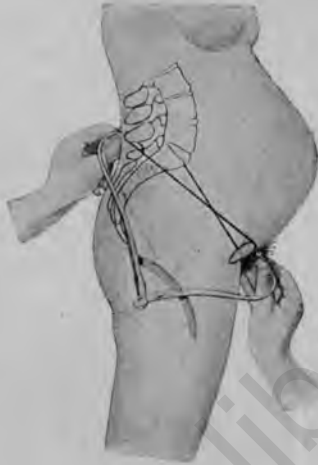


Рис. 14. По Витт'у. Измѣреніе наружной конъюгаты въ стоячемъ положеніи.



Рис. 15.^б Измѣреніе наружной конъюгаты въ правомъ боковомъ положеніи.

ная конъюгата на вѣрно е нормальна и что, если первый—меньше 18 сант., то второй не сомнѣнно сужень. Такимъ образомъ, это измѣреніе не даетъ намъ никакихъ свѣдѣній насчетъ

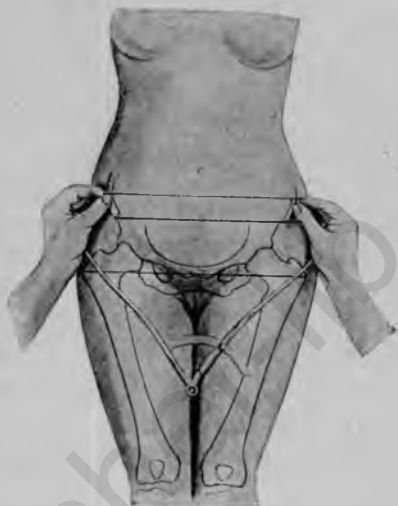


Рис. 16. По Витт'у. Измѣреніе размѣровъ между остями, гребешками, вертелами.

степени суженія, а лишь общее понятіе о прямомъ размѣрѣ таза.

2. Разстояніе между передними верхними остями и разстояніе между гребешками (рис. 16). Линія, соединяющая одну ость съ другой, называется остевымъ размѣромъ, и линія, которая соединяетъ гребешки, гребешковымъ. Въ среднемъ размѣрѣ между остями равняется 25—26 сант. и между гребешками—28—29 сант. въ длину.

Эти два размѣра служатъ для общаго измѣренія поперечныхъ размѣровъ таза, но и здѣсь также

нѣтъ никакого точнаго и постояннаго отношенія между ихъ длиной и длиной поперечныхъ размѣровъ входа. Однако, очень важно отмѣтить, что въ нормальныхъ тазaxъ отношеніе между длиной остевого и гребешковаго размѣровъ всегда постоянно. Обычно, между ними находятъ разницу въ 3 сантиметра.

И эту существенную вещь не надо забывать.

Въ самомъ дѣлѣ, въ извѣстной группѣ неправильныхъ тазовъ, плоскихъ рахитическихъ тазовъ, отношеніе уже не то. Разница между двумя размѣрами уменьшается; она можетъ сойти на нѣтъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже бываетъ, что размѣръ между остями превосходитъ длиной размѣръ между гребешками.

Измѣреніе этихъ размѣровъ производятъ въ положеніи на спинѣ, съ вытянутыми ногами, помѣщая концы тазомѣра на наружные края остей, на уровнѣ прикрѣпленія портняжной мышцы, для размѣра между остями; на края подвздошныхъ гребешковъ, для размѣра между гребешками (см. рис. 16).

3. Разстояніе между двумя вертелами (рис. 16). Этотъ размѣръ измѣряется въ положеніи на спинѣ съ вытянутыми и сдвинутыми ногами. Какъ и предыдущіе, этотъ размѣръ служитъ для опредѣленія поперечныхъ размѣровъ таза, но имѣетъ совершенно второстепенное значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, отношеніе между разстояніемъ вертеловъ и поперечными размѣрами таза безконечно измѣнчиво, чтобы можно было извлечь изъ него какія-нибудь заключенія.

Внутреннее измѣреніе. Изъ предыдущаго видно, что наружные размѣры таза

не позволяют намъ никоимъ образомъ узнать, хотя бы приблизительно, размѣры полости таза, что только и можетъ насъ интересовать съ акушерской точки зрѣнія.

Наиболѣе важный внутренній размѣръ, который необходимо знать, это истинная конъюгата. Въ концѣ концовъ, этотъ размѣръ характеризуетъ тазъ, такъ что напримѣръ, выраженіе «тазъ 8 сант.» равнозначуще выраженію «тазъ, истинная конъюгата котораго равняется 8 сант.».

Но какъ истинная конъюгата, такъ и другіе размѣры полости таза измѣримы лишь съ помощью особыхъ инструментовъ, употребленіе которыхъ въ ежедневной акушерской практикѣ совершенно невозможно въ виду ихъ крайней сложности и болѣзненности ихъ примѣненія. Однако, практически дѣйствительная длина истинной конъюгаты можетъ быть измѣрена съ достаточной точностью непрямимъ путемъ, черезъ измѣреніе такъ называемой конъюгаты діагональной (рис. 17 и 18), представляющей наикратчайшее разстояніе, отдѣляющее мысь отъ нижняго края лоннаго соединенія. Это разстояніе можно измѣрить пальцемъ. Его отношеніе къ истинной конъюгатѣ, сравнительно, очень постоянно.

Чтобы ее измѣрить, женщину помѣщаютъ поперекъ кровати или на кресло для изслѣдованія, согнувъ насколько возможно бедра и приподнявъ слегка тазъ подушкой.

Раздвинувъ малыя губы, вводятъ два пальца (рис. 17), сильно опуская локоть, и стараются достигнуть мысь.

Въ совершенно правильныхъ тазахъ, палецъ не достаетъ мыса, но, если имѣется суженіе

таза, палецъ его нащупаетъ. Ногтемъ указательнаго пальца другой руки отмѣчаютъ на введенномъ указательномъ пальцѣ (рис. 17) точку, непосредственно соприкасающуюся съ нижнимъ краемъ лоннаго соединенія. Разстоянiе, отдѣляющее эту точку отъ конца средняго пальца соотвѣтствуетъ длинѣ діагональной конъюгаты. Это разстоянiе измѣряется съ помощью тазомѣра.

Рис. 18 показываетъ, что конъюгата истинная и конъюгата діагональная образуютъ, съ задней поверхностью лоннаго соединенія, треугольникъ, въ которомъ діагональная конъюгата представляетъ наиболѣе длинную сторону. Чтобы вычислить длину истинной конъюгаты, нужно, стало быть, вычесть изъ длины, найденной для діагональной конъюгаты нѣкоторую цифру, которая колеблется между 1—2 сант., въ зависимости отъ наклоненія лоннаго соединенія и высоты мыса. Въ среднемъ и въ практикѣ, достаточно вычесть $1\frac{1}{2}$ сант. Если, на примѣръ, конъюгата діагональная равна 11 сант. длины, можно считать, что конъюгата истинная имѣетъ $9\frac{1}{2}$ сант.

Такъ какъ выходъ таза суженъ лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ (остеомалація, воронкообразный тазъ и т. д.), то практически можно пренебрегать измѣренiемъ его размѣровъ.

Весь интересъ сосредоточивается на размѣрахъ входа, который, въ случаѣ его суженія, не позволяетъ головкѣ плода установиться и опуститься, въ зависимости отъ степени суженія таза ¹⁾,

¹⁾ Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ головка опускается первой, то она является наиболѣе важной частью плода съ точки зрѣнiя механизма родовъ.



Рис. 17. По Витт'у. Измѣрѣніе діагональной конъюгаты.

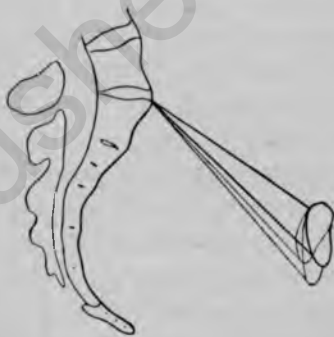


Рис. 18. По Витт'у. Различіе въ отношеніи конъюгаты истинной и конъюгаты діагональной съ измѣненіемъ высоты и наклоненія лоннаго соединенія.

Не слѣдуетъ, однако, забывать, что совершенно правильный тазъ можетъ оказаться въ случаѣ, если плодъ больше нормальнаго размѣра, совершенно въ тѣхъ же условіяхъ, что и суженный тазъ въ случаѣ зрѣлаго плода, и что онъ можетъ дать мѣсто тѣмъ же самымъ оперативнымъ показаніямъ. Стало быть, съ клинической точки зрѣнія, важно не суженіе само по себѣ, а отношеніе между размѣрами головки плода и таза, который долженъ быть пройденъ.

Практически нужно, впрочемъ, отмѣтить, что, если головка стоитъ уже въ полости таза на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, то такой тазъ должно считать к л и н и ч е с к и нормальнымъ. Это замѣчаніе особенно важно для первородящихъ. Въ самомъ дѣлѣ, у нихъ головка вступаетъ въ малый тазъ обычно за 3—4 недѣли до родовъ. Если такого вступленія не происходитъ, то, весьма вѣроятно, существуетъ какое-нибудь несоотвѣтствіе между размѣрами головки плода и таза. Въ такомъ случаѣ, никогда не слѣдуетъ пренебрегать измѣреніемъ таза.

У многорожавшихъ уже свѣдѣнія, полученныя изъ разспроса о ходѣ предыдущихъ родовъ, дадутъ, въ большинствѣ случаевъ, указанія относительно строенія таза. Очевидно,—и мы не будемъ болѣе настаивать на этомъ,—что если всѣ предшествовавшіе роды прошли самопроизвольно, то тазъ можетъ быть только правильнымъ. Если, напротивъ, эти роды сопровождались цѣлымъ рядомъ акушерскихъ вмѣшательствъ (шипцы, повороты или перфорации) ¹⁾, если нѣсколько дѣтей умерло во время

¹⁾ Я не говорю, разумѣется, о симфизиотоміяхъ, о пубіотоміяхъ, о кесарскихъ сѣченіяхъ, которыя уже тѣмъ самымъ подтверждаютъ неправильность тазовъ.

родовъ, если въ анамнезѣ обнаруживаются рядъ неправильныхъ положеній плода (поперечныя, косыя и т. д.), то тотчасъ же слѣдуетъ подумать о возможности существованія суженія таза.

Продолжительность родовъ не даетъ никакихъ цѣнныхъ свѣдѣній, потому что она зависитъ не только отъ сопротивленія таза вступленію въ него подлежащей части, но также и отъ силы маточныхъ сокращеній, фактора очень индивидуальнаго и измѣнчиваго у одной и той же женщины при каждахъ родахъ.

В. КЛАССИФИКАЦІЯ ТАЗОВЪ.

Можно классифицировать тазы, беря за основаніе или ихъ анатомическую форму или этиологию суженія или, наконецъ, оперативныя показанія, которыя вырабатываются тѣмъ или другимъ суженіемъ таза. Отсюда три рода классификаціи: морфологическая классификація, этиологическая классификація и клиническая классификація.

Но нетрудно понять, что для изученія удовлетворительной систематизаціи, невозможно опираться только на одно основаніе. Такъ, напримѣръ, классификація, основанная лишь на этиологіи, не считается съ анатомической формой таза и содержитъ очень различные морфологическіе виды. Но этиологія имѣетъ иногда слишкомъ большое значеніе, чтобы можно было ей пренебречь. Что касается чисто клинической классификаціи, то она стоитъ особо и основывается на совершенно различныхъ данныхъ. Она разсматриваетъ лишь степень суженія, независимо отъ какого-либо этиологическаго или

морфологическаго соображенія, и имѣеть лишь въ виду оперативныя показанія, прямо вытекающія изъ неправильностей таза. Эта трудность въ группировкѣ разнообразныхъ формъ таза породила массу различныхъ классификацій.

На нашъ взглядъ, самая простая классификація должна быть такой, которую легче всего запомнить. Ее мы и приведемъ ниже. Чисто морфологическая для рѣдкихъ формъ, она пользуется и этиологіей въ случаѣ тазовъ съ обычными суженіями. Такимъ образомъ, это—смѣшанная классификація, одновременно этиологическая и морфологическая. Мы ее предлагаемъ лишь для памяти, такъ какъ изученіе этихъ различныхъ формъ таза не входитъ въ задачу настоящаго руководства. Съ клинической точки зрѣнія, особенно интересной для практическаго врача, уже съ давнихъ поръ существуетъ обычай дѣлить тазы на три степени, въ зависимости отъ размѣровъ истинной конъюгаты. Первая степень включаетъ тазы, истинная конъюгата которыхъ равняется отъ 11 до 9 с а н т. Суженіе выражается въ неправильномъ предлежаніи и измѣненіи обычнаго механизма родовъ; но эти послѣднія обыкновенно происходятъ самопроизвольно безъ всякаго осложненія какъ для матери, такъ и для ребенка.

Вторая степень заключаетъ тазы съ истинной конъюгатой отъ 9 до 6 с а н т. Роды еще возможны естественнымъ путемъ, но чаще всего они подвергають какъ мать, такъ и ребенка большой опасности, требующей акушерскаго вмѣшательства. Сюда относятся случаи и с к у с с т в е н н ы хъ преждевременныхъ родовъ, краніотоміи, базіотрипсіи, ке-

I. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦІЯ ТАЗОВЪ.

I. Правильные тазы		1 ⁰ . Тазъ нормальный	
I. Обширные тазы		2 ⁰ Тазъ обширный.	
II. Неправильные тазы.	1 ⁰ . Тазы равномерно суженные	3 ⁰ . Тазъ общеравномерно суженный. 4 ⁰ . Тазъ карлигъ	
	Обычныя формы.	1 ⁰ . Рахитическіе тазы.	а. Неравномерно суженные 5 ⁰ . Тазъ плоскій рахитическій. в. Обще-неравномерно суженные 6 ⁰ . Тазъ обще-суженный, плоскій, рахитическій
2 ⁰ . Не рахитическіе тазы.		а. Неравномерно суженные 7 ⁰ . Тазъ плоскій—не рахитическій. в. Обще-неравномерно суженные 8 ⁰ . Тазъ обще-суженный, плоскій, не рахитическій.	
2 ⁰ . Тазы неравномерно суженные.	Рѣдкія формы.	1 ⁰ . Суженіе въ прямомъ размѣрѣ	9 ⁰ . Тазъ -спондилolistеическій. 10 ⁰ . Тазъ плоскій люксаціонный (врожд. вывихъ). 11 ⁰ . Тазъ расщепленный. 12 ⁰ . Тазъ воронкообразный. 13 ⁰ . Кифотическій.
		2 ⁰ . Суженіе въ поперечномъ размѣрѣ	14 ⁰ . Тазъ Робертсовскій 15 ⁰ . Тазъ остеомалятиическій. 16 ⁰ . Тазъ ложно-остеомалятиическій 17 ⁰ . Тазъ косо-суженный Негелевскій. 18 ⁰ . Тазъ коксалгическій.
		3 ⁰ . Суженіе въ косыхъ размѣрахъ.	19 ⁰ . Тазъ сколиозо-рахитическій. 20 ⁰ . Тазъ кифо-сколиозо-рахитическій.
		4 ⁰ . Суженіе вслѣдствіе образованія оухолей	21 ⁰ . Тазъ экзостотическій

сарскаго сѣченія, симфизіотоміи и пубіотоміи, технику и сравнительныя показанія которыхъ мы изложимъ въ особой главѣ, посвященной лѣченію осложненій родовъ вслѣдствіе неправильностей таза.

Третья степень, наконецъ, заключаетъ тазы, прямой размѣръ которыхъ имѣетъ менѣе 6 сант. и которые не допускаютъ ни въ какомъ случаѣ произойти родамъ естественнымъ путемъ. Извлеченіе плода даже послѣ базіотрипсіи или краніотоміи дѣлается невозможнымъ. Сѣуженіе называется «абсолютнымъ» и кесарское сѣченіе остается въ такомъ случаѣ единственнымъ пособіемъ акушера. Однако, не слѣдуетъ забывать, что существуютъ большія и малыя головки и что одна и та же головка, будучи подвижной и мѣняя свои размѣры, можетъ приспособляться въ большинствѣ случаевъ къ размѣрамъ таза. Эта способность зависитъ отъ степени окостенѣнія черепа, отъ ширины швовъ и родничковъ, которые позволяютъ костямъ сближаться и задвигаться одна за другую, а также отъ силы маточныхъ сокращеній.

Но эта возможность приспособленія головки (доказательство чего мы видимъ ежедневно въ формѣ черепа новорожденныхъ) и сила маточныхъ сокращеній чрезвычайно разнообразны въ каждомъ случаѣ. Изъ этого слѣдуетъ, что входъ классически нормальнаго таза сможетъ оказать большія затрудненія вставленію головки, имѣющей неправильные размѣры или лишь слабо выраженную способность къ измѣненію конфигураціи; между тѣмъ какъ узкій тазъ и даже порядочно сѣуженный позволить головкѣ встаться, если она малыхъ размѣровъ,

II. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦІЯ ТАЗОВЪ.

I.—Тазы отъ 11 до 9 сант.
(небольшое суже-
ніе).

(Уклоненія механизма родовъ, но въ общемъ роды самопроиз-
вольные безъ осложненій для матери и для ребенка).

II.—Тазы отъ 9 до 6 сант.

Роды еще возможны естественнымъ путемъ, но чаще всего
подвергаютъ и мать, и плодъ большимъ опасностямъ, что и выну-
ждаетъ прибѣгать къ слѣдующимъ вмѣшательствамъ:

Преждевременные искусственные роды.
Краниотомія.
Базіотрипсиа.
Кесарское сѣченіе.
Симфизиотомія.
Пубіотомія.

III.—Тазы менѣе 6 сант.

Роды невозможны естественнымъ путемъ, даже въ томъ случаѣ
если плодъ былъ базіотрипсированъ. Кесарское сѣченіе остается въ
такомъ случаѣ единственнымъ хирургическимъ пособіемъ.

если кости мягки, швы широки и если сокращенія матки достаточно сильны. Тазъ, анатомически входящій во вторую категорію, можетъ, такимъ образомъ, клинически рассматриваться, какъ относящійся къ первой категоріи, въ то время какъ тазъ, принадлежащій по своимъ размѣрамъ къ первой категоріи, можетъ дать мѣсто такимъ же оперативнымъ показаніямъ, какъ если бы онъ былъ во второй категоріи.

Слѣдовательно, каждый врачъ, которому приходится заниматься акушерствомъ, не долженъ никоимъ образомъ терять изъ виду, что суженіе таза не служитъ само по себѣ оперативнымъ показаніемъ. Чѣмъ больше приобретаешь опыта, тѣмъ болѣе приходится признать справедливость этой истины.

Когда идетъ дѣло о неправильномъ тазѣ, то акушеръ обреченъ на массу сюрпризовъ.

Природа часто гораздо болѣе могущественна, чѣмъ это можетъ показаться съ перваго взгляда. Сила маточныхъ сокращеній и столь замѣчательная способность головки приспособляться могутъ иногда преодолѣть въ послѣдній моментъ кажущіяся непреодолимая трудности. Въ прекрасной статьѣ на эту тему Fleurent ¹⁾ приводитъ слѣдующій случай:

«Одна женщина поступаетъ въ Страсбургскую акушерскую клинику въ концѣ своей второй бере-

¹⁾ Fleurent. Ist die Perforation des lebenden Kindes unter allen Umständen durch den Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie zu ersetzen? (in Beiträge für Geb. und Gyn. IV. 1901).

менности. Во время первых родовъ пришлось прибѣгнуть къ краниотоміи послѣ трехъ дней родовыхъ болей. Тазъ плоскій рахитическій, съ діагональной конъюгатой въ $10\frac{1}{4}$ сант.

Немного спустя по вступленіи въ клинику, самопроизвольный разрывъ плоднаго пузыря. Головка остается подвижной надъ входомъ и не вставляется.

Профессоръ Freund, опираясь на то, что произошло при первыхъ родахъ, предлагаетъ этой женщинѣ кесарское сѣченіе, чтобы имѣть живого ребенка. Роженица соглашается; но во время необходимыхъ приготовленій является мужъ, который категорически отказывается отъ этой операціи. Остается, стало-быть, предоставить роды силамъ природы и быть готовымъ къ краниотоміи при малѣйшемъ признакѣ опасности для матери.

Послѣ сильныхъ и продолжительныхъ схватокъ въ теченіе ночи, внутреннее изслѣдованіе, произведенное утромъ, обнаруживаетъ, что сверхъ всякаго ожиданія, головка опустилась. Но такъ какъ сердцебіеніе плода стало ослабѣвать, то рѣшаютъ наложить щипцы; ребенка извлекаютъ живымъ безъ всякаго труда».

Я вспоминаю тоже подобный случай, когда, въ бытность мою экстерномъ въ Королевской Дрезденской акушерской клиникѣ, одной женщинѣ собирались уже дѣлать симфизиотомію. Все было уже приготовлено, когда при послѣднемъ изслѣдованіи обнаружилось, что въ этотъ промежутокъ головка опустилась. Легко наложенные весьма легкіе щипцы, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, помогли ребенку появиться на свѣтъ живымъ. Подобные факты, имѣющіе мѣсто гораздо чаще,

чѣмъ объ этомъ предполагають, являются блестящими примѣрами, доказывающими, что показаніе къ вмѣшательству должно являться единственно въ результатѣ клиническихъ знаній, а во все не въ результатѣ неправильностей таза, какъ таковаго.

Чтобы быть хорошимъ акушеромъ недостаточно быть прекраснымъ хирургомъ и умѣть блестяще дѣлать акушерскія операци. Нужно быть также хорошимъ клиницистомъ и помнить, что всякое серьезное вмѣшательство сопровождается извѣстной опасностью, которой мы не имѣемъ права подвергать роженицу безъ точнаго и опредѣленнаго показанія ¹⁾.

¹⁾ Все, что касается спеціально этого вопроса, будетъ изложено въ главѣ, посвященной лѣченію осложненій родовъ вслѣдствіе неправильностей таза.

ГЛАВА II.

П л о д ъ.

1. Членорасположеніе, положенія, предлежанія и позиціи.

А. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНІЕ.

Подъ именемъ членорасположенія обозначаютъ взаимное отношеніе между собой головки, тѣла и членовъ плода (мелкія части).

Внутриматочное нормальное членорасположеніе плода такое, когда онъ, такъ сказать, свернулся въ клубокъ, чтобы занимать какъ можно меньше пространства (рис. 19—50). Туловище сильно согнуто и, стало быть, ягодицы приближены къ головкѣ; послѣдняя тоже согнута и подбородокъ касается груди; бедра совершенно прилегаютъ къ животу, голени согнуты и скрещены впереди бедеръ; наконецъ, руки помѣщаются противъ груди въ промежуткѣ, оставленномъ свободнымъ между головкой и нижними конечностями. Въ этомъ положеніи общая форма плода напоминаетъ большой овоидъ размѣромъ въ 25—30 сант. въ длину, и въ которомъ головка и ягодицы являются двумя полюсами.

Всякое отклоненіе отъ этого типичнаго членорасположенія представляетъ неправильность.

Разгибаніе головки при лицевомъ предлежаніи (рис. 27—34), приподнятіе ножекъ при неполномъ ягодичномъ предлежаніи (рис. 41—46) составляютъ, стало быть, неправильности членорасположенія, которыя, однако, не являются препятствіемъ къ самопроизвольнымъ родамъ.

В. ПОЛОЖЕНІЯ И ПРЕДЛЕЖАНІЯ.

Въ общемъ смыслѣ положеніемъ называютъ направленіе, которое занимаетъ въ маткѣ большая ось плодоваго овоида. Если большая ось плода имѣетъ то же направленіе, что и продольная ось матки, то говорятъ, что положеніе продольно (рис. 19—46); если двѣ оси перпендикулярны одна другой, говорятъ, что положеніе поперечно (рис. 47—50).

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ роды не могутъ окончиться самостоятельно, такъ какъ овоидъ плода, поставленный поперекъ, не сможетъ вступить во входъ таза. Вступленіе возможно лишь тогда, если плодъ предлежитъ въ длину, однимъ или другимъ своимъ концомъ. Изъ этого слѣдуетъ, что поперечное положеніе должно быть по необходимости измѣнено съ помощью специальныхъ приемовъ, въ продольное положеніе.

Такъ назыв. к о с ы я положенія не составляютъ отдѣльной группы. Они являются въ сущности продольными положеніями, при которыхъ нижній конецъ плода (головка или ягодицы) болѣе или менѣе отклоненъ въ одну или въ другую подвздошную впадину. Если они не измѣняются само-

произвольно во время родовъ въ правильныя продольныя положенія, роды возможны, какъ и при поперечныхъ положеніяхъ только съ помощью приемовъ, направленныхъ на измѣненіе этого положенія.

Имѣется много предлежаній продольнаго и поперечнаго положеній плода, и точное предлежаніе опредѣляется частью плода, которая спускается или собирается спуститься первой въ полость таза. Когда овоидъ плода предлежитъ продольно, то онъ предлежитъ однимъ изъ своихъ концовъ: головкой или ягодицами; если онъ предлежитъ поперечно, то предлежитъ однимъ или другимъ плечикомъ.

Головка, главная часть плода, имѣя яйцевидную форму чтобы опуститься въ полость таза, должна предлежать въ длину, т.-е. однимъ изъ своихъ концовъ: затылкомъ или подбородкомъ. Для этого, она должна быть совершенно согнута (правильное положеніе) или совершенно разогнута (неправильное положеніе); отсюда, два вида предлежаній головкой: предлежаніе затылочное (сгибаніе рис. 19—26) и предлежаніе лицевое (разгибаніе рис. 27—34). Въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ, разгибаніе неполно, особенность, которая порождаетъ разновидность: предлежаніе лобное. Однако, въ такомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло не съ типичнымъ предлежаніемъ, но, какъ мы это увидимъ далѣе, просто съ ненормальнымъ сохраненіемъ первоначальной фазы лицевого предлежанія.

Тазовой конецъ можетъ предлежать полностью, при правильномъ членорасположеніи,

представленномъ на рис. 35—40 (предлежаніе ягодичное полное). Однако, чаще всего, нижнія конечности не остаются въ этомъ положеніи прилегающими, такъ сказать, къ ягодицамъ. По мѣрѣ вступленія во входъ онѣ приподнимаются вдоль туловища, что и составляетъ, такъ называемое, предлежаніе ягодичное неполное (рис. 41—46). Классики описываютъ еще предлежаніе ступней и колѣномъ котораго, одно и другое, могутъ быть неполнымъ и полнымъ, въ зависимости отъ того одна или обѣ конечности опущены. Это мнѣ представляется ошибкой. Въ самомъ началѣ родовъ и до излитія водъ, плодъ, предлежащій тазовымъ концомъ, можетъ имѣть предлежаніе только или полное, или неполное ягодичное, но никогда ступнями или колѣнами (что было бы противно правильному членорасположенію, которое мы знаемъ и которое плодъ вынужденъ принять изъ-за формы матки). Если послѣ прохожденія водъ случается опредѣлить во влагалищѣ одну, или другую, или же обѣ ступни, то въ данномъ случаѣ дѣло идетъ собственно не о предлежаніи, но просто о выпаденіи нижнихъ конечностей при ягодичномъ предлежаніи. Это является просто случайностью, какъ въ случаѣ выпаденія ручки или пуповины, и, такъ называемое, предлежаніе «ступней» должно было бы быть вычеркнуто изъ таблицы предлежаній плода.

Т у л о в и щ е, при поперечныхъ положеніяхъ, предлежитъ всегда какимъ-нибудь плечикомъ. Изъ этого получается два вида поперечныхъ предлежаній: предлежаніе лѣваго плечика (рис. 47—48) и предлежаніе праваго плечика (рис. 49—50).

С. ПОЗИЦИИ.

Подъ именемъ п о з и ц и и обозначаютъ положеніе предлежащей части плода по отношенію къ тазу матери.

Чтобы сдѣлать съ пользой какое-нибудь вмѣшательство, недостаточно еще знать, каково предлежаніе плода, но необходимо кромѣ того знать его положеніе, знать, въ какой позиціи онъ находится.

Позиція опредѣляется положеніемъ обозначательной точки, легко распознаваемой при внутреннемъ изслѣдованіи и характерной для каждаго предлежанія. Такъ, для з а т ы л к а такой точкой является з а т ы л о ч н а я к о с т ь, положеніе которой точно опредѣляется нахожденіемъ м а л а г о р о д н и ч к а, каковой обращенъ въ сторону спинки.

Для л и ц а: п о д б о р о д о к ъ, обращенный въ сторону живота; для я г о д и ц ь: к р е с т е ц ъ, обращенный въ сторону спинки; для п л е ч и к о в ъ: плечевая верхушка, каковая опредѣляетъ головку. Эта обозначательная точка можетъ находиться со стороны лѣвой подвздошной кости, со стороны правой подвздошной кости, или же непосредственно спереди за лономъ или, наконецъ, непосредственно сзади передъ крестцомъ.

Отсюда, четыре рода позицій:

Позиція п о д в з д о ш н а я л ѣ в а я.

» п о д в з д о ш н а я п р а в а я.

» л о н н а я.

» к р е с т ц о в а я.

Каждая изъ позицій—подвздошная лѣвая или подвздошная правая даетъ три вида, въ зависимости

отъ того, находится ли спеціальная точка для опредѣленія позиціи на томъ или другомъ концѣ одного изъ косыхъ размѣровъ, т.-е. въ сосѣдствѣ съ однимъ или другимъ подвздошно-лоннымъ бугоркомъ (передній видъ) или въ сосѣдствѣ съ однимъ или другимъ крестцово-подвздошнымъ соединеніемъ (задній видъ) или же въ зависимости отъ того, находится ли она непосредственно слѣва или непосредственно справа, на томъ или другомъ концѣ поперечнаго размѣра (поперечный видъ).

Въ предлежаніи плечика, когда плодь находится въ поперечномъ положеніи, для каждаго плечика имѣются двѣ главныя позиціи: подвздошная правая и лѣвая, безъ вида.

Предлежаніе обозначаютъ, указывая сперва названіе обозначающаго пункта для опредѣленія предлежанія (затылокъ, подбородокъ, крестецъ, плечевую верхушку) затѣмъ названіе позиціи (подвздошная лѣвая или подвздошная правая), напр.: затылочно-подвздошная лѣвая позиція; подбородочно-подвздошная правая, крестцово-подвздошная лѣвая; плечевое-подвздошное правое и т. д.); наконецъ названіе вида (передняя, поперечная или задняя), напр.: затылочно-подвздошное лѣво-переднее; крестцово-подвздошное лѣво-поперечное; подбородочно-подвздошное право-заднее и т. д.).

Для упрощенія, обычно обозначаютъ эти позиціи ихъ соотвѣтственными четырьмя начальными буквами З П Л П. (затылочно-подвздошная лѣво-передняя). Названіе позиціи обозначаетъ само по

себѣ полностью положеніе ребенка въ утробѣ матери; при одномъ произношеніи этихъ четырехъ словъ или четырехъ буквъ, въ умѣ врача должна воспроизвестись немедленно полная картина того, какъ плодъ помѣщается въ маткѣ.

Никакое вмѣшательство невозможно, если врачъ, опредѣливъ при внутреннемъ изслѣдованіи положеніе специальной точки предлежанія, не умѣетъ представить себѣ мысленно и безъ малѣйшаго колебанія точное положеніе младенца.

Основательное изученіе таблицы и нижеприводимыхъ рисунковъ, изображающихъ предлежанія и типичныя позиціи облегчатъ ему эту задачу.

III. ТАБЛИЦА ПОЗИЦІЙ.

Продольныя положенія (99,2%)

Затылокъ (сгибаніе, нормальное положеніе) (95,5%).

Обозначательный пунктъ.	Позиція.	Видъ.	рис.
Затылочнo	подвздошная лѣвая	передній	рис. 19
		поперечный	» 21
		задній	» 23
	подвздошная правая	передній	» 20
		поперечный	» 22
		задній	» 24
лонная (передняя) крестцовая (задняя).	(прорѣзыванія)	»	» 25
		»	» 26

Лицо (разгибаніе, ненормальное положеніе), (0,5%).

Обозначательный пунктъ.	Позиція.	Видъ.	рис.
Подбородочнo	подвздошная лѣвая	передній	рис. 27
		поперечный	» 29
		задній	» 31
	подвздошная правая	передній	» 28
		поперечный	» 30
		задній	» 32
лонная (передняя) крестцовая (задняя).	(прорѣзыванія)	»	» 33
		»	» 34

Ягодицы (3,2%).

Обозначательный пунктъ.	Позиція.	Видъ.	рис. 35	рис. 41
Крестцово	подвздошная лѣвая	передній	» 37	» 43
		задній	» 39	» 45
		поперечный	» 36	» 42
	подвздошная правая	задній	» 38	» 44
		поперечный	» 40	» 46
		»	»	»

1) Прорѣзываніе личика никогда не можетъ произойти въ крестцовомъ (заднемъ) видѣ. Этотъ видъ показанъ въ таблицѣ лишь съ цѣлью показать невозможность самопроизвольныхъ родовъ, когда подбородокъ остается повернутымъ къзади.

2) Видъ прорѣзыванія.

Поперечныя положенія (0,8%).

Лѣвое плечо.

Обозначательный пунктъ.	Позиція.	рис.
Плечево	подвздошная лѣвая	рис. 47
	подвздошная правая	» 48

Правое плечо.

Обозначательный пунктъ.	Позиція.	рис.
Плечево	подвздошная лѣвая	рис. 49
	подвздошная правая	» 50

ПРОДОЛЬНЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ (ЗАТЫЛОЧНЫЯ).

Головка внизу (въ положеніи сгибанія). Ягодицы вверху на днѣ матки.

Рис. 19. Затылочно-подвздошное лѣво-переднее. Большая ось головки въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка влѣво и впередъ. Мелкія части вправо и кзади.

Рис. 20. Затылочно-подвздошное правопереднее. Большая ось головки въ правомъ косомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка вправо кпереди. Мелкія части влѣво и кзади.

Рис. 21. Затылочно-подвздошное лѣво-поперечное. Большая ось головки въ поперечномъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка непосредственно влѣво. Мелкія части непосредственно вправо.

Рис. 22. Затылочно-подвздошное правопоперечное. Большая ось головки въ поперечномъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка непосредственно вправо. Мелкія части непосредственно влѣво.

Рис. 23. Затылочно-подвздошное лѣвозаднее. Большая ось головки въ правомъ косомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка кзади влѣво. Мелкія части вправо кпереди.

Рис. 24. Затылочно-подвздошное правозаднее. Большая ось головки въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка кзади вправо. Мелкія части влѣво кпереди.

Рис. 25. Затылочно-переднее лонное переднее. Большая ось головки въ прямомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка непосредственно кпереди. Мелкія части непосредственно кзади. (Видъ прорѣзыванія).

Рис. 26. Затылочно-крестцовое (заднее). Большая ось головки въ прямомъ размѣрѣ. Затылокъ и спинка непосредственно кзади. Мелкія части непосредственно кпереди. (Видъ прорѣзыванія).



Рис. 19. Предлежаніе затыльно-подвздошное лѣво-переднее



Рис. 20. Предлежаніе затыльно - подвздошное право-переднее.



Рис. 21. Предлежаніе затылочно-подвздошное лѣво-поперечное.



Рис. 22. Предлежаніе затылочно - подвздошное право-поперечное.



Рис. 23. Предлежаніе затылочно-подвздошное лѣво-заднее.



Рис. 24. Предлежаніе затылочно-подвздошное правс-заднее.



Рис. 25. Предлежаніе затылочно-лонное. (Прорѣзываніе головки въ переднемъ видѣ).



Рис. 26. Предлежаніе затылочно-крестцовое. (Прорѣзываніе головки въ заднемъ видѣ).

ПРОДОЛЬНЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ (ЛИЦЕВЫЯ).

Головка внизу (въ положеніи разгибанія). Ягодицы вверху на днѣ матки.

Рис. 27. Подбородочно-подвздошное лѣво-переднее. Большая ось лица въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Подбородокъ влѣво кпереди. Затылокъ и спинка вправо кзади. Мелкія части влѣво кпереди.

Рис. 28. Подбородочно-подвздошное право-переднее. Большая ось лица въ правомъ косомъ размѣрѣ. Подбородокъ вправо кпереди. Затылокъ и спинка влѣво кзади. Мелкія части вправо кпереди.

Рис. 29. Подбородочно-подвздошное лѣво-поперечное. Большая ось лица въ поперечномъ размѣрѣ. Подбородокъ непосредственно влѣво. Затылокъ и спинка непосредственно вправо. Мелкія части непосредственно влѣво.

Рис. 30. Подбородочно-подвздошное право-поперечное. Большая ось лица въ поперечномъ размѣрѣ. Подбородокъ непосредственно вправо. Затылокъ и спинка непосредственно влѣво. Мелкія части непосредственно вправо.

Рис. 31. Подбородочно-подвздошное лѣво-заднее. Большая ось лица въ правомъ косомъ размѣрѣ. Подбородокъ влѣво кзади. Затылокъ и спинка вправо кпереди. Мелкія части влѣво кзади.

Рис. 32. Подбородочно-подвздошное право-заднее. Большая ось лица въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Подбородокъ вправо кзади. Затылокъ и спинка влѣво кпереди. Мелкія части вправо кзади.

Рис. 33. Подбородочно-лонное (переднее). Большая ось лица въ прямомъ размѣрѣ. Подбородокъ у лоннаго соединенія. Затылокъ и спинка непосредственно кзади. Мелкія части непосредственно кпереди. (Видъ прорѣзыванія).

Рис. 34. Подбородочно-крестцовое (заднее). Большая ось лица въ прямомъ размѣрѣ. Подбородокъ непосредственно кзади. Затылокъ и спинка непосредственно кпереди. Мелкія части непосредственно кзади (Прорѣзываніе лица въ этомъ заднемъ видѣ, въ дѣйствительности, не существуетъ, такъ какъ лицо никогда не можетъ прорѣзаться, какъ это видно на рисункѣ, въ заднемъ видѣ).



Рис. 27. Предлежаніе подбородочно - подвздошное лѣво-переднее.



Рис. 28. Предлежаніе подбородочно - подвздошное право-переднее.



Рис. 29. Предлежаніе подбородочно - подвздошное лѣво-поперечное.



Рис. 30. Предлежаніе подбородочно - подвздошное право-поперечное.



Рис. 31. Предлежаніе подбородочно - подвздошное лѣво-заднее.



Рис. 32. Предлежаніе подбородочно - подвздошное право-заднее.



Рис. 33. Предлежаніе подбородочно-лонное. (Прорѣзываніе лица въ переднемъ видѣ).



Рис. 34. Предлежаніе подбородочно-крестцовое. Прорѣзываніе лица въ этомъ заднемъ видѣ на самомъ дѣлѣ не существуетъ, такъ какъ лицо никогда не можетъ прорѣзаться, какъ это видно на рисункѣ, въ заднемъ видѣ.

ПРОДОЛЬНЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ.

(Полное ягодичное).

Ягодицы внизу. Головка вверху на днѣ матки.

Рис. 35. Крестцово-подвздошное лѣво-переднее. Крестецъ и спинка влѣво кпереди. Поперечный діаметръ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части вправо кзади.

Рис. 36. Крестцово-подвздошное право-переднее. Крестецъ и спинка вправо кпереди. Поперечный діаметръ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части влѣво кзади.

Рис. 37. Крестцово-подвздошное лѣво-заднее. Крестецъ и спинка вправо кзади. Поперечный діаметръ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части вправо кпереди.

Рис. 38. Крестцово-подвздошное право-заднее. Крестецъ и спинка кзади и вправо. Поперечный діаметръ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части влѣво кпереди.

Рис. 39. Крестцово-подвздошное лѣво-поперечное. Крестецъ и спинка непосредственно влѣво. Поперечный діаметръ въ прямомъ размѣрѣ. Мелкія части вправо. (Прорѣзываніе).

Рис. 40. Крестцово-подвздошное право-поперечное. Крестецъ и спинка непосредственно вправо. Поперечный размѣръ въ прямомъ заднемъ размѣрѣ. Мелкія части влѣво. (Прорѣзываніе).



Рис. 35. Предлежаніе крестцово-подвздошное лѣво-переднее.



Рис. 36. Предлежаніе крестцово-подвздошное право-переднее.



Рис. 37. Предлежаніе крестцово-подвздошное лѣво-заднее.



Рис. 38. Предлежаніе крестцово-подвздошное право-заднее.



Рис. 39. Предлежаніе крестцово - подвздожное лѣво-поперечное. (Прорѣзываніе).



Рис. 40. Предлежаніе крестцово - подвздожное правопоперечное. (Прорѣзываніе).

ПРОДОЛЬНЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ.

(Неполное ягодичное).

Ягодицы внизу. Головка вверху на
днѣ матки.

Рис. 41. Крестцово-подвздошное лѣво-переднее. Крестецъ и спинка влѣво кпереди. Поперечный діаметръ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части вправо кзади.

Рис. 42. Крестцово-подвздошное право-переднее. Крестецъ и спинка вправо кпереди. Поперечный діаметръ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части влѣво кзади.

Рис. 43. Крестцово-подвздошное лѣво-заднее. Крестецъ и спинка налѣво кзади. Diameter bi-trochanteria въ косомъ лѣвомъ діаметрѣ. Мелкія части направо спереди.

Рис. 44. Крестцово-подвздошное право-заднее. Крестецъ и спинка вправо кзади. Поперечный діаметръ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Мелкія части влѣво кпереди.

Рис. 45. Крестцово-подвздошное лѣво-поперечное. Крестецъ и спинка непосредственно влѣво. Поперечный діаметръ въ прямомъ размѣрѣ. Мелкія части непосредственно вправо. (Прорѣзываніе).

Рис. 46. Крестцово-подвздошное право-поперечное. Крестецъ и спинка непосредственно вправо. Поперечный діаметръ въ прямомъ размѣрѣ. Мелкія части непосредственно влѣво. (Прорѣзываніе).



Рис. 41. Предлежаніе крестцово-подвздошное лѣво-переднее.



Рис. 42. Предлежаніе крестцово - подвздошное право-переднее.



Рис. 43. Предлежание крестцово-подвздошное лѣво-заднее.



Рис. 44. Предлежание крестцово-подвздошное право-заднее.



Рис. 45. Предлежаніе крестцово-подвздошное лѣво-поперечное. (Прорѣзываніе).



Рис. 46. Предлежаніе крестцово-подвздошное право-поперечное. (Прорѣзываніе).

ПОПЕРЕЧНЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ.

Лѣвое плечо.

Рис. 47. Плечевое подвздошное лѣвое.
Головка влѣво. Ягодицы вправо. Спинка кзади. Мелкія
части кпереди.

Рис. 48. Плечевое-подвздошное правое.
Головка вправо. Ягодицы влѣво. Спинка кпереди. Мелкія
части кзади.

Правое плечо.

Рис. 49. Плечевое-подвздошное лѣвое.
Головка влѣво. Ягодицы вправо. Спинка кпереди. Мелкія
части кзади.

Рис. 50. Плечевое-подвздошное правое.
Головка вправо. Ягодицы влѣво. Спинка кзади. Мелкія
части кпереди.



Рис. 47. Предлежаніє лѣваго плеча въ подвздошно-лѣвой позиціи.



Рис. 48. Предлежаніє лѣваго плеча въ подвздошно-правой позиціи.



Рис. 49. Предлежаніє праваго плеча въ подвздошно-лівої позиціі.



Рис. 50. Предлежаніє праваго плеча въ подвздошно-правой позиціі.

II. Головка плода.

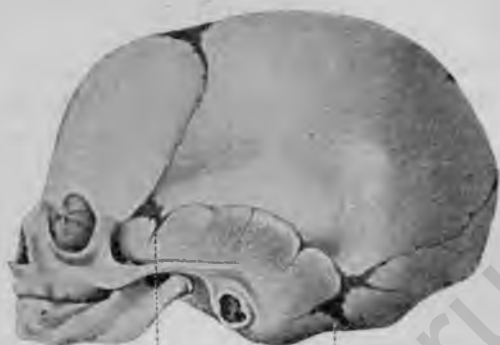
Вслѣдствіе объема и своихъ размѣровъ, головка зрѣлаго плода испытываетъ, при своемъ прохожденіи, больше сопротивленія со стороны таза, чѣмъ остальные части тѣла плода.

Такъ какъ она имѣетъ яйцевидную форму, малая оконечность которой соотвѣтствуетъ подбородку, а большая—задней части черепной крышки, головкѣ приходится, сверхъ того, продѣлать рядъ опредѣленныхъ движеній, которыя ей позволяютъ въ каждый данный моментъ противопоставлять различнымъ и послѣдовательнымъ плоскостямъ родового канала наиболѣе подходящія размѣры головки при ея прохожденіи черезъ тазъ. Изъ этого слѣдуетъ, что голова должна быть изучена въ специальномъ отдѣлѣ, такъ какъ съ точки зрѣнія механизма родовъ она составляетъ наиболѣе важную часть плода.

A. ШВЫ И РОДНИЧКИ.

Основаніе черепа зрѣлаго плода уже окостенѣло и неизмѣнно, въ то время какъ кости свода связаны между собой фиброзными промежутками; роднички и швы прощупываются при внутреннемъ изслѣдованіи черезъ мягкія части, и ихъ нужно хорошо распознавать. Направленіе первыхъ и нахожденіе вторыхъ по отношенію къ тазу служатъ, въ самомъ дѣлѣ, въ акушерской практикѣ для опредѣленія позицій предложенія головки.

На этомъ основаніи различаютъ (рис. 51 и 52):



Боковой родничек передній

Боковой родничек задній

Рис. 51. Черепъ зрѣлаго плода сбоку.



Рис. 52. Черепъ зрѣлаго плода сверху.

1°. Стрѣловидный шовъ, который идетъ отъ середины черепа къ верхнему углу затылочной кости. Онъ раздѣляетъ двѣ темянныя кости (рис. 52).

2°. Лобный шовъ, который является продолженіемъ стрѣловиднаго шва кпереди. Онъ доходитъ до корня носа и раздѣляетъ двѣ лобныя кости (рис. 52).

3°. Вѣнечный шовъ, образованный изъ двухъ развѣтвленій, которыя раздѣляютъ направо и налево задній край лобной кости отъ передняго края соотвѣтствующей темянной; онъ перекрещиваетъ по средней линіи стрѣловидный и лобный швы и приводитъ, съ каждой стороны, къ чешуйчатой части височной кости (рис. 51 и 52) ¹⁾.

4°. Ламбдовидный шовъ, который раздѣляетъ задній край темянныхъ костей отъ чешуйчатой части затылочной. Шовъ этотъ образованъ двумя развѣтвленіями, направляющимися снизу вверхъ и снаружи внутрь и соединяющимися по средней линіи, на заднемъ концѣ стрѣловиднаго шва (рис. 51 и 52 ¹⁾). Швы эти различны по своей ширинѣ. На головкахъ зрѣлыхъ и крупныхъ плодовъ они узки и имѣютъ едва одинъ миллиметръ ширины, на головкахъ же недоношенныхъ младенцевъ или у тѣхъ, головка которыхъ мало окостенѣла, швы значительно шире и имѣютъ 2, 3 и 4 миллиметра.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подъ вліяніемъ сбли-

¹⁾ Височный шовъ, отдѣляющій чешуйчатую часть височной кости отъ затылочной, теменной и лобной (рис. 51), не прощупывается на головкѣ, покрытой своими мягкими частями.



Рис. 53. Задняя часть черепа зрѣлаго плода, показывающая захождение костей одна на другую и конфигурацію головки во время родовъ.



Рис. 54. Боковая часть черепа зрѣлаго плода показывающая ту же конфигурацію.

женія костей во время родовъ, промежутковъ въ собственномъ смыслѣ не существуетъ; шовъ въ такомъ случаѣ просто представленъ гребнемъ, образованнымъ выдающимся краемъ одной изъ костей, которая болѣе или менѣе заходитъ на кость противоположной стороны (рис. 53 и 54).

На передней части черепного свода, на мѣстѣ соединенія вѣчнаго, лобнаго и стрѣловиднаго швовъ, находится перепончатое пространство, имѣющее форму ромба. Это—большой родничекъ или передній родничекъ (рис. 52), болѣе длинные передніе края котораго образованы лобными костями и задніе края, меньшихъ размѣровъ, темянными костями. Четыре угла этого родничка соотвѣтствуютъ мѣсту окончанія стрѣловиднаго, вѣчнаго и лобнаго швовъ.

Передній родничекъ называется также б р е г м а т и ч е с к и м ъ, потому что то мѣсто ея поверхности, гдѣ должны были бы соединиться четыре продолженные шва, является центромъ маленькой области, называемой б р е г м о й.

На задней части головы, на уровнѣ верхняго угла затылочной кости, находится задній родничекъ или маленькій родничекъ (рис. 51 и 52), образованный соединеніемъ стрѣловиднаго шва съ двумя развѣтвленіями ламбовиднаго шва.

Въ большинствѣ случаевъ, этотъ родничекъ не существуетъ, какъ перепончатое пространство. Это просто на просто пунктъ схождения трехъ швовъ. Въ дѣйствительности, трехугольное пространство существуетъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда окостенѣніе головы недостаточно выражено. Задній родничекъ, какъ выше было указано, составляетъ обозна-

вательную точку, по нахожденіи которой опредѣляется положеніе головки при затылочныхъ предлежаніяхъ.

На рис. 51, представляющемъ черепъ сбоку, замѣтны еще два перепончатыхъ пространства. Они не имѣютъ значенія въ акушерствѣ.

Одно пространство расположено на вершинѣ большого крыла клиновидной кости и называется переднимъ боковымъ родничкомъ; другое въ формѣ звѣзды, находится въ задней части головки и отдѣляетъ теменную и височную кости отъ затылочной; это задній боковой родничекъ. При внутреннемъ изслѣдованіи передней боковой родничекъ не прощупывается, что не имѣетъ мѣста съ заднимъ, треугольная форма котораго можетъ быть по ошибкѣ принята за малый родничекъ, если изслѣдованіе производится безъ послѣдовательности.

Швы и роднички придаютъ головкѣ одно существенное достоинство: сжимаемость, которая позволяетъ ей уменьшаться и приспосабливаться къ размѣрамъ таза, когда послѣдніе недостаточны. Этотъ результатъ достигается благодаря возможности, каковую даютъ эти перепончатые пространства, сближаться костямъ и заходить въ случаѣ необходимости одна на другую (рис. 53 и 54).

В. РАЗМѢРЫ И ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВКИ ЗРѢЛАГО ПЛОДА.

Точное знаніе размѣровъ и окружностей головки зрѣлаго плода имѣютъ то же значеніе, что и размѣры и плоскости таза,

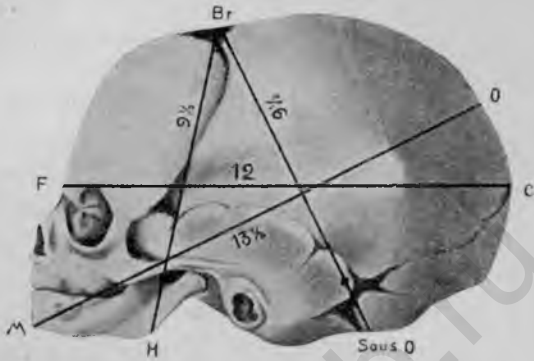


Рис. 55. Размѣры головки плода, расположенные въ сагитальной плоскости.

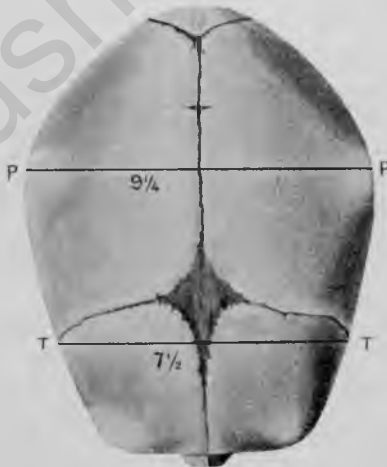


Рис. 56. Размѣры головки плода, перпендикулярные сагитальной плоскости.

Оно является обязательнымъ для пониманія механизма самопроизвольныхъ родовъ, необходимымъ условіемъ при всякой попыткѣ оперативнаго вмѣшательства.

Въ сагитальной плсскости различаютъ слѣдующіе размѣры:

1°. П р я м о й р а з м ѣ р њ, идущій отъ корня носа къ наиболѣ выдающейся точкѣ затылочной кости (12 сант.). (Fo)

2°. Б о л ь ш о й к о с о й р а з м ѣ р њ, идущій отъ подбородка къ наиболѣ удаленной точкѣ черепа ($13\frac{1}{2}$ сант.). (Mo)

3°. М а л ы й к о с о й р а з м ѣ р њ отъ основанія затылочной кости къ брегма, т.-е. къ срединѣ большого родничка ($9\frac{1}{2}$ сант.). (SO Br)

4°. В е р т и к а л ь н ы й и л и о т в ѣ с н ы й р а з м ѣ р њ (H Br) отъ угла нижней челюсти къ срединѣ большого родничка ($9\frac{1}{2}$ сант.). Перпендикулярно сагитальной плоскости, различаютъ, кромѣ того (рис. 56).

5°. Б о л ь ш о й п о п е р е ч н ы й р а з м ѣ р њ (PP) отъ одного темянного бугра къ другому ($9\frac{1}{4}$ сант.);

6°. М а л ы й п о п е р е ч н ы й р а з м ѣ р њ (TT) отъ одного бокового передняго родничка къ другому ($7\frac{1}{2}$ сант.). Каждый изъ содержащихся въ сагитальной плоскости размѣровъ находится, кромѣ того, въ плоскости одной изъ главныхъ окружностей головки.

О к р у ж н о с т и, с о о т в ѣ т с т в у ю щ і я малому косому и отвѣсному размѣрамъ, являются наименьшими. Каждая изъ нихъ имѣетъ 32 сант.; о к р у ж н о с т ь, с о о т в ѣ т с т в у ю щ а я прямому размѣру, имѣетъ 34 сант.

Окружность, соответствующая большому косому размеру, или большая окружность, имѣетъ 35 сант.

Всѣ эти цифры слѣдуетъ запомнить, потому что они указываютъ зрѣлость плода.

Если мы сравнимъ ихъ съ размѣрами нормальнаго таза, то мы увидимъ, что головка



Рис. 57. Головка въ безразличномъ положеніи передъ вставленіемъ.

не можетъ пройти въ тазъ безразличнымъ способомъ.

Чтобы имѣть возможность пройти и опуститься въ полость таза, головка должна по необходимости противопоставлять входу таза свои размѣры, соответственно размѣрамъ этого входа.

Между тѣмъ мы видимъ, что въ сагитальной плоскости головки, размѣры большой косой и прямой не подходятъ къ родовому каналу по своимъ величинамъ, тогда какъ размѣры малый косой и отвѣсный подходятъ къ нему.

Размѣры большой и малый поперечные, располо-



Рис. 58. Вставленіє головки съ помощью сгибанія (затылочное).



Рис. 59. Вставленіє головки съ помощью разгибанія (лицевое).

женные въ перпендикулярныхъ плоскостяхъ, еще болѣе подходить.

Когда, въ предлежаніяхъ головнымъ концомъ, головка еще подвижна надъ входомъ, она находится въ безразличномъ положеніи (рис. 57), ни согнутой, ни разогнутой, и противопоставляетъ одному изъ косыхъ размѣровъ таза свой прямой размѣръ, причѣмъ лобъ и затылочной бугоръ находятся на одной и той же высотѣ. Ея большой поперечный размѣръ, относительно малый, соотвѣтствуетъ другому косому размѣру таза. Но этотъ прямой размѣръ (12 сант.) слишкомъ великъ для косыхъ размѣровъ таза. Необходимо, стало быть, чтобы головка противопоставила имъ свой болѣе короткій размѣръ, малый косою или отвѣснымъ ($9\frac{1}{4}$ сант.), оба соотвѣтствующіе своимъ наименьшимъ окружностямъ. Чтобы достигъ этого результата, не измѣняя направленія своего большого поперечнаго размѣра, правильно установившагося, головка сгибается (предлежаніе затылочное рис. 58) или наоборотъ разгибается (предлежаніе лицевое рис. 59). Мы позже изложимъ механизмъ этого сгибанія и разгибанія. Указанныя выше данныя необходимы въ настоящее время для пониманія слѣдующей главы.

ГЛАВА III.

Распознаваніе положеній, предлежаній и позицій.

Распознаваніе положеній, предлежаній и позицій производится слѣдующими тремя способами: ощупываніемъ живота, выслушиваніемъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ. Эти три способа, зависяые другъ отъ друга, взаимно дополняютъ одинъ другого. Они должны всегда производиться одинъ за другимъ, въ опредѣленномъ порядкѣ.

А. ОЩУПЫВАНІЕ ЖИВОТА.

Ощупываніе живота является способомъ изслѣдованія, предназначеннымъ для опредѣленія, черезъ брюшную и маточную стѣнки, различныхъ частей плода, положеніе которыхъ указываетъ положеніе, предлежаніе и родъ позиціи плода. Женщина должна быть положена насколько возможно въ горизонтальномъ положеніи со слегка согнутыми бедрами такимъ образомъ, чтобы уменьшить напряженіе брюшныхъ стѣнокъ. Она не должна лежать посреди кровати, но какъ можно ближе къ краю ея, чтобы изслѣдованіе не было утомительнымъ для

врача. Послѣдній можетъ помѣститься безразлично справа или слѣва отъ роженицы.

Изслѣдованіе должно производиться въ промежутокъ между схватками. Нужно, стало быть, выждать нѣкоторое время, если ощупываніе жи-



Рис. 60. Опредѣленіе высоты стоянія дна матки.

вота вызываетъ сокращеніе матки, такъ какъ въ такой моментъ маточныя стѣнки не поддаются сдавливанію и не позволяютъ болѣе прощупать никакой части плода.

Ощупываніе живота даетъ вѣрныя и быстрые результаты лишь въ томъ случаѣ, если оно производится послѣдовательно.

Первый способъ состоитъ въ опредѣленіи локтевымъ краемъ руки высоты стоянія дна матки,

которая покажетъ, доношена ли беременность, или нѣтъ (рис. 60).

Это же наружное изслѣдованіе даетъ возможность опредѣлить контуръ органа и его общую форму.

Если большая ось матки продольна, то слѣдуетъ предположить до новаго показанія продольное положеніе; если большая ось поперечна, то это заставитъ подозрѣвать поперечное положеніе. Прощупываніе плода въ собственномъ смыслѣ должно всегда начинаться отысканіемъ головки и состоитъ изъ трехъ приемовъ, которые необходимо продѣлать послѣдовательно и въ опредѣленномъ порядкѣ.

Но такъ какъ плодъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ предлежитъ головкой, изъ этого слѣдуетъ, что первый приемъ прощупыванія плода долженъ всегда состоять въ изслѣдованіи таза. Чаше всего, головка прощупывается тамъ. Прощупывается ли головка въ тазу или нѣтъ, однако тазъ тотчасъ же будетъ приведенъ въ извѣстность насчетъ предлежанія. Послѣдующее описаніе трехъ приемовъ наружнаго изслѣдованія заимствовано у проф. Pinard'a ¹⁾.

Первый приемъ (рис. 61—66)²⁾.—Онъ состоитъ въ томъ, что врачъ кладетъ ладони руки на животъ, каждую руку съ одной и другой стороны нижней части живота, на 5—6 сантим. отъ средней линіи, пальцами внизъ, касаясь передняго края таза и на-

¹⁾ A. Pinard. Traisé du palper abdominal. G. Steinheil. Paris 1889.

²⁾ Значеніе наружнаго изслѣдованія и различные приемы этого способа были особенно освѣщены въ Германіи работами проф. G. Leopold'a и его учениковъ.

жимая маточно-брюшную стѣнку спереди назадъ и снаружи внутрь, стараясь сблизить руки, одна съ другой. Или концами пальцевъ можно опредѣлить ощущение сопротивленія вслѣдствіе нахожденія округленнаго и большого тѣла, которое



Рис. 61. Наружное изслѣдованіе (1-й приемъ). Обслѣдованіе таза. Предлежаніе головкой. Головка во входѣ. Начало сгибанія головки. (ЗПЛП).

мѣшаетъ пальцамъ проникнуть глубже, выполняя полость (рис. 61—64); или же пальцы могутъ погрузиться между стѣнками полости. Но они ощущаютъ своей ладонной поверхностью крупную часть плода, подвижную надъ входомъ таза (рис. 65, см. также рис. 57), или же еще пальцы встрѣчаютъ только сопротивленіе со стороны мягкихъ частей и могутъ погрузиться болѣе или менѣе глубоко

и сблизиться безъ препятствія по средней линіи (рис. 66).

Въ первомъ случаѣ (полость заполнена), если тѣло, которое встрѣчается, правильно округлено, плотно и твердо (рис. 61, 62 и 63), то дѣло можетъ идти только о головномъ концѣ.



Рис. 62. Наружное изслѣдованіе (1-й приѣмъ). Обслѣдованіе таза. Предлежаніе головкой. Головка установилась (ЗПЛП).

Ягодицы не даютъ подобнаго впечатлѣнія.

Пальцы не задерживаются быстро при давленіи сверху внизъ; но, при сближеніи рукъ по средней линіи, пальцы ощущаютъ своей ладонной поверхностью (рис. 64), а не своими концами болѣе или менѣе большое тѣло, которое отнюдь не представляется закругленнымъ и правильнымъ, и не даетъ столь характернаго ощущенія твердости головки.

Сверхъ того, въ томъ случаѣ, если установилась головка, то головная опухоль всегда болѣе доступна, болѣе выпукла съ одной стороны, чѣмъ съ другой; такимъ образомъ, въ то время, какъ пальцы одной руки могутъ опуститься болѣе или



Рис. 63. Наружное изслѣдованіе (1-й приемъ). Обслѣдованіе таза. Предлежаніе лицомъ (ППЛП).

менѣе низко въ полость, пальцы другой руки останавливаются раньше, на болѣе или менѣе высокомъ уровнѣ (рис. 61, 62 и 63, см. также рис. 58 и 59)¹⁾ Эта болѣе выдающаяся часть головки, болѣе доступная и болѣе приподнятая, образуется лобной

¹⁾ Проф. С. Леорold, изъ Дрездена, придерживается точно такого же взгляда.

частью при предлежаніи затылкомъ (рис. 61 и 62) и только исключительно, образуется затылкомъ при предлежаніи лицомъ по причинѣ его рѣдкости (рис. 63).

По мѣрѣ того, какъ затылокъ опускается, лобъ



Рис. 64. Наружное изслѣдованіе (1-й приемъ). Обслѣдованіе таза. Предлежаніе ягодицами (КПЛП).

поднимается, такъ что даже въ тотъ моментъ, когда головка находится на тазовомъ днѣ, лобъ еще прощупывается во входѣ или немного надъ входомъ (рис. 62).

Когда вставленіе головки менѣе выражено и сгибаніе ея еще не достаточно, разница высоты стоянія лба и затылка всегда ясно ощущается (рис. 61).

Лобная часть еще не только выше расположена,

но и болѣе тверда, болѣе поверхностна, чѣмъ затылочная. Этого простого факта уже вполне достаточно, чтобы одновременно и тотчасъ же установить распознаваніе предлежанія и вида позиціи. Такимъ образомъ, если опухоль болѣе



Рис. 65. Наружное изслѣдованіе (1-й приемъ). Обслѣдованіе таза. Предлежаніе головкой. Головка подвижна надъ входомъ (ЗПЛ).

доступна справа, дѣло идетъ о предлежаніи затылкомъ въ подвздошно-лѣвой позиціи (ЗПЛ) рис. 61 и 62); если головная опухоль болѣе доступна слѣва, то дѣло идетъ о подвздошно-правой позиціи (ЗПП).

При предлежаніи лицомъ головка разгибается, подбородокъ спускается, затылокъ поднимается. Образуемая имъ опухоль очень велика и занимаетъ, повидимому, только одну сторону или вѣрнѣе

одну половину малаго таза (рис. 63, см. также рис. 59). Она очень округлена, весьма велика и легко доступна съ этой стороны; ея, какъ будто бы, нѣтъ съ другой стороны.

Когда предлежащая часть плода еще не опусти-



Рис. 66. Наружное изслѣдованіе (1-й приемъ). Обслѣдованіе таза. Поперечное положеніе.

лась, то ощущеніе получается совсѣмъ иное.

Въ такомъ случаѣ, надъ входомъ получается ощущеніе твердаго, округленнаго, правильнаго и подвижнаго плода. Его можно захватить между ладонными поверхностями пальцевъ обѣихъ рукъ (рис. 65) и придать ему болѣе или менѣе значительныя боковыя движенія. Кромѣ того, въ этомъ случаѣ не находишь ча-

сти болѣе доступной съ одной стороны, чѣмъ съ другой.

При такихъ условіяхъ иногда возможно смѣшать ягодицы съ головкой, а единственно, что можно тогда утверждать, это существованіе продольнаго положенія. Распознаваніе можетъ быть поставлено лишь изслѣдованіемъ дна матки (рис. 67—68), позволяющимъ, при предлежаніи ягодицъ, прощупать вверху присутствіе головки.

Наконецъ, въ третьемъ случаѣ, пальцы могутъ касаться другъ друга по средней линіи, не встрѣчая на своемъ пути никакого препятствія (рис. 66). Нижняя часть матки совершенно свободна.

Такой случай бываетъ тогда, когда плодъ помѣщается поперечно ¹⁾. Изъ предыдущаго, такимъ образомъ, видно, что первый приемъ прощупыванія черезъ животъ позволяетъ узнать, продольно ли положеніе рис. 61—65) или же оно поперечно (рис. 66), и въ первомъ случаѣ, предлежать ли затылокъ (рис. 61, 62, 65), лицо (рис. 63) или ягодицы (рис. 64).

Второй приемъ состоитъ въ обслѣдованіи дна матки (рис. 67—68). На днѣ матки слѣдуетъ искать головку, если первымъ приемомъ ее не обнаружили въ нижней части живота.

При второмъ приемѣ врачъ ²⁾ поворачивается къ лицу беременной и помѣщаетъ свои руки, съ вытянутыми пальцами, на дно матки такъ, чтобы пальцы касались другъ друга своими концами.

¹⁾ Нижній конецъ плода можетъ еще, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, быть болѣе или менѣе отклоненъ въ одну или въ другую подвздошную впадину. Это то, что называется косымъ положеніемъ.

²⁾ Pinard, loc. citat.

Часть плода, находящаяся на днѣ матки, прощупывается и обследуется. Если дѣло идетъ о продольномъ положеніи, то здѣсь находятъ ягодицы (рис. 67) или головку (рис. 68), которыя не занимаютъ средней линіи, но всегда отклонены немного



Рис. 67. Наружное изслѣдованіе (2-й приѣмъ). Обслѣдованіе дна матки. Предлежаніе затылкомъ.

въ сторону, вслѣдствіе сгибанія плода, отчего ихъ и находятъ скорѣе въ правомъ или лѣвомъ подреберіи.

Чаще всего, на днѣ матки находятъ ягодицы,

Послѣднія (рис. 67) даютъ ощущеніе большого, неправильнаго тѣла, болѣе мягкой консистенціи, чѣмъ головка, въ большинствѣ случаевъ не баллотирующаго и продолжающагося непосредственно

безъ всякаго перерыва со спинкой. Возлѣ нихъ часто опредѣляются мелкія части. Эти послѣднія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ бы прилежать къ ягодицамъ, въ другихъ же болѣе или менѣе отстоятъ отъ нихъ; онѣ могутъ также совершенно не прощупываться, когда спинка, напр., поворочена совершенно впередъ или же когда дѣло идетъ о неполномъ ягодичномъ предлежаніи. Головка (рис. 68), кромѣ своихъ характерныхъ признаковъ, отличается еще двумя слѣдующими: б а л л о т и р о в а н і е мъ ¹⁾, каковое ощущается, когда по брюшной стѣнкѣ, соотвѣтствующей головкѣ, дѣлаютъ быстрый, короткій толчокъ, и о щ у щ е н і е мъ ш е й н о й б о р о з д ы. Не слѣдуетъ, однако, забывать, что головка можетъ, будучи плотно обхвачена дномъ матки, не баллотировать, особливо у первородящихъ. Если ножки находятся по сосѣдству съ головкой, то головку можно по ошибкѣ принять за ягодицы, которыя, впрочемъ, иногда могутъ великолѣпно баллотировать; а если часть плода, опредѣленная предлежащей внизу, первымъ пріемомъ, прощупываніемъ черезъ животъ, не распознана съ точностью за головку, то могутъ быть сомнѣнія, является ли часть, находящаяся на днѣ матки, головкой или ягодицами.

Чтобы рѣшить вопросъ, необходимо перейти къ третьему пріему прощупыванія черезъ животъ, который состоитъ въ обслѣдованіи боко-

¹⁾ Ощущеніе баллотированія, по удачному сравненію Rajot, таково же, какъ и ощущеніе, которое испытываешь, когда дашь щелчокъ по куску, плавающего въ стаканѣ воды, льда. Чувствуешь, что твердое тѣло, содержащееся въ маткѣ, удаляется и возвращается, давая такимъ образомъ ощущеніе возвратнаго толчка.

выхъ частей живота (рис. 69, 70 и 71). Въ случаѣ продольнаго положенія, необходимо отыскать съ какой стороны, справа или слѣва, находится спинка.

Съ этой цѣлью врачъ кладетъ свои руки плашмя съ каждой стороны на брюшную стѣнку точно



Рис. 68. Наружное изслѣдованіе (2-й приемъ). Обслѣдованіе дна матки. Предлежаніе ягодицами.

такъ же, какъ это дѣлаютъ для опредѣленія флюктуаціи (рис. 69 и 70).

Онъ старается отдать себѣ отчетъ, послѣдовательнымъ подавливаніемъ, съ какой стороны онъ испытываетъ наибольшее сопротивленіе. Если наибольшее сопротивленіе сщущается слѣва, то спинка находится слѣва; если справа, то и спинка справа. Рука, сдавливающая маточно-брюшную

стѣнку, будетъ ощущать на одной изъ сторонъ непрерывно продолжающуюся съ одного до другого конца плода, твердую плоскость.

Испытываемое ощущеніе не всегда одно и то же. Чаще всего спинка плода плотно прилегаетъ къ



Рис. 69. Наружное изслѣдованіе (3-й приемъ). Облѣдованіе боковыхъ частей живота. Отысканіе спинки.

стѣнкѣ матки и твердая плоскость кажется поверхностной.

Въ другихъ случаяхъ, между спинкой плода и стѣнкой матки помѣщается нѣкоторое количество амниотической жидкости; въ такомъ случаѣ, твердая поверхность кажется лежащей глубже, такъ какъ пальцы принуждены перемѣщать мѣшающую жидкость. Съ противоположной спинкѣ стороны прощупывается, сверхъ того, очень часто присут-

ствіе подвижныхъ, неправильныхъ частей плода, которыя являются ничѣмъ инымъ, какъ конечностями. Эти послѣднія отъ времени до времени производятъ толчки, касаясь стѣнки матки. Ихъ присутствіе, однако, не постоянно. Онѣ могутъ отсутствовать, когда спинка плода направлена впередъ.



Рис. 70. Наружное изслѣдованіе (3-й приемъ). Обслѣдованіе боковыхъ частей живота. Нахожденіе спинки.

Когда, при продольныхъ положеніяхъ, существуетъ какое-нибудь сомнѣніе въ томъ, занято ли дно матки головкой или ягодицами, то слѣдуетъ отдать себѣ отчетъ, какимъ образомъ спинка соединяется съ верхнимъ концомъ плода.

Если этотъ конецъ соединяется безъ борозды, безъ выемки, непосредственно съ твердой спинной поверхностью, то это ягодицы (рис. 67).

Напротивъ, если рука, прощупывающая снизу вверх спинку, терять съ ней соприкосновеніе въ моментъ, когда она приближается къ верхнему концу плода и ощущаетъ замѣтную выемку, борозду, отдѣляющую спинку отъ верхняго его конца, то это головка (рис. 68).



Рис. 71. Наружное изслѣдованіе (3-й приемъ). Обслѣдованіе боковыхъ частей живота. Отъокиваніе головки. Поперечное положеніе.

Опредѣленіе борозды между верхнимъ концомъ плода и спинкой является патогномическимъ признакомъ присутствія головки на днѣ матки. Отсутствіе ея заставляютъ думать о нахожденіи тамъ ягодиць.

При предлежаніи лицомъ (разогнутая головка),

сравнительно быстро опредѣляютъ при болѣе внимательномъ обслѣдованіи, что значительная выпуклость, образованная съ одной стороны затылкомъ, находится со стороны спинки плода и что въ этомъ-то мѣстѣ существуетъ довольно глубокая борозда, въ которую иногда свободно проникаютъ пальцы (рис. 63).

Когда головка не найдена ни въ нижней части живота, ни на днѣ матки, то ее нужно искать въ одной или другой сторонѣ (рис. 71), такимъ же образомъ, какъ и при второмъ приемѣ наружнаго изслѣдованія. Головка и ягодицы будутъ распознаны по тѣмъ же признакамъ, о которыхъ мы говорили по поводу обслѣдованія дна матки, при чемъ въ большинствѣ случаевъ соединяющая ихъ твердая поверхность, т.-е. спинка, будетъ находиться спереди. Если спинка находится сзади, то распознаваніе при посредствѣ прощупыванія черезъ животъ можетъ быть очень затруднительно и въ такомъ случаѣ можетъ появиться нѣкоторая неувѣренность, такъ какъ прощупываніе борозды имѣетъ еще большее значеніе, чѣмъ баллотированіе, а это послѣднее можетъ, иногда, производиться ягодицами.

В. ВЫСЛУШИВАНІЕ.

Выслушиваніе имѣетъ цѣлью: опредѣлить присутствіе или отсутствіе сердцебіенія плода, его частоту и силу, а также область живота, гдѣ это сердцебіеніе выслушивается съ наибольшей ясностью.

Такъ какъ эта область зависитъ отъ положенія, которое занимаетъ плодъ въ маткѣ, то выслуши-

ваніе сердцебіенія плода становится, съ точки зрѣнія распознаванія, необходимымъ, какъ провѣрка и дополненіе прошупыванія черезъ животъ. Ощупываніе и выслушиваніе должны привести къ одинаковымъ результатамъ, и, если существуетъ между ними разногласіе, то необходимо вторично продѣлать изслѣдованіе этими способами для того, чтобы убѣдиться въ точномъ положеніи плода.

Сверхъ того, выслушиваніе сердцебіенія является цѣннымъ пособіемъ во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ прохожденія водъ, прошупываніе частей плода сдѣлалось, если не невозможнымъ, то во всякомъ случаѣ затруднительнымъ вслѣдствіе постоянного сокращенія матки.

Предпочтительнѣе производить выслушиваніе посредствомъ инструмента, безусловно менѣе неприятное, какъ для роженицы, такъ и для врача. Крімъ того, оно позволяетъ опредѣлить болѣе точное мѣсто сердцебіенія плода.

Животъ долженъ быть обнаженъ, чтобы избѣжать всякаго ложнаго шума между ухомъ врача и брюшной стѣнкой; для выслушиванія пользуются стетоскопомъ съ широкимъ раструбомъ и съ закругленными краями (рис. 72).

Стетоскопъ прикладывается, совершенно перпендикулярно, съ помощью руки на ту область живота, гдѣ хотять прослушать сердцебіеніе. Помѣстивъ ухо на его площадку, отнимаютъ руку, чтобы не производить ненормальныхъ шумовъ пальцами при прикосновеніи къ трубкѣ инстру-



Рис. 72.
Акушерскій
стетоскопъ.

мента. Во время сокращенія матки выслушивать не слѣдуетъ; женщина въ это время не спокойна и стонетъ.

Сердечные тоны плода двойные и похожи на тикъ-такъ часовъ. Нормальная ихъ частота колеблется между 120 и 160; въ среднемъ 140 ударовъ.

Выслушиваются они болѣе или менѣе ясно въ зависимости отъ толщины маточно-брюшной стѣнки и количества амниотической жидкости.

Какъ и при всѣхъ другихъ шумахъ, ихъ передача совершается значительно легче черезъ тѣла твердыя, чѣмъ черезъ жидкости. Изъ этого слѣдуетъ, что тоны сердца безусловно яснѣе прослушиваются въ области, гдѣ, при данномъ положеніи, грудь плода прилегаетъ непосредственно къ стѣнкѣ матки.

Съ противоположной же стороны, въ силу того, что они отдѣлены нѣкоторымъ количествомъ амниотической жидкости, тоны сердца почти или совершенно не слышны.

Они всегда выслушиваются на извѣстномъ протяженіи отъ 6 до 10 сантим. въ діаметрѣ, но имѣется постоянно болѣе ограниченный участокъ въ 2—3 сантим., на которомъ тоны выслушиваются болѣе ясно; по мѣрѣ удаленія отъ этого круга, тоны становятся все болѣе глухими, выслушиваются все слабѣе и слабѣе, и наконецъ, совершенно исчезаютъ. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда амниотической жидкости мало, бываетъ, что тоны сердца выслушиваются съ обѣихъ сторонъ живота, но и въ этомъ случаѣ они всегда болѣе ясны съ одной стороны, чѣмъ съ другой.

Необходимо, слѣдовательно, прежде всего оты-

скать мѣсто, гдѣ находится наибольшая ясность тоновъ, мѣсто, которое вслѣдствіе этого называется фокусомъ выслушиванія сердцебіенія, а также мѣсто положенія ягодиць плода.



Рис. 73. Фокусъ выслушиванія сердцебіенія и распространенія сердечныхъ тоновъ при затылочно-подвздошномъ лѣво-поперечномъ предлежаніи. (З П Л П).

При затылочномъ предлежаніи, въ непосредственномъ соприкосновеніи со стѣнкой матки находится спинка плода. Поэтому и фокусъ выслушиванія сердцебіенія находится здѣсь всегда со стороны спинки и въ области, занятой грудью, т.-е. значительно ближе къ головкѣ, чѣмъ къ ягодицамъ плода (рис. 73).

Такимъ образомъ для ЗПЛП или для ЗППП сердцебіеніе необходимо искать слѣва и справа,

немного ниже линіи, соединяющей пупокъ съ передней верхней остью. Наибольшая ясность тоновъ сердца, стало быть, фокусъ выслушиванія сердцебіенія и распространеніе сердечныхъ тоновъ при затылочно-под-



Рис. 74. Фокусъ выслушиванія сердцебіенія и распространеніе сердечныхъ тоновъ при лицевомъ подбородочно-подвздошномъ лѣво-поперечномъ предлежаніи. (П П Л П).

вздошномъ лѣво-переднемъ предлежаніи будетъ находиться сзади этой линіи, если спинка находится болѣе кзади, какъ это бываетъ при лѣво-задней и право-задней позиціяхъ.

По мѣрѣ того, какъ головка совершаетъ свое вращеніе, сердечный фокусъ тоже мѣняетъ мѣсто; онъ приближается къ средней линіи, что бы помѣститься къ моменту выхожденія головки, точно

подъ лоннымъ соединеніемъ. При лицевомъ предлежаніи, гдѣ головка сильно разогнута, весь плодъ имѣетъ сгибаніе въ противоположную сторону, чѣмъ сгибаніе, наблюдающееся при затылочномъ предлежаніи.



Рис. 75. Фокусъ выслушиванія сердцебіенія и распростра-
неніе сердечныхъ тоновъ при ягодичномъ крестцово-под-
вздошномъ лѣво-переднемъ предлежаніи.

Ягодицы приближены къ затылку, грудь непосредственно соприкасается со стѣнкой матки; спинка, напротивъ, удалена отъ стѣнки матки и между ними находится опредѣленное количество амниотической жидкости.

Изъ этого слѣдуетъ, что при лицевомъ предлежаніи, фокусъ выслушиванія сердцебіенія на-

ходится, въ противоположность затылочному предлежанію, съ противоположной спинкѣ стороны, т.-е. со стороны мелкихъ частей (рис. 74), что слѣдуетъ хорошо запомнить. такъ



Рис. 76. Фокусъ выслушиванія сердцебіенія и распространіе сердечныхъ тоновъ при плечевомъ подвздошно-правомъ предлежаніи.

какъ въ этомъ и заключается существенный дифференціальный признакъ этого предлежанія, позволяющій дополнить свѣдѣнія полученныя при прощупываніи черезъ животъ.

При ягодичномъ предлежаніи, въ силу тѣхъ же соображеній, наибольшая ясность сердечныхъ тоновъ находится надъ или по сосѣдству съ пуп-

комъ, справа или слѣва, въ зависимости отъ положенія спинки (рис. 75); а при поперечномъ положеніи, всегда со стороны головки, на различной высотѣ, въ зависимости отъ положенія плода надъ входомъ таза (рис. 76).

Важно также отличать сердечные тоны плода отъ другихъ шумовъ, которые отмѣчаются при выслушиваніи живота беременной женщины.

Среди этихъ добавочныхъ шумовъ, мѣшающихъ выслушиванію, необходимо отмѣтить кишечныя урчанія, удары, производимые движеніями плода, пульсацію аорты, передающаяся иногда уху врача, и особенно **м а т о ч н ы й ш у м ъ**.

Этотъ шумъ, напоминающій собой звукъ, когда произносятся тихо слогъ «ву», происходитъ во время прохожденія крови по большимъ, спиральнымъ артеріямъ матки. Онъ—и **з о х р о н и ч е н ь с ь п у л ь с о м ъ м а т е р и** и не всегда выслушивается въ одномъ и томъ же мѣстѣ.

Онъ можетъ отсутствовать иной день и появиться вновь на другой. Тоны сердца плода сопровождаются иногда особымъ мягкимъ шумомъ. Это, такъ называемый, **п у п о в и н н ы й ш у м ъ**, происходящій въ сосудахъ пуповины, очень измѣнчивый по силѣ и интенсивности.

По роду его происхожденія уже можно предполагать, что онъ и **з о х р о н и ч е н ь с ь с е р д ц е б і е н і е м ъ** плода, что его отличаетъ и дифференцируетъ отъ маточнаго шума, который сверхъ того и значительно интенсивнѣе. Онъ производится сдавливаніемъ сосудовъ пуповины, сдавливаніемъ, производимымъ тѣснымъ сбитіемъ ея вокругъ шеи, туловища и конечностей плода или сдав-

ливаніемъ пуповины между какой-нибудь частью тѣла плода и стѣнкой матки.

Въ первомъ случаѣ, этотъ шумъ постояненъ; во второмъ, онъ временный и можетъ затѣмъ исчезнуть навсегда, если сдавливаніе прекращается вслѣдствіе самопроизвольнаго измѣненія положенія плода.

Не всякое обвитіе вызываетъ пуповинный шумъ; для его появленія, необходимо, чтобы пуповина обвилась довольно туго и, чтобы благодаря этому происходило уменьшеніе просвѣта пупочныхъ сосудовъ.

Въ дальнѣйшемъ мы увидимъ клиническое значеніе этого признака.

С. ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

Внутреннее изслѣдованіе состоитъ во введеніи одного или двухъ пальцевъ во влагалище (въ нѣкоторыхъ случаяхъ—цѣлой руки) въ цѣляхъ отдать себѣ отчетъ о состояніи таза, мягкихъ частей, періода родовъ, а также въ цѣляхъ сдѣлать точное распознаваніе предлежащей части, распознаваніе, безъ котораго невозможно никакое, хотя бы малѣйшее, вмѣшательство безъ того, чтобы не подвергнуть мать и плодъ самымъ серьезнымъ опасностямъ.

Такимъ образомъ, внутреннее изслѣдованіе дополняетъ наружное, подтверждаетъ уже поставленное распознаваніе и даетъ ему большую точность.

Въ этомъ послѣднемъ отношеніи оно можетъ дать всѣ желательныя свѣдѣнія лишь когда зѣвъ матки достаточно раскрытъ, чтобы можно было

легко распознать предлежаніе и положеніе обозначательнаго пункта, по которому опредѣляется позиція. Присутствіе или отсутствіе оболочекъ пузыря безразлично, такъ какъ предлежащая часть можетъ быть изслѣдована черезъ плодныя оболочки.

Необходимо, однако, производить это изслѣдованіе въ промежуткѣ между схватками. Дѣло въ томъ, что во время схватокъ пузырь наливается въ видѣ шара впереди предлежащей части плода и изслѣдованіе послѣдней становится очень затруднительнымъ, а кромѣ того, пузырь можетъ быть разорванъ неосторожнымъ надавливаніемъ. Между тѣмъ, преждевременный разрывъ пузыря является нежелательнымъ, его необходимо избѣгать, во что бы то ни стало, потому что онъ замедляетъ роды и предрасполагаетъ къ инфекціи.

Кромѣ того, внутреннее изслѣдованіе во время схватки чрезвычайно болѣзненно. Оно утомляетъ и нервируетъ роженицу, не давая въ то же время необходимыхъ точныхъ результатовъ. Стало быть, если происходитъ схватка, изслѣдованіе временно прекращается и затѣмъ, спустя нѣкоторое время, возобновляется. Между схватками очень легко и безопасно сдвинуть плодный пузырь, продвинуть изслѣдующій палецъ до непосредственнаго соприкосновенія съ предлежащей частью плода и внимательно ее изслѣдовать.

Понятно само собой, что для того, чтобы такое изслѣдованіе было возможно, необходимо, чтобы предлежащая часть находилась достаточно низко и была доступна пальцу.

Необходимо, изслѣдованіе производить безразлично одной и другой рукой, чтобы положеніе



Рис. 77. Введение пальца для внутреннего исследования.



Рис. 78. Внутреннее исследование правой рукой.

кровати не стѣсняло въ этомъ отношеніи акушера. За исключеніемъ случаевъ, когда это абсолютно необходимо, когда особыя обстоятельства вынуждаютъ произвести болѣе осторожное или болѣе обширное изслѣдованіе, предпочтительно изслѣдовать однимъ лишь пальцемъ, указательнымъ, что безконечно менѣе болѣзненно для женщины.

Прежде чѣмъ производить изслѣдованіе, необходимо осмотрѣть наружные половые органы, промежность и заднепроходное отверстіе, чтобы убѣдиться въ томъ, нѣтъ ли какихъ-либо подозрительныхъ ссадинъ, или сифилитическихъ пупуль. Стало бытъ изслѣдованіе должно производиться открыто, а не подъ простыней, какъ это практиковалось раньше.

Женщина должна приблизиться къ краю кровати, согнуть нижнія конечности и раздвинуть ихъ насколько возможно.

Въ прежнее время, указательный палецъ направлялся сперва въ межъягодичную бороздку, возможно ближе къ задней спайкѣ. Палецъ поднимался по этой бороздкѣ и, естественно, попадалъ въ наружные половые органы. Этотъ способъ, позволявшій производить изслѣдованіе, не раскрывая женщины, имѣетъ большіе недостатки съ точки зрѣнія асептики и не долженъ болѣе употребляться. Въ самомъ дѣлѣ, продезинфицированный палецъ, при своемъ прохожденіи въ межъягодичной бороздкѣ, захватываетъ въ ней патогенные микроорганизмы и неизбѣжно переноситъ ихъ выше.

Словомъ, внутреннее изслѣдованіе должно производиться слѣдующимъ образомъ: послѣ тщательнаго дезинфицированія рукъ, раздвигаютъ

двумя пальцами неизслѣдующей руки малыя губы такъ, чтобы полуоткрыть наружные половые органы, и, такимъ образомъ, сдѣлать доступнымъ зрѣнію все протяженіе полового отверстія, чтобы можно было ввести изслѣдующій указательный палецъ непосредственно во влагалище (рис. 77). При введеніи указательнаго пальца, рука ставится ребромъ, три другіе пальца пригибаются къ ладони, а большой палецъ, отведенный, смотритъ прямо вверхъ. Необходимо при этомъ сильно опустить локоть и опереться имъ на кровать такъ, чтобы предплечье имѣло солидную опору, чтобы кисть сохраняла всю свою подвижность и чтобы указательный палецъ могъ проникнуть насколько возможно выше въ полость таза.

Чѣмъ выше изслѣдуемая предлежащая часть, тѣмъ больше нужно приподнять указательный палецъ, что можно сдѣлать, лишь углубляя локоть въ матрацъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда головка находится еще надъ входомъ шеи, когда стараются достигнуть мысь, чтобы провѣрить, не суженъ ли тазъ, полезно для достаточнаго проникновенія указательнаго пальца приподнять тазъ съ помощью положенной подъ ягодицы подушки или же просить женщину самое приподнять тазъ такъ, чтобы измѣнить наклоненіе послѣдняго и приблизить мысь къ изслѣдующему пальцу.

Введенный палецъ нужно повернуть ладонной поверхностью (мякотью) кверху супинаціоннымъ движеніемъ, каковое переведетъ большой палецъ со средней линіи, въ которой онъ находился, въ лѣвую бедренную складку, если вводятъ палецъ

правой руки, или же въ правую складку, если вводятъ палецъ лѣвой руки (рис. 78).

Только мякоть пальца обладаетъ тонкой чувствительностью, необходимой для оцѣнки ощущеній, полученныхъ при изслѣдованіи. При посредствѣ внутренняго изслѣдованія производятся три слѣдующихъ распознаванія:

1^о опредѣленіе предлежанія;

2^о опредѣленіе размѣра таза, въ которомъ лежащая часть находится и

3^о опредѣленіе позиціи, т.-е. отысканіе обозначательной точки, которая находится всегда на периферіи.

1^о. Опредѣленіе предлежанія. —
Теменное предлежаніе (рис. 79—86) узнается легко по присутствію костяной, твердой, правильно закругленной, большой и упругой опухли, на поверхности которой прощупываются вышеописанные швы. Ощущеніе, которое они даютъ, то же, что даетъ очень малое, линейное, перепончатое пространство, расположенное между двумя костями или же выпуклый гребень, образованный краемъ одной кости, заходящимъ за другую. На периферіи, прощупается малый или большой родничекъ. Необходимо вспомнить, что большой родничекъ образованъ перепончатымъ пространствомъ ромбовидной формы, въ четырехъ углахъ котораго кончаются четыре шва, въ то время, какъ въ маломъ родничкѣ нѣтъ перепончатого пространства и онъ представляетъ собой лишь точку схожденія трехъ швовъ.

При предлежаніи ягодиць (рис. 87—92) палець прощупываетъ обычно переднюю ягодицу, которая даетъ мягковатую, тѣстообразную консистенцію, легко вдавливаемую. Обходя ея контуры, палець попадаетъ въ межъягодичную борозду, гдѣ онъ прощупываетъ заднепроходное отверстіе, верхушку копчика и нижнюю часть крестца. Болѣе кзади палець попадаетъ на другую ягодицу, обычно труднѣе прощупываемую.

Часто возможно опредѣлить полъ плода, если, съ противоположной заднему проходу стороны, палець прощупываетъ небольшую, мягкую и подвижную массу, которая является ничѣмъ инымъ, какъ яичками.

Болѣе кнаружи, можно попасть на одну или на обѣ ножки въ случаѣ полного ягодичнаго предлежанія. При неполномъ ягодичномъ предлежаніи ягодицы могутъ быть сразу приняты за головку плода, такъ какъ онѣ не сопровождаются конечностями и такъ какъ, вслѣдствіе полного сгибанія бедеръ, консистенція мягкихъ частей болѣе упруга по причинѣ натяженія кожи.

Болѣе внимательное изслѣдованіе, отсутствіе швовъ, прощупываніе заднепроходнаго отверстія, и результаты наружнаго изслѣдованія позволяютъ избѣгнуть ошибки.

При предлежаніи лица (рис. 93—100), палець попадаетъ на лобъ, на вѣнечный шовъ, иногда даже на родничекъ, когда головка еще не вполне разогнута.

Поверхностное изслѣдованіе можетъ заставить думать о предлежаніи затылка; но болѣе тщательное изслѣдованіе позволитъ убѣдиться, что ощущаемый шовъ очень коротокъ и что вмѣсто того, чтобы

привести къ малому родничку, онъ прямо приводитъ: съ одной стороны къ большому родничку, а съ другой къ корню носа, справа и слѣва котораго прощупываются надбровныя дуги.

Можно также различить оба глазныхъ яблока, которыя даютъ ощущеніе двухъ маленькихъ, округленныхъ, выпуклыхъ и твердыхъ опухолей. Между ними находится вдавленіе, приводящее къ небольшой пирамидальной выпуклости, носу, въ которомъ можно различить раздѣляющую два отверстія перегородку.

Продолжая изслѣдованіе въ томъ же направленіи, палецъ попадаетъ въ ротъ, который иногда продѣлываетъ сосательныя движенія, если въ него введенъ палецъ, и затѣмъ на выпуклость подбородка.

Съ каждой стороны линіи, по которой палецъ слѣдуетъ, онъ встрѣчаетъ щеки и скуловые кости.

Черезъ нѣкоторое время послѣ прохожденія воды, лицо подвергается серозно-кровяной инфильтраціи, которая дѣлаетъ его при первомъ изслѣдованіи неузнаваемымъ. Щеки тогда опухаютъ, почти соприкасаются одна съ другой, и ограничиваютъ бороздку, въ глубинѣ которой спрятанъ носъ. Ротъ иногда можно распознать лишь съ трудомъ. Измѣненное ротовое отверстіе округляется (см. рис. 93—100) и ограничивающія его опухшія губы даютъ пальцу ощущеніе заднепроходнаго отверстія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда отекъ очень выраженъ, распознаваніе можетъ быть очень затруднено и можно смѣшать предлежаніе ягодицъ и предлежаніе лица. Палецъ чувствуетъ присутствіе мягковатой, округленной опухоли, безъ всякихъ ясныхъ деталей; щека, въ такихъ случаяхъ,

легко принимается за ягодицу; межскуловая бороздка имѣетъ вполнѣ видимость межъягодичной бороздки и малые размѣры отверстія отекашаго рта заставляють смѣшать его съ заднепроходнымъ отверстіемъ. Отекія вѣки могутъ быть приняты даже за мошонку.

Ошибка избѣгается изслѣдованіемъ дна бороздки. Ягодицы узнаются по выпуклости, образованной позади заднепроходнаго отверстія копчикомъ; тогда, какъ лицо опредѣляется носомъ, узнаваемымъ по своей пирамидальной формѣ съ двумя отверстиями на одной изъ своихъ сторонъ.

Когда ягодицы начинаютъ опускаться, то почти всегда, во время родовыхъ болей, плодъ теряетъ нѣкоторое количество меконія вслѣдствіе давленія, производимаго сокращеніемъ матки и брюшнаго пресса. Но это появленіе меконія черезъ влагалище не является ни въ коемъ случаѣ подтвержденіемъ въ пользу предлежанія ягодиць. То же самое можетъ, въ самомъ дѣлѣ, быть при предлежаніяхъ затылка и лица, когда плодъ, въ силу того или другого обстоятельства, подвергается начавшейся асфиксіи.

Распознаваніе предлежанія плечика (рис. 101—108) можетъ быть сдѣлано внутреннимъ изслѣдованіемъ лишь послѣ разрыва пузыря.

До этого же плодъ помѣщается еще слишкомъ высоко, чтобы его можно было достать пальцемъ и лучше всего въ такихъ случаяхъ прибѣгнуть къ наружному изслѣдованію, съ помощью котораго легче опредѣлить поперечное положеніе плода.

Присутствіе въ пузырь какой-нибудь конечности плода должно заставить думать о возможности

поперечнаго положенія, но не слѣдуетъ забывать, что выпаденіе ручки можетъ имѣть мѣсто при головномъ предлежаніи, выпаденіе одной или двухъ ножекъ при ягодичномъ предлежаніи. Когда пузырь разорванъ, распознаваніе наружными приемами становится наоборотъ очень затруднительнымъ и даже совсѣмъ невозможнымъ, такъ какъ въ такомъ случаѣ матка непосредственно облегаетъ плодъ и теряетъ совершенно свою мягкость, даже во время отсутствія схватокъ. Въ этотъ моментъ внутреннее изслѣдованіе пріобрѣтаетъ все свое значеніе. При введеніи пальца во влагалище, необходимо возможно ниже опустить локоть, такъ какъ изслѣдуемая часть плода находится очень высоко, надъ входомъ таза.

Палецъ попадаетъ на продолговатую поверхность, послѣдовательно представляющую костныя массы и слабо замѣтныя вдавленія. Костяныя поверхности образуются ребрами, а вдавленія—межреберными пространствами, а поверхность получила названіе (р е б е р н о й р ѣ ш е т к и), которое опредѣляетъ испытываемое ощущеніе. При его наличности можно быть увѣреннымъ, что плодъ предлежитъ своей боковой частью.

Верхняя конечность, соотвѣтствующая предлежащему плечу, можетъ остаться прижатой къ туловищу (рис. 105—108) или же выпадать во влагалище (рис. 101—104).

2° и 3°. Опредѣленіе тазового размѣра, по которому опускается плодъ и распознаваніе позиціи.— Точное распознаваніе предлежанія (т.-е. позиціи) опредѣляется, какъ мы это видѣли, положеніемъ обозначательной точки, расположенной на пери-

ферии, такт называемой «обозначательной точкой позиціи»: для теменного предлежанія—з а т ы л о к ъ; для лицевого предлежанія—п о д б о р о д о к ъ; крестецъ для ягодичнаго предлежанія, и плечевая верхушка для предлежанія туловища. Это положеніе зависитъ единственно отъ тазового размѣра опусканія плода, въ одномъ изъ концовъ его и слѣдуетъ искать обозначательную точку. Для того, чтобы найти ее быстро и вѣрно, необходимо производить внутреннее изслѣдованіе, опредѣленнымъ образомъ, какъ это описываютъ Farabeuf и Varnier¹⁾.

Такъ какъ обозначательная точка находится на периферіи, то, казалось бы естественнымъ, искать ее, обслѣдуя прежде всего округлость предлежащей части плода. Но это было бы большой ошибкой, такъ какъ иногда точка эта недостижима для пальца, будучи расположена слишкомъ высоко въ моментъ изслѣдованія, или же потому, что ее затемняетъ край недостаточно раскрытаго зѣва матки.

Кромѣ того, что касается спеціально теменного предлежанія, очень легко совершенно ошибиться относительно дѣйствительной позиціи головки, если послѣ нахожденія малаго родничка одна изъ вѣтвей ламбдовиднаго шва будетъ принята за стрѣловидный шовъ.

Съ другой стороны, если палецъ попадаетъ сперва на большой родничекъ, то еще легче принять

¹⁾ Farabeuf и Varnier. Введеніе къ клиническому и практическому изученію родовъ. Paris G. Steinheil 1891.

одно изъ развѣтвленій вѣчнаго шва за тотъ же самый стрѣловидный шовъ.

На самомъ же дѣлѣ, съ практической точки зрѣнiя, прежде всего важно опредѣлить размѣръ таза, въ которомъ опускается головка.

Выяснить этотъ вопросъ является первой задачей и мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, когда будетъ разсматриваться вопросъ о наложенiи щипцовъ, что ошибка, состоящая въ принятiи ЗПЛП за ЗППЗ, ЗППП за ЗПЛЗ и обратно, менѣе опасна, чѣмъ когда ЗПЛП принимается за ЗППП или ЗППЗ за ЗПЛЗ. Въ самомъ дѣлѣ, сдѣланная ошибка не влечетъ за собой досадныхъ послѣдствiй въ первомъ случаѣ, потому что и въ ЗПЛП и въ ЗППЗ головка находится въ одномъ и томъ же размѣрѣ такъ, что введенiе ложекъ и наложенiе щипцовъ будутъ приблизительно одни и тѣ же. Точно то же слѣдуетъ сказать и по поводу ЗППП и ЗПЛЗ. Напротивъ при смѣшенiи ЗПЛП съ ЗППП или ЗПЛЗ съ ЗППЗ, т.-е. въ случаѣ ошибки въ тазовомъ размѣрѣ опусканiя плода, щипцы обязательно будутъ наложены совершенно неправильно.

Такимъ образомъ прежде всего слѣдуетъ опредѣлить тазовой размѣръ, по которому опускается подлежащая часть плода. Слѣдуя по нему пальцемъ, изслѣдующiй по необходимости попадетъ на одномъ или другомъ концѣ размѣра на искомую обозначательную точку. Послѣдующее описанiе внутренняго изслѣдованiя въ опредѣленномъ порядкѣ заимствовало у Farabeuf'a и Varnier.

Чтобы найти вѣрно и быстро размѣръ опусканiя, необходимо приставить палецъ непосредственно за



Рис. 79. ЗПЛП. Стрѣловидный шовъ въ лѣвомъ ко-
сомъ размѣрѣ. Малый родничекъ влѣво кпереди.
Большой родничекъ вправо кзади.



Рис. 80. ЗПЛЗ. Стрѣловидный шовъ въ лѣвомъ ко-
сомъ размѣрѣ. Малый родничекъ вправо кзади.
Большой родничекъ влѣво кпереди.



Рис. 81. ЗППП. Стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Малый родничекъ вправо кпереди. Большой родничекъ влѣво кзади.



Рис. 82. ЗПЛЗ. Стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Малый родничекъ влѣво кзади. Большой родничекъ вправо кпереди.

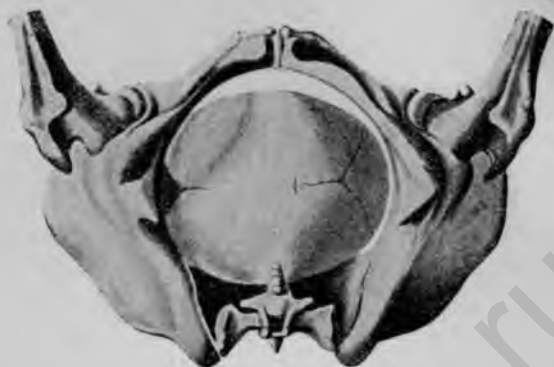


Рис. 83. ЗПЛП. Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ
размѣрѣ. Малый родничекъ прямо влѣво. Большой
родничекъ прямо вправо.

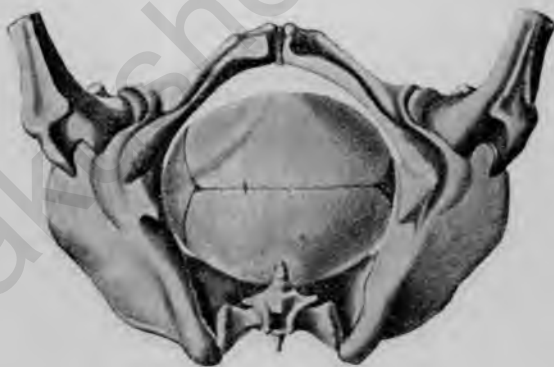


Рис. 84. ЗППП. Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ
размѣрѣ. Малый родничекъ прямо вправо. Большой
родничекъ прямо влѣво.

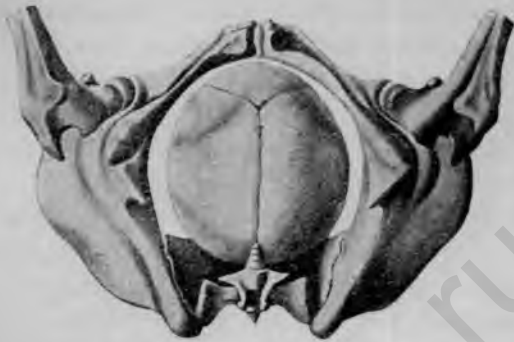


Рис. 85. ЗП. Позиція прорѣзыванія. Стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ. Малый родничекъ прямо кпереди.

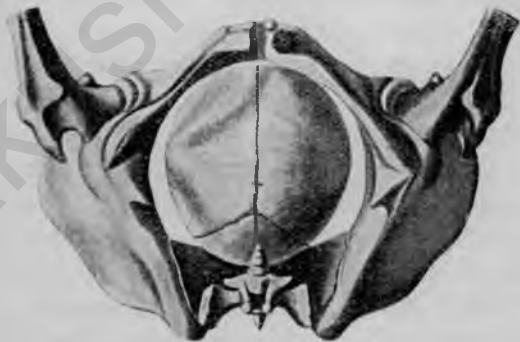


Рис. 86. ЗЗ. Позиція прорѣзыванія. Стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ. Малый родничекъ прямо къзади,

лонной костью на подлежащую часть плода и, теряя соприкосновения съ ней, слѣдовать пальцемъ по передне-заднему размѣру таза.

При теменномъ предлежаніи, какова бы ни была позиція головки, палецъ, слѣдующій указаннымъ образомъ спереди назадъ, встрѣтитъ, почувствуетъ и перекреститъ шовъ или въ видѣ узкой, перепончатой ленты, вдавливаемой между двумя параллельными костными краями, или же въ видѣ гребня, если существуетъ захожденіе одной кости за другую. Этотъ шовъ всегда будетъ только стрѣловиднымъ швомъ, какъ это видно на рис. 79—84.

Необходимо слѣдовать концомъ пальца по встрѣтившемуся шву. Его направленіе покажетъ прежде всего размѣръ таза, по которому опускается головка. Затѣмъ палецъ попадетъ, съ одной или другой стороны, безъ возможной ошибки и прямо на малый родничекъ,—искомую обозначательную точку. Въ противоположномъ направленіи стрѣловидный шовъ приведетъ къ обычно труднѣе прощупываемому, за исключеніемъ ЗПЛЗ, ЗППЗ и ЗК, большому родничку иногда даже совсѣмъ недостижаемому, если головка хорошо согнута.

Въ выходѣ таза и только въ немъ, палецъ находитъ, если поворотъ головки уже произошелъ, стрѣловидный шовъ не въ косомъ и не въ поперечномъ, а въ прямомъ размѣрѣ съ обозначательной точкой—родничкомъ непосредственно кпереди за лоннымъ соединеніемъ или къзади непосредственно въ сосѣдствѣ съ копчикомъ (рис. 85-86).

При ягодичномъ для того, чтобы достигнуть и, вѣрно и быстро, найти копчикъ и крестцово-копчиковый гребешокъ, искомыя обозначательныя



Фиг. 87. КПЛП. Межъгодичная бороздка въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Крестецъ влѣво кпереди. Половые части и ножки вправо кзади.



Фиг. 88. КППЗ. Межъгодичная бороздка въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Крестецъ вправо кзади. Половые части и ножки влѣво кпереди.



Рис. 89. КППП. Межъягодичная бороздка въ правомъ косомъ размѣрѣ. Крестецъ вправо кпереди. Половые части и ножки влѣво кзади.



Рис. 90. КПЛЗ. Межъягодичная бороздка въ правомъ косомъ размѣрѣ. Крестецъ влѣво кзади. Половые части и ножки вправо кпереди.



Рис. 91. КПЛП. Позиція прорѣзыванія. Межъягодичная бороздка въ поперечномъ размѣрѣ. Крестецъ прямо влѣво. Половыя части и ножки прямо вправо.



Рис. 92. КППП. Позиція выхожденія. Межъягодичная бороздка въ поперечномъ размѣрѣ. Крестецъ прямо вправо. Половыя части и ножки прямо влѣво.



Рис. 93. ППЛП. Ребро носа въ лѣвомъ косомъ
размѣрѣ. Подбородокъ влѣво кпереди.



Рис. 94. ПППЗ. Ребро носа въ лѣвомъ косомъ
размѣрѣ. Подбородокъ вправо кзади.



Рис. 95. ПППП. Ребро носа въ правомъ косомъ
размѣрѣ. Подбородокъ вправо кпереди.



Рис. 96. ППЛЗ. Ребро носа въ правомъ косомъ
размѣрѣ. Подбородокъ влево кзади.



Рис. 97. ППЛП. Ребро носа въ поперечномъ размѣрѣ. Подбородокъ прямо влѣво.



Рис. 98. ПППП. Ребро носа въ поперечномъ размѣрѣ. Подбородокъ прямо вправо.



Рис. 99. ПЛ. Позиція прорѣзыванія. Ребро носа въ прямомъ размѣрѣ. Подбородокъ подъ лоннымъ соединеніемъ.



Рис. 100. ПК. Прорѣзываніе лица въ заднемъ видѣ зрѣлаго плода невозможно, такъ какъ затылокъ и грудь не могутъ пройти одновременно тазъ, а головка кромѣ того не можетъ въ этой позиціи продѣлать свое вращеніе вокругъ лоннаго соединенія.

точки, необходимо, какъ и при теменномъ, ввести палецъ во влагалище, повернуть его мягкую вверхъ, прощупать тотчасъ же за лоннымъ соединеніемъ предлежащую часть плода и, не теряя соприкосновенія, слѣдовать по средней линіи по направленію къ крестцу и возможно дальше.

Палецъ, идущій такимъ образомъ спереди назадъ, естественно попадетъ на точку своего пути, въ межъягодичную бороздку, направленіе которой будетъ распознано. Эта бороздка играетъ здѣсь ту же роль, что и стрѣловидный шовъ при теменномъ предлежаніи.

Проникая вглубь бороздки и слѣдуя по нему, палецъ почувствуетъ вдавленіе, въ глубинѣ котораго находится заднепроходное отверстіе.

Кромѣ того, на одномъ изъ его концовъ, палецъ попадетъ на верхушку копчика и на крестцово-копчиковый гребешокъ, искомыя обозначательныя точки (рис. 87—92).

При лицевомъ предлежаніи нужно поступать точно также и, поставивъ палецъ на предлежащую часть плода непосредственно сзади лоннаго соединенія, провести его спереди назадъ, отъ лоннаго соединенія до крестца, точно по средней линіи и не теряя соприкосновенія съ плодомъ.

Направленіе ребра носа показываетъ, какъ и стрѣловидный шовъ при теменномъ предлежаніи на размѣръ таза, по которому можно опредѣлить лицо.

Чтобы опредѣлить позицію, необходимо знать,

что отверстія носа, куда попадаютъ пальцемъ, опредѣляется такъ же, какъ и подбородокъ,—искомая обозначательная точка, которой легко достигъ по другую сторону рта, если головка достаточно разогнута (рис. 93—98).



Рис. 101. Предлежаніе лѣваго плеча. ППЛ. Головка влѣво. Ягодицы вправо. Спинка кзади.

Какъ и при теменномъ предлежаніи, въ выходѣ таза палецъ нащупываетъ бороздку, отдѣляющую одну щеку отъ другой, не въ косомъ и не въ поперечномъ размѣрахъ, но въ прямомъ, съ ноздревыми отверстіями, направленными впередъ и подбородкомъ, находящимся подъ лоннымъ соединеніемъ (рис. 99).

При поперечномъ положеніи, нечего искать тазоваго размѣра опусканія, такъ

какъ въ этомъ положеніи плодъ не можетъ опуститься въ тазъ; въ этомъ случѣ нужно опредѣлить, какое плечо предлежитъ (правое или лѣвое) и въ какой позиціи оно находится.

Можетъ быть два случая: или ручка выпадетъ



Рис. 102. Предлежаніе лѣваго плеча. ППП. Головка вправо. Ягодицы влѣво. С п и н к а к п е р е д и.

изъ влагалища, что бываетъ часто при полномъ открытіи зѣва; или же ручка остается прижатой къ туловищу, что обычно встрѣчается при недостаточномъ открытіи зѣва.

Въ первомъ случаѣ (рис. 101—104) для того, чтобы узнать, какое плечо предлежитъ, необходимо взять и вывести ручку наружу, если ея еще невидно между наружными половыми частями, повернуть ладонью кверху и вспомнить, что, каково бы ни было членорасположеніе плода, б о л ь

шой палець этой ручки обращенъ къ бедру матери того же наименованія, что и подлежащее плечо.

Если идетъ дѣло о лѣвомъ плечѣ, большой палець ручки будетъ обращенъ къ лѣвому бедру;



Рис. 103. Предлежаніе праваго плеча. ППП. Головка вправо. Ягодицы влѣво. С п и н к а к з а д и.

если дѣло идетъ о правомъ плечѣ, большой палець будетъ обращенъ къ правому бедру.

Этотъ законъ не имѣетъ никакихъ исключеній, какъ это показываютъ помѣщаемыя здѣсь рисунки.

Такимъ образомъ, мы знаемъ, какое плечо предлежить.

Затѣмъ, чтобы узнать, въ какой позиціи на-

ходится данное плечо, т.-е. къ какой подзвдошной кости (правой или лѣвой) обращена плечевая верхушка (являющаяся точкой опредѣленія предлежанія плеча), необходимо дойти изслѣдующимъ пальцемъ до туловища, поднимаясь вдоль выпавшей ручки.



Рис. 104. Предлежаніе праваго плеча. ППЛ. Головка влѣво. Ягодицы вправо. С п и н к а к п е р е д и.

Тогда нащупываютъ у основанія выпавшей конечности подмышечную впадину, въ которой останавливается палець. Но плечевая верхушка находится съ другой стороны плеча; стало быть, мы можемъ сказать, смотреть ли эта плечевая верхушка, обозначательная точка, влѣво или вправо матери.

— Если плечевая верхушка влѣво, то позиція



Рис. 105. Предлежаніе лѣваго плеча. ППЛ. С п и н к а
к з а д и. Головка влѣво. Ягодицы вправо.



Рис. 106. Предлежаніе лѣваго плеча. ППЛ. С п и н к а
к п е р е д и. Головка вправо. Ягодицы влѣво.



Рис. 107. Предлежаніе праваго плеча. ППП. С п и н к а
к з а д и. Головка вправо. Ягодицы влѣво.



Рис. 108. Предлежаніе праваго плеча. ППЛ. С п и н к а
к п е р е д и. Головка влѣво. Ягодицы вправо.

будетъ плечевая подвздошно-лѣвая; если плечевая верхушка вправо, то позиція будетъ плечевая подвздошно-правая.

Съ оперативной точки зрѣнія, эти опредѣленія недостаточны.

Чтобы можно было измѣнить это поперечное положеніе въ продольное, повернуть ребенка, сдѣлать поворотъ, акушеръ долженъ, съ помощью полученныхъ внутреннимъ изслѣдованіемъ данныхъ, сдѣлать легкое умственное усиліе—дать себѣ отчетъ въ томъ, съ какой стороны находятся ножки, съ какой стороны находится головка и, наконецъ, каково направленіе спинки (кзади или кпереди), что знать обязательно необходимо.

Другими словами, необходимо, чтобы акушеръ представилъ въ своемъ умѣ позицію и точное положеніе плода, а такая работа можетъ быть продѣлана лишь при внимательномъ изученіи представленныхъ здѣсь рисунковъ.

Такое изученіе показываетъ, что когда предлежаніе и позиція одного и того же названія (и то, и другая лѣвыя, или и то, и другая правыя), то спинка обращена назадъ и что, если они различныхъ названій (предлежаніе правое, а позиція лѣвая), то спинка обращена впередъ.

Такимъ образомъ при предлежаніи лѣваго плеча въ подвздошно-лѣвой позиціи (рис. 101), спинка будетъ обращена назадъ; при предлежаніи того же плеча въ подвздошно-правой позиціи (рис. 102), она будетъ обращена впередъ. При предлежаніи праваго плеча въ подвздошно-правой по

зиціи (рис. 103), спина будетъ обращена назадъ; при предлежаніи того же плеча въ подвздошно-лѣвой (рис. 104), она будетъ обращена впередъ.

Когда ручка, соотвѣтствующая предлежащему плечу, находится еще на мѣстѣ (рис. 105—108), то изслѣдующій палецъ встрѣтитъ передъ туловищемъ маленькій поперечно лежащій цилиндръ: это и есть ручка.

Въ случаяхъ, когда возможно низвести и извлечь кисть изъ наружныхъ половыхъ частей, что нужно всегда попробовать сдѣлать, если открытіе зѣва достаточно, распознаваніе предлежанія и позиціи будетъ сдѣлано, какъ выше указано.

Если же это невозможно сдѣлать, то необходимо ввести палецъ между ручкой и туловищемъ и узнать, съ помощью движеній вправо и влѣво, съ какой стороны находится подмышечная впадина. Ея направленіе укажетъ, гдѣ находится плечевая верхушка, помѣщающаяся съ другой стороны плеча. Такимъ образомъ мы узнаемъ позицію предлежащаго плеча, но мы еще не знаемъ, лѣвое ли это или правое плечо. Чтобы это узнать, необходимо опредѣлить положеніе спинки отыскиваніемъ, спереди или сзади туловища плода, лопатки и остистыхъ отростковъ позвонковъ.

Зная направленіе спинки и позицію плеча, нужно сумѣть представить себѣ мысленно точное членорасположеніе плода и, слѣдовательно, какое въ данномъ случаѣ плечо предлежитъ.

Можно сверхъ того вспомнить, что, если спинка кзади, то плечо будетъ той же стороны, что и позиція, въ которой оно предлежитъ: подвздошно-лѣвой будетъ соотвѣтствовать предлежаніе лѣ-

ваго плеча (рис. 105), подвздошно правой—предлежаніе праваго плеча (рис. 107); если спинка находится кпереди, то плечо будетъ противоположной стороны, чѣмъ позиція: подвздошной лѣвой будетъ соответствовать предлежаніе праваго плеча (рис. 108); подвздошной правой—предлежаніе лѣваго плеча (рис. 106) ¹⁾.

¹⁾ Практически, распознаваніе предлежанія плеча и его позиціи дѣлается только съ помощью низведенія ручки, такъ какъ совершенно безразлично знать, какое плечо предлежитъ, до момента достаточнаго открытія зѣва матки, т.-е. до момента возможнаго вмѣшательства.

АКУШЕРСКІЕ ПРИЕМЫ
И ВМЪЩАТЕЛЬСТВА.

akusherlib.ru



Рис. 109. Акушерская сумка и расположение инструментовъ для вѣшательства.



Рис. 110. Автоклавъ (Haussmann St. Gall).

ВВЕДЕНІЕ.

Въ настоящій моментъ мы являемся свидѣтелями коренныхъ перемѣнъ въ акушерствѣ. Благодаря примѣненію самой строгой асептики и благодаря обученію, которое получаютъ въ настоящее время врачи въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, заболѣваемость и смертность отъ инфекціи значительно уменьшились. Въ результатъ этого, акушеры становятся все болѣе и болѣе смѣлыми и акушерство принимаетъ все болѣе и болѣе ясно выраженный хирургическій характеръ.

Нѣтъ сомнѣнія, что наша эпоха можетъ съ чувствомъ законной и искренней гордости поставить себѣ въ заслугу то, что она столь замѣчательно расширила кругъ дѣйствія нашихъ предшественниковъ и замѣнила искусственные преждевременные роды и эмбриотомію въ случаѣ суженія таза операціями, позволяющими извлекать зрѣлый и живой плодъ въ условіяхъ, которыя не были возможны всего нѣсколько лѣтъ тому назадъ.

Но значить ли это, что всякій врачъ потому лишь, что онъ закончилъ свое обученіе и получилъ дипломъ, можетъ произвести самъ всѣ акушерскія операціи, описанныя въ учебникѣ акушерства?

Было бы большой ошибкой придерживаться такихъ взглядовъ: это привело бы къ самымъ опаснымъ послѣдствіямъ, такъ какъ есть цѣлый рядъ операций, имѣющихъ больше отношенія къ хирургіи, чѣмъ къ акушерству въ собственномъ смыслѣ, и требующихъ, стало быть, серьезнаго хирургическаго образованія. Такогого нельзя приобрѣсти простымъ упражненіемъ на фантомахъ, но лишь послѣ болѣе или менѣе долгаго спеціальнаго стажа.

Такимъ образомъ, слѣдуетъ рѣзко раздѣлить приемы и акушерскія вмѣшательства въ собственномъ смыслѣ отъ хирургическихъ вмѣшательствъ въ акушерствѣ. Первые могутъ быть исполнены любымъ практическимъ врачомъ; вторыя же должны остаться исключительно въ рукахъ спеціалиста, потому что они требуютъ болѣе основательнаго знанія общей хирургіи, болѣе сложнаго оборудованія, спѣвшихся помощниковъ и перевода въ хорошо обставленную клинику.

Такъ какъ настоящее руководство предназначается для пракческаго врача, то въ немъ эти операции, а также искусственный выкидышъ и преждевременные искусственные роды, также входящіе въ компетенцію спеціалиста, не будутъ трактоваться. Выпуская его, я не имѣлъ претензіи написать что-нибудь новое, но лишь собрать и облегчить каждому врачу возможность познакомиться съ необходимымъ повседневной акушерской практики.

Именно, вслѣдствіе этой рѣзко хирургической тенденціи современнаго акушерства и необходимо никогда не забывать, что роды прежде всего явля-

ются естественнымъ и фізіологическимъ актомъ, влекущимъ за собой нежелательныя для матери и ребенка послѣдствія лишь въ строго опредѣленныхъ условіяхъ. Поэтому всякое вмѣшательство должно быть оправдано точнымъ и форменнымъ показаніемъ; иначе оно принесетъ ущербъ роженицѣ и младенцу, какъ бесполезное, и къ тому же можетъ подвергнуть ихъ обоимъ опасностямъ, которыхъ они безъ вмѣшательства избѣжали бы.

Въ самомъ широкомъ смыслѣ, подъ названіемъ показанія понимаютъ всѣ тѣ обстоятельства, которыя, во время родовъ, могутъ принести ущербъ матери и ребенку и которыя вызываютъ необходимость быстро закончить роды.

Такъ, на примѣръ, замедленіе сердцебіенія плода, отхожденіе меконія, выпаденіе пуповины, являются показаніями къ вмѣшательству въ интересахъ младенца, тогда какъ эклампсія, истощеніе силъ роженицы являются показаніями къ вмѣшательству въ интересахъ матери.

Въ другихъ случаяхъ вмѣшательство обуславливается обстоятельствомъ, опаснымъ одновременно для матери и для плода: поперечныя положенія, затрудненія вызванныя неправильностью таза.

Для того, чтобы предполагаемое вмѣшательство могло быть осуществлено, необходимы извѣстныя условія, опредѣляемая моментомъ родовъ (величина открытія зѣва, присутствіе или отсутствіе цѣлости плоднаго пузыря, вставленіе или невставленіе предлежащей части плода и т. д.).

Ни одно вмѣшательство не должно имѣть мѣста безъ того, чтобы не имѣлись налицо всѣ условія,

которыя дѣлають его возможнымъ при минимальномъ рискѣ.

Другими словами, для каждаго вмѣшательства существуетъ періодъ, до котораго оно опасно или же совершенно невозможно, и послѣ котораго оно можетъ стать опаснымъ или же не дать ожидаемыхъ результатовъ.

Точная оцѣнка оперативнаго показанія и условій, позволяющихъ вмѣшаться, порождаютъ то, что можно назвать **моментомъ выбора** для вмѣшательства.

Цѣлью всякаго акушерскаго вмѣшательства должно быть или извлеченіе живого и здороваго младенца безъ ущерба для матери или же предупрежденіе опасности, которой подвергается мать, не теряя при этомъ изъ виду и первой задачи. При всякихъ обстоятельствахъ акушеръ долженъ, такимъ образомъ, всегда сохранять полное спокойствіе въ своемъ сужденіи, которое одно можетъ привести его къ тому или другому рѣшенію. Опредѣленіе момента выбора для вмѣшательства является осторожнымъ пунктомъ, требующимъ глазомѣра, хладнокровія, спокойнаго характера и клиническаго опыта. Умѣть точно оцѣнить показанія и оперативныя условія, не вмѣшаться ни слишкомъ рано, ни слишкомъ поздно, а точно, въ желательный моментъ и умѣло,—таковы качества хорошаго акушера, которыя даютъ ему увѣренность и позволяютъ ему чувствовать, что онъ въ каждый данный моментъ является сознательнымъ хозяиномъ положенія, черпать ту моральную силу, которая внушаетъ довѣріе и спокойствіе роженицѣ и ея близкимъ.

ГЛАВА I. X

Общая часть.

А. АКУШЕРСКИЙ НАБОРЪ.

Акушерскій наборъ долженъ всегда содержать инструменты въ стерилизованномъ видѣ, чтобы ихъ можно было немедленно употребить въ дѣло. Въ самомъ дѣлѣ, обстоятельства могутъ сложиться такъ, что каждая минута дорога, и необходимо торопиться извлечь подвергающагося опасности младенца или быстро закончить роды, подвергающіе опасности жизнь матери.

Самый практичный наборъ состоитъ изъ простой сумки (рис. 109) удлиненной формы, въ которой инструменты завернуты по группамъ и по ихъ назначенію въ тонкую матерію.

Въ качествѣ автоклава можно пользоваться съ успѣхомъ автоклавомъ, изображеннымъ на рис. 110.

Послѣ стерилизаціи каждый пакетъ завертывается въ очень тонкую непроницаемую клеенку, края которой загибаются и поддерживаются эластическими завязками (рис. 109). При такомъ способѣ инструменты остаются въ полной сохранности до момента ихъ употребленія¹⁾.

¹⁾ Ясно, что, если ими пользуются не часто, то слѣдуетъ время отъ времени повторять стерилизацію, дѣйствіе которой нельзя разсматривать, какъ неограниченное.

Приглашенный къ роженицѣ врачъ вынимаетъ серію необходимыхъ ему инструментовъ, кладетъ ихъ на столъ, снимая съ послѣдняго все лишнее, стягиваетъ со связки пластическіе жгуты, развѣтываетъ наружную непроницаемую клеенку и, послѣ дезинфекціи рукъ, матерію, въ которой завернуты инструменты и на которой врачу лишь остается разложить ихъ въ порядкѣ (рис. 109).

Наборъ долженъ содержать ¹⁾:

И н с т р у м е н т ы :

1°. Щипцы Тарнье (Tarnier), кривыя ножницы съ длинной ручкой для надрѣзовъ шейки.

2°. Прокалыватель оболочекъ, краніокласть или базіотрибъ, щипцы для костей, двѣ пары ножницъ Дюбуа (Dubois) (прямая и кривая), эмбриотомъ.

3°. Три или четыре кюретки различныхъ размѣровъ, два зеркала для раздвиганія стѣнокъ влагалища, два зубчатыхъ пинцета для перевязокъ съ длинной ручкой, четверо пулевыхъ щипцовъ, два наконечника различныхъ размѣровъ для внутриматочныхъ выполасканій.

П р и н а д л е ж н о с т и :

4°. Четыре холщевыхъ мѣшка для прикрытія ногъ роженицы и нѣсколько стерилизованныхъ полотняныхъ салфетокъ.

¹⁾ Въ этомъ перечнѣ инструменты и аксессуары расположены согласно ихъ назначенію такъ, чтобы облегчать ихъ группированіе.

5°. Халать изъ тонкаго холста и операционный фартукъ изъ непромокаемой ткани.

6°. Каучуковый ирригаторъ, снабженный трубкой приблизительно двухъ метровъ длины и зажимомъ.

7°. Баллонъ Шампетье-де-Риба (Champetier-de-Ribes.)

8°. Два стеклянныхъ наконечника для влагалитныхъ спринцеваній.

9°. Двѣ петли.

Сверхъ того, наборъ долженъ заключать:

Коробку съ хирургическимъ наборомъ, содержащимъ иглодержатель, зубчатый пинцетъ, трубку со стерилизованнымъ шелкомъ, трубку со стерилизованнымъ катгуттомъ, нѣсколько кровоостанавливающихъ пинцетовъ, иголки, кривыя ножницы, прямыя ножницы, зондъ Нелятона (Nelaton) для катетеризаціи мочевого пузыря.

Коробку для анестезіи съ маской, флаконъ хлороформа, языкодержатель и роторасширитель.

Наборъ для туалета съ двумя щетками для рукъ, напилочъ для ногтей, флаконъ лизоформа и пару стерилизованныхъ очень тонкихъ гуттаперчевыхъ перчатокъ.

Коробку, содержащую Правацевскій шприць, шприць Ру (Roux), каплечитатель, нѣсколько пакетовъ по 7,0 хлористаго натра каждый и ампулы морфія (0,1:10), кофеина (1:10), кокаина (0,05:10), эрготина, азотно-кислаго серебра (2% растворъ).

Инсуффляторъ для прочищенія дыхательныхъ путей, заполненныхъ слизью.

Акушерскій стетоскопъ.

В. АНЭСТЕЗІЯ ВЪ АКУШЕРСТВѢ.

Общая анестезія необходима во всѣхъ акушерскихъ вмѣшательствахъ (за исключеніемъ зашиванія промежности, что можно дѣлать подъ кокаиномъ.) Она позволяетъ оперировать спокойно и, слѣдовательно, съ увѣренностью и быстро.

Хлороформъ является наилучшимъ анестезирующимъ.

Необходимость оперировать часто ночью дѣлаетъ



Рис. 111. Наборъ для наркоза слѣва направо; роторазжиматель, языкодержатель, маска для хлороформа и флаконъ съ каплесчитателемъ.

употребленіе эфира опаснымъ, вслѣдствіе присутствія огня въ комнатѣ роженицы. Съ другой стороны, удобство употребленія хлороформа, замѣчательная рѣдкость какихъ-либо осложнений отъ него у беременной женщины вполне объясняютъ такое предпочтеніе.

Другіе способы анестезіи (скополаминъ-морфій и внутри спинно-мозговья впрыскиванія кокаина или стоваина) не вошли въ повседневную практику акушеровъ.

Пользуются маленькой маской, изображенной на рис. 111, и флакономъ съ каплесчитателемъ. Рото-

расширитель и языкодержатель должны находиться всегда подъ рукой. Лучшій способъ хлороформированія состоитъ въ томъ, что помощникъ (акушерка или сидѣлка) даетъ хлороформъ капля за каплей.

Приготовивъ все для вмѣшательства, врачъ показываетъ помощнику, если онъ не знаетъ этого, какъ нужно держать флаконъ и капать хлороформъ на маску по одной каплѣ въ секунду.

Равнымъ образомъ, ему объясняютъ, какъ онъ долженъ держать маску и приподнимать нижнюю челюсть, чтобы убѣдиться, что дыханіе происходитъ свободно.

Наркозъ начинается во время дезинфекціи рукъ. Женщина должна считать громко, глубоко вздыхая послѣ каждой цифры.

Какъ только роженица перестаетъ отвѣчать на требованіе продолжать счетъ, давать хлороформъ прекращаютъ до момента, когда дезинфекція рукъ и послѣднія приготовленія будутъ закончены.

Въ случаѣ неполнаго наркоза, роженица реагируетъ на первыя же манипуляціи надъ половыми органами. Лицо, которому поручено хлороформированіе, даетъ снова, по указанію врача, нѣсколько капель хлороформа до исчезновенія всякой чувствительности. Во время вмѣшательства, даютъ снова хлороформъ, если это необходимо, до полнаго расслабленія мускуловъ.

Поступая такъ, дѣйствуешь въ полной безопасности, и наркозъ, при такихъ условіяхъ, можно поручить безъ всякаго ущерба для роженицы лицу, не привыкшему къ этому.

Обстоятельства, при которыхъ происходятъ роды, часто неотложное показаніе къ вмѣшательству оправдываютъ такую практику, такъ какъ запоз-

даніе, вызванное приглашеніемъ товарища, можетъ подвергнуть опасности жизнь матери и ребенка.

Однако, врачъ никогда не долженъ забывать, что только онъ одинъ несетъ всю отвѣтственность за всякую случайность, которая можетъ произойти, и что, слѣдовательно, онъ обязанъ постоянно слѣдить за наркозомъ въ теченіе всего вмѣшательства.

С. ПРИГОТОВЛЕНІЯ КЪ ОПЕРАЦІЯМЪ.

Послѣ того, какъ изслѣдованіе роженицы показало своевременность операціи, необходимо прежде всего привести комнату въ порядокъ, поставить кровать, освѣщеніе наиболѣе выгоднымъ образомъ, убрать всю лишнюю мебель, а также удалить всѣхъ лицъ, присутствіе которыхъ не является совершенно необходимымъ.

На столъ помѣщаютъ два тазика съ кипяченой лизоформной водой и на другой столъ помѣщаютъ всѣ необходимые инструменты. Вблизи стула, предназначеннаго для оперирующаго, ставятъ третій тазикъ со стерилизованными ватными шариками и нѣкоторые инструменты: кривыя ножницы, прямыя ножницы, зубчатый пинцетъ, иглодержатель съ нѣсколькими иглами и кровоостанавливающими пинцетами, наконецъ, флаконъ кэтгута и шелка.

Не слѣдуетъ забыть прокипятить заранѣе двѣ маленькихъ тесьмы для перевязки пуповины (за ихъ отсутствіемъ можно пользоваться ниткой, которой обвязанъ пакетъ стерилизованной ваты) и приготовить все необходимое для оживленія младенца въ случаѣ асфиксіи: полотенце для растиранія, горячую ванну и инсуффляторъ для

очистки дыхательныхъ путей отъ слизи, которая можетъ ихъ закупоривать.

Наполнить каучуковый ирригаторъ растворомъ лизоформа и подвѣсить его (лучше подъ рукой) на гвоздь, на косякъ двери или окна.

Въ частной практикѣ слѣдуетъ по возможности избѣгать перенесенія роженицы на столъ.



Рис. 112. Положеніе женщины и расположеніе помощниковъ при акушерскомъ вмѣшательствѣ.

Женщина должна остаться на своей постели, если только эта послѣдняя, будучи низка, не слишкомъ неудобна. Роженицу помѣщаютъ поперекъ кровати, ягодицами противъ свѣта, приподнявъ ихъ въ случаѣ надобности помощью подушки или толстымъ свернутымъ одѣяломъ.

Ея ноги поддерживаются двумя сидящими помощниками, на бедрахъ которыхъ помѣщаются ступни роженицы (рис. 112). Бываетъ очень полезно приподнять тазъ женщины настолько, чтобы на-



Рис. 113. Полезное приподняtie таза.



Рис. 114. Максимальное приподняtie таза.

ружные половые органы обращены были косо вверхъ. Такое положеніе можно легко достигнуть съ помощью сгибанія бедеръ женщины къ животу (рис. 113).

Если недостаетъ помощниковъ, то подъ колѣнами пропускаютъ свернутую въ веревку простыню, которую завязываютъ сзади шеи женщины такъ, что бедра совершенно согнуты и половая расщелина приподнята до максимума (рис. 114). Лицо, которому порученъ наркозъ, можетъ держать одной рукой одно изъ колѣнъ, въ то время, какъ другой помощникъ держитъ другое. Оно можетъ держать даже оба раздвинутыхъ колѣна, какъ только женщина будетъ усыплена.

Возлѣ кровати, у края ягодицъ, помѣщаютъ ведро, предназначенное для жидкостей.

Наконецъ, прямо противъ роженицы ставятъ стулъ для оперирующаго. Лизоформъ является наилучшимъ антисептическимъ средствомъ въ акушерствѣ, такъ какъ онъ взмывается и благодаря этому можно избѣжать употребленіе вазелина. Дезинфекція рукъ производится съ помощью энергичнаго мытья щеткой въ продолженіе пяти минутъ въ первомъ тазикѣ и трехъ минутъ во второмъ.

Слѣдуетъ рекомендовать г у т т а п е р ч е в ы я перчатки, потому что онѣ гарантируютъ полную асептику операціи. Не должно забывать, что акушерскія вмѣшательства часто производятся въ условіяхъ безотлагательной спѣшки среди другихъ занятій врача и слѣдовательно быстрая дезинфекція на квартирѣ роженицы можетъ не быть всегда достаточной. Поэтому систематическое употребленіе перчатокъ имѣетъ несомнѣнныя выгоды. Во время дезинфекціи врачъ слѣдитъ за ходомъ

наркоза. Затѣмъ, убѣдившись лишній разъ, что роженица помѣщена хорошо и на полномъ свѣту, онъ раскладываетъ въ порядкѣ свои инструменты, чтобы имѣть возможность безъ затрудненій взять нужный инструментъ; затѣмъ кладетъ стерилизованное полотенце на животъ, другое подъ ягодицы женщины, надѣваетъ на ноги заготовленные на этотъ случай стерилизованные мѣшки, садится противъ нея, дезинфецируетъ наружныя половыя части смоченными въ лизоформномъ растворѣ тампонами стерилизованной ваты и, наконецъ, промываетъ влагалище.

Теперь онъ можетъ начать свое вмѣшательство.

ГЛАВА II.

Обязанность врача въ періодъ изгна- нія плода при самопроизвольныхъ родахъ.

А. ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ.

Нѣкоторое время спустя послѣ того, какъ схватки приняли изгоняющій характеръ, промежность начинаетъ выпячиваться, растягиваться при каждой новой схваткѣ и увеличиваться, благодаря давленію головки.

Въ этотъ моментъ хорошо помѣстить подъ тазъ роженицы твердую и высокую подушку или же двѣ толстыхъ сложенныхъ простыни такъ, чтобы копчикъ и задняя часть промежности не опирались на постели, а висѣли въ воздухѣ. Въ самомъ началѣ промежность лишь вытягивается во время схватокъ. Тотчасъ же послѣ нихъ она опускается въ то время, какъ головка, показавшаяся въ половой расщелинѣ, поднимается и уходитъ въ тазъ.

Эти усилія повторяются въ томъ же порядкѣ, причемъ головка каждый разъ подвигается въ конечномъ счетѣ на нѣсколько миллиметровъ до того момента, когда, наконецъ, промежность остается растянутой послѣ сокращенія матки и когда

головка уже не уходит болѣе въ тазъ. Лобъ, въ концѣ-концовъ, отклоняя назадъ копчикъ, преодолеваетъ его и окончательно продвигается впередъ; копчикъ стремится послѣ того принять свое прежнее положеніе и препятствуетъ такимъ образомъ обратному движенію головки.

Въ этотъ моментъ, нужно замедлить окончаніе родовъ. Въ противномъ случаѣ, слабое сопротивленіе со стороны половой расщелины будетъ побѣждено одной или двумя схватками и головка, слишкомъ быстро разгибаясь, разорветъ лбомъ спайку и промежность. Это-то быстрое конечное разгибаніе и слѣдуетъ предупредить. Когда хотя бы поддерживать промежность—для видимости, она разрывается подъ рукой, которая ее скрываетъ, такъ что такой образъ дѣйствія бесполезенъ. Что нужно,—это помѣшать прорѣзыванію лба раньше, чѣмъ прорѣзываніе височныхъ бугровъ и прорѣзываніе затылка не уменьшатъ растяженія влагалищнаго отверстія. Сверхъ того, нужно, по возможности, усилить въ началѣ сгибаніе головки и удержать ее во время схватокъ. Слѣдуетъ просить въ это же время женщину открыть ротъ, глубоко дышать, дѣлать всѣ усилія, чтобы не жилиться въ этотъ моментъ.

Прорѣзываніе головки должно произойти цѣликомъ между схватками и роженица должна жилиться теперь только по командѣ, по мѣрѣ надобности, такъ, чтобы головка выходила насколько возможно медленнѣе и подвигалась бы миллиметръ за миллиметромъ.



Рис. 115. Защита промежности. Ладонь другой руки прочно кладется не задвывая ребенка.



Рис. 116. Постепенное прорѣзываніе височныхъ бугровъ (прорѣзываніе праваго височнаго бугра).

Чтобы добиться этого результата, помѣщают большой и указательный пальцы одной руки на промежность, на 3 или 4 сант. сзади спайки, на мѣстѣ, гдѣ должны помѣщаться лобные бугры (рис. 115). При каждой схваткѣ, необходимо продолжать этими двумя пальцами противодействие на лобъ, чтобы помѣщать ему подвигаться впередъ. Локоть долженъ лежать на кровати; солидная опора, которую онъ на ней имѣетъ, придаетъ значительную силу сопротивленію, которое необходимо произвести во время потугъ. Промежность остается, такимъ образомъ, подъ постояннымъ наблюдениемъ и можно безпрестанно слѣдить за ея растяжениемъ и истончениемъ. Другая рука, надъ бедромъ женщины, опирается мякотью на лонную область, пальцы же помѣщаются впереди головки плода такъ, чтобы ладонь руки могла прочно помѣщаться на затылкѣ ребенка при каждомъ сокращеніи матки.

Этотъ первый приемъ имѣетъ цѣлью удержать головку во время схватокъ и умѣрить ея разгибаніе.

Когда начинаетъ показываться большой родничекъ, рука принимаетъ положеніе, указанное на рис. 116, и оттягиваетъ мизинцемъ къ затылку переднюю спайку. Половая расщелина при этомъ уже немного натянута.

Затѣмъ, большимъ и указательнымъ пальцемъ постепенно протаскиваютъ одну за другой, надъ соответствующимъ височнымъ бугромъ, правую и лѣвую малыя губы, вслѣдствіе чего половая расщелина получаетъ новое и значительное облегченіе (рис. 116 и 117). Прорѣзываніе лба составляетъ теперь наиболѣе опасный моментъ. Сперва позво-



Рис. 117.—Постепенное прорѣзываніе височныхъ бугровъ
(прорѣзываніе лѣваго височнаго бугра.)



Рис. 118.—Спусканіе промежности съ лица.

ляютъ произойти еще незначительному, весьма незначительному, разгибанію; затѣмъ заставляютъ приостановить потуги и снова всѣми силами задерживаютъ разгибаніе головки. Послѣ одной или двухъ смѣнъ потугъ и отдыха, очень медленно приближаются, такимъ образомъ, къ моменту, когда, сперва миллиметръ за миллиметромъ, затѣмъ быстрѣе, задняя спайка соскальзываетъ съ промежностью со лба, глазъ, носа, рта и, наконецъ, подбородка, каковой иногда необходимо освободить съ помощью пальца (рис. 118).

При прорѣзываніи головки въ крестцово-затылочной позиціи (заднемъ видѣ) и въ подбородочно-лонной (переднемъ видѣ лицевого) слѣдуетъ еще болѣе тщательно слѣдить и защищать промежность. При этихъ положеніяхъ промежность конечно болѣе подвергается риску, такъ какъ головка прорѣзывается своимъ прямымъ размѣромъ при заднемъ видѣ затылочнаго и большимъ косымъ при переднемъ видѣ лицевого, размѣрами въ обоихъ случаяхъ большими малаго косога размѣра, по которому прорѣзывается головка, когда она находится въ переднемъ видѣ затылочнаго. Размѣры окружностей, соотвѣтствующіе этимъ діаметрамъ, таковы, что прорѣзываніе головки въ этихъ двухъ позиціяхъ можетъ быть достигнуто только цѣной значительныхъ и поддерживаемыхъ усилій со стороны матери.

При прорѣзываніи въ заднемъ видѣ затылка и въ переднемъ видѣ лица, затылокъ младенца обращенъ назадъ. Какъ при прорѣзываніи въ переднемъ видѣ затылка, промежность выпячивается во время схватокъ. Тотчасъ послѣ нихъ она опадаетъ, въ то же самое время головка, пока-

завшаяся въ половой расщелинѣ, уходитъ въ тазъ. Эти усилія повторяются въ томъ же порядкѣ, причемъ головка продвигается каждый разъ на нѣсколько миллиметровъ, но она возвращается всегда обратно по прекращеніи схватокъ, когда, наконецъ, послѣ послѣдняго усилія, она уже болѣе не уходитъ въ тазъ. Затылокъ преодолѣлъ и прошелъ копчикъ, который, отклонившись до



Рис. 119. Окончательное прорѣзываніе головки въ переднемъ видѣ.

этого до максимума, выпрямляется за затылкомъ и не позволяетъ болѣе уходить головкѣ въ тазъ.

Въ этотъ моментъ опредѣляютъ необычайное и опасное растяженіе промежности, которая, чаще всего, разрывается подъ давленіемъ головки. Этотъ разрывъ можетъ распространиться очень высоко вплоть до свода и опуститься внизъ до прямойкишки. И это послѣднее является большой опасностью. Поэтому благоразумно предупредить разрывъ, дѣлая съ одной или другой стороны, по направленію къ сѣдалищному бугру, разрѣзъ, который можно продолжить, въ случаѣ надобности, во

время выхожденія головки (рис. 132). Напомню еще, что при прорѣзываніи головки въ заднемъ видѣ, сперва появляется въ половой расщелинѣ большой родничекъ, въ то время какъ носо-лобная выемка задерживается подъ лоннымъ соединеніемъ, а лобъ въ лонной дугѣ; затѣмъ послѣдовательно появляются височные бугры, малый родничекъ и затылокъ, съ котораго соскальзываетъ промеж-



Рис. 120. Наружный поворотъ головки.

ность. Лобъ и лицо выходятъ послѣдними, благодаря разгибанію головки. При прорѣзываніи лица въ переднемъ видѣ, головка поворачивается вокругъ подбородка, который находитъ точку опоры подъ лоннымъ соединеніемъ; сперва появляется подбородокъ, затѣмъ ротъ, носъ, глаза, лобъ и большой родничекъ. Затѣмъ появляются височные бугры и уступаютъ мѣсто затылку, по которому спускается промежность.

Головка, по своемъ полномъ выходѣ, остается неподвижной одинъ моментъ лицомъ внизъ (рис. 119) при выхожденіи въ переднемъ видѣ, лицомъ вверхъ при выхожденіи въ зад-

немъ видѣ затылочнаго и переднемъ видѣ лицевого. Если тазъ матери хорошо приподнять подушкой, видно какъ головка медленно поворачивается во время слѣдующей схватки. Этотъ наружный поворотъ головки передвигаетъ затылокъ къ той сторонѣ матери, которую онъ занималъ передъ внутреннимъ поворотомъ. Если спинка плода находится влѣво, то лицо поворачивается къ правому



Рис. 121. Выхожденіе передняго плечика.

бедру (рис. 120); если она вправо, то поворотъ происходитъ къ лѣвому бедру.

В. ИЗВЛЧЕНІЕ ПЛОДА.

Какъ только это движеніе головки, которое должно всегда происходить самопроизвольно и безъ вмѣшательства, произойдетъ, акушеръ долженъ обратить все свое вниманіе на прорѣзываніе плечиковъ, прохожденіе которыхъ, въ особенности задняго, можетъ разорвать промежность, оставшуюся до сихъ поръ цѣлой.

Въ полости таза плечики остаются въ косомъ размѣрѣ вплоть до выхожденія головки. Какъ это продѣлалъ эллипсоидъ головки, благодаря сокращенію матки и сопротивленію выхода таза, такъ плечики поворачиваются и помѣщаются, одно спереди, выступая подъ лоннымъ соединеніемъ, другое сзади, задерживаясь надъ копчикомъ. Такимъ образомъ, получается переднее и заднее плечо.



Рис. 122. Выхожденіе задняго плечика.

Теперь необходимо облегчить выхожденіе перваго, беря головку за ея боковыя поверхности (помѣщая одну руку на головку, другую подъ головку) и сильно опуская ее для того, чтобы позволить переднему плечуку выйти изъ-подъ лоннаго соединенія (рис. 121). Это выхожденіе производится или съ помощью схватки, которую намѣренно вызываютъ потираниемъ матки или съ помощью самой роженицы, которую просятъ потужиться. Можно также помогать давленіемъ, производимымъ на дно матки.

Никогда не слѣдуетъ тянуть за головку, но только опускать ее, насколько это позволяетъ приподнятый тазъ матери.

Плечо должно выходить только съ помощью *vis a tergo*. По выходѣ передняго плеча, приподнимають головку, чтобы позволить совершиться выходу задняго плеча, прорѣзываніе котораго происходит самопроизвольно, благодаря боковому разгибанію туловища (рис. 122). Въ этотъ моментъ необходимо наибольшее вниманіе, чтобы избѣгнуть разрыва промежности, вслѣдствіе слишкомъ быстрого выхода плеча. При выходе его женщина ни въ коемъ случаѣ не должна тужиться, такъ какъ достаточно подавить матку для того, чтобы плечо вышло; послѣднее угрожало бы цѣлости промежности, если бы женщина стала тужиться. Какъ только оба плеча совершенно вышли, ребенка берутъ за подмышки, и остальная часть туловища выходитъ безъ труда.

С. ПЕРЕВЯЗКА ПУПОВИНЫ.

Обычно до перевязки пуповины ждуть, когда въ ней прекратится пульсація, чтобы не лишитъ ребенка извѣстнаго количества принадлежащей ему крови. Чтобы избѣжать всякой опасности вторичнаго кровотечения, вслѣдствіе недостаточной перевязки, очень хорошо перевязывать пуповину указаннымъ на рисункѣ способомъ. Этотъ способъ перевязки является наиболѣе надежнымъ.



Рис. 123. Перевязка пуповины.

ГЛАВА III.

Вмѣшательства на промежности.

А. РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ.

Есть промежности настолько мало растяжимыя, что онѣ разрываются при прохожденіи головки, несмотря на самыя крайнія предосторожности. Никакія искусство и опытность акушера ничего не могутъ сдѣлать. Это, въ особенности, наблюдается, когда область промежности отечна, когда въ ней находятся рубцы отъ ранѣе происшедшихъ разрывовъ, когда, наконецъ, ткани ея ригидны, какъ это наблюдается у пожилыхъ первородящихъ.

Въ другихъ случаяхъ, приходится поставить въ вину размѣры головки, быстроту прорѣзыванія, когда сокращенія матки слишкомъ сильны и слишкомъ часты, виды, въ которыхъ головка прорѣзывается бѣльшимъ размѣромъ, чѣмъ малый косою (задній видъ затылочнаго и передній лицевого, напрімѣръ).

Глубокіе разрывы промежности, разрывы, распространяющіеся на прямую кишку, особенно часто встрѣчаются въ этомъ послѣднемъ случаѣ, а также при искусственномъ извлеченіи плода [щипцы, способъ Морисо (Mauriceau)]; въ этомъ случаѣ

происходить значительно болѣе быстрое выхожденіе головки, чѣмъ, если бы роды происходили самопроизвольно.

Разрывы происходятъ по двумъ способамъ.

Въ одномъ, разрывъ происходитъ по направленію с н а р у ж и в н у т р ь. Въ моментъ прохожденія наибольшей окружности головки, задняя спайка, растянутая до максимума, достигаетъ границы своей эластичности. Она принимаетъ бѣловатый цвѣтъ и внезапно разрывается по средней линіи. Рана въ такомъ случаѣ неглубока и затрагиваетъ обычно лишь поверхностные слои промежности (рис. 124). Въ другомъ, разрывъ происходитъ въ обратномъ направленіи, с н у т р и к н а р у ж и. Влагалище разрывается въ первую очередь, затѣмъ глубокіе слои промежности, въ то время, какъ задняя спайка остается нетронутой до послѣдняго момента. Въ такомъ случаѣ передъ головкою находится лишь тонкая, какъ листъ бумаги, полоска ткани, которая разрывается при послѣдней потугѣ. Изъ этого слѣдуетъ, что рана можетъ быть серьезнѣе, чѣмъ это кажется съ перваго взгляда и часто удивляешься высотой, на которую подымается верхній край раны. Этотъ край можетъ даже достигнуть прилегающихъ къ шейкѣ частей.

Рисунки 124, 125, 126 и 127 даютъ представленіе о нѣкоторыхъ формахъ болѣе типичныхъ разрывовъ, но послѣдніе могутъ иногда имѣть еще болѣе сложный видъ. Обыкновенно ихъ дѣлятъ на три степени.

При первой (рис. 124) разорвана только спайка. Влагалище слегка лишь затронуто, а волокна мышцы, сжимающей входъ во влагалище, совершенно не затронуты.



Рис. 124. Разрыв промежности (1 степень).



Рис. 125. Разрыв промежности (2 степень).



Рис. 126. Другая форма разрыва промежности (2 степень).



Рис. 127. Полный разрыв промежности (3 степень).

При второй степени (рис. 125 и 126), разрывъ распространяется внутрь и затрагиваетъ мышцы: сжимающую влагалищный входъ, поверхностную поперечную и фасцію промежности. Нужно замѣтить, что поврежденія этого рода не проходятъ уже по средней линіи, а по сторонамъ задней спайки. Кромѣ того, они часто раздваиваются на двѣ вѣтви неодинаковой длины, причемъ одна отходитъ влѣво, другая вправо отъ спайки, отслаивая ее отъ точекъ прикрѣпленія (рис. 126). Задняя спайка въ такомъ случаѣ завертывается трубкой и ее приходится тщательно искать иногда въ очень извилистой ранѣ.

При третьей степени (полный разрывъ промежности рис. 127), затронута мышца, сжимающая задній проходъ такъ же, какъ и болѣе или менѣе обширная часть кишечно-влагалищной перегородки. Влагалище и прямая кишка сообщаются и впадаютъ въ клоаку, стѣнки которой образуютъ кровоточащія поверхности раны промежности. Центральный разрывъ промежности (рис. 128) чрезвычайно рѣдкій и требуетъ для своего образованія особыхъ условій, какъ слишкомъ нерастяжимую половую расщелину, расположенную слишкомъ близко къ лонному соединенію, слишкомъ косо направленное влагалище, слишкомъ поднятую промежность, слишкомъ узкую лонную дугу. Когда имѣются эти условія, головка направляется кзади; промежность, растянутая до максимума, не можетъ спуститься, и плоть, въ исключительныхъ случаяхъ, продѣлываетъ себѣ выходъ черезъ самую ткань промежности. Въ такомъ случаѣ имѣется центральное отверстіе, ограниченное сверху задней спайкой и снизу слоемъ ткани,

мостомъ, который отдѣляетъ его отъ прямой кишки.

Всѣ эти поврежденія могутъ быть избѣгнуты или, во всякомъ случаѣ, значительно ослаблены, если врачъ добросовѣстно соблюдаетъ установленныя въ предыдущей главѣ правила, а также то, что будетъ изложено дальше по поводу прорѣзыванія головки при наложеніи щипцовъ.



Рис. 128. Центральный разрывъ промежности.

В. ЗАШИВАНІЕ ПРОМЕЖНОСТИ.

По рожденіи младенца, нужно всегда тщательно осмотрѣть промежность, чтобы не оставить безъ леченія разрывъ, оставшійся незамѣченнымъ въ моментъ его происхожденія.

Прежде всего, важно отдать себѣ совершенно точный отчетъ о величинѣ разрыва и самымъ тщательнымъ образомъ ориентироваться въ его формѣ и видѣ. Не должно дѣлать ни малѣйшей ошибки относительно частей, которыя должны быть приведены въ соприкосновеніе одна съ другой, такъ, чтобы можно

было возстановить цѣликомъ прежнее состояніе.

Въ самомъ дѣлѣ, начинающимъ часто случается соединять лишь кожу промежности и не обращать вниманія на влагалищную рану, которая можетъ представляться очень обширной.

Въ такомъ случаѣ послѣродовыя очищенія накопляются на днѣ образовавшейся незащитой полости; температура поднимается и черезъ нѣсколько дней оказывается, что швы разошлись и все дѣло приходится начинать сначала.

Можно не зашивать разрывовъ уздечки, размѣры которыхъ не превышаютъ 1 сант. въ длину и которые затрагиваютъ лишь кожу и слизистую оболочку влагалища, такъ какъ они заживаютъ сами собой. Разрывы большихъ размѣровъ должны быть зашиваемы, ибо иначе послѣ родовъ можетъ произойти опущеніе стѣнокъ влагалища. Безусловно необходимо тщательное зашиваніе, принимая во вниманіе ту роль поддержки, которую играетъ промежность. Если разрывъ раздвоенъ, каждая изъ вѣтвей зашивается отдѣльно для того, чтобы получить полное возстановленіе промежности.

Осмотръ можетъ быть хорошо сдѣланъ лишь послѣ выхожденія послѣда. При отсутствіи пуповины, которая виситъ во влагалищѣ, вытекающая при каждомъ сокращеніи матки кровь, не позволяютъ сдѣлать этотъ осмотръ, между тѣмъ, чтобы быть полезнымъ, онъ долженъ быть тщательнымъ.

За исключеніемъ случая опаснаго кровотеченія, требующаго немедленной его приостановки, слѣдуетъ, стало быть, ждать изгнанія послѣда. Затѣмъ,

убѣдившись, что матка сократилась, женщину помѣщают поперекъ кровати, хорошо освѣтивъ половыя части, и съ помощью зеркала приподнимаютъ переднюю стѣнку влагалища такъ, чтобы задняя стѣнка была видна по всей своей длинѣ вплоть до свода. Затѣмъ съ помощью пулевыхъ щипцовъ, сближаютъ глубокіе края влагалищной раны, углы задней спайки, и, въ случаѣ надобности, края разрыва прямой кишки.

Такъ какъ сила освѣщенія играетъ громадную роль, то безусловно лучше оперировать днемъ, помѣстивъ кровать передъ окномъ. Если роды произошли ночью и если освѣщеніе, которымъ располагаютъ, недостаточно, то нѣтъ никакого неудобства ждать до утра. Въ такомъ случаѣ между краями раны помѣщаютъ тампонъ изъ стерилизованной марли, пропитанный антисептическимъ растворомъ. Успѣхъ на сращеніе первичнымъ натяженіемъ черезъ 12—24 часа послѣ родовъ почти столь же великъ, какъ и немедленно послѣ родовъ.

Анэстезія необходима, чтобы добиться необходимаго спокойствія больной, но для этого можно съ успѣхомъ примѣнить мѣстную анэстезію съ кокаиномъ. Для этого полузуются 0,5%—1% растворомъ и Плевацескимъ шприцемъ. Чтобы избѣжать боли отъ укола, иглу вкалываютъ черезъ рану: подъ слизистую оболочку для зашиванія влагалища; подъ кожу для зашиванія промежности. Нужно начинать съ влагалищной раны, подъ каждый край которой медленно вводятъ иглу, нажимая мало-по-малу поршень шприца. Затѣмъ, точно такимъ же образомъ, поступаютъ съ раной

промежности. Обычно достаточно 4—5 шприцовъ для анестезіи всей области. Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что можно сдѣлать значительное сбереженіе на кокаинѣ для влагалища, которое въ общемъ очень мало чувствительно, и сохранить его для промежности, зашивание которой всегда очень болѣзненно. Прежде чѣмъ начинать вмѣшательство, слѣдуетъ выждать приблизительно пять минутъ для того, чтобы потеря чувствительности была полной.

Если слишкомъ большой разрывъ не позволяетъ достаточную мѣстную анестезію, необходимо прибѣгнуть къ общей—наркозу. Такъ какъ раны промежности и влагалища заживаютъ обычно съ удивительной легкостью (вслѣдствіе обилія мѣстныхъ сосудовъ), можно съ успѣхомъ употреблять непрерывный шовъ изъ кэтгута. Такой шовъ имѣетъ преимущество въ томъ, что накладывается сравнительно быстро.

При разрывахъ третьей степени, для влагалища можно употребить также непрерывный шовъ изъ кэтгута, что же касается прямой кишки и промежности, то онѣ должны быть защиты шелкомъ и отдѣльными узловатыми швами. Въ послѣднемъ случаѣ, главнѣйшей заботой врача должно быть аккуратное сшиваниеъ прямой кишки и шовъ не долженъ оставлять желать ничего лучшаго съ точки зрѣнія своей крѣпости. Сшиваниеъ прямой кишки требуетъ особой техники, которой мы коснемся съ большими подробностями.

Шовъ долженъ соединить не только слизистую оболочку и кожу, но также и глубокіе мышечные слои, чтобы придать промежности желательную толщину и вернуть ей прежнюю ея прочность. Въ

этомъ единственное средство получить хорошей результатъ. Нужно, стало быть, чтобы шовъ проходилъ черезъ всю толщю ранъ и чтобы нигдѣ не оставалось участковъ, гдѣ бы ткани не имѣли тѣснаго соприкосновенія. Если рана слишкомъ обширна, то необходимо прежде всего сдѣлать по-



Рис. 129. Зашиваніе разрыва промежности.



Рис. 130. Другая форма зашиванія разрыва промежности.

гружной шовъ, сверху котораго затѣмъ соединить слизистую оболочку влагалища и кожу промежности. Этотъ погружной шовъ, сверхъ того, уменьшаетъ натяженіе раны и облегчаетъ ея сращенія.

При разрывахъ первой и второй степеней (рис. 129 и 130) сперва зашиваютъ влагалище и заканчиваютъ на промежности.

Если прямая кишка повреждена, то всегда слѣдуетъ начинать съ нея.

Края слизистой оболочки прямой кишки сближаются отдѣльными швами тонкимъ шелкомъ (рис. 131). Первый шовъ накладывается немного выше верхняго угла разрыва такъ, чтобы не было никакого риска оставить въ этомъ мѣстѣ, хотя бы

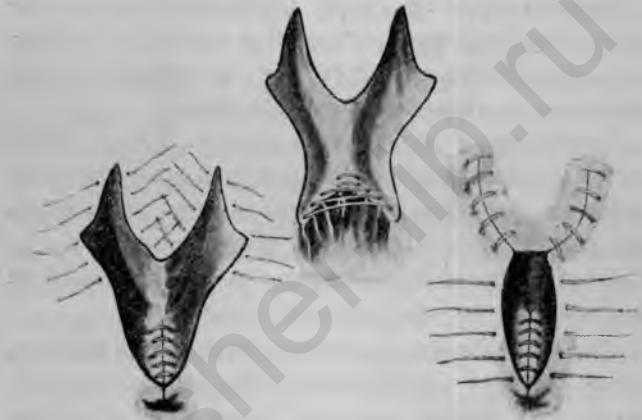


Рис. 131. Зашиваніе полного разрыва промежности.

самое маленькое пространство, не соединеннымъ. Игла вкалывается слѣва черезъ слизистую оболочку, выводится въ рану, затѣмъ вкалывается справа со стороны раны, чтобы вывести черезъ слизистую оболочку. Шелкъ завязывается в н у т р и п р я м о й к и ш к и. Второй шовъ накладывается точно такимъ же способомъ впереди перваго, затѣмъ третій и такъ далѣе до тѣхъ поръ, пока стѣнка прямой кишки не будетъ восстановлена во всей своей длинѣ.

Затѣмъ соединяють края мышцы сжимающей

задній проходъ, поверхъ этой первой серіи швовъ, которыми защита лишь слизистая оболочка посредствомъ погружного непрерывнаго шва изъ кетгута. Этотъ шовъ долженъ захватывать возможно болѣе толстый слой мышць. Онъ очень важенъ и долженъ быть сдѣланъ съ большой тщательностью, чтобы возстановить, поверхъ слизистой оболочки, прочный мышечный сводъ.

Такимъ образомъ, рана превращается въ разрывъ второй степени, который и зашивается обычнымъ способомъ, причемъ для промежности пришиваются отдѣльные шелковые швы.

Послѣдующій уходъ очень простъ. Ноги, выше колѣнъ, связываются полотенцемъ и врачъ ограничивается регулярными обмываніями растворомъ лизоформа, просто поливая послѣднимъ рану, каковая въ промежутки между этими обмываніями покрывается антисептической повязкой.

Если повреждена прямая кишка, то хорошо, чтобы больная не испражнялась въ продолженіе шести дней послѣ операціи. Очень распространенное раньше, продолжительное употребленіе опиума должно быть оставлено, такъ какъ онъ вызываетъ образованіе твердыхъ каловыхъ массъ, которыя могутъ разорвать швы во время своего прохожденія. Въ настоящее время довольствуются запрещеніемъ родильницѣ принимать какую-либо твердую пищу до шестого дня, когда ей даютъ немного кастороваго масла. Первый стулъ бываетъ жидкимъ и не повреждаетъ свѣжаго рубца.

Швы, наложенные на слизистую оболочку прямой кишки, отходятъ сами собой, а швы на промежности снимаются на шестой или седьмой день.

Необходимо ежедневно осматривать рану и снимать немедленно каждый шовъ, если онъ начинаетъ нагнаиваться.

Если разрывъ промежности не заживаетъ первичнымъ натяженіемъ и если рана расходится, то слѣдуетъ воздержаться отъ вторичнаго наложения швовъ. Несмотря на тщательный уходъ, послѣродовыя отдѣленія содержатъ въ это время множество микробовъ, которые будутъ препятствовать заживленію. Въ такомъ случаѣ нужно ждать четыре-шесть недѣль, когда послѣродовыя отдѣленія прекратятся. Къ этому времени рана покроется эпидермисомъ. Нужно будетъ, стало-быть, ее оживить и уже въ этомъ случаѣ придется имѣть дѣло не съ простымъ зашиваніемъ ея, а съ настоящей пластической операціей, которая должна быть предоставлена только специалисту-гинекологу.

Кромѣ разрывовъ промежности, могутъ еще произойти поверхностныя поврежденія внутренней поверхности малыхъ губъ и клитора. Въ большинствѣ случаевъ онѣ заживаютъ безъ того, чтобы ихъ необходимо было зашивать. Но если иногда поврежденія захватываютъ расширенную вену или кавернозное тѣло клитора и если происходитъ болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, то необходимо защитить ихъ однимъ или двумя швами.

Наконецъ, могутъ быть отдѣльные разрывы средней трети влагалища, не затрагивающіе промежности. Они обращаютъ на себя вниманіе только когда кровоточатъ. Изслѣдующій палецъ попадаетъ, слѣва или справа отъ задней спайки, въ глубокую полость, наполненную кровяными сгустками. Введеніе зеркала позволяетъ осмотрѣть рану и защитить ее кетгутомъ послѣ предваритель-

наго очищенія ея отъ мѣшающихъ операціи сгустковъ.

Что касается совершенно исключительныхъ центральныхъ разрывовъ промежности, ихъ леченіе очень легко: съ помощью ножницъ разрѣзаютъ мость, отдѣляющій влагалище отъ раны. Такимъ образомъ послѣдняя превращается въ разрывъ



Рис. 132. Эпизиотомія.

второй степени, который зашиваютъ обычнымъ способомъ.

С. ЭПИЗИОТОМІЯ. (НАСЪЧКИ НА ПРОМЕЖНОСТИ).

Невозможно предвидѣть размѣры, которые приметъ разрывъ промежности. Сверхъ того, разрывы, незажившіе первичнымъ натяженіемъ, ослабляютъ неизбѣжно дно промежности. Поэтому, когда растяженіе половой расщелины принимаетъ опасные размѣры, полезно ослабить это растяженіе въ опасный моментъ.

Какъ только врачъ убѣждается, что головка не можетъ выйти, не произведя разрыва, онъ дѣлаетъ ножницами косою разрѣзь, въ два—три сантиметра длиною, по направленію къ одному изъ сѣдалищныхъ бугровъ (рис. 132).

Этотъ разрѣзь (эпизіотомія) захватываетъ кожу, поверхностную фасцію и нѣсколько пучковъ мышцы сжимающей влагалищный входъ. Онъ совершенно не затрагиваетъ главную массу мышцъ промежности.

Послѣ выхожденія послѣда, эта рана зашивается и условія ея заживленія въ высшей степени благоприятныя.

Эпизіотомія, произведенная во-время, предупреждаетъ иногда очень обширные и сложные разрывы, въ которыхъ порой чрезвычайно трудно разобратся.

Сверхъ того, она предупреждаетъ, извѣстнымъ образомъ, распространеніе разрыва на прямую кишку и должна примѣняться, какъ правило, при всѣхъ наложеніяхъ щипцовъ, когда есть опасность за цѣлость промежности, точно такъ же какъ и при прорѣзываніи головки въ заднемъ видѣ затылочнаго и переднемъ видѣ лицевого.

ГЛАВА IV.

Вмѣшательства на шейкѣ.

А. РАЗРЫВЫ ШЕКИ. — ЗАШИВАНІЕ ИХЪ.

Разрывы влагалищной части шейки и, особенно, краевъ наружнаго зѣва, являются правиломъ во время родовъ. Они не даютъ мѣста никакимъ симптомамъ и, зарубцовываясь, придаютъ отверстію шейки видъ поперечной щели, являющейся неоспоримымъ свидѣтельствомъ первыхъ родовъ.

Однако, иногда разрывъ принимаетъ болѣе значительные размѣры. Онъ можетъ достигнуть даже свода. Послѣдствіемъ его является кровотеченіе, тѣмъ болѣе серьезное и угрожающее, чѣмъ глубже поврежденіе.

Причины этихъ разрывовъ многочисленны: недостаточность эластичности шейки (въ особенности у пожилыхъ первородящихъ), ригидность тканей вслѣдствіе старыхъ рубцовъ или вслѣдствіе хроническаго катарра, размѣры плода, недостаточное сгибаніе головки, неправильная позиція, слишкомъ быстрое изгнаніе плода.

Эти разрывы происходятъ еще въ томъ случаѣ, когда, подъ вліяніемъ сильныхъ страданій, женщины доводятъ себя до того, что дѣлаютъ прежде-

временныя усилія и тужатся ранѣе полнаго открытія. Разрывы оболочекъ до начала или въ началѣ родовыхъ болей, благоприятствуютъ разрывамъ шейки потому, что между зѣвомъ матки и плодомъ не имѣется болѣе эластическаго слоя, образованнаго плоднымъ пузыремъ. Но самой частой причиной глубокихъ разрывовъ остается всегда несвоевременное акушерское вмѣшательство (щипцы, способъ Морисо), производимое тогда, когда нѣтъ еще полнаго открытія зѣва матки.

Разрывъ находится съ одной или другой стороны. Иногда онъ двусторонній и въ такомъ случаѣ шейка раздѣлена на двѣ створки, переднюю и заднюю.

Пока не произошло полнаго изгнанія плода, разрывъ не обнаруживается никакимъ симптомомъ, такъ какъ туловище плода въ достаточной степени сдавливаетъ края раны, чтобы останавливать кровотеченіе. Послѣднее происходитъ лишь послѣ изгнанія плода и можетъ принять значительныя размѣры, если разрывомъ захвачены значительныя вѣтви маточной артеріи или если шейка имѣетъ необычную васкуляризацію, вслѣдствіе низкаго прикрѣпленія послѣда. Кровотеченіе можетъ быть даже настолько сильнымъ, что можетъ появиться непосредственная опасность для роженицы, если не поспѣшатъ его пріостановить. Кровотеченіе вслѣдствіе разрыва шейки отличается отъ кровотеченій, вызванныхъ атоніей матки, способностью этого органа хорошо сокращаться.

Безполезно терять время на желаніе опредѣлить

съ помощью внутренняго изслѣдованія мѣсто и размѣръ разрыва.

Единственно, что нужно, это осмотрѣть, осмотрѣть возможно скорѣе и возможно лучше, такъ какъ единственное дѣйствительное леченіе, это немедленное зашиваніе. Ни массажъ матки, ни ея тампонированіе не являются сколько-нибудь полезными.



Рис. 133. Разрывъ шейки.

Поэтому роженицу возможно быстрѣ помѣщаютъ поперекъ кровати, съ сильно раздвинутыми бедрами, согнутыми до максимума такъ, чтобы повыше приподнять тазъ. Освѣщеніе должно быть въ совершенствѣ.

Во влагалище вводятъ два зеркала, которыя удерживаются на мѣстѣ акушеркой или какимъ-либо помощникомъ: одно зеркало служитъ для отдавливанія задней стѣнки влагалища, другое для отодвиганія боковой его стѣнки. Можно, однако, удовлетвориться введеніемъ только одного

перваго зеркала, принимая во вниманіе большую легкость, съ которой шейка поддается опусканію. Во время введенія зеркала, врачъ убѣдится, что кровотеченіе происходитъ ни изъ промежности, ни изъ влагалища.

Каждая изъ губъ шейки захватывается пулевыми щипцами и цѣликомъ вытягивается къ наружнымъ органамъ, что позволяетъ распознать мѣсто и протяженіе разрыва (рис. 133). Очистивъ шейку отъ мѣшающихъ сгустковъ крови, соединяютъ оба края разрыва нѣсколькими кѣгутуновыми швами, начиная съ болѣе удаленной части и стараясь, чтобы игла каждый разъ прошла всю толщю раны.

В. РАСШИРЕНІЕ ШЕЙКИ БАЛЛОНОМЪ ШАМПЕТЬЕ ДЕ РИБА (Champetier de Ribes).

Иногда приходится вмѣшиваться во время родовыхъ болей, когда открытіе шейки недостаточно.

Въ такомъ случаѣ нужно ускорить раскрытіе такъ, чтобы оно достигло въ короткое время необходимыхъ размѣровъ.

Для этого пользуются баллономъ *) и въ осо-

*) Здѣсь не будетъ рѣчи о металлическихъ расширителяхъ (расширитель Тарнье, Босси и др., употребленіе которыхъ представляетъ чрезвычайную опасность), а также о расширеніи шейки съ помощью пальцевъ, что, являясь менѣе грубымъ и слѣпымъ, чѣмъ расширеніе съ помощью металлическихъ инструментовъ, остается, однако, вмѣшательствомъ грубой силы, которое никогда не можетъ привести къ изглаживанію шейки. Расширеніе, аналогичное тому, которое происходитъ во время родовъ, можетъ

особенности баллономъ Шампетье де Рибя.

Мягкая и прочная ткань, изъ которой онъ сдѣланъ, имѣетъ большое преимущество, позволяя баллону сохранить, послѣ наполненія, свою коническую, очень счастливо подобранную форму. Существуютъ модели баллоновъ различныхъ величинъ. Калибръ наибольшей модели рассчитанъ такъ, чтобы его окружность должна была пройти шейку при полномъ ея открытіи. Провѣривъ прочность баллона и простерилизовавъ его, складываютъ послѣдній и захватываютъ длинными и тонкими специальными пинцетами для введенія баллона. Роженица помѣщается на край постели въ акушерскомъ положеніи, а шейка матки оттягивается внизъ съ помощью щипцовъ Мюзё (Museum.) Затѣмъ осторожно вводятъ баллонъ выше внутренняго отверстія шейки и проводятъ большую часть его въ нижній сегментъ матки.

Точная вмѣстимость каждого баллона должна

произойти только съ помощью родовыхъ болей. Между тѣмъ металлическіе расширители или пальцевое растяженіе вызываютъ лишь растягиваніе, увеличеніе окружности вѣва, причемъ шейка не изглаживается. Раскрытія въ физиологическомъ смыслѣ этого слова нѣтъ: для осуществленія его необходимы родовыя боли, т.е. активныя сокращенія матки.

Такимъ образомъ условія, въ которыхъ находятся для послѣдующей операціи, никогда не являются такими же, при которыхъ шейка растягивается естественно. Раскрытіе, позволяющее вмѣшательство при нормальныхъ условіяхъ, можетъ быть достигнуто только употребленіемъ баллона, цѣлью котораго является вызваніе родовыхъ болей, вліяніемъ которыхъ и происходитъ желаемое раскрытіе.

быть известна заранее. Съ помощью шприца вводятъ внутрь его необходимое количество стерилизованной воды и когда убѣждаются, что раздувшійся конусъ не можетъ болѣе выскользнуть изъ матки, закрываютъ кранъ и снимаютъ щипцы Мюзё (рис. 134).

Необходимо избѣгать сильнаго растяженія бал-



Рис. 134. Баллонъ Шампетье де Рибо на мѣстѣ.

лона. Если его стѣнка остается мягкой, онъ можетъ легче войти въ шейный каналъ и вѣрнѣе вызвать схватки и раскрытіе.

Свободный конецъ трубки, черезъ которую баллонъ наполняется, просто помѣщается въ стерилизованную марлю или же ей пользуются для того, чтобы производить непрерывное потягиваніе и, такимъ образомъ, еще болѣе способствовать дѣйствию баллона на раскрытіе. Затѣмъ ждутъ самопроизвольнаго изгнанія послѣдняго. Нужно, од-

нако, слѣдить, чтобы баллонъ, послѣ его наполненія, не отклонилъ предлежащей части плода.

Если бы это произошло, слѣдовало бы съ помощью наружныхъ пріемовъ провести предлежащую часть ко входу таза.

С. НАСЪЧКИ НА ШЕЙКЪ.

Показанія къ насъчкамъ на шейкѣ очень ограничены. Послѣднія являются чрезвычайно рѣдкой операціей въ практикѣ врача и къ ней онъ долженъ прибѣгать только въ случаяхъ, когда ему необходимо наложить щипцы въ томъ случаѣ, если открытіе неполное и введеніе баллона Шампетье де Роба невозможно.

Эта операція можетъ еще оказать услугу при прорѣзываніи послѣдующей головки, если маточное отверстіе, не вполне раскрытое и слабо растяжимое, является препятствіемъ къ быстрому выходу головки.

Такъ какъ всякій, самый маленькій надрѣзъ можетъ распространиться чрезмѣрно во время извлеченія плода и вызвать громадное кровотеченіе, остановить которое очень трудно, врачъ можетъ имѣть оправданіе произвести эту операцію только совершенно исключительными требованіями немедленной помощи.

Очевидно, что въ случаяхъ, когда препятствіе къ раскрытію ограничено и находится только въ одной какой-нибудь точкѣ окружности наружнаго отверстія, то надрѣзъ долженъ быть сдѣланъ какъ разъ въ этой точкѣ. Если сопротивляющаяся ткань образуетъ кольцо, дѣлають многочислен-

ные лучевые надрѣзы на окружности отверстія. Длина ихъ не должна быть больше 1—1½ сант.

Если, послѣ извлеченія плода окажется, что надрѣзы увеличились, необходимо ихъ зашить.

Что же касается до глубокихъ надрѣзовъ Дюрр-сена (Durrhsen), то они являются приемомъ, къ которому можетъ прибѣгнуть лишь опытный гине-кологъ и только въ исключительныхъ обстоятель-ствахъ, относящихся къ дѣятельности специалиста.

akusher-lib.ru

ГЛАВА V.

Вмѣшательства въ послѣродовомъ періодѣ.

A. ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА ВО ВРЕМЯ НОРМАЛЬНАГО ПОСЛѢРОДОВОГО ПЕРІОДА.

Послѣродовой періодъ часто осложняется кровотечениями, которыя могутъ принять чрезвычайно опасныя размѣры и быстро угрожать жизни женщины.

Нужно, однако, признать, что чаще всего эти осложненія прямо вызваны ошибкой самого врача или акушерки.

Рациональный уходъ во время послѣродового періода тѣмъ болѣе важенъ, что опасность заключается не только въ самомъ кровотеченіи, но также и въ инфекціи остатковъ дѣтскаго мѣста и оболочекъ, задержавшихся въ полости матки.

Нормальное изгнаніе послѣда состоитъ изъ двухъ моментовъ: изъ отдѣленія послѣда и изъ его изгнанія.

Отдѣленіе послѣда, за исключеніемъ случаевъ приращенія, обычно цѣликомъ происходитъ черезъ полчаса,

Оно опредѣляется слѣдующими наружными признаками, которые болѣе или менѣе замѣтны въ зависимости отъ худого или полнаго сложенія роженицы.

1°. Матка поднимается выше пупка.

2°. Прощупываніе показываетъ ея уплощеніе въ передне-заднемъ направленіи.

3°. Она раздѣляется совершенно ясно на два участка, изъ которыхъ верхній сократился и отдѣляется бороздкой отъ нижняго участка, мягкаго и вялаго, въ каковомъ находится спустившійся послѣдъ. Этотъ послѣдній участокъ образованъ нижнимъ сегментомъ матки и верхней частью влагалища.

4°. Пуповина выдвигается на двѣнадцать—шестнадцать сант. изъ наружныхъ половыхъ органовъ.

Какъ только послѣдъ спустился въ верхнюю часть влагалища, женщина испытываетъ потребность тужиться и изгоняетъ его сама собой; но въ громадномъ большинствѣ случаевъ, эта потребность слишкомъ слабо выражена и даже совершенно отсутствуетъ. Въ такомъ случаѣ послѣдъ можетъ остаться на мѣстѣ въ теченіе очень долгаго времени, если акушеръ не вмѣшается легкимъ давленіемъ на матку, чтобы удалить его совершенно. Обязанность врача вытекаетъ цѣликомъ изъ знанія этого механизма самопроизвольнаго изгнанія послѣда.

Обязанность врача превосходно резюмируется однимъ словомъ Варнье (Varnier), воздержаніе, воздержаніе до тѣхъ поръ, пока послѣдъ не спустился во влагалище.

Стало бытъ, е с л и н ѣ т ь к р о в о т е ч е н і я ,
нужно предоставить природѣ заботу произвести:

1°. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста и оболочекъ.

2°. Ихъ изгнаніе, по крайней мѣрѣ, частичное, изъ матки. Вмѣшаться же безъ точно опредѣленнаго къ тому показанія до полнаго отдѣленія послѣда, значить умышленно помѣшать ему и рисковать произвести иногда значительное кровотеченіе, которое потребуетъ ручное удаленіе послѣда съ опасностью пуэрперальной инфекціи.

Констатированіе вышеуказанныхъ признаковъ, показывающихъ переходъ послѣда въ нижній сегментъ матки и въ верхнюю часть влагалища, и только оно одно показываетъ, что отдѣленіе послѣда закончилось. Нужно, стало быть, ждать ихъ появленія.

Эти признаки обычно появляются приблизительно черезъ полчаса послѣ изгнанія плода, если все нормально.

Въ это время нужно тщательно убѣдиться, что нѣтъ наружнаго кровотеченія; для этого достаточно осмотрѣть нѣсколько разъ половую расщелину, не забывая при этомъ, что послѣдовья схватки вызываютъ всегда нѣкоторую потерю крови, въ особенности, въ случаяхъ краевого отдѣленія послѣда (механизмъ Дункена); но потеря крови въ этомъ случаѣ перемежается и прекращается во время схватки. Слѣдовательно, приходится беспокоиться только въ случаѣ непрерывнаго кровотеченія.

Помимо наружнаго кровотеченія можетъ быть кровотеченіе внутреннее, происходящее въ маткѣ позади послѣда. Необходимо предвидѣть такую возможность.

Вотъ почему послѣ изгнанія плода и перевязки пуповины, необходимо слѣдить за маткой и убѣдиться, сокращается она или нѣтъ. Одна рука должна остаться на животѣ до яснаго появленія признаковъ полнаго отдѣленія послѣда. Дно матки прощупывается на уровнѣ пупка или немного выше. Весь органъ легко прощупывается въ видѣ правильной опухоли, обычно расположенной по средней линіи, но нерѣдко она наклоняется вправо или влѣво, чаще всего вправо.

Эта опухоль не даетъ все время ощущенія одной и той же степени плотности: она попеременно то уплотняется, то размягчается. Въ этомъ второмъ случаѣ она шире, менѣе тверда, менѣе выпукла, чѣмъ въ первомъ. Когда она твердѣетъ, т.-е. въ моментъ сокращеній, она становится шарообразной, твердой, какъ дерево, и ясно показываетъ этимъ, что маточныя мышцы дѣятельны и что первый моментъ изгнанія послѣда проходитъ нормально.

Этому состоянію сокращенія матки дали названіе *globe de sûreté* *) (глобъ де сюретъ). Несокращаемость матки немедленно же обнаруживается подъ рукой потерей ощущенія этого шара безопасности и увеличеніемъ объема матки, прощупываніе которой становится менѣе яснымъ. Прощупываніе даетъ впечатлѣніе мягкаго неощутимаго мѣшка, контуры котораго все труднѣе и труднѣе опредѣляются. Когда послѣдъ нормально отдѣлился, дно матки поднимается на три, четыре сантиметра выше пупка, но сама матка все время шарообразна и тверда въ противоположность маткѣ

* Шаръ безопасности.

несокращающейся. Ея видимое увеличеніе обязано вовсе не собравшейся въ полости матки крови, а переходу послѣда въ нижній сегментъ.

Роженицѣ кажется въ этотъ моментъ, что снова начались роды. Матка производитъ усиліе, чтобы освободиться отъ своего содержимаго, и рука врача чувствуетъ, какъ она мало-по-малу спускается къ пупку въ то время, какъ сокращенія становятся все рѣже и, наконецъ, утихаютъ. Въ этотъ моментъ послѣдъ опускается въ верхнюю часть влагалища.

И только въ этотъ моментъ можно рѣшиться помочь природѣ. Предоставленное самому себѣ, изгнаніе послѣда можетъ теперь длиться еще цѣлыя часы и врачъ не имѣетъ права ни подъ какимъ предлогомъ покинуть роженицу, пока изгнаніе не закончилось.

Отсюда ясны послѣдствія слишкомъ длительного выжиданія. Матка, стѣсненная въ своемъ сокращеніи сгустками, собравшимися позади послѣда и присутствіемъ послѣдняго во влагалищѣ, теряетъ способность сокращаться, отчего возникаетъ опасность кровотеченія.

Вмѣшательство состоитъ въ выдавливаніи послѣда съ помощью способа, предложеннаго Креде (Crédé).

Хотѣтъ вмѣшаться, раньше, прежде чѣмъ клиническіе признаки отдѣленія послѣда ясно не опредѣлены, значитъ, помѣшать нормальному механизму изгнанія послѣда и вызвать неравномѣрное и частичное отдѣленіе со всѣми его досадными послѣдствіями, а именно:

1°. Отдѣленіе послѣда по методу Дункана (Duncan), обнаруживающагося болѣе обильной по-

терей крови и болѣе частымъ задержаніемъ въ маткѣ оболочекъ.

2°. Обильными кровотеченіями, вслѣдствіе частичнаго отдѣленія.

3°. Задержаніемъ, также частымъ, добавочныхъ долекъ съ послѣдующимъ кровотеченіемъ и возможностью септисеміи.

4°. Выворотомъ матки.

Напротивъ, если предоставить одной только природѣ дѣйствовать во все время перваго періода изгнанія послѣда, послѣдній медленно проталкивается къ отверстию матки, оболочки остаются цѣлыми, а опадающая отдѣляется въ надлежащемъ слоѣ тѣла матки.

Чтобы примѣнить, такъ называемый, способъ К р е д е (Crédé) (рис. 135) врачъ обхватываетъ дно матки четырьмя пальцами, концы которыхъ онъ направляетъ назадъ къ поясничнымъ позвонкамъ и опускаетъ ихъ вдоль задней стѣнки дна и тѣла матки въ то время, какъ большой палецъ обхватываетъ переднюю стѣнку. Такимъ образомъ онъ захватываетъ матку въ руку.

Если послѣдняя находится въ этотъ моментъ въ покойномъ состояніи, пальцы опускаютъ послѣдовательно къ ея вершинѣ, производятъ движеніе вдоль ея стѣнокъ такъ, чтобы этимъ массажемъ произвести сильное раздраженіе органа.

Какъ только матка начинаетъ твердѣть, нужно производить давленіе внизъ, въ особенности приводящей мышцей большого пальца по направленію оси таза въ то время, какъ ладонью руки захватываютъ дно матки точно, если бы хотѣли выжать губку. И тогда послѣдъ, выпячивая промежность, появляется въ половой расщелинѣ.

Начиная съ этого момента, нужно дѣйствовать съ большой осторожностью и нѣжно, чтобы не оторвать оболочекъ и чтобы плодный пузырь вышелъ цѣликомъ.

Другая, продезинфицированная рука поддерживаетъ, вышедшую уже, часть послѣда и въ то время, какъ женщины совѣтують не дѣлать никакого усилія, никакой потуги, на дно матки произво-



Рис. 135. Способъ Креде.

дять лишь очень нѣжное и непрерывное давленіе, достаточное для выдавливанія оставшейся части послѣда. Оставивъ затѣмъ матку, врачъ захватываетъ обѣими руками послѣдъ (рис. 136), поворачиваетъ его нѣсколько разъ вокругъ его оси такъ, чтобы свернуть оболочки въ толстый жгутъ, за каковой производятъ легкія потягиванія, заставляющія выйти постепенно оболочки безъ опасности ихъ отрыва.

Въ случаѣ, если бы оболочки оторвались вслѣд-

ствіе слишкомъ большой ихъ хрупкости, слѣдуетъ захватить, оставшуюся во влагалищѣ, часть кровоостанавливающимъ пинцетомъ и оставить его на мѣстѣ до слѣдующаго дня. На слѣдующій день, извлечение того, что могло остаться отъ оболочекъ не представляетъ никакого затрудненія и производится простымъ потягиваніемъ и закручиваніемъ пинцета.



Рис. 136. Извлечение оболочекъ послѣ примѣненнаго способа Креде.

Необходимо изслѣдовать тщательнымъ образомъ послѣдъ послѣ его изгнанія, чтобъ убѣдиться, что онъ вышелъ цѣликомъ. Часть послѣдовой массы, которая оторвалась и осталась въ маткѣ, должна быть немедленно розыскана. Это обслѣдованіе рукой полости матки должно производиться до тѣхъ поръ, пока, оставшаяся въ ней, часть не будетъ найдена и удалена и пока не убѣдятся, что матка болѣе не содержитъ ни малѣйшихъ остатковъ послѣда.

Если при осмотрѣ послѣда опредѣляютъ отсут-

ствіе большаго или меньшаго количества плоднаго пузыря, лучше воздержаться от исканія недостающих оболочекъ.

Введеніе руки въ полость матки послѣ родовъ всегда сопряжено съ опасностью инфекціи и часто случается, что это вмѣшательство, даже произведенное съ самыми большими предосторожностями, сопровождается тревожнымъ повышеніемъ температуры.

- Въ самомъ дѣлѣ, введеніе идеально продезинфицированной руки въ стерилизованной перчаткѣ, не можетъ быть произведено безъ того, чтобы микробы влагалища не проникли съ рукой въ полость матки. Если эти микробы патогенны, результатъ не заставитъ себя долго ждать. Быстро появляется лихорадка, предшествуемая ознобомъ или безъ него, и сила инфекціи зависитъ единственно отъ степени вирулентности введенныхъ микробовъ.

Эта, висящая надъ головой больной, опасность болѣе велика, чѣмъ задержаніе оболочекъ. Последнія, —опытъ это показываетъ,—могутъ оставаться много дней въ маткѣ, не вызывая никакого симптома при одномъ условіи, чтобы роды были проведены асептично.

Итти на поиски этихъ оболочекъ значило бы подвергнуть инфекціи то, что еще не заражено и что, быть можетъ, и не будетъ совершенно инфицировано. Такимъ образомъ, выгодно ждать или ихъ изгнанія цѣликомъ, что въ большинствѣ случаевъ и бываетъ въ первые же дни послѣ родовъ, или же ихъ постепеннаго изгнанія съ послѣродовыми очищеніями, если задержаны только обрывки оболочекъ. И только въ томъ случаѣ,

если появилась лихорадка или кровотечение въ послѣродовомъ періодѣ, вмѣшательство имѣеть мѣсто.

В. ПАТОЛОГИЧЕСКІЙ ПОСЛѢДОВЫЙ ПЕРІОДЪ.

Можеть случиться, что изгнаніе послѣда сопровождается неправильностями, причиняющими небольшія затрудненія или иногда чрезвычайно опасныя осложненія, быстро подвергающія жизнь роженицъ опасности. Два основныхъ условія нормальнаго изгнанія послѣда это—правильныя сокращенія матки, съ одной стороны, и нормальное строеніе послѣда, съ другой.

Всякое измѣненіе одного изъ этихъ условій можеть имѣть послѣдствіемъ затрудненія въ изгнаніи послѣда, и каждый изъ этихъ факторовъ можеть существовать отдѣльно точно такъ же, какъ оба они могутъ комбинироваться. Такъ, на примѣръ, приращеніе послѣда можеть повлечь за собой неправильное сокращеніе матки.

Маточныя сокращенія въ періодѣ изгнанія послѣда, какъ въ періодѣ изгнанія плода, могутъ быть измѣнены въ двухъ направленіяхъ: въ смыслѣ усиленія или ослабленія.

Ненормальности послѣда выражаются или въ его чрезмѣрныхъ размѣрахъ или въ существованіи многодольчатаго дѣтскаго мѣста, добавочныхъ долекъ или же, наконецъ, въ болѣе или менѣе сильномъ, частичномъ или цѣльномъ, сращеніи его со стѣнкой матки.

Повышенное сокращеніе или спазмъ матки можеть быть лишь мѣст-

нымъ и локализоваться въ такомъ случаѣ въ наружномъ отверстіи или въ кольцо Бандля (Bandl).

Существованіе спазма наружнаго отверстія сильно оспаривается и возможно, что, такъ называемый, спазмъ зависитъ болѣе отъ упругости отверстія, чѣмъ отъ активнаго сокращенія.

Что касается кольца сокращенія Бандля, оно, дѣйствительно, существуетъ. Оно раздѣляетъ матку на двѣ части: одна, нижняя, заключаетъ нижній сегментъ и шейку, образующіе вмѣстѣ опрокинутую воронку; другая, верхняя, образуется полостью тѣла матки. Въ этой-то верхней части и можетъ быть, частично или цѣликомъ, задержанъ послѣдъ (полное или частичное приращеніе послѣда). Пока онъ цѣликомъ приращенъ, кровотеченія нѣтъ, но если часть его отслоилась (что является правиломъ при приращеніи частичномъ), то кровотеченіе бываетъ довольно значительное.

Кольцо сокращенія Бандля не можетъ быть распознано прощупываніемъ черезъ животъ. Одно внутреннее изслѣдованіе позволяетъ сдѣлать распознаваніе. Оно составляетъ первый приемъ вмѣшательства: ручное удаленіе послѣда. При изслѣдованіи опредѣляется спазмъ внутренняго отверстія матки. Въ этомъ отверстіи проходитъ пуповина и, когда приращеніе частично, часть самого послѣда, сдавливается кольцомъ.

Кольцо сокращенія можетъ быть временнымъ и прекратится само собой нѣсколько часовъ спустя. Но оно можетъ стать постояннымъ, давъ мѣсто въ такомъ случаѣ окончательному суженію,

Обязанность врача опредѣляется наличностью или отсутствіемъ кровотеченія.

Если женщина не кровоточитъ и если выдавливаніе послѣда не приводитъ спустя обычные полчаса къ его изгнанію, нужно повременить (спазмъ можетъ самъ собой прекратиться въ тотъ или другой моментъ), не настаивать въ приемахъ выдавливанія и возобновлять ихъ только черезъ довольно продолжительные промежутки, въ полчаса каждый. Впрыскиваніе 0,01 морфія оказываетъ цѣнную помощь во многихъ случаяхъ.

Однако, нужно быть готовымъ къ немедленному извлеченію послѣда, если появится кровотеченіе.

Первый моментъ вмѣшательства состоитъ въ постепенномъ растягиваніи пальцами сократившагося кольца подъ глубокимъ наркозомъ, за исключеніемъ случаевъ, гдѣ это противопоказуется (тяжелое общее состояніе роженицы).

Способъ этотъ долженъ производиться со всей мягкостью, но настойчиво и длительно до того момента, когда получаютъ достаточное расширеніе, чтобы можно было ввести руку и произвести простое извлеченіе послѣда, если только одновременно не имѣется сращеній, требующихъ предварительнаго отдѣленія.

Ожиданіе болѣе двухъ часовъ бесполезно. Послѣ этого промежутка невозможно предвидѣть продолжительность задержанія. Столбнякъ матки и наблюдается въ настоящее время очень рѣдко, такъ какъ теперь не впрыскиваютъ эрготинъ, если остается что-нибудь въ маткѣ.

Кольцо Бандля принимаетъ всегда участіе въ этомъ столбнякѣ. При прощупываніи матка даетъ впечатлѣніе шара твердаго, какъ ка-

м е н ь. Эта консистенція постоянна. Сверхъ того, матка сама-по-себѣ болѣзненна и въ особенности при прощупываніи.

Столбнякъ матки, вызванный спорыньей, дѣлаетъ предсказаніе чрезвычайно серьезнымъ, потому что дѣлается невозможнымъ произвести ручное извлечение послѣда даже самыми опытными руками. Въ этихъ условіяхъ послѣдъ не можетъ быть болѣе извлеченъ и смертельная инфекция является часто послѣдствіемъ такого положенія вещей.

Леченіе состоитъ въ назначеніи опія или хлораля и, спустя 6—12 часовъ (обычная продолжительность столбняка, вызваннаго спорыньей), въ попыткахъ извлечения подъ глубокимъ наркозомъ. Если эти попытки не удаются, необходимо, не теряя времени, предоставить роженицу специалисту, который не поколеблется, послѣ благо-разумнаго выжиданія, произвести полное удаленіе матки влагалищнымъ путемъ,—операцию, каковая должна быть произведена немедленно при малѣйшемъ признакѣ инфекции.

Къ счастью, подобные случаи болѣе уже не наблюдаются, ибо нѣтъ клиники, въ которой бы не обучали въ настоящее время врачей и акушеровъ никогда не давать спорынью до полного выходженія дѣтскаго мѣста и оболочекъ.

Можно иногда также наблюдать неправильныя сокращенія матки.

Нѣкоторые мышечные пучки сокращаются, другіе же остаются въ покоѣ. Такимъ образомъ, эти неправильныя сокращенія характеризуются одновременнымъ существованіемъ областей сократившихся и областей расслабленныхъ.

Это явленіе имѣетъ часто своимъ послѣдствіемъ

у щ е м л е н и е п о с л ѣ д а, то-есть заключенія части послѣда во вторичную полость, образовавшуюся за счет полости матки и сообщающуюся съ послѣдней болѣе или менѣе узкимъ отверстіемъ. При прощупываніи опредѣляютъ, что наружная поверхность матки вмѣсто того, чтобы быть равномерно яйцевидной, представляетъ выпуклый и мягкій участокъ, консистенція котораго представляетъ противоположность съ консистенціей остальной части тѣла матки, которая значительно тверже. Эта выпуклость находится чаще всего на уровнѣ одного изъ роговъ матки или по сосѣдству. Ручное изслѣдованіе, которое составляетъ и здѣсь первый приѣмъ леченія, позволяетъ опредѣлить, послѣ того какъ рука пройдетъ шейку, главную



Рис. 137.
Ущемленіе послѣда.

массу послѣда, отдѣлившагося и спустившагося къ кольцу сокращенія. Выше, эта масса кажется подвѣшенной на очень длинной ножкѣ. Слѣдуя по этой ножкѣ, рука попадаетъ на второе расположенное выше отверстіе въ одномъ изъ верхнихъ угловъ матки. Это отверстіе болѣе или менѣе сдавлено и приводитъ въ заднюю полость, въ которой рука распознаетъ присутствіе приращенныхъ или неприращенныхъ долей послѣда (рис. 137). Ущемленіе обнаруживается по двумъ главнымъ признакамъ: задержаніе послѣда и кровотеченіе. Задержаніе

можетъ продлиться безъ конца и нельзя совершенно разсчитывать на самопроизвольное исчезновение enchatounement и поэтому приходится почти всегда вмѣшаться. Если нѣтъ значительнаго кровотеченія, то поступаютъ, какъ выше указано, пытаясь выдавливать послѣдъ черезъ каждые полчаса.

Въ случаѣ неуспѣха послѣ двухъ часовъ выжиданія, необходимо прибѣгнуть къ ручному извлеченію послѣда; но, если удастся выдавить послѣдъ, необходимо его изслѣдовать самымъ внимательнымъ образомъ, потому что именно въ этихъ случаяхъ и наблюдаютъ часто задержаніе долей, которыя остаются заключенными во второй полости матки.

Несокращаемость наблюдается чаще, чѣмъ тетаническія сокращенія.

Она можетъ представлять различныя степени. Иногда она полная: имѣется совершенный параличъ мышцы; иногда мышечныя сокращенія вновь появляются, но они слабы, какъ бы колеблются, коротки и происходятъ черезъ длинныя промежутки, недостаточны, чтобы вполне отдѣлить послѣдъ и закрыть послѣдовыя пазухи.

Несокращаемость можетъ захватить цѣлкомъ всю способную сокращаться часть мышцы или же частично, коснувшись лишь одного участка матки.

Частичная несокращаемость наблюдается, обыкновенно, въ мѣстахъ, гдѣ мускулатура наиболѣе слаба и тонка, то-есть на уровнѣ роговъ матки и въ особенности на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Она можетъ появиться или во время самаго періода изгнанія послѣда, то-есть когда послѣдній

еще находится въ маткѣ, или послѣ, когда онъ вышелъ.

Причины, вызывающія несокращаемость, многочисленны. Ихъ можно раздѣлить на три зависящія отъ самого органа, отъ нервной системы или, наконецъ, отъ измѣненія общаго состоянія.

Нѣкоторыя матки обладаютъ первичной, естественной слабостью. Онѣ плохо сокращаются во все время родовъ, и имъ постоянно не удается закончить роды самопроизвольно. Часто наложение щипцовъ становится необходимымъ. Такія матки обнаруживаютъ тѣ же недостатки и въ послѣродовомъ періодѣ: сокращенія ихъ слабы и недостаточны. Слабость, въ такомъ случаѣ, называется *первичной*.

Это явленіе наблюдается въ особенности у пожилыхъ первородящихъ, но оно появляется также и у многородящихъ, какъ слѣдствіе слишкомъ частыхъ бывшихъ родовъ. Напротивъ, слабость называется *вторичной*, когда она имѣетъ причиной нѣкоторыя особенности беременности или родовъ. Чрезмѣрное растяженіе мышцы слишкомъ крупнымъ плодомъ, беременность двойнями, многоводіе могутъ ее вызвать.

Во время родовъ, если существуютъ механическія препятствія къ изгнанію плода, какова бы ни была ихъ причина (неправильный тазъ, большая головка, плохая способность конфигураціи), матка принуждена удвоить силы. Чрезмѣрная и продолжительная работа приводитъ къ утомленію мышцы, сокращенія которой становятся болѣе рѣдкими, ослабѣваютъ и даже прекращаются совершенно, приводя, такимъ образомъ, къ необходимости закончить роды искусственно.

Эта вторичная слабость, точно так же, какъ первичная, можетъ продолжиться въ послѣродовомъ періодѣ и причинить обильныя кровотеченія послѣ выхожденія послѣда.

То же явленіе можно наблюдать вслѣдствіе слишкомъ быстрыхъ родовъ, гдѣ матка, послѣ сильныхъ и слѣдующихъ другъ за другомъ сокращеній, впадаетъ въ полный параличъ. Онъ можетъ также быть вызванъ быстрымъ искусственнымъ опорожненіемъ матки (щипцы, поворотъ съ извлеченіемъ, прободеніе, приемъ Креде, слишкомъ быстро примѣненный) и врачъ всегда долженъ предвидѣть эту возможность при каждомъ акушерскомъ вмѣшательствѣ. Никогда не слѣдуетъ покидать женщину, какая бы операція ни была сдѣлана, не убѣдившись предварительно, что нечего съ этой стороны опасаться.

Нѣкоторыя измѣненія маточной стѣнки являются также причиной слабыхъ схватокъ. Ненормальное истонченіе, фиброматозное перерожденіе (главнымъ образомъ въ случаяхъ интерстиціальнахъ фибромъ, малыхъ или большихъ) играютъ важную роль.

Маточная мышца можетъ быть также парализована интоксикаціей. Это наблюдается въ случаяхъ гнилостнаго разложенія плода, когда токсины анаэробныхъ бактерій, являющихся причиной этого гніенія, дѣйствуютъ непосредственно на мышечныя волокна.

Такъ какъ нервная система оказываетъ большое вліяніе на маточныя сокращенія, усиливая или ослабляя ихъ, то трудно въ несокращаемости, послѣ слишкомъ продолжительныхъ родовъ, разграничить части, приходящіяся только на усталость

мышцы. отъ частей, приходящихся на истощеніе двигательныхъ нервныхъ центровъ. Тяжелое и болѣзненное душевное состояніе является также причиной, сильно задерживающей маточныя сокращенія; вліяніе его можетъ продолжиться и въ послѣдовомъ періодѣ. Что же касается измѣненій общаго состоянія организма, то можно сказать, что всѣ болѣзни, которыми страдаетъ женщина въ моментъ родовъ, могутъ оказаться причиной слабыхъ схватокъ.

Однако, это дѣйствіе далеко непостоянно и, несмотря на все, сокращеніе матки можетъ остаться нормальнымъ. На первомъ мѣстѣ приходится здѣсь поставить малокровіе, затѣмъ различныя сердечныя заболѣванія и, въ особенности, альбуминурію.

Слишкомъ продолжительная общая анестезія (наркозъ) имѣетъ несомнѣнное вліяніе на маточныя сокращенія. И это является лишнимъ поводомъ къ тому, чтобъ очень внимательно слѣдить за женщинами послѣ каждаго акушерскаго вмѣшательства.

Несокращаемости матки благопріятствуетъ еще присутствіе внутри ея отдѣлившихся остатковъ послѣда, кусковъ оболочекъ, сгустковъ.

Что касается кровоточивости, послѣдняя занимаетъ отдѣльное мѣсто и вызываемыя ею иногда смертельныя кровотеченія происходятъ отъ особаго состоянія крови, которое мѣшаетъ образованію тромбовъ въ послѣдовыхъ пазухахъ.

Атонія матки выражается прежде всего кровотеченіями; она легко узнается при прощупываніи.

Когда она захватываетъ всю матку, то при прощупываніи не чувствуютъ маточнаго шара. Матка представляется въ видѣ мягкой вда-

вливающейся, неэластичной массы; она большихъ размѣровъ, трудно опредѣлить границы. Такое состояніе длится неопредѣленно долго, если несокращаемость полная. Если же она относительная, то консистенція увеличивается слегка во время сокращеній, которыя происходятъ черезъ большіе промежутки, скоропреходящи и слабы. Сверхъ того женщина не испытываетъ боли.

При частичной несокращаемости, рука прощупываетъ на одной изъ поверхностей матки или по сосѣдству одного изъ роговъ ея одну или нѣсколько мягкихъ, вдавливаемыхъ, округленныхъ областей, консистенція которыхъ представляетъ противоположность съ остальной частью маточной мускулатуры. Эти области могутъ также слегка и скоропреходяще отвердѣвать; кажется иногда, что онѣ перемѣщаются и ихъ приходится тщательно разыскивать на обѣихъ поверхностяхъ матки.

Приращеніе послѣда.—Часто принимаютъ за приращеніе послѣда случаи, когда онъ ущемленъ (частично или цѣликомъ) или когда имѣется *enchatounement*.

Дѣйствительныя приращенія рѣдки, обычно частичны, касаются отдѣльныхъ долекъ и распредѣляются неравномѣрно. Они вызываются измѣненіемъ тканей, соединяющихъ послѣдъ со стѣнкой матки или же болѣе глубокимъ проникновеніемъ ворсинокъ хоріона.

Какъ и ущемленіе, приращенія являются причиною задержанія отдѣльныхъ долекъ и разрыва дѣтскаго мѣста въ моментъ, когда хотятъ его выдать.

Кровотеченія являются правиломъ и упорно

не останавливаются, имѣя иногда характеръ чрезвычайно опасныхъ кровотеченій вслѣдствіе неполнаго отдѣленія, что мѣшаетъ сокращенію матки. Приросшая часть часто ущемлена вслѣдствіе несокращаемости соотвѣтствующей мышечной области.

С. ЗАДЕРЖАНІЕ ПОСЛѢДА.

Имѣется задержаніе послѣда, если послѣдній остается цѣликомъ или частично въ полости матки.

Задержаніе частично, если, по изгнаніи или извлеченіи послѣда, недостаетъ или какой-нибудь его части или оболочекъ.

Задержаніе частей дѣтскаго мѣста происходитъ вслѣдствіе разрыва ткани,—разрыва, который изслюждаетъ одну или нѣсколько долекъ. Эти дольки, съ приращеніемъ или безъ него, остаются въ маткѣ послѣ изгнанія послѣда.

Главная причина задержанія заключается въ слишкомъ энергичныхъ сокращеніяхъ матки или въ попыткахъ выдавить послѣдъ, когда онъ еще не вполне отдѣлился. Нѣкоторыя особенности чрезвычайно благоприятствуютъ: спазмъ матки, ея несокращаемость, приращенія, добавочныя дольки.

Когда у врача имѣется послѣдъ и онъ можетъ его изслѣдовать, то распознаваніе очень облегчается. Иногда задержаніе очевидно; въ другихъ случаяхъ оно сомнительно.

Кровотеченіе, вызванное цѣльнымъ или частичнымъ задержаніемъ, можетъ произойти немедленно или же позже, спустя одинъ и даже нѣсколько дней послѣ родовъ.

Когда послѣдъ не могъ быть изслѣдованъ,

продолжающееся, несмотря на массажъ матки, кровотеченіе служить всегда показаніемъ къ изслѣдованію пальцемъ. Слѣдуетъ, однако, въ такомъ случаѣ подумать о возможности кровотеченія вслѣдствіе разрыва шейки.

З а д е р ж а н і е о б о л о ч е к ъ бываетъ гораздо чаще, чѣмъ задержаніе дѣтскаго мѣста. Оно бываетъ въ результатъ ихъ разрыва во время изгнанія или извлеченія послѣда и является осложненіемъ, часто наблюдаемымъ при приѣмѣ Креде, слишкомъ рано примѣненномъ. Это задержаніе можетъ быть полнымъ; но обычно, оно лишь частичное въ видѣ болѣе или менѣе большихъ лоскутовъ. Мы уже видѣли выше, какъ надо поступать въ такомъ случаѣ.

D. ПОСЛѢРОДОВЫЯ КРОВОТЕЧЕНІЯ.

(Ручное отдѣленіе послѣда).

Послѣ изгнанія плода могутъ произойти угрожающія кровотеченія, имѣющія различный источникъ, и ихъ нужно различать одинъ отъ другого. Количество крови, которое женщина можетъ потерять безъ опасности для своего здоровья, сильно колеблется въ каждомъ случаѣ. Даже минимальная потеря крови можетъ подвергнуть смертельной опасности малокровную родильницу, въ то время, какъ здоровая и крѣпкая женщина выносить безъ ущерба довольно сильное кровотеченіе.

Для предсказанія стало-быть важно не само кровотеченіе, но общее состояніе женщины. Однако, необходимо принимать въ расчетъ самую небольшую потерю крови, ибо кровотеченіе, слабое въ началѣ, можетъ понемногу принять значительные

размѣры или же незамѣтно ослабить родильницу своей продолжительностью. Послѣ родовъ я кровотеченія имѣють своимъ источникомъ или разрывъ мягкихъ частей матери или же задержание послѣда или, наконецъ, атонію матки.

Прежде всего необходимо убѣдиться, что кровопотеря не происходитъ отъ пораненія половыхъ частей.

Исключеніемъ этихъ возможностей, такимъ образомъ, приходятъ къ распознаванію кровотеченія маточнаго происхожденія.

Поврежденіе клитора и сосѣдней съ мочеиспускательнымъ каналомъ области могутъ дать мѣсто иногда значительнымъ кровотеченіямъ и обязываютъ немедленно наложить швы; поврежденія малыхъ губъ, промежности, нижней части влагалища и прямой кишки рѣдко даютъ значительныя кровотеченія, такъ что обычно можно ждать изгнанія послѣда, прежде чѣмъ накладывать швы.

Поврежденія средней и верхней частей влагалища, сводовъ кровоточать иногда очень обильно, если затронута большая влагалищная артерія. Введеніе зеркала позволяетъ обнаружить эти поврежденія и защитить ихъ или, въ худшемъ случаѣ, наложить временно одинъ или нѣсколько пинцетовъ на кровоточащія мѣста.

Поврежденія шейки и параметрій представляютъ исключительную опасность въ случаѣ, если затронуты крупныя вѣтви маточной артеріи. Эти кровотеченія имѣють тотъ общій отличительный характеръ, что они появляются немедленно послѣ рожденія ребенка. Сверхъ того,

за исключеніемъ случаевъ одновременной нескращаемости матки, послѣдняя всегда хорошо сокращена и даетъ ясное ощущеніе шара безопасности.

Въ случаѣ крайней надобности, необходимо зашити эти поврежденія, произведя предварительно ручное извлеченіе послѣда, если онъ не могъ быть выдавленъ.

Разрывъ матки, осложненіе, происходящее только при особыхъ условіяхъ и, къ счастью, рѣдкихъ, вызываетъ относительно слабое кровотеченіе, мало соотвѣтствующее серьезности поврежденія. Эта слабая потеря крови даетъ рѣзкій контрастъ съ тяжестью общей реакціи организма. Послѣдь рѣдко остается въ маткѣ. Его нельзя выдавить и эта невозможность въ связи съ тяжелыми признаками внутренняго кровотечения и коллапса наводитъ на распознаваніе.

Чаще всего, кровотечения въ послѣродовомъ періодѣ имѣютъ своимъ источникомъ послѣродовую рану и обязаны одной изъ вышеуказанныхъ причинъ.

Нормальное изгнаніе послѣда сопровождается всегда физиологическимъ кровотеченіемъ. Въ патологическомъ смыслѣ слова кровотеченіе существуетъ лишь тогда, если оно происходитъ въ моментъ, когда ему быть не должно и особенно, когда своимъ обиліемъ оно заставляеть обезпокоиться возможностью общихъ явленій.

Послѣродовыя кровотечения могутъ произойти, когда послѣдь еще находится въ маткѣ или же когда онъ уже изгнанъ, что и заставляеть раздѣлить ихъ на кровотечения во время послѣдоваго періода и кровотечения послѣ этого періода.

Кровотеченія во время послѣдоваго періода.

Два условія необходимы для ихъ образованія. Необходимо:

1° чтобы послѣдъ отдѣлился или цѣликомъ или частично, открывая, такимъ образомъ, маточныя пазухи.

2° чтобы одновременно съ этимъ гемостазъ, образованный сокращеніемъ и сжиманіемъ мускулатуры, не произошелъ, то-есть, чтобы имѣлась налицо несокращаемость матки.

Три главныхъ признака характеризуютъ эти кровотеченія:

1° Кровопотеря, которая можетъ имѣть три вида:

а) наружное кровотеченіе: вся кровь, вышедшая изъ послѣдовой раны, вытекаетъ наружу;

б) внутреннее кровотеченіе: кровь сочится и собирается въ полости матки, не являясь наружу;

с) смешанное кровотеченіе: часть крови вытекаетъ наружу, другая же скопляется въ полости матки.

2°. Измѣненія консистенціи матки, о чемъ мы уже говорили по поводу несокращаемости матки.

3°. Явленія остраго малокровія, о каковомъ мы скажемъ нѣсколько словъ позже. При наружномъ кровотеченіи кровь, вытекающая изъ открытыхъ пазухъ, задерживается между стѣнкой матки и послѣдомъ, отслаиваетъ оболочки вплоть до отверстія матки и выходитъ наружу.

Если послѣдъ отдѣлился на большомъ пространствѣ, кровотеченіе можетъ быть сразу очень обиль-

нымъ. Кровь выходитъ ручьями изъ половой расщелины; явленія остраго малокровія появляются быстро и больная можетъ умереть черезъ короткій промежутокъ времени, если не оказать пособія.

Когда отдѣлился лишь небольшой участокъ послѣда, кровотеченіе умѣренно. Оно можетъ быть постояннымъ или прерываться, становясь болѣе сильнымъ во время сокращеній. Иногда, кровотеченіе неожиданно увеличивается, что является показателемъ отдѣленія новыхъ участковъ послѣда. Въ другихъ случаяхъ, оно уменьшается или прекращается, если появляются вновь энергичныя сокращенія матки.

Непрерывное умѣренное кровотеченіе всегда является опаснымъ, потому что оно вызываетъ малокровіе, которое незамѣтно увеличивается.

Женщина можетъ совершенно не замѣчать потери крови вслѣдствіе непрерывности и умѣренности кровотеченія: вотъ почему является необходимымъ тщательно слѣдить за состояніемъ сокращенія матки послѣ изгнанія плода.

Нужно всегда стараться помѣщать женщину на кровать съ подостланной клеенкой, чтобы кровь не впитывалась чрезъ простыни и матраць, и чтобы можно было быстро опредѣлить количество потерянной крови. Необходимо также помѣстить на половую расщелину закладку изъ стерилизованной марли, каковую слѣдуетъ время отъ времени осматривать и мѣнять, если она промокла. Количество закладокъ позволяетъ опредѣлить степень кровопотери.

Прощупываніе черезъ животъ обнаруживаетъ физическіе признаки несокращаемости матки (мяг-

кость, вдавливаемость, слабыя сокращенія или ихъ отсутствіе); однако, объемъ матки не увеличился.

Внутреннее кровотеченіе обнаруживается очень различными клиническими признаками. Оно обычно медленно и незамѣтно и кровь растягиваетъ органъ лишь мало-по-малу. Наружная потеря крови цѣликомъ отсутствуетъ; кровотеченіе обнаруживается только явленіями увеличивающагося остраго малокровія и признаками, которые обнаруживаются при прощупываніи.

Помѣщенная на животъ рука чувствуетъ быстрое увеличеніе объема матки; она помѣщается выше пупка, можетъ даже достигнуть подложечной области и представляетъ необычайную мягкость, тѣмъ болѣе выраженную, чѣмъ больше органъ, такъ что рукѣ не всегда удается опредѣлить контуры матки, объемъ и мягкость которой увеличиваются пропорціонально обилію кровотеченія.

Внутреннее кровотеченіе является тѣмъ болѣе серьезнымъ осложненіемъ, что оно не имѣетъ достаточной склонности остановиться самостоятельно. Присутствіе сгустковъ внутри полости матки поддерживаетъ и усиливаетъ ея несокращаемость, откуда и обильное кровотеченіе и все увеличивающееся растяженіе матки. Послѣдняя можетъ заключать значительное количество крови, до 600—800 граммъ.

Смѣшанное кровотеченіе наблюдается чаще всего, такъ какъ одно лишь наружное кровотеченіе существуетъ рѣдко; чаще всего кровь одновременно накапливается въ маткѣ. Клиническіе признаки комбинируютъ признаки наружнаго и внутренняго кровотеченій. Они разнообразятся

въ зависимости отъ преобладанія той или другой формы.

Кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ является осложненіемъ, которое можетъ быть смертельнымъ, если только не вмѣшаются во время. Оно можетъ прекраснымъ образомъ остаться незамѣченнымъ, если за роженицей не слѣдятъ тщательно; и только позже явленія остраго малокровія привлекутъ вниманіе.

Поэтому-то рука должна постоянно находиться на животѣ женщины въ теченіе всего послѣдоваго періода, чтобы чувствовать шаръ безопасности, и немедленно замѣтить малѣйшее измѣненіе въ консистенціи матки. Въ то же время необходимо почаще наблюдать за истеченіемъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ. Ускореніе пульса является однимъ изъ первыхъ признаковъ остраго малокровія, цѣннымъ показателемъ значительнаго количества потерянной крови, какъ эта потеря отразилась на общемъ состояніи.

Большая часть кровотеченій послѣдоваго періода навѣрное не происходила бы, если бы врачъ воздерживался самымъ тщательнымъ образомъ отъ всякой попытки выдавливанія послѣда до явленія клиническихъ признаковъ самопроизвольнаго его отдѣленія.

Непризнаваніе этого правила вызывало много осложненій, каковыя не должны были бы произойти.

Если признаки самопроизвольнаго отдѣленія опредѣлены, что обычно бываетъ черезъ полчаса послѣ родовъ, и если послѣдъ не выходитъ послѣ

одной или двухъ попытокъ къ его выдавливанію, то не слѣдуетъ настаивать, какъ мы уже объ этомъ говорили.

Если нѣтъ кровотеченія, нужно ждать еще пол-часа и повторять, въ случаѣ надобности, попытку выдавить черезъ каждые полчаса. И только тогда можно заключить объ окончательномъ неуспѣхѣ способа, когда послѣдъ не можетъ быть выдавленъ черезъ четыре часа. Въ такомъ случаѣ имѣется показаніе произвести искусственное извлеченіе послѣда и чаще всего въ такомъ случаѣ будетъ приращеніе послѣда.

Нужно стало-быть умѣть ждать, пока кровотеченіе не вынуждаетъ ускорить извлеченіе послѣда. Въ это время рука, находящаяся на животѣ, должна просто слѣдить за маткой, не производя никакихъ способовъ разминанія, въ особенности въ періодѣ физиологической несокращаемости, что можетъ вызвать неправильныя сокращенія органа. Если этотъ періодъ продолжится за обычные предѣлы, небольшой массажъ матки достаточенъ, чтобы вызвать сокращеніе. Точно придерживаясь этого указанія, можно быть увѣреннымъ, что случаи ручного отдѣленія послѣда могутъ быть уменьшены въ значительной степени.

И это не безразлично, такъ какъ искусственное извлеченіе послѣда является, принимая во вниманіе опасность инфекціи, операціей, которая можетъ имѣть чрезвычайно тяжелыя послѣдствія. По статистикѣ Розенталя, касающейся 12000 родовъ, наблюдавшихся съ 1890 по 1900 г.г., на 39 случаевъ ручного извлеченія послѣда не было лихорадочныхъ явленій только въ одной трети случаевъ. Въ другой трети, вмѣшательство сопро-

вождалось тяжелой пуэрперальной инфекцией, а въ остальныхъ случаяхъ, т.-е. въ трети, послѣдовала смерть.

Эта статистика показываетъ, что въ ту эпоху смертность послѣ искусственнаго извлеченія послѣда была выше, чѣмъ смертность послѣ кесарскаго сѣченія, которая равняется приблизительно 5%.

Въ наше время, при все болѣе и болѣе тщательномъ уходѣ за роженицами, заболѣваемость и особенно смертность безконечно меньше, и результаты настоящаго времени никоимъ образомъ не могутъ сравниться съ прежними. Однако, опасность эта всегда существуетъ, являясь Дамокловымъ мечомъ надъ роженицей.

Оперативная техника искусственнаго удаленія послѣда.

За исключеніемъ случаевъ точнаго противопоказанія (тяжелое малокровіе, органическое поражение) необходимъ наркозъ. Его слѣдуетъ довести до достаточнаго расслабленія мышцъ, чтобы можно было дѣйствовать безъ труда и безъ утомленія.

Женщина кладется поперекъ кровати, ягодицами на край, съ согнутыми и раздвинутыми нижними конечностями, поддерживаемыми помощниками.

Прежде чѣмъ начать, полезно еще разъ испробовать подъ наркозомъ выдавить послѣдъ, что можетъ удасться, такъ какъ роженица не будетъ въ состояніи оказать сопротивленія сокращеніемъ своихъ брюшныхъ мышцъ. Волосы выбриваются. Наружные половые органы и влагалище тщательно дезинфицируются. Правая рука, также про-

дезинфицированная, вводится въ видѣ конуса въ половыя части; концы пальцевъ, направленные вверхъ, проникаютъ въ нижній сегментъ и находятъ сократившееся кольцо, къ каковому безошибочно попадаютъ, слѣдуя по пуповинѣ, слегка натянутой лѣвой рукой. Найдя отверстіе матки, помѣщаютъ лѣвую руку на дно ея, чтобы поддерживать матку опущенной и помѣщать ей ускользывать подъ вліяніемъ манипуляцій, продѣлываемыхъ правой рукой. Послѣдняя осторожно проникаетъ въ полость матки. Если рука встрѣчаетъ сопротивленіе на уровнѣ отверстія матки, то не слѣдуетъ примѣнять грубаго усилія для ея проведенія, но должно съ возможно бѣльшей нѣжностью стараться постепенно растянуть сократившееся кольцо настолько, чтобы, по прекращеніи сопротивленія, могла пройти вся рука. Необходимо въ этотъ моментъ правильно разобрать и распознать, слѣдуя по пуповинѣ вплоть до ея прикрѣпленія, точное положеніе дѣтскаго мѣста. Затѣмъ слѣдуетъ отдать себѣ отчетъ, отдѣлился ли послѣдній или же онъ приращень.

Можетъ случиться, что дѣтское мѣсто отдѣлилось и спустилось частью во влагалище. Въ этомъ случаѣ его извлеченіе не представляетъ никакой трудности. Можно себя облегчить, примѣняя легкое давленіе на матку черезъ брюшную стѣнку.

Если дѣтское мѣсто еще находится въ нижнемъ сегментѣ или въ маткѣ, но уже отдѣлилось и свободно, то помощнику поручаютъ слегка тянуть за пуповину, въ то время, какъ рукой огибаютъ край дѣтскаго мѣста, стараясь попасть на его материнскую поверхность. Затѣмъ вытаскиваютъ его полной пригоршню. Этотъ приемъ необходимъ,

чтобы простымъ потягиваніемъ за пуповину черезъ сократившееся отверстіе матки не рисковать разорвать послѣдовую массу.

Однако, въ большинствѣ случаевъ, когда искусственное удаленіе послѣда показуется, послѣдній бываетъ частично или цѣликомъ приросшимъ.

Въ такомъ случаѣ потеря крови во время вмѣшательства можетъ быть очень обильной. Необходимо поэтому, чтобы врачъ сохранилъ все свое самообладаніе и хладнокровіе и могъ бы, такимъ образомъ, дѣйствовать методично, что является самымъ вѣрнымъ средствомъ дѣйствовать быстро. Распознавъ положеніе дѣтскаго мѣста по прикрѣпленію пуповины (какое прощупывается легче, благодаря натяженію ея помощникомъ), врачъ вводитъ свои пальцы до отверстія, затѣмъ проводитъ ихъ по стѣнкѣ матки, между ней и оболочками, на поверхность, соответствующую нижнему краю дѣтскаго мѣста. Этотъ приемъ, позволяющій легко достигнуть края послѣда, очень простъ въ случаѣ, когда кровстеченіе предварительно отслоило оболочки между шейкой и нижнимъ краемъ дѣтскаго мѣста. Приемъ дѣлается болѣе труднымъ, когда оболочка приросла; въ такомъ случаѣ необходимо слѣдовать, начиная съ шейки, ближе къ стѣнкѣ матки.

Такой образъ дѣйствія всегда предпочтительнѣе того, который состоитъ въ достиженіи края дѣтскаго мѣста внутри яйца, разрывая оболочки у этого края. Его очень трудно распознать и часто бываетъ, что рука проникаетъ въ толщу дѣтскаго мѣста. Въ этомъ случаѣ произвести отдѣленіе цѣликомъ дѣтскаго мѣста менѣе легко.

Рука съ вытянутыми пальцами проводится снизу

вверхъ; концы сближенныхъ пальцевъ производятъ отдѣленіе въ толщѣ отпадающей оболочки (рис. 138). По мѣрѣ того, какъ рука продвигается, ее наклоняютъ направо и налѣво и отслаиваютъ по сторонамъ, то лучевымъ краемъ, то локтевымъ, причеиъ рука дѣйствуетъ наподобіе остраго ножа для разрѣзыванія книгъ. Приеиъ продолжается до тѣхъ



Рис. 138. Ручное отдѣленіе послѣда (по Вунн'у).

поръ, пока не произойдетъ полное отслоеніе. Въ это время лѣвая рука (помѣщенная снаружи на маткѣ) поддерживаетъ органъ опущеннымъ, способствуя облегченію работы тѣмъ, что не позволяетъ маткѣ ускальзывать подъ напоромъ руки.

Когда дѣтское мѣсто цѣликомъ отслоилось, его захватываютъ въ ладонь, принимающую форму ложки, и осторожно извлекаютъ, отдѣляя вмѣстѣ оболочки.

Затѣмъ слѣдуетъ тщательно его осмотрѣть. Не

всегда легко отдать себѣ отчетъ въ цѣлости послѣда, часто разорваннаго. Тщательно сближаютъ дольки, но иногда невозможно быть увѣреннымъ въ извлеченіи послѣда цѣликомъ и новое введеніе руки является необходимымъ для тщательнаго изслѣдованія каждаго уголка полости матки, чтобы обнаружить всегда возможное задержаніе.

Прикрѣпленіе послѣда на передней стѣнкѣ можетъ сдѣлать отдѣленіе болѣе труднымъ, потому что рука принуждена принять положеніе крайней пронаціи, а предплечіе стѣснено соединеніемъ.

Въ случаѣ слишкомъ большой трудности можно помочь себѣ, положивъ женщину на лѣвый бокъ, если оперируютъ правой рукой, или на правый бокъ, если оперируютъ лѣвой рукой.

Въ другихъ случаяхъ, часть послѣда ущемляется. Въ такомъ случаѣ необходимо постепенно растянуть кольцо ущемленія, осторожно проникнуть въ полость ущемленія, избѣгая вводить палецъ въ толщу дѣтскаго мѣста, а медленно отслаивать вдоль стѣнки матки ущемленные дольку или доли.

Каковъ бы ни былъ случай, всегда слѣдуетъ дѣйствовать съ большой медленностью и осторожностью и держаться возможно ближе стѣнки матки, не прорывая ея; несмотря на всѣ предосторожности, иногда приходится оставить приросшій къ стѣнкамъ матки тонкій слой послѣдовой ткани. Въ такомъ случаѣ отдѣляютъ послѣдъ возможно ближе къ этому слою; затѣмъ по извлеченіи, вводятъ снова руку и отдѣляютъ оставшуюся приросшую ткань послѣда, раздавливая ее между большимъ, среднимъ и указательнымъ пальцами или же выгребая ее концами пальцевъ. Иногда очень кропотливые, эти приемы требуютъ не грубой силы,

но единственно нѣжности и настойчивости до тѣхъ поръ, пока не убѣждаются, что извлечена или разрушена вся оставшаяся еще приросшей тканью послѣда. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ особенно плотнаго сращенія послѣдъ разрывается, несмотря на самое тщательное стараніе, и можетъ быть извлеченъ лишь по кусочкамъ. Въ такомъ случаѣ повторное введеніе руки является необходимымъ до тѣхъ поръ, пока врачъ не убѣдится, что матка уже ничего болѣе не содержитъ.

Заканчиваютъ промываніемъ двумя литрами дезинфицирующаго раствора въ 48° по С, чтобы вызвать энергичное сокращеніе матки.

Затѣмъ, сдѣлавъ подкожное впрыскиваніе эрготина, массируютъ матку черезъ брюшную стѣнку до тѣхъ поръ, пока она не дастъ ясно ощущенія шара безопасности. Больную оставляютъ лишь убѣдившись въ хорошемъ сокращеніи матки, за которой необходимо слѣдить еще, по крайней мѣрѣ, въ теченіе двухъ часовъ. Въ самомъ дѣлѣ, нужно всегда опасаться послѣоперативной атоніи, каковая можетъ вызвать кровотеченіе, послѣдствія котораго тѣмъ болѣе опасны, что женщина ослаблена уже имѣвшей потерю крови. Прежде чѣмъ уйти, врачъ кладетъ на животъ больной мѣшокъ со льдомъ и прописываетъ еще разъ слѣдующій растворъ спорыньи:

Rp. Infusi secalis cornuti 15,0:180,0
Sirupi simplici 20,0.

MDS. Каждые два часа по столовой ложкѣ.

Съ перваго взгляда доза кажется немного сильной, но она никогда не вызываетъ никакого осложненія.

Цѣль такой высокой дозы—вызвать непрерывное сокращеніе матки, влекущее за собой энергичное сокращеніе кровеносныхъ сосудовъ и лимфатическихъ путей, что въ свою очередь способствуетъ локализациі всегда возможной инфекціи внутри полости матки, или, по крайней мѣрѣ, въ поверхностныхъ слояхъ маточной паренхимы.

Такой мѣрой воздвигаютъ нѣчто въ родѣ физиологическаго барьера, который дѣлаеть болѣе труднымъ проникновеніе патогенныхъ микробовъ въ болѣе глубокіе мышечные слои, а изъ нихъ въ параметріи, брюшину и въ общее кровообращеніе.

Н. В. Искусственное извлеченіе послѣда показуется во всѣхъ случаяхъ кровотеченій послѣдоваго періода, которыя не могутъ быть остановлены простымъ массажемъ матки или попыткой выдавливанія послѣда, если потеря крови продолжается, несмотря на сокращеніе матки, вызванное массажемъ.

Въ первомъ случаѣ, кровотеченіе происходитъ въ слѣдствіе несокращаемости матки, часто поддерживаемой полнымъ или неполнымъ отдѣленіемъ послѣда, который не можетъ быть изгнанъ во влагалище собственными силами маточной мышцы; во второмъ, оно навѣрное происходитъ отъ разрыва шейки, который необходимо тотчасъ же зашить, что возможно лишь послѣ изгнанія послѣда.

Кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ.

Они могутъ быть ранними и произойти то немедленно по выходѣ послѣда, то въ первые часы за его изгнаніемъ, или же поздними и произойти лишь въ первые дни послѣродоваго періода или же иногда даже только черезъ пять или шесть дней.

Раннія кровотеченія совершенно не отличаются отъ кровотеченій послѣдоваго періода.

Наблюдаются наружныя, внутреннія и смѣшанныя кровотеченія. Въ настоящее время они наблюдаются значительно рѣже, такъ какъ рациональное веденіе послѣдоваго періода позволяетъ избѣгать этого осложненія въ большинствѣ случаевъ.

Эти кровотеченія обязаны простой атоніи матки или осложненной задержаніемъ части послѣда (послѣдовая дольки или оболочки) или задержаніемъ сгустковъ.

Потеря крови можетъ представлять всѣ степени, начиная съ незамѣтной и предательской потери крови, которая понемногу растягиваетъ матку, и кончая молніеноснымъ кровотеченіемъ, способнымъ погубить родильницу въ нѣсколько минутъ.

Каждый разъ, когда задержаніе доли признано или подозрѣвается, показуется быстрое вмѣшательство, состоящее въ ея извлеченіи. Внутриматочныя выполаскиванія недостаточны для ея изгнанія и для борьбы съ осложнениями (кровотеченія, инфекция).

Когда возможно осмотрѣть послѣдъ и представляется быть совершенно увѣреннымъ, что нѣтъ задержанія долекъ, леченіе должно быть направлено единственно противъ атоніи матки, которая остается вялой и несократившейся, представляя вышеописанныя измѣненія консистенціи и объема.

Первое, что нужно сдѣлать, это р а з м и н а т ь матку черезъ брюшную стѣнку при помощи растираній и болѣе энергичныхъ надавливаній, производя это одновременно по всей прошупываемой поверхности матки всей ладонью.

Растиранія или мѣстных надавливанія, производимыя только кончиками пальцевъ, вызываютъ неправильныя, частичныя сокращенія.

Эти приемы повторяютъ всякій разъ, когда матка находится въ атоніи и до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ окончательное ея сокращеніе и пока органъ не дастъ непрерывнаго ошущенія шара безопасности. Если матка очень большихъ размѣровъ, растянута сгустками, то пользуются первымъ хорошимъ сокращеніемъ, чтобы произвести энергичное выдавливаніе, подобное тому, которое дѣлаютъ при выдавливаніи послѣда. Иногда среди сгустковъ находятъ часть оболочекъ или дольки, которыя, задержавшись въ полости матки, являлись причиной непрекращающейся послѣ изгнанія послѣда несокращаемости матки.

Однако, необходимо стараться производить это выдавливаніе лишь во время хорошаго сокращенія матки, такъ какъ иначе существуетъ опасность произвести выворотъ ея.

Если растираніе матки недостаточно, чтобы вызвать длительныя ея сокращенія, прибѣгаютъ къ горячимъ внутриматочнымъ промываніямъ. Промываніе очень быстро вызываетъ частыя и сильныя сокращенія, каковыя продолжаются долго послѣ промыванія. Температура воды должна имѣть 45—48° С.

Въ случаѣ, если бы увеличенная матка содержала еще большое количество сгустковъ, то слѣдовало бы ее предварительно отъ нихъ освободить.

Не слѣдуетъ примѣнять сулему, которая даже въ слабомъ растворѣ можетъ вызвать отравленіе. Употребляютъ просто прокипяченную воду, прибавляя къ ней немного лизоформа.

Женщину помѣщаютъ поперекъ кровати и, поручивъ помощнику оттянуть съ помощью зеркала заднюю стѣнку влагалища, производятъ промываніе подъ контролемъ зрѣнія. Чтобы избѣжать проникновенія воздуха въ маточныя вены, необходимо тщательно удалить весь воздухъ изъ наконечника, держа конецъ кверху и выпускаемая немного раствора, прежде чѣмъ ввести его въ матку.

Принявъ эту предосторожность, захватываютъ шейку матки пулевыми щипцами, вытягиваютъ ее и вводятъ въ полость матки наконечникъ; въ это время другая рука, помѣщенная на животъ, ощущаетъ, черезъ брюшную стѣнку, введеніе его вплоть до дна маточной полости.

Чтобы предупредить проникновеніе жидкости въ общее кровообращеніе, не слѣдуетъ производить промыванія подъ давленіемъ ббльшимъ 40 см. высоты.

Пока наконечникъ находится въ маткѣ, не слѣдуетъ ни въ коемъ случаѣ производить ея массажа, чтобы избѣжать такимъ образомъ всякой опасности прободенія. При необходимости массажъ дѣлается послѣ промыванія. Одновременно съ этими двумя способами производятъ подкожное впрыскиваніе эрготина или эрготинина Танрэ (Tanret), который дѣйствуетъ лучше. Спорынья является наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ для усиленія маточныхъ сокращеній и подкожное впрыскиваніе эрготина или эрготинина вызываетъ черезъ нѣсколько уже минутъ очень сильное и длительное сокращеніе матки. Но къ этому средству слѣдуетъ прибѣгать лишь въ томъ случаѣ, когда полость матки не содержитъ болѣе сгуст-

ковъ, чтобы не вызвать задержанія послѣднихъ въ маткѣ. Если кровотеченіе не останавливается этими первыми средствами, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ сдавливанію матки двумя руками, между рукой, проведенной позади матки, и другой, помѣщенной горизонтально надъ лобкомъ. Такимъ образомъ матку сдавливаютъ цѣликомъ, плотно соприкасая ея стѣнки. Этотъ хорошій пріемъ, немного утомительный, примѣняется довольно продолжительное время, отъ 10 до 15 минутъ.

Въ случаѣ окончательнаго неуспѣха необходимо прибѣгнуть къ внутриматочной тампонаціи стерилизованнымъ или ксероформнымъ марлевымъ бинтомъ. Этотъ пріемъ, однако, сопряженъ съ рискомъ инфекціи и долженъ производиться лишь въ случаѣ крайней необходимости.

Тампонъ помѣщается въ самую полость матки. Тампонируваніе только нижняго сегмента матки позволяетъ кровотеченію продолжаться въ полость матки; стало-быть къ нему не слѣдуетъ прибѣгать. Наоборотъ, тампонируваніе всей полости является прекраснымъ кровоостанавливающимъ способомъ.

Захватываютъ пулевыми пинцетами переднюю губу шейки и низводятъ ее насколько возможно. Помощникъ оттягиваетъ зеркаломъ заднюю стѣнку влагалища такъ, чтобы отверстіе шейки было видно. Другой рукой помощникъ, надавливая на матку черезъ брюшную стѣнку, фиксируетъ ея тѣло и мѣшаетъ, такимъ образомъ, ей ускользнуть.

Марлевый бинтъ вводится до дна маточной полости съ помощью длиннаго пинцета; затѣмъ вынутымъ обратно до отверстія пинцетомъ, захватываютъ новый кусокъ бинта и вводятъ его насколько возможно глубже. Необходимо тампонировать туго,

что представляется возможнымъ, благодаря тому, что матка хорошо удерживается помощникомъ и пинцетомъ, который держится врачомъ, и не можетъ стало-быть ускользнуть. Когда полость матки заполнена, тампонируютъ также нижній сегментъ и влагалище вплоть до половой расщелины.

Тампонъ остается на мѣстѣ двѣнадцать, двадцать четыре часа.

Если кровотеченіе очень обильно сразу, хорошимъ средствомъ противъ кровоточенія является сдавливаніе аорты. Это сдавливаніе производится четырьмя послѣдними пальцами одной изъ рукъ, помѣщая ихъ на брюшную стѣнку, непосредственно надъ пупкомъ и по средней линіи. Мякотью пальцевъ вдавливаютъ постепенно брюшную стѣнку до тѣхъ поръ, пока пальцы не будутъ остановлены передней поверхностью позвоночнаго хребта.

Отодвигая немного влѣво пальцы, чувствуютъ бѣненіе аорты, которую и сдавливаютъ на позвоночникъ до прекращенія пульсаціи. Остановку кровообращенія можно провѣрить исчезновеніемъ пульсаціи въ бедренной артеріи.

Сдавливаніе длится 2—2½ минуты и можетъ быть возобновлено черезъ одну, двѣ минуты. Кровотеченіе немедленно останавливается и сверхъ того часто появляются сильныя сокращенія матки, способныя произвести болѣе или менѣе полное прекращеніе кровоточенія.

Этотъ пріемъ довольно утомителенъ и его можно замѣнить примѣненіемъ эластическаго бинта, которымъ сильно перевязываютъ туловище родильницы, помѣщая его выше дна матки. Притокъ крови, конечно, не вполне останавливается этимъ

способомъ, но доказано, что происходитъ пониженіе кровяного давленія въ большинствѣ случаевъ достаточное, чтобъ остановить или, по крайней мѣрѣ, сильно ослабить кровотеченіе.

Кромѣ того, эластическій бинтъ, сильно стянутый вокругъ туловища, мѣшаетъ болѣе маткѣ распускаться.

Если не имѣютъ въ своемъ наборѣ необходимаго матеріала, то можно вполне воспользоваться для этого газовой каучуковой трубкой, что можно найти въ каждомъ домѣ.

Когда не имѣютъ въ своемъ распоряженіи послѣда и приходится допустить возможность задержанія его, необходимо, прежде чѣмъ что-либо дѣлать, ввести руку въ матку и изслѣдовать тщательно всю полость матки, чтобы убѣдиться, что дѣло идетъ лишь о простой атоніи ея, не осложненной задержаніемъ.

Для этого женщину помѣщаютъ поперекъ кровати и вводятъ всю руку въ полость матки, сдѣлавъ предварительно, если позволяетъ время, влагалитичное спринцеваніе. Другая рука, помѣщенная на животъ, удерживаетъ матку и мѣшаетъ ей ускользнуть.

Обслѣдуютъ всю полость. Если она содержитъ лишь сгустки или оболочки, ихъ извлекаютъ въ одинъ или нѣсколько приемовъ и совершенно освобождаютъ матку. Если есть задержаніе долей, и онѣ находятся свободными въ полости матки, тогда ихъ извлеченіе не представляетъ трудности. Если задержавшіяся доли приросли, то рука чувствуетъ въ какомъ-либо мѣстѣ маточной полости полипозную массу, сидящую въ маткѣ на болѣе

или менѣ широкой ножкѣ; отдѣленіе почти всегда требуетъ наркоза, за исключеніемъ развѣ случаевъ, когда имѣется противопоказаніе въ виду тяжелаго общаго состоянія. Эту массу удастся легко отдѣлить пальцами, поступая точно такъ же, какъ при ручномъ отдѣленіи послѣда. Иногда очень обильное кровотеченіе обыкновенно останавливается тотчасъ же послѣ ея извлеченія.

Какъ и при искусственномъ удаленіи послѣда, слѣдуетъ слѣдить за маткой, по крайней мѣрѣ, еще въ теченіе двухъ часовъ послѣ остановки кровотеченія, такъ какъ послѣднее можетъ легко возобновиться, и не покидать больной, прежде чѣмъ не положить на животъ мѣшокъ со льдомъ, и прописать вышеуказанный растворъ спорыньи. Это лекарство больная будетъ принимать, въ случаѣ, если была необходимость примѣнить тампонацію матки, только послѣ того, какъ тампонъ будетъ вынутъ.

Позднія кровотеченія называются еще вторичными и чаще всего обязаны задержанію, которое рѣдко остается скрытымъ болѣе восьми, десяти дней, не вызывая симптомовъ.

Кровотеченія, появляющіяся послѣ пятнадцатаго дня, обычно связаны съ плохимъ обратнымъ развитіемъ матки или съ пуэрперальнымъ эндометритомъ, съ перегибомъ матки назадъ или еще съ существованіемъ фиброзныхъ опухолей.

Въ случаѣ задержанія долей, съ появленіемъ лишь позднихъ симптомовъ, необходимо отмѣтить, что отверстіе матки остается очень долго открытымъ, такъ что можно почти всегда легко проникнуть, по крайней мѣрѣ, однимъ или двумя паль-

цами въ полость матки и извлечь непосредственно доли, если онѣ свободны, или же послѣ ихъ отдѣленія, если онѣ приросли.

Иногда, но значительно рѣже, задержаніе выражается не кровотеченіемъ, но поднятіемъ температуры, которая можетъ дойти до 39° и болѣе. Несмотря на полное отсутствіе крови, всегда въ такомъ случаѣ благоразумно обслѣдовать полость матки, такъ какъ эта лихорадка можетъ происходить отъ инфекціи совсѣмъ маленькихъ остатковъ послѣда, инфекціи, строго ограниченной этими остатками и не успѣвшей еще проникнуть болѣе глубоко.

Удаленіе пальцемъ очень часто заставляетъ быстро исчезнуть этой лихорадкѣ.

Наконецъ, въ другихъ случаяхъ, отсутствуютъ всѣ симптомы, кромѣ небольшихъ непрерывныхъ кровотеченій. Если обычныя средства (горячія влагалищныя спринцеванія, тампонація влагалища) не останавливаютъ ихъ, то и здѣсь также необходимо внимательно обслѣдовать полость матки, чтобъ убѣдиться, что нѣтъ оставшагося незамѣченнымъ задержанія.

Пока еще возможно проникнуть подъ наркозомъ двумя пальцами въ матку, необходимо считать абсолютнымъ правиломъ дѣлать лишь удаленіе пальцами и воздержаться отъ какого бы то ни было инструментальнаго выскабливанія.

Сколько бы ни прошло времени послѣ родовъ, никогда не слѣдуетъ забывать, что кюретка въ данномъ случаѣ не является безопаснымъ инструментомъ.

Когда есть задержаніе, то оно всегда сопровождается плохимъ обратнымъ развитіемъ матки

съ размягченіемъ ея стѣнокъ, которыя могутъ быть легко прободены. Кюретка, не встрѣчая никакого препятствія, проникаетъ въ такомъ случаѣ въ ткань матки, какъ въ масло. Проникновеніе инструмента на необычную глубину, а также ошущеніе прощупыванія конца кюретки непосредственно подъ брюшной стѣнкой, являются единственными показателями этого осложненія. Если удастся отдѣлить приросшую дольку послѣда и если ея извлеченіе представляетъ трудности, то можно иногда съ успѣхомъ прибѣгнуть къ приему, состоящему въ томъ, что вынимаютъ пальцы изъ матки и кладутъ ихъ на переднюю стѣнку этого органа, въ то время какъ другой рукой производятъ снаружи сильное давленіе на ея заднюю стѣнку.

Это сдавливаніе двумя руками часто бываетъ достаточнымъ для выдавливанія задержанной дольки. Принимая во вниманіе опасность прободенія, не слѣдуетъ вводить никакого пинцета въ матку. Приводятъ даже такіе случаи, когда инструментомъ вытаскивали петлю кишекъ или сальникъ.

Е. ЛѢЧЕНІЕ ОСТРАГО МАЛОКРОВІЯ, ВЫЗВАННАГО КРОВОТЕЧЕНІЕМЪ.

Леченіе остраго, вызваннаго кровотеченіемъ, малокровія заключаетъ въ себѣ нѣсколько показаній.

1°. Вызвать притокъ крови къ нервнымъ центрамъ. Для этого помѣщаютъ низко голову, убирая подушки и поднимая заднія ножки кровати. Въ тяжелыхъ случаяхъ можно даже помѣстить женщину въ наклонномъ положеніи, принятомъ при ляпаротоміяхъ.

2°. Поднять кровяное давленіе. Средствомъ доступнымъ при всякой обстановкѣ врачу можетъ служить перевязка конечностей, которая, прекращая кровообращеніе въ обширныхъ областяхъ, даетъ возможность ббльшей части крови оттекать къ центральнымъ частямъ кровеносной системы. Для осуществленія этого обвиваютъ конечности, отъ периферіи къ центру, холщевымъ бинтомъ, сильно сжимая, чтобы приостановить токъ крови. Эта перевязка конечностей не должна быть слишкомъ продолжительной; она является способомъ, который въ кажущихся безнадежныхъ случаяхъ, позволяетъ ждать дѣйствія отъ впрыскиванія солевого раствора.

Послѣдній представляетъ наиболѣе могущественное средство для борьбы съ острымъ малокровіемъ. Впрыскиваніе солевого раствора сдѣлалось обычнымъ въ акушерской практикѣ, и врачъ всегда долженъ имѣть въ своемъ наборѣ необходимый матеріалъ, чтобы не терять драгоценнаго времени на его поиски.

Жидкостью для впрыскиванія служитъ растворъ 7 граммовъ поваренной соли въ литрѣ прокипяченной воды, —растворъ, который можно приготовить на мѣстѣ.

Его можно ввести тремя различными путями.

Всасываніе черезъ прямую кишку несомнѣнно слишкомъ медленно, чтобы можно было рассчитывать на быстрый успѣхъ. Этотъ способъ приходится принимать въ расчетъ лишь въ практикѣ акушерокъ и въ случаяхъ, когда врачъ не располагаетъ необходимыми инструментами для подкожного впрыскиванія. Черезъ каждые полчаса

дѣлають теплую клизму изъ 300 грам., которую вводятъ медленно, такъ чтобы не вызвать раздраженія кишки.

Подкожное впрыскиваніе является наилучшимъ способомъ при условіи прибѣгнуть къ нему ранѣе того момента, когда состояніе родильницы станетъ слишкомъ тяжелымъ.

Можно употреблять простой шприць Ру (Roux), избѣгая, такимъ образомъ, переноски слишкомъ большихъ инструментовъ, и дѣлать впрыскиваніе въ томъ мѣстѣ, гдѣ рыхлость подкожной клетчатки позволяетъ легкое проникновеніе жидкости (предпочтительно подключичную область или брюшную стѣнку, чѣмъ наружную поверхность бедра, чтобы оставить конечности свободными на случай, когда понадобится комбинировать ихъ перевязку съ впрыскиваніемъ).

Достаточно приподнять кожу и вонзить иглу горизонтально къ основанію образовавшейся складки. Обычно впрыскивають отъ 800 гр. до 1 литра, но эту дозу можно повторить нѣсколько разъ въ зависимости отъ состоянія пульса. Жидкость должна имѣть, по крайней мѣрѣ, 38° С.

Внутривенное впрыскиваніе остается для случаевъ, когда быстрота дѣйствія является условіемъ успѣха, т.-е. врача приглашаютъ къ умирающей женщинѣ и когда сердце ослабѣваетъ вслѣдствіе пустоты сосудовъ. Оно въ такомъ случаѣ можетъ дать мѣсто настоящему воскрешенію. Операционнымъ ножомъ отсепааровываютъ на пространствѣ приблизительно двухъ сантиметровъ поверхностную вену локтевого сгиба (обычно *venam medianam cephalicam*) и вводятъ иглу, прокалывая вену параллельно току крови. Жидкость должна

быть очень теплой (38° — 40° С.). Впрыскивание дѣлается медленно; несмотря на это, оно дѣйствуетъ весьма быстро, и кровяное давление поднимается почти немедленно. Впрыскиваютъ 800—1500 гр., затѣмъ вынимаютъ иголку и перевязываютъ вену антисептической давящей повязкой. Впрыскивание можетъ быть возобновлено, если явленія остраго малокровія появляются вновь или усиливаются. Принимая во вниманіе сложность техники, примѣненіе внутривенныхъ впрыскиваній должно быть оставлено для крайнихъ случаевъ, когда пришедшему врачу все кажется потеряннымъ.

Кромѣ этихъ способовъ, работа сердца поддерживается при помощи подкожныхъ впрыскиваній кофеина; гематозъ облегчаютъ и ослабляютъ одышку вдыханіемъ кислорода, если его можно достать.

Въ то же время даютъ пить чай, кофе, спиртные напитки (вино, шампанское, ромъ, коньякъ), какъ-ковыя могутъ быть также введены въ клизмѣ. Женщину оставляютъ съ низко помѣщенной головой, чтобы избѣжать обморока, который можетъ быть смертельнымъ; оживляютъ ее обтираніями и закрываютъ въ нагрѣтыя простыни.

Г. ВЫВОРОТЪ МАТКИ.

Выворотъ матки является осложненіемъ, къ счастью, рѣдкимъ, состоящимъ во внѣдреніи матки въ свою собственную полость. Органъ выворачивается какъ мѣшокъ, наружная поверхность котораго становится внутренней и наоборотъ.

При выворотѣ матка проходитъ послѣдовательныя степени, прежде чѣмъ дойти до полнаго выворота.

Основнымъ элементомъ, позволяющимъ произойти вывороту является вялость матки, но необходима еще опредѣляющая причина, которая опускаетъ дно матки къ шейкѣ.

Въ вялой маткѣ, ея стѣнка можетъ вдавиться или вслѣдствіе наружныхъ надавливаній или вслѣдствіе потягиваній, дѣйствующихъ на ея внутреннюю поверхность.

Это тяжелое осложненіе обычно происходитъ вслѣдствіе попытокъ ручного извлеченія, производимаго неискусно, грубо изъ матки, не находящейся въ состояніи сокращенія.

Выворотъ можетъ еще произойти отъ прямого потягиванія дна матки при попыткахъ извлеченія послѣда безъ предварительнаго его отдѣленія или черезъ посредство потягиванія за пуповину. Нужно, слѣдовательно, запретить, особенно въ практикѣ акушерокъ, всякое потягиваніе за пуповину въ цѣляхъ извлеченія послѣда.

Осложненія, вызванныя выворотомъ матки (смерть отъ шока, вслѣдствіе кровотеченія, омертвѣнія опухоли матки, вслѣдствіе остановки кровообращенія на уровнѣ ножки ея, инфекция, давшая перитонитъ или септицемію), даютъ чрезвычайно тяжелое и почти немедленно тяжелое предсказаніе, поэтому необходимы возможно быстрое вмѣшательство и попытка в п р а в и т ь немедленно вывороченную матку. Въ легкихъ степеняхъ леченіе выворота не отличается отъ леченія вызывающей его вялости матки. Слабыя вдавленія сами собой исчезаютъ, какъ только появляются сокращенія матки. Легкій массажъ матки вызываетъ сокращенія ея.

Когда вдавленія рѣзче выражены и имѣютъ наклонность усилиться, не слѣдуетъ колебаться ввести руку въ матку и произвести искусственное извлеченіе послѣда; затѣмъ направляютъ начавшійся выворотъ. Послѣ этого, массируютъ матку черезъ брюшную стѣнку и вынимаютъ руку лишь

послѣ ея сокращенія. Заканчиваютъ внутриматочнымъ горячимъ спринцеваніемъ (въ 48° С.) и въ случаѣ надобности тампонаціей полости матки.

Когда дно матки прошло шейку, немедленное вправленіе точно такъ же должно быть произведено, потому что оно тѣмъ легче, чѣмъ вмѣшательство ближе къ началу осложненія. Если женщина не находится въ очень тяжеломъ общемъ состояніи и если выворотъ произошелъ нѣсколько часовъ тому назадъ, то полезно примѣнить наркозъ, каковой, уничтожая иногда очень сильную боль, облегчаетъ значительно приемы вправленія.

Предпочтительно сперва извлечь послѣдъ, даже если бы онъ еще оставался цѣликомъ приросшимъ, ибо его присутствіе дѣлаетъ вправленіе матки болѣе труднымъ. Для вправленія предпочтительнѣе прибѣгнуть къ боковому вправленію, чѣмъ къ центральному и вправить опухоль съ периферіи. Фиксированіе матки производятъ, черезъ брюшную стѣнку, лѣвой рукой, помѣщенной за лоннымъ соединеніемъ, и вдавливаютъ брюшную стѣнку до тѣхъ поръ, пока рука не найдетъ передній край воронки, который она удерживаетъ неподвижнымъ.

Четыре послѣдніе пальца правой руки вводятся во влагалище и упираются на уровнѣ ножки на одну изъ стѣнокъ вывороченной матки, въ то время, какъ большой палецъ помѣщается на противоположную сторону и вталкиваетъ вверхъ стѣнку, на которую онъ упирается, съ помощью движенія, подобному тому, которое рука производитъ для того, чтобы продвинуть одинъ листъ бумаги по другому. Вправленіе, такимъ образомъ, производится мало-по-малу.

Если не испытывают слишком больших затруднений на одной изъ сторонъ опухоли, то можно попытаться тотъ же приемъ съ другой стороны, мѣняя руку, или же съ передней стѣнки.

Эти попытки вправленія не должны быть ни слишкомъ настойчивы и особенно ни слишкомъ грубы.

Въ случаѣ неуспѣха врачъ долженъ немедленно вызвать спеціалиста. Въ ожиданіи послѣдняго необходимо крѣпко затампонировать матку, если имѣется налицо выворотъ первой степени, а если дѣло идетъ о выворотѣ второй или третьей степеняхъ, ввести во влагалище баллонъ Шамптье-де Рибя (Champetier de Ribes). Баллонъ, производя эксцентричное давленіе, можетъ иногда мало-помалу вправить опухоль.

Въ случаѣ, если врачъ находится слишкомъ далеко отъ мѣстопроживанія спеціалиста, то необходимо тотчасъ же перевести больную въ ближайшую больницу. Точно такъ же онъ долженъ поступить, если его вызовутъ черезъ день послѣ выворота, когда простое вправленіе чаще всего не удается. Необходимое въ такомъ случаѣ вмѣшательство выходитъ изъ компетенціи практическаго врача и описаніе его не входитъ въ планъ настоящей книги.

ГЛАВА VI.

Щ и п ц ы.

А. ИНСТРУМЕНТЪ.

Щипцами называется инструментъ, предназначенный для наложенія на, еще находящуюся въ тазу, головку плода и для извлеченія этой головки наружу, позволяя ей продѣлать самой или заставляя въ случаѣ надобности продѣлать тѣ различныя движенія, которыя она самопроизвольно продѣ-



Рис. 139. Щипцы обыкновенные.

лываетъ при нормальныхъ родахъ. Обыкновенныя щипцы (рис. 139) состоятъ изъ двухъ браншей, перекрещивающихся въ видѣ буквы X и соединяющихся такимъ образомъ, что ихъ можно отдѣлить одну отъ другой, беря въ руку каждую въ отдѣльности, и затѣмъ соединить, возстановляя инструментъ. Каждая бранша состоитъ изъ рукоятки, замыкающей

ся части и ложки или захватывающей части.

Рукоятки бывают прямыя, заканчивающіяся закругленнымъ крючкомъ или безъ него. Между ложкой и рукояткой находятся замыкающіяся части, уплощенныя въ направленіи перпендикулярномъ направленію ложекъ и накладывающіяся одна на другую въ томъ мѣстѣ, гдѣ происходитъ скрещиваніе. Способъ замыканія разнообразень въ зависимости отъ страны. Мы опишемъ здѣсь лишь французскій способъ замыканія.

На мѣстѣ скрещиванія одна изъ браншей (находящаяся наверху) имѣетъ на своемъ краю глубокую выемку; на уплощеніи другой (находящейся подъ первой браншей) поднимается вертящійся стержень съ обдѣланной головкой и навинченной ножкой. Этотъ стержень входитъ въ дно выемки и сжимается сверху, чтобы наложить одну на другую двѣ плоскія замыкающіяся части каждой бранши, которыя, какъ ножницы, должны легко ходить одна подъ другой.

Отъ такого расположенія получаютъ названія бранши съ выемкой и бранши со стержнемъ.

Ложки бываютъ тонкія, длинныя и сравнительно узкія. Хотя и съ широкимъ просвѣтомъ, онѣ имѣютъ, въ длину и въ ширину, двѣ вогнутости (головная кривизна), рассчитанныя на окружность головки плода, на которую онѣ, такимъ образомъ, могутъ быть плотно наложены съ каждой стороны.

Просвѣтъ (выемка) уменьшаетъ общій объемъ ложки и увеличиваетъ ея захватъ. Ложка имѣетъ

форму шпателя; конецъ ея широко и закругленъ; напротивъ, пята суживается, безъ малѣйшаго выступа, переходя незамѣтно въ ножку. Просвѣтъ образованъ длинной вырѣзкой, конечная часть которой, по сосѣдству съ концомъ ложки, шире, въ то время, какъ часть, сосѣдняя съ ножкой, болѣе узка.

Если бы щипцы были прямые, то они не могли бы въ изогнутомъ родовомъ каналѣ проникнуть очень глубоко и захватить головку въ верхней части полости, не рискуя въ то же время разорвать спайку и задній проходъ вплоть до копчика.

Чтобы избѣжать этого риска, ножки ложекъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ замыкающейся части незамѣтно здѣсь же изгибаются.

Щипцы представляютъ стало-быть въ своемъ цѣломъ такъ называемую т а з о в у ю к р и в и з н у, т.-е кривизну, приспособленную къ оси материнскаго таза, вогнутость которой обращена впередъ, когда инструментъ въ тазу, что и позволяетъ вводить ложки до уровня входа таза.

Когда щипцы введены, то одна изъ ложекъ находится слѣва женщины, а другая справа.

Когда щипцы замкнуты, то можно убѣдиться, что, въ силу уже устройства инструмента, ложка, находящаяся слѣва, можетъ быть введена лишь слѣва, а ложка, находящаяся справа, можетъ итти только вправо.

Вотъ почему ложки щипцовъ, согласно сторонѣ женщины, которой онѣ соотвѣтствуютъ, называются п р а в о й и л ѣ в о й; слѣдовательно, бранша, часть которой составляетъ лѣвая ложка, называется л ѣ в о й б р а н ш е й (хотя ея ручка, перекрещиваясь, переходитъ направо), а бранша,

часть которой составляет правая ложка, называется правой браншей (хотя ее ручка, перекрашиваясь, переходит на лѣво.)

Такимъ образомъ, ложка, правая или лѣвая, даетъ свое названіе браншѣ, на которой она находится.

Ложки должны вводиться не отдѣльно, одна за другой, причемъ необходимо замѣтить, что лѣвая бранша должна всегда держаться лѣвой рукой оперирующаго, въ то время какъ правая бранша — всегда его правой рукой.

Такъ какъ замыканіе щипцовъ устроено такъ, что стержень находится на лѣвой браншѣ, то по необходимости правая бранша должна перекрещивать лѣвую, находясь надъ ней, чтобы вставить свою выемку въ стержень послѣдней.

Чтобы не колебаться при замыканіи инструмента, когда двѣ ложки отдѣлены другъ отъ друга, достаточно держать ихъ одновременно за ручки, направляя вверхъ вогнутость ихъ тазовой кривизны. Тогда сразу видно, какая ложка лѣвая и какая правая и какъ ихъ нужно замкнуть.

В. ШИПЦЫ, КАКЪ ЗАХВАТЫВАЮЩІЙ ИНСТРУМЕНТЪ.

Головка плода представляетъ овоидъ, удлиненный отъ подбородка къ затылку и имѣющій, слѣдовательно, два полюса: затылочный полюсъ (тотъ, который, какъ и при самопроизвольныхъ родахъ, слѣдуетъ вывести первымъ наружу

при затылочномъ предлежаніи), и подбородочный полюсъ (тотъ, который, какъ и при самопроизвольныхъ родахъ, слѣдуетъ вывести наружу первымъ при лицевомъ предлежаніи.)

Ось полюсовъ, являющаяся наибольшимъ размѣромъ головки, должна быть выведена въ длину. Очевидно, что для того, чтобы достичь этого результата, ложки щипцовъ должны



Рис. 140. Идеальный захватъ головки при затылочно-переднемъ предлежаніи по Farabeuf'у и Varnier.

захватить головной овоидъ въ длину.

Кромѣ того, чтобы захватъ былъ прочнымъ и чтобы не было никакого риска, что инструментъ соскользнетъ, овоидъ долженъ быть захваченъ:

1° въ двухъ діаметрально противоположныхъ точкахъ, ибо иначе онъ выскользнетъ впередъ или назадъ изъ ложекъ при малѣйшемъ сдавливаніи.

2° дальше его длинника для того, чтобы въ моментъ потягиванія концы ложекъ, опирающіеся на верхнее полушаріе, не могли соскользнуть. Изъ этого слѣдуетъ, чтобы произвести

захватываніе, отвѣчающее этимъ условіямъ, необходимо накладывать щипцы на боковыя части головки перпендикулярно плоскости разрѣза, проходящей черезъ оба полюса головного овоида и съ каждой стороны впереди уха.

Эта плоскость пересѣкаетъ скуловую выпуклость и теменной бугоръ. Вслѣдствіе этого она получила названіе скуло-теменной плоскости. Это единственная плоскость головки, допускающая захватъ, названный Фарабефомъ и Варнье и деальнымъ (рис. 140, 141 и 143). При этомъ способѣ головныя плоскости, которыя щипцы противопоставятъ различнымъ плоскостямъ таза, при прохожденіи ихъ головкой будутъ наименьшими.

При затылочномъ предлежаніи, если щипцы наложены въ идеальномъ захватѣ (рис. 140), конецъ ложки направлень къ подбородочному полюсу, ножка ея покрываетъ противоположный, затылочный полюсъ.

Вырѣзка ложки обхватываетъ теменной бугоръ своей частью, сосѣдней съ ножкой, и скуловую выпуклость частью, сосѣдней съ концомъ ложки. Выпуклый край вырѣзки заходитъ за наружную стѣнку глазницы; вогнутый край ея уплощаетъ ухо, которое, однако, не должно находиться въ серединѣ вырѣзки. Въ самомъ дѣлѣ, уши не находятся въ скуло-теменной плоскости; они расположены выше ея, со стороны основанія черепа; они, стало-быть, не діаметрально противорасположены.

Но всегда ли возможенъ этотъ идеальный захватъ на живомъ?

Внимательное изученіе рисунка 140 показываетъ, что такой захватъ требуетъ наибольшаго сгибанія головки и ея удлиненія по направленію большаго косога размѣра. Онъ легокъ, когда головка находится въ выходѣ таза въ прямомъ размѣрѣ, переднемъ видѣ или въ узкой части полости таза въ лѣвомъ или правомъ косомъ размѣрѣ. Выталкиваемая маткой и потугами женщины, головка въ моментъ вмѣшательства совершенно согнута и вытянута въ видѣ сахарной головы.

Идеальный захватъ, какъ онъ былъ только что описанъ, можетъ быть и долженъ быть примѣненъ. Но онъ не возможенъ, если приходится накладывать щипцы на головку, которая не имѣетъ этой степени сгибанія и этого вытягиванія большаго косога размѣра, что только и позволяетъ захватить головку перпендикулярно скуло-теменной плоскости. Такое положеніе имѣется въ случаяхъ, когда затылокъ обращенъ назадъ или когда онъ находится въ лѣвомъ или правомъ косомъ размѣрѣ широкой части полости таза. Когда головка находится въ выходѣ таза, но въ заднемъ видѣ, идеальнымъ захватомъ, какъ мы его описали выше, былъ бы захватъ, изображенный на рисункѣ 141. Ось захватывающей части ложекъ направлена параллельно большому косому размѣру, тазовая кривизна щипцовъ повернута со стороны лба. Но при выхожденіи головки въ заднемъ видѣ, затылочная часть, направленная

назадъ, задерживается пучками поднимающей задній проходъ мышцы, которые очень сильны въ задней половинѣ этой мышцы. Подъ вліяніемъ сокращеній матки, головка имѣетъ наклонность разогнуться и представить свою лобно-родничковую область влагалищной части мышцы, поднимающей задній проходъ. Головной размѣръ, который соотвѣтствуетъ оси выхода таза, не является стало-быть большимъ косымъ размѣромъ, но вертикаль-



Рис. 141. Задній видъ затылочнаго предлежанія, идеальный захватъ по Farabeuf'у и Varnier, невыполнимый на живомъ.

нымъ размѣромъ, идущимъ отъ большого родничка или отъ передней части стрѣловиднаго шва къ подъязычной области. По этому-то размѣру и удлиняется головка, сплющиваясь, а не по размѣру большому косому.

Если бы захотѣли захватить головку въ заднемъ видѣ такимъ образомъ, чтобъ ось захватывающей части ложекъ совпадала съ большимъ косымъ размѣромъ, то ручки щипцовъ должны были бы проткнуть промежность. Изъ этой недостаточности сгибанія, стало-быть, слѣдуетъ невозможность захватить головку по скулотеменной плоскости.

Идеальный захватъ, легко осуществимый на головкѣ, не находящейся въ тазу или на манекенѣ, не можетъ быть, такимъ образомъ, осуществлень на практикѣ, въ особенности, когда головка начала преодолевать сопротивленіе поднимающей задній проходъ мышцы. Возможный захватъ изображень на рис. 142, гдѣ ось за-



Рис. 142. Хорошій захватъ головки въ заднемъ видѣ затылочнаго предлежанія.

хватывающей части ложекъ совпадаетъ съ вертикальнымъ размѣромъ, который соотвѣтствуетъ осевой линіи таза.

Если въ данномъ случаѣ нѣтъ идеальнаго захвата Фарабефа и Варнье, все же этотъ захватъ съ одного уха на другое хорошъ и крѣпокъ, головка же не можетъ выскользнуть, потому что она будетъ захвачена въ двухъ діаметрально противоположащихъ точкахъ и дальше ея наибольшей окружности. Этотъ захватъ даже лучше идеальнаго, который, если бы былъ осуществлень, не былъ

бы хорошимъ, потому что большой косою размѣръ не соотвѣтствуетъ оси выхода таза и потому, что потягиванія не производились бы по направле-
нiю этой оси.

Когда головка находится въ заднемъ видѣ лѣваго или праваго косога размѣра, то она обычно недостаточно согнута; большой родничекъ очень близокъ къ срединѣ таза, малый родничекъ приблизительно въ той же плоскости, сзади. Изъ этого слѣдуетъ также невозможность идеальнаго захвата. Какъ и при головкѣ въ заднемъ видѣ прямого размѣра, щипцы могутъ быть наложены лишь параллельно вертикальному размѣру, соотвѣтствующему оси таза.

Когда головка находится въ переднемъ видѣ лѣваго или праваго косога размѣра, въ верхней части полости, то она тѣмъ менѣе согнута, чѣмъ выше она находится. И лишь по мѣрѣ ея опусканія въ тазъ головка сгибается все больше и больше и достигаетъ своего максимума въ выходѣ таза.

Чѣмъ выше находится головка, тѣмъ труднѣе осуществимъ, если онъ вообще осуществимъ, идеальный и правильный ея захватъ; единственно въ данномъ случаѣ осуществимъ промежуточный захватъ между идеальнымъ захватомъ и захватомъ съ одного уха на другое. Когда головка разогнута, какъ это бываетъ при лицевомъ предлежанiи, то постоянно первымъ появляется подлонной дугой подбородокъ и головка прорѣзывается, упираясь нижнимъ краемъ подбородка такъ же, какъ и подзатылочной ямкой при затылочномъ предлежанiи. Головка зрѣлаго или жизнеспособнаго плода ни въ коемъ случаѣ не

может прорѣзаться въ заднемъ видѣ лицевого предлежанія.

Если разсматривать разогнутую головку в нѣ т а з а, то сейчасъ же видно, какъ долженъ быть сдѣланъ идеальный захватъ согласно опредѣленію этого термина Фарабефомъ и Варнье. Чтобы захватить головку въ длину, по мери-



Рис. 143. Передній видъ лицевого предлежанія. Идеальный захватъ по Farabeuf'у и Varnier, но не осуществимый на живомъ.

діональнымъ, діаметрально противоположащимъ линиямъ и въ верхнемъ полушаріи (рис. 143), необходимо захватить ее за ея боковыя поверхности, параллельно затылочно-подбородочной оси. Въ данномъ случаѣ также будетъ имѣть мѣсто продольный захватъ соотвѣтственно большому поперечному размѣру головки, но въ направленіи, противоположномъ тому, которое даютъ при затылочномъ предлежаніи. Вогнутость щипцовъ обращена въ сторону

нижняго края подбородка. Конец ложки направленъ къ затылочному бугру; ножка ея покрываетъ подбородочный выступъ. Просвѣтъ ложки обнимаетъ въ части, прилежащей къ концу ея, теменной бугоръ, и скуловую выпуклость въ части, прилежащей къ ножкѣ. Выпуклый край просвѣта заходитъ за наружный край орбиты; вогнутый край уплощаетъ верхнюю часть уха, которое и здѣсь не находится, не можетъ и не должно находиться въ просвѣтѣ.

Но на разогнутой головкѣ, находящейся въ т а з у этотъ идеальный захватъ вдоль затылочно-подбородочной оси (какъ это показали Бюфнуаръ и Шалаше) почти и даже никогда не осуществимъ.

При затылочномъ предлежаніи шея тѣсно прилежитъ къ подбородку, т.-е. къ малой головной оконечности и рядомъ съ ней находится достаточно пространства для того, чтобы головка могла свободно продвигаться и помѣстить свой наибольшій размѣръ по оси родового канала. При лицевомъ предлежаніи шея прилежитъ къ большой оконечности головного овоида и ея присутствіе уже не безразлично. Она увеличиваетъ экваторіальные размѣры предлежанія, которое составлено не только изъ одной головки, но одновременно изъ головки, шеи, верхней части туловища, причеиъ все это представляетъ форму, размѣры и ось другіе, чѣмъ тѣ, которые имѣетъ отдѣльно головка или головка, предлежащая затылкомъ, Подбородочно-затылочная ось образуетъ съ дѣйствительной осью предлежанія и съ осевой линіей таза очень замѣтный уголъ, и захватъ головки по этой затылочно-подбородочной оси является невозможнымъ тѣмъ болѣе, что бранши шипцовъ не могутъ обнять

подбородка позади передней дуги таза, так как онъ встрѣчаютъ препятствіе со стороны сѣдалищно-лонныхъ вѣтвей таза. Только когда подбородокъ вышелъ изъ-подъ лонной дуги, можно наложить щипцы по затылочно-подбородочной оси, но въ этотъ моментъ, по понятнымъ соображеніямъ, наложеніе щипцовъ становится бесполезнымъ. Въ



Рис. 144. Передній видъ лицевого предлежанія. Хорошій захватъ головки.

концѣ концовъ, захватъ головки, предлежащей лицомъ по оси (затылочно-подбородочной), является, стало-быть, неосуществимымъ въ тазу; необходимо захватить головку по дѣйствительной оси предлежанія, которая здѣсь проходитъ на уровнѣ основанія носа и которая приблизительно перпендикулярна плоскости, проходящей по отвѣсному размѣру; сверхъ того ложки должны быть помѣщены на равномъ разстояніи отъ подбородка и отъ большого родничка (рис. 144). Разница между этимъ захватомъ и теоретическимъ, названнымъ Фарабефомъ

и Варнье идеальнымъ, напоминаетъ разницу, существующую между идеальнымъ захватомъ этихъ же авторовъ въ затылочно-переднихъ предлежаніяхъ и осуществимымъ захватомъ въ затылочно-заднихъ предлежаніяхъ.

С. ЩИПЦЫ, КАКЪ ИЗВЛЕКАЮЩІЙ ИНСТРУМЕНТЬ.

Когда щипцы введены и хорошо наложены, нужно извлекать головку и, производя необходимыя потягиванія, вызвать, способствовать или, по крайней мѣрѣ, никогда не мѣшать основнымъ движеніямъ, которыя она продѣлала бы при самопроизвольномъ своемъ выходѣ.

Извлеченіе щипцами должно слѣдовать въ малѣйшихъ подробностяхъ способу естественнаго изгнанія.

Но мы уже видѣли въ первой части этой книги, что для того, чтобы выйти изъ таза, головка должна слѣдовать по кривой линіи (обращенной къ лонному соединенію своей вогнутостью), опредѣляемой осевой линіей.

Щипцы и должны заставить головку продѣлать этотъ криволинейный, опредѣленный путь.

Такимъ образомъ, головка должна будетъ опуститься по длинѣ полости, слѣдуя приблизительно по прямой линіи (рис. 145), такъ какъ осью вступленія первоначально является ось входа таза. Головка займетъ послѣдовательно два первыхъ положенія, представленныхъ на рис. 145, будучи захвачена ложками шилцовъ, которыя въ силу устройства инструмента находятся наложенными какъ разъ по направленію оси прохожденія. Ру-

коятка образуетъ съ ней уголь, зависящій отъ изгиба инструмента и остающійся неизмѣннымъ, если ложки дѣйствительно образуютъ одно цѣлое съ головкой.

Когда головка, такимъ образомъ, опускается по прямой линіи на дно полости (предполагая, что она не подвергается никакому измѣненію ни



Рис. 145. Послѣдовательный переходъ рукоятки щипцовъ.

въ своемъ взаимоотношеніи, ни въ своемъ сгибаніи), то рукоятки щипцовъ опускаются, не уклоняясь ни книзу, ни кверху, по ступенямъ приблизительно параллельнымъ горизонтали.

Когда головка попадаетъ, наконецъ, въ искривленную часть оси таза, послѣдняя вызываетъ со стороны рукоятокъ щипцовъ ихъ приподниманіе, которое ясно показано на рисункѣ 145.

Такимъ образомъ рукоятки щипцовъ никогда не находятся въ оси прохожденія,

Но такъ какъ щипцы сдѣланы для протаскиванія головки, а съ другой стороны необходимо тянуть по оси прохожденія, чтобъ это потягиваніе было полезнымъ, то изъ этого слѣдуетъ, что н и к о г д а н е л ь з я т я н у т ь п о н а п р а в л е н і ю р у к о я т о к ъ . Производя потягиваніе по ихъ направленію, щипцы неизбѣжно приведутъ головку кпереди, къ лонному соединенію, вслѣдствіе чего произойдетъ значительная потеря силы и небезопасное треніе для мягкихъ частей матери и для



Рис. 146. Щипцы съ тракторомъ Tarnier.

самой головки, которая вслѣдствіе этого подвергается опасному сдавливанію. Въ оси прохожденія находятся ложки, но не рукоятки щипцовъ.

Чтобы не упереться, головка должна точно слѣдовать по каналу и не быть грубо прижатой къ одной изъ стѣнокъ потягиваніемъ въ косомъ по отношенію оси направленіи.

По этимъ соображеніямъ Тарнье и придумалъ свои щипцы съ тракторомъ (рис. 146), посредствомъ котораго потягиваніе переносится на ложки или, точнѣе, происходитъ по ихъ оси, какъ соотвѣтствуетъ оси канала, т.-е траекторіи, по которой должна слѣдовать головка.

Тракціонный аппарат составленъ изъ двухъ металлическихъ стержней, оканчивающихся каждый пуговкой. Каждый стержень, будучи введенъ въ маленькое отверстіе, которое имѣется на ложкѣ въ части ея, соотвѣтствующей ея ножкѣ, удерживается въ немъ съ помощью пуговки, заканчивающей стержень, и можетъ быть, при введеніи ложки, удержанъ противъ нижняго края бранши съ помощью пуговки, находящейся подъ ней.

Когда обѣ бранши замкнуты и когда хотять произвести потягиванія, то освобождаютъ оба стержня, которые имѣютъ на своемъ верхнемъ краѣ выемку, служащую для фиксированія ихъ къ трактору.

Этотъ послѣдній образованъ двумя частями, соединяющимися подъ прямымъ угломъ. Одна изъ нихъ заканчивается квадратной трубкой, въ которую входятъ концы обоихъ тракціонныхъ стержней. Послѣдніе укрѣпляются тамъ съ помощью гнѣзда, скользящаго по стержню, конецъ котораго помѣщается въ трубку.

Другая часть трактора, перпендикулярная предъидущей, заканчивается на своемъ свободномъ концѣ валькомъ, соединяющимся съ ней подвижно, каковой и служитъ для потягиванія инструмента.

Цѣль этого тракціоннаго аппарата — и въ этомъ его несомнѣнное превосходство надъ всѣми другими щипцами — состоитъ въ томъ, что онъ позволяетъ врачу производить за головку плода потягиванія, постоянно происходящія по оси ложекъ и, слѣдовательно, по оси таза, на какой бы высотѣ ни находилась головка.

Въ самомъ дѣлѣ, тракціонный аппаратъ построенъ такимъ образомъ, что, если оставлять постоянно между горизонтальной частью трактора и рукоятками щипцовъ пространство въ ширину пальца, то потягиваніе за валежъ произведетъ по необходимости потягиваніе по оси ложекъ.

Такъ какъ послѣднія наложены съ каждой стороны головки и представляютъ съ ней одно цѣлое, то всякое опусканіе ея, всякое новое положеніе головки, дастъ въ результатъ измѣненіе наклона или направленіе рукоятокъ щипцовъ. Послѣднія будутъ играть роль стрѣлки, постоянно показывающей направленіе, какое нужно дать потягиванію, такъ какъ достаточно поддерживать во все время вмѣшательства горизонтальную часть трактора на разстояніи ширины одного пальца подъ рукоятками щипцовъ для того, чтобы тракціи происходили всегда по оси ложекъ и, слѣдовательно, по оси таза.

Щипцы съ осевыми тракціями имѣютъ сверхъ того незамѣнимое преимущество предоставлять головкѣ полную свободу продѣлывать вращательныя движенія, которыя должны происходить при самопроизвольныхъ родахъ.

Щипцы Тарнье имѣютъ, кромѣ того, на рукояткахъ, ниже замыкающейся части, небольшой поперечный винтъ, предназначенный къ сближенію ложекъ, къ плотному наложенію ихъ на головку, и мѣшающій ихъ соскальзыванію. Этотъ винтъ очень опасенъ и долженъ былъ бы быть совершенно уничтоженъ, такъ какъ при его завинчиваніи головка подвергается сдавливанію, которое, не будучи

контролировано, можетъ вызвать опасныя поврежденія плода (параличи личного нерва, внутричерепныя кровоизліянія, сдавливаніе нервныхъ центровъ, пораненія и переломы черепныхъ костей).

Сверхъ того, сжимая головку по одному изъ ея размѣровъ, неизбѣжно увеличиваютъ незахваченныя размѣры и превращаютъ, такимъ образомъ, головку въ несжимаемую массу, неспособную измѣнить свою форму, сплющиться, какъ она должна это сдѣлать для того, чтобы легче пройти тазовый каналъ.

Такимъ образомъ, уничтожаютъ самое существенное качество головки (способность ея приспособляться въ каждый данный моментъ къ размѣрамъ родового канала).

Такимъ образомъ опасности въ результатѣ употребленія этого винта чрезвычайны. Щипцы, правильно наложенные на двѣ діаметрально противоположныя поверхности и выше наибольшей окружности вступившей въ тазъ головки, не могутъ соскользнуть.

Усиліе, направленное на сходящіеся другъ къ другу стержни, достаточно, чтобы удержать наложенныя плотно на головку ложки.

Д. ОПАСНОСТИ ЩИПЦОВЪ.

Хотя примѣненіе щипцовъ повседневно, однако ихъ приходится разсматривать въ неопытныхъ рукахъ, какъ наиболѣе опасный инструментъ.

Поврежденія, которыя они могутъ причинить мягкимъ частямъ матери и головкѣ плода, многочисленны и неодинаковой тяжести.

Есть, однако, цѣлая категорія поврежденій, за которыя врачъ прямо не отвѣтственъ.

У матери наблюдаютъ почти всегда, въ особенности если она первородящая, разрывы нижней части влагалища. Эти разрывы обычно не ограничиваются стѣнкой влагалища: они задрѣваютъ также мышечно-апоневротическіе слои промежности и обязаны тому, что головка выходитъ быстрѣе, чѣмъ при самопроизвольныхъ родахъ. Разрывы эти могутъ легко распространяться до заднепроходнаго отверстія и прямой кишки и, чтобы предупредить ихъ, необходимо, не колеблясь, произвести эпизиотомію, какъ только замѣчаютъ опасное растяженіе промежности. Нерѣдко наблюдается распространеніе разрыва до свода. Если промежность разорвана, то необходимо каждый разъ вводитъ палецъ (предохраняемый резиновымъ пальцемъ) въ прямую кишку, чтобы убѣдиться въ ея цѣлости.

Также часто наблюдаются ссадины влагалищной стѣнки, поврежденія малыхъ губъ, поднимающіяся по сторонамъ къ мочеиспускательному отверстию и выше къ клитору. Неопасныя сами по себѣ, эти пораненія могутъ обильно кровоточить. Если, послѣ вмѣшательства, происходитъ обильное, необъясняемое несокращаемостью матки, кровотеченіе, то слѣдуетъ постоянно обслѣдовать переднюю часть половой расщелины.

Разрывы шейки тоже встрѣчаются часто. Потеря крови, которую они вызываютъ, можетъ быть очень сильной. Стало быть, объ этомъ также

слѣдуетъ подумать въ случаѣ послѣоперационнаго кровотеченія. Крімъ того, эти разрывы имѣютъ еще отдаленныя послѣдствія. Они являются одной изъ обычныхъ причинъ выворота шейки и непрекращающихся тазовыхъ болей.

Опускание передней стѣнки влагалища и шейки, увлеченныхъ съ головкой подъ вліяніемъ тракцій щипцовъ, вызываетъ часто опусканіе влагалища и выпаденіе матки.

Затѣмъ наблюдаютъ, послѣ наложенія щипцовъ, параличи мочевого пузыря, недержание мочи, невритъ нижнихъ конечностей,—страданія, которыя могутъ быть временными, но также и постоянными.

У ребенка часто наблюдаются ссадины кожи лица или черепа, произведенныя ложками щипцовъ. Необходимо тщательно перевязывать такія пораненія, ибо они могутъ загрязниться и дать мѣсто или флегмонѣ, или рожѣ.

Когда щипцы наложены неправильно, ложки опираются на кожу своими краями или же концами и производятъ болѣе глубокія поврежденія, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, и могутъ оставить послѣ себя безобразящіе рубцы.

Давленіе ложекъ можетъ еще вызвать отслоеніе кожи съ послѣдующими кровоизліяніями, которыя иногда долго не исчезаютъ. Ихъ находятъ особенно часто на боковыхъ поверхностяхъ нижней челюсти. На черепѣ отслоеніе надкостницы является причиной кровяной опухоли головки, которая можетъ быть простой или двусторонней въ зависимости отъ того, расположена ли она только на одной теменной кости или на обѣихъ. Наблюдаются также параличи лица вслѣдствіе сдавленія лицевого нерва при выходѣ его изъ наружнаго отверстія

Фаллопиева канала. Эти параличи, придающие лицу ребенка очень некрасивый видъ, оставляютъ часто глаза открытымъ вслѣдствіе паралича глазничнаго нерва, что часто вызываетъ зараженіе конъюнктивы: они обычно исчезаютъ сами собой.

Хотя вышеописанныя поврежденія являются чаще всего результатомъ ошибокъ оперирующаго, они, однако, наблюдаются въ равной мѣрѣ въ рукахъ весьма знающихъ и очень осторожныхъ акушеровъ.

Но имѣются другія поврежденія, которыя необходимо приписать единственно винѣ оперирующаго и за которыя онъ несетъ полную отвѣтственность, ибо плохо наложенные и особенно некстати наложенные щипцы могутъ сдѣлаться однимъ изъ наиболѣе опасныхъ инструментовъ. Бывали случаи, когда операторы разрывали влагалищные своды концами ложекъ, проникали ими въ параметрій и захватывали маточную стѣнку между головкой и браншами инструмента. Были, наконецъ, случаи прободенія мочевого пузыря.

Лично я наблюдалъ четыре подобныхъ случая. Въ одномъ изъ нихъ, въ лѣвомъ сводѣ имѣлось пораненіе, величиной съ рублевую монету, чрезъ которую палецъ свободно проникалъ въ параметрій. Больная умерла отъ септицеміи. У второй женщины, выздоровѣвшей впрочемъ, подобная же рана находилась на боковой стѣнкѣ влагалища. Въ третьемъ случаѣ, имѣлся разрывъ мочевого пузыря. Наконецъ, въ четвертомъ, пораненія были настолько серьезны, что процессъ зарубцеванія

вызвалъ почти полное заращеніе влагалища, оставившее отверстіе, едва пропускающее мизинець. Впослѣдствіи эта женщина забеременѣла и влагалищное рубцовое суженіе, прямое послѣдствіе вмѣшательства, имѣвшаго мѣсто нѣсколько лѣтъ тому назадъ, вызвало необходимость прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію.

Буквально не проходитъ года, чтобы не видѣли бы въ активныхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ какой-либо женщины, подвергнувшейся безъ успѣха многочисленнымъ наложеніямъ щипцовъ, и у которыхъ стѣнки влагалища или шейка не были бы буквально изрыты рубцами, разорваны щипцами, слишкомъ грубо наложенными.

Единственно полная потеря хладнокровія и способности спокойнаго сужденія могутъ объяснить сдѣланныя ошибки.

Со стороны ребенка можно наблюдать упорные параличи личного нерва, неподдающіеся никакому леченію. Я знаю молодого человѣка 20 лѣтъ обезображеннаго и искалѣченнаго такимъ образомъ наложеніемъ щипцовъ.

Также нерѣдко приходится видѣть переломъ черепа, начиная съ простыхъ трещинъ свода до переломовъ, распространяющихся на его основаніе и вплоть до разможденія костей лица (носовая кость, верхнія челюсти, глазницы). Подобные переломы всегда чрезвычайно опасны, даже въ случаѣ, если нѣтъ осколковъ, проникнувшихъ непосредственно въ мозговую массу. Они могутъ быть причиной внутрочерепныхъ, часто смертельныхъ, кровоизліяній. Въ случаѣ выживанія, несомнѣнно такіе переломы могутъ быть причиной неполнаго или неправильнаго развитія мозга, судорогъ, упор-

ныхъ распространенныхъ параличей съ атрофіей мышцъ.

Неправильно наложенные щипцы могутъ, кромѣ того, вызвать выпячиваніе глаза, могущее дойти до настоящаго его вылушенія. Наблюдали случаи, когда, вылушившійся изъ глазницы глазъ падаль. Помимо этихъ совершенно исключительныхъ случаевъ наблюдаютъ внутриглазныя кровоизліянія вслѣдствіе разрыва сосудистой оболочки глаза, обильныя кровоизліянія въ переднюю камеру глаза, травматическія помутнѣнія хрусталика.

Нѣкоторые авторы описываютъ въ качествѣ спеціальнаго поврежденія очень выраженное поражение почти всей прозрачной роговой оболочки. Такое поврежденіе исчезаетъ обычно довольно быстро, но можетъ также продолжаться нѣсколько мѣсяцевъ. Мнѣ пришлось видѣть подобнаго рода случай, но ребенокъ умеръ вслѣдствіе внутрочерепныхъ поврежденій, которыя онъ одновременно получилъ.

Наконецъ, параличи глазныхъ мышцъ, опущеніе вѣкъ, кровоизліянія подъ конъюнктиву, внутриглазныя, легко загнаивающіяся встрѣчаются довольно часто и должны быть равнымъ образомъ упомянуты. Всѣ эти опасныя поврежденія являются прямымъ послѣдствіемъ сдѣланной ошибки или въ наложеніи щипцовъ или въ способѣ, которымъ были произведены тракціи, или же и особенно въ несоблюденіи необходимыхъ условій для безопаснаго наложенія щипцовъ и извлеченія ребенка,—условія, къ изложенію которыхъ мы сейчасъ и приступаемъ.

Е. УСЛОВІЯ НАЛОЖЕНІЯ ШИПЦОВЪ.

Врачъ долженъ прежде всего убѣдиться, что вмѣшательство не подвергнетъ никакому риску ни мать ни ребенка. Необходимо, стало-быть, чтобы изслѣдованіе (наружное и внутреннее) было произведено со всей тщательностью и чтобы ни одинъ пунктъ не остался невыясненнымъ.

Для того, чтобы можно было наложить щипцы, необходимы слѣдующія условія:

1. Открытіе зѣва должно быть полное.

Нѣтъ правила, которсе бы чаще всего забывалось, чѣмъ это, и которое необходимо было бы соблюдать самымъ неукоснительнымъ образомъ.

Открытіе должно считаться полнымъ лишь тогда, когда отверстіе поднялось выше наибольшей окружности, опустившейся въ тазъ, головки. До тѣхъ поръ, пока палецъ прощупываетъ шейку, открытіе не полное; наложеніе щипцовъ, въ такомъ случаѣ, подвергаетъ женщину риску разрыва.

Извлеченіе плода можетъ, въ такомъ случаѣ, быть произведено лишь цѣной поврежденія шейки и произведенные, въ такомъ случаѣ, разрывы легко распространяются кзади къ заднему влагалищному своду и брюшинѣ, кпереди къ переднему влагалищному своду и иногда къ мочевому пузырю, по бокамъ до параметріевъ, гдѣ они являются источникомъ обильныхъ кровотеченій.

Въ частности, у первородящихъ никогда не слѣдуетъ дѣлать малѣйшей попытки наложенія щипцовъ до тѣхъ поръ, пока прощупывается спереди край маточнаго зѣва въ видѣ очень тонкой полоски. У многородящихъ, вслѣдствіе того, что

губы наружнаго отверстія обычно бываютъ очень мягки, а край зѣва образованъ толстымъ растяжимымъ вѣнчикомъ, рискъ разрыва гораздо меньшій и можно быть менѣ строгимъ.

Этотъ край зѣва спереди можетъ оставаться очень долгое время и является препятствіемъ къ выхожденію головки. Если приходится накладывать щипцы до его исчезновенія, то необходимо его заправить пальцемъ во время схватки за головку, — легко исполнимый маленькій пріемъ, позволяющій наложить инструментъ на головку, свободно вышедшую изъ матки.

Щипцы, наложенные при неполнѣ раскрытой шейкѣ, влекутъ за собой и другія послѣдствія. Когда шейка не поддается, она образуетъ вокругъ щипцовъ почти твердое кольцо, которое производитъ опасное сдавливаніе на головку плода.

Однако, есть случаи, когда жизнь ребенка или матери быстро подвергается опасности и когда врачъ принужденъ оперировать, не дожидаясь полного открытія. Чтобы избѣжать разрыва, направление котораго не происходитъ по какимъ-либо правиламъ, можно надрѣзать шейку, какъ это мы указывали въ IV главѣ. Но такіе надрѣзы необходимо дѣлать съ большой осторожностью, ибо они часто распространяются дальше, чѣмъ предвидятъ.

Когда зѣвъ недостаточно раскрытъ, вмѣшательство бываетъ всегда очень труднымъ, такъ какъ наложеніе ложекъ становится болѣе труднымъ и потому, что сопротивленіе, оказываемое, иногда, неполнѣ раскрытымъ зѣвомъ, часто необычайно велико. Добавимъ еще, что захватъ головки по необходимости несовершененъ, потому что всегда

имѣется недостаточное сгибаніе головки. Наибольше опасные разрывы шейки обязаны вмѣшательству, произведенному при этихъ условіяхъ.

Врачъ, производящій по нетерпѣнію и безъ важной причины вмѣшательство ранѣе полного раскрытія зѣва, совершаетъ, такимъ образомъ, грубую ошибку и всецѣло отвѣтствененъ за послѣдствія, каковыя могутъ обнаружиться.

2. Оболочки должны быть разорваны, ибо наложеніе щипцовъ на головку, покрытую оболочками, можетъ повлечь за собой частичное или полное отдѣленіе послѣда и вызвать кровотеченіе.

Если бы необходимо было быстро закончить роды до разрыва плоднаго пузыря (напр., вслѣдствіе внезапнаго замедленія сердцебіенія плода), слѣдовало бы сперва разорвать оболочки.

Когда врача вызываютъ къ женщинѣ, за родами которой онъ не слѣдилъ, то необходимо убѣдиться до вмѣшательства, что тонкія оболочки, будучи отдѣлены амніотической жидкостью, не лежатъ непосредственно на головкѣ плода. Эта предосторожность чрезвычайно важна, и внутреннее изслѣдованіе должно быть произведено также во время схватокъ, когда оболочки слегка напрягаются и становятся прощупываемыми.

3. Распознаваніе предлежанія и позиціи, степени сгибанія головки, высоты, на которой головка находится, должно быть

сдѣлано съ самой большой точностью.

Безъ точнаго распознаванія, можно продѣлать операцію только наугадъ, т.-е. плохо и съ опасностью.

Эта необходимость точнаго распознаванія настолько велика, что всегда слѣдуетъ продѣлать изслѣдованіе вновь во время введенія инструмента, чтобы убѣдиться въ измѣненіяхъ, которыя могли за это время произойти въ положеніи головки.

Сверхъ того, не слѣдуетъ забывать, послѣ введенія ложекъ и замыканія браншей, еще разъ проконтролировать измѣненія, возможные подъ вліяніемъ сдавливаній, причиненныхъ руками и инструментомъ. Такъ какъ на головкѣ часто находится родовая опухоль, которая скрываетъ швы и роднички и мѣшаетъ какъ слѣдуетъ опредѣлить направленіе первыхъ и положеніе вторыхъ, то внутреннее изслѣдованіе должно быть произведено въ извѣстномъ порядкѣ, согласно правилъ, указанныхъ въ первой части этой книги.

Главной заботой является опредѣленіе точнаго направленія стрѣловиднаго шва при предлежаніяхъ затылочныхъ и направленія ребра носа при предлежаніяхъ лицевыхъ для того, чтобы быть вполне освѣдомленнымъ, какимъ размѣромъ вступаетъ головка.

Если происходитъ ошибка въ соответственномъ положеніи родничковъ въ одномъ и томъ же размѣрѣ, если здѣсь ошибочно малый родничекъ принимается за большой и обратно,

такая ошибка не будет имѣть опасныхъ послѣдствій. Въ обоихъ случаяхъ головка будетъ захвачена за свои боковыя поверхности: наложеніе всегда будетъ правильнымъ и хорошимъ; извлеченіе можетъ быть произведено и съ появленіемъ головки въ половой расщелинѣ, сдѣланная ошибка будетъ распознана. Необходимо только обратить вниманіе на способъ, какимъ должно произойти прорѣзываніе.

Совершенно другія будутъ послѣдствія ошибки въ направленіи стрѣловиднаго шва. Въ этомъ случаѣ, головка захвачена со лба на затылокъ и ее невозможно продвинуть. Отсюда видны тѣ большія опасности, которыя проистекають для матери и для ребенка отъ трений, производимыхъ при этихъ условіяхъ.

Въ случаѣ, когда слишкомъ большая и не вдавливаемая родовая опухоль совершенно мѣшаетъ прщупать стрѣловидный шовъ, не слѣдуетъ колебаться, а ввести глубоко всю руку для того, чтобы опредѣлить, благодаря положенію уха, точную позицію головки.

4. Головка должна установиться, т.е. наибольшая предлежащая окружность ея должна пройти входъ таза.

Это является существеннымъ условіемъ въ такой же мѣрѣ, какъ и полное открытіе зѣва.

Такъ какъ щипцы являются инструментомъ извлекающимъ, и не могутъ служить, какъ раньше это думали, для уменьшеній объема головки, то, очевидно, что невозможно предвидѣть, когда головка находится еще надъ входомъ, что ея размѣры и способность приспособляться таковы, что они позволяютъ ей пройти этотъ входъ.

Единственная цѣль щипцовъ это—помочь недостаточности маточныхъ сокращеній. Было бы, стало-быть, чистымъ безуміемъ желать тянуть за головку, каковую сокращенія матки не могли продвинуть, вслѣдствіе ея размѣровъ, непропорціональныхъ съ таковыми же таза, который она должна пройти. Если головка задерживается во входѣ, то, слѣдовательно, она встрѣчаетъ препятствіе, которое она можетъ преодолѣть только при условіи, если ея способность приспособленія позволить ей сплющиться въ достаточной мѣрѣ, чтобы приспособиться къ конфигураціи таза. И лишь благодаря очень долгой продолжительности родовыхъ болей, подъ непрерывнымъ усиленіемъ схватокъ головка измѣняетъ мало-по-малу свою форму, а тракціи, производимыя щипцами, при этихъ условіяхъ не даютъ ей необходимаго для этого времени.

Щипцы надъ входомъ таза являются вмѣшательствомъ, сопровождающимся такимъ рискомъ и столькими опасностями для матери и для ребенка, что врачъ никогда не долженъ къ нимъ прибѣгать. Такое вмѣшательство должно даже разсматриваться, какъ грубая профессиональная ошибка и необходимо, чтобы врачъ помнилъ, что онъ несетъ полную отвѣтственность за всѣ возможныя послѣдствія.

Именно при подобныхъ несчастныхъ и злосчастныхъ наложеніяхъ щипцовъ и происходятъ наиболѣе распространенные разрывы мягкихъ частей матери, а также наиболѣе опасныя поврежденія ребенка (переломы черепа, могущіе дойти до настоящаго разможженія черепного свода, внутриче-

репныя кровоизліянiя съ переломомъ или безъ него), которыя могутъ дать мгновенную смерть или имѣть опасныя отдаленныя послѣдствiя.

Я знаю слѣпого ребенка, идіота, сдѣлавшагося такимъ вслѣдствіе наложенiя щипцовъ надъ входомъ таза, наложенiя, произведеннаго съ единственной цѣлью избѣжать прободенiя головки, которое слѣдовало бы произвести въ виду растяженiя нижняго сегмента матки, а мать рѣшительно отказывалась отъ какого-либо другого вмѣшательства. Для семьи краніотомiя этого ребенка несомнѣнно была бы лучшимъ исходомъ, чѣмъ эта несчастная попытка извлеченiя.

Вопросъ, иногда деликатный въ практикѣ, это опредѣлить, вступила ли головка въ тазъ или нѣтъ, то-есть, прошли ли оба теменныхъ бугра плоскость тазового входа.

Установленіе узнается по тому, что головной полюсъ достигаетъ линіи, соединяющей обѣ сѣдалищныя ости; онъ находится въ такомъ случаѣ на высотѣ трехъ пальцевъ надъ копчико-крестцовой плоскостью, т. е. такъ, что можно ввести три пальца ребромъ между этимъ полюсомъ и тазовымъ дномъ.

Однако, можно сдѣлать неизбежную ошибку въ оцѣнкѣ высоты, на которой находится головка. Недостаточно, въ самомъ дѣлѣ, чувствовать головной полюсъ на уровнѣ межъ остистаго размѣра, чтобы имѣть право заключить, что головка установилась. Пусть она установилась уже въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, придавлена и хорошо вколочена маткой, и, хотя въ дѣйствительности нѣтъ установленiя, полость можетъ оказаться цѣликомъ заполненной. Въ самомъ дѣлѣ, можетъ образоваться

громадная родовая опухоль, которая заставляетъ ошибаться относительно дѣйствительной высоты стоянія головки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она можетъ даже заполнить цѣликомъ полость, въ то время, какъ головка находится еще надъ входомъ въ тазъ. Нужно всегда въ такомъ случаѣ ввести всю руку во влагалище, обойти опухоль и обслѣдовать внимательно боковыя части полости до тѣхъ поръ, пока рука не попадетъ, съ одной или другой стороны, на подлежащую костную поверхность, которая одна только можетъ показать дѣйствительную высоту стоянія головки. Не слѣдуетъ также забывать при такихъ условіяхъ всю важность прощупыванія черезъ животъ и вспомнить, что, когда головка цѣликомъ прошла входъ и опустилась въ полость, одинъ только лобъ можетъ быть еще прощупанъ надъ входомъ, въ то время, какъ затылокъ исчезъ въ тазу и болѣе не прощупывается.

Нужно еще добавить, что наложеніе щипцовъ во входъ является по необходимости атипичнымъ и по многимъ соображеніямъ.

1°. Остановившаяся во входѣ головка представляетъ всегда асинклизмъ (т.-е. боковое наклоненіе), который можетъ быть очень выраженъ и это наклоненіе на одну изъ темянныхъ костей дѣлаетъ невозможнымъ правильный захватъ, иначе говоря, наложеніе на симметричныя области.

2°. Въ большинствѣ неправильныхъ тазовъ, стояніе головки надъ входомъ поперечное.

Если бы захотѣли наложить щипцы правильно, то пришлось бы помѣстить одну изъ ложекъ прямо спереди и другую прямо сзади, что можно сдѣлать при большомъ искусствѣ и осторожности; но, при потягиваніи инструмента, передняя ложка, упер-

шись своей выпуклостью въ лонное соединеніе, противодѣйствуетъ внѣдренію головки, несмотря на усиленныя тракціи.

Эта невозможность продвинуть головку при такихъ условіяхъ, дѣлаетъ необходимымъ к о с о е н а л о ж е н і е. Изъ этого слѣдуетъ, что одна изъ ложекъ лежитъ на одной половинѣ лба, а другая



Рис. 147. Косое наложеніе щипцовъ на головку, стоящую въ поперечномъ размѣрѣ.

на задней части противолежащей темянной кости (рис. 147).

Стало-быть, захватъ въ высшей степени несовершененъ; головка плохо захвачена, потому что ложки не наложены на двѣ діаметрально противолежащія поверхности и инструментъ необычайно легко соскальзываетъ.

Сверхъ того, тракціи бываютъ неизбѣжно плохо направлены, потому что внѣдреніе можетъ, въ данномъ случаѣ, произойти лишь въ поперечномъ размѣрѣ и если щипцы не соскальзываютъ, онѣ будутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ притягиваніе

головки кпереди къ передней дугѣ таза, въ то время, какъ онѣ неизбѣжно увеличиваютъ ея поперечные размѣры и безъ того слишкомъ большіе. Въ самомъ дѣлѣ, головку можно разсматривать какъ шаръ, наполненный водой, изъ чего слѣдуетъ, что уменьшеніе длины одного изъ его размѣровъ, вызванное захватомъ инструмента, немедленно компенсируется соответственнымъ увеличеніемъ размѣровъ, перепендикулярныхъ тѣмъ, по которымъ захвачена головка. Наконецъ, концы ложекъ могутъ легко поранить глазъ, на который опираются. Съуженіе входа таза абсолютно противопоказуетъ, стало-быть, примѣненіе щипцовъ, за исключеніемъ случаевъ, когда головкѣ удалось самостоятельно проникнуть въ полость таза.

5. Головка должна быть установленной по прямому размѣру выхода таза или по одному или другому изъ косыхъ размѣровъ полости таза.

Если мы помѣстимъ артикулированные щипцы внутри таза, мы увидимъ, что инструментъ устроенъ такимъ образомъ, что позволяетъ извлечь головку лишь въ случаѣ, если вогнутость ихъ тазовой кривизны направлена впередъ, т.-е. если она соответствуетъ кривизнѣ оси таза. Такимъ образомъ, самое правильное наложеніе щипцовъ производится введеніемъ его ложекъ въ сторону каждаго изъ концовъ поперечнаго размѣра (рис. 148). Однако, ихъ можно еще наложить, хотя и съ большимъ трудомъ, вводя каждую ложку на противоположные концы одного или другого изъ косыхъ

размѣровъ (149 и 150), но ни въ какомъ случаѣ нельзя накладывать щипцы на головку, стоящую въ поперечномъ размѣрѣ, одну ложку прямо спереди и другую прямо сзади.

Хотя захватъ по косымъ размѣрамъ и возможенъ, однако, врачъ (за исключеніемъ случаевъ дѣйствительно крайней нужды) долженъ всегда

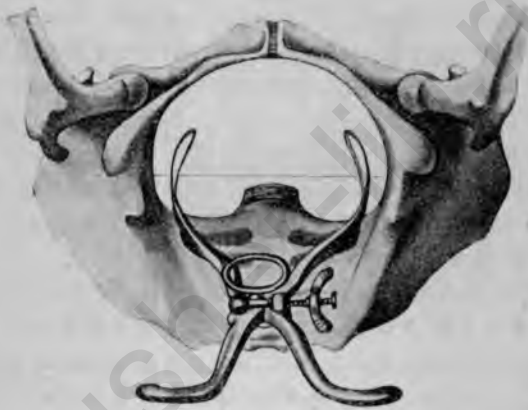


Рис. 148. Наложеніе щипцовъ въ поперечномъ размѣрѣ.

выждать, пока головка не продѣлаетъ цѣликомъ своего поворота, т.-е. пока малый или большой родничекъ, при затылочныхъ предлежаніяхъ, не помѣстится спереди за лоннымъ соединеніемъ. Такимъ образомъ, врачъ будетъ въ лучшихъ условіяхъ для наложенія ложекъ и извлеченія ребенка. Головка тогда находится въ выходѣ таза въ переднемъ или заднемъ видѣ прямого размѣра, согнута насколько возможно. Такимъ образомъ, она представляетъ наилучшую позицію, которая, при переднемъ видѣ,



Рис. 149. Наложение щипцовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ.



Рис. 150. Наложение щипцовъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ.

дѣлаетъ осуществимымъ по всѣмъ правиламъ идеальный захватъ Фарабефа и Варнье. Введеніе ложекъ, замыканіе браншей и извлеченіе ребенка не представляютъ никакихъ трудностей.

Не такъ обстоитъ дѣло, когда головка занимаетъ одинъ изъ косыхъ размѣровъ полости таза.

Даже при лѣвомъ или правомъ косомъ переднемъ размѣрѣ, всегда имѣется недостатокъ сгибанія, который, правда, можетъ быть небольшимъ въ

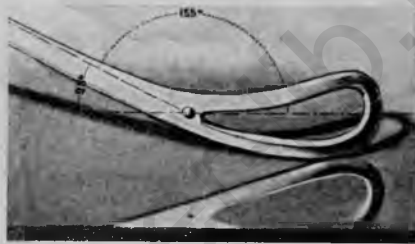


Рис. 151. Щипцы положены на столъ, осью захватывающей части ложекъ.

нижней части полости, но который тѣмъ больше, чѣмъ головка выше расположена. Слѣдовательно, она не можетъ быть правильно захвачена въ длину. Чѣмъ болѣе этотъ недостатокъ сгибанія выраженъ, тѣмъ болѣе захватъ удаляется отъ идеальнаго захвата Фарабефа и Варнье.

Нужно еще прибавить, что при косыхъ наложеніяхъ щипцовъ, когда одна ложка должна находиться сзади, а другая спереди, введеніе и помѣщеніе ложекъ часто очень затруднительны и возможно, что онѣ не накладываются точно, но діаметрально противоположны линіямъ.

Замѣтимъ сверхъ того, что, если помѣщаютъ

захватывающую часть ложекъ въ концахъ любого размѣра, то рукоятки щипцовъ всегда бываютъ неизбежно направленными косо по отношенію ложекъ въ горизонтальномъ положеніи. Уголь, образованный рукоятками съ плоскостью стола, является дополненіемъ угла, образованнаго рукоятками съ захватывающей частью ложекъ.

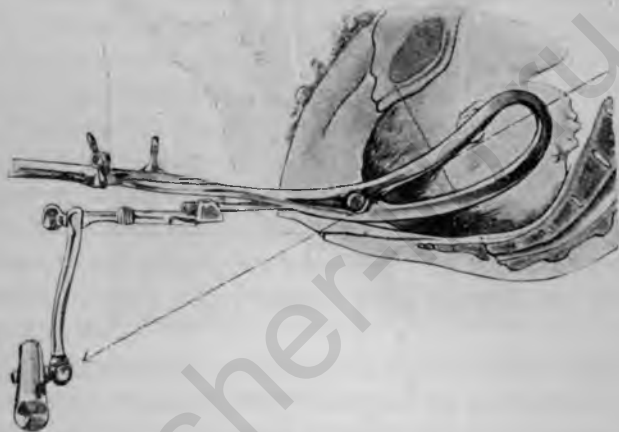


Рис. 152. Головка въ выходѣ таза. Ось захватывающей части ложекъ, ось окружности вставившейся головки и ось выхода полости таза совпадаютъ (правильный захватъ).

Если щипцы Тарнье положить на столъ такъ, чтобы ось захватывающей части ложекъ была параллельна столу (рис. 151), т.-е. горизонтально, то уголь, который образуютъ рукоятки съ плоскостью стола, является добавочнымъ угломъ, образованнаго рукоятками съ захватывающей частью ложекъ. Если теперь щипцы помѣстить въ тазу такъ, чтобы ось захватывающей части ложекъ, ось окружности вставившейся головки и ось соотвѣтствующей плоскости таза совпадали (условія, необходимыя

для правильного захвата, рис. 152), то рукоятки образуютъ съ осью плоскости таза, занятой головкой, уголъ, равный предыдущему. Всякое измѣне-



Рис. 153. Головка во входѣ. (Разрѣзъ таза, проходящій по правому косому размѣру). Ось захватывающей части ложекъ образуетъ съ осью входа таза очень замѣтный уголъ. Захватъ неправильный и тракціи будутъ безусловно плохо направлены. Головка изображена совершенно согнутой такъ, чтобы показать неправильность захвата, даже въ наиболѣе благопріятныхъ условіяхъ.

не этого угла имѣеть послѣдствіемъ наклоненіе оси ложекъ по отношенію къ осямъ таза и головки, а, слѣдовательно, захватъ несовершенный.

Но, можно ли всегда придать захватывающей части ложекъ желательное направленіе, какова бы ни была высота, на которой находится головка?

Ничего нѣтъ легче, когда послѣдняя находится въ выходѣ таза; ничто не мѣшаетъ, каковъ бы ни былъ видъ стоянія головки, помѣстить рукоятку въ положеніе, надлежащее для того, чтобы ложки были хорошо наложены. Но если головка находится еще въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ, оперирующей стѣсненъ передней дугой таза.

Чѣмъ выше находится головка, тѣмъ больше затрудненій; въ верхнихъ частяхъ полости и тѣмъ болѣе во входѣ, трудно придать рукояткамъ щипцовъ надлежащее наклоненіе (рис. 153).

Головка въ такомъ случаѣ плохо захвачена: отсюда опасности поврежденій для ребенка (параличъ личного нерва, кожныя ссадины), возможное соскальзываніе инструмента и необходимость возобновить операцію, наконецъ, трудность извлечения, потому что головка не захвачена по оси прохожденія.

Эти неудобства и опасность заставляютъ относиться съ большой осторожностью къ наложеніямъ щипцовъ, когда головка находится еще въ переднемъ видѣ косога размѣра. Они не могутъ ни въ коемъ случаѣ рассматриваться настолько же безвредными, какъ при переднихъ видахъ прямого размѣра, даже и тогда, когда зѣвъ совершенно раскрытъ и головка стоитъ низко.

Когда головка стоитъ въ косомъ размѣрѣ, но такимъ образомъ, что затылокъ обращенъ назадъ, опасности также еще велики, потому что головка еще менѣе согнута, чѣмъ при переднихъ видахъ. Захватъ щипцовъ рѣдко достаточно проченъ и соскальзываніе инструмента наблюдается часто.

Даже, если головка хорошо захвачена, извлечение ея въ данномъ случаѣ особенно трудно, потому что сильныя тракціи, примѣняемая въ виду сопротивленія, оказываемаго тазомъ затылку, увеличиваютъ еще болѣе наклонность головки разгибаться и сплющиваться по другому размѣру, чѣмъ большой косою.

Если, наконецъ, при переднемъ или заднемъ видѣ прямыхъ размѣровъ, обѣ темянныя кости находятся на одной высотѣ (что позволяетъ наложить ложки на симметричныя области), то при косыхъ размѣрахъ всегда имѣется нѣкоторая степень асинклитизма, когда одна изъ темянныхъ костей (передняя или задняя) находится ниже другой.

Между тѣмъ, асинклитизмъ головки, если онъ и неясно выраженъ, является причиной такихъ трудностей для наложенія щипцовъ, что этотъ инструментъ, даже въ рукахъ опытнаго и свѣдущаго оператора, является очень опаснымъ.

Асинклитизмъ этотъ обычно болѣе выраженъ, когда затылокъ направлень назадъ, чѣмъ, когда онъ обращень впередъ. Изъ этого слѣдуетъ, что при заднихъ видахъ косыхъ размѣровъ никогда не слѣдуетъ накладывать щипцовъ за исключеніемъ случаевъ, когда мать или ребенокъ подвергаются столь серьезной опасности, что роды должны немедленно быть окончеными.

Во всѣхъ случаяхъ, когда вмѣшательство имѣеть цѣлью лишь придти на помощь матери, утомленной продолжительными и тяжелыми родами, несбхо-

димо, чтобы врач умѣлъ выждать, пока поворотъ головки не закончится и пока стрѣловидный шовъ не помѣстится свободно въ прямомъ размѣрѣ выхода таза.

Молодой врачъ часто позволяетъ себя увлечь и наложить преждевременно щипцы, потому что, вслѣдствіе совершенно особенной продолжительности родовъ при заднихъ видахъ, роженица и окружающіе ее, настойчиво требуютъ быстрого окончанія родовъ. Врачъ долженъ умѣть сопротивляться этимъ горячимъ просьбамъ и сохранять непоколебимыми всю свою свободу сужденія и свое хладнокровіе.

6°. Головка должна стоять въ такомъ видѣ, чтобы роды были возможными. Такъ, напримѣръ, слишкомъ выраженный асинклитизмъ и предлежаніе лица въ заднемъ видѣ, не позволяютъ примѣненія щипцовъ.

При предлежаніяхъ лица въ заднихъ видахъ, когда они остаются задними, опусканіе головки въ полость невозможно въ силу того, что задняя часть шеи и грудь не могутъ проникнуть одновременно въ тазъ (см. рис. 31, 32 и 34 въ первой части). Подбородокъ не можетъ, стало быть, прорѣзаться въ заднемъ видѣ и роды возможны лишь въ томъ случаѣ, если произойдетъ поворотъ, который приведетъ подбородокъ кпереди. Врачъ, который наложитъ щипцы на лицо, подбородокъ котораго направленъ кзади, совершитъ грубую профессиональную ошибку.

Только одни передніе виды позволяютъ наложеніе щипцовъ и извлеченіе плода. Необходимо, однако, напомнить здѣсь нѣкоторые важные факты,

Лицо вступаетъ или по поперечному размѣру (узкій тазъ) или по одному изъ косыхъ размѣровъ, и вступленіе по косому размѣру происходитъ чаще всего въ заднемъ видѣ, при чемъ лобъ находится ниже, чѣмъ подбородокъ. Такое вставленіе происходитъ отъ того, что предлежаніе лица простирается обычно изъ предлежанія затылка, въ которомъ разгибаніе головки замѣтно, въ силу той или другой причины, нормальное сгибаніе. Но такъ какъ передніе виды косыхъ размѣровъ встрѣчаются безконечно чаще, чѣмъ задніе виды, то ясно, что подбородочно-задніе виды будутъ чаще, чѣмъ подбородочно-передніе.

Подбородочно-задній видъ является, стало-быть, въ самомъ началѣ вставленія, т.-е. во входѣ таза, физиологическимъ видомъ, но лишь временнымъ. По мѣрѣ прогрессированія вступленія и опусканія, подбородокъ поворачивается мало-по-малу кпереди, чтобы, наконецъ, подойти подъ лонное соединеніе, когда лицо достигнетъ выхода таза.

Это вращеніе головки всегда происходитъ, если относительные размѣры таза и головки позволяютъ послѣдней опуститься въ тазъ. Впрочемъ, его можно вызвать, заставляя женщину лечь на тотъ бокъ, гдѣ находится подбородокъ, чтобы облегчить опусканіе этого послѣдняго.

Если, несмотря на нормальныя родовыя боли, подбородокъ остается повернутымъ кзади, то, стало-быть, не происходитъ вступленія головки и она встрѣчаетъ во входѣ непреодолимое препятствіе, происходящее или отъ суженія таза или отъ ея размѣровъ. Такимъ образомъ, только во входѣ таза можно очутиться въ присутствіи неправильнаго подбородочно-задняго вида.

Наложение щипцовъ не можетъ быть примѣнено ни въ какомъ случаѣ прежде, чѣмъ подбородокъ не повернется совершенно кпереди и, даже тогда, врачъ долженъ постоянно помнить, что вмѣшательство при переднемъ видѣ лицевого, а тѣмъ болѣе при переднихъ видахъ косыхъ размѣровъ, всегда очень трудно, такъ какъ инструментъ (по вышеуказаннымъ причинамъ) не можетъ захватить головки въ длину, параллельно большому косому размѣру. Рискъ соскѣльзыванія, поврежденія лица или шеи ребенка, является здѣсь большимъ, чѣмъ при затылочныхъ предлежаніяхъ. Изъ этого слѣдуетъ для врача необходимость никогда не вмѣшиваться при лицевомъ предлежаніи, за исключеніемъ случаевъ крайней нужды, и не допускать ни въ какомъ случаѣ никакого вмѣшательства, которое имѣло бы цѣлью только сократить, чисто по гуманитарнымъ соображеніямъ, продолжительность изгнанія плода.

7. Головка не должна быть ни слишкомъ большой, ни слишкомъ малой. Такъ, на примѣръ, не слѣдуетъ накладывать щипцовъ на головку гидроцефала. Подобные случаи происходили при неправильныхъ распознаваніяхъ, когда опустившуюся въ полость часть головки принимали за цѣлую головку. О совершенной ошибкѣ узнаютъ по расхожденію рукоятокъ щипцовъ и по невозможности замкнуть инструментъ.

Такъ какъ головныя кривизны щипцовъ рассчитаны на нормальную и зрѣлую головку или, по крайней мѣрѣ, на головку жизнеспособнаго плода, то ясно также, что прочный захватъ слиш-

комъ малыхъ или мацерированныхъ головокъ не можетъ быть произведенъ. При первомъ же потягиваніи щипцы не замедлятъ соскользнуть.

Г. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНІЯ ЩИПЦОВЪ.

Въ простомъ руководствѣ очень трудно указать точно всѣ обстоятельства, которыя могутъ служить показаніемъ для наложенія щипцовъ. Вообще говоря, можно сказать, что всякое осложненіе, происходящее со стороны матери или со стороны ребенка, осложненіе, которому нельзя противопоставить никакого другого терапевтическаго вмѣшательства, кромѣ быстрого окончанія родовъ, позволяетъ наложеніе щипцовъ, если условія, необходимые для этого наложенія, налицо. Со стороны ребенка такими осложненіями являются, главнымъ образомъ, признаки начала асфиксіи, которые требуютъ быстрого его извлеченія, какова бы ни была причина этой асфиксіи.

Опасность, которой подвергается ребенокъ, распознается:

1°. По измѣненію сердцебіенія плода.

2°. По отхожденію меконія.

Какъ только ребенокъ начинаетъ страдать, частота его сердечныхъ ударовъ уменьшается. Однако, замедленіе сердцебіенія имѣетъ патологическое значеніе лишь въ томъ случаѣ, когда оно непрерывно и продолжается въ промежуткахъ между сокращеніями матки. Вліяніе сокращеній матки на кровеносную систему плода всегда выражается замедленіемъ сердечныхъ ударовъ; по-

слѣ кратковременнаго ускоренія въ самомъ началѣ сокращенія, удары сердца замедляются въ своемъ ритмѣ, въ то же время тоны сердца становятся болѣе глухими. По мѣрѣ того, какъ сокращеніе матки ослабѣваетъ, сердцебиеніе учащается и становится болѣе интенсивнымъ. На высшей точкѣ сокращенія, сердцебиеніе плода можетъ даже совершенно исчезнуть.

Такое нарушеніе кровообращенія тѣмъ болѣе выражено, чѣмъ сильнѣе сокращенія матки. Оно обязано началу асфиксии плода, вызваннаго, съ одной стороны, затрудненіемъ маточно-послѣдоваго кровообращенія вслѣдствіе суженія сосудовъ, а, съ другой, увеличившимся сдавленіемъ черепа и мозга ребенка въ моментъ сокращенія.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ физиологическимъ измѣненіемъ пульса плода. Такое измѣненіе временно и болѣе выражено въ періодѣ изгнанія, потому что послѣ разрыва оболочекъ, поверхность прикрѣпленія послѣда уменьшается вслѣдствіе съживанія матки и затѣмъ потому, что черепъ плода подвергается во время схватокъ болѣе сильному сдавливанію.

Замедленіе и слабость сердечныхъ ударовъ имѣютъ, такимъ образомъ, патологическое значеніе лишь въ томъ случаѣ, если, по прекращеніи схватокъ, сердечные тоны не принимаютъ вновь свою обычную частоту и тѣмбръ. Когда плодъ страдаетъ, сердцебиеніе бываетъ, кромѣ того, часто неправильнымъ и можетъ также учащаться, какъ мнѣ приходилось это наблюдать въ случаяхъ обвитія пуповины вокругъ шеи.

Полное исчезновеніе сердечныхъ ударовъ указываетъ на смерть ребенка; однако, эта смерть не

должна распознаваться только на основаніи того, что сердцебіеніе не прослушивалось во все время родовъ, такъ какъ при заднихъ видахъ затылочнаго иногда очень трудно ихъ прослушать. Можно, стало-быть, утверждать о смерти плода лишь тогда, когда сердцебіеніе было ясно опредѣлено во время родовъ и затѣмъ исчезло.

Если, съ самаго начала, нигдѣ не слышно сердцебіенія, необходимо объ этомъ предупредить семью, давъ, однако, понять возможность того, что ребенокъ можетъ быть живымъ. Въ такомъ случаѣ распознаваніе должно быть оставлено только послѣ прохожденія водъ. Отхожденіе мутной амніотической жидкости, меконія подтверждаютъ тогда распознаваніе смерти плода.

Иногда можно опредѣлить, послѣ періода замедленія, значительное учащеніе сердцебіенія, могущаго дойти до 160, 180 и болѣе ударовъ. Это явленіе обычно объясняютъ параличомъ блуждающаго нерва: его предсказаніе необычайно серьезно и жизнь ребенка находится въ непосредственной опасности. Нельзя терять времени: въ такомъ случаѣ необходимо торопиться, ибо дѣло идетъ о секундахъ и ребенокъ долженъ быть извлеченъ возможно быстрѣе.

Самая частая причина асфиксіи плода лежитъ въ слишкомъ большой продолжительности періода изгнанія, которая влечетъ за собой опасность для ребенка вслѣдствіе нарушеній маточно-плацентарнаго кровообращенія. Эти нарушенія происходятъ отъ сокращенія матки послѣ разрыва оболочекъ и суженія маточно-плацентарныхъ сосудовъ, которое дѣлаетъ недостаточнымъ газовый обмѣнъ крови. Преждевремен-

ный разрывъ плоднаго пузыря дѣлаетъ, такимъ образомъ, всегда предсказаніе очень серьезнымъ для ребенка, когда роды тянутся слишкомъ долго.

Нарушенія кровообращенія плода могутъ быть еще вслѣдствіе обвитія пуповины вокругъ шеи. Если имѣется одинъ или нѣсколько оборотовъ пуповины вокругъ шеи и если пуповина немного коротка, то очень легко можетъ произойти во время періода изгнанія, препятствіе въ кровообращеніи пупочнаго канатика. Это препятствіе, сперва проходящее, кончается тѣмъ, что становится постояннымъ и появляется начало асфиксіи. Точно то же происходитъ, когда обвившаяся пуповина придавливается къ лонному соединенію во время прорѣзыванія головки. Наконецъ, иногда, могутъ произойти истинные узлы пуповины, которые затягиваются въ опредѣленный моментъ, прерывая, такимъ образомъ, кровообращеніе въ сосудахъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ часто приходится слышать при прослушиваніи пуповинный шумъ, но не слѣдуетъ забывать, что этотъ шумъ можетъ произойти также безъ наличности обвитія.

Другой причиной измѣненія сердцебіенія плода является параличъ ядра блуждающаго нерва въ случаяхъ, когда головка подвергается слишкомъ сильному или слишкомъ продолжительному сдавливанію (узкій тазъ, слишкомъ большая продолжительность періода изгнанія). Въ то же время присходитъ гиперемія и венозный застой и образуется громадная серозно-кровянистая опухоль, покрывающая швы и роднички и маскирующая черепной сводъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, неопытные врачи принимали подобную

опухоль, заполняющую часть полости таза, за ягодичное предлежаніе.

Опасность, которой подвергается ребенокъ, выражается то непрерывнымъ замедленіемъ сердечныхъ тоновъ, то, какъ это было сказано выше, значительнымъ ихъ ускореніемъ, слѣдующимъ за періодомъ замедленія: но эти измѣненія иногда отсутствуютъ и сердцебиеніе сохраняетъ свой обычный ритмъ, только тоны становятся болѣе глухими.

Ребенокъ рождается, его сердце бьется правильно, но удары очень слабы и, несмотря на всѣ усилія, невозможно вызвать ни малѣйшаго дыхательнаго движенія. Можетъ произойти одинъ напряженный вздохъ и это все. Сердечные удары становятся все болѣе и болѣе слабыми и ребенка нельзя оживить.

Въ другихъ, менѣе тяжелыхъ случаяхъ, удается, въ концѣ концовъ, добиться результата. Ребенокъ открываетъ глаза, дѣлаетъ нѣсколько вздоховъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга длинными перерывами остановки дыханія; наконецъ, дыханіе правильно возстанавливается, но такой результатъ получается лишь цѣною приемовъ искусственнаго дыханія и продолжительныхъ кожныхъ раздраженій, длящихся часами.

Изъ этого слѣдуетъ, что присутствіе большой серозно-кровоянистой опухоли имѣетъ важное клиническое значеніе съ точки зрѣнія предсказанія и ея образованіе является показаніемъ къ наложенію шипцовъ каждый разъ, когда это возможно. Серозно-кровоянистая опухоль быстро увеличивающаяся въ размѣрахъ, должна всегда обратить на себя серьезное вниманіе. Она указываетъ на непосредственную опасность, которой подвергается ребенокъ.

Нарушенія кровообращенія плода, вызванныя большой продолжительностью родовъ и слишкомъ продолжительнымъ сдавливаніемъ черепа, являются двумя причинами асфиксіи, которыя могутъ дѣйствовать одновременно и присоединяться одна къ другой, ухудшивъ еще болѣе положеніе.

Отхожденіе меконія является вторымъ признакомъ асфиксіи. И только при ягодичныхъ предлежаніяхъ такое отхожденіе не имѣетъ подобнаго значенія, такъ какъ въ данномъ случаѣ оно происходитъ просто въ силу сдавливанія живота тазовыми стѣнками.

Отхожденіе меконія, при всѣхъ другихъ предлежаніяхъ, является абсолютнымъ показаніемъ къ немедленному окончанію родовъ всякій разъ, когда это возможно. Вызывается оно параличомъ мышцы, сжимающей задній проходъ и увеличеніемъ перистальтики, вызваннымъ присутствіемъ слишкомъ большого количества углекислоты въ крови. Она указываетъ всегда на дрящую уже давно и опасную асфиксію.

Такъ какъ ребенокъ подвергается опасности особенно въ періодъ изгнанія (періодъ, во время котораго происходятъ наиболѣе сильныя нарушенія маточно-плацентарнаго кровообращенія и во время котораго сдавливаніе мозга достигаетъ максимума), необходимо провѣрять часто сердцебиеніе плода въ теченіе всего этого періода. Необходимо умѣть вмѣшаться быстро въ случаѣ нужды, прежде чѣмъ асфиксія будетъ слишкомъ большой для того, чтобы можно было еще оживить ребенка.

Независимо отъ предыдущихъ признаковъ, обнаруживающихъ опасность, котсрой подвергается плодъ, другія обстоятельства могутъ еще вызвать

необходимость въ интересахъ плода быстрого окончанія родовъ. Таковыми являются выпаденіе пуповины или мелкихъ частей, кровотеченіе, вызванное преждевременнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста, разрывъ расширенныхъ венъ влагалища. Выпаденіе пуповины является однимъ изъ самыхъ опасныхъ осложненій, которыя могутъ угрожать жизни плода.

Происходитъ оно, въ особенности, при узкихъ тазахъ, которые, удерживая головку надъ входомъ таза, оставляютъ по сторонамъ мыса свободное пространство, куда можетъ проскользнуть пуповина. Такой случай не долженъ задерживать насъ въ этой главѣ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ ребенокъ перестаетъ жить въ тотъ моментъ, когда появляются условія, необходимыя для наложенія щипцовъ, развѣ за исключеніемъ случаевъ, когда во время прибѣгали къ другому леченію (поворотъ или низведеніе).

Оно также встрѣчается у нѣкоторыхъ многорожавшихъ, съ обширнымъ тазомъ, когда головка остается подвижной и очень высоко стоящей вплоть до полнаго раскрытія. Если боли особенно сильны и возобновляются безостановочно, одна изъ такихъ схватокъ можетъ одновременно вызвать разрывъ оболочекъ и быстрое опусканіе головки въ полость. Воды, вытекающія ручьемъ, увлекаютъ за собой пуповину.

Если врачъ присутствуетъ при этомъ осложненіи, или, если въ моментъ прибытія, замѣчаютъ въ пуповинѣ еще слабую пульсацію и если головка настолько прочно вошла въ тазъ, что нѣтъ возмож-

ности протолкнуть ее обратно, чтобы произвести затѣмъ поворотъ, то единственнымъ средствомъ спасти ребенка является немедленное наложеніе щипцовъ. Не слѣдуетъ терять ни минуты, такъ какъ шансы на успѣхъ очень малы. Предсказаніе для ребенка зависитъ единственно отъ продолжительности сдавливанія. Накладывая спѣшно щипцы, слѣдуетъ только быть внимательнымъ, чтобы не придавить пуповины между ложками инструмента и головкой, что неизбѣжно повлечетъ за собой смерть ребенка и можетъ, сверхъ того, вызвать кровотеченіе вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Если ребенокъ уже мертвъ, необходимо воздержаться отъ бесполезнаго вмѣшательства и предоставить родамъ произойти самостоятельно за исключеніемъ случая, если роды продолжаются слишкомъ долго или появляются признаки инфекции, выражающіеся зловоннымъ запахомъ, грязнымъ видомъ амніотической жидкости, и лихорадкой.

В ы п а д е н і е м е л к о й ч а с т и с а м о п о себѣ не служитъ показаніемъ къ наложенію щипцовъ. Послѣдніе показуются лишь въ томъ случаѣ, если при вѣдрившейся головкѣ, выпавшая мягкая часть начинаетъ отекать. Понятно, что слѣдуетъ обратить вниманіе, чтобы не захватить ручки между ложками и головкой.

В с я к о е к р о в о т е ч е н і е в о в р е м я р о д о в ъ, какова бы ни была его причина, является опаснымъ, или для ребенка, или же для матери. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, можетъ итти дѣло о плѣвистомъ прикрѣпленіи пуповины и кровотеченіе происходитъ, въ такомъ случаѣ, отъ разрыва одного изъ пуповинныхъ сосудовъ, угрожающее жизни только ребенка. Чаще всего, оно происходитъ

вслѣдствіе отдѣленія нормально прикрѣпленнаго или прикрѣпленнаго къ нижнему сегменту матки дѣтскаго мѣста. Жизнь ребенка подвергается тѣмъ болѣе серьезному риску, чѣмъ большая часть дѣтскаго мѣста отдѣлилась. Если кровотеченіе обильно, то оно можетъ въ равной мѣрѣ подвергнуть опасности жизнь матери. Такимъ образомъ, само собой понятно, что отдѣленіе дѣтскаго мѣста требуетъ немедленно же быстрого вмѣшательства во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда условія родовъ это позволяютъ. Точно также поступаютъ и въ случаѣ разрыва расширенныхъ венъ влагалища.

Со стороны матери, показанія къ наложенію щипцовъ болѣе разнообразны, но въ общемъ требуютъ менѣе быстрого вмѣшательства, такъ что почти всегда врачъ располагаетъ извѣстнымъ временемъ.

Среди этихъ показаній, необходимо сослаться на сдавливаніе мягкихъ частей матери головкой плода, сдавливаніе, вызывающее остановку кровообращенія въ тканяхъ. Когда продолжительность родовъ слишкомъ велика, кровообращеніе въ материнскихъ тканяхъ не происходитъ болѣе нормально. Ткани сдавлены между головкой и стѣнками таза. Токъ крови можетъ даже быть совершенно пріостановленъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и такое состояніе выражается ускореніемъ пульса и поднятіемъ температуры, несмотря на отсутствіе какой-либо инфекции. Такое осложненіе родовъ наблюдается при узкихъ тазахъ.

Въ частности, при общесъуженныхъ тазахъ, сдавливаніе мягкихъ частей можетъ быть настолько сильнымъ, что вызываетъ большія боли во время періода изгнанія и бываетъ частой причиной па-

ралича или неврита нѣкоторыхъ нервныхъ вѣтвей (напр., малоберцового). Венозный застой влагалищнаго сплетенія можетъ вызвать также отекъ наружныхъ половыхъ частей. Одновременно наблюдаются часто признаки растяженія нижняго сегмента матки. Въ прежнія времена часто случалось наблюдать пузырновлагалищные свищи вслѣдствіе отпаденія омертвѣвшихъ участковъ сдавленныхъ тканей. Къ счастью, ихъ болѣе уже не наблюдаютъ въ настоящее время съ тѣхъ поръ, какъ мы имѣемъ въ щипцахъ средство ограничить продолжительность родовъ и съ тѣхъ поръ, какъ большой прогрессъ, происшедшій въ акушерской хирургіи, позволяетъ правильно лечить осложненіе родовъ, вызванное неправильностью таза.

Если необходимыя условія для наложенія щипцовъ существуютъ, то нужно, стало быть, всегда закончить роды, когда температура непрерывно поднимается выше 38° , при пульсѣ около 100 и болѣе, когда наблюдается отекъ половой расщелины или признаки растяженія нижняго сегмента матки.

Н е с о к р а щ а е м о с т ь матки является несомнѣнно наиболѣе частымъ показаніемъ къ щипцамъ.

Не представляя большого неудобства до прохожденія водъ, когда можно попытаться вызвать дѣятельность матки съ помощью продолжительныхъ горячихъ ваннъ, горячихъ спринцеваній и введенія баллона во влагалище, несокращаемость послѣ разрыва оболочекъ представляетъ опасность какъ для матери, такъ и для ребенка.

Когда роды длятся слишкомъ долго послѣ прохожденія водъ, плацентарное кровообращеніе становится все болѣе и болѣе несовершеннымъ, га-

зовый обмѣнъ недостаточнымъ и жизнь ребенка мало-по-малу подвергается риску.

Но это не единственные послѣдствія несокращаемости матки. При всякихъ слишкомъ продолжительныхъ родахъ рискъ инфекции увеличивается, какъ въ силу истощенія женщины, такъ и вслѣдствіе неизбѣжной частоты внутреннихъ изслѣдованій и этотъ рискъ тѣмъ болѣе великъ, что изгнаніе плода заставляетъ себя ждать значительно дольше послѣ разрыва оболочекъ и прохожденія водъ.

Несокращаемость матки можетъ быть первичной и вторичной.

Первичная несокращаемость матки наблюдается рѣдко и происходитъ по различнымъ причинамъ: слабо развитыя мышцы матки, общая конституціональная слабость, чрезмѣрное растяженіе стѣнокъ матки (многоводіе, многоплодіе, многоорожаемость, въ особенности, когда многочисленные роды происходятъ въ близкіе другъ отъ друга промежутки).

Такая несокращаемость скорѣе является противопоказаніемъ къ примѣненію щипцовъ.

Съ одной стороны наркозъ, съ другой быстрое опорожненіе матки являются двумя факторами, значительно ослабляющими способность матки сокращаться послѣ родовъ. Наложеніе щипцовъ при такихъ условіяхъ подвергаетъ, стало быть, опасности вызвать очень обильныя кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ. Врачъ, слѣдовательно, долженъ, въ случаѣ остановки родовъ вслѣдствіе первичной несокращаемости матки, поставить себя долгомъ сопротивляться всякимъ просьбамъ со стороны роженицы и ея семьи, за исключеніемъ

случаевъ, когда только дѣйствительное показаніе принуждаетъ его прибѣгнуть къ вмѣшательству.

Вторичная несокращаемость является всегда послѣдствіемъ утомленія и истощенія мышцъ матки. Матка всегда реагируетъ болѣе сильными, болѣе интенсивными сокращеніями на малѣйшее затрудненіе, встрѣчаемое ею при изгнаніи плода, но она кончаетъ тѣмъ, что утомляется, если ей не удастся преодолѣть его.

Вторичная несокращаемость матки часто комбинируется съ сдавливаніемъ мягкихъ частей, и, такимъ образомъ, можетъ стать опаснымъ осложненіемъ родовъ.

Препятствіе можетъ находиться на всемъ протяженіи родового канала: при входѣ въ тазъ, въ полости, при выходѣ или въ промежности.

У пожилыхъ первородящихъ самой частой причиной вторичной несокращаемости матки является сопротивленіе мало растяжимой промежности. Несокращаемость выражается остановкой родовъ въ то время, какъ головка закончила свое прохожденіе и достигла промежности. Схватки совершенно прекращаются или же появляются рѣдко, черезъ длинные промежутки; кромѣ того, онѣ характеризуются своей слабой силой и короткой продолжительностью. Роженица напрягается изо всѣхъ силъ, но головка не продвигается дальше или, по крайней мѣрѣ, только появляется слегка въ половой расщелинѣ во время потуги. Распознаваніе вторичной несокращаемости матки съ одной стороны чрезвычайно легко, но, съ другой, часто болѣе или менѣе субъективно. Слишкомъ нервный акушеръ, легко поддающійся жалобамъ роженицы, скажетъ, что существуетъ несокращаемость ско-

рѣе, чѣмъ спеціалистъ, умѣющій ждать. Онъ легче позволить увлечь себя и произвести вмѣшательство раньше, чѣмъ будутъ существовать условія, позволяющія произвести его безопасно.

Если головка находится въ выходѣ таза или въ половой расщелинѣ, наложеніе щипцовъ легко; но чѣмъ выше стоитъ головка въ полости, тѣмъ труднѣе ихъ наложеніе, какъ мы это уже указывали выше.

Врачъ долженъ, стало быть, въ каждомъ случаѣ звѣснить обстоятельства и сообразить, являются ли опасности меньшими отъ наложенія щипцовъ, чѣмъ отъ нѣкотораго еще выжиданія времени, когда дѣятельность матки снова появится и вмѣшательство будетъ произведено при лучшихъ условіяхъ.

То или другое рѣшеніе зависитъ единственно отъ спокойствія, разсужденія и отъ клиническаго опыта врача.

Часто смѣшиваютъ остановку родовъ, вызванную недостаточнымъ сокращеніемъ брюшныхъ мышцъ во время періода изгнанія, съ истинной несокращаемостью матки.

Изгнаніе ребенка часто замедляется потому, что женщина недостаточно или вовсе не тужится. Многія женщины не умѣютъ тужиться. Онѣ истощаютъ свои силы съ самаго начала родовыхъ болей въ то еще время, когда матка только начинаетъ сокращаться; затѣмъ онѣ удерживаются, чтобы снова тужиться послѣ схватки. Однѣ, быстро утомившись, даютъ проходить схваткамъ, безъ потугъ; другія, наконецъ, истощаются въ потугахъ, бесполезныхъ между схватками.

Необходимо учить женщинъ тужиться только въ то время, когда схватки достигаютъ своего

максимума для того, чтобы сокращеніе брюшныхъ мышць имѣло наибольшее дѣйствіе, затѣмъ совершенно отдыхать между схватками, когда онѣ не вызываютъ страданій. Не слѣдуетъ, чтобы онѣ кричали во время родовыхъ болей, но чтобы закрывали ротъ, позволяя, такимъ образомъ, собрать всю свою силу для выработыванія потугъ.

Спокойствіе, терпѣніе и благорасположеніе со стороны врача способствуютъ сильно урегулированію періода изгнанія и содѣйствуютъ тому, что хорошія сокращенія брюшныхъ стѣнокъ съ пользой помогаютъ схваткамъ даже если онѣ слабы.

Часто также нѣсколько капель хлороформа являются достаточными для успокоенія разнервничавшейся роженицы, которая напрасно тужится и бесполезно утомляется.

Это приводитъ насъ къ необходимости говорить о наложеніи щипцовъ по чисто гуманитарнымъ соображеніямъ.

Было время, когда опасность инфекціи не позволяла вмѣшиваться, какъ это дѣлается въ настоящее время. Приходилось, стало быть, учить врачей обязательству сводить къ необходимому минимуму число акушерскихъ вмѣшательствъ и никогда не пытаться сокращать періода изгнанія, за исключеніемъ случая угрожающей опасности для матери или для ребенка.

Такъ ли обстоитъ дѣло въ настоящее время? Конечно, нѣтъ, и оперативное акушерство широко воспользовалось завоеваніями хирургіи.

Въ самомъ дѣлѣ безчеловѣчно позволять тянуться періоду изгнанія болѣе $1\frac{1}{2}$ —2 часовъ, въ то время, какъ головка находится въ выходѣ

таза, когда она легко можетъ быть захвачена щипцами и нѣтъ никакой опасности ни для матери, ни для ребенка, въ быстромъ окончаніи родовъ подъ наркозомъ. При такихъ условіяхъ вмѣшательство можетъ быть рассматриваемо, какъ настоящее благодѣяніе, въ которомъ было бы жестоко отказать роженицѣ.

Успѣхъ асептики, совершенная техника, отсутствіе риска для матери и для ребенка, оправдываютъ такую точку зрѣнія, но необходимо формулировать условія, позволяющія наложеніе щипцовъ по гуманитарнымъ соображеніямъ. Эти условія таковы:

1° Полное открытіе при разорванныхъ оболочкахъ; круговой валикъ маточнаго зѣва долженъ зайти за головку, которая, слѣдовательно, должна совершенно выйти изъ матки и быть заключенной лишь въ растянутой полости влагалища.

2° Головка въ выходѣ таза, стрѣловидный шовъ точно совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ.

3° Періодъ изгнанія продолжается отъ $1\frac{1}{2}$ до 2 часовъ. Сверхъ только что изложенныхъ показаній, необходимо напомнить еще о всѣхъ заболѣваніяхъ матери, которыя дѣлаютъ желательнымъ быстрое окончаніе родовъ въ то время, когда наличныя условія позволяютъ наложеніе щипцовъ (эклампсія, сердечныя болѣзни и болѣзни легкихъ, производящія синюху и одышку, параличъ нижней части тѣла, влекущій за собой невозможность сокращенія брюшныхъ мышцъ и т. д.) Скоропостижная смерть

матери въ періодѣ изгнанія само собою показываетъ наложеніе щипцовъ въ надеждѣ спасти еще ребенка.

С. ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА.

Необходимо всегда помнить, что наложеніе щипцовъ является операціей, не допускающей ни малѣйшей грубости и насилія.

Всякій насильственный приѣмъ тяжело отражается или на головкѣ ребенка, или на мягкихъ частяхъ матери, и является оперативной ошибкой.

Съ помощью послѣдняго внутренняго изслѣдованія убѣждаются, что стояніе головки не измѣнилось; замыкаютъ щипцы, затѣмъ приставляютъ ихъ къ половой расщелинѣ въ томъ положеніи, которое они будутъ занимать, когда головка будетъ хорошо захвачена, — предосторожность, весьма необходимая для того, чтобы постоянно представлять себѣ ясно точное положеніе каждой ложки по отношенію къ тазу матери.

Такъ какъ тазовая кривизна щипцовъ позволяетъ извлеченіе ребенка только въ случаѣ, если вогнутость инструмента направлена впередъ, то послѣдніе могутъ занимать только три положенія, соотвѣтствующія стоянію головки въ прямомъ и въ косыхъ размѣрахъ (рис. 148, 149 и 150).

Въ выходѣ таза и въ половой расщелинѣ головка стоитъ въ прямомъ размѣрѣ, и, слѣдовательно, наложеніе будетъ, какъ выражаются, прямое; въ полости наложеніе будетъ ко-

сымъ лѣвымъ, если головка стоитъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, и косымъ правымъ, если головка стоитъ въ косомъ правомъ размѣрѣ.

Каждая ложка вводится отдѣльно. Лѣвая бранша (та, которая имѣетъ стержень) держится и вводится лѣвой рукой, чтобы быть помѣщенной съ лѣвой стороны женщины; правая бранша (та, которая имѣетъ выемку), которую надо продвинуть и поставить съ правой стороны женщины, держится и вводится правой рукой.

Свободная, не держащая браншу, рука проводится первой и прикладывается къ головкѣ совершенно на томъ мѣстѣ и такимъ же образомъ, какъ будетъ это сдѣлано съ ложкой, которую держать въ другой рукѣ и для которой она будетъ служить проводникомъ.

Но для руки-проводника имѣется свободное мѣсто только сзади, между межъсѣдалищной дугой и головкой.

Спереди этой дуги, рука легко можетъ пройти насквозь влѣво, между копчикомъ и лѣвымъ сѣдалищнымъ бугромъ (при лѣвой задней позиціи) или наискось вправо, между копчикомъ и правымъ сѣдалищнымъ бугромъ (при правой задней позиціи). Вдоль этой-то руки-проводника и по ея ладони должна скользить и проникать ложка, которую держать другая рука.

Такимъ образомъ, лѣвая ложка (которую держать лѣвая рука) имѣетъ своимъ проводникомъ правую руку, а

правая ложка (которую держит правая рука) имѣетъ проводникомъ лѣвую руку.

Успѣхъ и безопасность операціи зависитъ главнымъ образомъ отъ введенія и помѣщенія руки проводника. Рука эта пролагаетъ путь нѣжно. Какъ только возможно, она прикладывается мякотью своихъ пальцевъ къ головкѣ плода, чтобы быть увѣреннымъ, что рука проникла въ маточную шейку, которая иногда еще прощупывается въ видѣ тонкаго валика, очень близко отстоящаго отъ передней спайки половой расщелины, но все болѣе и болѣе удаляющагося въ стороны. Внѣ этого валика, который прощупывается особенно хорошо, когда шейка, хотя и легко растяжимая, не открылась еще до максимума, влагалищный сводъ вдавливается; пальцы могутъ здѣсь заблудиться. Если, къ несчастію, конецъ (клювъ) ложки послѣдуетъ вслѣдъ за пальцами, она можетъ прищемить шейку къ головкѣ; или еще хуже, она можетъ прорвать сводъ и прищемить вмѣстѣ съ головкой болѣе или менѣе обширную часть нижняго сегмента матки.

Рука-проводникъ, несмотря на самое тщательное вниманіе, не всегда можетъ претендовать на то, что она всегда легко распознаетъ могущій оставаться валикъ (иногда очень тонкій) маточной шейки.

Поэтому она должна стараться попасть на обнаженную поверхность части плода. Она проводится очень глубоко, ибо необходимо, чтобы рука находилась въ маткѣ, если головка не вышла еще изъ нея цѣликомъ, и находится на достаточной высотѣ, чтобы предохранить материнскія

части отъ возможныхъ поврежденій концомъ и краями ложки. Если рука ощупываетъ край маточнаго зѣва, то она проводится между нимъ и головкой и, благодаря этому шейка не рискуеть быть захваченной ложкой. У первородящихъ, рука испытываетъ со стороны половой расщелины нѣкоторое сопротивленіе, быстро преодолюваемое послѣ нѣжнаго, но непрерывнаго усилія.

Операція слагается изъ восьми приемовъ:

1° Приставленія инструмента къ половой расщелинѣ.

2° Введенія первой руки-проводника.

3° Введенія и помѣщенія первой ложки.

4° Введенія второй руки-проводника.

5° Введенія и помѣщенія второй ложки.

6° Замыканія.

7° Проверки.

8° Извлеченія.

Но если ложки можно вводить только назадъ, какимъ образомъ привести ихъ на бокъ для прямого наложенія, или впередъ для косыхъ наложеній? Посредствомъ вращательнаго движенія, болѣе или менѣе пространнаго въ зависимости отъ надобности и носящаго названіе спиральнаго движенія М-те Лашанелль.

Къ этому вопросу мы вернемся позже.

Въ дѣйствительности, это движеніе не просто круговое, потому что оперирующей одновременно съ тѣмъ, какъ онъ поворачиваетъ ложку, слѣдитъ, чтобы послѣдняя проникала глубже и по-

стоянно повертываетъ ее слегка по оси, чтобы она оставалась все время приложенной къ головкѣ. Такимъ образомъ ложка описываетъ спиральное движеніе, которое, будучи очень небольшимъ, когда головка находится въ прямомъ размѣрѣ, останавливается на концахъ поперечнаго размѣра, но которое охватываетъ все болѣе и болѣе верхнее полушаріе головки, когда, при косяхъ наложеніяхъ, приходится переводить ложку изъ лѣвой или правой задней позиціи проникновенія въ лѣвую или правую переднюю позицію наложенія.

Въ послѣдующемъ описаніи оперативной техники, въ которой мы будемъ придерживаться Фарабефа и Варнье¹⁾, мы будемъ говорить только о наложеніи щипцовъ при предлежаніи затылкомъ, такъ какъ наложеніе ихъ на лицо является исключительнымъ благодаря рѣдкости этого предлежанія и потому еще, что способъ наложенія одинаковъ съ таковымъ при соотвѣтствующей позиціи затылка.

Напомнимъ только, что когда головка вполне разогнута, то изъ-подъ лонной дуги появляется подбородокъ и прорѣзываніе головки происходитъ такъ, что нижній край подбородка является точкой опоры совершенно такъ же, какъ это бываетъ при переднемъ видѣ затылочнаго предлежанія, гдѣ точкой опоры служитъ подзатылочная ямка. Съ этимъ моментомъ приходится считаться во время прорѣзыванія лица.

Такъ какъ захватъ лица никогда не можетъ, по вышеуказаннымъ соображеніямъ, соотвѣтство-

¹⁾ Farabeuf et Varnier. Introduction a l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Paris G. Steinheil, 1891.

вать идеальному захвату Фарабефа и Варнье, то, слѣдовательно, извлечение (въ особенности когда лицо находится еще въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ полости) представляетъ серьезныя трудности и вмѣшательство въ такомъ случаѣ всегда тягостно.

Если оперативныя показанія таковы же, какъ и для затылка, необходимо однако умѣть выжидать дальше, чѣмъ въ послѣднемъ случаѣ и даже совершенно воздерживаться отъ такого вмѣшательства (какъ мы уже указывали на это) въ тѣхъ наиболѣе часто встрѣчающихся случаяхъ, когда замедленіе періода изгнанія является единственнымъ мотивомъ къ вмѣшательству, безъ наличности какой-либо опасности для матери или ребенка.

При лицевыхъ предлежаніяхъ, слѣдовательно, вмѣшательство должно имѣть мѣсто только въ случаѣ абсолютной необходимости. Тѣ несчастія, которыя вызывались такъ часто вмѣшательствомъ вслѣдствіе непризнанія этого правила, могли бы, въ большинствѣ случаевъ, не имѣть мѣста при благоразумномъ выжиданіи.

1. ПРЯМОЕ ПОЛОЖЕНІЕ.

Поворотъ закончился. Головка въ выходѣ таза въ переднемъ или заднемъ видѣ.

(Смотри рис. 85 и 86).

Согнутая головка опустилась въ полость и опирается въ выходѣ таза, такъ какъ поворотъ уже свершился.

При переднемъ видѣ, затылокъ находится позади лоннаго соединенія, большою родничекъ по сосѣдству съ копчикомъ; направляя изслѣдующій палецъ по прямому раз-

мѣру выхода таза (или по подлонно-копчиковому), совершенно заполненному головкой, послѣдній (палецъ) прощупываетъ непосредственно за лономъ малый родничекъ и слѣдуетъ по стрѣловидному шву, идущему спереди назадъ и приводящему къ большому родничку. Позиція и сгибаніе головки таковы, что можно и должно сдѣлать идеальное положеніе, описанное Фарабефомъ и Варнье.

При заднемъ видѣ крупныя задніе лучки мышцы, поднимающей задній проходъ, удерживаютъ затылокъ и головка въ выходѣ таза значительно менѣе согнута, когда затылокъ находится впереди.

Большой родничекъ находится впереди, за лономъ, малый родничекъ на верхушкѣ копчика до его отхожденія назадъ, стрѣловидный шовъ соответствуетъ (какъ и при переднемъ видѣ) прямому размѣру; но по вышеуказаннымъ соображеніямъ, идеальный захватъ Фарабефа и Варнье въ данномъ случаѣ невозможенъ. Нельзя захватить головки иначе, какъ отъ одного уха къ другому. Головной размѣръ, совпадающій съ тазовой осью, будетъ вертикальнымъ размѣромъ (отвѣснымъ) и захватъ будетъ тогда хорошимъ, когда ось ложекъ будетъ параллельна этому размѣру.

Большая ось головного овоида находится въ средней плоскости таза и, слѣдовательно, необходимо для того, чтобы ложки были наложены на боковыя поверхности головки, помѣстить инструментъ такимъ образомъ, чтобы одна изъ ложекъ (лѣвая) находилась прямо слѣва, а другая (правая) непосредственно справа.

1°—Приставленіе инструмента къ половой расщелинѣ,

Инструментъ приставляется къ половой расщелинѣ замкнутымъ, направленнымъ своей тазовой кривизной впередъ, причемъ одна изъ ложекъ направлена прямо вправо, а другая—влѣво (рис. 154).

Какую браншу слѣдуетъ ввести первой?

Мы знаемъ, что для замыканія инструмента, послѣ помѣщенія введенныхъ ложекъ, правая бранша (съ выемкой) должна по необходимости скреститься на лѣвой браншѣ (со стержнемъ).

Слѣдовательно, такъ какъ правая бранша можетъ замыкаться лишь будучи наложенной на лѣвую, то она должна быть введенной послѣ лѣвой бранши.

Лѣвая бранша (которую держать лѣвая рука) введетъ первой свою ложку и помѣститъ ее слѣва;



Рис. 154. Приставленіе щипцовъ къ половой расщелинѣ.

затѣмъ ручка будетъ держаться немного опущенной книзу. Правая бранша (которую держать правая рука) помѣститъ послѣ этого свою ложку справа, и ея ручка, перекрещиваясь на первой, сама собой замкнется съ лѣвой.

Обѣ бранши помѣщаются одна рядомъ съ другой сбоку оперирующаго.

2° Введеніе первой руки - проводника (правой).

Эта рука должна предшествовать ложкѣ и вести ее въ материнскихъ частяхъ. Отъ введенія и помѣщенія первой руки-проводника зависитъ въ значительной мѣрѣ успѣхъ и безопасность операціи.

Раздвинувъ малыя губы двумя пальцами лѣвой руки (рис. 155), вводятъ четыре пальца правой руки и ладонь, насколько возможно. Немного спустя послѣ введенія, пальцы чувствуютъ во-

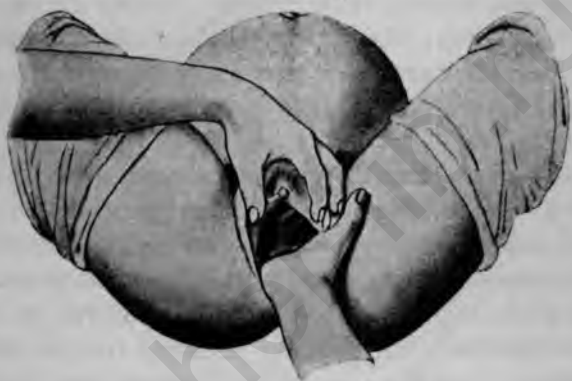


Рис. 155. Введеніе первой руки-проводника (правой.)

лосатую часть головки плода, каковую они не должны покидать. Большой палецъ остается снаружи, но четыре другихъ и ладонь руки проникаютъ насколько возможно глубже и направляются кзади и сбоку (между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ) въ область крестцово-сѣдалищной связки. Половая расщелина растягивается медленно введеніемъ пальцевъ, но оказываетъ еще сопротивленіе, когда проводятся пястно-фаланговые сочлененія.

По проходѣ послѣднихъ, ладонь уже скользитъ легко вплоть до уровня отогнутого боль-

шого пальца. Хорошо введенная, рука занимает соотвѣтственную половину крестцово-сѣдалищной вогнутости, къ которой она обращена своей тыльной поверхностью, будучи расположенной наискось, одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность охватываетъ лѣвую лобно-теменную область, приче́мъ мизинецъ лежитъ на стрѣловидномъ швѣ и на большой оси большого родничка, конецъ указательнаго пальца на вискѣ. Этотъ палецъ, благодаря отодвиганію головки, которая уступаетъ ему свое мѣсто, можетъ иногда продвинуться достаточно впередъ, чтобы прощупать ухо.

Но когда головка упирается уже въ промежность, когда, какъ выражаются, она—въ половой расщелинѣ, то между теменнымъ бугромъ и основаніемъ сѣдалищныхъ остей такъ мало мѣста, что рука съ трудомъ можетъ проникнуть въ это пространство. Мы знаемъ, однако, что въ этотъ моментъ головка цѣликомъ вышла изъ матки и что нѣтъ больше опасности защемить край зѣва между ложкой и головкой. Въ данномъ случаѣ достаточно, стало быть, ввести два пальца, чтобы по нимъ провести ложку.

Какъ видно, ось руки-проводника, или другими словами ось, по которой будетъ введена лѣвая ложка, не соотвѣтствуетъ линіи хорошаго захвата (теменно-скуловой линіи), потому что рука не можетъ проникнуть прямо сбоку. Но это не важно, ибо ложка, введенная въ полной безопасности по оси руки (т.-е. слишкомъ на лобъ) сможетъ, вслѣдствіе того, что она тонка, быть переведенной прямо въ сторону, на темянной бугоръ и на щеку.

3°.—Введеніе и помѣщеніе первой ложки (лѣвой бранши со стержнемъ, которую держитъ лѣвая рука—проводимой по правой рукѣ).



Рис. 156. Приставленіе первой ложки къ ладони руки-проводника.

Помѣстивъ на мѣсто руку-проводникъ, лѣвой рукой берутъ, какъ писчее перо, рукоятку лѣвой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи къ ладони руки-проводника такъ, чтобы ось первой соотвѣтствовала насколько возможно оси второй (рис. 156). При второмъ приѣмѣ плотно прикладываютъ спинку конца ложки (клюва) уплощенной частью къ ладони руки-проводника.

Ложка, воспроизведеніе руки, должна скользить въ соприкосновеніи и по оси этой руки.

Для этого, лѣвая рука, держащая кверху рукоятку ложки (немного вправо отъ срединной плоскости матери), осторожно продвигаетъ ложку, опуская понемного ея рукоятку на предплечье руки-проводника (рис. 157 и 158).

Опускание и наклоненіе, каковыя слѣдуетъ придавать рукояткѣ, регулируются проникающей ложкой, которую ощущаетъ и постоянно провѣряетъ рука-проводникъ. Въ самомъ дѣлѣ, рука-проводникъ указываетъ другой рукѣ всѣ необходимыя измѣненія движеній, если ложка перестаетъ хорошо направляться. Послѣдняя должна продвигаться легко. Необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы она скользила постоянно по оси руки-проводника, которая должна все время выходить за край ложки, затѣмъ, чтобы послѣдняя оставалась плотно приложенной къ рукѣ по всей своей ширинѣ и длинѣ, особенно уплощенной частью спинки конца (клюва). Если замѣчаютъ, что послѣдній сильно напираетъ на руку, необходимо опустить немного быстрѣе рукоятку къ лѣвой сторонѣ матери. Напротивъ, если этотъ конецъ (клювъ), отдѣляясь отъ руки, угрожаетъ кожѣ головки, образуетъ складку, по которой онъ скользитъ, и упирается въ нее, необходимо слегка приподнять рукоятку и направить ее къ правой сторонѣ матери. Рука-проводникъ слѣдить и указываетъ; рука, держащая инструментъ, повируется, она должна знать направленіе и распространенность движенія, но она должна продѣлывать это движеніе только подъ постояннымъ контролемъ руки-проводника. •

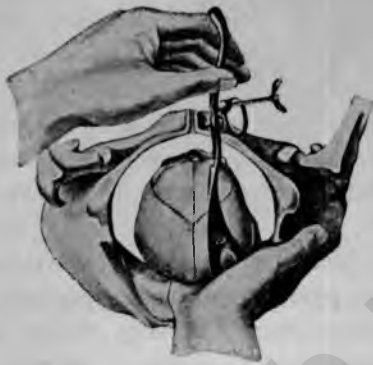


Рис. 157. Опусканіе рукоятки первой ложки.



Рис. 158. Опусканіе рукоятки первой ложки.

Проникновение пока достаточно, какъ только конецъ ложки (клювь) зашелъ за концы пальцевъ и, слѣдовательно, покрылъ лобный бугоръ. Тогда просвѣтъ ложки дѣлается цѣликомъ невидимый, а рукоятка почти горизонтальной (рис. 158). Окончатая часть хорошо наложена по длинѣ головного овоида; но, какъ и рука-проводникъ, она находится слишкомъ кзади, и не достаточно сбоку.

Для того, чтобы перевести ее на теменной бугоръ и на щеку, слѣдуетъ разсчитывать только на дѣйствіе руки, держащей рукоятку, крючокъ которой направленъ наискось (какъ и захватывающая поверхность ложки), кверху и вправо матери.

Въ этотъ-то моментъ и исполняютъ спиральное движеніе М-те Лашанелль. Рукоятку захватываютъ всей рукой (рис. 159) и, одновременно, ее опускаютъ еще (такъ какъ конецъ ложки долженъ проникнуть глубже) и передвигаютъ ее къ правому бедру женщины (для того, чтобы ложка могла проскользнуть въ лѣвую сторону полости таза), въ то же время ее слегка повертываютъ по ея оси и приводятъ крючѣкъ, который имѣетъ косое направленіе, въ положеніе, въ которомъ онъ направленъ прямо въ правую сторону матери (рис. 160).

Это тройное дѣйствіе принуждаетъ ложку выйти за край руки-проводника и направиться одной, кпереди отъ указательнаго пальца, на линію хорошаго захвата, т.-е. прямо на бокъ. Такое движеніе является одновременно передвиженіемъ ложки впередъ и добавочнымъ движеніемъ проникновения; слѣдуетъ замѣтить, что конецъ ложки продѣлываетъ большій путь, чѣмъ ножка ея



Рис. 159. Спиральное движение М-те Лашанелль (1-ый моментъ).

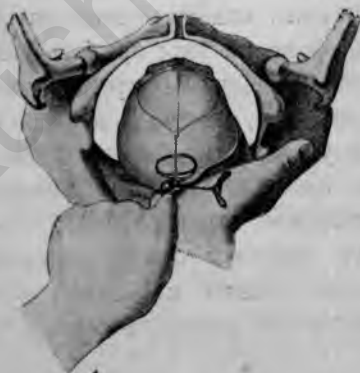


Рис. 160. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-ой моментъ).

такъ что окончательное помѣщеніе, такимъ образомъ, производится при помощи легкаго спиральнаго движенія, за которымъ слѣдить, которое направляетъ и которому способствуетъ рука-проводникъ, постепенно выдвигаемая по мѣрѣ того, какъ производится движеніе.

По окончаніи его, лѣвую браншу, опирающуюся на заднюю спайку половой расщелины поручаютъ помощнику, который осторожно держитъ ее у лѣваго бедра женщины, неподвижной, около срединной линіи матери (рис. 161 и слѣдующіе), не придавая ей ни въ коемъ случаѣ и не позволяя ей никакого движенія. Это—одно изъ самыхъ важныхъ условій. Приподнять рукоятку значило бы опустить конецъ ложки ко лбу; опустить рукоятку, опирая ее на спайку, значило бы перевести конецъ ложки на шею, а просвѣтъ ея цѣликомъ на ухо; приближеніе рукоятки къ лѣвому бедру женщины передвинуло бы ложку и головку направо, противъ правой стѣнки полости таза, и уничтожило бы или болѣе или менѣе сѣзило бы необходимое для введенія второй ложки свободное пространство; приближеніе рукоятки къ правому бедру означало бы приподнятіе конца ложки къ лѣвой сторонѣ матери, что могло бы поранить мягкія части этой стороны.

Помощникъ не долженъ забывать слѣдить за правильнымъ поперечнымъ направленіемъ крючка, вѣрнымъ указателемъ того, что ложка помѣщена правильно въ сторонѣ таза.

4° Введение второй руки-проводника (лѣвой)

Вторая рука-проводникъ оперируетъ сверху уже помѣщенной бранши, которая лежитъ на спайкѣ половой расщелины и которая внимательно держится помощникомъ. Рука-проводникъ должна пройти раньше ложки и руководить послѣдней въ материнскихъ частяхъ.

Раздвинувъ малыя губы двумя пальцами правой руки, вводятъ четыре пальца лѣвой и ладонь, насколько возможно (рис. 161). Большой палецъ



Рис. 161. Введение второй руки-проводника (лѣвой).

остаётся снаружи, но пальцы вводятся насколько возможно глубже, кзади и сбоку (между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ) въ область крестцово-сѣдалищной связки до тѣхъ поръ, пока это проникновеніе не будетъ остановлено отогнутымъ большимъ пальцемъ.

Немного спустя по введеніи руки, пальцы прощупываютъ покрытую волосами головку плода;

они прикладываются къ головкѣ и больше ея уже не покидаютъ.

Половая расщелина, уже разъ растянутая первой рукой, слабо сопротивляется пястно-фаланговымъ сочлененіемъ. Здѣсь также необходимо провести въ полость таза всю длину пальцевъ вплоть до головокъ пястныхъ костей. На этой глубинѣ и при условіи, что достигшіе головки пальцы не теряютъ съ ней соприкосновенія, можно быть увѣреннымъ, что пальцы прошли зѣвъ и проникли въ матку.

Однако, если головка находится уже за промежностью и если пространство между темяннымъ бугромъ и сѣдалищными буграми недостаточно, приходится довольствоваться, какъ и раньше, введеніемъ только двухъ пальцевъ. Въ этотъ моментъ, какъ мы знаемъ, головка вышла цѣликомъ изъ матки и нѣтъ никакой опасности защемить между ложкой и головкой край зѣва.

Хорошо введенная рука занимаетъ соответственную половину крестцово-сѣдалищной вогнутости, къ которой она обращена своей тыльной поверхностью, направленной наискось, одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность охватываетъ правую лобно-темянную область; мизинецъ расположенъ приблизительно по большой оси большого родничка; безымянный и средній пальцы покрываютъ выпуклость соответствующей лобной кости. Введеніе этой руки немного болѣе затруднительно, чѣмъ введеніе первой руки, такъ какъ головка слегка отодвинута толщиной и упругостью помѣщенной первой ложки.

Коротко говоря, на этотъ разъ также ось руки-проводника, ось, по которой будетъ введена пра-

вая ложка, не соотвѣтствуетъ линіи хорсшаго захвата (темянно-скуловой линіи), потому что рука не можетъ проникнуть прямо сбоку. Какъ только ложка будетъ введена по оси руки (т.-е. слишкомъ на лобъ), необходимо будетъ только ее одну перевести (безъ руки) въ сторону, на темянной бугоръ и на щеку, въ положеніе противоположнае первой.

5°. Введеніе и помѣщеніе второй ложки (правой бранши съ выемкой—которую держать правая рука—проводникъ), проводимой по лѣвой рукѣ.

Помѣстивъ на мѣсто руку-проводникъ, правой рукой берутъ какъ ручку для письма, рукоятку правой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи къ ладони руки-проводника такъ, чтобы ось ложки соотвѣтствовала насколько возможно оси руки-проводника (рис. 162). При второмъ моментѣ плотно прикладываютъ спинку конца ложки (клюва) уплощенной частью къ ладони руки-проводника.

Ложка—воспроизведеніе руки—должна скользить въ соприкосновеніи и по оси этой руки.

Для этого правая рука, держащая рукоятку кверху (немного вправо отъ срединной плоскости матери) продвигаетъ осторожно ложку, опуская понемногу ея рукоятку на предплечье руки-проводника (рис. 163 и 164). Опусканіе и наклоненіе, каковыя слѣдуетъ придавать рукояткѣ, регулируются проникающей ложкой, которую ощущаетъ и постоянно провѣряетъ рука-проводникъ. Последняя постоянно указываетъ другой рукѣ всѣ измѣненія ея дѣйствія, если ложка перестаетъ

хорошо направляться. Ложка, быть можетъ, будетъ продвигаться съ большимъ трудомъ, чѣмъ первая. Она также должна продвигаться осторожно и необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы она



Рис. 162. Приставленіе второй ложки къ ладони руки-проводника.

постоянно скользила по оси руки-проводника, которая должна все время выходить за край ложки, затѣмъ, чтобы послѣдняя оставалась плотно приложенной къ рукѣ по всей своей ширинѣ и длинѣ, особенно уплощенной частью спинки конца ложки (клювь). Если замѣчаютъ, что послѣдній слиш-



Рис. 163. Опускание рукоятки второй ложки.



Рис. 164. Опускание рукоятки второй ложки.

комъ напираетъ на руку, то слѣдуетъ немного быстрѣе опустить рукоятку къ правой сторонѣ матери. Напротивъ, если этотъ конецъ (клювь), отдѣляясь отъ руки, угрожаетъ кожѣ головки, образуетъ на ней складку, по которой онъ скользить, и упирается въ нее, необходимо слегка приподнять рукоятку и направить ее къ лѣвой сторонѣ матери. Рука-проводникъ слѣдитъ и указываетъ; рука, держащая инструментъ, повинуется, она должна знать направленіе и распространенность движенія, но она должна продѣлывать это движеніе лишь подъ постояннымъ контролемъ руки-проводника.

Проникновеніе временно достаточно, какъ только конецъ ложки зашелъ за концы пальцевъ и, слѣдовательно, покрылъ лобный бугоръ. Тогда окончатая часть ложки цѣликомъ становится невидимой, а рукоятка почти горизонтальной (рис. 164). Окончатая часть ложки наложена по длинѣ головного овоида; но, какъ и рука-проводникъ, она находится слишкомъ къзади, и недостаточно сбоку.

Для того, чтобы перевести ее на темянной бугоръ и на щеку, слѣдуетъ рассчитывать только на дѣйствіе руки, держащей рукоятку, крючекъ которой направленъ наискось (какъ и захватывающая поверхность ложки), кверху и въ лѣвую сторону женщины.

Въ этотъ-то моментъ и продѣлываютъ спиральное движеніе М-те Лашанелль. Рукоятку захватываютъ всей рукой (рис. 165) и, одновременно, ее опускаютъ еще (такъ какъ конецъ ложки долженъ проникнуть немного глубже) и передвигаютъ ее къ лѣвому бедру женщины (для того, чтобы ложка могла

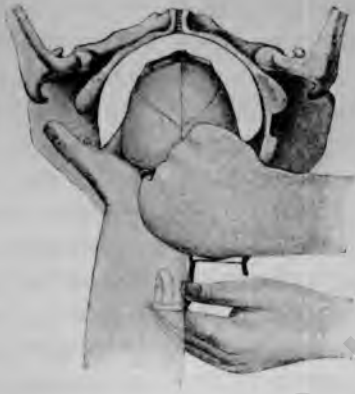


Рис. 165. Спиральное движение М-те Лашанелль (1-ый моментъ.)



Рис. 166. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-ой моментъ.)

проскользнуть въ правую сторону полости таза), въ то же время ее слегка повертываютъ по оси и приводятъ крючекъ, который былъ направленъ наискось, въ положеніе, въ которомъ онъ направленъ прямо въ лѣвую сторону женщины (рис. 166).

Это тройное дѣйствіе заставляетъ ложку выйти за край руки проводника и направиться одной кпереди отъ указательнаго пальца на линію хорошаго захвата, т.-е. прямо на бокъ. Такое движеніе является одновременно переводеніемъ ложки впередъ и добавочнымъ движеніемъ проникновенія; слѣдуетъ замѣтить, что конецъ ложки продѣлываетъ большій путь, чѣмъ ее ножка такъ, что окончательное помѣщеніе, такимъ образомъ, производится при помощи легкаго спиральнаго движенія, за которымъ слѣдить, которое направляетъ и которому способствуетъ рука-проводникъ, постепенно выдвигаемая по мѣрѣ того, какъ производится движеніе. Хорошо помѣщенная, эта вторая бранша сама собой перекрещивается съ первой, помѣщаясь сверху нея. Вынутой рукой-проводникомъ берется рукоятка лѣвой бранши, которую до этого времени держалъ помощникъ.

6°. Замыканіе браншей.

По введеніи обѣихъ ложекъ на мѣсто, ихъ рукоятки слегка расходятся, немного приподняты надъ горизонтальной плоскостью, и находятся на одинаковыхъ разстояніяхъ отъ бедеръ. Оба крючка обращены прямо въ стороны, крючекъ правой бранши—налѣво, и крючекъ лѣвой бранши—

направо. Правая бранша перекрещивается надъ лѣвой браншей между стержнемъ и выемкой. Такъ какъ крючки находятся въ одной плоскости, то и плоскія поверхности замыкающихся частей накладываются точно одна на другую и, вслѣдствіе одинаковой степени введенія обѣихъ ложекъ, выемка совпадаетъ вполнѣ со стержнемъ. Если бы такого совпаденія не было, то слѣдуетъ помнить, что всегда менѣе опасно выдвинуть немного одну изъ ложекъ, чѣмъ продвинуть безъ контроля другую.

Затѣмъ осторожно, безъ усилія сближаютъ рукоятки, держа ихъ концами пальцевъ, для того, чтобы ввести стержень въ выемку (рис. 167 и 168). Сдѣлавъ это, правой рукой крѣпко завинчиваютъ стержень, въ то время какъ лѣвая сжимаетъ слегка обѣ рукоятки, и такимъ образомъ фиксируютъ окончательно обѣ бранши одну на другой; щипцы замкнуты. Какъ было выше сказано, никогда не слѣдуетъ сжимать гайки, предназначенной для сдавливанія. Задачей является захватить головку, а вовсе не уплощить и не раздавить ее.

7°. Проверка.

Послѣ замыканія щипцовъ, необходимо убѣдиться съ помощью центрального и периферического внутренняго изслѣдованія, производимаго указательнымъ и среднимъ пальцами въ томъ:

1°. Что головка точно захвачена по своему большому поперечному размѣру, что узнается по срединному, по отношенію къ щипцамъ, направленію стрѣловиднаго шва (рис. 168).

2°. Что щипцы не могутъ со-



Рис. 167. Замыканіе браншей (1-й моментъ.)



Рис. 168. Замыканіе браншей (2-й моментъ.)

•скользнуть т.-е., что концы ложекъ зашли за экваторъ головки; такъ бываетъ, когда полюсъ головки находится на уровнѣ глазковъ ножики.

3°. Что захвачена одна только головка т.-е., что между ложками и головкой не прощупывается никакой складки частей матери, защемленныхъ ложками несмотря на то, что операція была сдѣлана со всей осторожностью.

8°. Извлеченіе.

Теперь задачей является влеченіе головки по оси выхода таза такъ, чтобы помогать ея вхожденію въ этотъ выходъ, затѣмъ провести ее черезъ отверстіе полой расщелины.

Для этого, къ инструменту присоединяютъ тракторъ; освобождаютъ оба тракціонныхъ стержня, прикрѣпленные къ браншамъ съ помощью пуговицъ, помѣщаютъ ихъ одну возлѣ другой такъ, чтобы ихъ концы были параллельны и вводятъ ихъ въ квадратную обѣйму, предварительно отодвинувъ засовъ, который скользитъ по горизонтальной вѣтви трактора. Послѣ введенія до дна тракціонныхъ стержней, фиксируютъ ихъ, проталкивая подъ ними засовъ.

Взявъ затѣмъ обѣими руками тракціонный валекъ (рис. 169 и 170), начинаютъ потягивать инструментъ, заботясь о томъ, чтобы во все время извлеченія между изгибомъ трактора и рукоятками оставалось пространство въ одинъ поперечный палецъ. Рукоятки служатъ указательной стрѣлкой движеній продѣлываемыхъ головкой. Производимая тракція направлена такимъ образомъ постоянно по искривленной оси родового канала. Щипцы съ тракторомъ не придаютъ го-



Рис. 169. Потягиваніє за валець.



Рис. 170. Потягиваніє за валець.

ловкѣ неудобныхъ движеній; напротивъ сама головка, приспособляясь къ кривизнѣ родового канала, мѣняетъ положеніе рукоятокъ, каковые указываютъ направленіе тракцій (рис. 170).

Необходимо дѣлать не непрерывную тракцію, но серію послѣдовательныхъ потягиваній. Тракціи должны воспроизводить дѣйствіе маточныхъ сокращеній и оставлять между ними промежутки, позволяющіе головкѣ отдохнуть отъ сдавливанія, производимаго ложками, а промежность растянуться медленно и постепенно такъ, чтобы довести до минимума возможность разрыва.

Мало-по-малу, губы раздвигаются, головка появляется наружу, выпирая передъ собой край передней стѣнки влагалища; затѣмъ постепенно появляется темя, выталкиваясь по промежности, которая вытягивается и растягивается, оттягивая впередъ переднюю часть мышцы сжимающей задній проходъ.

Нерѣдко въ этотъ моментъ показывается кровотечение сбоку головки, вслѣдствіе разрыва влагалища, происходящаго сзади еще цѣлой промежности.

Операція разнится немного въ зависимости отъ того, находится ли головка въ переднемъ или заднемъ видѣ, такъ какъ самопроизвольное прорѣзываніе головки не одно и то же.

Выведеніе въ переднемъ видѣ. Въ самомъ началѣ легко замѣтить, что рукоятки инструмента сперва слегка опускаются (рис. 169), потому что головка еще недостаточно сгибается, чтобы вступить въ петлю мышцы поднимающей задній проходъ. Горизонтальный стержень трак-

тора долженъ быть пропорціонально опущенъ такъ, чтобы постоянно оставалось пространство въ одинъ поперечный палецъ между его изгибомъ и рукояткой инструмента.

По мѣрѣ того, какъ головка прсдвигается, она преодолеваетъ крупные задніе пучки мышцы поднимающей задній проходъ; она входитъ во влагалищное кольцо, затѣмъ въ половую расщелину. Это продвиганіе выражается въ растяженіи промежности, которая удлинняется и истончается. Въ то же время, по мѣрѣ того какъ головка прсдвигается, концы рукоятскъ щипцовъ, почти горизонтальные въ началѣ потягиванія, постепенно поднимаются къ лицу оперирующаго (рис. 170), потому что головка начинаетъ разгибаться.

Когда малый родничекъ появляется въ половой расщелинѣ, подзатылочная ямка находится на уровнѣ нижняго края лоннаго соединенія и за этимъ слѣдуетъ полнсе выходженіе.

Въ этотъ моментъ, врачъ становится хозяиномъ положенія. Необходимо вынуть тракціонные стержни изъ обоймы, въ которой они фиксированы, заложить ихъ одинъ за другимъ за пуговицы, которыя позволяютъ укрѣпить ихъ къ соответствующимъ браншамъ и пользоваться инструментомъ, какъ простыми щипцами безъ трактора.

Затѣмъ помѣщаются сбоку женщины, держа всей рукой рукоятку щипцовъ (рис. 171); приподнимаютъ послѣдніе постепенно по дугѣ круга, переводящей инструментъ къ животу женщины (рис. 171—173) такъ, чтобы вызвать и облегчить разгибаніе. Это движеніе должно производиться легко и осторожно, не торопясь и безъ всякаго усилія, ибо, начиная съ момента, когда въ половой рас-

щелинѣ появляется большой родничекъ, промежность подвергается опасности. Если ея натяженіе и истонченіе указываютъ на неизбѣжный разрывъ, то лучше сдѣлать эпизиотомію, чѣмъ подвергать женщину риску срединнаго разрыва, который можетъ легко распространиться до прямой кишки.

Другая рука, помѣщенная какъ при самопроизвольныхъ родахъ (рис. 171—173), предохра-



— Рис. 171. Приподнятіе рукоятокъ щипцовъ.

нять промежность и вытираетъ кровь, вытекающую по сторонамъ головки. Кромѣ того, рукоятками инструмента пользуются для того, чтобы поддержать головку, умѣрить ея разгибаніе и помѣшать тому, чтобы она не вышла слишкомъ быстро прежде, чѣмъ не растянется половая расщелина въ достаточной степени для прохожденія, безъ разрыва, до малаго косога размѣра.

Во время маточныхъ сокращеній головку удерживаютъ всѣми силами, чтобы позволить ей раз-

гибаться лишь медленно (по миллиметру) во время перерыва схватокъ.

Въ то время, какъ это разгибаніе происходитъ, щипцы наклоняють слегка направо и налѣво, чтобы приготовить и произвести послѣдовательное выхожденіе темянныхъ бугровъ, выхожденіе, которому помогаетъ свободная рука проталкиваніемъ по бокамъ, одинъ за другимъ, краевъ половой расщелины (рис. 172 и 173).

По выведеніи темянныхъ бугровъ, необходимо держать головку совершенно неподвижно и энергично сопротивляться ея самопроизвольному изгнанію. При такихъ условіяхъ промежность сама собой уходитъ назадъ, освобождая постепенно лобъ, лицо и подбородокъ (который иногда приходится освобождать свободной рукой), причемъ вовсе не нужно значительно увеличивать разгибанія, которое, въ случаѣ его ускоренія, такъ часто разрываетъ спайку половой расщелины (рис. 174).

Гораздо лучше помѣститься для выведенія головки сбоку. Если остаются сидѣть прямо, и просто потягивають за рукоятку инструмента къ животу женщины, то незамѣтно для себя имѣють наклонность поднимать слишкомъ рано рукоятки щипцовъ, каковыя рискуютъ не остаться хорошо наложенными на головку въ положеніи правильнаго захвата такъ, какъ они были помѣщены.

При этихъ условіяхъ, они могутъ повернуться вокругъ головки, покинуть темянно-скуловую плоскость и легко принять положеніе, указанное на рис. 175. Концы ложекъ въ такомъ случаѣ бороздятъ заднюю стѣнку влагалища и производятъ на ней очень нежелательныя пораненія, каковыя между тѣмъ можно избѣгнуть.



Рис. 172. Постепенное выведение темянныхъ бугровъ (выведение праваго темяннаго бугра.)



Рис. 173. Постепенное выведение темянныхъ бугровъ (выведение лѣваго темяннаго бугра.)

Когда головка цѣликомъ прорѣзалась, необходимо снять инструментъ. Ослабляютъ стержень, освобождаютъ его изъ выемки и, разомкнутыя такимъ образомъ бранши, снимаютъ одну за другой. Выведеніе плечиковъ и извлеченіе туловища производятся затѣмъ, какъ при нормальныхъ родахъ.

Рис. 176 показываетъ выведеніе лица. Приѣмъ подобенъ только что описанному; но необходимо слѣдить еще болѣе внимательно за растяженіемъ промежности и стараться не поднимать такъ высоко рукоятки щипцовъ къ животу женщины.

Прорѣзываніе въ заднемъ видѣ.

Если головка еще не находится за промежностью, то слѣдуетъ тянуть сперва слегка внизъ, чтобы ввести вполнѣ головку въ выходъ таза; затѣмъ горизонтально, чтобы затылокъ преодолѣлъ копчикъ, выдавилъ заднюю часть промежности и помѣстился тамъ окончательно, не имѣя возможности подняться вверхъ вслѣдствіе разгибанія головки; затѣмъ тянуть значительно внизъ, по направленію къ колѣнамъ, чтобы подвести подъ лонное соединеніе лобноносовую выемку, лобъ за лонную дугу, въ то время, какъ затылокъ доведеть бы до максимума отклоненіе назадъ копчика и растянулъ бы заднюю часть промежности. Слѣдуетъ остерегаться производить это послѣднее потягиваніе внизъ слишкомъ рано, такъ какъ оно разогнетъ головку.

Въ прямомъ размѣрѣ выхода таза должна пройти наибольшая окружность черепа, соотвѣтственно прямому размѣру.

Неудивительно, стало быть, что необходимо больше терпѣнія въ этотъ моментъ операціи, чѣмъ



Рис. 174. Конец выведения головки.



Рис. 175. Преждевременное приподняtie щипцовъ, ложки которыхъ бороздятъ заднюю поверхность влагалища.

когда дѣло идетъ о переднемъ видѣ, гдѣ этотъ размѣръ таза проходится окружностью малаго косога размѣра, который значительно меньше.

Когда черепъ прошелъ выходъ таза, когда онъ находится въ мягкихъ частяхъ таза и когда прощупали лобъ снаружи лонной дуги, основаніе носа



Рис. 176. Выведеніе лица.

подъ лономъ, когда, наконецъ, опредѣлили громадное растяженіе которое производитъ затылокъ на заднюю часть промежности, тогда слѣдуетъ прекратить потягиваніе внизъ, ибо иначе рискуютъ разорвать тазовое дно.

Теперь одинъ только затылокъ долженъ продвигаться въ мягкихъ частяхъ таза, войти въ половую расщелину и наконецъ выйти изъ нея. Головка не можетъ болѣе опускаться, такъ какъ она удерживается промежностью, которая чрез-

мѣрно выпячивается; стало быть, лицо не можетъ болѣе продвигаться.

Въ такомъ случаѣ снимаютъ тракторъ; стержни его прикладываютъ на внутреннюю поверхность браншей и помѣщаются съ одной или другой стороны женщины. Затѣмъ, какъ и при выведеніи въ переднемъ видѣ, поднимаютъ рукоятку инструмента, чтобы увеличить еще болѣе сгибаніе.

Надносовая область, стоящая неподвижно подъ лоннымъ соединеніемъ, служитъ центромъ движенія сгибанія, которое необходимо теперь произвести, приподнимая щипцы и поддерживая одновременно энергично тракцію.

Благодаря этому сгибанію, затылокъ продвигается одинъ въ мягкихъ частяхъ таза и скользитъ надъ заднепроходнымъ отверстіемъ (вызывая необычайное растяженіе промежности) вплоть до передней части промежности, гдѣ его задерживаетъ кольцо половой расщелины.

Въ это время показывается въ половой расщелинѣ большой родничекъ и передняя часть стрѣловиднаго шва.

Непрерывная тракція должна производиться съ большою осторожностью также какъ и подниманіе рукоятокъ такъ, чтобы затылокъ продвигался медленно и оставлялъ промежности необходимое для достаточнаго растяженія время.

Щипцы, представляя собой одно цѣлое съ головкой, служатъ кромѣ того для удержанія ея неподвижной во время сокращеній, для умѣренія ея сгибанія, которое должно происходить только въ промежутки между схватками, и для того, чтобы помѣшать слишкомъ быстрому изгнанію головки, прежде чѣмъ половая расщелина будетъ

имѣть время, безъ разрыва, достаточно растянуться для выведенія затылка.

Темянные бугры не проходятъ безъ опасности разрыва. Щипцы наклоняютъ слегка направо и налѣво такъ, чтобы подготовить и произвести ихъ послѣдовательное выхождение.

Какъ разъ въ это время сгибаніе по необходимости увеличивается еще болѣе вслѣдствіе приподнятiи щипцовъ (которое однако остается всегда меньшимъ, чѣмъ при выведеніи въ переднемъ видѣ) и растянутыя до максимума передняя промежность и спайка половой расщелины проскальзываютъ сами собой назадъ, или съ разрывомъ или безъ него, выводя большую окружность соответственно прямому размѣру и изгоняя затылокъ (рис. 177).

Но еще не все закончено. Остается еще произвести въ свою очередь, выведеніе лба и лица, которые находились до этого времени, одинъ подъ передней спайкой половой расщелины, а другое за лонной костью. Для этого, просто опускаютъ рукоятку инструмента, производя такимъ образомъ разгибаніе головки, которая находится въ этотъ только моментъ совершенно внѣ половой расщелины (рис. 178).

Выведеніе плечиковъ и извлеченіе ребенка продѣлываются затѣмъ, какъ при нормальныхъ родахъ.

Размѣры окружности прямого размѣра таковы, что промежность здѣсь подвергается опасности разрыва гораздо болѣе, чѣмъ при выведеніи въ переднемъ видѣ. Отсюда получаютъ часто обширные разрывы, которые распространяются иногда очѣнь высоко во влагалищѣ и захватываютъ легко



Рис. 177. Выведеніе въ заднемъ видѣ (1-й моментъ).



Рис. 178. Выведеніе въ заднемъ видѣ (2-й моментъ).

прямую кишку. Благоразумно, стало быть, производить, какъ правило, эпизіотомію при всѣхъ выведеніяхъ въ заднемъ видѣ.

II. КОСОЕ ПОЛОЖЕНІЕ ЛѢВОЕ.

Головка въ полости. Поворотъ неполный. Передній или задній видъ лѣваго косога.

(См. рис. 79 и 80).

Согнутая головка болѣе или менѣе глубоко опустилась въ полость, но поворотъ не произошелъ. Затылокъ находится или спереди и слѣва позади подвздошно-лоннаго бугорка, или сзади и справа, впереди крестцово-сѣдалищной связки. При переднемъ видѣ лѣваго косога большой родничекъ находится сзади и справа, но не прощупывается при изслѣдованіи, если головка хорошо согнута, потому, что большой родничекъ очень высоко расположенъ. При заднемъ видѣ лѣваго косога, гдѣ сгибаніе всегда менѣе полно, большой родничекъ занимаетъ часто центръ таза, что можетъ дать мѣсто неизбѣжнымъ ошибкамъ въ распознаваніи, такъ какъ конечный шовъ можетъ быть принять за стрѣловидный.

Единственный способъ не ошибиться, это производить внутреннее изслѣдованіе по методу Фарабѣфа и Варнье (см. I часть III главу.) Шовъ, который перекрещивается по средней линіи изслѣдующимъ пальцемъ и который имѣетъ косое направленіе, есть и не можетъ быть ничѣмъ инымъ, какъ стрѣловиднымъ швомъ. Слѣдуя по нему по всѣмъ направленіямъ, палецъ неизбѣжно попадаетъ съ одной или другой стороны, на малый родничекъ, находящійся спереди и слѣва при переднемъ видѣ лѣваго косога и сзади и справа при заднемъ видѣ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ его трудно достигнуть потому, что онъ расположенъ слишкомъ высоко; чѣмъ болѣе согнута головка, тѣмъ болѣе большой родничекъ приближается къ лѣвой горизонтальной вѣтви лонной кости. Въ такомъ случаѣ малый родничекъ становится болѣе доступнымъ.

Стрѣловидный шовъ проходитъ почти точно въ косомъ лѣвомъ размѣрѣ, а косой правый размѣръ занятъ большимъ поперечнымъ размѣромъ головки. Темянные бугры и щеки, которые должны быть захвачены просвѣтомъ ложекъ обращены: съ одной стороны, влѣво и назадъ, по направленію къ лѣвой крестцово-сѣдалищной связкѣ; съ другой стороны, вправо и впередъ, къ правому подвздошно-лонному бугорку.

Опускающийся полюсь, центр доступнаго полушарія, находится по оси полости таза, т.-е. по направленію къ копчику.

Если бы оперировали въ данномъ случаѣ такъ же, какъ и при прямомъ положеніи, то головка была бы захвачена не по бокамъ за двѣ діаметрально противоположныя поверхности, а отъ лобнаго бугра къ темянному. Послѣдствіемъ были бы тяжелыя поврежденія плода, почти вѣрное соскальзываніе инструмента съ пространными пораненіями матери, а если соскальзыванія не произойдетъ, то слѣдствіемъ была бы трудность извлечения, такъ какъ правильный поворотъ былъ бы задержанъ такимъ захватомъ головки.

Для того, чтобы произвести хорошій и прочный захватъ, необходимо, какъ и раньше, захватить головку по бокамъ, повернувъ вогнутость щипцовъ наискось кверху и по направленію къ лѣвому подздошно-лонному бугорку. Тогда можно будетъ перевести, съ помощью тракцій, большую ось головки на среднюю линію.

Такой захватъ можетъ быть сдѣланъ лишь тогда, когда щипцы помѣщены въ то же, что и головка, косое положеніе, имѣя одну ложку слѣва и сзади, и другую справа и спереди. Слѣдуетъ однако помнить, что идеальный захватъ Фарабѣфа и Варнье тѣмъ болѣе труденъ при переднихъ видахъ лѣваго косога, чѣмъ выше находится головка, чѣмъ она менѣе согнута, и что при заднихъ видахъ онъ неосуществимъ.

Важно, стало быть, ввести и помѣстить ложки

точно на концахъ косога праваго размѣра.

1°. Приставленіе инструмента къ половой расщелинѣ:

Хорошо опредѣливъ положеніе головки, приставляютъ щипцы къ половой расщелинѣ въ томъ положеніи, въ которомъ они будутъ находиться, когда головка будетъ, какъ слѣдуетъ, захвачена.



Рис. 179. Приставленіе щипцовъ къ половой расщелинѣ.

Въ такомъ случаѣ опредѣляютъ направленіе инструмента косою, въ лѣвую сторону матери и вогнутость его тазовой кривизны, обращенной къ лѣвому подвздошнолонному бугорку (рис. 79). Лѣвая бранша, со стержнемъ, которую держитъ лѣвая рука, будетъ имѣть свою ложку (расположенную снизу налѣво и сзади впереди лѣвой крестцово-сѣдалищной связки и захватить заднюю лѣвую темянную кость; правая бранша, съ выемкой, ко-

торую держать правая рука, будетъ имѣть свою ложку (расположенную сверху) направо и спереди, позади праваго подвздошно-лоннаго бугорка и захватить переднюю правую темянную кость.

Такимъ образомъ, имѣется передняя ложка и задняя ложка. Которую нужно вводить первой?

Необходимо всегда вводить первой ту ложку, которая будетъ задней, чтобы имѣть возможность помѣстить ее хорошо, такъ какъ отъ ея правильнаго помѣщенія зависитъ успѣхъ операціи. Ложка, введенная второй, можетъ проникнуть только сверху первой и ея рукоятка по необходимости перекрестить рукоятку первой ложки сверху.

Такимъ образомъ прежде всего вводится лѣвая ложка (со стержнемъ), которая держится лѣвой рукой и имѣетъ проводникомъ правую руку, а затѣмъ правая ложка (съ выемкой), которая держится правой рукой, причемъ проводникомъ служитъ лѣвая рука. Эта вторая ложка, слѣдовательно, войдетъ своей выемкой въ стержень правой бранши и ихъ удобно будетъ замкнуть.

Введеніе ложекъ производится такъ же, какъ и при прямомъ наложеніи съ той только разницей, что первая ложка остается окончательно на томъ мѣстѣ, гдѣ она была введена, т.-е. сзади и слѣва, впереди крестцовосѣдалищной связки въ то время, какъ вторая бранша съ помощью спиральнаго уже описаннаго, но болѣе продолжительнаго движенія будетъ переведена, послѣ введенія, сперва

въ сторону, затѣмъ впередъ, впереди праваго подвздошнолоннаго бугорка, на мѣсто совершенно діаметральнопротивоположное мѣсту первой ложки. Обѣ бранши кладутся одна рядомъ съ другой по сторонамъ оперирующаго.

2°. Введеніе первой руки проводника (правой).

Рука-проводникъ вводится такимъ же образомъ, какъ и при прямомъ положеніи (рис. 155).

Если головка расположена слишкомъ высоко и если неувѣрены въ томъ, что безусловно, прошли за край шейки матки, необходимо ввести также большой палецъ, чтобы имѣть возможность проникнуть выше. Скользя по дну полости, тыльная поверхность пальцевъ достигаетъ ея заднебоковой стѣнки; затѣмъ, поднимаясь наискось, проникаетъ между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ, впереди лѣваго крестцовоподвздошнаго соединенія. Проходя этотъ путь, пальцы прощупываютъ край шейки матки и проникаютъ осторожно между нимъ и головкой плода.

Хорошо введенная, рука занимаетъ соотвѣтствующую половину крестцовс-сѣдалищной вогнутости, къ которой она обращена своей тыльной поверхностью, повернутой наискось, одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность обнимаетъ лѣвую темянно-скуловую область, на которую должна быть наложена ложка.

Ось руки-проводника соотвѣтствуетъ въ данномъ случаѣ линіи хорошаго захвата.

3° Введеніе и помѣщеніе первой ложки (лѣвой бранши со стержнемъ, которую держать лѣвая рука) проводимой по правой рукѣ.

Помѣстивъ на мѣсто руку-проводникъ, лѣвой рукой берутъ какъ писчее перо рукоятку лѣвой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи на ладонь руки-проводника, стараясь, чтобы



Рис. 180. Приставленіе первой ложки къ ладони руки-проводника.

ось ложки насколько возможно соотвѣтствовала оси руки-проводника (рис. 180).

Въ слѣдующій моментъ, кладутъ уплощенную часть конца ложки на ладонь руки-проводника. Ложка, точное воспроизведеніе руки, должна скользить, касаясь этой руки и по ея оси.

Ложка легко проникаетъ вглубь, причемъ

ея рукоятка постепенно опускается на предплечье руки-проводника, наискось въ лѣвую сторону матери (рис. 181 и 182) и съ тѣми же предосторожностями, что и при прямомъ наложеніи.

Проникновеніе достаточно, какъ только конецъ ложки прошелъ за концы пальцевъ. Въ этотъ моментъ просвѣтъ ложки становится невидимымъ (рис. 182) и ложка, такимъ образомъ, сразу введена на свое окончательное мѣсто, будучи наложена по длинѣ головного овоида. Послѣ этого рука-проводникъ вынимается, а рукоятку ложки оставляютъ лежать на спайкѣ половой расщелины.

Хорошо помѣщенная рукоятка лѣвой ложки находится почти въ горизонтальномъ положеніи. Ея крючекъ, перпендикулярный къ захватывающей поверхности ложки, свидѣтельствуя о положеніи послѣдней, поднимается наискось кверху и въ правую сторону матери (рис. 182).

Рукоятку передаютъ помощнику, помѣстившемуся справа, который, подъ лѣвымъ бедромъ женщины, долженъ ее держать неподвижной, ни въ коемъ случаѣ не придавая и не позволяя ей производить никакого движенія (рис. 183 и слѣдующіе). Это является однимъ изъ самыхъ важныхъ правилъ. Если помощникъ подниметъ или опуститъ крючекъ, этимъ самымъ онъ вытянетъ или вдвинетъ ложку; если онъ приблизитъ крючекъ къ правому бедру, то въ то же время конецъ ложки приподнимется къ лѣвой части матери и можетъ ее поранить; если онъ наоборотъ передвинетъ крючекъ къ лѣвому бедру, то этимъ самымъ ложка и головка передвинутся вправо, прижавшись къ правой стѣнкѣ полости, что уничтожитъ или по меньшей мѣрѣ съюзитъ необходимое для введе-



Рис. 181. Опускание рукоятки первой ложки.



Рис. 182. Опускание рукоятки первой ложки.

нія второй ложки пространство; если, наконец, крючекъ повернется, то и ложка повернется въ томъ же направленіи и измѣнить линію захвата.

4°. Введеніе второй руки-проводника (лѣвой).

Теперь для второй ложки (правой, съ выемкой) проводникомъ будетъ служить лѣвая рука. Ее вводятъ безъ большого пальца (сверху уже помѣщенной бранши, которая лежитъ уже на спайкѣ половой расщелины и которую внимательно держитъ помощникъ). Сзади и сбоку, между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ, въ область крестцово-сѣдалищной связки до тѣхъ поръ, пока рука не задержится угломъ отогнутого большого пальца (рис. 183). Такимъ образомъ рука навѣрное пройдетъ за шейку матки, край которой необходимо распознать для того, чтобы ввести руку между нимъ и головкой плода.

Хорошо введенная, рука занимаетъ соответствующую половину крестцово-сѣдалищной выгнутости, къ которой она обращена своей тыльной поверхностью, направленной наискось одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность обнимаетъ лобную область при переднемъ видѣ лѣваго косога и затылочную область при заднемъ видѣ лѣваго косога. Введеніе этой руки немного затруднительнѣе, чѣмъ введеніе первой, такъ какъ головка всегда слегка отодвинута помѣщенной толстой и упругой первой ложкой.

Ось этой руки-проводника, ось, по которой будетъ введена правая ложка, не соответствуетъ въ данномъ случаѣ линіи хорошаго захвата, линіи темянно-скуловой. Ложка, сразу введенная по оси руки, должна быть переведена одна только

сперва въ сторону, затѣмъ направо и впередъ, въ положеніе противоположное первой, на темянной бугоръ и на щеку.

5°. Введеніе и помѣщеніе второй ложки (правой бранши съ выемкой, которую держать рука, проводимой по лѣвой рукѣ).



Рис. 183. Введеніе второй руки-проводника (лѣвой).

Помѣстивъ руку-проводникъ на мѣсто, правой рукой берутъ, какъ писчее перо, рукоятку правой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи къ ладони руки-проводника такъ, чтобы ось ложки, насколько возможно, соотвѣтствовала оси ладони руки (рис. 184). Въ слѣдующій моментъ плотно прикладываютъ къ ладони спинку конца ложки (клюва) и осторожно продвигаютъ ее, опуская мало-по-малу ея рукоятку наискось въ лѣвую сторону матери съ тѣми

же, что и при прямомъ наложеніи, предсто-
рожностями (рис. 185 и 186).

Не слѣдуетъ колебаться—безъ насилія конечно—
продвигать ложку слишкомъ высоко, за концы



Рис. 184. Приставленіе второй ложки къ ладони руки-
проводника.

пальцевъ. Тогда просвѣтъ ложки цѣликомъ ста-
новится невидимымъ, а рукоятка почти горизон-
тальной (рис. 186).

При переднихъ видахъ лѣваго косога необходимо,
чтобы конецъ ложки зашелъ за лобъ, нашель
тамъ свободное пространство и тамъ помѣстился,



Рис. 185. Опусканіе рукоятки второй ложки.



Рис. 186. Опусканіе рукоятки второй ложки.

позволивъ вогнутости ложки легко и вполнѣ приспособиться къ головной кривизнѣ. Безъ этого условія, ложка въ дальнѣйшемъ не сможетъ, вслѣдствіе узкаго пространства, отдѣляющаго лобную кость отъ боковой стѣнки таза, скользнуть со лба сперва въ сторону, затѣмъ впередъ на темянно-скуловую линію. При заднихъ видахъ лѣваго косога нельзя рассчитывать на столь же глубокое проникновеніе ложки, такъ какъ ея конецъ достигаетъ затылка довольно скоро, что узнается по испытываемому сопротивленію и въ особенности по указаніямъ руки-проводника.

Продвинувъ ложку, насколько возможно, необходимо перевести ее спиральнымъ движеніемъ М-те Лашанелль впередъ, на ея окончательное мѣсто, помня, что она можетъ скользнуть легко, лишь оставаясь въ тѣсномъ соприкосновеніи съ выпуклой поверхностью головки.

Необходимо всегда, при этомъ движеніи, знать, что нужно дѣлать и дѣлать это легко и увѣренно.

Чтобы вызвать необходимое проскальзываніе, которое приведетъ ложку изъ ея первоначальнаго право-задняго положенія въ окончательное право-переднее положеніе, нужно остерегаться двигать рукой-проводникомъ, что рискуетъ повернуть головку, сдвинуть первую ложку и плохо помѣстить вторую. Слѣдуетъ дѣйствовать только рукой, которая держитъ рукоятку ложки, захвативъ рукоятку всей рукой (рис. 187) и продѣлывая уже описанное движеніе для помѣщенія ложекъ при прямомъ наложеніи.

Послѣ введенія ложки, крючекъ такъ же, какъ и захватывающая поверхность ложки, обращенъ наискось кверху, къ лѣвой сторонѣ матери (рис. 186).

Необходимо теперь перевести рукоятку къ лѣвому бедру (для того, чтобы ложка могла проскользнуть въ правую сторону полости таза), въ то же время повернуть ее слегка по ея оси и помѣстить крючекъ, находившійся наискось, прямо въ лѣвую сторону матери (рис. 188).

Способъ наполовину осуществлень. Ложка перешла за край руки-проводника и переходитъ въ боковую сторону таза. Это—первый этапъ.

Въ то время, какъ вынимаютъ руку-проводникъ, продолжаютъ, все время вдвигая (осторожно, конечно) ложку такъ, чтобы конецъ ея (клювъ) еще продвинулся, опускать рукоятку и повертывать ее по ея же оси, чтобы заставить ложку скользить болѣе впередъ (рис. 189). Это движеніе повертыванія по оси останавливаютъ лишь тогда, когда крючекъ будетъ обращенъ наискось внизъ и влѣво. Рукоятка, которая, послѣ перваго момента способа, широко перекрещивала сверху первую помѣщенную браншу, переходитъ затѣмъ отъ лѣваго бедра по направленію къ лѣвой браншѣ. Это—второй и послѣдній этапъ.

Предпочтительнѣе вынимать совершенно руку по мѣрѣ того, какъ происходитъ это движеніе для того, чтобы не уменьшать и такъ узкое пространство вокругъ головки, куда должна пройти ложка. Освободившаяся рука-проводникъ замѣняется рукой помощника, чтобы держать рукоятку первой помѣщенной ложки (рис. 189). Во все время маневрированія съ этой второй браншей,



Рис. 187. Спиральное движение М-те Лашанелль (1-ый моментъ).



Рис. 188. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-й моментъ).

необходимо непрестанно представлять себѣ большое спиральное проникающее движение, которое описывает ложка в тазу, между головкой и стѣнкой матки.

6°. З а м ы к а н и е б р а н ш е й.

Когда правая бранша приблизилась, такимъ образомъ, къ лѣвой, то замѣчаютъ, что ея выемка



Рис. 189. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-ой моментъ).

не находится вполнѣ противъ стержня лѣвой бранши (рис. 189). Такъ какъ пришлось ее продвинуть выше, чтобы обогнуть головку, то она и введена глубже. Нужно, стало-быть, ее вытянуть слегка, чтобы подвести ея выемку на уровень стержня (рис. 190).

Если спиральное движение было слишкомъ слабымъ, то уплощенные поверхности замыкающихся частей не соотвѣтствуютъ одна другой; иногда это несоотвѣтствие едва замѣтно, иногда оно значительно.

Если оно невелико, то достаточно слегка повернуть рукоятки въ противоположное направлѣніе, чтобы, подведя ихъ другъ къ другу, замкнуть по плоской поверхности. Если же несоотвѣтствіе велико и очевидно, что для приведенія ихъ на одинъ уровень необходимо употребить силу, то предпочтительнѣе вытянуть ложку, которая была наложена послѣдней, съ помощью движенія, противоположнаго тому, которое было продѣлано при введеніи, и перемѣстить ее съ большей осторожностью. Можно вынуть также послѣ этой ложки и лѣвую ложку, помѣщенную первой, если только имѣется малѣйшее сомнѣніе въ ея хорошемъ помѣщеніи. Послѣ этого самымъ тщательнымъ образомъ провѣряютъ положеніе головки и снова производятъ все наложеніе.

Если захватъ хорошъ и правиленъ, то уплощенные поверхности замыкающихся частей приходятся точно одна противъ другой.

Послѣ того, какъ обѣ ложки введены и хорошо наложены, ихъ рукоятки слегка расходятся и имѣютъ косо е направлѣніе влѣво по отношенію къ срединной плоскости матеріи; оба крючка тоже помѣщены наискось (крючекъ правой бранши обращенъ внизъ и влѣво матери, крючекъ лѣвой бранши вверхъ и вправо матери).

Рукоятки,—удерживаемыя концами пальцевъ, сближаются безъ усилія для того, чтобы ввести стержень въ выемку (рис. 190). Затѣмъ, въ то время, какъ лѣвая рука сжимаетъ слегка рукоятки для того, чтобы держать ложки плотно приложенными къ головкѣ, правая рука крѣпко завинчиваетъ стержень такъ, чтобы окончательно зафиксировать обѣ бранши одна на другой (рис. 191).



Рис. 190. Стержень вставленъ въ выемку.



Рис. 191. Фиксированіе branшей щипцовъ одной на другой.

Никогда не слѣдуетъ сжимать сдавливающій винтъ, ибо задача состоитъ въ томъ, чтобы захватить головку, а вовсе не сплющить и не раздавить ее.

7°. Провѣрка.

Произведя замыканіе, отмѣчаютъ еще разъ косо е положеніе крючковъ и косо е направленіе рукоятокъ въ лѣвую сторону матери (рис. 191), что указываетъ на то, что головка не продѣлала еще своего поворота; въ чемъ убѣждаются лишній разъ съ помощью внутренняго изслѣдованія пальцемъ подъ щипцами, спереди и слѣва прощупывается малый родничекъ, если имѣется передній видъ—большой родничекъ, если имѣется задній видъ, стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ лѣвому косому размѣру.

Если поположеніе рукоятокъ щипцовъ соотвѣтствуетъ тому, какимъ оно должно быть при существующемъ положеніи головки, то можно быть увѣреннымъ, что наложеніе сдѣлано хорошо, т. е., что головка хорошо захвачена по своему большому поперечному размѣру.

Какъ и при прямомъ наложеніи, необходимо еще убѣдиться, что щипцы не соскользнутъ, т. е., что концы ложекъ прошли за экваторъ (такой случай бываетъ, когда полюсъ головки находится на уровнѣ глазковъ ножки) и что захвачена одна только головка или, что другими словами, между ложками и головкой не прощупывается никакой складки материнскихъ частей, ущемленной ложками, несмотря на всѣ принятыя предосторожности.

8°. Извлеченіе.

Чтобы окончить роды, необходимо теперь до-

полнить опусканіе головки, вызвать поворотъ, проташить головку черезъ выходъ таза, ввести ее въ мягкую часть таза и, наконецъ, вывести ее изъ половой расщелины.

Для этого къ щипцамъ, какъ и ранъше, присоединяють тракторъ, послѣ чего берутъ обѣими руками валекъ (рис. 192) и производять на инструментъ, представляющій одно цѣлое съ головкой, серію послѣдовательныхъ тракцій, а не непрерывное потягиваніе. Направленіе ихъ постоянно указывается направленіемъ рукоятокъ щипцовъ, каковыя служатъ показательной стрѣлкой во все время операций рукоятки щипцовъ должны постоянно находится на разстояніи поперечнаго пальца отъ изгиба трактора.

Такимъ образомъ, головку спускають на дно таза до тѣхъ поръ, пока не увидять, что задняя часть промежности начинаетъ выпячиваться. Во время этого опусканія головки, рукоятки щипцовъ понемногу становятся все менѣе и менѣе косыми, въ то же самое время, какъ наклоненіе крючковъ уменьшается все болѣе и болѣе до тѣхъ поръ, пока головка не окажется въ выходѣ таза, рукоятки щипцовъ не будутъ находиться въ срединной плоскости матери, а оба крючка не будутъ направлены поперечно (рис. 169). Поворотъ довершился. То, что щипцы Тарнье позволяютъ произойти самопроизвольному, какъ при естественныхъ родахъ, повороту, является однимъ изъ большихъ преимуществъ ихъ въ равной мѣрѣ какъ и то, что они позволяютъ производить нѣжную, равномерную тракцію, чего нѣтъ въ инструментахъ безъ трактора. Поступательное движеніе и поворотъ при естественныхъ родахъ проис-

ходить всегда одновременно такъ, что поворотъ, начавшійся въ полости таза, заканчивается, когда головка подойдет къ выходу таза.

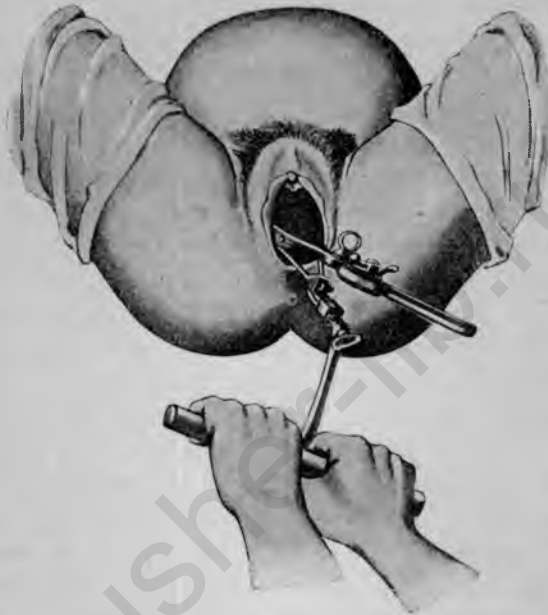


Рис. 192. Потягиваніе за валець. Изгибъ трактора умышленно изображенъ немного отодвинутымъ отъ рукоятокъ щипцовъ для того, чтобы показать постепенное приподнятіе послѣднихъ по мѣрѣ опусканія головки. Необходимо постоянно слѣдить за этимъ движениемъ и постоянно поддерживать изгибъ трактора на разстояніе одного поперечнаго пальца отъ рукоятокъ.

Съ обыкновенными щипцами приходится придавать головкѣ вращательное движеніе во время тракцій, чтобы подвести затылокъ или лобъ подъ лонное соединеніе, и необходимо имѣть чрезвычайно искусную руку, чтобы заставить головку продѣлывать одновременно эти два движенія опусканія и поворота.

При щипцахъ съ тракторомъ головкѣ приходится производить поворотъ въ надлежащемъ направленіи, одновременно съ ея опусканіемъ, благодаря тому, что постоянно тянуть сильнѣе за наиболѣе приподнятую часть валька (рис. 192). Подойдя къ выходу таза, головка находится въ немъ естественно въ переднемъ видѣ прямого размѣра, если первоначально она была въ переднемъ видѣ лѣваго косога, въ заднемъ видѣ прямого размѣра, если она была въ заднемъ видѣ лѣваго косога. Ея выведение производится затѣмъ, какъ и при прямомъ наложеніи (рис. 169 и слѣдующіе).

III—КОСОЕ ПОЛОЖЕНІЕ ПРАВОЕ.

Головка въ полости. Поворотъ неполный. Передній или задній виды праваго косога.

(См. рис. 81 и 82).

Согнутая головка опустилась болѣе или менѣе глубоко въ полость таза, но поворотъ не совершился. Затылокъ находится или с п е р е д и и с п р а в а, позади подвздошнолоннаго бугорка или с з а д и и о л ѣ в а впереди крестовсѣдалищной связки.

При переднемъ видѣ праваго косога большой родничекъ находится сзади и слѣва, но не прощупывается при изслѣдованіи, если головка хорошо согнута, потому что она находится слишкомъ высоко. При заднемъ видѣ праваго косога, гдѣ сгибаніе головки всегда менѣе полно, большой родничекъ иногда занимаетъ центръ таза, что можетъ дать мѣсто неизбѣжнымъ ошибкамъ въ распознаваніи, такъ какъ вѣчный шовъ можетъ быть принятъ очень легко за стрѣловидный.

Единственный способъ не ошибиться, это постоянно производить внутреннее изслѣдованіе по методу Фарабефа и Варнье (см. I часть, глава 3). Шовъ, который перекрещивается изслѣдующимъ пальцемъ по средней линіи и который имѣетъ косоое направленіе, есть и не можетъ быть ничѣмъ инымъ, какъ стрѣловиднымъ швомъ. Слѣдуя по нему по всѣмъ направленіямъ, палецъ неизбѣжно попадаетъ съ одной или съ другой стороны, на малый родничекъ, расположенный с п е р е д и и с п р а в а при переднемъ

видѣ и сзади и слѣва при заднемъ видѣ праваго косога. Въ послѣднемъ случаѣ онъ доступенъ съ трудомъ прощупыванію, такъ какъ онъ расположенъ слишкомъ высоко; чѣмъ болѣе головка согнута, тѣмъ болѣе большой родничекъ приближается къ правой горизонтальной вѣтви лонной кости; малый родничекъ становится тогда болѣе доступнымъ.

Стрѣловидный шовъ проходитъ почти точно въ к о с о м ъ п р а в о м ъ р а з м ѣ р ѣ, а косою лѣвый занятъ большимъ поперечнымъ размѣромъ головки. Темянные бугры и щеки, которые должны быть захвачены просвѣтомъ ложекъ, обращены: съ одной стороны, вправо и назадъ, къ правой крестцово-сѣдалищной связкѣ; съ другой стороны, влѣво и впередъ, къ лѣвому подвздошному бугорку.

Опускающийся полюсъ, центръ доступнаго полушарія, находится по полости таза, т.-е. близъ копчика.

Если бы оперировали въ данномъ случаѣ такъ же, какъ и при прямомъ наложеніи, то головка была бы захвачена не по бокамъ за двѣ діаметрально противоположныя поверхности, но съ лобнаго бугра на темянной. Послѣдствіемъ были бы тяжелыя поврежденія плода, почти навѣрное соскальзываніе инструмента съ пространными пораненіями матери и даже, если бы такого соскальзыванія не произошло, необычайная трудность при извлеченіи, такъ какъ правильный поворотъ головки былъ бы задержанъ этимъ неудобнымъ захватомъ. Въ самомъ дѣлѣ, нельзя рассчитывать на самопроизвольный поворотъ ея между браншами инструмента.

Чтобы сдѣлать хорошій и прочный захватъ, необходимо, какъ и раньше, захватить головку по бокамъ, повернувъ вогнутость щипцовъ наискось вверхъ и къ правому подвздошно-лонному бугорку, затѣмъ, съ помощью тракцій, переводятъ большую ось головки на срединную линію.

Такой захватъ можетъ быть

произведенъ только въ томъ случаѣ, если щипцы помѣщены въ то же косоое, что и головка, положеніе, имѣя одну ложку справа и сзади, другую слѣва и спереди. Однако, необходимо помнить, что идеальный захватъ Фарабефа и Варнье тѣмъ болѣе труденъ при переднихъ видахъ праваго косоого, чѣмъ выше находится головка и чѣмъ она менѣе согнута, и что этотъ захватъ неосуществимъ при заднихъ видахъ.

Важно, стало быть, ввести и помѣстить ложки точно на концахъ косоого лѣваго размѣра.

1°. Приставленіе инструмента къ полой расщелинѣ. Хорошо, опредѣливъ положеніе головки, приставляютъ щипцы къ полой расщелинѣ въ томъ положеніи, въ которомъ они будутъ находиться, когда головка будетъ надлежащимъ образомъ захвачена.

Въ такомъ случаѣ опредѣляютъ направленіе инструмента—косоое въ правую сторону матери и вогнутость его тазовой кривизны, обращенной къ правому подвздошно-лонному бугорку (рис. 193). Правая бранша съ выемкой, которая держится правой рукой, будетъ имѣть свою ложку (расположенную снизу) направо и сзади, впереди правой крестцово-сѣдалищной связки и обнимать заднюю правую темянную кость; лѣвая бранша со стержнемъ, которая держится лѣвой рукой, будетъ имѣть свою ложку (расположенную сверху налѣво и спереди) назади лѣваго подвздошно-лоннаго бугорка и захватить переднюю лѣвую темянную кость.

Такимъ образомъ, имѣется задняя ложка и передняя ложка. Которую слѣдуетъ вводить первой?

Если впервые вводить ложку, которая будетъ задней, то ложка, введенная второй, находясь надъ первой, неизбежно перекрестить рукоятку первой ложки сверху.

Однако, въ косомъ правомъ наложеніи, руко-



Рис. 193. Приставленіе щипцовъ къ половой расщелинѣ.

ятка задней ложки имѣетъ выемку, а рукоятка передней ложки имѣетъ стержень. Для того, чтобы сдѣлать возможнымъ замыканіе, необходимо будетъ, стало бытъ, какъ только ложка, введенная раскрестить рукоятки, чтобы затѣмъ ихъ снова перекрестить, проводя ихъ одну надъ другой такъ, чтобы бранша съ выемкой помѣстилась сверху бранши со стержнемъ.

Этотъ необходимый приѣмъ, раздвигая на время рукоятки и переводя заднюю ложку, помѣщенную

первой, рискуетъ ее перемѣстить. Встрѣчу крючковъ легко избѣжать, но высота стержня является препятствіемъ, которое трудно уменьшить.

Чтобы избѣжать необходимости такого раскрещиванія, всегда опаснаго, безусловно предпочтительнѣе вводить сперва переднюю ложку, рукоятка которой имѣетъ стержень. Достаточно небольшого вниманія, чтобы сумѣть всегда провести ее на правильное мѣсто, которое она должна занять. Задняя ложка, рукоятка которой снабжена выемкой, будетъ затѣмъ введена сверху первой и перекрестить ея ложку сверху. Она представитъ свою выемку естественно стержню первой ложки.

Такъ какъ оба эти способа имѣютъ своихъ приверженцевъ, то мы и опишемъ послѣдовательно—одинъ и другой.

А. Правое косое наложеніе съ раскрещиваніемъ и вторичнымъ перекрещиваніемъ рукоятокъ.

Въ этомъ случаѣ, стало быть, первой вводятъ правую ложку (съ выемкой), держа ее правой рукой и имѣя проводникомъ лѣвую руку, а второй вводятъ лѣвую ложку (со стержнемъ), держа ее лѣвой рукой, и имѣя проводникомъ правую руку.

Введеніе ложекъ дѣлается такъ же, какъ и при прямомъ наложеніи съ одной только разницей, что первая ложка остается окончательно на томъ мѣстѣ, гдѣ она введена, т.-е. сзади и справа, впереди крестцово-сѣдалищной связки въ то время, какъ вторая ложка, съ помощью уже описаннаго, но въ данномъ случаѣ медленнаго спи-

рального движенія, переводится, послѣ своего введенія, сперва на сторону, затѣмъ впередъ позади лѣваго подвздошнаго бугорка, какъ разъ напротивъ первой помѣщенной ложки.

Обѣ бранши помѣщаются одна подлѣ другой по сторонамъ оперирующаго.

2°. Введеніе первой руки-проводника (лѣвой).

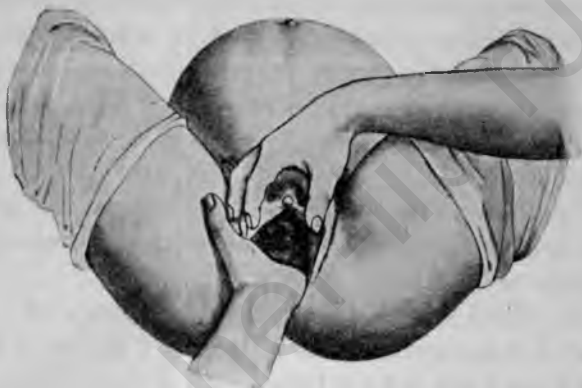


Рис. 194. Введеніе первой руки-проводника (лѣвой).

Рука-проводникъ вводится въ матку совершенно такъ же, какъ и при прямомъ наложеніи (рис. 194).

Если головка находится слишкомъ высоко и если неувѣрены, что прошли за край шейки матки, то необходимо ввести также и указательный палецъ, чтобы имѣть возможность проникнуть выше.

Скользя по дну полости таза, тыльная поверхность пальцевъ достигаетъ его задне-боковой поверхности; затѣмъ, поднимаясь наискось, пальцы достигаютъ между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ передней поверхности праваго крестцо-

во-подвздошнаго соединенія. По пути они прощупывают край шейки матки и осторожно проникают между нѣмъ и головкой плода.

Хорошо введенная, рука занимаетъ соотвѣтствующую половину крестцово-сѣдалищной вогнутости, къ которой она обращена своей тыльной поверхностью, помѣщенной наискось одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность обнимаетъ правую темянно-скуловую область, на которую будетъ наложена ложка.

Ось руки-проводника соотвѣтствуетъ здѣсь линіи хорошаго захвата.

3°. Введеніе и помѣщеніе первой ложки (правой бранши съ выемкой, которую держать правая рука) проводимой по лѣвой рукѣ.

Рука-проводникъ помѣщается на мѣсто, правой рукой берутъ, какъ писчее перо, рукоятку правой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи къ ладони руки-проводника такъ, что ось ложки совпадаетъ, насколько возможно, съ осью руки-проводника (рис. 195). Ложка—точное воспроизведеніе руки—должна скользить, касаясь и по оси этой руки. Въ слѣдующій моментъ, прикладываютъ уплощенной поверхностью конецъ ложки къ ладони руки-проводника и легко его продвигаютъ, постепенно опуская ея рукоятку на предплечье руки-проводника, наискось въ правую сторону матери (рис. 196 и 197) и съ тѣми же предосторожностями, что и при прямомъ наложеніи.

Проникновеніе достаточно, какъ только конецъ ложки перешелъ за концы пальцевъ. Въ



Рис. 195. Приставленіе первой ложки къ ладони руки-проводника.

этотъ моментъ просвѣтъ ложки совершенно скрылся (рис. 89) и ложка такимъ образомъ, сразу введена на свое окончательное мѣсто, будучи наложена по длинѣ головного овоида. Послѣ этого руку-проводникъ вынимаютъ, а рукоятку ложки оставляютъ лежать на спайкѣ половой расщелины.

Хорошо помѣщенная рукоятка правой ложки находится почти въ горизонтальномъ положеніи. Крючекъ ея, перпендикулярный къ захватываю-



Рис. 196. Опускание рукоятки первой ложки.



Рис. 197. Опускание рукоятки первой ложки.

щей поверхности ложки, свидѣтельствуя о положеніи ложки, поднимается наискось кверху и въ лѣвую сторону матери (рис. 197).

Рукоятку передаютъ помощнику, находящемуся слѣва, который осторожно долженъ держать ее подъ правымъ бедромъ женщины неподвижной, ни въ коемъ случаѣ не придавая ей и не допуская ей производить никакого движенія (рис. 198 и слѣдующіе). Это является однимъ изъ самыхъ важныхъ правилъ. Если помощникъ подниметь или опуститъ крючекъ, то этимъ онъ вытянетъ или вдвинетъ ложку; если онъ приблизитъ крючекъ къ лѣвому бедру, то такимъ движеніемъ онъ приподниметъ конецъ ложки къ правой сторонѣ матери, каковая можетъ быть пораненной, напротивъ, передвинувъ крючекъ къ правому бедру, онъ передвинетъ ложку и головку влѣво, къ лѣвой стѣнкѣ полости и уничтожитъ такимъ образомъ или по меньшей мѣрѣ сузить пространство, необходимое для введенія второй ложки; если онъ перемѣститъ крючекъ, то то же сдѣлается и съ ложкой, которая повернется въ томъ же направленіи и измѣнитъ линію захвата.

4°. Введеніе второй руки-проводника (правой)

Теперь для второй ложки (лѣвой со стерженьемъ) проводникомъ будетъ служить правая рука. Ее вводятъ безъ большого пальца (сверху уже помѣщенной бранши, которая лежитъ на спайкѣ половой расщелины и которую внимательно держитъ помощникъ) сзади и сбоку, между копчикомъ и сѣдалищнымъ бугромъ, въ область крестцово-сѣдалищной связки до тѣхъ поръ, пока рука не будетъ остановлена

угломь отогнутаго большого пальца (рис. 198). Такимъ образомъ, рука навѣрное пройдетъ за шейку матки, край которой необходимо распознать для того, чтобы ввести руку между нимъ и головкой.

Хорошо введенная, рука занимаетъ соответствующую половину крестцово-сѣдалищной вогнутости, къ которой она обращена своей тыльной



Рис. 198. Введеніе второй руки-проводника (правой).

поверхностью, направленной наискось, одновременно внизъ и въ сторону. Ея ладонная поверхность обнимаетъ лобную область плода при переднемъ видѣ и затылочную—при заднемъ видѣ праваго косога. Введеніе этой руки немного затруднительнѣе, чѣмъ введеніе первой, такъ какъ головка всегда слегка отодвинута помѣщеннсіи толстой и упругой первой ложкой.

Ось этой руки-проводника, ось, по которой будетъ введена лѣвая ложка, не соответствуетъ

въ данномъ случаѣ линіи хорошаго захвата, темянно-скуловой. Ложка, сразу введеная по оси руки, должна быть переведена одна только сперва въ сторону, затѣмъ налѣво и впередъ, въ положеніе



Рис. 199. Приставленіе второй ложки къ ладони руки-проводника.

противоположное первой на темянной бугоръ и на щеку.

5° Введеніе и помѣщеніе второй ложки (лѣвой бранши со стержнемъ, которую держать лѣвая рука), проводимой по правой рукѣ.

Помѣстивъ руку-проводникъ на мѣсто, лѣвой рукой берутъ, какъ писчее перо, рукоятку лѣвой ложки и приставляютъ ее въ висячемъ положеніи къ ладони руки-проводника (рис. 199) такъ, чтобы ось ложки соотвѣтствовала по возможности оси руки-проводника. Въ слѣдующій моментъ, спинку конца ложки плотно прикладываютъ къ ладони этой руки и затѣмъ осторожно ее продвигаютъ, опуская понемногу ея рукоятку наискось въ правую сторону матери съ соблюденіемъ тѣхъ же предосторожностей, что и при прямомъ наложеніи (рис. 200 и 201).

Не слѣдуетъ колебаться продвигать, конечно, безъ насилія, ложку слишкомъ высоко за концы пальцевъ.

Тогда просвѣтъ ложки цѣликомъ становится невидимымъ, а рукоятка почти горизонтальной (рис. 101). При переднихъ видахъ праваго косога необходимо, чтобы конецъ ложки зашелъ за лобъ, и нашель тамъ свободное пространство, и тамъ помѣстился, позволивъ вогнутости ложки легко и вполне приспособиться къ полой кривизнѣ. Безъ этого условія ложка не сможетъ въ дальнѣйшемъ, вслѣдствіе узкаго пространства, отдѣляющаго лобную кость отъ боковой стѣнки таза, скользнуть со лба сперва въ сторону, затѣмъ впередъ на темянно-скуловую линію. При заднихъ видахъ праваго косога нельзя рассчитывать на столь глубокое проникновеніе ложки, такъ какъ ея конецъ достигаетъ затылка довольно скоро, что узнается по испытываемому сопротивленію и особенно по указаніямъ руки-проводника.

Продвинувъ ложку насколько возможно, необходимо перевести ее, съ помощію спи-



Рис. 200. Опусканіе рукоятки второй ложки.



Рис. 201. Опусканіе рукоятки второй ложки.

рального движенія М-те Лашанелль, впередъ, на ея окончательное мѣсто, помня, что она можетъ скользнуть легко лишь оставаясь въ соприкосновеніи съ выпуклой поверхностью головки.

Какъ всегда, необходимо знать при этомъ движеніи, что слѣдуетъ дѣлать и дѣлать это легко и увѣренно.

Чтобы вызвать необходимое проскальзываніе, которое должно привести ложку изъ ея первоначальнаго лѣво-задняго положенія въ лѣво-переднее положеніе, слѣдуетъ остерегаться двигать рукой-проводникомъ, что рискуетъ повернуть головку, смѣстить первую ложку и плохо помѣститъ вторую. Слѣдуетъ дѣйствовать только рукой, которая, держа рукоятку, захвативъ рукоятку всей рукой (рис. 202) и продѣлывая, уже описанное движеніе, для помѣщенія ложекъ при прямомъ захватѣ.

Послѣ введенія ложки, крючекъ обращенъ наискось кверху и вправо такъ же, какъ и захватывающая поверхность ложки (рис. 201).

Теперь слѣдуетъ перевести рукоятку къ правому бедру (для того, чтобы ложка могла проскользнуть на лѣвую сторону полости таза), въ то же время повернуть ее слегка по ея оси и помѣститъ крючекъ, находившійся наискось, прямо въ правую сторону женщины (рис. 203).

Способъ на половину осуществлень. Ложка перешла за край руки-проводника и переходитъ въ боковую сторону таза. Это—первый этапъ.

Въ то время, какъ вынимаютъ руку-проводникъ, продолжаютъ, постоянно вдвигая (со всей,



Рис. 202. Спиральное движение М-те Лашанелль (1-ый моментъ.)



Рис. 203. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-ой моментъ.)

конечно, осторожностью) такъ, чтобы конецъ ложки продвинулся еще, опускать рукоятку и повертывать ее по ея же оси, чтобы заставить ложку скользить болѣе впередъ (рис. 204). Это движеніе поворачиванія по оси останавливаютъ лишь тогда, когда крючекъ будетъ обращенъ наискось внизъ и вправо женщины. Рукоятка, которая, послѣ



Рис. 204. Спиральное движеніе М-те Лашанелль (3-ій моментъ.)

перваго момента способа широко перекрещивала сверху помѣщенную первой, переходитъ отъ праваго бедра по направленію къ правой браншѣ. Это—второй и послѣдній этапъ.

Предпочтительнѣе вынимать руку совершенно, по мѣрѣ того, какъ происходитъ это движеніе для того, чтобы не уменьшить и такъ узкое пространство вокругъ головки, куда должна пройти ложка. Освободившаяся рука-проводникъ замѣняется тогда рукой помощника, чтобы

держатъ рукоятку первой помѣщенной ложки (рис. 204).

Во все время маневрированія со второй этой браншей, необходимо постоянно представлять себѣ большое проникающее спиральное движеніе, которое описываетъ ложка въ тазу, между головкой и стѣнкой матки.

6°—З а м ы к а н і е б р а н ш е й.

Когда лѣвая бранша со стержнемъ приблизилась такимъ образомъ къ правой браншѣ, то замѣчаютъ, что ея стержень не вполне соотвѣтствуетъ выемкѣ правой бранши (рис. 204). Такъ какъ пришлось ее продвинуть выше, чтобы обогнуть головку, то она и введена глубже. Нужно, стало быть, вытянуть ее слегка, чтобы подвести ея стержень на уровень выемки.

Если спиральное движеніе было слишкомъ слабо, то уплощенныя поверхности замыкающихся частей не прикладываются одна къ другой. Иногда для этого недостаетъ немногаго, иногда же многогаго.

Если недостаетъ немногаго, то достаточно повернуть слегка рукоятку въ противоположное направленіе, чтобы привести ихъ въ соотвѣтствіе одной къ другой. Если же оно велико и если очевидно, что для приведенія ихъ на одинъ уровень необходимо примѣнить силу, то лучше вытянуть ложку, наложенную послѣдней, съ помощью движенія, противоположнаго тому, которое было сдѣлано при введеніи, и перемѣстить ее съ большей предосторожностью. Слѣдуетъ вынуть даже послѣ этой ложки и первую ложку, если только имѣется хоть малѣйшее сомнѣніе насчетъ ея помѣщенія. Снова тогда провѣряютъ тщательно распознаваніе и начинаютъ снова всю операцію,

Если захватъ хорошъ и правиленъ, то уплощенные поверхности замыкающихся частей совпадаютъ точно одна съ другой.

Послѣ введенія и помѣщенія обѣихъ ложекъ замѣчаютъ, что ихъ рукоятки слегка расходятся и имѣютъ направленіе наискось въправо по отношенію къ срединной плоскости матери; оба крючка также помѣщены наискось (крючекъ лѣвой бранши обращенъ внизъ и въправо матери, крючекъ же правой бранши—вверхъ и влѣво женщины).

Для того, чтобы замыканіе было возможно, необходимо теперь раскрестить бранши, чтобы затѣмъ ихъ снова скрестить такъ, чтобы бранша съ выемкой была сверху бранши со стержнемъ.

Этотъ приемъ слѣдуетъ дѣлать медленно и осторожно.

Съ другой стороны, слѣдуетъ раздвигать бранши возможно менѣе и возможно менѣе двигать заднюю браншу, помѣщенную первой и, слѣдовательно, наложенную въ наилучшихъ условіяхъ.

Слѣдовательно, нужно поворачивать браншу со стержнемъ вокругъ бранши съ выемкой до тѣхъ поръ, пока она не будетъ перекрещена снизу.

Оперируютъ, держа крючки концами пальцевъ (лѣвая рука на крючкѣ лѣвой рукоятки, правая рука на крючкѣ правой рукоятки, рис. 205), необходимо перемѣнить захватъ два раза.

Лѣвая рука, перенеся лѣвую рукоятку сверху и отъ правой рукоятки беретъ также и эту послѣднюю; правая рука, освободившись, беретъ лѣвую рукоятку, которую она проводитъ подъ правой ручкой, одной остающейся почти неподвижной

въ лѣвой рукѣ. Снова перемѣняя руки, правая рука отдаетъ лѣвую рукоятку лѣвой рукѣ, а сама беретъ правую рукоятку, чтобы произвести замыканіе.

Послѣ вторичнаго перекрещиванія, замыканіе легко, если захватъ былъ хорошъ. Если уплощенные поверхности не совпадаютъ точно одна съ другой и если ихъ нельзя легко привести для замыканія уплощенными частями, то лучше начать снова всю операцію, чѣмъ примѣнять силу для наложенія одной на другую.

Рукоятки, удерживаемыя концами пальцевъ, сближаются затѣмъ безъ усилія для того, чтобы ввести стержень въ выемку (рис. 206). Послѣ этого, въ то время какъ лѣвая рука сжимаетъ слегка рукоятки, чтобы ложки прилегали тѣсно къ головкѣ, правая рука крѣпко завинчиваетъ стержень такъ, чтобы окончательно зафиксировать обѣ бранши, одна на другой (рис. 207).

Никогда не слѣдуетъ завинчивать сдавливающій винтъ. Задачей является захватъ головки, а не ея сплющиваніе и сдавливаніе.

7°. П р о в ѣ р к а.

Произведя замыканіе, еще разъ отмѣчаютъ косоое положеніе крючковъ и косоое направленіе рукоятокъ въ правую сторону матери (рис. 207), что указываетъ на то, что поворотъ головки не произошелъ, въ чемъ также убѣждаются внутреннимъ изслѣдованіемъ пальцемъ подъ щипцами; спереди и справа прощупываютъ малый родничекъ, если имѣется передній видъ, или большой родничекъ, если дѣло идетъ о заднемъ видѣ праваго косога; стрѣловид-



Рис. 205. Положеніе рукъ для раскрещиванія рукоятокъ.



Рис. 206. Рукоятки раскрещены и замкнуты.

ный шовъ соотвѣтствуетъ к о с о м у п р а в о м у
р а з м ѣ р у. Когда положеніе рукоятокъ щип-
цовъ таково, какимъ оно должно быть при суще-
ствующемъ положеніи головки, можно быть увѣ-
реннымъ, что наложеніе сдѣлано хорошо, т.-е.,
что головка хорошо захвачена по своему боль-
шому поперечному размѣру.

Какъ и при прямомъ наложеніи, необходимо



Рис. 207. Окончателное фиксированіе браншей одна на
другой.

еще убѣдиться, что щипцы не могутъ соскользнуть,
т.-е., что концы ложекъ прошли за экваторъ (что
бываетъ, когда полюсь головки находится на
уровнѣ глазковъ ножки) и что головка захвачена
одна только, т.-е., что не прощупывается, между
ложками и головкой, никакой складки материн-
скихъ частей, ущемленной ложками, несмотря
на всѣ принятыя предосторожности.

8° И з в л е ч е н і е.

Чтобы окончить роды, необходимо теперь допол-
нить опусканіе, вызвать поворотъ, протащить

головку через выходъ таза, ввести ее въ мягкую часть таза и, наконецъ, вывести ее изъ половой расщелины. Для этого, присоединяють, какъ и раньше, къ инструменту тракторъ; послѣ чего берутъ обѣими руками валець (рис. 208) и про-

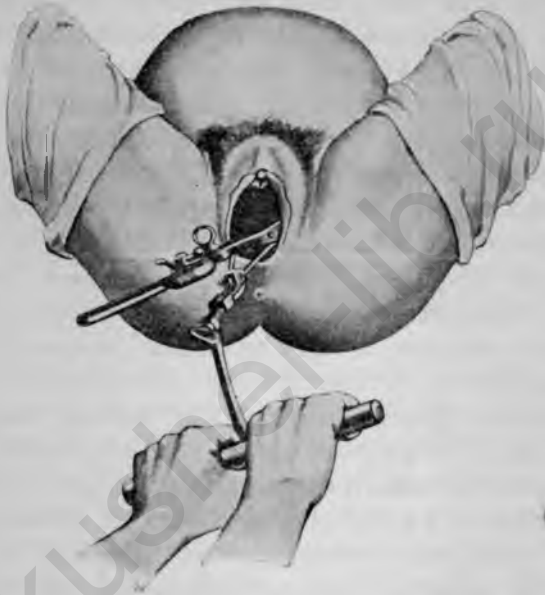


Рис. 208. Потягиваніе за валець.

Изгибъ трактора умышленно изображенъ немного удаленно отъ рукоятокъ шипцовъ, чтобы показать постепенное приподниманіе ихъ по мѣрѣ опусканія головки. Необходимо постоянно слѣдить за этимъ движеніемъ и постоянно поддерживать изгибъ трактора на разстояніи одного поперечнаго пальца отъ рукоятокъ.

изводятъ на инструментъ, составляющій съ головкой одно цѣлое, серію послѣдовательныхъ тракцій, а не непрерывное потягиваніе. Направленіе этихъ тракцій постоянно указывается направленіемъ ру-

коятокъ щипцовъ, каковыя служатъ показательной стрѣлкой; во все время операціи, изгибъ трактора долженъ находиться на разстояніи одно́го поперечнаго пальца отъ рукоятокъ щипцовъ.

Такимъ образомъ, головку спускаютъ на дно таза до тѣхъ поръ, пока не увидятъ, что задняя часть промежности начинаетъ выпячиваться. Производя это, видно, какъ рукоятки щипцовъ понемногу становятся все менѣе и менѣе косыми, въ то время, какъ наклоненіе крючковъ уменьшается все болѣе и болѣе до тѣхъ поръ, пока головка не окажется въ выходѣ таза, рукоятки не будутъ находиться въ срединной плоскости матери, а оба крючка не будутъ направлены поперечно (рис. 169). Поворотъ головки произойдетъ совершенно самопроизвольно и въ хорошемъ направленіи, одновременно съ опусканіемъ, вслѣдствіе того, что здѣсь такъ же, какъ и при косомъ лѣвомъ наложеніи, невольно тянуть всегда сильнѣе за наиболѣе приподнятый конецъ валька (рис. 208).

Попавшая въ выходъ таза головка находится тамъ совершенно естественно въ переднемъ видѣ прямого размѣра, если первоначально она была въ переднемъ видѣ праваго косо́го, въ заднемъ видѣ прямого размѣра, если первоначально она находилась въ заднемъ видѣ праваго косо́го.

Ея выведеніе производится затѣмъ, какъ и при прямомъ наложеніи (рис. 169 и слѣдующіе).

В. Косое правое наложеніе безъ раскрещиванія и вторичнаго перекрещиванія браншей. (рис. 209—219).

Чтобы избѣжать необходимости раскрещивать и снова перекрещивать,—операція всегда немного затруднительная — безусловно предпочтительнѣе

вести сперва браншу со стержнемъ, т.е. лѣвую (держа ее лѣвой рукой и имѣя проводникомъ правую руку), а затѣмъ уже правую браншу съ выемкой (держа ее правой рукой и имѣя проводникомъ лѣвую руку). Введеніе руки-проводника, приставленіе, введеніе и помѣщеніе ложекъ дѣлаются такъ же, какъ и раньше, съ той единственной разницей, что въ данномъ случаѣ должна будетъ описать проникающее спиральное движеніе М-те Лашанелль первая введенная ложка и она же должна будетъ скользить со своего задне-лѣваго положенія проникновенія на свое передне-лѣвое положеніе наложенія (рис. 155, 209—214).

Помѣстивъ хорошо эту ложку, помощникъ, держащій ее, долженъ слегка опустить ея рукоятку для того, чтобы позволить ввести вторую руку-проводникъ (лѣвую рис. 215) и вторую ложку, что дѣлается обычнымъ способомъ, при чемъ вторая ложка остается окончательно на томъ мѣстѣ, куда она была введена (рис. 216—219). Затѣмъ слегка приподнимають лѣвую рукоятку, чтобы подвести ее къ правой браншѣ (рис. 219). Рукоятка второй ложки (правой), имѣющей выемку, сама собой перекрещивается надъ рукояткой первой ложки (лѣвой), однако, выемка не находится вполнѣ напротивъ стержня (рис. 219). Первая ложка, продвинутая выше для того, чтобы имѣть возможность обогнуть головку, вводится глубже. Необходимо, стало быть, ее вытащить немного для того, чтобы вывести ея стержень на уровень выемки.

Если захватъ хорошъ и правиленъ, то уплощенные поверхности замыкающихся частей приходятся точно одна къ другой.

Рукоятки, удерживаемыя концами пальцевъ, сближаются затѣмъ безъ усилія для того, чтобы



Рис. 209. Приставленіе первой ложки къ ладони руки-проводника.

ввести въ выемку стержень, который и завинчивается, какъ было выше указано (рис. 206 и 207). Никогда не слѣдуетъ завинчивать сдавливающій винтъ, о чемъ мы уже упоминали много разъ.

Если спиральное движеніе первой ложки было слишкомъ слабымъ, то уплощенные поверхности замыкающихся частей не приходятся точно одна



Рис. 210. Опускание рукоятки первой ложки.



Рис. 211. Опускание рукоятки первой ложки.



Рис. 212. Спиральное движение М-те Лашанелль (1-ый моментъ).



Рис. 213. Спиральное движение М-те Лашанелль (2-ой моментъ).



Рис. 214. Спиральное движение М-те Лашанелль (3-й моментъ).



Рис. 215. Введеніе второй руки-проводника (лѣвой).



Рис. 216. Приставление второй ложки къ ладони руки-проводника.



Рис. 217. Опусканіе рукоятки второй ложки.



Рис. 218. Опусканіе рукоятки второй ложки.



Рис. 219. Замыканіе браншей.

противъ другой. Иногда это несоотвѣтствіе невелико, иногда оно большое. Если оно невелико, то стоитъ лишь, какъ это выше указывалось, повернуть слегка рукоятки ея въ противоположное направленіе, чтобы подвести ихъ для замыканія. Если же несоотвѣтствіе велико и очевидно, что для его исправленія придется примѣнить силу, то предпочтительнѣе вытащить обѣ ложки одну за другой, сперва введенную второй съ помощью движенія обратнаго тому, которое было сдѣлано при ихъ введеніи. Тщательно провѣряютъ распознаваніе и возобновляютъ всю операцію. П р о в ѣ р к а и и з в л е ч е н і е дѣлаются такъ же, какъ и раньше.

Какъ видно, рисунки, касающіеся оперативной техники отличаются немного отъ таковыхъ Фарабейфа и Варнье.

Большая трудность при наложеніи щипцовъ состоитъ въ помѣщеніи ложекъ точно на двухъ концахъ тазового размѣра, перпендикулярнаго тому, въ которомъ находится головка, условіе, необходимое для хорошаго захвата. Этому результату достигаютъ несомнѣнно легче, соблюдая общее правило: опускать всегда рукоятку каждой ложки въ плоскости размѣра таза, въ которомъ стоитъ головка: или прямо сверху внизъ, если головка стоитъ въ прямомъ размѣрѣ, наискось въ лѣвую сторону матки, если головка стоитъ въ косомъ лѣвомъ размѣрѣ и наискось въ правую сторону матери, если она стоитъ въ косомъ правомъ размѣрѣ.

ГЛАВА VII.

Поперечное стояніе головки въ выходѣ таза.

При нормальныхъ родахъ головка плода, опустившись въ выходѣ таза, подвергается вращательному движенію, благодаря которому стрѣловидный шовъ продвигается въ тазу къ его прямому размѣру; другими словами, такъ какъ наибольшимъ размѣромъ выхода таза является прямой размѣръ, то условіемъ *sine qua non* нормальнаго и правильнаго окончанія родовъ при предлежаніи головки, является помѣщеніе наибольшаго размѣра ея въ указанный размѣръ таза. Внутренній поворотъ головки, впрочемъ, въ равной мѣрѣ и ея движенія, сгибанія, могутъ произойти на различныхъ уровняхъ во время ея прохожденія черезъ тазъ; они могутъ произойти даже поздно безъ того, чтобы роды считались неправильными. Однако, если головка, опустившаяся въ выходѣ таза, вмѣсто того, чтобы подвергнуться правильному повороту, остается въ поперечномъ размѣрѣ болѣе или менѣе продолжительное время, то стояніе ея въ этомъ размѣрѣ можетъ дать мѣсто различнымъ осложненіямъ и представляетъ въ такомъ случаѣ настоящую неправильность родовъ.

Впрочемъ она не часто встрѣчается. Большинство руководствъ по акушерству упоминають о ней мелькомъ. Нѣкоторые даже не говорятъ о ней совершенно, а, однако, стояніе въ поперечномъ размѣрѣ можетъ сдѣлаться причиной серьезныхъ затрудненій. Эта неправильность въ особенности была изучена профессоромъ М. Мюрэ¹⁾. Чтобы систематизировать ея различныя причины, этотъ авторъ дѣлитъ поперечныя стоянія головки въ выходѣ таза на двѣ большія группы, первичныя и вторичныя, къ которымъ присоединяетъ смѣшанныя случаи.

Первичныя поперечныя стоянія, это тѣ, когда это поперечное стояніе остается таковой съ самаго начала родовъ и ея неподвижность обязана неправильности таза. Вторичныя поперечныя стоянія тѣ, когда они становятся таковыми лишь во время схватокъ и когда они обязаны остановкѣ совершенія поворота заднихъ затылочныхъ положеній, превращающихся въ передне-затылочные. Болѣе рѣдкіе смѣшанные случаи вызываются первичными положеніями, вслѣдствіе неправильности таза, каковой объясняется ихъ неподвижность, и вторичными, вслѣдствіе неполнаго поворота головки.

А. ПЕРВИЧНЫЯ ПОПЕРЕЧНЫЯ СТОЯНІЯ.

Обычно они обязаны неправильности таза.

1° Плоскій нерахитичный тазъ, повидимому, часто даетъ имъ мѣсто.

¹⁾ М. Muret. Поперечное стояніе головки въ выходѣ таза въ *Revue médicale de la Suisse Romande* 1894, работа, изъ которой мы заимствуемъ послѣдующія строки.

Въ этой формѣ таза, взаимныя отношеія между прямыми размѣрами входа, полости и выхода таза тѣ же, или почти тѣ же, что и въ правильномъ тазу. Такія отношенія и отличаютъ этотъ тазъ отъ плоскаго рахитичнаго таза, въ которомъ выходъ обычно расширенъ или въ поперечномъ размѣрѣ или въ прямомъ. Стало быть, тазъ уплощенъ спереди назадъ по всей своей высотѣ, хотя въ общемъ суженіи прямого размѣра немного болѣе выражено въ выходѣ, чѣмъ въ полости и выходѣ таза. Поперечные размѣры обычно нормальны.

Въ этихъ тазахъ, какъ во всѣхъ плоскихъ тазахъ, головка вступаетъ во входъ, по поперечному его размѣру; пройдя въ полость, гдѣ суженіе въ прямомъ размѣрѣ даетъ себя чувствовать, головка сохраняетъ свое поперечное стояніе вплоть до выхода таза. Такимъ образомъ, головка проходитъ весь тазъ, не подвергаясь повороту, такъ какъ та же самая причина, которая принуждаетъ ее установиться поперечно во входѣ таза, продолжаетъ дѣйствовать по всей длинѣ его.

2° Еще чаще наблюдаютъ поперечное стояніе въ выходѣ таза въ случаяхъ плоскихъ и обще-суженныхъ тазовъ; эти тазы представляютъ всѣ признаки суженныхъ по всѣмъ размѣрамъ тазовъ, съ преобладающимъ суженіемъ прямого размѣра вплоть до выхода таза; они сильно приближаются къ плоскому, нерахитичному тазу и, сверхъ того, ихъ высота часто незначительна. Въ этомъ случаѣ, также головка устанавливается поперечно и сохраняетъ охотно, во время своего прохожденія черезъ тазъ, начальное поперечное стояніе.

Если дѣло идетъ о головкѣ нормальныхъ размѣровъ, условія тѣ же самыя, что и въ случаѣ простого плоскаго таза, съ сильно развитой головкой; несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ въ такомъ случаѣ аналогично.

3° Тазы, сѣуженные въ выходѣ таза, такъ называемые воронкообразныя, играютъ въ равной мѣрѣ извѣстную роль въ этиологіи поперечнаго стоянія въ выходѣ таза. Головка быстро и легко опускается въ сѣуженную часть таза, не производя поворота, и здѣсь попадаетъ между бугромъ и сѣдалищной остью, гдѣ не имѣетъ необходимаго для поворота мѣста; каждая схватка въ такомъ случаѣ способствуетъ все болѣе и болѣе фиксированію этому неудобному стоянію.

4° Наконецъ, приходилось наблюдать первичное поперечное стояніе въ выходѣ таза въ нѣкоторыхъ случаяхъ правильныхъ тазовъ, когда имѣется головка меньшихъ размѣровъ и устанавливается по какимъ-нибудь причинамъ, поперечно во входѣ таза; при этихъ условіяхъ головка опускается въ полость, сохраняя свое первоначальное положеніе; она не подвергается никакому механизму, никакому повороту и можетъ долго оставаться поперечной, вступивъ въ выходъ таза. Такой случай наблюдается, когда разрывъ оболочекъ происходитъ моментально и головка, до того подвижная (какъ у многородящихъ) неожиданно опускается вплоть до выхода таза, въ томъ самомъ положеніи, въ какомъ она была во входѣ таза.

В. ВТОРИЧНЫЯ ПОПЕРЕЧНЫЯ СТОЯНІЯ.

Въ большомъ числѣ случаевъ, полученное стояніе головки въ выходѣ таза обязано остановкѣ внутренняго поворота, который переводить при заднихъ видахъ затылокъ впередъ. Оно наблюдается особенно, когда дѣло идетъ о большихъ головкахъ съ широкимъ затылкомъ. Въ такомъ случаѣ, головка опускается въ полость въ заднемъ видѣ и поворотъ начинается: сильныя въ началѣ схватки успѣвають перевести стрѣловидный шовъ въ поперечный размѣръ таза. Иногда такой результатъ достигается только съ трудомъ и послѣ долгихъ часовъ родовыхъ болей. И тогда достаточно, чтобы схватки ослабѣли, чтобы роженица истощилась и поворотъ на этомъ приостановится; схватки появляются все рѣже, роженица не можетъ болѣе тужиться и съ этого момента не происходитъ никакихъ перемѣнъ.

Очевидно, что при этихъ вторичныхъ стояніяхъ дѣло идетъ часто о стояніи не вполне и точно поперечномъ, какъ это наблюдается при первичныхъ стояніяхъ, обязанныхъ плоскому тазу.

С. СМѢШАННЫЕ ИЛИ ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМИ И ВТОРИЧНЫМИ ПОПЕРЕЧНЫМИ СТОЯНІЯМИ СЛУЧАИ.

Эти случаи одновременно вызваны и первичными и вторичными стояніями вслѣдствіе того, что вліяніе узкаго таза даетъ себя знать одновременно съ остановкой поворота при заднемъ видѣ. Тазъ позволяетъ установиться головкѣ во входѣ по одному изъ косыхъ размѣровъ; но головка, уста-

новившись въ заднемъ видѣ, становится поперечной вслѣдствіе неполнаго поворота. Съуженіе полости и выхода таза мѣшаетъ затѣмъ закончиться повороту и удерживаетъ головку въ поперечномъ стояніи. Въ такомъ случаѣ, происходитъ одновременно остановка поворота, какъ при вторичныхъ поперечныхъ стояніяхъ, и устойчивость поперечнаго стоянія, какъ при первичныхъ стояніяхъ.

Въ дальнѣйшемъ продолженіе этой неправильности можетъ представить слѣдующія особенности:

1° Внутренній поворотъ не происходитъ; поперечное стояніе продолжаетъ оставаться такимъ или въ выходѣ таза или въ мышечномъ тазу или происходитъ поперечное прорѣзываніе головки.

2° Послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго времени, внутренній поворотъ происходитъ или въ выходѣ таза или въ мягкомъ тазу.

Распознаваніе поперечнаго стоянія головки въ выходѣ таза не всегда легко. Въ самомъ дѣлѣ, родовая опухоль головки иногда настолько развита, что сразу нѣтъ возможности прощупать ни стрѣловиднаго шва, ни родничковъ; только послѣ того, какъ сдавить опухоль, такъ сказать, ея массируваніемъ, можно въ этихъ случаяхъ признать поперечное стояніе головки; иногда можно также довольно легко достигнуть передняго уха непосредственно за лоннымъ соединеніемъ.

Въ типичныхъ случаяхъ, прощупываніе черезъ животъ не безразлично для распознаванія, такъ какъ въ такомъ случаѣ спинка обычно повернута совершенно прямо въ сторону, а не направлена

одновременно въ сторону и впередь или назадъ, какъ это бываетъ при переднихъ или заднихъ видахъ. Максимумъ сердцебіенія плода находится выше пупка и довольно въ сторону отъ средней линіи.

Всегда важно стараться отдать себѣ отчетъ въ каждомъ случаѣ о причинѣ неправильности, причинѣ, которая имѣетъ свое значеніе для предсказанія и для леченія.

Съ этой точки зрѣнія, измѣренія таза имѣютъ капитальную важность ибо одно знаніе ихъ наружныхъ размѣровъ можетъ уже позволить опредѣлить существованіе плоскаго, нерахитичнаго таза или плоскаго общесъуженнаго таза; и въ такомъ случаѣ безошибочно можно распознать наличность первичнаго поперечнаго стоянія. Понятно, что, если акушеръ имѣлъ возможность слѣдить за родами съ самаго начала ихъ, онъ легче еще сможетъ отличить первичное стояніе отъ вторичнаго.

Наконецъ, не слѣдуетъ пренебрегать выясненіемъ, насколько это возможно, величины головки и того обстоятельства, находится ли она еще въ выходѣ таза или же она его прошла; необходимо затѣмъ тщательно слѣдить за тѣмъ, имѣетъ ли головка какую-нибудь наклонность измѣнить свое стояніе и имѣетъ ли малый родничекъ какое-нибудь расположеніе повернуться кпереди.

Въ общихъ чертахъ можно сказать, что предсказаніе поперечныхъ стояній головки въ выходѣ таза благоприятно; но если они часто прекращаются самопроизвольно, то они могутъ дать мѣсто различнымъ осложненіямъ, сдѣлаться опас-

ными или для матери, или для ребенка и вызвать необходимость оперативнаго вмѣшательства.

Если поворотъ не прекратить такое положеніе таза, то головка, за исключеніемъ случаевъ, когда ей удастся прорѣзаться поперечно, не можетъ опуститься ниже.

При этихъ условіяхъ, схватки становятся все слабѣе, утихаютъ и постепенно совершенно прекращаются; или же наоборотъ онѣ становятся болѣе сильными, появляются почти непрерывно одна за другой, чтобы преодолѣть препятствіе и роженица начинаетъ тужиться изо всѣхъ силъ.

Тогда поперечно стоящая головка упирается въ лонное соединеніе, родовая опухоль головки увеличивается все время въ своихъ размѣрахъ и наружные половые органы матери начинаютъ отекать. Роженица не можетъ болѣе мочиться самопроизвольно, она очень страдаетъ, пульсъ учащается, температура повышается и такое безвыходное состояніе все болѣе и болѣе ухудшается, если только искусство не поможетъ. Въ такихъ случаяхъ продолжительное сдавливаніе мягкихъ частей матери головкой плода можетъ вызвать частичное омертвѣніе влагалища съ послѣдующими свищами.

Ребенокъ, въ такомъ случаѣ, неизбежно страдаетъ въ свою очередь; сердцебіеніе замедляется; отходить меконій и дѣло кончается смертью плода, если роды не оканчиваются быстро.

Поперечное стояніе головки въ выходѣ таза является часто временнымъ и роды могутъ окончиться самопроизвольно въ большемъ числѣ случаевъ, поэтому-то первымъ правиломъ леченія является воздержаніе отъ какого бы то ни было

ранняго вмѣшательства; необходимо возможно дольше оставаться въ выжиданіи и стараться, насколько возможно, способствовать подходящими гигиеническими мѣропріятіями самопроизвольному продолженію родовъ. Такъ, напримѣръ, часто удается облегчить поворотъ малаго родничка кпереди, заставляя роженицу лечь на бокъ, соотвѣтствующій затылку.

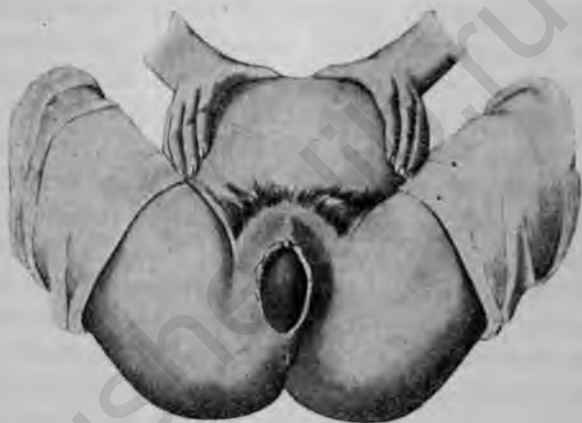


Рис. 220. Выдавливаніе по Кристеллеру.

Затѣмъ, слѣдуетъ пустить въ ходъ всѣ средства, которыми можно увеличить силу схватокъ и дать окрѣпнуть роженицѣ. Нужно дать укрѣпляющія средства, шампанское, а недостаточность схватокъ, дополнить выдавливаніемъ плода по способу Кристеллера (рис. 220); наконецъ, если маточныя сокращенія слишкомъ болѣзненны и если роженица слишкомъ страдаетъ и не можетъ хорошо тужиться, то прибѣгаютъ къ наркотическимъ средствамъ и въ частности къ хлорсформу,

который вдыхается роженицей въ началѣ каждой схватки; иногда подѣ влияніемъ хлороформа, роды заканчиваются очень быстро.

Если, несмотря на эти средства и на хорошія схватки, поворотъ не происходитъ, можно попробовать произвести его искусственно, подводя два пальца спереди уха, соотвѣтствующаго лонному соединенію и пользуясь этой точкой опоры для того, чтобы попытаться повернуть затылокъ кпереди.

Однако, послѣ терпѣливаго ожиданія и употребленія вышеуказанныхъ гигиеническихъ мѣропріятій, врачъ можетъ быть вынужденъ вмѣшаться болѣе активно. Въ каждый моментъ, можетъ представиться какъ со стороны матери, такъ и со стороны ребенка, серьезное показаніе, вынуждающее немедленно окончить роды. Въ такомъ случаѣ необходимо умѣть дѣйствовать безъ замедленія и, разумѣется, приходится прибѣгнуть къ щипцамъ, не забывая, что именно въ такихъ случаяхъ этотъ инструментъ можетъ принести много вреда и долженъ употребляться, стало быть, только въ случаѣ абсолютной необходимости. Неизбѣжно, щипцы всегда будутъ наложены наискось одновременно по отношенію къ головкѣ и по отношенію къ нему, вогнутостью ихъ браншей повернутыми въ сторону затылка.

Поворотъ головки происходитъ сравнительно легко въ самихъ браншахъ щипцовъ, въ особенности, если дѣло идетъ о вторичныхъ стояніяхъ; въ этихъ случаяхъ наблюдаютъ иногда поворотъ уже послѣ введенія одной только ложки, дѣйствующей, какъ рычагъ. При первичныхъ поперечныхъ стояніяхъ дѣло обычно не происходитъ

такъ и поворотъ происходитъ въ браншахъ щипцовъ или самими щипцами, когда она пройдетъ выходъ таза. Въ такихъ случаяхъ поворотъ часто происходитъ настолько быстро, что головка выходитъ сразу, увлекаая съ собой щипцы и разрывая глубоко промежность.

Необходимо совершенно оставить всякій насильственный поворотъ и удовольствоваться простыми потягиваніями, съ помощью которыхъ часто съ трудомъ удастся все же провести головку черезъ выходъ таза, причемъ слѣдуетъ все время быть насторожѣ на случай неожиданнаго ея поворота. Какъ только головка прошла въ мышечный тазъ, размыкають щипцы, и ждутъ самопроизвольныхъ родовъ; въ это же время, необходимо въ равной мѣрѣ избѣгать пользованія щипцами для производства поворота, ибо это мѣропріятіе не безопасно для промежности. Если головка остается въ поперечномъ стояніи въ мышечномъ тазу и если, по снятіи щипцовъ, прорѣзываніе не происходитъ самопроизвольно, то можно окончить роды съ помощью очень простаго способа, указаннаго Мюрэ. Введенные въ половую расщелину два пальца правой руки отыскивають малый родничекъ, который обычно находится непосредственно надъ одной изъ сѣдалищныхъ остей и съ помощью выступа, образованнаго ламбдовиднымъ и стрѣловиднымъ швами, стараются подвести затылокъ кпереди въ то время, какъ два пальца лѣвой руки, введенные въ прямую кишку, отталкивають одновременно лобъ въ сторону промежности.

Прободеніе головки плода является необходимымъ лишь очень рѣдко, принимая во вниманіе,

что при плоских тазях сужение вообще бывает незначительное. Въ рѣдкихъ случаяхъ воронкообразныхъ тазовъ, а также нѣкоторыхъ плоскихъ и обще-суженныхъ эта операція можетъ быть принята въ соображеніе; но если ребенокъ живъ и если несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ не слишкомъ велико, то прежде всего надо подумать о консервативной операціи, о пубіотоміи. Наконецъ, если ребенокъ умеръ, то всегда предпочтительнѣе сдѣлать прободеніе головки, чѣмъ рисковать накладывать трудные и опасные щипцы.

ГЛАВА VIII.

Вмѣшательства при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ.

А. ОБЩЕЕ УКАЗАНИЕ ПОСОБІЙ ВРАЧА ПРИ ЯГОДИЧНОМЪ ПРЕДЛЕЖАНІИ, ПОЛНОМЪ И НЕПОЛНОМЪ.

Предсказаніе при ягодичныхъ родахъ всегда значительно серьезнѣе для младенца, чѣмъ при предлежаніи головкой. Такъ какъ матка, по мѣрѣ опусканія ягодицъ, съсжимается, то по необходимости въ такомъ случаѣ происходятъ затрудненія въ маточно-плацентарномъ кровообращеніи въ теченіе всего періода изгнанія. Изъ этого слѣдуетъ для плода постоянная угроза асфиксии, угроза тѣмъ болѣе серьезная, что періодъ изгнанія обычно продолжается дольше, чѣмъ при затылочномъ предлежаніи. Часто наблюдаемый преждевременный разрывъ оболочекъ всегда также влечетъ за собой болѣе серьезное предсказаніе.

Положеніе ухудшается еще вслѣдствіе сдавленія, каковому неизбѣжно подвергается пупочный канатикъ между плодомъ и стѣнкой таза.

Чтобы улучшить это предсказаніе, въ прежнее время охотно измѣняли ягодичное предлежаніе въ одно изъ головныхъ предлежаній, съ помощью наружныхъ приемовъ. Такое пособіе, которое еще можетъ быть оправдано во время беременности и когда плодъ очень подвиженъ, абсолютно противопоказуется во время родовъ.

Какъ только начались схватки, необходимо воздержаться отъ всякаго подобнаго рода вмѣшательства, потому что въ этотъ моментъ становится очень труднымъ производить движеніе плода, вслѣдствіе чего врачъ рискуетъ измѣнить первоначальное продольное положеніе въ поперечное.

Кромѣ того важно, чтобы плодный пузырь, обыкновенно большихъ размѣровъ, оставался цѣлымъ насколько возможно дольше, ибо онъ является однимъ изъ существенныхъ факторовъ раскрытія. Это послѣднее, въ моментъ разрыва оболочекъ, должно быть достаточнымъ, чтобы позволить пройти головкѣ. Въ случаѣ преждевременнаго излітія водъ, раскрытіе происходитъ лишь съ трудомъ самими ягодицами, и послѣдующая головка неизбежно задерживается недостаточно раскрытымъ зѣвомъ матки. Необходимо, стало быть, тщательно слѣдить за сохраненіемъ цѣлости плоднаго пузыря, удерживая роженицу въ кровати и избѣгая произвести разрывъ оболочекъ слишкомъ грубымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ.

Роды всегда тянутся долго; маточный зѣвъ раскрывается очень медленно, внѣдреніе и опусканіе ягодицъ происходитъ тоже очень медленно; поэтому необходимо часто провѣрять сердце-

біеніе плода, въ особенности съ того момента, когда женщина начинаетъ тужиться.

Общее правило: за исключеніемъ случаевъ, когда необходимо быстро окончить роды, всегда нужно предоставить самимъ силамъ природы изгнаніе ягодиць и туловища, и вмѣшиваться только для выведенія головки.

Пособіе одно и то же въ случаяхъ полного и неполнаго ягодичнаго предлежанія.

Необходимо самымъ энергичнымъ образомъ воздерживаться отъ соблазна вмѣшательства, когда опредѣляютъ во влагалищѣ или видятъ въ половой расщелинѣ ягодицы, однѣ или въ сопровожденіи одной или обѣихъ конечностей.

Головка обычно устанавливается во входѣ недостаточно согнутой и неправильно, вслѣдствіе чего изгнаніе ея происходитъ медленно, что въ значительной мѣрѣ увеличиваетъ еще опасность, которой подвергается младенецъ. Такое неправильное положеніе только ухудшается несвоевременными потягиваніями, которыя къ тому же вызываютъ запрокидываніе ручекъ въ то время, какъ сокращенія матки имѣютъ наклонность поддерживать ихъ согнутыми и скрещенными на груди.

Какъ только ягодицы появляются въ половой расщелинѣ, женщину помѣщаютъ поперекъ кровати, чтобы принять ребенка и имѣть возможность, въ случаѣ необходимости, вмѣшаться безъ всякой потери времени.

Необходимо заготовить заранее все, что требуется для оживленія новорожденного въ случаѣ мнимой смерти (смотри главу X).

Помѣстившись лицомъ противъ половой расщелины, акушеръ ждетъ самостоятельнаго выхода бедеръ.

Медленность, съ которой продвигаются ягодицы, благоприятствуетъ счастливому исходу родовъ, такъ какъ ягодицы готовятъ путь плечамъ и головкѣ, которыя менѣ способны уменьшаться въ размѣрахъ; въ самомъ дѣлѣ, ягодицы растягиваютъ мягкія части матери въ достаточной мѣрѣ для того, чтобы позволить головкѣ проѣзжаться или быть быстро извлеченной.

Поэтому-то можно вмѣшаться только въ случаяхъ:

1) если роженица подвергается какому-либо риску;

2) если плодъ подвергается опасности;

3) для выведенія головки и плечъ въ тѣхъ случаяхъ, если послѣднее не происходитъ быстро.

Полное ягодичное предлежаніе опредѣляется въ половой расщелинѣ, лишь когда тазъ очень широкъ и когда дѣло идетъ о дѣтяхъ малыхъ размѣровъ. Большею частью, ягодичное предлежаніе становится неполнымъ вслѣдствіе приподнятія ножекъ по мѣрѣ вступленія, и ступни изгоняются лишь немного ранѣ плечъ.

Сперва въ половой расщелинѣ появляется переднее бедро, которое то показывается въ ней, то скрывается подъ вліяніемъ потугъ совершенно, какъ это происходитъ съ головкой при затылоч-

номъ предлежаніи; но эти послѣдовательныя движенія появленія и исчезновенія тянутся безконечно дольше, потому что отодвинутый назадъ копчикъ не можетъ направиться впередъ, чтобы служить остановочнымъ пунктомъ.

Наконецъ, появляется заднепроходное отверстіе, выдѣляющее обильное количество меконія. Это отхожденіе меконія вызывается сдавливаніемъ живота стѣнками родового канала; оно вовсе не указываетъ на опасное положеніе плода.

Когда переднее бедро окончательно прорѣзалось изъ-подъ лонной дуги, заднее бедро, въ свою очередь, начинаетъ прорѣзываться, благодаря боковому наклоненію туловища. Чтобы защитить въ этотъ моментъ промежность, необходимо наложить на нее руку ладонной поверхностью и продѣлывать энергичное противодавленіе по направленію къ лонной дугѣ (рис. 221 и 224). Пока это единственный способъ, къ которому нужно прибѣгать.

Повторяемъ еще разъ, врачъ не долженъ допустить себя увлечь, несмотря на весь соблазнъ, и начать тянуть за ягодицы или за ножки даже тогда, когда, повидимому, все указываетъ, что достаточно лишь извлечь младенца, чтобы быстро закончить роды.

Во время изгнанія туловища, хорошо, если помощникъ, положивъ свои руки плашмя на дно и на переднебоковыя поверхности матки, начнетъ производить, во время схватокъ, широкое и правильное на нее надавливаніе, которое будетъ способствовать тому, чтобы предупредить запрокидываніе ручекъ и удержать головку согнутой (рис. 222 и 225). Однако, этотъ способъ

не долженъ быть примѣняемъ до полного выходения задняго бедра, чтобы избѣжать его слишкомъ быстрое выходение, которое угрожало бы промежности; надавливаніе должно прекратить, какъ только головка окажется въ мягкой части таза.

По выходении ягодицъ, плечики проникають въ полость по косому размѣру, занятому первоначально дву-вертлужнымъ размѣромъ младенца. Въ этотъ моментъ происходитъ наружный поворотъ ягодицъ, которымъ спинка поворачивается впередъ (рис. 222 и 225).

Туловище выходитъ мало-по-малу. Врачъ просто поддерживаетъ изгнанную уже часть плода (рис. 222 и 225), не раздражая ее повторными прикосновениями рукъ, что вызвало бы преждевременное дыханіе и проникновеніе въ дыхательные пути влагалищно-маточной жидкости.

Еще нѣсколько схватокъ и пупокъ появляется въ половой расщелинѣ. Въ этотъ, какъ разъ, моментъ начинается сдавливаніе пупочнаго канатика. Если послѣдній слишкомъ натянуть, то обычно совѣтуютъ немного его оттянуть такъ, чтобы образовать петлю. Такое пособіе скорѣе вредно, чѣмъ полезно; натягивая, такимъ образомъ, пупочный канатикъ, рискуютъ прервать совершенно кровообращеніе въ пупочныхъ сосудахъ, которое и безъ того уже не хорошо совершается.

Когда ступни появляются въ половой расщелинѣ, плечики расположены по прямому размѣру выхода таза. Тогда наклоняютъ ребенка въ сторону, къ которой обращена его спинка, чтобы облегчить выходъ ступней (рис. 223 и 226).



Рис. 221. Лѣвое крестцовое. Поддержка промежности.



Рис. 222. Изгнание туловища.



Рис. 223. Изгнание ступней.



Рис. 224. Правое крестцовое. Поддержка промежности



Рис. 225. Изгнание туловища.



Рис. 226. Изгнание ступней.

Такъ какъ женщина продолжаетъ тужиться, то плечики выходятъ одно за другимъ вмѣстѣ съ ручками и, если головка не слишкомъ велика, то и она можетъ быть самопроизвольно изгнана.

Такъ какъ это изгнаніе, однако, не терпитъ никакого отлагательства, то необходимо въ такомъ случаѣ чаще всего прибѣгнуть къ такъ называемому способу Морисо (Maigriseau), который будетъ описанъ далѣе.

В. ВЫВЕДЕНІЕ РУЧЕКЪ И ПЛЕЧИКОВЪ.

Если половыя части обширны, то обычно не имѣется надобности выводить ручки.

Онѣ выходятъ сами; если же нѣтъ, то достаточно опустить туловище ребенка, чтобы облегчить самопроизвольный выходъ переднихъ плечика и ручки (рис. 227 и 229), затѣмъ приподнять его, чтобы облегчить выходъ заднихъ плечика и ручки (рис. 228 и 230), стараясь въ это время, какъ слѣдуетъ, поддерживать промежность.

Однако, можетъ случиться, что, вслѣдствіе тѣсноты половыхъ частей или большихъ размѣровъ плечиковъ, этотъ простой способъ не удается.

Это запозданіе въ изгнаніи ручекъ и плечиковъ представляетъ для младенца опасность асфиксіи,— опасность, происходящая отъ продолжительности сдавливанія, которому подвергается пупочный канатикъ. Ребенокъ производитъ преждевременныя дыхательныя движенія, которыя происходятъ къ тому же тѣмъ легче, что температура окружающаго воздуха возбуждаетъ часто еще дыхательныя кожные рефлексы.

Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ, не медля, произ-



Рис. 227. Лѣвое крестцовое. Выведеніе передняго плечика.



Рис. 228. Выведеніе задняго плечика.



Рис. 229. Правое крестцовое. Выведение передняго плечика.



Рис. 230. Выведение задняго плечика.

вести искусственное, съ помощью пальцевъ, выведение ручекъ,—вмѣшательство, во время котораго помощникъ долженъ прекратить всякое наружное надавливаніе на матку.

Способы различны въ зависимости отъ авторовъ: описывать въ подробностяхъ всѣ эти различные техническіе приемы, значило бы лишь запутать читателя.

Самый легкій и, быть можетъ, наиболѣе простой для запоминанія, покоится на томъ принципѣ, что необходимо вывести каждую ручку, находящуюся кзади въ крестцовой вогнутости, рукой соотвѣтствующаго названія (правой рукой правую ручку и лѣвой—лѣвую). Такимъ образомъ, первой слѣдуетъ вывести заднюю ручку.

Захватываютъ ступни, пропустивъ указательный палецъ между лодыжками, рукой, которая, будучи помѣщенной въ среднее между пронаціей и супинаціей положеніе, обращена своей ладонной поверхностью къ животу плода (рис. 231 и 238); затѣмъ приподнимаютъ туловище ребенка, наклоняя его въ сторону матери, соотвѣтствующую поверхности его живота,—способъ, который имѣетъ цѣлью опустить плечико и сдѣлать его болѣе доступнымъ (рис. 231 и 238). Нужно всегда стараться захватить ступни со стороны пальцевъ, чтобы избѣжать повертыванія плода, что можетъ подвести лицо кпереди.

Указательный и средній пальцы другой руки

(руки одного названія съ заднимъ плечомъ) проводятъ затѣмъ во влагалище, сзади плода, въ то время, какъ большой палецъ находится отведеннымъ на спинкѣ ребенка (рис. 231 и 238).

Оба введенные пальца должны провести достаточно глубоко, чтобы нащупать плечо. Необходимо, чтобы они скользили надъ плечевымъ отросткомъ и спустились затѣмъ вдоль плечевой кости вплоть до локтевого сгиба, который они захватываютъ снаружи и внутри и извлекаютъ изъ половой расщелины (рис. 232 и 239). Чтобы облегчить выхожденіе ручки, туловище ребенка отводятъ въ это время въ другую сторону.

Въ теченіе всего этого пособія необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы большой палецъ не покидалъ спинки плода, ибо иначе трудно противиться соблазну воспользоваться этимъ пальцемъ и обхватить имъ, съ помощью указательнаго пальца, ручку кругомъ; начинающіе очень часто впадаютъ въ этотъ соблазнъ.

Большой палецъ никогда не долженъ употребляться для выведенія ручки, изъ боязни произвести переломъ ключицы или плечевой кости.

Необходимо еще избѣгать двѣ другія ошибки:

1) Стараться освободить руку, прежде чѣмъ достигли локтевого сгиба, что также можетъ вызвать переломъ.

2) Зацѣпить локтевой сгибъ изнутри кнаружи, что также дѣлаетъ пе-

реломъ или отслоеніе эпифиза почти неизбѣжнымъ.

Эти ошибки не могутъ быть сдѣланы, если соблюдать точно вышеописанную технику.

Если бы плечико еще оставалось въ половыхъ частяхъ послѣ освобожденія ручки, то достаточно легкаго потягиванія за нее, чтобы вызвать его окончательное выхождение.

По окончательномъ выведеніи плечика, задняя ручка остается придавленной къ туловищу плода, каковое кладутъ на руку. Затѣмъ, другую руку помѣщаютъ противъ первой (рис. 233 и 240) такъ, чтобы оба большихъ пальца лежали на спинкѣ плода (параллельно позвоночнику) и фиксировали, такимъ образомъ, лопатки; остальными пальцами обхватываютъ переднюю поверхность груди.

Сдѣлавъ это, повертываютъ ребенка вокругъ него самого, причемъ этотъ поворотъ переводитъ спинку на противоположную сторону, заставляя ее пройти передъ лоннымъ соединеніемъ. Такимъ образомъ, невыведенное и первоначально переднее плечико становится заднимъ (рис. 234 и 241).

Это движеніе не должно производиться въ противоположномъ направленіи, что привело бы животъ неизбѣжно кпереди, а слѣдовательно, также и лицо. Такъ какъ послѣднее могло бы фиксироваться въ этомъ положеніи, то послѣдующее извлечение головки сдѣлалось бы очень труднымъ.

Не слѣдуетъ производить никакой тракціи во время этого пособія, чтобы удержать невыведенную ручку въ ея нормальномъ положеніи. Выгодно даже во время производства пособія протолкнуть туловище плода, по направленію вла-



Рис. 231. Лѣвое крестцовое. Пальцевое выведение задней ручки (1-й моментъ).



Рис. 232. Пальцевое выведение задней ручки (2-й моментъ).



Рис. 233. Задняя ручка и соответствующее плечико выведены. Положеніе рукъ для того, чтобы перевести спинку въ противоположную сторону, заставляя ее пройти передъ лоннымъ соединеніемъ.



Рис. 234. Положеніе рукъ послѣ поворота, который заставилъ спинку перейти на правую сторону матери.



Рис. 235. Выведение ручки, бывшей первоначально передней и сдѣлавшейся задней вслѣдствіе поворота ребенка (1-й моментъ).



Рис. 236. Выведение ручки, бывшей первоначально передней и ставшей задней вслѣдствіе поворота ребенка (2-й моментъ).



Рис. 237. По выведении обѣихъ ручекъ, производятъ поворотъ, который долженъ перевести спинку впередъ, если это не происходитъ самопроизвольно.



Рис. 238. Правое крестцовое. Пальцевое выведение задней ручки (1-й моментъ).



Рис. 239. Пальцевое выведение задней ручки (2-й моментъ).



Рис. 240. Задняя ручка и соответствующее плечико выведены. Положеніе рукъ для переведенія спинки на противоположную сторону, заставляя ее пройти передъ лоннымъ соединеніемъ.



Рис. 241. Положение рукъ послѣ поворота, который заставил спинку перейти на лѣвую сторону матери.



Рис. 242. Выведеніе ручки, бывшей первоначально передней и ставшей задней вслѣдствіе поворота ребенка (1-й моментъ).



Рис. 243. Выведение ручки, бывшей первоначально передней и ставшей задней вследствие поворота ребенка (2-й момент).



Рис. 244. По выведении обеих ручек, производят поворот, который должен перевести спинку вперед, если это не происходит самопроизвольно.

галища. Такимъ образомъ, предупреждается запрокидываніе ручки и ея разгибаніе позади затылка.

Эта вторая ручка выводится затѣмъ такимъ же образомъ, какъ и первая: рукой одного наименованія (рис. 235 и 236, 242 и 243).

Послѣ выведенія обѣихъ ручекъ, происходитъ самопроизвольный поворотъ, который приводитъ спинку впередъ. Если этотъ поворотъ не происходитъ самопроизвольно, то необходимо захватить ребенка обѣими руками, положивъ большіе пальцы на спинку параллельно позвоночнику, а другими пальцами, обнявъ грудь, вызвать поворотъ (рис. 244), чтобы имѣть возможность безъ замедленія примѣнить способъ Морисо.

Такъ какъ выведение плечей должно быть сдѣлано быстро, принимая во вниманіе опасность, которой подвергается ребенокъ, то важно, чтобы врачъ въ достаточной мѣрѣ набилъ себѣ руки въ этихъ приемахъ, чтобы они сдѣлались у него настоящими рефлексами.

Освобожденіе ручекъ можетъ представить нѣкоторыя затрудненія. Когда плечо не достаточно доступно, можетъ оказаться необходимымъ ввести четыре послѣдніе пальца, чтобы ихъ помѣстить сперва надъ плечевымъ отросткомъ и затѣмъ въ локтевой сгибъ; но никогда не слѣдуетъ забывать и здѣсь, что во все время пособія, и по тѣмъ же соображеніямъ, большой палецъ долженъ постоянно оставаться на спинкѣ ребенка. Затѣмъ освобождаютъ ручку, какъ выше было указано.

Однако, врачъ можетъ оказаться лицомъ къ

лицу съ большими затрудненіями, происходящими отъ того, что ручки, вмѣсто того, чтобы остаться согнутыми и скрещенными на груди, поднимаются къ лицу, по боковымъ поверхностямъ головки, или же разгибаются позади затылка.

Такъ какъ обычно маточныя сокращенія удерживаютъ ручки согнутыми и скрещенными на груди, то такое ненормальное положеніе встрѣчается только:

1°. Когда обстоятельства вынудили произвести извлеченіе плода, въ особенности въ случаяхъ, когда это извлеченіе должно было быть быстрымъ и было произведено не во время схватокъ.

2°. Когда производили потягиваніе за туловище ребенка во время поворота, предназначеннаго для приведенія первоначально передняго плечика въ крестцовую вогнутость.

Если ручки просто приподнялись впереди лица, то ихъ выведеніе, хотя немного и затруднительное, все же дѣлается обычнымъ способомъ.

Если онѣ приподнялись на боковыя поверхности головки, то не слѣдуетъ никогда стараться облегчить доступъ къ плечуку прямымъ потягиваніемъ за туловище ребенка,—потягиваніемъ, которое будетъ имѣть своимъ единственнымъ послѣдствіемъ втискиваніе головки между ручками и большее еще приподнятіе послѣднихъ. Чтобы освобо-



Рис. 245. Освобождение лѣвой ручки, запрокинутой вдоль боковой поверхности головки (1-й моментъ).



Рис. 246. Освобождение лѣвой ручки, запрокинутой вдоль боковой поверхности головки (2-й моментъ).



Рис. 247. Освобождение лѣвой ручки, обращенной къ животу.



Рис. 248. Освобождение правой ручки, запрокинутой вдоль боковой поверхности головки (1-й моментъ).



Рис. 249. Освобождение правой ручки, запрокинутой вдоль боковой поверхности головки (2-й моментъ).



Рис. 250. Освобождение правой ручки, обращенной къ животу.

дить плечико, достаточно запрокинуть еще болѣе туловище ребенка на животъ матери. Указательный и средній пальцы или, въ случаѣ необходимости, четыре послѣднихъ пальца, проводятъ затѣмъ до локтя, вдоль по ручкѣ (рис. 245 и 248), и заставляютъ послѣднюю соскользнуть сперва по лицу, затѣмъ по груди, причемъ пальцы не покидаютъ задней поверхности ручки, образуя лубокъ. Послѣ того, какъ ручка приведена въ нормальное положеніе, захватываютъ за локтевой сгибъ (рис. 246 и 249) и заканчиваютъ операцію, какъ прежде (рис. 236 и 243).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (сѣуженіе таза, большой ребенокъ, и въ особенности, когда поверхность живота плода, къ несчастью, повернута немного впередъ) освобожденіе ручки не можетъ быть закончено рукой одного съ плечикомъ названія. Въ такомъ случаѣ, необходимо вытянуть ее и взять ею ножки, чтобы отвести ихъ въ сторону, къ которой обращена спинка. Другую руку вводятъ во влагалище со стороны живота плода и захватываютъ ручку снаружи внутрь, съ помощью указательнаго и средняго пальцевъ (рис. 247 и 250), или, въ случаѣ надобности, четырьмя послѣдними пальцами. Нужно стараться, чтобы поверхность захвата распространялась на всю длину плечевой кости. Какъ только удалось заставить соскользнуть ручку по лицу, выведеніе ея заканчиваютъ обычной рукой, послѣ новой перемѣны захвата.

Можетъ, однако, случиться, что сравнительные размѣры таза и ручки не позволяютъ вполне освободить послѣднюю. Локоть встрѣчаетъ стѣнку таза, которая его задерживаетъ и мѣшаетъ ему спу-

ститься больше. Стараясь преодолѣть препятствіе, рискуютъ сверхъ того сломать ключицу или плечевую кость. Этой печальной возможности избѣгаютъ, захватывая плечо всей рукой, между большимъ и четырьмя послѣдними пальцами, и потягивая его назадъ, благодаря чему обычно локоть освобождается, если есть достаточно пространства.

Разгибаніе ручекъ позади затылка представляетъ болѣе опасное осложненіе. Ручки принимаютъ такое положеніе только вслѣдствіе поворота плода вокругъ самого себя. Такое осложненіе, стало быть, встрѣчается только послѣ поворота или извлеченія, техника которыхъ была неправильна, а также послѣ вращательнаго движенія, предназначеннаго для приведенія въ крестцовую вогнутость первоначально передняго плеча, когда оно было произведено безъ всякой предосторожности.

Что касается перваго случая, его предупреждаютъ навѣрняка самымъ точнымъ соблюденіемъ правильной техники.

Что же касается втораго, то необходимо замѣтить, что это положеніе является послѣдствіемъ приподнятія ручекъ и происходитъ также чаще всего отъ ошибки оперирующаго. Для того, чтобы ручка приняла это неправильное положеніе, необходимо, чтобы въ то время когда продѣлываютъ вращательное движеніе, ручка уже была приподнята по бокамъ головки. Ея разгибаніе позади затылка можетъ произойти въ такомъ случаѣ, если совершаютъ ошибку и производятъ потягиваніе ребенка во время производства вращательнаго движенія.



Рис. 251. Разгибаніе лѣвой ручки позади затылка. Поворотъ ребенка, чтобы перевести спинку въ лѣвую сторону, долженъ быть продѣланъ въ направленіи, указанномъ ручкой.



Рис. 252. Поворотъ произведенъ; выведеніе ручки, какъ исключеніе, спереди ручкой, обращенной къ животу.



Рис. 253. Разгибание правой ручки позади затылка. Поворотъ ребенка, чтобы перевести спинку въ правую сторону, долженъ быть продѣланъ въ направленіи, указанномъ ручкой.



Рис. 254. Поворотъ произведенъ; выведение ручки, какъ исключеніе, спереди ручкой, обращенной къ животу.

Никогда не слѣдуетъ и думать употреблять силу, чтобы вывести ручку изъ ея неправильнаго положенія: отъ такой попытки почти неизбѣжно произойдетъ переломъ плечевой кости или ключицы, отслоеніе эпифиза или (рѣже) вывихъ плеча; но необходимо стараться вызвать обратное вхожденіе ручки впередъ, въ положеніе, которое позволило бы ее легко вывести.

Для этого обхватываютъ ребенка за грудь, какъ раньше, и, избѣгая какого бы то ни было потягиванія, поворачиваютъ его вокругъ него самого въ направленіи, указанномъ ручкой, которая находится за затылкомъ (налѣво, если эта ручка смотритъ влѣво, направо, если она смотритъ вправо рис. 251 и 253). Такимъ образомъ заставляютъ спинку перейти на другую сторону; затѣмъ опускаютъ туловище, наклоняя его къ сторонѣ матери, къ которой обращена спинка, и выводятъ затѣмъ какъ исключительный лучай ручку спереди, за лонную дугу, рукой, ладонь которой обращена къ поверхности живота плода (лѣвой рукой, если спинка ребенка находится съ лѣвой стороны матери, правой рукой, если она съ правой стороны; рис. 252 и 254).

Эта рука скользитъ за лонной дугой вдоль ручки до тѣхъ поръ, пока два пальца не смогутъ проникнуть снаружи внутрь въ локтевой сгибъ и опустить его.

С. СПОСОБЪ МОРИСО (MAURICEAU).

Хотя полное изгнаніе плода можетъ произойти самопроизвольно, въ громадномъ большинствѣ слу-

чаевъ приходится, однако, вмѣшаться, какъ мы это сказали, для выведенія головки, ибо малѣйшее замедленіе въ этотъ моментъ можетъ вызвать начало асфиксіи плода и преждевременныя дыхательныя движенія.

Какъ и во входѣ таза, головка опускается въ выходъ всегда не в полнѣ согнутой; кромѣ того, послѣ выведенія плечиковъ, головка находится еще въ неправильномъ положеніи для того, чтобы пройти выходъ, такъ какъ затылокъ направленъ къ одной или другой сѣдалищнолонной вѣтви, а лицо обращено къ крестцово-подвздошному соединенію противоположной стороны. Не слѣдуетъ ждать, угрожая этимъ жизни младенца, самопроизвольнаго совершенія поворота. Дополнить сгибаніе головки, произвести окончательный поворотъ, который приведетъ затылокъ къ лонному соединенію, а лицо въ крестцовую впадину, проташить головку черезъ выходъ таза и мягкія его части, наконецъ, вывести ее, такова задача съособа Морисо.

Производятъ его, съособа, слѣдующимъ образомъ (Фароберъ и Варнъ).

Рука, ладонная поверхность которой соотвѣтствуетъ животу плода до поворота, который перевелъ спинку кпереди (если животъ слѣва, то правая рука; животъ—справа, лѣвая рука), вводится теперь подъ ребенкомъ, чтобы ввести указательный и средній пальцы во влагалище, до рта плода. Пальцы находятъ ротъ сбоку и сзади, по направленію крестцовосѣдалищныхъ связокъ, а не въ вогнутости крестца; одинъ палецъ проникаетъ въ ротъ, чтобы зацѣпить нижнюю челюсть (рис. 255 и 259). Необходимо, чтобы этотъ палецъ вызвалъ и допол-

нилъ сгибаніе головки, закончилъ опусканіе, произвелъ поворотъ, который приведетъ подбородокъ къ копчику, и, наконецъ, произвелъ выведение.

Въ то время, какъ помощникъ производитъ своими двумя кулаками сильное давленіе на дно матки, чтобы облегчить опусканіе головки и въ особенности поддерживать ея сгибаніе, свободная рука должна содѣйствовать способу, обхватывая затылокъ между указательнымъ и среднимъ пальцами (рис. 255 и 259), сперва, чтобы оттолкнуть затылочную кость въ то время, какъ пальцы, которые работаютъ въ тазу, опускаютъ подбородокъ, затѣмъ, чтобы способствовать повороту, и, наконецъ, потягивать за плечи.

Помѣщая такимъ образомъ руки и совмѣстно дѣйствуя:

1) воспроизводятъ сгибаніе головки, одной рукой потягиваніемъ за подбородокъ, а другой отталкиваніемъ затылочной кости;

2) вызываютъ ея поворотъ къ прямому размѣру, причемъ пальцемъ, помѣщеннымъ въ ротъ, толкаютъ въ одну сторону, указательнымъ же пальцемъ на затылкѣ толкаютъ въ другую сторону;

3) приближаютъ, даже вводятъ, лицо въ выходъ таза, потягивая внизъ, одной рукой опираясь на нижнюю захваченную челюсть, а другой за плечи двумя своими пальцами, наложенными на подобіе подтяжекъ.

Тогда лицо находится въ мягкомъ тазѣ, но копчикъ удерживаетъ еще лобъ. Затылокъ долженъ теперь остаться неподвижнымъ подъ лонной дугой и служить центромъ движенія лба и большого родничка, которые, предшествуемые подбород-

комъ и лицомъ, движеніемъ крайняго сгибанія будутъ проходить послѣдовательно сперва передъ копчикомъ (прохожденіе черезъ выходъ таза), затѣмъ передъ спайкой половой расщелины.

Если бы туловище оставалось горизонтальнымъ на предплечіи, на которомъ оно сидитъ верхомъ, то встрѣча подбородка съ грудной костью помѣшала бы этому движенію. Напротивъ, запрокидываніе спинки плода на животъ матери можетъ предоставить головкѣ ребенка, по мѣрѣ совершенія этого давленія, новое поле для производства сгибанія.

Но необходимо принять предосторожность и не начинать запрокидываніе раньше, чѣмъ затылокъ не окажется подъ лоннымъ соединеніемъ. Эта ошибка имѣла бы своимъ послѣдствіемъ досадное, чрезмѣрное сгибаніе шеи съ возможностью перелома позвоночника.

Необходимо сперва заставить лобъ пройти мимо копчика. Для этого поддерживаютъ затылокъ сильно опущеннымъ подъ лоннымъ соединеніемъ, дѣйствуя на плечи согнутыми вилами двухъ пальцевъ. Другой рукой сильно тянутъ за нижнюю челюсть, производя понемногу потягиваніе постепеннымъ поднятіемъ туловища ребенка. Работать легче если, вмѣсто того, чтобы оставаться лицомъ къ половой расщелинѣ, помѣщаются въ профиль, дѣлая шагъ въ сторону руки, которая обхватываетъ затылокъ. Скоро подскокъ возвѣщаетъ, что лобъ наконецъ преодолѣлъ сопротивленіе копчика и вошелъ въ мягкій тазъ. Остается побѣдить сопротивленіе половой расщелины.

Потягиваніе все болѣе и болѣе приподнимаютъ, направляя кверху ягодицы плода. Теперь необхо-

ЖИВОТЪ СЛѢВА.



Рис. 255. Способъ Морисо (1-й моментъ).



Рис. 256. Способъ Морисо (2-й моментъ). Постепенное запрокидываніе спинки плода на животъ матери.



Рис. 257. Способъ Морисо (2-й моментъ, продолженіе).



Рис. 258. Способъ Морисо (2-й моментъ, конецъ).

ЖИВОТЪ СПРАВА.

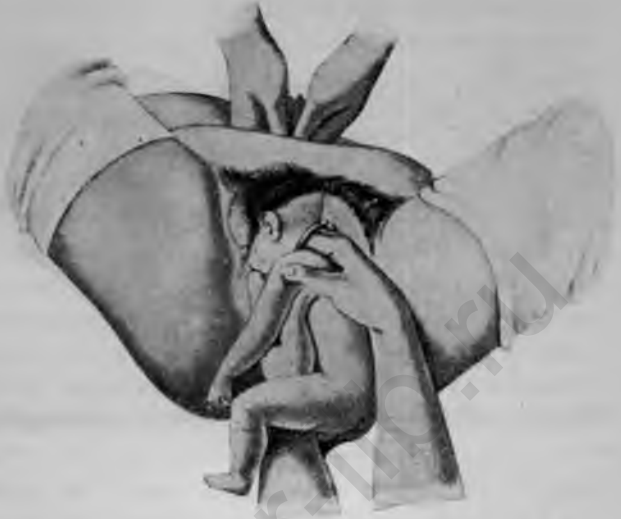


Рис. 259. Способъ Морисо (1-й моментъ).



Рис. 260. Способъ Морисо (2-й моментъ.) Постепенное запрокидываніе туловища плода на животъ матери.



Рис. 261. Способъ Морисо (2-й моментъ, продолженіе).



Рис. 262. Способъ Морисо (2-й моментъ, конецъ).

димо дѣйствовать съ осторожностью и слѣдить за выходнѣмъ лица. Надъ промежностью появляется подбородокъ, затѣмъ ротъ съ введеннымъ въ него пальцемъ, затѣмъ носъ и глаза. Лобъ вызываетъ сильное растяженіе промежности и угрожаетъ ей разрывомъ (рис. 256 и 257, 260 и 261). Чтобы избѣжать такого разрыва, помощникъ прекращаетъ давленіе, производимое имъ на матку, и поддерживаетъ промежность въ то время, какъ оперирующій все болѣе и болѣе замедляетъ извлеченіе, что не представляетъ болѣе неудобствъ въ этотъ моментъ, такъ какъ ребенокъ, имѣя ротъ и носъ наружу, можетъ теперь дышать безъ опасенія проникновенія влагалищной слизи въ дыхательные пути.

Въ то же время, когда лобъ проходитъ спайку половой расщелины при непосредственномъ послѣднемъ выходнѣ головки (послѣдній подскокъ), спинка плода должна быть, какъ и соответствующее предплечье врача, запрокинута на животъ матери (рис. 258 и 262).

Врачъ садится, помѣщаетъ ребенка на свои колѣни, освобождаетъ мизинцемъ ротъ отъ слизи, которая можетъ туда проникнуть, перевязываетъ и перерѣзаетъ пуповинный канатикъ, осматриваетъ промежность и перекладываетъ роженицу на продольную кровать.

Выведеніе головки можетъ представлять иногда большія трудности. Такъ, на примѣръ, головка можетъ быть задержана недостаточно раскрытымъ маточнымъ зѣвомъ или же узкимъ тазомъ.

Первый случай встрѣчается:

1°. Если излитіе водъ прежде

временно, потому что тогда раскрытіе шейки происходит медленно подъ вліяніемъ ягодицъ.

2°. Если производятъ потягиваніе за туловище ребенка, все равно было ли оно показано дѣйствительно необходимою извлечь быстро ребенка или же врачъ позволилъ себѣ увлечься, въ противность всѣмъ правиламъ, и тащить за ягодицы безъ спеціального на то показанія.

При ягодичномъ предлежаніи крупная часть плода та, которая представляетъ наибольшіе размѣры, то-есть головка, должна выйти послѣдней. Ей предшествуютъ ягодицы, меньшихъ размѣровъ, и, сверхъ того, болѣе поддающіяся уменьшенію. Такъ какъ маточный зѣвъ не нуждается въ большомъ раскрытіи, чтобы дать пройти ягодицамъ, то изъ этого слѣдуетъ, что вначалѣ раскрытіе никогда не бываетъ настолько полнымъ, какъ при предлежаніи головки. Необходимый излишекъ раскрытія происходитъ затѣмъ во время прохожденія туловища и всегда очень медленно. Это и является причиной того, что при этомъ предлежаніи роды происходятъ такъ медленно.

Если оболочки разорвались преждевременно или если тащить за ягодицы, то раскрытіе, необходимое для ихъ прохожденія, не происходитъ единственно за счетъ работы маточной мышцы, а вслѣдствіе насильственного постепеннаго растягиванія краевъ зѣва, вызваннаго прохожденіемъ туловища. Когда плечи вышли изъ матки, зѣвъ послѣ этого по необходимости спадается на шею ребенка, которая такимъ образомъ оказывается тѣсно обхваченной мышечнымъ кольцомъ. Производя рѣзкія потяги-

ванія головки, врачъ рискуеть вызвать очень пространные разрывы шейки.

Какъ поступать въ подобныхъ условіяхъ? Естественно приходитъ мысль надрѣзать шейку, но такая операція сопровождается еще большими опасностями, чѣмъ наложеніе щипцовъ, вслѣдствіе расположенія головки, которая, будучи задержана зѣвомъ и разогнута, не сможетъ выйти своей наименьшей окружностью; надрѣзы могутъ распространиться, подъ вліяніемъ потягиваній, гораздо дальше, чѣмъ это желательно.

Слѣдовательно нужно только въ исключительныхъ случаяхъ прибѣгать къ этому средству, когда время не терпитъ и когда нѣтъ никакихъ другихъ средствъ для выведенія головки.

Однако ребенокъ подвергается опасности начать преждевременно дышать и въ ожиданіи пока спазмъ шейки не прекратится, можно использовать слѣдующій небольшой способъ, который въ известной мѣрѣ предупреждаетъ проникновеніе слизи въ дыхательные пути.

Пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, стараются произвести максимальное сгибаніе, въ то время, какъ ладонью насколько возможно стараются оттянуть внизъ край зѣва и заднюю стѣнку влагалища; такимъ образомъ, дѣлаютъ нѣчто вродѣ жолоба, по которому воздухъ можетъ свободно проникнуть до рта ребенка. Производя потягиваніе, энергичнымъ давленіемъ со стороны помощника, мало-помалу растягиваютъ зѣвъ, который наконецъ позволяетъ пройти головкѣ.

Необходимость хорошей техники и согласованной помощи является

ся первенствующей въ исполненіи способа Морисо.

Необходимо направить все свое вниманіе на достиженіе, съ помощью обѣихъ рукъ, насколько можно полнаго сгибанія головки. Она должна выйти своей наименьшей окружностью, т.-е. малой косою окружностью (рис. 263). Если хотятъ извлечь головку, не принимая во вниманіе важности этого правила, то когда она стоитъ въ выходѣ таза въ свесѣ прямого размѣрѣ, который имѣетъ на $1\frac{1}{2}$ —2 сант. болѣе, чѣмъ малый косою размѣръ, дѣлаютъ и выведеніе ея болѣе труднымъ. Трудность извлеченія увеличивается еще по необходимости, если, по несчастью, головка совершенно разгибается и находится въ выходѣ таза своимъ большимъ косою размѣромъ (рис. 264).

Давленіе, производимое помощникомъ, содѣйствуетъ очень существенно работѣ обѣихъ рукъ оперирующаго.

Никогда не слѣдуетъ этимъ пренебрегать, и бо это давленіе вызываетъ всегда сгибаніе головки, когда подбородокъ къ несчастью удалился отъ груди. Часто прямо удивляешься, съ какой легкостью можетъ быть получено выведеніе головки при посредствѣ давленія въ то время, какъ одинъ способъ Морисо не былъ бы достаточною для ея освобожденія. Одновременно съ производимымъ помощникомъ давленіемъ, чувствуешь, какъ головка сгибается и опускается въ мягкій тазъ.

Наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку является операцией очень ограниченной. Если способъ Морисо встрѣчаетъ непреодолимая затрудне-



Рис. 263. Полное сгибание головки при хорошо исполненномъ способѣ Морисо. Головка находится въ своемъ маломъ косомъ размѣрѣ.



Рис. 264. Способъ Морисо, плохо исполненный и не производящій необходимаго сгибанія головки. Головка находится здѣсь въ своемъ большемъ косомъ размѣрѣ.

нія, потому что зѣвъ недостаточно раскрытъ, то щипцы этого не сдѣлають.

Наложеніе щипцовъ имѣетъ свое показаніе развѣ только тогда, когда головка представляетъ такую степень разгибанія, что достигнуть рта дѣлается невозможнымъ.

Когда головка задерживается во входѣ суженнаго таза и не можетъ быть извлечена, необходимо безъ замедленія прибѣгнуть къ краніотоміи, если только младенецъ умеръ.

Можетъ случиться, что лицо вмѣсто того, чтобы повернуться правильно назадъ, направляется на оборотъ впередъ, къ передней тазовой дугѣ; подбородокъ въ такомъ случаѣ обращенъ къ одному или другому подвздошнолонному бугорку. Такой неправильный поворотъ является чаще всего въ результатъ какого-нибудь ошибочнаго приема, но онъ можетъ также произойти безъ всякой ошибки со стороны оперирующаго.

Если можно достать подбородокъ, то нужно постараться съ помощью давленія, производимаго на нижнюю челюсть, привести лицо сперва въ сторону, затѣмъ кзади.

Когда лицо находится въ лѣвой сторонѣ матери, то врачъ повертываетъ своей лѣвой рукой спинку ребенка и обхватываетъ плечи плода указательнымъ и среднимъ пальцами; его правая рука проводится затѣмъ сзади лоннаго сращенія до подбородка, чтобы произвести приемъ, предназначенный для производства желательнаго поворота,—приемъ, который облегчается помощникомъ, поддерживающимъ навѣсу нижнія конечности (рис.. 265).

Точно также оперируютъ, но въ обратномъ по-



Рис. 265. Подбородокъ слѣва и спереди. Приемъ, предназначенный для поворота лица къзади,



Рис. 266. Подбородокъ справа и спереди. Приемъ, предназначенный для поворота лица къзади,

рядкѣ руками, если лицо находится въ противоположной сторонѣ (рис. 266).

Нѣкоторые авторы рекомендуютъ выталкивать, если это возможно, головку изъ таза, чтобы облегчить поворотъ.

Какъ только это возможно, вводятъ палецъ въ ротъ и заканчиваютъ поворотъ, которому содѣйствуетъ также и другая рука, оставшаяся въ видѣ вилки на плечахъ.

Способъ m-me Лашанелль иногда болѣе дѣйствителенъ, но онъ въ то же время болѣе труденъ въ своемъ исполненіи. Ножки ребенка захватываются рукой, ладонная поверхность которой обращена къ животу плода, и приподнимаютъ туловище, наклоня его въ сторону матери, соотвѣтствующей поверхности живота ребенка (рис. 267 и 268). Другая рука (лѣвая, если подбородокъ находится слѣва, правая, если онъ справа) огибаешь затылокъ и обнимаетъ сзади все лицо; если возможно, то вводятъ въ ротъ палецъ. Сдѣлавъ это, стараются произвести поворотъ лица сперва въ сторону, затѣмъ кзади, одновременно производя потягиваніе за туловище ребенка.

Какъ во всѣхъ приемахъ, примѣняемыхъ для выведенія головки, необходимо чтобы въ то время, когда стараются вызвать указанными способами поворотъ лица, помощникъ производилъ снаружи энергичное давленіе по направленію входа таза.

Если невозможно достигнуть результата однимъ изъ этихъ способовъ, то остается лишь постараться опустить прямо подбородокъ за лоннымъ соединеніемъ, вводя указательный палецъ въ ротъ плода (рис. 269 и 270). Какъ только подбородокъ опустится настолько, чтобы ротъ находился сзади



Рис. 267. Подбородокъ слѣва и спереди. Способъ m-me Лашанелль, предназначенный для производства поворота лица кзади.



Рис. 268. Подбородокъ справа и спереди. Способъ m-me Лашанелль, предназначенный для производства поворота лица кзади.



Рис. 269. Подбородокъ слѣва и спереди. Прямое опусканіе подбородка сзади лонной дуги.



Рис. 270. Подбородокъ справа и спереди. Прямое опусканіе подбородка сзади лонной дуги.



Рис. 271. Приемъ, предназначенный для того, чтобы заставить затылокъ пройти въ вогнутость крестца послѣ опусканія подбородка сзади лона.



Рис. 272. Приемъ, предназначенный для того, чтобы заставить затылокъ пройти въ вогнутость крестца, когда подбородокъ остался задержавшимся за лонемъ.

лонной дуги, врач запрокидывает туловище ребенка на животъ матери, заставляя его описать большую дугу (рис. 271). Подбородокъ получаетъ тогда точку опоры на лонномъ соединеніи, что позволяетъ затылку пройти въ крестцовую вогнутость и выйти изъ промежности. Такой исходъ зависитъ однако отъ относительныхъ размѣровъ таза и головки.

Когда имѣется слишкомъ выраженное суженіе таза, головка совершенно разгибается, подбородокъ остается задержавшимся за лоннымъ соединеніемъ и вышеописанные приемы не могутъ удасться, потому что подбородокъ недоступенъ и нѣтъ достаточно мѣста, чтобы достигнуть лица, огибая затылокъ по способу m-me Лашанелль.

Единственное средство, которое еще можетъ имѣть какой-нибудь результатъ, это—захватить одной рукой ножки и запрокинуть до минимума туловище ребенка на животъ матери; другая рука, наложенная вилкой на плечи, производитъ одновременно сильное потягиваніе за нихъ (рис. 272).

Когда размѣръ таза это позволяетъ, то головка двигается вокругъ лона, на которомъ она имѣетъ точку опоры; затылокъ опускается въ полость и подбородокъ освобождается; затылочная кость можетъ затѣмъ выйти надъ промежностью, затѣмъ слѣдуетъ большой родничокъ, и наконецъ лицо.

Если ребенокъ умираетъ во время этихъ приемовъ, которые требуютъ времени, то само собой разумѣется, что бесполезно настаивать долѣе. Необходимо произвести краніотомію, поддерживая туловище насколько возможно выше для того, чтобы имѣть возможность достигнуть задней части головки, куда долженъ быть введенъ инструментъ.

Гидроцефалія можетъ породить при выведеніи головки непроходимыя затрудненія. Это осложненіе узнается по присутствію подъ лономъ большаго и округленнаго тѣла, совпадающаго съ крайними размѣрами части, доступной внутреннему изслѣдованію, по необыкновенной ширинѣ швовъ и родничковъ, и по необычайной мягкости костей.

Присутствіе косолапости всегда должно заставить думать о возможности гидроцефаліи.

Въ этомъ случаѣ нечего колебаться и сразу произвести краніотомію ребенка и извлечь его краніокластомъ. Если гидроцефалическая голова представляетъ такіе размѣры, что она не можетъ войти въ тазъ, то, навѣрное, ребенокъ не жизнеспособенъ.

D. ПОСОБІЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНІИ НЕПОЛНОМЪ ЯГОДИЧНОМЪ СЪ НОЖКАМИ.

Можетъ случиться, что одна или другая нижняя конечность или обѣ спускаются во влагалище раньше ягодиць (предлежаніе ягодичное неполное съ ножками или ножное предлежаніе).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ предлежаніе ножекъ является въ результатѣ предлежанія полнаго ягодичнаго, но чаще всего боковое отклоненіе ягодиць является его причиной.

Было бы болѣе справедливымъ, какъ я уже на это указалъ въ первой части этой книги, говорить въ данномъ случаѣ о предлежаніи ягодичномъ съ первичнымъ опусканіемъ ножекъ, чѣмъ дѣлать специальное

предлежаніе вслѣдствіе присутствія ножекъ во влагалищѣ.

Когда одна изъ ножекъ или обѣ остаются захваченными зѣвомъ матки, то говорятъ о предлежаніи колѣнъ, но такое положеніе является лишь временнымъ. Во время родовъ, подъ вліяніемъ сокращеній матки, ноги вытягиваются и роды кончаются, какъ при обыкновенномъ ножномъ предлежаніи.

Такъ какъ зѣвъ матки не заполненъ предлежащей частью, то вся масса околоплодной жидкости постоянно направляется къ нижнему концу плоднаго пузыря. Изъ этого слѣдуетъ, что во время схватокъ, плодный пузырь вытягивается въ видѣ пальца перчатки черезъ маточный зѣвъ, не содѣйствуя, какъ это обычно имѣетъ мѣсто, на его раскрытіе, и къ тому же онъ часто преждевременно разрывается.

Эти два обстоятельства влекутъ за собой болѣе длительные роды, чѣмъ при всѣхъ другихъ ягодичныхъ предлежаніяхъ.

Выпаденіе пуповины случается часто; поэтому-то чаще приходится вмѣшиваться, ибо всякое замедленіе въ изгнаніи ребенка подвергаетъ его самымъ большимъ опасностямъ. Опусканіе ножекъ первыми лишаетъ поддержки пуповину и она въ такомъ случаѣ свободно опускается до зѣва; даже, если нѣтъ ея выпаденія съ начала, она легко увлекается водами, когда происходитъ разрывъ оболочекъ. Нѣтъ предлежанія, при которомъ бы выпаденіе пуповины не происходило такъ часто, какъ при опусканіи ножекъ первыми.

Когда положеніе не осложнено этимъ выпаденіемъ, то предсказаніе остается всегда болѣе пло-

химъ, чѣмъ при предлежаніи ягодичномъ полномъ или неполномъ обычно ягодичномъ. Жизни ребенка угрожаютъ продолжительныя сокращенія матки, вызванныя преждевременнымъ разрывомъ оболочекъ. Эти сокращенія могутъ вызвать иногда преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, если изгнаніе плода замедлено. Во время періода изгнанія, туловище и головка долго задерживаются въ маткѣ, такъ какъ размѣры однихъ ягодицъ не могутъ приготовить въ достаточной мѣрѣ половые пути для легкаго прохожденія остальной части плода.

Предсказаніе при первичномъ опусканіи одной только ножки менѣе опасно. Оставшаяся ножка, поднятая вдоль туловища, увеличиваетъ размѣры ягодицъ; сокращенія матки менѣе сильныя, если воды проходятъ преждевременно; половые пути подготавливаются лучше; выпаденіе пуповины не такъ легко.

Несмотря на эти досадныя обстоятельства, большая часть ножныхъ предлежаній оканчиваются самостоятельно и благопріятно. Нужно, стало быть, точно придерживаться того же правила, что и при предлежаніи полномъ ягодичномъ или при предлежаніи неполномъ обыкновенно ягодичномъ, и вмѣшиваться лишь въ случаѣ самой крайней необходимости.

Всякое потягиваніе за ножки вызываетъ роковымъ образомъ запрокидываніе ручекъ и разгибаніе головки, представляя, слѣдовательно, опасность для ребенка.

Въ прежнія времена вмѣшивались всегда, по принципу; слѣдствіемъ этого была очень высокая

смертность дѣтей. Предсказаніе при ножномъ предлежаніи улучшилось лишь съ момента, когда приняли другую точку зрѣнія, предоставивъ самой природѣ заботу объ изгнаніи ребенка. Даже при суженіяхъ таза, нерѣдко приходится видѣть самопроизвольное и относительно быстрое изгнаніе живого ребенка, въ то время какъ при предыдущихъ родахъ и совершенно подобныхъ ребенокъ умиралъ или былъ обезображенъ во время извлеченія.

Самопроизвольные роды происходятъ слѣдующимъ образомъ, когда одна ножка опускается раньше ягодиць:

Если опускается передняя ступня, то соотвѣтствующая ножка проходитъ безъ задержанія позади лонной дуги; область бугра получаетъ на дугѣ точку опоры и заднее бедро затѣмъ выходитъ надъ промежностью.

Если опускается задняя ступня, то переднее бедро задерживается лонной дугой тотчасъ же, какъ только ягодицы начинаютъ проходить въ тазъ: оно не можетъ болѣе продвигаться. Тогда подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній происходитъ самопроизвольный поворотъ ребенка въ 180 градусовъ въ случаѣ переднихъ видовъ и только въ 90 градусовъ при заднихъ видахъ, крестцовыхъ, поворотъ, приводящій впередъ первоначально заднее бедро, назадъ первоначально переднее бедро, что и позволяетъ произойти вступленію предлежащей части. Этотъ поворотъ никогда не происходитъ съ той стороны, гдѣ находятся мелкія части плода, потому что переднее бедро, опираясь въ подвздошнолонный бугорокъ, представляющій препятствіе его вставленію, не можетъ итти въ этомъ

направленіи. Ступня, голень, колѣно образуютъ, къ несчастью, выступы, которые постоянно упираются въ стѣнку таза. Рис. 273 и 277 показываютъ очень хорошо заднюю ножку, задерживающуюся мысомъ.

Поворотъ всегда происходитъ въ противоположномъ направленіи (рис. 273—280). Задерживающая ягодица, вмѣсто того, чтобы направиться впередъ, идетъ назадъ и увлекаетъ съ собой всѣ выступы своей конечности, способные задержаться контурами таза.

Если дѣло идетъ о переднекрестцовой позиціи (рис. 273 и 277), то такая ягодица скользитъ, отступая отъ подвздошнолоннаго бугорка, который ее задержалъ, проходитъ передъ лоннымъ соединеніемъ (рис. 274 и 278), затѣмъ въ боковыя части таза (рис. 275 и 279), чтобы остановиться окончательно передъ крестцовоподвздошнымъ соединеніемъ противоположной стороны (рис. 276 и 280); въ то время, какъ заднее бедро, подвергаясь тому же повороту, но въ противоположномъ направленіи, проходитъ впередъ въ противоположныя боковыя части таза, чтобы подойти, наконецъ, къ подвздошнолонному бугорку, гдѣ находилась первоначально задержавшаяся ягодица, — переднекрестцовыя позиціи становятся такимъ образомъ вторично заднекрестцовыми, пройдя промежуточные послѣдовательныя измѣненія, представленныя на рис. 273—276 и 277—280.

Что же касается заднекрестцовыхъ, то лѣвокрестцовое превращается съ помощью того же механизма въ заднекрестцовое правое, а правокрестцовое въ заднекрестцовое лѣвое. Такимъ

ЛЪВО-КРЕСТЦОВО-ПЕРЕДНЕЕ.



Рис. 273. Первичное опусканіе задней ножки.



Рис. 274. Поворотъ, который долженъ перевести кпереди первоначально заднее бедро, перевель спинку влѣво и квади (лѣво-крестцово-заднее).



Рис. 275. Поворотъ продолжается и спинка переходитъ прямо кзади.



Рис. 276. Первоначально лѣво-крестцово-переднее, съ первичнымъ опусканіемъ задней ножки превратилось въ право-крестцово-заднее, переходя послѣдовательно указанныя направленія. Первоначально заднее бедро находится теперь спереди.

ПРАВО-КРЕСТЦОВО-ПЕРЕДНЕЕ.

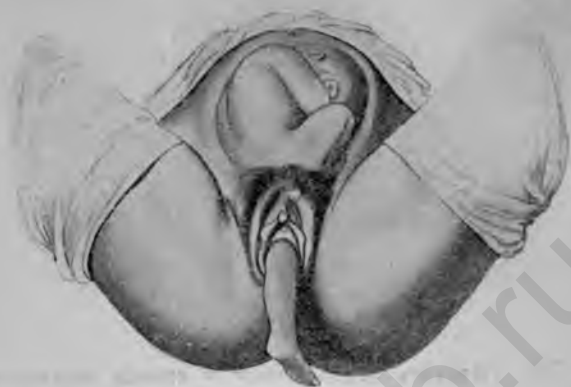


Рис. 277. Первичное опусканіе задней ножки.



Рис 278. Поворотъ, который долженъ перевести впереди первоначально заднее бедро, перевелъ спинку вправо и къзади (правс-крестцово-заднее).



Рис. 279. Поворотъ продолжается и спинка переходитъ прямо къзади.



Рис. 280. Первоначально право-крестцово-переднее съ первичнымъ опусканіемъ задней ножки превратилось въ лѣво-крестцово-заднее, переходя послѣдовательно указаннаго направленія. Первоначально заднее бедро находится теперь спереди.

образомъ поворотъ здѣсь представляетъ только половину предыдущаго (рис. 274—276 и 278—260).

Послѣ вступленія ягодицъ роды заканчиваются, какъ обыкновенно.

Чтобы поддержать головку согнутой и ручки въ ихъ нормальномъ положеніи, необходимо, какъ при предлежаніи не полномъ ягодичномъ, чтобы помощникъ производилъ, при каждой схваткѣ, сильное давленіе на дно матки. Такое давленіе вызываетъ обычно самопроизвольное выхожденіе ручекъ и плечей. Затѣмъ оканчиваютъ способомъ Морисо.

Не слѣдуетъ пренебрегать принятіемъ всѣхъ предосторожностей, чтобы имѣть возможность, въ крайнемъ случаѣ, быстро вмѣшаться и, съ появленіемъ ножекъ въ половой расщелинѣ, необходимо помѣстить роженицу поперекъ кровати, приготовить все необходимое для оживленія ребенка въ случаѣ асфиксіи.

Еще разъ, всякое потягиваніе за ножки допускаемо лишь тогда, когда мать или ребенокъ подвергаются такой опасности, что изгнаніе плода должно быть произведено безъ всякаго замедленія, но и въ этомъ случаѣ нельзя ни коимъ образомъ вмѣшиваться ранѣе полного открытія зѣва.

Е. ИЗВЛЧЕНІЕ ПЛОДА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНІЯХЪ ТАЗОВЫМЪ КОНЦОМЪ.

Мы только что изучили общее пособіе при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ; намъ остается теперь

сказать нѣсколько словъ объ оперативной техникѣ извлеченія плода, когда должно вмѣшаться для ускоренія выхожденія ребенка. Но прежде, чѣмъ начать эту главу, необходимо особенно подчеркнуть то обстоятельство, что кромѣ возможности инфекции, всякое извлеченіе при ягодицахъ представляетъ всегда для матери и для ребенка источникъ серьезной опасности, которую необходимо постоянно имѣть въ виду.

Существенное условіе для того, чтобы имѣть возможность извлечь живого ребенка и безъ опасности для матери находится въ полномъ открытіи зѣва.

Разрывы шейки, распространяющіеся иногда до нижняго сегмента матки, могутъ легко произойти вслѣдствіе грубаго извлеченія при недостаточно раскрытомъ зѣвѣ.

Мнѣ пришлось видѣть подобнаго рода, поистинѣ, несчастный случай. Поврежденія шейки были таковы, что они привели, послѣ зарубцеванія, къ полному закрытію шейнаго канала, наружнаго и внутренняго отверстій. Послѣдствіемъ былъ піометронъ съ настолько сильными болями, что онѣ сдѣлали больную неспособной къ какой-либо работѣ. И только удаленіе матки позволило этой женщинѣ вернуться къ ея обычной жизни.

Помимо поврежденій шейки, г л у б о к і е р а з р ы в ы п р о м е ж н о с т и, продолжающіеся иногда до прямой кишки, очень часты. Они происходятъ обычно во время производства способа Морисо въ то время, когда необходимо дѣйствовать быстро, чтобы предупредить асфиксію ребенка, что влечетъ за собой быстрое растяженіе промежности;

но они могут быть также вызваны прохождением самих ягодичь, а также трудным выведением плечей.

Всякое преждевременное вмешательство, всякая плохая техника, всякій недостатокъ обсужденной заранѣе помощи, влекутъ за собой тяжелыя послѣдствія.

Можно еще наблюдать о б и л ь н ы я к р о в о т е ч е н і я, происходящія или вслѣдствіе вышеуказанныхъ поврежденій, или вслѣдствіе атоніи матки, вызванной быстрымъ ея освобожденіемъ, или иногда вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Положеніе особенно тяжелое въ этомъ послѣднемъ случаѣ, если головка остается захваченной маточнымъ зѣвомъ. Но извлечение при ягодицахъ особенно опасно для самого плода и необходимо постоянно помнить, что всякое извлечение, даже повидимому самое легкое, не безопасно для младенца. Главной опасностью являются а с ф и к с і я и болѣе или менѣе опасныя поврежденія тѣла.

Всякое выведение плечей и головки, продолжающееся болѣе или менѣе долго, подвергаетъ опасности жизнь ребенка. Смерть плода во время или послѣ извлечения обязана многимъ причинамъ: она можетъ произойти вслѣдствіе н а р у ш е н і я м а т о ч н о - п л а ц е н т а р н а г о к р о в о о б р а щ е н і я, вызваннаго продолжительными маточными сокращеніями, вслѣдствіе с д а в л и в а н і я, которому подвергается, по выходѣ ягодичь, пуповина, опустившаяся въ полость; вслѣдствіе п р е ж д е в р е м е н н а г о о т д ѣ л е н і я д ѣ т с к а г о м ѣ с т а, происходящаго въ то время, когда головка задерживается недостаточно

раскрытымъ зѣвомъ или промежностью; вслѣдствіе преждевременныхъ дыхательныхъ движеній, производимыхъ частично прорѣзавшимся плодомъ, при чемъ они позволяютъ проникнуть въ трахею слизи и маточновлагалищнымъ жидкостямъ; наконецъ, вслѣдствіе рефлекторнаго обморока, вызваннаго сдавливаніемъ живота и грудной клѣтки во время приемовъ извлеченія.

Понятно, что плодъ имѣетъ тѣмъ больше шансовъ умереть, чѣмъ медленнѣе происходитъ прохожденіе родового канала головкой и плечами. Все, что замедляетъ и мѣшаетъ этому прохожденію, ухудшаетъ предсказаніе для плода.

Поэтомучто, запрокидываніе ручекъ и разгибаніе головки (вызванныя самими приемами извлеченія), недостаточно раскрытый зѣвъ матки, причинять наибольше тяжелый вредъ ребенку, и, при прочихъ равныхъ условіяхъ, предсказаніе будетъ серьезнѣе у первородящихъ, чѣмъ у много-родящихъ.

Наконецъ, когда плодъ послѣ большихъ усилій можетъ быть оживленъ въ случаяхъ, особенно продолжительнаго его извлеченія, не вся еще опасность устранена, и огромное число дѣтей умираетъ въ первые дни по рожденіи вслѣдствіе бронхопневмоніи, вызванной проникновеніемъ въ дыхательные пути слизи, попавшей во время преждевременныхъ дыхательныхъ движеній.

Кромѣ этой опасности асфиксіи, плодъ еще подвергается опасности травматическихъ поврежденій различнаго порядка и тяжести.

Такъ напримѣръ можно наблюдать вдавливаніе костей черепного свода (съ переломомъ или безъ него), вслѣдствіе давленія мыса въ случаяхъ суженія таза, иногда даже переломы основанія черепа. Когда эти поврежденія сопровождаются внутрочерепнымъ кровоизліяніемъ, они чаще всего смертельны. Разрывъ швовъ можетъ вызвать разрывъ пазухъ; разрывъ височнаго шва можетъ вызвать кровоизліяніе изъ срединной мозговой артеріи.

Могутъ произойти также внѣ или внутрочерепныя кровоизліянія безъ переломовъ. Первыя (напр. кефалогематома простая или двойная) не имѣютъ особеннаго значенія, по крайней мѣрѣ, если нѣтъ одновременно внутрочерепнаго кровоизліянія.

Послѣднее всегда влечетъ за собой самое серьезное предсказаніе, если оно не является смертельнымъ. Оно можетъ произойти въ самой мозговой ткани или между надкостницей и твердой мозговой оболочкой.

Когда внутримозговое кровоизліяніе не смертельно, оно можетъ повлечь центральные длительныя параличи.

На лицѣ можно наблюдать разрывы угловъ рта, ушибы и пораненія языка, разрывы уздечки языка съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ, пораненія дна рта, вывихи или переломы нижней челюсти. Послѣдніе предупреждаются введеніемъ пальца, при примѣненіи способа Морисо, не только до края десень, но вплоть до основанія языка, и производствомъ съ помощью большого пальца противо-давленія на нижній край челюсти.

На шеѣ и на туловищѣ часто находятъ подкожныя или внутримышечныя гематомы, кровоизліянія на ключицѣ между надкостницей и костью, съ пере-

ломомъ или безъ него. Излюбленнымъ мѣстомъ этихъ гематомъ является грудиноключично-сосковая мышца. Однако, онѣ могутъ произойти также въ другихъ мышцахъ. Эти гематомы проходятъ обычно сами собой безъ другихъ осложнений, но могутъ иногда произвести параличъ или полупараличъ руки, каковыя исчезаютъ по мѣрѣ рассасыванія. Въ другихъ случаяхъ могутъ произойти мышечные болѣе распространенные разрывы, вызывающіе стойкія функціональныя расстройства, кривошея. вслѣдствіе фибрознаго интерстиціального міозита.

Со стороны позвоночника наблюдаютъ разрывы, происходящіе отъ потягиванія за туловище ребенка, въ особенности, если они неправильно примѣнялись. Поврежденіе расположено чаще всего въ шейной области. Въ другихъ случаяхъ имѣются спинномозговья кровоизліянія въ оболочки мозга.

Внутрибрюшинныя кровоизліянія, внутриплевральныя, гематома печени, разрывы почекъ тоже наблюдались, точно такъ же, какъ переломы таза, бедренной кости, берцовой кости и отслоенія эпифизовъ. Вывихъ бедренной кости наоборотъ очень рѣдокъ.

Кромѣ гематомъ грудиноключично - сосковой мышцы, наиболѣе частыя поврежденія, это—переломъ ключицы и переломъ или отслоеніе эпифиза плечевой кости. Они происходятъ всегда въ слѣдствіе ошибки оперирующаго: первый переломъ происходитъ, когда стараются вывести ручку, перенося все усиліе на плечо, не стараясь дойти до локтевого сгиба, или когда производятъ усиленное давленіе на ключицу во время производства способа Морисо; второй пере-

ломъ имѣеть мѣсто, когда совершаютъ ошибку, для выведенія ручекъ, и обхватываютъ ихъ кругомъ между большимъ и указательнымъ пальцемъ.

Эти поврежденія могутъ сопровождаться полнымъ или неполнымъ параличомъ верхней конечности, которые впрочемъ наблюдаются также безъ всякаго перелома или отслоенія эпифиза.

А. ИЗВЛЕЧЕНІЕ ВЪ СЛУЧАЯХЪ ПОЛНАГО И НЕПОЛНАГО ЯГОДИЧНАГО ПРЕДЛЕЖАНІЯ.

Оперативная техника отличается въ зависимости отъ того, опустили ли уже ягодицы или еще нѣтъ.

1°. Ягодицы вступили.

Показанія. Со стороны ребенка оперативными показаніями служатъ прежде всего признаки начала асфиксии, которые обнаруживаются при выслушиваніи измѣненія частоты и ритма сердцебиенія. Мы уже сказали, что нарушенія, вызванныя въ маточно-плацентарномъ кровообращеніи вслѣдствіе продолжительныхъ схватокъ, и опасность сдавливанія пуповины, составляли для плода настоящую угрозу асфиксией во время всего періода изгнанія. Опасность тѣмъ болѣе велика, чѣмъ дольше тянется періодъ изгнанія.

Несокращаемость матки можетъ еще продлить сверхъ мѣры продолжительность и безъ того уже очень замедленныхъ родовъ.

Она чаще всего вторична. У первородящихъ, и въ особенности у ножныхъ первородящихъ, происходитъ иногда полная остановка родовъ послѣ того, какъ ягодицы подойдутъ къ выходу таза. Промежность энергично сопротивляется,

матка и брюшныя мышцы устаютъ, схватки ослабляются и являются недостаточными для того, чтобы закончить изгнаніе ягодиць. При каждой схваткѣ, въ половой расщелинѣ появлется переднее бедро, которое тотчасъ же скрывается, чтобы снова едва появиться во время слѣдующей схватки.

По довольно понятнымъ соображеніямъ нельзя въ данномъ случаѣ сдѣлать ванну, что является наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ для возбужденія дѣятельности матки.

Легкій полчасовой наркозъ можетъ быть иногда полезенъ. Схватки становятся болѣе сильными, ягодицы прорѣзываются, а за нимъ остальная часть туловища; но большею частью, необходимо выводить ручки и головку искусственно.

Необходимо постоянно помнить, что само-пс-себѣ извлеченіе плода при ягодицахъ представляетъ постоянно опасность для плода и никогда не слѣдуетъ забывать, что всякое потягиваніе, какъ бы оно ни было осторожнымъ, вызываетъ разгибаніе головки и запрокидываніе ручекъ.

Изъ этого слѣдуетъ, что выведеніе головки и ручекъ, такъ же, какъ и способъ Морисо, являются особенно трудными послѣ этого вмѣшательства, и что ребенокъ часто погибаетъ вслѣдствіе того, что эти приемы требуютъ времени.

Въ случаѣ простой недостаточности схватокъ врачъ, стало быть, долженъ умѣть возможно дольше ждать прежде, чѣмъ рѣшиться на вмѣшательство даже, если ягодицы находятся въ половой расщелинѣ. Только остановка родовъ, на 8—10 часовъ, когда женщина и ребенокъ чувствуютъ себя хорошо,

можетъ оправдать извлеченіе ребенка. Раньше же вмѣшиваться можно только въ случаѣ, если выслушиваніе обнаруживаетъ начало асфиксіи, если половыя части плода начинаютъ отекать и принимать черноватую окраску—признакъ угрожающаго омертвѣнія, или еще въ случаѣ показаній со стороны матери.

Со стороны матери необходимо разсматривать, какъ оперативное показаніе, не прсходящее учащеніе пульса до 110 и выше и непроходящее поднятіе температуры выше 38°, происходитъ ли послѣднее отъ поврежденій мягкихъ частей, или отъ инфекціи, увеличивающійся отекъ наружныхъ половыхъ частей вслѣдствіе сдавленія венъ въ околовлагалищной клѣтчаткѣ, или кровотеченіе, какова бы ни была его причина (преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста или разрывъ влагалищныхъ варикозныхъ венъ), эклампсія, болѣзни другихъ органовъ (сердца, легкихъ или почек), на которыя повліяла большая продолжительность родовъ.

Оперативная техника.

Когда ягодицы не вышли цѣликомъ изъ маточнаго зѣва, то является невозможнымъ извлечь ребенка живымъ и женщина подвергается опасности глубокаго разрыва шейки.

Извлеченіе ягодиць называется прямымъ, если оно произведено рукой и непрямымъ, если оно произведено съ помощью шнурковъ или крюка.

Когда ягодичное предлежаніе, то первый приѣмъ состоитъ въ захватываніи ступни и вытягиваніи

ея наружу. Извлеченіе затѣмъ производится съ помощью этой ступни, какъ въ случаѣ первичнаго ножнаго предлежанія. Не слѣдуетъ низводить обѣ ступни, если онѣ обѣ достигаются. Такой способъ дѣйствія уменьшаетъ размѣры ягодиць, что въ такомъ случаѣ не позволяетъ имъ подготовить въ достаточной мѣрѣ половые пути для прохожденія плечей и головки.

Всегда слѣдуетъ низводить переднюю ступню, потому что она позволяетъ лучше направить тракцію. За заднюю ступню неизбѣжно тянуть слишкомъ впередъ; переднее бедро, опираясь въ такомъ случаѣ въ лонную дугу, препятствуетъ поступательному движенію ягодиць. Когда одна ступня находится рядомъ съ ягодицами, ясно, что нѣтъ выбора. Если это задняя ступня, то нужно помнить, что, когда ягодицы уже вошли въ тазъ, то плоду не предстоитъ описывать вращательнаго движенія для вступленія и что потягиванія должны быть направлены вначалѣ сильно внизъ, чтобы избѣгнуть задержанія передняго бедра лоннымъ соединеніемъ.

Когда ягодичное предлежаніе неполное, вслѣдствіе приподнятія ногъ, то никогда не слѣдуетъ стараться низводить ступню, заставляя ее описывать большую дугу круга. Этотъ приемъ, въ случаѣ даже, если бы онъ казался неполнымъ, подвергаетъ ребенка опасности перелома нижней конечности. Вмѣшательство для извлеченія при ягодицахъ, въ этихъ условіяхъ состоитъ въ потягиваніяхъ за пахъ. Нѣизвестъ ягодицы пальцами, согнутыми въ видѣ крюка надъ паховымъ сгибомъ, таковъ наилучшій способъ.

Указательный палецъ одноимянной съ переднимъ бедромъ руки проводится сзади лонной кости до пахового сгиба и упирается въ него; двумя послѣдними фалангами, согнутыми крючкомъ, потягиваютъ насколько возможно внизъ за тазовый конецъ; другіе пальцы остаются пригнутыми къ ладони. Если есть мѣсто, то большой палецъ можетъ пройти сзади крестцовой кости, чтобы получить тамъ точку опоры (рис. 281 и 285). Необходимо позаботиться, избѣгая постоянно излишка давленія на животъ плода, перенести давленіе скорѣе на тазъ плода, чѣмъ на бедренную кость, чтобы не произвести перелома этой кости. Другая рука, чтобы усилить потягиваніе, обхватываетъ кругомъ кисть (рис. 281 и 285).

За исключеніемъ случаевъ, когда извлеченіе представляетъ слишкомъ большія трудности, нужно провести лишь одинъ палецъ въ паховой сгибъ, чтобы не вызвать перелома шейки бедренной кости или отслоеніе эпифиза.

Въ случаѣ усталости можно перемѣнить руку.

Во все время извлеченія до момента выведенія ручекъ, помощникъ долженъ непрерывно производить сильное давленіе на дно матки, чтобы предупредить запрокидываніе ручекъ и разгибаніе головки.

Когда ягодицы достаточно опустились насколько это требуется, указательный палецъ свободной руки проводится въ свою очередь глубоко назадъ и захватываетъ задній паховой сгибъ (рис. 282 и 286). Комбинированнымъ потягиваніемъ за оба паха производятъ тогда выведеніе ягодиць.

Можетъ однако случиться, что нельзя достигнуть передняго пахового сгиба и что только одинъ задній сгибъ доступенъ.

Когда съ помощью энергичнаго давленія, производимаго помощникомъ на дно матки, не удается сдѣлать доступнымъ передній паховой сгибъ, тогда сперва зацѣпляють задній паховой сгибъ.

Вначалѣ слѣдуетъ направлять потягиваніе къ землѣ для того, чтобы грудная клѣтка, которая находится въ этотъ моментъ во входѣ таза, вошла въ тазъ по направленію осевой линіи и чтобы совершенно не терять силы. Направленіе этого потягиванія не подвергаетъ никакой опасности промежность, принимая во вниманіе мягкость живота ребенка.

Мало-по-малу, поднимають руки такъ, чтобы тянуть горизонтально, затѣмъ все болѣе и болѣе кверху, чтобы произвести выведеніе ягодиць (рис. 282 и 285).

Простое по прямой линіи потягиваніе обычно достаточно, но иногда предпочтительнѣе заставить ягодицы продѣлать послѣдовательно маленькія движенія снизу вверхъ и сверху внизъ.

Нужно производить, какъ общее правило, не непрерывное потягиваніе, но серію потягиваній, отдѣленныхъ промежуточнымъ отдыхомъ. Эти потягиванія за и с к л ю ч е н і е м ъ к р а й н и х ъ с л у ч а е в ъ, должны производиться только во время схватокъ. Между схватками, дѣйствительно, потягиванія требуютъ гораздо большихъ усилій и, такъ какъ они вызываютъ въ это время значительное растяженіе позвоночника, ручки и подбородокъ при этихъ условіяхъ имѣють наклонность удаляться все болѣе отъ груди. И мо-

жетъ произойти даже такое разгибаніе головки, что оно приведетъ затылокъ въ соприкосновеніе со спинкой. Трудности, происходящія отъ этого для выведенія ручекъ и способа Морисо, могутъ быть роковыми для ребенка, въ особенности, если онъ уже подвергался опасности.

Что касается выведенія самихъ ягодицъ, то нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы оно происходило такъ же, какъ и при нормальныхъ родахъ. Когда половая расщелина очень узка, то предпочтительнѣе расширить ее съ помощью эпизиотоміи. Это маленькое вмѣшательство облегчаетъ выхожденіе плечей и головки.

Послѣ выведенія ягодицъ, онѣ должны быть захвачены такъ, чтобы большіе пальцы лежали на крестцѣ плода параллельно средней линіи (рис. 283 и 287), указательный же палецъ оставался въ паховомъ сгибѣ, а другіе три пальца пригнуты къ ладони. Положеніе большого пальца на крестцѣ даетъ рукѣ точку опоры. Нужно тогда, не мѣшая повороту плода, который переводитъ спинку кпереди, тянуть снова сильно внизъ для введенія плечей во входъ таза (рис. 283 и 287) и приподнимать затѣмъ понемногу направленіе потягиванія по мѣрѣ того, какъ они спускаются въ полость, переводя, для ихъ введенія въ выходъ таза, спинку въ ту сторону, гдѣ она находилась первоначально (рис. 284 и 288).

Какъ и при нормальныхъ родахъ, нужно стараться освободить нижнія конечности только непосредственно передъ выведеніемъ ручекъ, если онѣ не выходятъ самопроизвольно послѣ того, какъ прямо переводятъ ребенка къ тому бедру матери, къ которому обращена спинка (рис. 284

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 281. Потягиваніе пальцами за ягодицы.



Рис. 282. Извлеченіе ягодиць.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 283, Извлечение туловища.



Рис. 284, Выведение ножекъ.

ПРАВОО КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 285. Потягиваніе пальцами за ягодицы.



ис. 286. Извлеченіе ягодиць.

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 287. Извлеченіе туловища.



Рис. 288. Выведеніе ножекъ.

и 288). Ихъ захватываютъ послѣдовательно между большимъ и указательнымъ пальцами, чтобы вывести изъ половой расщелины.

Мы уже говорили, почему примѣняемое вытягиваніе пуповины, если она очень натянута, скорѣе вредно, чѣмъ полезно.

Руки не мѣняютъ мѣста до тѣхъ поръ, пока не появится изъ половой расщелины нижній уголь лопатки. Только въ этотъ моментъ начинаютъ выводить ручки, затѣмъ примѣняютъ способъ Морисо для извлеченія головки.

Мы не будемъ здѣсь говорить о наложеніи щипцовъ на ягодицы. Такъ какъ щипцы устроены не для этого, то ихъ употребленіе въ этомъ случаѣ очень опасно.

Точно также обстоитъ дѣло и съ тупымъ крючкомъ, который употребляется для того, чтобы замѣнить руку при потягиваніяхъ за пахъ. Этотъ инструментъ причинилъ уже столько переломовъ бедренной кости и таза, столько поверхностныхъ или глубокихъ поврежденій въ паховомъ сгибѣ, на животѣ и на половыхъ частяхъ, столько, что его употребленіе необходимо ограничить для случаевъ, когда плодъ уже мертвый, а также для тѣхъ, въ которыхъ положеніе матери требуетъ немедленнаго окончанія родовъ и въ которыхъ, въ то же время, невозможно извлечь ребенка другимъ способомъ.

По направленію двухъ пальцевъ, введенныхъ позади лонной кости до передняго пахового сгиба, проводятъ крючокъ, держа его другой рукой, и помѣщенный такимъ образомъ, что его свободный конецъ обращенъ къ тазу плода. Когда крючокъ падаетъ выше пахового сгиба, то ему придаютъ

вращательное движеніе, съ помощью котораго его свободный конецъ направляется между животомъ и передней конечностью плода. Затѣмъ крючокъ опускають до пахового сгиба, проводя его съ помощью указательнаго пальца свободной руки, введенной ему навстрѣчу, сзади бедра.

Если невозможно достигнуть передняго бедра, то необходимо сдѣлать этотъ же пріемъ съ заднимъ бедромъ.

Затѣмъ тянуть за крючокъ. Какъ только захваченное бедро достаточно опустилось для того, чтобы можно было замѣнить крючокъ пальцами, инструментъ вынимается и извлеченіе заканчивается способомъ пальцевыхъ потягиваній.

Когда пальцевое извлеченіе встрѣчаетъ очень большія затрудненія, происходящія отъ высоты, на которой находятся ягодицы, то лучше пользоваться т е с ь м о й, чѣмъ крючкомъ.

Тесьма вводится въ наиболѣе доступный сгибъ паха, въ передній или задній. Чтобы облегчить его помѣщеніе на мѣсто, придумали спеціальныя инструменты, принципъ которыхъ аналогиченъ принципу зонда Беллока (Bellocq).

Если въ распоряженіи нѣтъ подобнаго инструмента, то можно очень легко ввести тесьму пальцами; тесьма должна вводиться с н а р у ж и в н у т р ь .

Однако трудно ввести тесьму, такъ сказать, невооруженную; поэтому можно пользоваться съ этой цѣлью простымъ кольцомъ, которое предварительно кипятятъ. Продвинувъ его надъ паховымъ сгибомъ, кольцо схватываютъ между бедрами плода или пальцами, или длиннымъ пинцетомъ. Кольцо вытягивается наружу до тѣхъ поръ, пока оба конца тесьмы будутъ одинаковыхъ размѣровъ.

Начинать тракціи можно лишь тогда, когда убѣдятся, что тесьма скользитъ хорошо и не за-вивается въ жгутъ.

Здѣсь однако еще важнѣе, чѣмъ при потягиваніяхъ пальцами, не производитъ непрерывнаго потягиванія. Промежутки отдыха здѣсь необходимы для того, чтобы область, на которую наложена тесьма, не подвергалась непрерывному натяженію.

Какъ только бедро опустилось достаточно низко, тесьма замѣняется пальцами и вмѣшательство заканчивается пальцевыми потягиваніями.

Хотя тесьма и значительно мягче, чѣмъ металлическій крючокъ, все-таки она не безопасна.

Послѣ употребленія тесьмы отмѣчаютъ поврежденія мягкихъ частей (разрѣзы кожи и подлежащихъ частей, ушибы, царапины, болѣе или менѣе глубокія пораненія), а также переломъ бедренной кости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались стойкія атрофіи нижней конечности, съ укороченіемъ бедренной кости, влекущимъ ясно замѣтное хроманіе.

Можно въ концѣ концовъ сказать, что всюду, гдѣ наложеніе тесьмы не влечетъ за собой пораненій, потягиванія пальцами удаются. Стало быть, лучше прибѣгать къ тесьмѣ, если ребенокъ уже умеръ или когда состояніе матери, хотя бы въ ущербъ ребенку, требуетъ немедленнаго окончанія родовъ и когда, въ то же время, извлеченіе способомъ пальцевыхъ потягиваній особенно трудно.

Наконецъ, если ребенокъ умеръ и его извлеченіе пальцами или тесьмой невозможно, то, какъ послѣднее средство, остается употребленіе краниокласта или базіотриба. Можно, однако, прежде чѣмъ прибѣгать къ этой крайней мѣрѣ, испробо-

вать ещё силой вытащить ножку, хотя бы даже переломивъ ее намѣренно для облегченія способа. Извлеченіе дѣлается тогда съ помощью низведенной ножки.

Что касается наложенія краниокласта, то его цѣльную браншу вводятъ въ прямую кишку; затѣмъ помѣщаютъ на крестецъ плода браншу съ просвѣтомъ. Послѣ этого замыкаютъ инструментъ и завинчиваютъ. Одна рука постоянно провѣряетъ направленіе, которое необходимо придавать потягиваніямъ.

2°. Ягодицы не вступили.

Когда ягодицы находятся во входѣ таза, то ихъ извлеченіе указанными выше способами встрѣчаетъ самыя большія затрудненія.

Въ данномъ случаѣ необходимо отказаться отъ всякой попытки непосредственнаго извлеченія. Единственно возможное вмѣшательство состоитъ въ низведеніи ножки и извлеченіи ребенка съ помощью низведенной ножки. Однако, для этого необходимо, чтобы ягодицы были достаточно подвижны и зѣвъ матки достаточно открытъ или во всякомъ случаѣ растяжимъ, чтобы пропустить руку.

Когда ягодицы повидимому уже установились, то никогда не слѣдуетъ пренебрегать, прежде чѣмъ употреблять тупой крючокъ или тесьму, попытаться отодвинуть ихъ подъ наркозомъ и затѣмъ низвести ножку. Наркозъ позволяетъ иногда оттолкнуть ягодицы въ достаточной мѣрѣ, чтобы можно было ввести руку въ матку. Такъ какъ растягиваніе нижняго сегмента заставляеть бояться разрыва

м а т к и, то въ этомъ послѣднемъ случаѣ такая попытка противопоказуется.

Низведеніе ножки всегда въ большей или меньшей степени опасно для жизни ребенка; въ самомъ дѣлѣ, имѣется возможность сдавить пуповину во время производимаго пособія, и, кромѣ того, одинъ уже фактъ захватыванія ножки можетъ вызвать рефлекторнымъ путемъ преждевременныя дыхательныя движенія.

Такимъ образомъ, за исключеніемъ крайнихъ случаевъ, в м ѣ ш а т е л ь с т в о не должно имѣть м ѣ с т а р а н ѣ е раскрытія з ѣ в а м а т к и, чтобы ребенокъ могъ быть извлеченъ тотчасъ же, если это необходимо.

Если раскрытіе неполное, когда считаютъ низведеніе ножки подходящимъ, то нужно, въ случаѣ возможности, ввести сперва баллонъ Шампетье де-Риба и ждать самопроизвольнаго его изгнанія, прежде чѣмъ вмѣшаться. Насѣчки на шейкѣ въ данномъ случаѣ совершенно недопустимы.

Если ягодицы не могутъ быть достаточно отодвинуты, чтобы дать мѣсто баллону, то въ силу необходимости приходится низводить ножку, несмотря на недостаточность раскрытія; но въ такомъ случаѣ нужно ждать полнаго открытія з ѣ в а, прежде, чѣмъ дѣлать малѣйшую попытку извлеченія. Раскрытіе становится въ подобныхъ случаяхъ полнымъ обычно очень скоро. Можно разсматривать его, какъ законченное, когда пупокъ появляется въ половой расщелинѣ. Однако никогда не слѣдуетъ забывать, что способъ Морисо можетъ быть очень трудно исполнимымъ въ этихъ условіяхъ, потому что з ѣ в ѣ м а т к и, механически растянутый прохо-

жденіемъ ягодиць и плечей, сокращается на шеѣ ребенка и препятствуетъ быстрому извлеченію головки, которую онъ къ тому же поддерживаетъ разогнутой.

Показанія. Показанія къ низведенію ножки при предлежаніи неопустившихся ягодиць могутъ быть раздѣлены на двѣ группы, въ зависимости отъ того вмѣшиваются ли для производства немедленнаго извлеченія ребенка или низведеніе ножки представляетъ лишь простую предосторожность, позволяющую, въ случаѣ надобности, окончить затѣмъ быстро роды (профилактическое низведеніе ножки).

1. Къ первой группѣ относятся всѣ опасныя для матери и ребенка состоянія, происходящія при полномъ открытіи.

Со стороны матери дѣло можетъ итти о растяженіи нижняго сегмента матки, постояннаго повышенія температуры и учащенія пульса, зловоннаго запаха околоплодной жидкости, указывающаго на инфекцію, кровотеченіи (преждевременное отдѣленіе, предлежаніе дѣтскаго мѣста). Эклампсія, легочныя, сердечныя и почечныя заболѣванія съ сильной одышкой и нарушеніемъ компенсаціи могутъ въ равной мѣрѣ сдѣлать необходимымъ низведеніе ножки и немедленное извлеченіе плода.

Со стороны ребенка такимъ показаніемъ является начало асфиксіи, какова бы ни была его причина. Она представляетъ самое частое показаніе къ низведенію ножки и опредѣляется при выслушиваніи измѣненіемъ частоты, тона и ритма сердцебіенія плода. Быстрое извлеченіе

при условіи полного открытія зѣва можетъ иногда его спасти. Точно такъ же въ случаяхъ выпаденія пуповины, что наблюдается очень рѣдко при полномъ ягодичномъ предлежаніи.

2. Профилактическое низведеніе ножки т.-е. намѣренное измѣненіе первоначальнаго предлежанія ягодичнаго въ ножное предлежаніе, можетъ быть произведено до полного открытія, потому что въ этомъ случаѣ дѣло идетъ не о немедленномъ извлеченіи ребенка. Вмѣшательство это показуется при слѣдующихъ обстоятельствахъ.

а. Когда переднее бедро задерживается лонной костью и не можетъ войти во входъ таза или когда имѣется боковое отклоненіе ягодиць, которое не могло быть исправлено наружными приемами.

Въ послѣднемъ случаѣ необходимо, пока еще не прошли воды, держать женщину въ лежачемъ положеніи на той сторонѣ, въ которую отклонились ягодицы, чтобы заставить ихъ войти во входъ таза и въ немъ установиться.

Ножку надо низвести тотчасъ же послѣ разрыва оболочекъ, если отклоненіе продолжается, такъ какъ болѣе нѣтъ надежды на самопроизвольное его исправленіе послѣ прохожденія водъ и, чѣмъ болѣе ждать, тѣмъ труднѣе становится вмѣшательство. Затѣмъ предоставляютъ самой природѣ заботу изгнанія ребенка, если только выслушиваніе не обнаружитъ въ какой-нибудь моментъ начала асфиксіи; однако нужно извлекать ребенка только тогда, когда зѣвъ матки достаточно открытъ

или по крайней мѣрѣ достаточно растяжимъ, чтобы позволить ему быстро родиться.

в. Когда имѣется суженіе таза. Непосредственное извлеченіе ягодиць представляетъ значительныя затрудненія, когда онѣ задерживаются во входѣ таза, и низведеніе ножки представляетъ вмѣшательство, позволяющее произвести это извлеченіе при безконечно лучшихъ условіяхъ въ случаѣ, если бы впослѣдствіи явилось какое-либо показаніе для быстрого окончанія родовъ.

Эти затрудненія происходятъ отъ того, что ножки, поднимаясь вдоль туловища, увеличиваютъ объемъ ребенка снизу вверхъ. При такихъ условіяхъ вся масса его представляетъ овоидъ, который вступаетъ своимъ малымъ концомъ. Изъ этого можетъ слѣдовать настоящее ущемленіе ребенка во входѣ таза.

Нужно однако рѣшаться на низведеніе ножки въ случаѣ, когда женщина отказалась бы отъ всякаго другого хирургическаго вмѣшательства, и когда имѣется абсолютная увѣренность, что ягодицы не могутъ опуститься.

с. Когда имѣется выпаденіе пуповины, чтобы моментально предупредить ея ущемленіе и облегчить извлеченіе ребенка, когда оно будетъ показано. Ножка, оставшаяся приподнятой, образуетъ тогда съ туловищемъ ребенка жолобъ, способный предохранить пуповину.

Вмѣшательство должно быть примѣнено по возможности тотчасъ же послѣ разрыва оболочекъ. Если зѣвъ матки совершенно открытъ и пуповина подвергается уже какому-нибудь сдавленію, несмотря на низведеніе ножки, то немедленно извле-

какоть ребенка. Когда открытіе еще неполное, то въ такомъ случаѣ не нужно стремиться ускорить его съ помощью баллона Шампетье де-Риба; послѣдній какъ разъ сдавилъ бы пуповину, а этого и нужно избѣгать. Стало быть приходится довольствоваться низведеніемъ ножки и предоставленіемъ самой природѣ заботы изгнанія плода вплоть до пупка, чтобы съ этого момента начать извлечение.

Если зѣвъ не позволяетъ пройти рукѣ, то нужно прибѣгнуть къ способу Боннэра (Bonnaire¹), чтобы его послѣдовательно растянуть.

Мы уже говорили, что выпаденіе пуповины очень рѣдко наблюдается при предлежаніи ягодичномъ полномъ и неполномъ, обычно ягодичномъ. Нижнія согнутыя и приподнятыя вдоль туловища конечности образуютъ въ самомъ дѣлѣ съ туловищемъ ребенка нѣчто вродѣ воронки, въ которой помѣщается пуповина и предупреждается ея выпаденіе.

d. Когда имѣется предлежаніе дѣтскаго мѣста, чтобы быстро остановить кровотеченіе. Въ данномъ случаѣ ребенкомъ пользуются какъ тампономъ для придавливанія кровоточащей поверхности матки. Когда жизнь матери подвергается опасности, то жизнь ребенка отходитъ на второй планъ.

Нужно примѣнить низведеніе ножки какъ только поставлено распознаваніе и какъ только можно

¹) Способъ Боннэра состоитъ въ введеніи тыльными поверхностями въ зѣвъ матки, указательнаго и средняго, затѣмъ безымяннаго пальцевъ каждой руки и въ растяженіи, при посредствѣ этихъ пальцевъ, дѣйствующихъ на подобіе пинцета, съ расходящимися концами, на края зѣва до тѣхъ поръ, пока онъ не пропуститъ всю руку.



Рис. 289. Лѣвое крестцовое. Введеніе лѣвой руки.



Рис. 290. Правое крестцовое. Введеніе правой руки.

проникнуть въ матку. Проходятъ черезъ дѣтское мѣсто или черезъ оболочки, если послѣднія еще не разорваны и доступны; какъ только ножка низведена, ждуть самопроизвольнаго изгнанія ребенка и вмѣшиваются лишь для освобожденія ручекъ и головки.

Это лучший способъ леченія предлежанія дѣтскаго мѣста. При немъ обычно зѣвъ настолько размяченъ и растяжимъ, что всегда возможно проникнуть въ матку однимъ или двумя пальцами по меньшей мѣрѣ. Даже когда открытіе только въ самомъ началѣ, всегда можно добиться достаточнаго открытія способомъ Боннэра.

Мы вернемся подробнѣе къ этому показанію въ главѣ, излагающей предлежаніе дѣтскаго мѣста.

О п е р а т и в н а я т е х н и к а .

Способъ заключаетъ три приема:

1°. Введеніе руки.

2°. Разыскиваніе и правильный захватъ ножки.

3°. Низведеніе ножки.

Нужно всегда пользоваться рукой, ладонная поверхность которой соотвѣтствуетъ животу ребенка (лѣвая рука при лѣвомъ крестцовомъ и правая при правомъ крестцовомъ). Рука вводится въ положеніи, представленномъ рис. 289 и 290, пальцы собраны въ видѣ конуса, большой палецъ приведенъ къ центру руки. Въ такомъ видѣ рука проводится въ половую расщелину, затѣмъ во влагалище и наконецъ къ зѣву матки.

Введеніе должно быть сдѣлано очень медленно, съ помощью легкихъ послѣдовательныхъ вращательныхъ движеній въ одномъ, затѣмъ въ другомъ направленіи, наподобіе бурава. Нужно преодолѣть

постепенно и без поврежденія сопротивление отверстія половой расщелины.

Это введеніе особенно чувствительное у первородящихъ и требуетъ глубокаго наркоза.

Другой рукой раздвигаютъ большія губы, чтобы рука не могла увлечь за собой волосъ (рис. 289 и 290). Какъ только прошли во влагалище, другую руку кладутъ на дно матки, чтобы мѣшать ей ускользать подъ напоромъ первой руки, въ то время какъ этой послѣдней стараются проникнуть сбоку ягодиць, осторожно и постепенно отталкивая ихъ въ сторону, гдѣ находится спинка плода (рис. 291 и 297). Этотъ первый приѣмъ способа требуетъ большой осторожности, такъ какъ можно легко вызвать глубокія поврежденія матери, если грубо отталкивать ягодицы. Наблюдались даже случаи разрывовъ сводовъ влагалища.

Если имѣется ягодичное предлежаніе полное, то ничего нѣтъ легче, какъ захватить одну изъ ножекъ, такъ какъ послѣднія находятся на одномъ уровнѣ съ ягодицами, какъ разъ надъ зѣвомъ матки. Нужно всегда низвести переднюю ножку. И только въ случаѣ предлежанія дѣтскаго мѣста, когда ребенкомъ жертвуютъ заранѣе, выборъ ножки не имѣетъ значенія.

Если ножки не находятся тотчасъ надъ зѣвомъ, то рука проводится все выше и выше между стѣнкой матки и плодомъ, тыльной поверхностью, слегка обращенной впередъ (рис. 291 и 292, 297 и 298).

Нужно также обратить все вниманіе на то, чтобы захватить переднюю ножку, хотя въ общемъ легче достигнуть задней ножки. Если низвести эту послѣднюю, то переднее бедро тотчасъ

упрется въ лонную кость и вступленіе ягодиць было бы возможнымъ только послѣ выше описаннаго вращательнаго движенія, приводящаго кпереди первоначально заднее бедро. Мы уже говорили, что этотъ поворотъ происходитъ всегда самопроизвольно подѣ влияніемъ сокращеній матки; но онъ однако, требуетъ извѣстнаго времени, что очень опасно для ребенка, когда его извлеченіе не терпитъ отлагательства.

Необходимо подняться вдоль бедра до самой ступни, которая часто находится у дна матки, на уровнѣ головки (рис. 292 и 298). Врачъ ни въ коемъ случаѣ не долженъ торопиться въ этотъ моментъ вмѣшательства, чтобы всегда оставаться въ полной освѣдомленности.

Недостаточно достигнуть подколѣнной ямки и захватить бедро; эта послѣдняя техника, употребляемая на манекенѣ, не безопасна на живомъ только въ томъ случаѣ, когда колѣни согнуты и плодъ очень подвиженъ. Когда ножки цѣликомъ приподняты и ступни находятся въ сосѣдствѣ съ головкой, но оболочки разорваны, то такая техника опасна, потому что плодъ неподвиженъ въ слѣдствіе сокращенія матки. Сверхъ того надо опасаться перелома бедренной кости.

Распознавъ переднюю ножку, большой палецъ проводятъ позади ножки, чтобы обхватить ее (рис. 293 и 299).

Тогда сгибаютъ ножку, которую захватываютъ пальцами руки такъ, чтобы крѣпко держать надъ ступней схваченную ножку, затѣмъ прямо выни-

мають руку (рис. 294 и 300), чтсбы низвести та-
кимъ образомъ ступню, не производя ей
никакого перекручиванія.

Если бы ошибочно захватили ножку за ея внут-
реннюю поверхность, держа тыльную поверхность
руки сзади, то, низводя ножку и вытягивая ее
наружу, рискуютъ произвести пронаціоннсе дви-
женіе, которое перекрутило бы ножку. Если бы
плодь былъ уже совершенно неподвиженъ вслѣд-
ствіе сокращенія матки, то въ результатѣ послѣ-
довало бы отслоеніе эпифиза или переломъ; если бы
такой неподвижности еще не произошло, то въ ре-
зультатѣ произведенъ былъ бы поворотъ ребенка
вокругъ самого себя, поворотъ, который привелъ бы
животъ кпереди, а слѣдовательно и лицо,—обстоя-
тельство, которое сдѣлало бы выведеніе головки
особенно труднымъ.

Какъ только полное сгибаніе колѣна достигнуто,
захватываютъ лодыжки между указательнымъ и
среднимъ пальцами, которые проводятъ надъ на-
ружной поверхностью голени (рис. 295 и 301)
и извлекаютъ ножку изъ половой расщелины
(рис. 296 и 302). Послѣ низведенія ножки, пра-
вилкомъ является простое выжиданіе, если только
не будетъ какогс-либо показанія для извлеченія
ребенка (измѣненіе сердцебиенія плода, опасность,
которой подвергается мать) и если, въ то же время,
открытіе зѣва позволяетъ такое извлеченіе.

Какъ только нижній уголь лопатки появляется
въ половой расщелинѣ, то роды заканчиваютъ
выведеніемъ ручекъ и способомъ Морисо.

Если врачъ не торопится и тщательно старается
захватить надлежащую ножку и прямо ее низвести,
то первоначальное предлежаніе превращается со-

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 291. Введение лѣвой руки вдоль передняго бедра (праваго).



Рис. 292. Прибытіе руки къ передней ножкѣ.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 293. Большой палец обхватывает голень.



Рис. 294. Сгибание колѣна.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 295. Захватываніе ступни между указательнымъ и среднимъ пальцами.



Рис. 296. Низведеніе ножки.

ПРАВОО КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 297. Введеніе правой руки.



Рис. 298. Прибытіе руки къ ножкамъ.

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 299. Большой палець обхватывает ножку.



Рис. 300. Сгибание колѣна.

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.

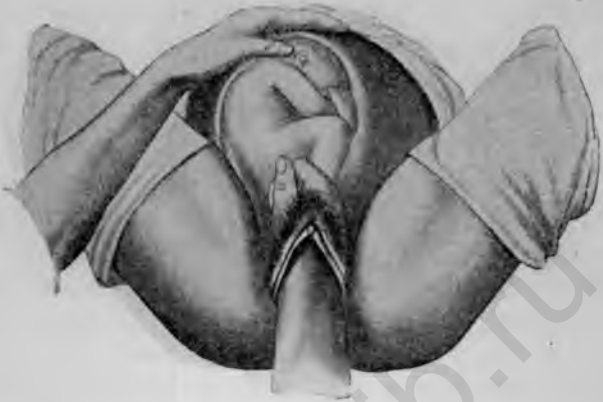


Рис. 301. Захватываніе ступни между указательнымъ и среднимъ пальцами.



Рис. 302. Низведеніе ножки.

вершено естественно въ соответствующее предлежаніе передней ножки; переднее бедро переводится впередъ, позади лонной дуги, и спинка располагается спереди слѣва или справа. Самопроизвольное изгнаніе (или извлеченіе, въ случаѣ надобности) въ такомъ случаѣ всегда происходитъ прямо безъ того, чтобы должно было произойти предварительное поворотное движеніе, необходимое для вступленія ягодицъ, если низводятъ заднюю ножку.

Стало бытъ, слѣдуетъ низводить эту послѣднюю только въ томъ случаѣ, если совершенно невозможно достигнуть передней ножки. Таковымъ можетъ быть случай, когда положеніе осложняется вздутымъ животомъ или когда прошло извѣстное время съ момента разрыва оболочекъ или же когда имѣются сильныя сокращенія матки.

Если передняя ножка не достигается при обыкновенномъ положеніи для родовъ, то можно часто облегчить себѣ вмѣшательство, заставляя женщину лечь на ту сторону, въ которой находятся мелкія части плода; но нужно заставить продѣлать это измѣненіе положенія, не вынимая руки изъ матки.

Ошибочное низведеніе задней ноги узнается внѣ половой расщелины потому, что пятка обращена назадъ, а пальцы впередъ. Когда совершили эту погрѣшность или по ошибкѣ или въ силу необходимости, то не нужно итти искать вторую ножку, что заставило бы повторить пріемъ, подвергающей опасности жизнь ребенка, и совершенно измѣнило бы полное ягодичное предлежаніе въ неполное. Если извлеченіе не терпитъ отлагательства, то его производятъ въ такомъ случаѣ черезъ посредство низведенной ножки, тщательно слѣдя

за тѣмъ, чтобы не нарушить неискусными приѣмами, естественное направленіе обязательнаго самопроизвольнаго поворота.

б. ИЗВЛЕЧЕНІЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНІЯХЪ ТАЗОВЫХЪ КОНЦОВЪ СЪ ПЕРВИЧНЫМЪ ОПУСКАНИЕМЪ НОЖЕКЪ.

Мы уже говорили, что необходимо въ одинаковой степени вмѣшаться при первичномъ опусканіи ножекъ только въ случаяхъ опасности, угрожающей матери или ребенку.

Существеннымъ условіемъ для извлеченія ребенка живымъ, лежащимъ ножками, также является и здѣсь полное открытіе зѣва.

Въ общемъ, оперативныя показанія одинаковы съ показаніями для извлеченія при неполномъ ягодичномъ предлежаніи. Они указаны выше.

Часто наблюдается выпаденіе пуповины; однако вмѣшиваться слѣдуетъ тогда, когда произойдетъ сдавленіе ея. Пуповина находится часто достаточно мѣста сбоку ножекъ, чтобы не быть сдавленною съ самаго начала, а пока нѣтъ сдавленія, правиломъ является выжиданіе.

Сдавленіе пуповины узнается по измѣненіямъ сердцебиенія плода и по ослабленію ея, а также перерывомъ пульсаціи въ выпавшей петлѣ, въ которой пульсація иногда исчезаетъ совершенно во время схватокъ, чтобы появиться съ ненормальной частотой послѣ сокращенія матки.

Однако не слѣдуетъ предпринимать извлеченія прежде, чѣмъ ягодицы не пройдутъ зѣва матки. Такое преждевременное вмѣшательство не имѣло бы никакой пользы для ребенка.

Всякое потягиваніе за тазовую конечность плода приведетъ неизбѣжно къ запрокидыванію ручекъ и разгибанію головки, вслѣдствіе чего необходимо всегда ждать здѣсь, какъ и раньше, необычайно серьезныхъ затрудненій въ выведеніи ручекъ и въ способъ Морисо.

1°. Первичное опусканіе обѣихъ ножекъ.

Когда обѣ ножки находятся во влагалищѣ, то ихъ захватываютъ рукой, ладонь которой соотвѣтствуетъ спинкѣ плода, при чемъ средній палецъ проводится между лодыжекъ, указательный палецъ помѣщается снаружи одной изъ ножекъ, два послѣдніе пальца снаружи другой, а пятки въ ладони руки (рис. 303 и 309).

Такой захватъ представляетъ ту выгоду, что при этомъ избѣгается треніе лодыжекъ одной о другую, а также придавливаніе пуповины въ томъ случаѣ, когда выпавшая петля проскользнетъ между бедеръ.

Въ началѣ тянуть насколько возможно внизъ, чтобы произвести вступленіе ягодиць.

Какъ только колѣна появятся въ половой расщелинѣ, то обвертываютъ ножки для того, чтобы захватъ былъ болѣе прочень, стерилизованнымъ бѣльемъ и захватываютъ порознь каждую ножку соотвѣтствующей рукой, помѣстивъ большіе пальцы на уровень икорь (рис. 304 и 310). Руки должны постоянно оставаться у входа влагалища и захватывать, понемногу, все болѣе и болѣе возвышенныя части нижнихъ конечностей.

Необходимо слѣдить, когда подходятъ къ бедрамъ, за тѣмъ, чтобы не помѣшать вращательному движенію, которое должно помѣстить дву-верте-

ловый размѣръ въ прямой размѣръ выхода таза. Послѣ подведенія передняго бедра подъ лоно (рис. 305 и 311) принимаютъ направленія потягиванія, чтобы произвести выходъ задняго бедра, съ котораго соскользнетъ прсмежность (рис. 306 и 312). Когда ягодицы цѣликомъ извлечены, то спина самопроизвольно переходитъ кпереди. Тогда захватываютъ ребенка, помѣстивъ большіе пальцы на крестецъ, а другими пальцами обхвативъ тазъ, избѣгая самымъ тщательнымъ образомъ всякаго давленія на животъ и на половыя части плода (рис. 307 и 313); затѣмъ тянуть снова сильно внизъ для введенія плечей въ косоу размѣръ входа таза (рис. 307 и 313). По мѣрѣ выходненія туловища постепенно принимаютъ направленіе потягиваній, перенося, для введенія плечей въ выходъ таза, спинку въ сторону (рис. 308 и 314).

Какъ только нижній уголь лопатки появляется въ половой расщелинѣ, роды заканчиваютъ выведеніемъ ручекъ и способомъ Морисо.

Не слѣдуетъ мѣнять положенія рукъ во все время извлеченія туловища. Никогда не слѣдуетъ, чтобы избѣжать какого бы то ни было надавливанія на животъ ребенка, уступать соблазну захватить ребенка выше.

Состояніе пульсачи пуповины должно быть провѣрено время отъ времени; въ случаѣ, если бы она ослабѣла, сдѣлалась неправильной или же исчезла, необходимо было бы ускорить извлеченіе плода.

2. Первичное опусканіе одной ножки.

Когда дѣло идетъ о передней

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 303. Потягиваніе за ступни правой рукой.



Рис. 304. Потягиваніе за голени.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 305. Потягиваніе за бедра; выведение передняго бедра



Рис. 306. Потягиваніе за бедра: выведение задняго бедра.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 307. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась кпереди для вхожденія плечей во входъ таза).



Рис. 308. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась въ сторону для вхожденія плечей въ выходъ таза).

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 309. Потягивание за ступни лѣвой рукой.



Рис. 310. Потягивание за голени.

ПРАВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 311. Потягиваніе за бедра: выведение передняго бедра.



Рис. 312. Потягиваніе за бедра: выведение задняго бедра.

ПРАВОО КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 313. Потягиваніе ягодицы (спинка повернулась кпереди для вхожденія плечей во входъ таза).



Рис. 314. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась въ сторону для вхожденія плечей въ выходъ таза).

ножку, то ее захватывают между указательнымъ и среднимъ пальцами и выводятъ наружу (рис. 315 и 321). Какъ только колѣно появляется въ половой расщелинѣ, ножку обертываютъ стерильнымъ бѣльемъ для того, чтобы прочнѣе былъ захватъ, и захватываютъ ее двумя руками, какъ это указано на рис. 316 и 322, и тянуть какъ можно больше внизъ (вступленіе ягодицъ во входъ таза).

При выходѣ колѣна наружу изъ половой расщелины, необходимо избѣгать производить какое бы то ни было потягиваніе прямо за сочлененіе, такъ какъ это можетъ вызвать отслоеніе эпифиза. Стало быть, какъ только это возможно, захватываютъ такимъ же образомъ за бедро, беря постепенно все болѣе и болѣе за верхнія части его (рис. 317 и 323).

Какъ только переднее бедро подошло подъ лонное соединеніе, постепенно начинаютъ принимать направленіе потягиванія, чтобы позволить выйти заднему бедру (рис. 318 и 324). Какъ только заднее бедро освобождено, пропускаютъ указательный палецъ соотвѣтствующей руки въ видѣ крючка въ задній паховой сгибъ, и захватываютъ ребенка, помѣстивъ большіе пальцы параллельно на крестецъ, а другими пальцами обхвативъ тазъ; затѣмъ снова тянуть сильно внизъ, для введенія плечей въ косой размѣръ входа таза, что переведетъ спину кпереди (рис. 319 и 325).

По мѣрѣ выходенія туловища постепенно принимаютъ направленіе потягиванія, переводя, для введенія плечей въ выходъ таза, спинку въ сторону (рис. 220 и 226). Никогда не слѣдуетъ стараться вывести преждевременно ножку, остававшуюся до сихъ поръ прижатой къ туловищу.

Помимо возможности перелома бедренной кости, такое мѣропріятіе повлекло бы за собой уменьшеніе объема ягодиць, объема столь важнаго для подготовленія мягкихъ частей матери, и сдѣлало бы, слѣдовательно, еще болѣе труднымъ выведеніе ручекъ и способъ Морисо. Если ступня не выходитъ самопроизвольно, но въ силу отведенія ребенка по направленію къ бедру матери, обращенной къ спинкѣ ребенка (рис. 320 и 326), то ее захватываютъ между большимъ и указательнымъ пальцами, чтобы вывести изъ половой расщелины. Однако необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы не отвести спинку ребенка слишкомъ въ сторону, чтобы не вызвать крайняго разгибанія позвоночника.

Какъ только нижній уголь лопатокъ подошелъ къ половой расщелинѣ, начинаютъ выведеніе ручекъ, а затѣмъ способъ Морисо.

Когда во влагалищѣ находится задняя ножка, то ее выводятъ наружу, захватывая ее такимъ образомъ, какъ это было описано для передней ножки.

Было бы грубой ошибкой тянуть просто за ножку, какъ это было раньше, какъ только колѣно появится въ половой расщелинѣ. Неизбѣжно приведенная слишкомъ впередъ, изъ-за промежуности и копчика, нижняя конечность будетъ стремиться удалить заднее бедро отъ крестцовой вогнутости, куда оно должно вступить; эта нижняя конечность оттолкнетъ кпереди переднее бедро и его согнутую часть, каковыя упрутся въ край лонной кости.

При извлеченіи за заднюю ножку нужно считаться съ движеніемъ для поворота, каковое,

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.

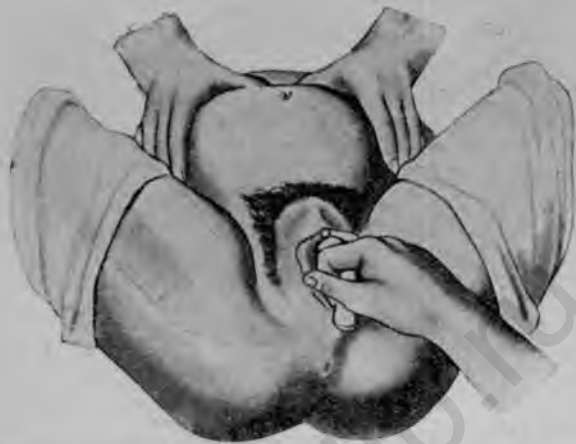


Рис. 315. Потягиваніе за ступню правой рукой.



Рис. 316. Потягиваніе за голень.

ЛЪВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.

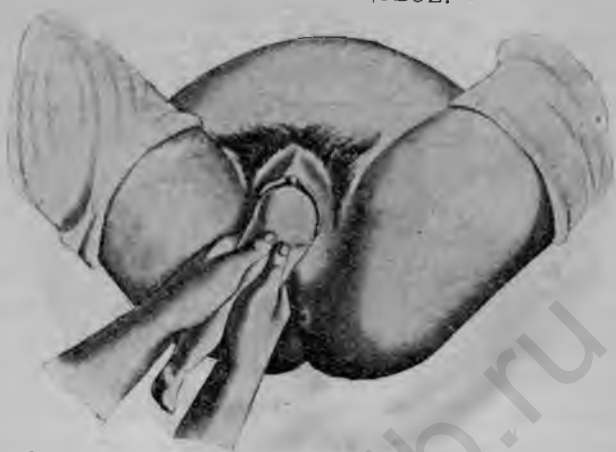


Рис. 317. Потягиваніе за бедро: выведение передняго бедра.



Рис. 318. Потягиваніе за бедро: выведение задняго бедра.

ЛѢВОЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 319. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась кпереди для вхожденія плечей во входъ таза).



Рис. 320. Потягиваніе за ягодицу (спинка повернулась въ сторону для вхожденія плечей въ выходъ таза).

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 321. Потягиваніе за ступню лѣвой рукой.



Рис. 322. Потягиваніе за голень.

ПРАВОО КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 323. Потягиваніе за бедро: выведение передняго бедра.

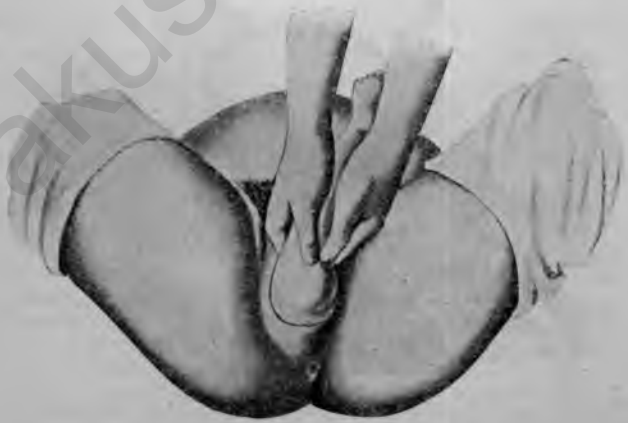


Рис. 324. Потягиваніе за бедро: выведение задняго бедра.

ПРАВООЕ КРЕСТЦОВОЕ.



Рис. 325. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась кпереди для вхожденія плечей во входъ таза).



Рис. 326. Потягиваніе за ягодицы (спинка повернулась въ сторону для вхожденія плечей въ выходъ таза).

какъ мы видѣли, необходимо для вступленія ягодицъ и каковое происходитъ самопроизвольно при нормальныхъ родахъ.

Въ то же время, когда слегка тянуть, нужно благоприятствовать этому повороту и, въ случаѣ необходимости, вызвать его не простымъ скручиваніемъ ножки, что легко вызвало бы отслоеніе эпифиза, но вращательнымъ небольшого радиуса движеніемъ, направленнымъ въ ту же сторону, что и самопроизвольный поворотъ. Такимъ образомъ бедро, за которое тянуть, продвигается, а бедро, препятствующее этому, отходитъ. Неправильно лежащая ножка мало-по-малу превращается въ правильную, т.-е. во время этого пріема бедро первоначально заднее становится переднимъ.

Только тогда вступленіе можетъ начаться, когда поворотъ происходитъ въ достаточной мѣрѣ полнымъ. Затѣмъ тянуть за ножку, какъ въ предшествующемъ случаѣ.

Стало быть, въ данномъ случаѣ извлеченіе плода можетъ удасться только благодаря переменѣ въ первоначальномъ положеніи спинки по окончаніи поворота, продолжаютъ, какъ при первичномъ опусканіи передней ножки.

При всякомъ извлеченіи за тазовый конецъ, самымъ важнымъ правиломъ является сперва потягиваніе насколько возможно внизъ за ягодицы при полномъ ягодномъ предлежаніи; за ножки, затѣмъ за ягодицы при неполномъ ягодичномъ предлежаніи съ ножками.

Это первое направленіе, которое слѣдуетъ придавать потягиванію, необходимо для опусканія туловища. Если съ самого начала, тянуть горизонтально, по оси выхода таза, то тѣло плода упрется въ лонную дугу, что сдѣлало бы его извлеченіе очень труднымъ.

Руки должны постоянно оставаться на туловищѣ для того, чтобы потягиванія обѣими руками были постоянно одинаковы.

Наконецъ, когда спинка переходитъ кпереди (вступленіе плечей въ косой размѣръ входа таза), необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы не было излишка поворота, который помѣстилъ бы плечи въ поперечный размѣръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ спинка можетъ имѣть наклонность подвергнуться повороту въ обратномъ направленіи; въ такомъ случаѣ необходимо его предупредить, потому что перемѣщеніе спинки кзади вызвало бы неизбежно поворотъ лица кпереди.

akusher-lib.ru

ГЛАВА IX.

Поворотъ.

Сдѣлать поворотъ, значитъ повернуть плодъ въ маткѣ, т.-е. найти часть плода, которая не предлежитъ и провести ее на мѣсто той, которая предлежитъ и которую удаляютъ благодаря этой замѣнѣ.

Этотъ способъ примѣняется прежде всего при поперечныхъ и при косыхъ положеніяхъ.

Когда ребенокъ предлежитъ туловищемъ или когда онъ расположенъ наискось, его продольная ось не соотвѣтствуетъ оси таза. Тогда необходимо измѣнить такое положеніе, дѣлающее невозможнымъ роды естественными путями, въ продольное, позволяющее плоду спуститься по родовому каналу.

Поворотъ можетъ быть еще указанъ въ нѣкоторыхъ специальныхъ случаяхъ головного предлежанія, подвергающаго ребенка и мать опасности, которую можно избѣгать съ помощью измѣненія первоначальнаго предлежанія въ предлежаніе тазовымъ концомъ съ ножками.

Различаютъ два вида поворота:

1°. Поворотъ съ помощью однихъ только наружныхъ приемовъ;

2°. Поворотъ съ помощью внутреннихъ приемовъ, которые исполняются введеніемъ въ матку или цѣлой руки или только двухъ пальцевъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ вмѣшательство носить названіе поворота Бракстонъ-Гикса, (Braxton-Hicks) называемаго также комбинированнымъ поворотомъ. Это послѣднее названіе однако ошибочно, такъ какъ всякій поворотъ съ помощью внутреннихъ приемовъ, сдѣланъ ли онъ цѣлой рукой или только двумя пальцами, является всегда комбинированнымъ поворотомъ, такъ какъ рука, введенная въ матку, никогда не можетъ дѣйствовать съ пользой въ томъ или другомъ случаѣ, безъ помощи другой руки, помѣщенной на животѣ и работающей согласованно съ первой черезъ стѣнку живота.

А. ПОВОРОТЪ СЪ ПОМОЩЬЮ ОДНИХЪ ТОЛЬКО НАРУЖНЫХЪ ПРИЕМОВЪ.

Объ этомъ поворотѣ мы скажемъ лишь нѣсколько словъ, такъ какъ такой видъ поворота требуетъ для успѣшнаго исполненія специальныхъ условий, каковыя встрѣчаются налицо только тогда, когда у женщины не начались еще роды т.-е. во время беременности.

Въ самомъ дѣлѣ, поворотъ съ помощью однихъ только наружныхъ приемовъ можетъ быть сдѣланъ только:

1°. Когда оболочки еще не разорваны.

2°. Когда плодъ очень подвиженъ.

3°. Когда, наконецъ, нѣтъ сокращеній матки.

Когда схватки часты и повторяются черезъ короткіе промежутки, то невозможно совершить поворотъ и самый приемъ вызываетъ у женщины въ родахъ болѣзненные сокращенія матки.

Наконецъ вмѣшательство становится опаснымъ ранѣе полного открытія зѣва, потому что поворотъ легко можетъ вызвать, еще до его окончанія, преждевременный разрывъ оболочекъ, осложненіе, которое нужно избѣгать по многимъ причинамъ: въ виду неподвижности плода (вслѣдствіе излитія водъ) и послѣдовательной трудности поворота съ помощью внутреннихъ приемовъ, въ виду опасности выпаденія пуповины, въ виду медленности раскрытія, въ виду нарушенія маточно-плацентарнаго кровообращенія, вызваннаго сокращеніями матки, наконецъ, въ виду опасности инфекціи въ случаѣ, когда раскрытіе недостаточно, чтобы позволить произвести тотчасъ же внутренній поворотъ, и когда роды становятся длительными.

Попытки поворота съ помощью наружныхъ приемовъ на роженицѣ должны ограничиться простой попыткой, производимой въ самомъ началѣ родовъ и только въ случаѣ, если плодъ достаточно подвиженъ. Никогда не слѣдуетъ настаивать,

если опредѣляютъ, что плодъ передвигается не легко. Понятно, стало-быть, что вмѣшательство будетъ имѣть больше шансовъ на успѣхъ у много-родящей, чѣмъ у первородящей.

При косыхъ положеніяхъ нужно только привести наружными приѣмами отклонившуюся часть плода (головку или ягодицы) ко входу таза.

При поперечныхъ въ буквальный смыслъ слова, положеніяхъ всегда приходится подводить ко входу таза головной конецъ плода. Для этого прикладываютъ одну руку къ головкѣ, а другую къ ягодицамъ. Пользуясь моментомъ, когда матка не сокращается, рука, лежащая на головкѣ, старается мало-по-малу протолкнуть ее ко входу таза, въ то время, какъ другая рука, дѣйствуя въ противоположномъ направленіи, направляетъ ягодицы къ дну матки.

Нужно всегда дѣйствовать одновременно на оба конца плода. После производства надлежащаго поворота кладутъ, чтобы помѣшать снѣва произойти поперечному или косому положенію, на животъ немного стягивающій бинтъ, положивъ предварительно на ту сторону, гдѣ находилась, до поворота, головка, большой кусокъ ваты или сложенное нѣсколько разъ полотенце такъ, чтобы образовать въ этомъ мѣстѣ подушку, поддерживающую головку надъ тазомъ. Затѣмъ, кладутъ женщину на ту же самую сторону. Такое положеніе, сохраняемое до момента разрыва оболочекъ, способствуетъ поддержанію головки внизу; оно вызываетъ отклоненіе вбокъ

матки, отчего отходят ягоды плода и заста-
вляеть ребенка повернуться такимъ образомъ, что
головка стремится отойти въ сторону, противо-
положную той, гдѣ она находилась до поворота.

Ни въ какомъ случаѣ нельзя
разрывать оболочекъ для уста-
новки головки надъ тазомъ; такой
пріемъ подвергъ бы женщину и ребенка всѣмъ
опасностямъ преждевременнаго разрыва плоднаго
пузыря (медленности раскрытія, разстройствамъ
маточно-плацентарнаго кровообращенія, инфекции).

В. ПОВОРОТЪ СЪ ПОМОЩЬЮ ВНУТРЕННИХЪ ПРІЕМОВЪ РУКОЙ, ВВЕДЕННОЙ ВЪ МАТКУ.

Этотъ поворотъ находитъ свое примѣненіе во
время родовъ въ случаяхъ поперечнаго,
въ буквальномъ смыслѣ, положенія,
въ случаяхъ бокового отклоне-
нія головки, которое не могло быть ис-
правлено наружными пріемами, а также въ нѣ-
которыхъ спеціальныхъ случаяхъ предлежанія
головки, когда это вмѣшательство устраи-
ваетъ или уменьшаетъ опасности, происходящія
отъ первичнаго предлежанія.

1. Поворотъ при поперечныхъ положеніяхъ.

Въ прежнее время производили поворотъ
на головку, который состоялъ въ приведе-
ніи головки къ входу таза на мѣсто части плода,
первоначально находившейся на этомъ мѣстѣ.
Въ настоящее время такой видъ поворота не
употребляется и поворотъ съ помощью внутрен-

нихъ пріемовъ обозначаетъ всегда поворотъ на ножку, замѣну тазоваго конца, посредствомъ низведенія ножки, первоначальному предлежанію.

Цѣлью этого вмѣшательства является просто перемѣна предлежанія, не позволяющаго произойти родамъ естественными путями, въ другое, которое дѣлаетъ ихъ возможными. Правда, что часто бываетъ необходимымъ извлечь немедленно ребенка послѣ поворота, потому что онъ будетъ подверженъ опасности отъ самаго пріема. Но, по общему правилу, нужно всегда отдѣлять, по крайней мѣрѣ теоретически, поворотъ отъ извлеченія и не разсматривать эти два вмѣшательства, какъ неразрывно связанныя другъ съ другомъ.

Повторяю еще разъ: сдѣлать поворотъ это значитъ просто заставить плодъ продвинуться чрезъ посредство одной ножки, чтобы измѣнить первоначальное предлежаніе въ предлежаніе тазовымъ концомъ. Показаніемъ на такое вмѣшательство служитъ только наличность неправильнаго положенія.

Извлеченіе—это вытаскиваніе ребенка, предлежащаго тазовымъ концомъ, когда жизнь плода вызываетъ нѣкоторыя опасенія или когда мать подвергается опасности и ея положеніе требуетъ быстраго окончанія родовъ.

Оперативныя условія.

Условія родовъ, которыя должны быть налицо, чтобы произвести поворотъ съ помощью внутреннѣхъ пріемовъ всей рукой, слѣдующія:

1°. За исключеніемъ спеціальнаго показанія (преждевременный разрывъ оболочекъ), необходимо, чтобы зѣвъ матки былъ совершенно открытъ. Правило это имѣть чрезвычайную важность.

Не настаивая на трудности введенія цѣлой руки чрезъ недостаточно раскрытый зѣвъ матки, немедленное за поворотомъ извлеченіе является часто необходимымъ, и мы уже говорили въ предыдущей главѣ, что это послѣднее вмѣшательство сопровождается большой опасностью для ребенка и матери, если шейка не вполне раскрыта или, по крайней мѣрѣ, не достаточно растяжима, чтобы не препятствовать прохожденію послѣдующей головки.

Оперативныя трудности, глубокіе разрывы шейки, а также асфиксія ребенка, имѣютъ своей причиной только то, что извлеченіе предпринято до полного открытія. Нужно, стало быть, установить, какъ абсолютное правило, что всякій разъ, когда приходится произвести поворотъ ранѣе полного раскрытія, должно откладывать по возможности сдѣлать извлеченіе, т.-е. до того времени, когда зѣвъ матки, достаточно открытый, не сможетъ болѣе стѣснять прохожденіе плечей и головки. Это время опредѣляется появленіемъ пупка въ половой расщелинѣ. За исключеніемъ крайняго случая, никогда не слѣдуетъ преждевременно потягивать за ребенка. Можно, впрочемъ, ускорить раскрытіе и опусканіе ягодицъ, производя давленіе на дно матки во время схватки.

У многородящихъ результаты вмѣшательства, понятно, будутъ всегда болѣе благоприятными вслѣдствіе растяжимости зѣва. Какъ для щип-

повь, здѣсь можно быть менѣе точнымъ, потому что шейка позволяетъ легче растянуться безъ разрыва и не противопоставляетъ слишкомъ большого сопротивленія извлеченію, если послѣднее должно немедленно слѣдовать за поворотомъ.

2°. Нельзя, чтобы сокращенія матки были слишкомъ сильны. Эти сокращенія увеличиваются все болѣе и болѣе по мѣрѣ того, какъ проходитъ время съ момента излитія водъ. Она вызываетъ прогрессивную имобилизацію ребенка, затѣмъ абсолютное фиксированіе плеча, наконецъ, включеніе его въ тазъ.

Растяженіе нижняго сегмента матки первый признакъ близкаго разрыва этого органа, противопоставляетъ всякую попытку поворота.

Уже становится затруднительнымъ слѣлать поворотъ, когда плечо просто вколотилось во входъ таза, принимая во вниманіе трудность, съ которой его можно оттолкнуть. Но если матка плотно облегла плодъ вмѣшательство становится очень труднымъ; оно представляетъ большую опасность, когда кольцо Бандля (Bandl), появилось надъ плодомъ, мѣшая оперирующему оттолкнуть этотъ послѣдній въ полость матки; растянутый и утонченный нижній сегментъ подвергается тогда опасности разорваться во время операціи. Чѣмъ болѣе времени прошло съ момента разрыва оболочекъ и до момента вмѣшательства, тѣмъ болѣе слѣдуетъ опасаться разрыва.

Въ силу этого-то соображенія для поворота еще болѣе, чѣмъ для другихъ операцій, имѣется самый благоприятный моментъ.

Этот моментъ бываетъ тогда, когда имѣется полное открытіе, когда оболочки еще не разорваны, когда вслѣдствіе обилія околоплодной жидкости плодъ очень подвиженъ.

Однако не слѣдуетъ забывать, что открытіе при поперечныхъ положеніяхъ никогда не бываетъ настолько полнымъ, какъ при головныхъ предлежаніяхъ, потому что въ этомъ случаѣ нѣтъ части плода, которая бы стремилась войти въ тазъ.

Какъ общее правило оболочки должны быть разорваны лишь при полномъ открытіи. Только тогда плодный пузырь закончилъ свою роль, и разрывъ оболочекъ можетъ быть рассматриваемъ въ тѣхъ случаяхъ какъ признакъ полного открытія, когда роды происходятъ нормально.

Но ждать для вмѣшательства самопроизвольнаго разрыва оболочекъ, значитъ позволить большей части водъ вытечь и сдѣлать, такимъ образомъ, поворотъ плода болѣе труднымъ. Сверхъ того, послѣ разрыва оболочекъ, зѣвъ матки спадается всегда въ значительной степени, потому что никакая часть плода не представляетъ препятствій къ такому спаденію, и необходимо извѣстное время впрочемъ очень различное для того, чтобы достигнуть снова достаточныхъ размѣровъ для введенія руки. Извѣстное количество оставшихся водъ вытекаетъ тогда при каждой схваткѣ, что дѣлаетъ поворотъ все болѣе и болѣе труднымъ.

Выгода вмѣшательства ранѣе разрыва оболочекъ значительна и поэтому необходимо практически рассматривать зѣвъ матки, какъ совершенно

открытый, когда онъ позволяетъ легкое введеніе всей руки.

По тѣмъ же соображеніямъ, какъ и при ножныхъ предлежаніяхъ, оболочки разрываются часто преждевременно. Такъ какъ трудности и опасности пособія увеличиваются все болѣе и болѣе съ протекшимъ временемъ, то необходимо тогда вмѣшаться тотчасъ же, какъ только зѣвъ достаточно откроется, чтобы ввести руку, даже если такое введеніе немного затруднительно.

Если околоплодная жидкость въ большей своей части вытекла, если матка тѣсно облегла плодъ, то одинъ только большой клинической опытъ позволить намѣтитъ границу, за которой опасность становится слишкомъ большой и за которой поворотъ долженъ уступить мѣсто эмбриотоміи.

3°. Нельзя, чтобы имѣлось непроходимое суженіе таза. Поворотъ можетъ быть выполненъ лишь тогда, когда размѣры таза позволяютъ прохожденіе послѣдующей головки.

Крайней границей, какъ мы увидимъ это въ главѣ, излагающей о неправильныхъ тазахъ, является 7,5 сант.

4° Какъ для щипцовъ, должно быть поставлено точное распознаваніе для того, чтобы не было никакого колебанія въ исполненіи пособія. Нужно представить мысленно позицію и положеніе ребенка, если хотять оперировать увѣренно.

Когда оболочки уже разорваны, сокращенія матки обычно не позволяютъ сдѣлать точнаго распознаванія съ помощью прощупыванія черезъ животь, но ручка, соотвѣтствующая пред-

лежащему плечу, часто выпадаетъ во влагалище. Стоитъ, стало быть, вытащить ее наружу, чтобы сдѣлать это распознаваніе (см. рис. 101—104 I части). Затѣмъ ее захватываютъ въ тесьму (рис. 327 и 328). Эта тесьма, удерживаемая помощникомъ, мѣшаетъ ручкѣ подняться въ матку во время вмѣшательства; изъ этого слѣдуетъ, что выпавшая ручка и ея плечо находятся уже выведенными, что упрощаетъ въ дальнѣйшемъ извлеченіе плода.

Если ручка не выпала во влагалище, то въ одинаковой мѣрѣ показуется, по тѣмъ же соображеніямъ и въ тѣхъ же цѣляхъ, низвести ручку, принадлежащую предлежащему плечу. Если этотъ приемъ нелегко исполнимъ и можно бояться перелома при потягиваніи за ручку, то ставятъ распознаваніе, какъ это показываютъ рис. 105—108 I части, и поворотъ продѣлываютъ безъ предварительнаго низведенія ручки.

Когда оболочки еще не разорваны, то очень важно пройти быстро въ полость матки, не позволяя водамъ вытечь въ большомъ количествѣ. Такимъ образомъ плодъ сохраняетъ всю свою подвижность.

Такъ какъ опредѣленіе плеча и его позиціи съ помощью внутренняго изслѣдованія можетъ легко вызвать разрывъ оболочекъ, то распознаваніе должно быть поставлено въ данномъ случаѣ однимъ только прощупываніемъ черезъ животь, пользуясь для этого покойными промежутками между схватками, когда матка, будучи мягкой и легко вдавливаемой, позволяетъ узнать положеніе различныхъ частей ребенка и точно найти мѣсто сердцебіенія плода (см. рис. 66, 71 и 76). Пройдя въ матку, не слѣдуетъ стараться низводить

ВЫПАДЕНІЕ РУЧКИ.



Рис. 327. Предлежаніе лѣваго плеча (передній видъ праваго поперечнаго). Захватываніе выпавшей руки въ тесьму.



Рис. 328. Предлежаніе праваго плеча (передній видъ лѣваго поперечнаго). Захватываніе выпавшей руки въ тесьму.

ручку. Такая ошибка вызвала бы излитіе большой части водъ, чего слѣдуетъ всѣми силами избѣгать.

Вопросъ руки.

Первый вопросъ, который является, это—какую вводить руку. Мнѣнія авторовъ расходятся на этотъ счетъ.

Опытный акушеръ будетъ безразлично пользоваться одной или другой рукой. Обычно, какъ правило, пользуются предпочтительно одноименной съ предлежащимъ плечомъ рукой (лѣвой рукой для лѣваго плеча, правой рукой для праваго) другіе авторы предпочитаютъ брать руку соотвѣтственно той сторонѣ роженицы, въ которой находятся ягодицы плода (лѣвую руку, если ягодицы находятся въ правой сторонѣ матери, правую руку если они находятся слѣва).

Въ концѣ-концовъ разница между этими двумя теоретическими правилами существуетъ только для переднихъ видовъ, такъ какъ для заднихъ видовъ, рука, которая соотвѣтствуетъ сторонѣ матери, въ которой находятся ягодицы плода, есть въ то же время одноименная рука предлежащему плечу.

При переднихъ видахъ можно пользоваться тѣмъ или другимъ способомъ. Однако, если во время вмѣшательства, воды еще цѣлы или онѣ прошли недавно, мы думаемъ, что существуетъ дѣйствительное преимущество пользоваться второй техникой.

И это по слѣдующимъ соображеніямъ:

Чтобы напасть легко на надлежащую ножку, которую надо захватить, что мы сейчасъ укажемъ, необходимо, чтобы рука прошла въ матку до

самыхъ ягодиць ребенка, распознала ихъ и затѣмъ спустилась вдоль бедра до ступни.

Желаніе захватить прямо ножку, не проходя по ягодицамъ, можетъ вызвать очень предосудительную ошибку, потому что выборъ ножки еще болѣе важень, чѣмъ выборъ руки, и введенная рука не можетъ отличить легко одну ножку отъ другой.

Способъ же, если плодный пузырь еще не разорванъ, т. - е. въ мягкой и объемистой маткѣ, гораздо легче исполнимъ, если слѣдуютъ по спинкѣ плода, чѣмъ, если идутъ къ ягодицамъ по поверхности живота ребенка. Такъ же обстоитъ дѣло, если разрывъ оболочекъ еще недавній и если плодъ еще не вполне неподвиженъ. Хорошая рука, стало быть, въ данномъ случаѣ та, которая, будучи помещена въ естественное положеніе, можетъ быть наложена на спинку плода и которая является предлежащему плечу разноименной.

Но когда оперируютъ нѣкоторое время спустя послѣ разрыва оболочекъ въ сократившейся и въ почти не содержащей болѣе водъ полости, на плодѣ, согнутомъ вдвое, и къ которому маточная стѣнка плотно прилегаетъ, то почти невозможно или по крайней мѣрѣ очень трудно проникнуть рукой между маткой и спинкой плода. Такъ какъ плодъ въ данномъ случаѣ согнуть по своей плоскости живота, то онъ образуетъ сзади вогнутость, которая оставляетъ между ней и задней стѣнкой матки относительно свободное пространство, открытый путь,

подготовленный и удобный для противоположной руки, для руки одноименной предлежащему плечу.

Помѣстивъ женщину въ акушерское положеніе, кладутъ на ея животъ стерилизованное полотенце и достигаютъ зѣва матки, поступая, какъ выше указано (рис. 289 и 290).

Если оболочки еще не разорваны, то ихъ прорываютъ однимъ ударомъ. Въ такомъ случаѣ не слѣдуетъ быть захваченнымъ врасплохъ неожиданнымъ прохожденіемъ водъ и дѣлать ошибки, вытаскивать ручку. Напротивъ, нужно пройти насколько возможно быстро въ полость матки. Зѣвъ сжимаетъ кисть, образующую тампонъ и мѣшающую истеченію оставшихся водъ, благодаря чему плодъ сохраняетъ всю свою подвижность.

Сокращеніе матки можетъ быть иногда столь сильнымъ, что оно вызываетъ боль и не позволяетъ такимъ образомъ на нѣкоторое время пройти болѣе глубоко.

Тогда слѣдуетъ выждать, чтобы зѣвъ расслабъ и чтобы можно было пройти глубже.

Общее правило.—Введеная рука должна всегда стараться подняться до самыхъ ягодицъ плода и спуститься, послѣ ихъ достиженія, вдоль бедра и ножки до ступни, которую надо захватить.

Мы уже указали выше на одно изъ соображеній, по которому надо такъ дѣйствовать, но такой способъ является единственнымъ для того, чтобы не захватить по ошибкѣ ручку вмѣсто ножки. Когда стараются достигнуть ягодицъ по поверхности живота плода, такая ошибка можетъ про-

изойти, если воды прошли въ слишкомъ большомъ количествѣ и когда, вслѣдствіе этого такъ мало свободнаго пространства, что нельзя достигнуть ягодицъ. Въ этомъ случаѣ нужно помнить, что ступня отличается отъ руки пяткой, короткими пальцами и разницей толщины краевъ, изъ которыхъ внутренній край толще наружнаго.

Вопросъ ножки.

Для того, чтобы плодъ продѣлалъ поворотъ, довольствуются тѣмъ, что захватываютъ и низводятъ одну ножку. Такой способъ оправдывается тѣмъ, что ягодицы образуютъ съ оставшимся приподнятымъ бедромъ объемистую часть, которая растягиваетъ родовой каналъ лучше, чѣмъ тазъ, отъ котораго отошли совершенно конечности, а это облегчаетъ прохожденіе плечей и головки.

Не безразлично низводить ту или другую ножку и такой выборъ имѣетъ очень большое значеніе.

Существенной выгодой является, куда бы первоначально ни смстрѣла спинка, то, чтобы конечность, за которую тянуть, принадлежала бедру, которое, послѣ поворота плода, будетъ находиться спереди и сможетъ, такимъ образомъ, скользить позади лонной кости, не будучи ей остановлено. Низведеніе этой ножки приводитъ, сверхъ того, спинку кпереди.

Если, напротивъ, захватываютъ и тянуть за другую ножку, то переднее бедро упрется въ лонную кость и будетъ препятствовать вставленію таза, каковое сможетъ произойти только послѣ вращательнаго движенія, описаннаго въ предыдущей главѣ,—движенія, которое должно привести первоначально заднее бедро кпереди и которое вызываетъ замедленіе родовъ, отъ чего можетъ подвер-

гаться опасности ребенокъ. Кромѣ того, спинка сможетъ, такимъ образомъ, остаться окончательно повернутой кзади, что позже подведетъ подбодокъ къ лонной кости и сдѣлаетъ выведение ручекъ и извлеченіе головки очень затруднительнымъ.

Рисунки 101—104 этой книги, а также слѣдующіе, показываютъ безъ дальнѣйшихъ объясненій, что при переднихъ видахъ хорошей ножкой является нижняя ножка, въ то время, какъ таковой становится верхняя ножка при заднихъ видахъ. Въ обоихъ случаяхъ по окончаніи поворота бедро, соотвѣтствующее низведенной ножкѣ, становится переднимъ и спинка переходитъ впередъ.

Какъ было выше сказано, никогда не слѣдуетъ искать прямо ножки и захватывать первую попавшуюся подъ руку и пробовать ощупываніемъ ея, узнать, хорошая это или плохая ножка. При такомъ способѣ можно очень легко сдѣлать ошибку. Необходимо помнить: можно съ точностью попасть на хорошую ножку только доходя до ягодицъ плода и опускаясь затѣмъ вдоль бедра и ножки до ступни. Затѣмъ уже вытаскиваютъ послѣднюю до тѣхъ поръ, пока колѣно не будетъ находиться внѣ половой расщелины. До той поры пока колѣно не находится вполне внѣ половой расщелины, пока головка не находится у дна матки, а ягодицы во входѣ таза и поворотъ плода не свершился вполне.

Раздѣленіе двухъ вмѣшательствъ; поворотъ и извлеченіе,

Послѣ поворота задача врача временно закончилась. Первоначальное предлежаніе замѣнили предлежаніемъ ножки и теперь можно выжидать самопроизвольнаго изгнанія, если только сердцебиеніе плода не представляетъ какого-нибудь измѣненія или если состояніе женщины не вынуждаетъ быстро окончить роды.

Мы говорили выше, что необходимо разсматривать поворотъ и извлеченіе, какъ два различныхъ вмѣшательства, отвѣчающихъ различнымъ показаніямъ, и что не слѣдуетъ ихъ разсматривать какъ неразрывно другъ съ другомъ связанныя. Однако опытъ показалъ, что дѣти часто страдаютъ отъ поворота и легко умираютъ какъ разъ во время ихъ изгнанія или въ первые часы за изгнаніемъ, если окончаніе родовъ слишкомъ замедляется.

Такой высокій процентъ дѣтской смертности зависитъ отъ многихъ причинъ.

Непроизвольныя потягиванія за пуповину, опасное по своимъ послѣдствіямъ сдавливаніе ея во время вмѣшательства, преждевременныя дыхательныя движенія (вызванныя прикосновеніемъ руки и необходимыми для продѣлыванія младенцемъ поворота приѣмами), играютъ въ данномъ случаѣ важную роль.

Съ другой стороны, сама операція часто вліяетъ на дѣятельность матки въ неблагопріятномъ смыслѣ. Схватки становятся болѣе слабыми и менѣе правильными, такъ что нерѣдко можно наблюдать замедленіе изгнанія. Наконецъ, не слѣдуетъ также забывать, что сокращенія матки, послѣ вмѣшательства, вызываютъ неизбѣжно нарушенія въ маточно-плацентарномъ кровообращеніи,—нарушенія

являющіяся постоянной для плода угрозой асфиксіи, и что эти нарушенія тѣмъ болѣе выражены и стойки, чѣмъ болѣе тянутся роды.

Хотя, теоретически, извлекать плодъ слѣдуетъ только въ случаѣ дѣйствительнаго къ тому показанія, однако на практикѣ, предпочтительнѣе недопускать слишкомъ большого промежутка времени между поворотомъ и извлеченіемъ.

Вотъ почему и важно, за исключеніемъ особыхъ показаній (преждевременный разрывъ оболочекъ), примѣнять вмѣшательство только лишь въ случаяхъ полнаго открытія маточнаго зѣва. Когда оболочки разорваны преждевременно, есть нѣкоторыя неудобства ждать такъ долго; каждая схватка вызываетъ тогда истеченіе нѣкотораго количества оставшихся водъ и, если полное открытіе замедлено, вмѣшательство становится все болѣе и болѣе труднымъ вслѣдствіе сокращеній матки и постепенно увеличивающейся неподвижности плода. Въ такомъ случаѣ нужно рѣшиться вмѣшаться тотчасъ же, какъ только зѣвъ матки позволитъ ввести руку, даже если введеніе ея покажется сразу не легкимъ. Рука, собранная въ конусъ, производитъ тогда непрерывное растяженіе, которое въ концѣ-концовъ позволитъ рукѣ проникнуть.

Вслѣдствіе опасности, которой подвергается плодъ, явствуется, что послѣ поворота, произведеннаго при наиболѣе благоприятныхъ условіяхъ полнаго открытія, не слѣдуетъ, какъ общее правило,

ждать болѣе 10—15 минутъ съ извлеченіемъ плода. Этотъ періодъ ожиданія однако необходимъ, чтобы предоставить ягодицамъ необходимое для ихъ приспособленія во входѣ таза время.

Затѣмъ медленно тянуть за ножку, согласно указаннымъ въ предыдущей главѣ правиламъ, и только во время схватокъ, если сердцебиеніе плода не мѣняется.

Когда приходится вмѣшиваться до полного открытія, то должно, напротивъ, предоставить самой природѣ заботу самопроизвольнаго изгнанія плода до пупка,—моментъ, когда можно считать, что зѣвъ раскрылся цѣликомъ. И только въ случаѣ, если выслушиваніе обнаруживаетъ начало асфиксії или если происходитъ ослабленіе пульсаціи пуповины (въ случаѣ ея выпаденія), необходимо извлечь плодъ ранѣе, несмотря на неудобства, присущія всякому торопливому извлеченію; результатъ для ребенка будетъ зависѣть въ данномъ случаѣ отъ болѣе или менѣе большой растяжимости зѣва.

Техника извлеченія туловища, выведенія ручекъ и способа Морисо были описаны въ предыдущей главѣ.

Осложненія поворота.

Поворотъ представляетъ иногда болѣе или менѣе серьезныя осложненія.

1°. Можетъ случиться, что низведенная ножка оказывается не надлежащей и неправильно низведенной. Была захвачена прямо первая подвернувшаяся ножка, при чемъ врачъ не далъ себѣ труда подняться до ягодиць, и эта захваченная ножка оказалась неправильной или же та же

самая ошибка явилась послѣдствіемъ столь сильнаго сокращенія матки, что доступъ къ ягодицамъ не былъ возможенъ.

Въ другихъ случаяхъ хорошо захватили ножку, которую слѣдуетъ низвести, но ошибка въ технику, совершенная при продѣлываніи поворота плода, произвела скручиваніе нижней конечности вокругъ ея оси; это скручиваніе, перейдя на туловище, вызвало измѣненіе въ положеніи плода и привело бедро кзади, которое, послѣ поворота, должно было находиться спереди.

Въ этихъ трехъ случаяхъ переднее бедро, опираясь на лонное соединеніе, противодѣйствуетъ вставленію.

Такое осложненіе избѣгаютъ тщательнымъ соблюденіемъ современной техники. Что однако слѣдуетъ дѣлать, если оно происходитъ? Прежде всего никогда не искать другой ножки, но вытащить захваченную ножку настолько, чтобы колѣно появилось въ половой расщелинѣ и чтобы поворотъ плода закончился.

За исключеніемъ показаній къ немедленному извлеченію, въ такомъ случаѣ спокойно выжидаютъ нѣсколько схватокъ. Какъ мы говорили въ предыдущей главѣ, сокращенія матки вызываютъ всегда самопроизвольный поворотъ плода.— поворотъ, который долженъ привести кпереди первоначально заднее бедро и перевести назадъ бедро, соотвѣтствующее низведенной ножкѣ. Послѣ этого ничто уже не мѣшаетъ вступленію ягодицъ въ тазъ.

Если есть какія-нибудь показанія къ немедленному извлеченію, то нужно, потягивая слегка за низведенную ножку, въ то же время прида-

вать ей вращательное движение небольшого радиуса, въ направленіи, въ которомъ происходитъ самопроизвольный поворотъ, который такимъ образомъ вызываютъ и благопріятствуютъ (см. страницу 119). Извлеченіе плода возможно только послѣ того, какъ этотъ поворотъ закончился.

2°. Въ случаяхъ суженія таза ягодицы могутъ упереться въ лонную кость и испытать затрудненія при вступленіи: колѣно не можетъ быть приведено въ половую расщелину. Производить потягиванія съ силой значило бы здѣсь рисковать вызвать переломъ бедренной кости или отслоеніе эпифиза.

Иногда достаточно, для облегченія вставленія, уложить женщину на ту сторону, гдѣ находились ягодицы до поворота (на лѣвую сторону, если ягодицы находились влѣво, на правую сторону, если онѣ были въ правой сторонѣ), въ то время, какъ производятъ легкое потягиваніе за низведенную ножку, а помощникъ производитъ одновременно давленіе на дно матки. Если это очень простое средство недостаточно, то, какъ исключеніе, нужно рѣшиться на захватываніе и низведеніе второй ножки.

3°. Когда оболочки разорваны уже давно тому назадъ, сокращенія матки могутъ быть настолько сильныя, что они вызываютъ вколачиваніе плеча сперва во входѣ таза, а затѣмъ въ тазу.

Случаи подобнаго рода, къ счастью, исключительны въ настоящее время, потому что врачъ

всегда приглашается достаточно рано и такое осложнение не имѣетъ времени произойти.

Матка въ данномъ случаѣ очень тверда и представляетъ округленную форму; нѣтъ періода размягченія; органъ находится въ непрерывномъ теганическомъ сокращеніи, что дѣлаетъ совершенно невозможнымъ распознаваніе прощупываніемъ.

Внутреннимъ изслѣдованіемъ узнается болѣе или менѣе глубокое вставленіе плеча, ручка котораго виситъ почти всегда во влагалищѣ.

Въ крайнихъ случаяхъ вся грудная клѣтка можетъ находиться въ полости; отекшее плечо фіолетово-синяго цвѣта, опускается до половины расщелины; отекая ручка находится цѣликомъ внѣ половой расщелины.

Почти всегда имѣются въ то же время признаки растяженія нижняго сегмента. Тѣло матки совершенно сократилось надъ плодомъ, цѣликомъ расположившимся въ нижнемъ сегментѣ.

Плодь обычно умираетъ вслѣдствіе сдавливанія пуповины, сдавливанія, каковое неизбѣжно и вслѣдствіе уменьшенія поверхности прикрѣпленія дѣтскаго мѣста.

Угрожающая опасность разрыва матки запрещаетъ, въ данномъ случаѣ, всякую попытку поворота.

Усилія матки, чтобы освободиться отъ своего содержимаго, проталкиваютъ мало-по-малу плодь въ нижній сегментъ. Этотъ послѣдній постепенно растягивается и его стѣнки утончаются до того, что происходитъ разрывъ, если только онъ своевременно не предупреждается эмбриотоміей.

Это растяженіе передается наружу появленіемъ на стѣнкѣ матки болѣе или менѣе ясно выраженной

борозды (борозда Бандля), видимой уже при простомъ осмотрѣ живота и каковой очень ясно прощупывается на передней стѣнкѣ матки. Матка такимъ образомъ раздѣлена на двѣ части, изъ которыхъ одна, верхняя, соотвѣтствуетъ тѣлу сократившейся матки, а другая, нижняя, растянута на нижнему сегменту.

Если стѣнки живота мягки, то распознаваніе возможно, ибо матка принимаетъ, во время схватокъ, иногда очень выраженную форму песочныхъ часовъ.

Высота борозды Бандля надъ лонной костью зависитъ отъ степени растяженія. Въ самомъ началѣ эта борозда находится около лона. Затѣмъ она постепенно поднимается и можетъ подняться выше пупка. По мѣрѣ поднятія она становится болѣе замѣтной. Въ общемъ ея направленіе косо и ея самый возвышенный конецъ соотвѣтствуетъ стонѣ, гдѣ находится головка, потому что тамъ растяженіе сильнѣе, чѣмъ съ другой стороны.

Если это позволяетъ напряженіе стѣнокъ живота, то можно прощупать съ каждой стороны круглыя связки, которыя натянуты какъ струны и имѣютъ толщину карандаша. Онѣ прощупываются лучше около дна матки.

Пульсъ становится частымъ, но температура остается въ общемъ нормальной, чего не бываетъ при предлежаніи головкой, когда, при тѣхъ же обстоятельствахъ, сдавливаніе мягкихъ частей вызываетъ всегда повышеніе температуры.

Давленіе надъ лономъ очень болѣзненно и, даже въ промежуткахъ между схватками, женщина постоянно жалуется на боли въ нижней части живота.

При наличности такого положенія необходимо сразу дѣлать эмбриотомію, даже если ребенокъ еще живъ. Если общее состояніе женщины и обстоятельства позволяютъ быструю ея перевозку въ близлежащую клинику, то можно подумать о внѣбрюшинномъ кесарскомъ сѣченіи для спасенія ребенка. Такая операція, конечно, не входитъ въ сферу дѣятельности практическаго врача.

Нужно остерегаться смѣшать такое состояніе съ простымъ переполненіемъ мочевого пузыря, такъ какъ борозда, которая обрисовывается между растянутымъ пузыремъ и маткой, можетъ при поверхностномъ изслѣдованіи симулировать борозду Бандля. Катетеризація разрѣшитъ этотъ вопросъ.

Нужно одинаково избѣгать ошибки принять за борозду Бандля борозду, отдѣляющую головку отъ плеча, и могущую быть достаточно выраженной, чтобы стать видимой чрезъ маточно-брюшную стѣнку. Послѣ прохожденія водъ матка, сокращаясь, можетъ такъ точно обхватить плодъ, что она воспроизводитъ болѣе или менѣе его форму и передаетъ малѣйшія его впадины. Внимательное изслѣдованіе, хорошее состояніе женщины и плода (мелкія части котораго прощупываются черезъ маточнобрюшную стѣнку), отсутствіе какого бы то ни было непрерывнаго, тетаническаго сокращенія матки, ходъ родовъ (недавшій разрывъ оболочекъ, слабыя схватки) позволяютъ избѣжать этой ошибки въ распознаваніи.

Когда еще нѣтъ признаковъ растяженія въ собственномъ смыслѣ нижняго сегмента и когда плодъ еще живъ, не нужно видѣть въ непрерывномъ сокращеніи матки и въ вставленіи плеча абсолют-

наго противопоказанія къ повороту. Послѣдній можетъ быть произведенъ даже тогда, когда воды прошли уже много часовъ тому назадъ, но нужно стараться въ этомъ случаѣ не слишкомъ отталкивать въ сторону плечо и головку. Такое вмѣшательство однако очень трудно при этихъ условіяхъ и требуетъ большой осторожности.

Не нужно также, при *этихъ спеціальныхъ условіяхъ*, упорствовать во что бы то ни стало въ желаніи дойти до ягодиць.

Стало-быть захватываютъ наиболѣе доступную ножку и, если потягиванія за нее не являются достаточными, то стараются низвести другую ножку. Врачъ долженъ отдать себѣ точный отчетъ въ положеніи ножекъ, одной по отношенію къ другой, чтобы знать, долженъ ли онъ привести впередъ или назадъ уже низведенную ножку, которая удерживается тесьмой. Когда обѣ ножки находятся одна около другой, ихъ захватываютъ обѣ, чтобы низвести вмѣстѣ.

Поворотъ плода долженъ быть сдѣланъ въ данномъ случаѣ съ помощью, такъ сказать, складыванія, которое заставитъ пройти туловище около головки. Послѣдняя тогда почти не мѣняетъ мѣста и не бываетъ чрезмѣрнаго давленія, на стѣнку нижняго сигмента, давленія, которое могло бы вызвать разрывъ матки. Выполненіе способа такъ, чтобы опасность была наименьшей, требуетъ всегда фиксированія головки помощникомъ чрезъ маточнобрюшную стѣнку для того, чтобы предупредить ея перемѣщеніе.

Однако никогда не слѣдуетъ стараться сдѣлать при этихъ условіяхъ насильственный поворотъ, и если плодъ не поворачивается послѣ одной, двухъ

попытокъ, то врачъ долженъ безъ замедленія прибѣгнуть къ эмбриотоміи.

Выпавшая ручка соотвѣтствуетъ всегда вколотившемуся плечу. Въ древнія времена, въ случаѣ глубокаго вколачиванія, ручку охотно отнимали для облегченія введенія руки и поворота плода. Это старинное пособіе теперь резонно оставлено, потому что, если бы случилось, что плодъ проявилъ какіе-либо признаки жизни послѣ такого вмѣшательства, врачъ несъ бы тяжелую отвѣтственность передъ семьей.

Слѣдуетъ избѣгать самаго слабого потягиванія за эту ручку, такъ какъ потягиваніе только еще болѣе вколотитъ плечо и сдѣлаетъ поворотъ плода еще болѣе труднымъ. Какъ для поворота, сдѣланнаго при нормальныхъ условіяхъ, возьмутъ выпавшую ручку въ тесьму, которую поручатъ держать помощнику. Такой примѣняемый способъ мѣшаетъ ручкѣ подняться въ матку во время операціи и стало быть не нужно будетъ позже выводить ее, что упрощаетъ дѣло.

О п е р а т и в н а я т е х н и к а.

На всѣхъ рисункахъ, сопровождающихъ эту главу, оперативная техника, чтобы не усложнять рисунка, представлена безъ предварительнаго низведенія ручки. Она состоитъ изъ трехъ моментовъ:

1°. Введеніе руки.

2°. Отыскиваніе и захватываніе ступни.

3°. Поворотъ плода.

(Смотри слѣдующіе рисунки, 329—364).

ПЕРЕДНИЙ ВИДЪ.

(Низведеніе нижней ножки.)

Производство поворота рукой, каковая направляется по спинкѣ въ ту сторону матери, въ которой находятся ягодицы плода, рукой разноименной предлежащему плечу (правая рука, если ягодицы находятся съ лѣвой стороны матери, лѣвая рука, если онѣ справа матери).

1°. Введеніе руки.

Какъ только дошли до зѣва матки, помѣщаютъ свободную руку на животъ женщины, чтобы фиксировать матку и помѣшать ей ускользнуть подъ напоромъ другой руки. Свободная рука должна содѣйствовать прочему, опускаемая сперва ягодицы плода навстрѣчу внутренней руки; затѣмъ, какъ только ступня захвачена и вытянута до половой расщелины, отталкиваютъ головку къ дну матки (рис. 329—340).

Введенная въ матку рука начинаетъ прежде всего ориентироваться. Она распознаетъ плечо, ручку, направленіе подмышки, наконецъ, положеніе спинки, и прежде чѣмъ итти далѣе, провѣряетъ точность распознаванія. Послѣ этого она постепенно подымается, въ промежуточномъ между пронацией и супинаціей положеніи, впередъ плода (рис. 329 и 335). Ея ладонная поверхность постоянно приложена къ спинкѣ плода, которую она уже болѣе не покидаетъ и которая ей служить проводникомъ. Такимъ образомъ она поднимается до ягодицъ, которыя она распознаетъ и которыя она покрываетъ вогнутостью своихъ, пальцевъ (рис. 330 и 336).

2°. Отыскиваніе и захватываніе ступни.

Подойдя такимъ образомъ къ ягодицамъ плода, рука спускается вдоль нижняго бедра (рис. 331 и 337), затѣмъ вдоль ножки (рис. 332 и 338), которую она низводитъ и ступню которой выводитъ вплоть до зѣва матки.

Тогда указательный палецъ скользитъ по наружной поверхности ножки такъ, чтобы захватить ступню влообразно надъ лодыжками, при чемъ пятка остается направленной къ ладони руки (рис. 333 и 339).

3°. Поворотъ плода.

Крѣпко захвативъ ступню, вынимаютъ руку въ томъ же положеніи, при чемъ ладонь повернута къ головкѣ плода, а тыльная поверхность къ ягодицамъ (рис. 333 и 339). ступня сохраняетъ, такимъ образомъ, свое естественное потложеніе; пальцы обращены къ зѣву матки, чрезъ который они должны пройти, и остаются постоянно направленными къ поверхности живота плода; разгибаніе колѣна и бедра происходитъ нормально такъ, что не происходитъ никакого скручиванія нижней конечности, если стараются избѣжать всякаго супинаціоннаго движенія.

Всякое скручиваніе захваченой ножки перешло бы на область плечей, затѣмъ на шею и на головку и стремилось бы привести спинку назадъ, лицо впередъ; если плодъ не поверотился бы легко, скручиваніе вызвало бы переломъ или отслоеніе эпифиза.

По извлеченіи ступни, провѣряютъ еще разъ, хорошая ли эта ножка; затѣмъ низводятъ ее до того, чтобы колѣно вышло вполнѣ изъ половой расщелины въ то время, какъ, для облегченія поворота плода, наружная рука переносится въ этотъ моментъ къ головкѣ, которую она отталкиваетъ къ дну матки (рис. 334 и 340). Какъ только колѣно выведено наружу и головка оттолкнута къ дну матки, поворотъ законченъ.

akusher-lib.ru

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по спинкѣ).



Рис. 329. Введеніе руки.



Рис. 330. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по спинкѣ).



Рис. 331. Рука спускается вдоль нижняго бедра.



Рис. 332. Рука опускается вдоль голени, до ступни.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по спинкѣ).



Рис. 333. Правильное захватываніе ступни между указательнымъ и среднимъ пальцами.



Рис. 334. Низведение ножки и поворотъ плода.

СПИНКА К ПЕРЕДИ—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по спинкѣ).



Рис. 335. Введе: іе руки.



Рис. 336. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющейся по спинкѣ).



Рис. 337. Рука спускается вдоль нижняго бедра.



Рис. 338. Рука спускается вдоль голени, до ступни.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по спинкѣ).



Рис. 339. Правильное схватываніе ступни.



Рис. 340. Низведение ножки и поворотъ плода.

ПЕРЕДНИЙ ВИДЪ.

(Низведение нижней ножки).

В. Производство поворота рукой, обращенной ладонью къ животу, рукой одноименной предлежащему плечу (лѣвой рукой, если ягодыцы находятся въ лѣвой сторонѣ матери, правой рукой, если онѣ въ правой ея сторонѣ).

1°. Введеніе руки.

Эта рука, введенная въ матку согласно вышеописаннымъ правиламъ, начинаетъ также ориентироваться. Она распознаетъ плечо, ручку, направленіе подмышки, наконецъ, положеніе спинки, и, прежде чѣмъ итти дальше, провѣряетъ точность распознаванія. Помѣщенная въ супинаціи, рука поднимается затѣмъ сзади плода, при чемъ ладонь положена на бокъ плода, котораго она болѣе не покидаетъ и который служитъ ей проводникомъ (рис. 341 и 347). Такимъ образомъ, рука поднимается до ягодиць, которыя она распознаетъ и которыя покрываетъ вогнутостью своихъ пальцевъ (рис. 342 и 348).

2°. Отыскиваніе и захватываніе ступни.

Подойдя такимъ образомъ къ ягодицамъ плода, рука спускается сперва вдоль нижняго бедра (рис. 343 и 349), затѣмъ вдоль ножки (рис. 344 и 350), которую она разгибаетъ и ступню которой она низводитъ до зѣва матки. Указательный палецъ послѣ того скользитъ по внутренней поверхности ножки такъ, чтобы захватить ступню вилкой, надъ лодыжками, оставляя пальцы ноги направленными къ ладони руки (рис. 345 и 351).

3°. Поворотъ плода.

Захвативъ крѣпко ступню, вытаскиваютъ руку въ томъ же положеніи, повернувъ ладонь къ ягодицамъ плода, а тыль къ головкѣ (рис. 345 и 351).

Ступня сохраняетъ такимъ образомъ свое естественное положеніе: пальцы обращены къ зѣву матки, который они должны пройти и остаются постоянно направленными къ брюшной поверхности плода; разгибаніе колѣна и бедра дѣлается естественнымъ образомъ безъ того, чтобы могло произойти какое бы то ни было скручиваніе нижней конечности, если только стараются избѣжать всякаго движенія пронаціи.

Всякое скручиваніе захваченной ножки распространилось бы на область плечей, затѣмъ на шею и на головку и имѣло бы наклонность привести спинку назадъ, лицо впередъ; если плодъ не повернулся бы легко, то онъ вызвалъ бы или переломъ, или отслоеніе эпифиза.

По извлеченіи ножки провѣряютъ еще разъ, хорошая ли эта ножка, затѣмъ низводятъ ее до появленія внѣ половой

расщелины колѣна въ то время, какъ, для облегченія поворота плода, наружная рука переносится въ этотъ моментъ въ сторону головки, которую она отталкиваетъ къ дну матки (рис. 346 и 352). Можетъ быть, однако, удобнѣе перемѣнить руки для исполненія этой послѣдней части приема и заставить плодъ продѣлать поворотъ, какъ это указано на рис. 334 и 340. Такимъ образомъ менѣе рискуютъ вызвать поворотъ ребенка въ неправильномъ направленіи, поворотъ, который можетъ легко произойти, если брюшная рука дѣлаетъ, по оплошности, движеніе пронаціи.

Какъ только колѣно оказалось внѣ половой расщелины и головка у зѣва матки, поворотъ законченъ.

akusher-lib.ru

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей къ животу).



Рис. 341. Введеніе руки.



Рис. 342. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющейся по животу).



Рис. 343. Рука спускается вдоль нижняго бедра.



Рис. 344. Рука спускается вдоль голени, до ступни.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ЛѢВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющейся по животу).



Рис. 345. Правильное захватываніе ступни между указательнымъ и переднимъ пальцами.



Рис. 346. Низведеніе ножки и поворотъ плода.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по животу).



Рис. 347. Введение руки.



Рис. 348. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющей по животу).



Рис. 349. Рука спускается вдоль нижняго бедра.



Рис. 350. Рука спускается вдоль голени, до ступни.

СПИНКА К ПЕРЕДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Поворотъ рукой, направляющейся по животу).



Рис. 351. Правильное захватываніе ступни.



Рис. 352. Низведеніе нижней ножки и поворотъ плода.

ЗАДНИЙ ВИДЪ.

(Низведение верхней ножки).

Одноименная подлежащему плечу рука, направляется въ ту сторону матери, въ которой находится ягодица плода (правая рука, если ягодицы вправо; лѣвая рука, если онѣ влѣво).

Слѣдуетъ прежде всего сдѣлать общее замѣчаніе, это— что при заднихъ видахъ будетъ всегда труднѣе, чѣмъ при переднихъ проводить руку до ягодицъ, чтобы потомъ ее спустить вдоль бедра и голени до ступни, которую надо низвести.

Въ самомъ дѣлѣ, нижнія конечности обращены къ передней стѣнкѣ матки; онѣ какъ бы отброшены впередъ, и заходятъ за край лоннаго соединенія. Рука акушера, введенная сперва по необходимости въ ось выхода таза, направляется затѣмъ лишь съ трудомъ кпереди вслѣдствіе препятствія, которое она встрѣчаетъ со стороны лонной кости; трудность болѣе или менѣе велика въ зависимости отъ того, дадутъ ли ей задне-боковой путь плода или передній путь.

Чтобы слѣдовать по переднему пути рука должна быть введена съ самаго начала въ пронаціи,—положеніи неудобномъ вслѣдствіе препятствія со стороны лонныхъ костей, препятствіе, которое вынуждаетъ пальцы и кисть дѣлать напряженное разгибаніе; подниманіе до ягодицъ плода и обследованія ихъ трудны вслѣдствіе того, что ступни помѣщаются какъ разъ спереди; пуповина постоянно падаетъ въ руку и ея натягиваніе неизбежно.

Заднебоковой путь, стало-быть, безконечно предпочтительнѣе потому, что онъ позволяетъ легче попасть на ягодицы, самый важный моментъ вмѣшательства,—не будучи слишкомъ стѣсненнымъ ступнями и пуповиной.

1°. Введеніе руки.

Вводимая въ среднемъ положеніи или въ полусупинаціи, вдоль нижнезадней части плода до соотвѣтствующей ягодицы (рис. 353 и 359), рука попадаетъ затѣмъ, съ помощью пронаціоннаго движенія, впередъ такъ, чтобы касаться ягодицъ плода вогнутостью своихъ пальцевъ (рис. 354 и 360).

2°. Отыскиваніе и захватываніе ступни.

Подойдя такимъ манеромъ къ ягодицамъ плода, рука спускается затѣмъ вдоль верхняго бедра (рис. 355 и 361), затѣмъ вдоль (рис. 356 и 362) голени, которую она разгибаетъ, и ступню, которую она низводитъ до маточнаго зѣва.

Указательный палецъ тогда скользитъ по наружной поверхности ножки такъ, чтобы захватить ступню вилкой подъ лодыжками, оставляя пятку направленной во внутрь руки (рис. 357 и 363).

3°. Поворотъ плода.

Захвативъ крѣпко ступню, вынимають руку въ томъ же положеніи, повернувъ ладонь къ головкѣ плода, а тыльную сторону къ сѣдалищу (рис. 358 и 364).

Ступня сохраняетъ, такимъ образомъ, свое естественное положеніе; пальцы обращены къ зѣву матки, который она должна пройти и остаются постоянно направленными къ брюшной поверхности ребенка; разгибаніе колѣна и бедра дѣлаются такимъ образомъ нормально, не производя никакого скручиванія нижней конечности, если стараются тщательно избѣжать всякаго супинаціоннаго движенія.

Всякое скручиваніе захваченной ножки перешло бы на область плечей, затѣмъ на шею и на головку и стремилось бы перевести спинку назадъ, лицо впередъ; если плодъ не повернулся бы легко, скручиваніе вызвало бы переломъ или отслоеніе эпифиза.

Какъ только ступня находится внѣ половой расщелины, провѣряютъ еще разъ, хорошая ли это ножка, затѣмъ низводятъ ее до тѣхъ поръ, пока колѣно не появится изъ половой расщелины въ то время какъ для облегченія поворота плода, наружная рука переносится въ этотъ моментъ въ сторону головки, которую она отталкиваетъ къ заду матки (рис. 358 и 364). Поворотъ законченъ.

СПИНКА КЪ ЗАДИ.— ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Низведение верхней ножки).



Рис. 353. Введение руки.



Рис. 354. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА КЗАДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.

(Низведение верхней ножки).



Рис. 355. Рука опускается вдоль верхнего бедра.



Рис. 356. Рука опускается вдоль голени до ступни.

СПИНКА КЗАДИ.—ПРАВОЕ ПЛЕЧО.
(Низведение верхней ножки).



Рис. 357. Правильное захватывание ступни.



Рис. 358. Низведение ножки и поворот плода.

СПИНКА КЗАДИ.—ЛЪВОЕ ПЛЕЧО.

* (Низведение верхней ножки).



Рис. 359. Введение руки.



Рис. 360. Рука подошла къ ягодицамъ.

СПИНКА КЗАДИ.—ЛЪВОЕ ПЛЕЧО.
(Низведение верхней ножки).



Рис. 361. Рука спускается вдоль верхнего бедра.



Рис. 362. Рука спускается вдоль голени до ступни.

СПИНКА КЗАДИ.—ЛЪВОЕ ПЛЕЧО.
(Низведение верхней ножки).

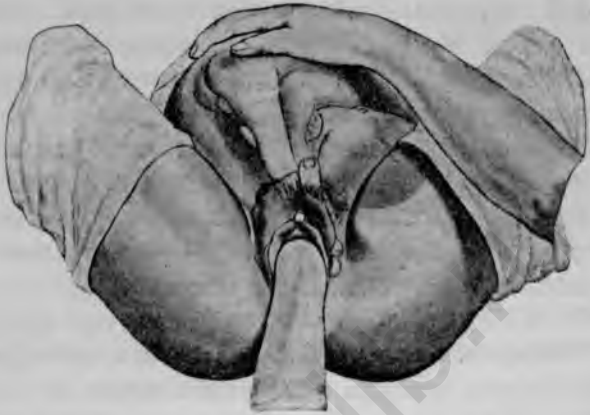


Рис. 363. Правильное захватываніе ступни.



Рис. 364. Низведение ножки и поворотъ плода.

2. Поворотъ на ножку при предлежаніяхъ головки.

При предлежаніяхъ головки (затылокъ, лицо или лобъ), поворотъ является исключительнымъ вмѣшательствомъ, отвѣчающимъ специальнымъ и рѣдкимъ показаніямъ.

Его исполняютъ только въ извѣстныхъ частныхъ случаяхъ, когда головное предлежаніе представляетъ само по себѣ опасность, которую можно устранить только измѣненіемъ первоначальнаго предлежанія въ предлежаніе ножное.

Показанія.

Показанія, которыя могутъ вызвать здѣсь необходимость поворота на ножку, слѣдующія:

1°. Выпаденіе пуповины или мелкихъ частей.

2°. Неисправимое заднетемянное вставленіе.

3°. Предлежаніе дѣтскаго мѣста.

4°. Нѣкоторые случаи предлежанія лица (задній видъ) и предлежанія лба (невозможность вставленія).

5°. Косыя положенія, когда головной конецъ остается отклоненнымъ въ одну или другую подвздошную впадину.

6°. Суженія таза, когда головка не вставляется (профилактический поворотъ), для избѣжанія эмбриотоміи, когда роженица отказывается отъ всякаго другого вмѣшательства (кесарское сѣченіе, пубіотомія).

Всѣ эти показанія были уже изложены въ другихъ главахъ и мы не будемъ ихъ здѣсь разбирать.

Условія операціи.

Условія, необходимыя для того, чтобы можно было произвести этотъ поворотъ, въ общемъ, тѣ же, что и при поперечныхъ положеніяхъ.

1°. Необходимо, чтобы зѣвъ былъ совершенно открытъ или по крайней мѣрѣ достаточно растяжимъ для пропуска всей руки въ матку, по указаннымъ выше соображеніямъ.

Какъ при поперечныхъ положеніяхъ, это условіе необходимо болѣе соблюдать у первородящей, чѣмъ у многородящей.

Впрочемъ, мы увидимъ въ XVI главѣ, что профилактической поворотъ при суженіи таза совершенно противопоказанъ у первой вслѣдствіе ригидности зѣва.

Въ равной мѣрѣ должно отдѣлить теоретически этотъ поворотъ,—способъ, предназначенный для превращенія первоначальнаго предлежанія въ предлежаніе ножное,—отъ извлеченія, которое отвѣчаетъ показанію извлечь плодъ, если состояніе матери или плода этого требуетъ.

Но такъ какъ это послѣднее показаніе можетъ имѣть мѣсто тотчасъ же послѣ поворота, то необходимо, чтобы открытіе было достаточнымъ для прохожденія плеча и головки безъ опасности для матери и для ребенка.

Если обстоятельства требуютъ производства поворота до полного открытія, то нужно раньше ввести баллонъ Шампетье де Роба и вмѣшаться только послѣ его самопроизвольнаго изгнанія. Такое пособіе противопоказуется только въ слу-

чаѣ выпаденія пуповины, какъ мы увидимъ это дальше.

Такъ какъ баллонъ задерживаетъ вставленіе головки, то потеря времени не можетъ имѣть досадныхъ послѣдствій.

Если показаніе не терпитъ отлагательства, то прибѣгаютъ къ ручному растяженію по Боннэру.

Когда не имѣютъ въ своемъ распоряженіи баллона и когда открытіе, достаточное для введенія руки, было достигнуто лишь съ помощью способа Боннэра, тогда должно, какъ раньше и по тѣмъ же соображеніямъ, предоставить самой природѣ изгнаніе ребенка до пупка. Давленіе, производимое помощникомъ на дно матки, является, какъ всегда, очень дѣйствительнымъ средствомъ ускорить это изгнаніе.

Мы уже говорили, что если извлеченіе должно быть теоретически отдѣлено отъ поворота, сдѣланнаго при полномъ открытіи, однако предпочтительнѣе, на практикѣ, не давать пройти слишкомъ большому промежутку времени между этими двумя вмѣшательствами, по соображеніямъ, которыя также были указаны. Стало быть нельзя выжидать болѣе 10—15 минутъ до извлеченія плода. Это время обычно достаточно для приспособленія ягодицъ во входѣ таза.

2°. Необходимо, чтобы головка была еще подвижна или по крайней мѣрѣ, чтобы она могла быть оттолкнута безъ особыхъ затрудненій.

Поворотъ тѣмъ болѣе труденъ и опасенъ, чѣмъ болѣе времени протекло съ момента разрыва оболочекъ. Возможность повернуть плодъ при этихъ

условіяхъ безконечно болѣе ограничена, чѣмъ когда дѣло идетъ о предлежаніи плеча, потому что сокращенія матки, послѣ излитія водъ, производятъ здѣсь значительно быстрѣе неподвижность плода. Это обстоятельство зависитъ отъ того, что большая ось овоида плода соотвѣтствуетъ въ этомъ случаѣ продольной оси матки и отъ того, что плодъ долженъ продѣлать полное движеніе въ 180° , вмѣсто только 90° , какъ это бываетъ при поперечныхъ положеніяхъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда схватки не сильны, способъ имѣть еще какую-нибудь надежду на успѣхъ нѣкоторое время спустя послѣ прохожденія водъ. Когда положеніе осложняется вздутіемъ живота очень скоро становится невозможнымъ производить поворотъ.

Послѣ разрыва оболочекъ начинающимъ не всегда легко отдать себѣ точный отчетъ относительно подвижности головки.

Головка, которая, повидимому, плотно установилась надъ входомъ таза, можетъ иногда, при наркозѣ, быть еще оттолкнута въ достаточной мѣрѣ, чтобы позволить ввести руку въ матку.

Въ другихъ случаяхъ, плодъ представляетъ еще нѣкоторую подвижность, которая позволяетъ добраться до ступни, захватить ее и даже отвести въ сторону головки; но невозможно передвинуть плодъ, даже, если захватываютъ вторую ножку.

Сдѣлать насильственный поворотъ въ этихъ условіяхъ, значило бы несомнѣнно вызвать разрывъ матки.

Когда замѣчаютъ, что ошиблись относительно подвижности плода, то необходимо умѣть отказаться отъ вмѣшательства. Если жизнеспособность

плода еще не подлежит сомнѣнію и если женщина и окружающіе ея дають свое согласіе на ея переносъ въ клинику и если такой переносъ легокъ, то вопросъ пубіотоміи или кесарскаго сѣченія можетъ быть поставленъ, если дѣло идетъ о суженіи таза, заднемъ темянномъ вставленіи, предлежаніи лица или лба, отклоненія головки въ бокъ. Если такой переносъ невозможенъ или на него не соглашаются, то правиломъ должно быть выжиданіе во всѣхъ случаяхъ, когда то не представляетъ никакой опасности для матери. Бываютъ иногда случаи, что послѣ довольно долгаго ожиданія, головка опускается въ достаточной степени, подъ вліяніемъ энергичныхъ сокращеній матки, чтобы можно было наложить щипцы.

Если головка не опускается, то приходится производить краниотомію, какъ только ребенокъ умеръ. Эта операція должна быть сдѣлана безъ всякаго замедленія на живомъ ребенкѣ при малѣйшемъ признакѣ растяженія нижняго сегмента или при появленіи лихорадки или всякаго другаго осложненія со стороны матери.

Оперативная техника.

Всегда пользуются рукой, ладонь которой соотвѣтствуетъ поверхности живота плода.

Такимъ образомъ точное распознаваніе необходимо, такъ какъ поворотъ на ножку, когда идетъ дѣло о предлежаніи головнымъ концомъ, не можетъ быть выполненъ безразлично обѣими руками.

Что же касается ступни, то всегда сѣдууетъ стараться захватить переднюю ступню, бедро которой, послѣ поворота плода, будетъ находиться впереди за лонной дугой и сможетъ безпрепятственно скользить за лонной костью.

Какъ при поперечныхъ положеніяхъ, правильное захватываніе хорошей ножки возможно лишь, если врачъ приметъ, какъ постоянное правило, всегда стараться дойти до ягодицы плода, а затѣмъ спуститься вдоль бедра, потомъ вдоль голени до ступни, которую надо захватить

(рис. 365 до 376). Если этотъ приемъ невозможенъ вслѣдствіе сокращенія матки, то нужно, по крайней мѣрѣ, стараться достигнуть передняго колѣна и его ясно опредѣлить. Прямое захватываніе ступни допускается лишь тогда, когда невозможно абсолютно подняться выше. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ необходимо убѣдиться, что захватили именно ножку, а не ручку,—ошибка тѣмъ легче совершается, чѣмъ менѣе высоко поднимаются.

Способъ введенія руки въ матку уже описанъ. Поставленная въ среднее между супинаціей и пронаціей положеніе рука должна постоянно сохранять свою тыльную поверхность направленной къ боковой поверхности органа. Оттолкнувъ головку въ сторону, она поднимается все выше и выше до того, что попадаетъ къ ягодицамъ плода, которыя и покрываетъ вогнутостью своихъ пальцевъ, затѣмъ руку спускаютъ вдоль передней ножки, какъ это показано на рисункахъ 365—368 и 371—374.

Какъ только рука достигнетъ ступни и какъ только она добьется полнаго сгибанія бедра и разгибанія колѣна указательный палецъ скользитъ по наружной поверхности ножки, крѣпко захватываетъ ступню между указательнымъ и среднимъ пальцами (рис. 149 и 155). Затѣмъ вытягиваютъ ступню настолько, чтобы колѣно оказалось внѣ половой расщелины (рис. 370, 364, 376 и 358).

По тѣмъ же соображеніямъ, что и при поперечныхъ положеніяхъ, необходимо всегда слѣдить за собой и не сдѣлать никакого супинаціоннаго или пронаціоннаго движенія. Ступня, такимъ образомъ, сохраняетъ свое нормальное положеніе: пятка остается направленной къ боковой стѣнкѣ матки во все время поворота плода и пальцы постоянно обращены къ брюшной поверхности его.

Въ моментъ проникновенія въ матку свободная рука переносится на дно органа такъ, чтобы помѣшать ускользванію матки подъ напоромъ руки и опустить насколько возможно ягодицы навстрѣчу внутренней рукѣ; какъ только головка перешла въ сторону, рука мѣняетъ мѣсто и старается оттолкнуть головку ко дну матки, дѣйствуя для этого сперва на верхнюю часть спинки плода (рис. 370 и 376); такимъ образомъ рука способствуетъ повороту плода. Никогда не слѣдуетъ пренебрегать приемомъ этой руки; здѣсь онъ еще болѣе необходимъ, чѣмъ при поперечныхъ положеніяхъ.

Поворотъ закончился, когда колѣно находится внѣ половой расщелины, а головка у дна матки (рис. 364 и 358).

Однако иногда случается, что головка остается включенной въ подвздошной впадинѣ, что мѣшаетъ повороту плода. Колѣно не можетъ быть выведено внѣ половой расщелины. Чтобы вывести головку, необходимо прибѣгнуть въ такомъ случаѣ къ двойному приему Юстина Симундина,—приему, который состоитъ въ отталкиваніи сво-

бодной рукой, въ то время какъ другая рука продолжаетъ потягиваніе за низведенную ножку. Если послѣдняя не могла быть выведена до половой расщелины, то ее берутъ въ тесьму (рис. 377 и 378), такъ какъ двѣ руки не имѣютъ достаточно свободнаго мѣста, чтобы находиться одновременно во влагалищѣ. Когда разрывъ оболочекъ произошелъ недавно, этотъ пріемъ обычно удается. Однако не слѣдуетъ его дѣлать насильственно, чтобы не подвергать матку опасности разрыва и необходимо совершенно отъ него отказаться, если есть малѣйшій признакъ растяженія нижняго сегмента.

Въ случаѣ неуспѣха и при отсутствіи признаковъ растяженія нижняго сегмента, нужно попытаться низвести вторую ножку, но и здѣсь ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ торопить поворотъ плода, такъ какъ опасность разрыва матки здѣсь угрожаетъ болѣе, чѣмъ въ поворотѣ при поперечномъ положеніи.

ЛѢВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.
(Низведение передней ножки).



Рис. 365. Введеніе руки.



Рис. 366. Рука подошла къ ягодицамъ.

ЛѢВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.
(Низведеніе передней ножки).



Рис. 367. Рука спускается вдоль передняго бедра.



Рис. 368. Рука спускается вдоль голени до ступни.

ЛѢВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.
(Низведение передней ножки).



Рис. 369. Правильное захватываніе ступни.



Рис. 370. Низведение ножки и поворотъ плода.
(См. продолженіе вмѣшательства, рис. 364).

ПРАВОО ЗАТЫЛОЧНОЕ.
(Низведение передней ножки).



Рис. 371. Введение руки.



Рис. 372. Рука подошла къ ягодицамъ.

ЗАТЫЛОЧНО-ПОДВЗДОШНАЯ ПРАВАЯ.
(Опускается передняя ступня).



Рис. 373. Рука спускается вдоль переднего бедра.



Рис. 374. Рука спускается вдоль ноги до ступни.

ПРАВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.
(Низведение передней ножки).



Рис. 375. Правильное захватывание ступни.



Рис. 376. Низведение ножки и поворотъ плода.
(См. продолженіе вмѣшательства, рис. 358).

СПОСОБЪ КСТИНА СИГМУНДИНА.

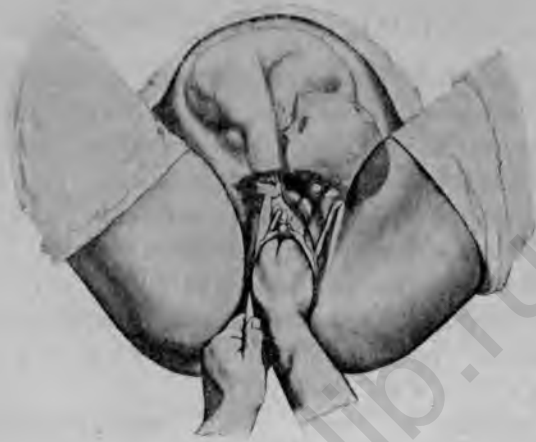


Рис. 377. Лѣвое затылочное.



Рис. 378. Правое затылочное.

С. ПОВОРОТЪ ПО БРАКСТОНЪ-ГИКСУ.

Я уже говорилъ, что названіе комбинированнаго поворота, данное повороту Braxton-Nick'a, ошибочно, потому что всякій поворотъ является въ дѣйствительности комбинированнымъ, такъ какъ плодъ не можетъ быть повороченъ какъ слѣдуетъ, безъ одновременнаго употребленія обѣихъ рукъ. Такимъ образомъ, рациональнѣе будетъ сохранить за поворотомъ, исполняемымъ при нижеуказанныхъ условіяхъ, простое названіе поворота по Бракстонъ-Гиксу.

Показанія къ нему очень немногочисленны, къ нему прибѣгаютъ, когда имѣется показаніе къ повороту на ножку въ то время, какъ степень открытія зѣва не позволяетъ ввести всю руку.

Онъ примѣняется:

1°. При предлежаніяхъ плеча, когда оболочки разорваны преждевременно и когда слѣдуетъ опасаться, что, если роды будутъ слишкомъ длиться, сокращенія матки сдѣлаютъ по окончаніи открытія обычный поворотъ очень труднымъ. Способъ не слишкомъ труденъ, когда его можно произвести немедленно по разрывѣ оболочекъ, но онъ становится очень быстро неисполнимымъ вслѣдствіе наступающей неподвижности плода.

2°. При предлежаніяхъ плеча и головки, осложненныхъ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста. Это вмѣшательство представляетъ

здѣсь самое лучшее лѣченіе, какъ мы это увидимъ въ главѣ XIV. Давленіе, которое производитъ низведенная ножка, затѣмъ ягодицы и туловище плода, на кровотокающую поверхность матки, вызываетъ гемостазъ и остановку кровопотери.

3°. При предлежаніяхъ головки съ выпаденіемъ пуповины, когда оболочки разорваны преждевременно и обратное вправление невозможно. Такимъ образомъ устраняютъ опасность непосредственнаго сдавливанія.

4°. При предлежаніяхъ головки съ отклоненіемъ головки въ сторону, когда послѣдняя не могла быть вставленной въ тазъ съ помощью наружныхъ пріемовъ или продолжительнымъ лежаніемъ на боку и когда воды прошли преждевременно.

Оперативная техника.

Необходимо настолько возможно глубокой наркозъ.

Пользуются рукой, соответствующей сторонѣ матери, въ которой находятся мелкія части плода (лѣвой рукой, если малыя части вправо, правой, если онѣ влѣво).

Вводятъ два или три пальца въ полость матки эти пальцы должны прежде всего постараться оттолкнуть въ сторону предлежащую часть плеча, если дѣло идетъ о поперечномъ положеніи, головку, если имѣется предлежаніе головки (рис. 379 и 382).

Въ то же время кладутъ другую руку на дно матки для ея фиксированія и опусканія ягодицъ и нижнихъ конечностей навстрѣчу внутренней рукѣ (рис. 379 и 384).

Одновременное дѣйствіе обѣихъ этихъ рукъ должно заставить плодъ повернуться въ достаточной мѣрѣ, чтобы привести одну или другую ступню въ соприкосновеніе съ пальцами. Какъ только чувствуютъ ступню (рис. 380 и 383), то захватываютъ ее между указательнымъ и среднимъ пальцами надъ лодыжками (рис. 381 и 384) и вытаскиваютъ ее такъ, чтобы вывести наружу колѣно (рис. 370 и 364, 376 и 358), отталкивая въ то же время наружной рукой головку къ дну матки.

Какъ только колѣно вышло изъ половой расщелины и головка очутилась на днѣ матки, поворотъ законченъ.

Затѣмъ природѣ предоставляютъ самой закончить изгнаніе плода до пупка.

Въ этотъ моментъ, мы знаемъ, открытіе можетъ быть разсматриваемо, какъ ножное и можно извлекать плодь. Напомнимъ еще, что никогда не слѣдуетъ пренебрегать пособіемъ помощника, который производитъ сильное давленіе снаружи на дно матки, чтобы предупредить насколько возможно запрокидываніе ручекъ и разгибаніе головки, что неизбежно происходитъ каждый разъ, когда тянуть за тазовый конецъ.

akusher-lib.ru

ПОВОРОТЪ ПО БРАКСТОНЪ-ГИКСУ.
ЛѢВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.



Рис. 379. Лѣвая рука отталкиваетъ въ сторону головку.



Рис. 380. Пальцы достигаютъ ступни.

ПОВОРОТЪ ПО БРАКСТОНЪ-ГИКСУ.
ЛѢВОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ.



Рис. 381. Захватываніе ступни и поворотъ плода.
(См. послѣдовательно, для продолженія вмѣшательства,
рис. 370 и 364).

ПРАВОО ЗАТЫЛОЧНОЕ.



Рис. 382. Правая рука отталкиваетъ головку въ сторону.

ПОВОРОТЪ ПО БРАКСТОНЪ-ГИКСУ.
ПРАВое ЗАТЫЛОЧНОЕ.



Рис. 383. Пальцы достигаютъ ступни.



Рис. 384. Захватываніе ступни и поворотъ плода.
(См. послѣдовательно, для продолженія вмѣшательства,
рис. 376 и 358).

ГЛАВА X.

Эмбриотомія.

Подъ общимъ названіемъ эмбриотоміи разумѣютъ цѣлую серію операций, въ которыхъ раздавливаютъ или перерѣзаютъ плодъ.

Такимъ образомъ, эмбриотомія является увѣчающей операцией.

Она обычно производится на умершемъ плодѣ, хотя эмбриотомія живого плода сохраняетъ еще, хотя въ ограниченномъ числѣ случаевъ, право на существованіе въ ежедневной практикѣ акушеровъ.

Однако ее можно производить на живомъ плодѣ только въ случаяхъ, когда операции, необходимыя для извлеченія плода живымъ, являются слишкомъ опасными для матери и неисполнимыми по независимымъ отъ врача мотивамъ (невозможность перенесенія больной въ клинику или категорической отказъ въ согласіи на хирургическое вмѣшательство, въ родѣ пубіотоміи или кесарскаго сѣченія).

Эмбриотомія показана при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, при предлежаніяхъ головнымъ концомъ (темя, лицо или лобъ), когда женщина подвергается опасности и когда поворотъ или щипцы

абсолютно противопоказаны, наконецъ при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ, когда невозможно извлечь плодъ обычными средствами.

Если ребенокъ живъ, то показаніемъ къ вмѣшательству въ данномъ случаѣ послужить или опасность разрыва матки, признакомъ чего является растяженіе нижняго сегмента или признаки омертвѣнія мягкихъ частей матери, подвергшихся слишкомъ продолжительному сдавливанію, или же признаки инфекціи, или, наконецъ, органическое заболѣваніе (сердца, легкихъ или почекъ) съ нарушеніемъ компенсаціи.

Въ случаяхъ трудныхъ родовъ вслѣдствіе неправильности таза, эмбриотомія должна быть произведена лишь тогда, когда суженіе позволяетъ прохожденію раздавленной головки плода. Крайней границей, позволяющей это вмѣшательство являются размѣры въ 6 см. для простыхъ плоскихъ тазовъ и въ 6,5 см. общесуженныхъ тазовъ. Ниже этой границы кесарское сѣченіе остается единственнымъ средствомъ врача независимо отъ того живъ или мертвъ ребенокъ.

Эмбриотомія носитъ различныя названія въ зависимости отъ условій, ее вызывающихъ. Ее называютъ:

1°. Когда дѣло идетъ о раздавливаніи головки; это вмѣшательство примѣняется:

- а) на головкѣ лежащей;
- б) на головкѣ послѣдующей;
- с) на головкѣ, остающейся одной только въ маткѣ.

2°. Декапитація, когда при предлежа-

ніи плода плечомъ, необходимо отдѣлить головку отъ туловища, чтобы извлечь ихъ одно за другой.

3°. Э в и с ц е р а ц і я, когда по выхожденіи головки плечи и туловище не могутъ быть извлечены безъ предварительнаго уменьшенія ихъ объема или когда при предлежаніи тазовымъ концомъ, невозможно извлечь ягодицы безъ предварительнаго разсѣченія плода и безъ извлечения органовъ, содержащихся въ полости живота и въ грудной клѣткѣ.

А. ГОЛОВНАЯ ЭМБРИОТОМІЯ.

Цѣль эмбриотоміи головки уничтожить сопротивление головки, потому ли что ея размѣры, ея твердость, ея предлежаніе таковы, что она не можетъ пройти черезъ тазъ или потому, что другое вмѣшательство (щипцы или поворотъ для врача-практика, пубіотомія или кесарское сѣченіе для спеціалиста) противопоказано.

Каковъ бы ни былъ случай, врачъ долженъ всегда ждать, до вмѣшательства, или чтобы плодъ умеръ вслѣдствіе продолжительности родовъ, или чтобы, когда плодъ живъ, обнаружались признаки растяженія нижняго сегмента, признаковъ лихорадки или какое-нибудь другое осложненіе, требующее немедленнаго извлечения плода.

Можно привести сколько угодно примѣровъ, когда можно было видѣть въ концѣ-концовъ вставленіе головки во входъ таза, который, казалось, былъ совершенно непроходимъ. Подъ вліяніемъ усилій матки, головка приспособлялась и принимала мало-по-малу подходящую для размѣровъ таза форму, неправильное предлежаніе исправля-

лось и измѣнялось понемногу въ лучшее предлежаніе.

Не нужно стало быть разсматривать болѣе или менѣе продолжительную задержку головки во входѣ таза, какъ показаніе къ вмѣшательству. Оперативное показаніе является только въ результатѣ смерти плода или опасности, которой подвергается мать.

Головная эмбриотомія подраздѣляется на два момента, или, вѣрнѣе, на двѣ послѣдовательныхъ операциі, которыя должны быть исполнены одна за другой, и изъ которыхъ первая является предварительнымъ пріемомъ, позволяющимъ совершить второй. Эти двѣ операциі таковы:

1°. К р а н і о т о м і я или п р о б о д е н і е ч е р е п а (предназначенная для удаленія мозговой массы), за которой слѣдуетъ въ зависимости отъ случая:

2°. К р а н і о к л а з і я (состоящая во введеніи въ отверстие прободенія инструмента, называемаго краніокластомъ, при посредствѣ котораго сводъ черепа крѣпко захватывается для того, чтобы вытянуть черезъ родовой путь головку, размѣръ которой уменьшенъ первой операцией) или б а з і о т р и п с і я (предназначенная для перелома основанія черепа, чтобы позволить его извлеченіе въ случаяхъ, когда простая краніоклазія недостаточна).

1°. К р а н і о т о м і я.

Для производства краніотоміи пользуются инструментомъ, называемымъ перфораторомъ (или к р а н і о т о м о м ъ), которыхъ существуетъ много моделей, хотя принципъ въ нихъ одинъ и тотъ же. Онъ устроенъ изъ двухъ трехугольныхъ



Рис. 385.
Краниотомъ
Нэгеле.



Рис. 386.
Краниотомъ Нэгеле
(задерживающая
ручка опущена,
чтобы можно было
открыть инстру-
ментъ).



Рис. 387.
Краниотомъ
Нэгеле открытый.



Рис. 388.
Краниотомъ Нэгеле
видъ съ боку.



Рис. 389.
Краниотомъ Блока.

лезвій, короткихъ и заостренныхъ, наружные края которыхъ заострены, и которые прикладываются одно къ другому своими внутренними краями болѣе широкими (к р а н і о т о м ъ Н э г е л э рис. 385 до 388) или своими внутренними поверхностями (к р а н і о т о м ъ Б л о к а рис. 389).

Когда инструментъ закрытъ, то онъ имѣеть форму большого и широкаго трехугольнаго ланцета. Расположеніе лезвій противоположно тому, какое имѣють обыкновенныя ножницы, такъ что инструментъ рѣжетъ ткани; когда онъ открывается, а не когда закрывается.

Когда головка предлежитъ сводомъ, ее можно проткнуть въ какомъ угодно мѣстѣ. Однако предпочтительнѣе выбирать для этого вмѣшательства наиболѣе доступный родничокъ или же шовъ. Если это невозможно, то протыкають переднюю теменную кость; но пріемъ гораздо легче осуществляется черезъ оболочечныя пространства, какими являются швы и роднички.

Существеннымъ условіемъ для увѣреннаго производства операциі это то, чтобы головка не двигалась передъ перфораторомъ.

Между тѣмъ не слѣдуетъ забывать, что чаще всего въ такомъ случаѣ не существуетъ никакого вступленія и что, какова бы ни была степень сокращенія матки усиліе, которое долженъ сдѣлать оперирующій, всегда достаточно, чтобы заставить головку отодвинуться передъ инструментомъ. Нужно, стало быть, чтобы помощникъ фиксировалъ головку снаружи (рис. 394—399) и энергично сопротивлялся давленію, производимому во время вмѣшательства.

Инструментъ направляется плоской поверхностью къ пункту, который долженъ быть прободенъ, вдоль двухъ пальцевъ лѣвой руки, служащими одновременно предохранителями и проводниками (рис. 394) и необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы кончикъ соотвѣтствовалъ точно пункту, на который опираются пальцы на головкѣ.

Выгодно, чтобы лезвіе перфоратора было слегка согнуто, какъ въ краніотомѣ Нэгеле (рис. 388) для того, чтобы ручка оставалась на нѣкоторомъ разстояніи отъ руки-проводника, когда конецъ инструмента лежитъ плоской поверхностью на пальцахъ-предохранителяхъ. Такое расположеніе способствуетъ поддержанію перпендикулярности острія на сводѣ черепа. Необходимо слѣдить за этимъ остриемъ постоянно, чтобы предупредить всякое соскальзываніе, и обращать вниманіе на то, чтобы инструментъ былъ хорошо помѣщенъ вертикально на головку, чего достигаютъ максимальнымъ опусканіемъ ручки его (рис. 394).

Если прободеніе дѣлаютъ черезъ родничокъ или черезъ шовъ, то достаточно, для проникновенія въ черепъ, протолкнуть инструментъ легкимъ ударомъ; если прободаютъ черезъ переднюю теменную кость, то нужно придать ему послѣдовательное вращательное движеніе вокругъ собственной оси въ одномъ и въ другомъ направленіи, движеніе, которое позволяетъ острію проколоть легче сводъ черепа.

Когда самая широкая часть инструмента проникла въ черепъ (рис. 395), то раздвигаютъ оба лезвія насколько возможно (рис. 396), затѣмъ ихъ закрываютъ; послѣ этого поворачиваютъ рукоятку на 90° вокругъ ея оси такъ, чтобы помѣстить

лезвія въ перпендикулярной первоначальному ихъ положенію плоскости (рис. 397) и въ этомъ второмъ положеніи повторяють тотъ же пріемъ (рис. 398).

Закрывъ инструментъ, поворачивають его нѣсколько разъ вокругъ него самого, чтобы измѣнить очень неправильную дыру прободенія въ круглое отверстіе, куда палецъ можетъ легко пройти.

Прежде чѣмъ вынуть инструментъ, необходимо ввести въ черепъ указательный палецъ руки проводника (рис. 399). Эта предосторожность является важной, потому что можетъ случиться, что помощникъ, утомившись надавливаніемъ, которое онъ долженъ былъ продѣлывать во время прободенія, позволяетъ головкѣ сдѣлать какое-нибудь движеніе въ одномъ или другомъ направленіи и вслѣдствіе этого нельзя болѣе найти легко отверстія прободенія, когда приходится туда вводить внутреннюю браншу краниокласта или базіотриба.

Если плодъ предлежитъ ягодицами или если приходится дѣлать прободеніе головки послѣдующей, операція не представляетъ никакого затрудненія, когда стараются пройти въ основаніе черепа въ подсосцевидной области, находящейся спереди; туловище плода должно быть опущено возможно внизъ, чтобы вставить насколько возможно область, которую хотять достичь.

Вмѣшательство всегда сопровождается истеченіемъ извѣстнаго количества темной крови, въ особенности когда его производять на живомъ плодѣ или только что умершемъ.

2°. Краніоклазія.

Краніоклазія дѣлается инструментомъ, который называютъ краніокластомъ (рис. 390),—длиннымъ пинцетомъ, образованнымъ изъ цѣльной бранши, и ложки съ отверстіемъ, въ которую предыдущая бранша входитъ. Эта послѣдняя вводится въ черепную полость, тогда какъ ложка остается снаружи, накладываясь на черепъ. Винтъ, снабженный гайкой, позволяетъ сблизить одну къ другой обѣ бранши и раздавить такимъ образомъ костныя находящіяся между ними части.



Рис. 390.
Краніокласть
Брауна.

Такимъ образомъ, краніокласть является въ дѣйствительности пинцетомъ для костей, которымъ, конечно, раздавливаютъ захваченныя части, но которымъ также крѣпко захватываютъ головку, чтобы извлечь ее черезъ половую расщелину. Производимыя потягиванія будутъ дѣйствительны лишь при условіи, чтобы захваченныя части не вырвались. Всякій захватъ одного только свода, какъ бы онъ ни былъ крѣпокъ, будетъ, стало быть, нехорошимъ захватомъ, потому что сводъ всегда можетъ оторваться подъ вліяніемъ потягиваній (рис. 391 и 392).

Для того чтобы головка захватилась хорошо и выводилась тоже хорошо, необходимо захватить самое основаніе черепа (рис. 393).

Въ то время какъ головка постоянно фиксируется помощникомъ и палецъ руки-проводника



Рис. 391.
Неправильный захват
черепного свода (по
Бару и Генію).



Рис. 392.
Отрываніе плохо захва-
ченного свода (по Бару
и Генію).



Рис. 393. Правильный захват головки.

нащупывает отверстие прободения, вводят въ черепъ и вдоль этого пальца цѣльную браншу краниокласта (рис. 400). Ее вводятъ до дна, до тѣхъ поръ, пока она не упрется въ основаніе черепа, держа ея шероховатую поверхность направленной въ ту сторону, съ которой будетъ наложена бранша съ отверстиемъ. Рукоятка ея довѣряется второму помощнику (рис. 401), потому что не слѣдуетъ, чтобы первый прекращалъ, хотя бы на секунду, прочное фиксированіе головки, которая не должна сдѣлать ни малѣйшаго движенія въ теченіе всего приѣма.

Затѣмъ помѣщаютъ окончатую ложку снаружи головки, проводя ее по рукъ-проводнику и предохранителю, введенной какъ при наложеніи щипцовъ (рис. 401).

Эта ложка накладывается предпочтительно на лицо, которое даетъ безконечно болѣе прочный захватъ (рис. 401 и слѣдующіе).

Помѣщая ее на затылочную область, часто вырываютъ захваченный участокъ, не вытащивъ головки.

Какъ только объ бранши краниокласта будутъ на мѣстѣ, инструментъ замыкаютъ (рис. 402), накладываютъ сдавливающей винтъ и медленно сближаютъ бранши (рис. 403) до тѣхъ поръ, пока онѣ не будутъ завинчены вплотную (рис. 404), стараясь, чтобы инструментъ не смѣщался, чего достигаютъ прочнымъ его обхватываніемъ рукой въ то время, какъ другая рука завинчиваетъ гайку (рис. 403 и 404).

Завинтивъ инструментъ, тянутъ обѣими руками (рис. 405). Это потягиваніе требуетъ нѣкоторой силы и должно быть направлено сперва сильно

внизъ, къ ногамъ акушера, такъ какъ головка находится еще во входѣ таза. Объ ея вхожденіи отдають себѣ отчетъ по выхожденію мозговой массы. Это выхожденіе бываетъ или непрерывнымъ или съ остановкой, въ зависимости отъ степени приспособляемости раздавленнаго черепа и отъ его опусканія.

Отъ времени до времени одна рука провѣряетъ и слѣдитъ за хожденіемъ головки. По мѣрѣ того какъ послѣдняя опускается, постепенно приподнимають направленіе потягиванія такъ, чтобы постоянно тащить по направленію оси таза; когда сводъ черепа появляется въ половой расщелинѣ, потягиваніе должно быть направлено вверхъ къ лицу оперирующаго (рис. 406). Для завершения полнаго выведенія головки удобнѣе помѣститься въ этотъ моментъ сбоку, какъ при щипцахъ.

Какъ только головка безъ мозга извлечена, размыкають и снимають краниокласть, для извлеченія остальной части плода съ помощью одного или двухъ пальцевъ, введенныхъ въ видѣ крючка въ подмышки.

Краниокласть оказываетъ также большія услуги, когда простыхъ потягиваній за подбородокъ недостаточно для извлеченія головки, оставшейся одной въ маткѣ послѣ декапитации. Способъ его примѣненія одинаковъ послѣ прободенія головки въ наиболѣе доступной области.

Этотъ инструментъ одинаково можетъ быть наложенъ при неполномъ ягодичномъ предлежаніи, когда, послѣ смерти плода, трудно достигнуть пахового сгиба, чтобы провести туда тупой крючокъ или тесьму. Глубоко въ прямую кишку вводятъ цѣльную браншу, а вторую браншу помѣ-

КРАНІОТОМІЯ.



Рис. 394. Введення краніотома в плоть до черепного свода.



Рис. 395. Прободення черепа.

КРАНИОТОМІЯ.

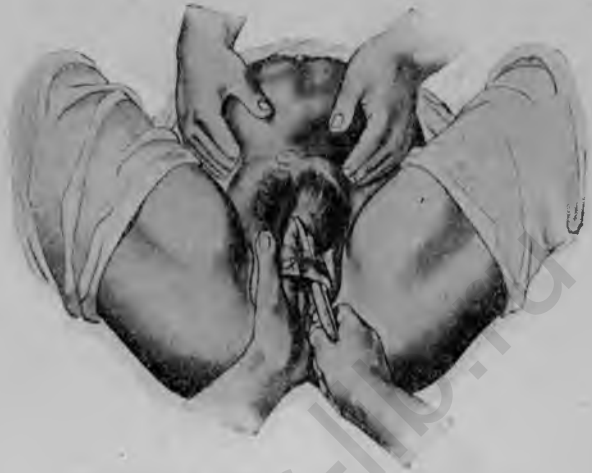


Рис. 396. Инструментъ открытъ.



Рис. 397. Инструментъ снова закрытый повернуть на 90° .

КРАНИОТОМІЯ.



Рис. 398. Вторичное открытіе инструмента.



Рис. 399. Закрывъ инструмента, поворачиваютъ его нѣ-
сколько разъ вокругъ него самого такъ, чтобы округлить
отверстіе прободенія, черезъ которое затѣмъ вводятъ
палець внутрь черепной полости.

КРАНИОКЛАЗІЯ.



Рис. 400¹⁾. Введеніємъ цѣльной бранши краниокласта подъ руководствомъ лѣвой руки ощупываютъ отверстіе прободенія. Помощникъ крѣпко фиксируетъ головку въ входѣ таза и не позволяетъ ей перемѣщаться.

¹⁾ Вслѣдствіе ошибки въ рисункахъ отъ 400 до 406 замыканіе помѣщено сверху, а гайка съ лѣвой стороны матери. Такъ какъ плодъ находится въ правомъ затылочномъ предлежаніи, то рукоятка цѣльной бранши краниокласта должна проходить надъ рукояткой бранши съ просвѣтомъ, а не подъ ней, ея стержень долженъ быть обращенъ внизъ, а гайка находится съ правой стороны матери. При такомъ положеніи головки замыканіе браншей (чтобы бранша съ отверстіемъ могла находиться на лицѣ) должно по необходимости производиться с низу, что не представляетъ никакой трудности, такъ какъ инструментъ можетъ быть повернуть безразлично въ обоихъ направле-ніяхъ.

КРАНИОКЛАЗІЯ.



Рис. 401. Помѣщеніе бранши съ отверстіемъ на лицѣ. Правая рука служитъ проводникомъ. Цѣльная бранша держится вторымъ помощникомъ неподвижно.

КРАНІОКЛАЗІЯ.



Рис. 402. Замыканіе браншей. Каждая рукоятка держится одной рукой.

КРАНИОКЛАЗІЯ.



Рис. 403. Бранши сближены при посредствѣ гайки, которую закручиваютъ медленно, въ то время какъ помощникъ продолжаетъ постоянно поддерживать головку неподвижной. Лѣвая рука мѣшаетъ браншамъ смѣщаться.

КРАНИОКЛАЗІЯ.

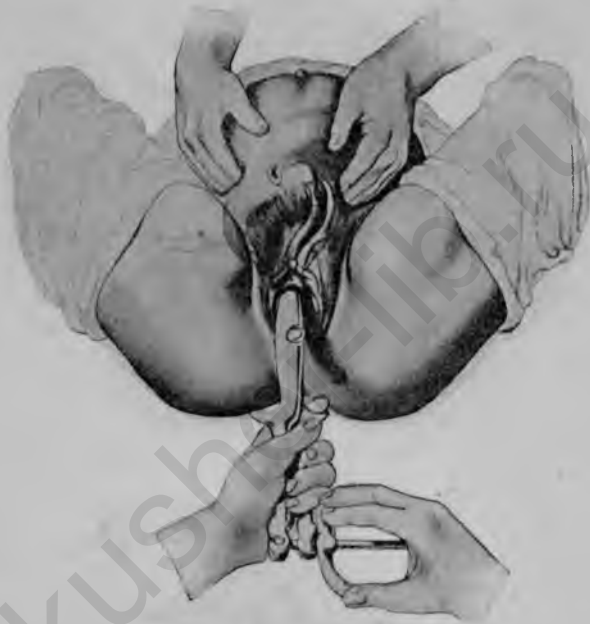


Рис. 404. Гайка завинчена вплотную, благодаря чему объём бранши сблизились настолько, что вся часть черепа, заключенная между ними, раздавлена.

КРАНІОКЛАЗІЯ.



Рис. 405. Потягиваніе за бранши. Послѣ того какъ головка крѣпко захвачена, тянуть насколько возможно внизъ для введенія черепа во входъ таза. Постепенное введеніе и опусканіе головки сопровождаются выхожденіемъ наружу мозговой массы.

КРАНІОКЛАЗІЯ.

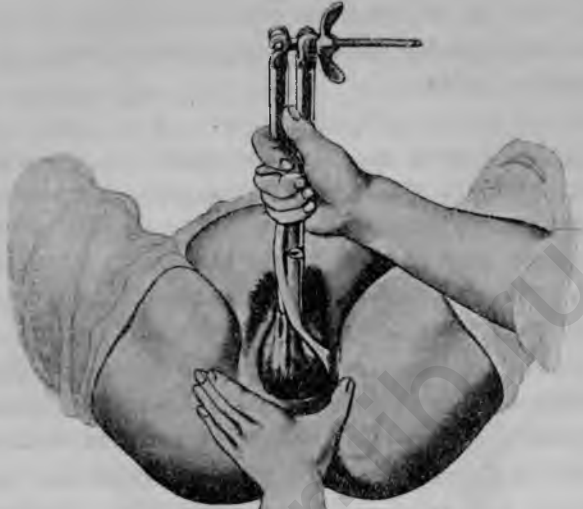


Рис. 406. Выведеніе черепа.



Рис. 407. Наложеніе краніокласта на ягодицы (по Бару и Генію).

щаютъ на крестцовопоясничную область (рис. 407) или же на переднюю область вертела. Захватъ является такимъ образомъ прочнымъ и позволяетъ извлечь плодь.

3°. Б а з і о т р и п с і я .

Краниокласть въ концѣ-концовъ не что иное, какъ пинцетъ для костей и тракторъ. Когда этотъ инструментъ помѣщенъ нехорошо, то онъ имѣетъ большое неудобство, часто вырываетъ захваченные участки такъ, что иногда необходимо его вводить нѣсколько разъ подъ рядъ.

Кости черепа, переломленные и расколотыя соскальзываніемъ инструмента, могутъ, такимъ образомъ, легко разорвать мягкія части матери.

Непосредственная цѣль базіотрипсіи это раздавить всю головку и совершенно ее уплотить такъ, чтобы она могла легко пройти черезъ суженный тазъ и въ то же время крѣпко держаться между ложками инструмента.

Эта операція производится съ помощью базіотриба Тарнье или кефало-краниокласта Цвайфеля.

Базіотрибъ Тарнье (рис. 408) заключается:

1. Сверло-перфораторъ, кончикъ котораго и одну изъ сторонъ можно прикрыть капюшономъ, который придаетъ покрытой сторонѣ видъ цѣльной бранши краниокласта.

2. Двѣ бранши съ отверстіемъ, напоминающія бранши щипцовъ, ложки которыхъ были бы неширокими и длинными.

Эти двѣ бранши замыкаются между собой, а также съ перфораторомъ такъ, что можно ввести

сколько угодно, послѣ перфоратора, лѣвую браншу или правую.

Кромѣ того, благодаря надрѣзамъ, сдѣланнымъ на каждой браншѣ, можно дѣлать такъ, чтобы обѣ ложки имѣли свои концы на одномъ уровнѣ или же такъ, чтобы лѣвая заходила за край правой и наоборотъ.

Винтъ, снабженный гайкой, позволяетъ приблизить къ перфоратору первую введенную браншу, раздавливая заключенныя между ними части; при посредствѣ второй гайки, можно также приблизить вторую ложку къ перфоратору, соединенному съ первой ложкой, и сдѣлать съ другой стороны такое же раздавливаніе.

Такое разможженіе облегчается крѣпостью захвата, которая достигается благодаря капюшону, покрывающему перфораторъ.

При примѣненіи инструмента черепъ прободается просверливающимъ перфораторомъ или обычнымъ перфораторомъ.

Сдѣлавъ прободеніе, вводятъ до дна черепной полости просверливающій перфораторъ, снабженный своимъ капюшономъ такъ, чтобы онъ уперся въ основаніе черепа. Затѣмъ, подъ руководствомъ руки-проводника, накладываютъ первую полу браншу съ одной или другой стороны головки,

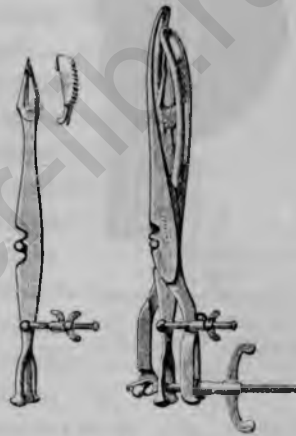


Рис. 408.
Бавіотрибъ Тарнье.

которую помощникъ поддерживаетъ чрезъ маточно-брюшную стѣнку. Эта первая бранша вводится довольно глубоко, чтобы не нужно было для замыканія вытаскивать обратно перфораторъ.



Рис. 409.

Полное разможженіе головки съ помощью базіотриба (по Бару и Генію).

Въ то время, какъ помощникъ старается препятствовать смѣщенію головки, производятъ замыканіе, слѣдя за тѣмъ, чтобы перфораторъ не покидалъ основанія черепа, въ которое онъ уперся.

Послѣ замыканія, сближаютъ вплотную рукоятки при посредствѣ гайки; части, заключенныя между перфораторомъ и первой ложкой, такимъ образомъ, раздавливаются и крѣпко захватываются.

Затѣмъ, помѣщаютъ вторую ложку противъ первой; замыкаютъ и сближаютъ вплотную рукоятки съ помощью второй гайки; всѣ части головки, заключенныя между этой второй ложкой и массой, заключенной между перфораторомъ и первой ложкой, точно такъ же раздавливаются въ свою очередь, а головка совершенно сплющивается (рис. 409).

Остается лишь извлечь ее такъ же, какъ краінокластомъ.

Цѣль базіотрипсіи не должна быть забыта и важно отмѣтить, что результатъ будетъ хорошъ или дуренъ въ зависимости отъ того, сдѣлано ли дѣйствительное разможженіе основанія черепа или же ложки захватили, между собой и перфо-

раторомъ, только сегменты свода или же незначительные участки основанія.

Этотъ инструментъ можетъ быть примѣняемъ для извлеченія головки, оставшейся одной въ маткѣ, послѣ декапитаціи.

Способъ примѣненія кефало-краніо-класта Цвайфеля одинаковъ съ таковымъ же базіотриба Тарнье.

Этотъ инструментъ (рис. 410) такъ же устроенъ:

1°. Изъ двухъ браншей съ отверстіемъ, предназначенныхъ для наложенія снаружи головки, и изъ нихъ одна немного длиннѣе другой.

2°. Изъ средней бранши цѣльной и утонченной, оканчивающейся въ видѣ конуса.

Головка прободается обычнымъ перфораторомъ. Черезъ отверстіе прободенія вводится цѣльная бранша инструмента, при чемъ стараются ее протолкнуть внутрь затылочной дыры для того, чтобы она не могла приблизиться къ костямъ свода, когда введутъ затѣмъ бранши съ отверстіемъ.

Послѣ этого помѣщаютъ подъ руководствомъ руки-проводника болѣе короткую браншу съ отверстіемъ (отмѣченную п^o 1) на затылочную область. Обѣ бранши послѣ этого сближаются съ помощью



Рис. 410.
Кефало-краніо-
класть
Цвайфеля¹⁾.

¹⁾ Инструментъ былъ плохо поставленъ для фотографіи; средняя цѣльная бранша должна быть обращена въ другую сторону.

гайки и удерживаются затѣмъ неподвижно одна съ другой при помощи крючка, находящагося на цѣльной браншѣ.

Такимъ образомъ, головка крѣпко захвачена и ее можно поворачивать какъ угодно, чтобы сдѣлать болѣе доступнымъ лицо, на которое затѣмъ помѣщаютъ вторую браншу, точно такъ же введенную подъ руководствомъ руки-проводника. Съ помощью той же гайки сближаютъ вплотную эту вторую браншу къ системѣ, образованной двумя первыми, благодаря чему въ свою очередь раздавливаютъ противоположася части головки, которыя, такимъ образомъ, раздавливаются цѣликомъ. Основаніе черепа тоже раздавливается, такъ что этотъ инструментъ позволяетъ извлечение головки черезъ очень суженный тазъ. Когда суженіе таза не очень выражено, можно операцію упростить, пользуясь только наружной отмѣченной подъ н^о1 браншей, что превращаетъ тогда инструментъ въ простой краниокласть.

В. ДЕКАПИТАЦІЯ.

Эмбриотомія при посредствѣ декапитаціи находитъ свое примѣненіе при запущенныхъ предлежаніяхъ плеча, когда полная неподвижность плода и растяженіе нижняго сегмента противопоказуетъ всякую попытку поворота; чтобы имѣть возможность ее выполнить, нужно, чтобы зѣвъ былъ достаточно открытъ, что позволило бы, послѣ операціи, сначала извлечь туловище, а затѣмъ головку. Обстоятельства, вынуждающія прибѣгнуть къ декапитаціи, впрочемъ таковы, что это условіе всегда существуетъ на-

лицо въ моментъ, когда принуждены къ ней прибѣгнуть.

Можно пользоваться крючкомъ Брауна (рис. 411), эмбриотомомъ Рибмонъ, Дессень (рис. 412) или же эмбриотомомъ Бона (рис. 413), который въ общемъ представляетъ тотъ же эмбриотомъ Рибмонъ-Дессень, въ которомъ пила-нитка замѣнена стальной ниткой Джильи.

Какой бы инструментъ ни былъ употребляемъ, операція дѣлится на два момента. Нужно послѣдовательно:

1°. Захватить шею крючкомъ.

2°. Отсѣчь головку или отрѣзать шею, въ зависимости отъ употребляемаго инструмента.

До вмѣшательства необходимо тщательно опредѣлить положеніе и направленіе шеи. Это важное

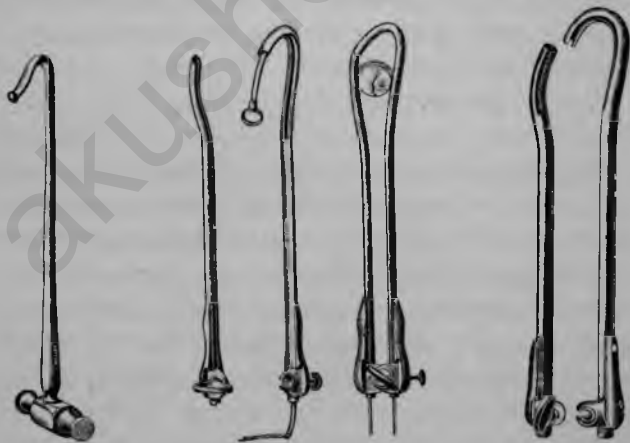


Рис. 411.
Крючокъ
Брауна.

Рис. 412.
Эмбриотомъ
Рибмонъ-Дессень.

Рис. 413.
Эмбриотомъ
Бона.

правило часто очень трудно выполнить потому, что при запущенныхъ предлежаніяхъ плеча, шея никогда не помѣщается поперечно, но всегда болѣе или менѣе продольно по отношенію къ оси таза. А такъ какъ, къ тому же, она еще сильно вытянута и головка болѣе или менѣе отведена впередъ, то бороздка, отдѣляющая эту послѣднюю отъ туловища, находится всегда очень высоко.

Установивъ точно это распознаваніе, вводятъ въ матку, поднявъ предварительно до максимума тазъ женщины, руку, соотвѣтствующую сторонѣ матери, въ которой находится головка (головка справа, лѣвую руку; головка слѣва, правую руку), и захватываютъ шею между большимъ пальцемъ, помѣщеннымъ спереди, и четырьмя послѣдними пальцами, помѣщенными сзади. Затѣмъ опускаютъ шею возможно больше и контролируютъ той же рукой введеніе и помѣщеніе инструмента (рис. 414).

Если четыре пальца не могутъ проникнуть вмѣстѣ достаточно глубоко, то довольствуются указательнымъ и среднимъ пальцами.

Для облегченія доступа къ шей въ выпавшую руку въ направленіи противоположномъ тому, гдѣ находится головка (рис. 414).

Нужно хорошо разобраться, чтобы не принять за шею борозду, отдѣляющую верхнюю конечность отъ туловища.

Затѣмъ вводятъ, приложивъ къ рукѣ-проводнику и вдоль нея, крючокъ, повернувъ его конецъ къ лучевому краю этой руки; помощникъ тянетъ въ это время за выпавшую ручку, чтобы фиксировать плечо и опустить шею до максимума. Крючокъ всегда долженъ пройти за исключеніемъ случаевъ абсолютной невозможности, вызванной

положеніемъ плода, впереди шеи. Нужно его протолкнуть очень глубоко и провести его конецъ надъ шейей. Чтобы не зацѣпить прилежащую къ туповищу конечность, когда будутъ поворачивать инструментъ, необходимо въ то же время наклонить его такимъ образомъ, чтобъ его верхушка была направлена въ сторону, гдѣ находится головка. Какъ только крючокъ будетъ находиться достаточно высоко, его ручкѣ придаютъ вращательное движеніе вокругъ его оси, благодаря чему конецъ крючка направляется назадъ, если крючокъ былъ проведенъ спереди плода (рис. 414), впередъ, если принуждены были провести его сзади. Если испытываютъ нѣкоторое сопротивленіе во время этого пріема, то объясняется это тѣмъ, что крючокъ не былъ введенъ достаточно высоко и упирается въ шею. Нужно тогда его перемѣстить въ плоскость и продвинуть глубже, наклоня больше его верхушку къ головкѣ плода; затѣмъ стараются снова его повернуть.

Сдѣлавъ вращеніе, тянуть за ручку; пальцы проводники тогда чувствуютъ конецъ крючка, который въ нихъ ударяется; пальцы направляютъ конецъ такъ, чтобы вся шея была захвачена въ вогнутость инструмента (рис. 415).

Этотъ способъ можетъ быть очень легокъ, но иногда онъ встрѣчаетъ значительныя затрудненія, когда плечо вколотилось глубоко, когда оно отекло, когда плодъ подвергся гніенію, тазъ сужень и стѣнка матки сильно сократилась на плодѣ.

Если невозможно достигнуть шеи, нужно попробовать низвести другую ручку и вытянуть ее наружу. Тогда потягивая за ручку, заставляютъ

туловище повернуться вокруг самого себя, причем этот поворотъ измѣняетъ положеніе шеи и дѣлаетъ ее болѣе доступной. Послѣ этого можно ампутировать первую ручку, если она стѣсняетъ, затѣмъ вводятъ и помѣщаютъ крючекъ.

Помѣстивъ его, необходимо теперь отдѣлить головку отъ туловища.

Декапитация ножницами часто трудна и требуетъ всегда большой предосторожности; она не является избраннымъ средствомъ. Вмѣшательство должно быть произведено тѣмъ самымъ крючкомъ, какой провели вокругъ шеи.

Когда пользуются крючкомъ Брауна (рис. 411), то захватываютъ его ручку въ цѣлую руку и достаточно нѣсколькихъ движеній скручиванія, чтобы переломить позвоночникъ. Мягкія части, которыя не могли быть разорваны въ свою очередь тѣмъ же способомъ, въ такомъ случаѣ оттягиваются насколько возможно ниже и перерѣзываются ножницами подъ контролемъ пальцевъ свободной руки.

Движенія скручиванія, придаваемые рукояткѣ, должны производиться въ направленіи, которое стремится перенести конецъ крючка въ сторону головки плода; въ то же время производятъ сильное потягиваніе за инструментъ, чтобы приложить наибольшую силу на шею ребенка. Помощникъ фиксируетъ туловище, потягивая за выпавшую конечность.

Декапитация съ помощью крючка Брауна является грубымъ вмѣшательствомъ, во время котораго головка по необходимости упирается въ стѣнку матки, которая такимъ образомъ под-

вергается опасности разрыва, когда нижній сегментъ очень растянуть и истонченъ.

Такимъ образомъ предпочтительнѣе пользоваться эмбриотомомъ въ родѣ Рибмонъ Дессенья (рис. 412), или же Бона (рис. 413).

Инструментъ Бона (рис. 413) содержитъ двѣ бранши, изъ которыхъ первая, правая имѣетъ форму крючка; на концѣ котораго придѣлывается вторая бранша, которая представляется прямымъ прутомъ и которую фиксируютъ на первой при посредствѣ сдавливающаго винта.

Обѣ эти бранши полы и на внутренней поверхности ихъ верхнихъ концовъ находится щель, которая ихъ превращаетъ въ этомъ мѣстѣ въ желобъ.

Браншу-крючекъ вводятъ, какъ было выше описано, затѣмъ на ея концѣ прилаживаютъ вторую браншу.

Затѣмъ въ трубку первой бранши вводится пруть до тѣхъ поръ, пока не выйдетъ изъ трубки второй бранши.

Этотъ пруть имѣетъ маленькій крючекъ, къ каковому прикрѣпляютъ конецъ нитки-пилы Джилли, которую пропускаютъ по всей длинѣ инструмента, потягивая къ себѣ другой конецъ прута.

Какъ только нитка-пила Джилли помѣщена, къ каждому ея концу прикрѣпляютъ концы ручкоятокъ. Когда потягиваютъ за послѣднія, нитка выскальзываетъ изъ своего желобка-предохранителя, и нѣсколько движеній впередъ и назадъ достаточно для перерѣзанія шеи.

Какъ только шея цѣликомъ перерѣзана, извлеченіе туловища не представляетъ никакой труд-

ДЕКАПИТАЦІЯ.

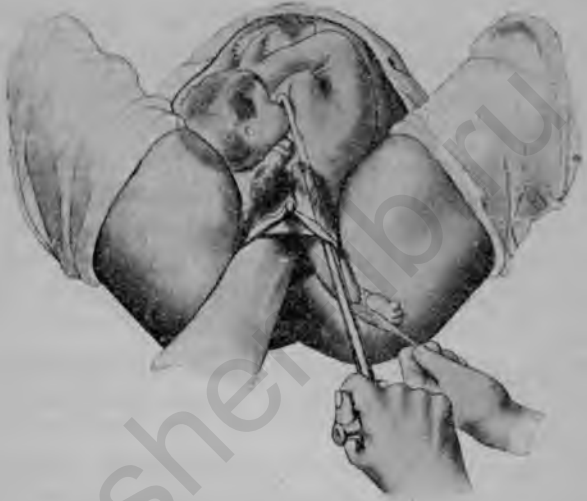


Рис 414. Введеніє крjчка сверху шеи.

ДЕКАПИТАЦІЯ.



Рис. 415. Опусканіє крючка на шею.

ДЕКАПИТАЦІЯ.



Рис. 416. Извлечение туловища.



Рис. 417. Извлечение головки.

ности. Просто тянуть за выпавшую ручку (рис. 416), помогая въ случаѣ необходимости пальцами, согнутыми въ видѣ крючковъ и введенными въ грудную клѣтку, или же пинцетомъ для костей или краниокластомъ, бранша котораго введена въ грудную клѣтку.

Однако, когда тазъ очень суженъ, приходится иногда дѣлать эвисцерацію плода, примѣнять клейдотомію или прибѣгать къ наложенію базіотриба на туловище.

Остается теперь головка. Если нѣтъ несоотвѣтствія между ея размѣрами и размѣрами таза, то можно довольно легко ее извлечь, помѣщая указательный палецъ въ ротъ и потягивая просто за нижнюю челюсть (рис. 417); въ то же время помощникъ проталкиваетъ ее снаружи въ тазъ. Когда она очень велика, то ее фиксируютъ при посредствѣ крючка, введеннаго въ ротъ, и извлекаютъ ее послѣ прободенія краниокластомъ или базіотрибомъ.

С. ЭВИСЦЕРАЦІЯ.

При предлежаніяхъ тазовымъ концомъ можетъ случиться, что, при извлеченіи ягодицъ и живота, испытываютъ довольно большія затрудненія (въ особенности въ случаяхъ опухоли живота, асцита, гидронефроза или эмфиземы, происходящей отъ гніенія плода) и приходится примѣнять эвисцерацію туловища.

Въ другихъ случаяхъ, ягодицы и животъ могутъ быть выведены, но и все-таки приходится прибѣгать къ эвисцераціи остальной части туловища вслѣдствіе весьма увеличенныхъ размѣровъ груд-

ной клѣтки или настолько сильнаго сѣуженія таза, что выведеніе ручекъ представляется невозможнымъ.

При этихъ условіяхъ пользуются ножницами Дюбуа, прямыми или изогнутыми (рис. 418), въ зависимости отъ того удобнѣе ли употребить въ данномъ случаѣ тѣ или другія.

Цѣлью вмѣшательства является вскрытіе брюшной полости достаточно широко, чтобы имѣть возможность извлечь брюшныя внутренности и



Рис. 418. Изогнутыя ножницы Дюбуа.

позволить такимъ образомъ болѣе легкое извлеченіе живота и грудной клѣтки.

Когда одна ножка низведена, нужно прежде всего захватить ее тесьмой. Эта тесьма, которую держать помощникъ, служитъ для умѣреннаго потягиванія за ножку, чтобы помѣшать ягодицамъ ускользнуть во время вмѣшательства въ случаѣ, если бы онѣ не встались еще; но, чаще всего, ягодицы уже фиксировались и это потягиваніе служитъ только для поддержки нижней конечности, которая является лучшимъ проводникомъ.

Потягиваніе должно быть очень осторожнымъ, если плодъ разложился, такъ какъ ткани его отрываются и разрываются тогда съ необычайной легкостью.

Выпавшая конечность ампутируется лишь тогда, когда она своими размѣрами (на разложившемся

плодъ) представляет дѣйствительно препятствіе для исполненія способа.

Ягодицы фиксируютъ лѣвой рукой, и ножницами, проведенными до плода, разрѣзаютъ плодъ черезъ его промежность. Сдѣлавъ въ ней отверстіе, переносятъ ножницы на лонную кость; перерѣзаютъ переднюю дугу таза и начинаютъ рѣзать стѣнку живота.

Черезъ этотъ разрѣзъ затѣмъ проводятъ, до полости живота, пальцы, которые служатъ проводникомъ для ножницъ. Пальцы быстро туда попадаютъ, разрывая ткани, при чемъ въ случаѣ надобности имъ помогаютъ закрытымъ концомъ ножницъ.

Иногда струя жидкости даетъ знать, что животъ вскрытъ и чувствуютъ, какъ ягодицы, такъ сказать, сталкиваютъ руку, чтобы войти въ тазъ и выйти въ нѣкоторое мгновеніе. Если дѣло обстоитъ не такъ, то случается часто, что этотъ простой разрѣзъ является достаточнымъ, чтобы, потягивая за нижнюю конечность, ввести немного ягодицы въ тазъ. Этимъ пользуются, чтобы проникнуть пальцами глубже и вырвать ими внутренности; для этого можно также пользоваться широкимъ пинцетомъ съ насѣченными внутренними поверхностями. Тогда ягодицы спускаются понемногу.

Когда нельзя проникнуть достаточно глубоко, то переносятъ ножницы въ сторону крестца и перерѣзаютъ эту кость, поднимаясь по позвоночнику въ сторону, противоположную конечности, за которую держать. Этотъ разрѣзъ довольно затруднителенъ; но, мало-по-малу, можно провести руку глубже, и наконецъ, удалить изъ живота внутренности.

Затѣмъ извлекаютъ ягодицы или просто потягивая за ножку, или же захватывая ягодицы краниокластомъ или длинными костными щипцами, если чувствуютъ, что нижняя конечность можетъ оторваться.

При неполномъ ягодичномъ предлежаніи стараются зацѣпить за пахъ и силой опустить конечность, переламывая ее въ случаѣ надобности.

Въ случаѣ неуспѣха, ягодицы захватываютъ краниокластомъ.

Если, послѣ выведенія ягодицъ запрокинувшаяся ручки мѣшаютъ плечамъ опуститься и если нельзя освободить ручекъ, то надрѣзаютъ большими ножницами стѣнку живота на уровнѣ нижняго конца грудной кости; это дѣлается легко, потому что область эта находится въ полой расщелинѣ. Затѣмъ разрѣзаютъ кругомъ туловища плода и достигаютъ позвоночника, который разрѣзаютъ болѣе крѣпкими и сильными ножницами Дюбуа. Концами пальцевъ разрываютъ поддерживающую связку печени, пищеводъ и т. д. и освобождаютъ такимъ образомъ нижнюю часть плода.

Затѣмъ простыми ножницами разрѣзаютъ діафрагму, которую послѣ этого разрываютъ пальцами, чтобы удалить содержимое грудной клѣтки.

Послѣ такой эвисцерации, руки свободно достигаютъ верхнихъ конечностей и могутъ ихъ освободить. Ихъ вытаскиваютъ въ крайнемъ случаѣ крючкомъ, наложеннымъ черезъ плечо, такъ какъ не важно если здѣсь будетъ переломлена ключица или плечевая кость.

Если по выведеніи плечей объемъ головки удерживаетъ ее во входѣ таза или въ широкой части

полости и если присутствіе плечей мѣшаетъ достигнуть подбородка, то нужно разрѣзать шею, сдѣлать прободеніе головки и извлечь ее съ помощью краниокласта или базіотриба. Эта операція часто необходима, когда плодъ разложился.

При затылочномъ предлежаніи, если головка выведена и мертвый ребенокъ удерживается объемомъ плечей, перерѣзаютъ ключицу большими ножницами (клейдотомія), затѣмъ шею ножницами Дюбуа. Отрѣзавъ головку, легко уже достичь и плечей и вывести ручки.

Послѣ выведенія обѣихъ ручекъ, туловище выходитъ легко. Если этого не происходитъ, то несомнѣнно, что имѣется увеличеніе объема туловища, вызванное чаще всего асцитомъ, а иногда опухолью.

Для извлечения туловища при такихъ условіяхъ разрѣзаютъ его ножницами Дюбуа, начиная разрѣзъ со стороны грудной клѣтки, а затѣмъ производятъ эвисцерацію.

Когда, послѣ извлечения грудной клѣтки, животъ представляетъ еще препятствіе, то изъ него удаляютъ внутренности послѣ разрушенія діафрагмы и разрѣза стѣнки живота.

Та же операція производится и на туловищѣ послѣ декапитациі, если невозможно извлечь тѣло плода другимъ способомъ.

ГЛАВА XI.

Предлежаніе задне-темянное.

Головка часто представляет, до вставленія, нѣкоторую степень асинклитизма, который является нормальнымъ и который зависитъ отъ наклоненія оси матки впередъ или назадъ оси входа таза. Въ такомъ случаѣ стрѣловидный шовъ или находится болѣе приближеннымъ къ мысу (вставленіе Нэгеле) или онъ приближенъ къ лону (вставленіе Лицмана, передній асинклитизмъ Фарабефа). По мѣрѣ постепеннаго вступленія начальный асинклитизмъ исправляется, такъ что, какъ только головка вступитъ въ тазъ, обѣ темянныя кости находятся на одной высотѣ.

Этотъ асинклитизмъ становится осложненіемъ родовъ только въ томъ случаѣ, если ось тѣла плода и ось головки не имѣютъ одного и того же направленія, и когда головка находится наклоненной на плечо, на которое въ самыхъ крайнихъ случаяхъ она даже опирается.

Въ частности сбозначаютъ подъ именемъ предлежанія задней темянной кости предлежаніе темени съ такимъ наклоненіемъ на бокъ головки, что задняя темянная кость и сосѣднія области закрываютъ плоскость входа таза (рис. 419).

Устойчивость такого ненормального асинклизма создает непреодолимое препятствие къ вступленію въ тазъ.

Сбычной ея причиной является существованіе большой подвижности головки въ моментъ разрыва плоднаго пузыря при суженіи таза и при увели-



Рис. 419. Предлежаніе задней теменной кости.

ченномъ наклоненіи матки впередъ (отвислый животъ).

Это предлежаніе необычайно рѣдко при правильныхъ тазахъ и кромѣ того, чтобы такое ненормальное наклоненіе въ этомъ случаѣ могло имѣть мѣсто, необходимо, чтобы головка была особенно велика такъ, чтобы существовало несоотвѣтствіе между размѣрами ея и размѣрами таза, чрезъ которыя она должна пройти.

При прощупываніи обнаруживаютъ твердое и большое тѣло (головку), упирающееся

на переднюю дугу таза и отдѣленное отъ остальной части тѣла плода бороздой. Эта борозда и выпуклость, образованная головкой, заходящей за край лоннаго соединенія, часто видны при простомъ наружномъ осмотрѣ брюшной стѣнки.

Однако, необходимо принять мѣры предосторожности и не смѣшать это съ растяженіемъ нижняго сегмента матки, съ которымъ у него есть много сходства,—съ растяженіемъ, которое произойдетъ позже по необходимости, если положеніе остается безъ переменъ.

Продолжительность родовъ, сила и частота схватокъ послѣ прохожденія воды, общее состояніе женщины, существованіе или отсутствіе непрекращающихся болей надъ лономъ, укажутъ есть ли или еще нѣтъ растяженія нижняго сегмента.

Внутреннимъ изслѣдованіемъ опредѣляютъ, что сагиттальный шовъ находится болѣе или менѣе близко отъ лона или даже надъ нимъ, что его направленіе поперечно, и что оба родничка, если ихъ можно достигъ, находятся на одной высотѣ. Въ крайнихъ случаяхъ, изслѣдующій палецъ можетъ даже достигнуть впереди мыса, паднее ухо, свободный край котораго указываетъ положеніе затылка.

Вступленіе въ тазъ невозможно, если это предлежаніе продолжаетъ оставаться безъ измѣненія и опасность инфекціи и омертвѣнія мягкихъ частей (вслѣдствіе продолжительности родовъ), опасность разрыва матки, подвергаютъ мать самымъ большимъ опасностямъ.

Исправленіе этого неправильнаго положенія, подъ вліяніемъ сокращеній матки, одно только

позволяет самопроизвольные роды; этот исход зависит от размеров головки, от размеров таза, от силы схваток и от степени асинклитизма. Вступление в таз происходит тогда с помощью движения соскальзывания, при котором задняя теменная кость отходит к вогнутости крестца в то время, как стрѣловидный шов удаляется от лона, движение, механизм котораго былъ хорошо изученъ Фарабефомъ; оно возможно при благоприятныхъ обстоятельствахъ (небольшой объемъ головки, достаточно большой тазъ, сильныя схватки и въ особенности небольшой асинклитизмъ), но невозможно, когда асинклитизмъ слишкомъ выраженъ и когда, въ особенности, изслѣдующій палецъ можетъ достигнуть уха, впереди мыса.

Наложеніе щипцовъ абсолютно противопоказано потому, что головка находится надъ входомъ таза и кромѣ того она предлежитъ неправильно.

Когда роженица можетъ быть перенесена въ клинику, то можно произвести пубіотомію, которая, позволивъ головкѣ установиться и пройти входъ таза, дѣлаетъ возможнымъ наложеніе щипцовъ. Кесарское сѣченіе также примѣнимо. Показанія и противопоказанія этихъ двухъ операций, конечно, являются задачей специальности.

Если перенесеніе въ клинику невозможно или если женщина отказывается отъ хирургическаго вмѣшательства, то врачъ-практикъ долженъ попробовать поворотъ на ножку всякій разъ, когда головка можетъ быть достаточно оттолкнута, чтобы позволить ввести руку, когда самъ плодъ еще достаточно подвиженъ и когда

нѣтъ никакого признака растяженія и истонченія нижняго сегмента матки.

Если этихъ условій нѣтъ налицо, если плодъ неподвиженъ вслѣдствіе сокращеній матки, то необходимо воздержаться отъ всякой попытки поворота вслѣдствіе опасности, какую представляетъ такое вмѣшательство. Въ этомъ случаѣ достаточно продолжительное выжиданіе можетъ еще дать неожиданные результаты и часто, къ удивленію врача, предлежаніе, казавшееся первоначально неисправимымъ, самопроизвольно исправлялось подъ вліяніемъ сокращеній матки.

Можно, однако, сдѣлать подъ наркозомъ попытку исправленія рукой, стараясь оттолкнуть одной рукой заднюю темянную кость въ то время, какъ другой, помѣщенной надъ лономъ, стараются втолкнуть головку въ тазъ.

Когда тазъ правильный, то иногда получаютъ желаемый результатъ съ помощью однихъ только наружныхъ приемовъ, при чемъ достигнутый результатъ поддерживается наложеніемъ немного стягивающаго бинта на животъ. Въ случаѣ неуспѣха наружныхъ приемовъ просто надѣваютъ бандажъ, подъ который помѣщаютъ, прямо надъ лономъ, кусокъ ваты, производящій непрерывное давленіе на головку. Часто дѣло кончается тѣмъ, что мало-по-малу происходитъ вступленіе въ тазъ по мѣрѣ теченія родовъ, если сокращенія матки достаточно сильны.

Если плодъ умеръ вслѣдствіе большой продолжительности родовъ, то нужно произвести эмбриотомію

немедленно же. Это вмешательство должно быть сделано немедленно же на живомъ плодѣ при малѣйшемъ признакѣ опасности, угрожающей матери (истощеніе, лихорадка, растяженіе нижняго сегмента матери и т. д.).

akusher-lib.ru

ГЛАВА XII.

Выпаденіе пуповины и конечностей.

А. ВЫПАДЕНІЕ ПУПОВИНЫ.

Говорятъ, что существуетъ выпаде н і е п у п о в и н ы, когда этотъ органъ спускается впереди предлежащей части плода.

Пуповина, хотя и гладкая и очень подвижная, плавая въ жидкости и находясь въ участкѣ, образованномъ передней плоскостью плода, нормально не имѣетъ никакой наклонности проскальзывать впереди ребенка.

Чтобы произошло выпаде н і е, необходима недостаточность приспособленія плода ко входу таза.

Такой случай можетъ, стало быть, произойти всюду, гдѣ предлежащая часть плода не занимаетъ цѣликомъ поверхности входа таза; такъ, на примѣръ, въ случаяхъ предлежанія головнымъ или тазовымъ концомъ съ боковымъ отклоненіемъ въ подвздошную впадину, въ случаяхъ предлежанія лица, оставляющаго по бокамъ пустыя пространства, при предлежаніи плеча, тазового конца съ ножками. Съуженія таза, когда пуповина находится сзади и по бокамъ мяса достаточное для выскальзыванія

пространство, играютъ въ равной мѣрѣ первостепенную роль въ выпаденіи канатика.

Кромѣ того слѣдуетъ прибавить, что иногда выпаденія наблюдаются при производствѣ акушерскихъ приемовъ (поворотъ, низведение ножки).

Съ другой стороны, выпаденію благопріятствуетъ чрезмѣрная длина пуповины, ея краевое или плевистое прикрѣпленіе, которое его приближаетъ къ внутреннему зѣву, присутствіе большого количества околоплодной жидкости, преждевременный разрывъ оболочекъ, многоорожаемость. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ оно можетъ легко произойти, даже помимо какой бы то ни было неправильности таза, когда головка остается подвижной и очень высоко находящейся до полного открытія. Если схватки болѣзненны и часто повторяются, то можетъ случиться, что сокращеніе матки вызываетъ одновременно разрывъ оболочекъ и быстрое опусканіе головки. Обильно вытекающія воды увлекаютъ тогда въ то же время и пуповину, находящуюся впереди головки во влагалищѣ.

Выпаденіе пуповины является однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ осложненій, могущихъ угрожать жизни плода, потому что сдавливаніе, которому подвергается пуповина между частью плода и стѣнкой таза, неизбѣжно вызываетъ нарушеніе кровообращенія въ немъ.

Плодь быстро начинаетъ страдать и умираетъ, если не вмѣшаются во-время.

Не всѣ предлежанія имѣютъ въ этомъ случаѣ одну и ту же опасность. Головные предлежанія имѣютъ наиболѣе серьезное предсказаніе. При

предлежаніяхъ плеча и плечевого конца съ первичнымъ вступленіемъ ягодиць, гдѣ выпаденіе относительно часто, опасность для младенца не такъ неизбѣжна, такъ какъ пуповина не подвергается съ самаго начала опасности немедленнаго и рокового сдавливанія.

Одно только внутреннее изслѣдованіе позволяетъ сдѣлать распознаваніе.

Выслушиваніе можетъ, конечно, показать, что ребенокъ страдаетъ, но оно не позволяетъ точно опредѣлить причину его. Съ другой стороны, сердцебиеніе плода не измѣняется, если нѣтъ еще сдавленія въ собственномъ смыслѣ слова.

Стало бытъ никогда не слѣдуетъ пренебрегать, производя внутреннее изслѣдованіе, тщательнымъ обслѣдованіемъ того, есть или нѣтъ выпаденіе пуповины.

Сдавленіе выпавшей петли можетъ бытъ постепеннымъ или же полнымъ сразу. Въ первомъ случаѣ опредѣляютъ нарастающее сердцебиеніе и пульсаціи пуповины; во второмъ, ихъ неожиданное исчезновеніе.

Выпаденіе чаще всего происходитъ въ моментъ разрыва оболочекъ; пуповина увлекается впередъ предлежащей части вытекающими водами. Рѣже, оно существуетъ раньше прохожденія водъ; его называютъ въ такомъ случаѣ специальнымъ терминомъ **предлежаніе**.

Пуповина, которая имѣетъ пульсацію, въ общемъ, узнается легко. Когда плодный пузырь еще не разорванъ, то прощупываютъ чрезъ оболочки маленькій, очень подвижный клубокъ, плавающей въ жидкости,

скользящій подъ пальцемъ, имѣющей біенія, совпадающія съ сердцебіеніемъ плода. Однако указываютъ на нѣкоторыя причины ошибки и случалось, что принимали плевистое прикрѣпленіе за выпаденіе пуповины, но сосуды, пульсирующіе подъ рукой, проходятъ въ толщѣ оболочекъ и представляютъ тогда часть плоднаго пузыря; они не свернуты въ клубокъ и рука не чувствуетъ подвижной и скользящей подъ рукой, надъ оболочками пуповины.

Если пуповина не пульсируетъ болѣе, то иногда возможно смѣшеніе ея съ выпавшей конечностью. Нужно помнить, что пуповина легко выскальзываетъ изъ-подъ пальца, который ее прощупываетъ, въ то время, какъ ручка или ножка имѣютъ большую стойкость, но зато передвигаются иногда самопроизвольно.

Прощупываніе пуповины должно всегда дѣлаться съ осторожностью, такъ какъ, если плодъ еще не умеръ, то прощупываніе легко можетъ вызвать обморокъ или преждевременныя дыхательныя движенія.

Нужно тщательно избѣгать всякаго продолжительнаго сдавливанія пуповины изслѣдующими пальцами.

Послѣ разрыва оболочекъ распознаваніе становится еще болѣе легкимъ.

Когда прощупываютъ пуповину во влагалищѣ, то прежде всего слѣдуетъ спросить себя, живъ ли плодъ или умеръ. Постоянное присутствіе сердцебіенія и пульсаціи пуповины ясно указываютъ, что плодъ живъ, но ихъ отсутствіе не всегда обозначаетъ смерть плода. Во время сокращеній матки,

въ самомъ дѣлѣ сердцебіеніе и пульсація пуповины могутъ временно пріостановиться въ то время, какъ плодъ живъ; нужно всегда убѣдиться, прежде чѣмъ утверждать смерть плода, появляются ли они постепенно въ концѣ схватки.

Наоборотъ, можно иногда чувствовать толчки въ пуповинѣ въ то время, какъ плодъ уже умеръ, въ такомъ случаѣ дѣло идетъ о притокѣ крови въ моментъ сокращенія, и такіе толчки не повторяются.

Пособіе измѣняется въ зависимости отъ предлежанія и момента родовъ, въ который опредѣляютъ выпаденіе.

а. Предлежаніе головнымъ концомъ.

1°. Головка вступила въ тазъ.

Въ данномъ случаѣ открытіе обычно полное и оболочки разорваны, когда опредѣляютъ выпаденіе.

Если головка находится въ узкой части полости, то немедленное наложеніе щипцовъ, даже если изслѣдованіе не обнаруживаетъ ни малѣйшей пульсаціи въ пуповинѣ, и если при выслушиваніи не слышно болѣе никакого сердцебіенія. Въ самомъ дѣлѣ, кровяная волна можетъ быть настолько слабой, сердечный пульсъ настолько заглушеннымъ, что невозможно ихъ услышать. При быстромъ вмѣшательствѣ можно еще иногда оживить ребенка, который, казалось, окончательно погибъ, но необходимо принять тщательныя мѣры предосторожности и не защемить пуповины между ложками щипцовъ и головкой. Особенно въ виду этихъ спѣшныхъ наложеній щипцовъ и важно

имѣть въ своемъ наборѣ эти инструменты заранее простерилизованными, чтобы не терять ни секунды.

Когда головка находится еще въ широкой части полости, щипцы показываются только, когда прощупываютъ пульсацію въ пуповинѣ или если при выслушиваніи прослушивается еще сердцебіеніе.

Если же болѣе не прощупываютъ пульсаціи и выслушиваніе даетъ отрицательный результатъ, необходимо воздержаться отъ наложенія щипцовъ, всегда трудныхъ и къ тому же бесполезныхъ, а ждать самопроизвольнаго изгнанія плода. Трудности, которыя представляетъ здѣсь вмѣшательство, не позволяютъ дѣйствовать достаточно быстро, чтобы надѣяться на спасеніе ребенка, даже если сдавливаніе пуповины произошло совсѣмъ недавно.

Вмѣшательство показуется только въ случаѣ, когда это изгнаніе слишкомъ замедляется. Тогда прибѣгаютъ или къ наложенію щипцовъ, если головка въ это время опустилась въ узкую часть полости, или къ головной эмбриотоміи, если головка находится еще слишкомъ высоко. Извлеченіе ребенка однимъ или другимъ способомъ должно быть, само собою разумѣется, сдѣлано безъ замедленія, при малѣйшемъ признакѣ гніенія плода или осложненія со стороны матери.

2°. Головка не вступила въ тазъ.

Постоянная наличность сердцебіенія и ясно прощупываемой пульсаціи пуповины является лучшимъ доказательствомъ, что головка еще подвижна и что до сихъ поръ нѣтъ еще прискорбнаго сдавли-

ванія пуповины. Предсказаніе болѣе тяжелое, когда выпаденіе произошло спереди, потому что здѣсь опасность защемленія между головкой и передней дугой таза болѣе угрожающая; когда выпаденіе произошло сзади и сбоку, опасность не такъ непосредственна, потому что пуповина болѣе или менѣе предохраняется выемкой мыса.

Каковъ бы ни былъ случай, всегда необходимо считать положеніе какъ очень опасное, когда при выслушиваніи сердцебиеніе плода прекращается во время схватокъ, чтобы начаться снова, но неправильно, съ перемѣной учащенія и замедленія; этотъ признакъ является вѣрнымъ показателемъ сдавливанія головкой въ моментъ схватокъ.

Если такое сдавливаніе продолжается слишкомъ долго, то быстро происходитъ отхожденіе мекониума, указывающее, что плодъ очень плохъ.

Когда зѣвъ матки совершенно открытъ и оболочки цѣлы, то такъ какъ замѣна ножнымъ предлежаніемъ первоначальнаго предлежанія позволяетъ извлечь быстро плодъ, нужно разорвать оболочки и произвести поворотъ на ножку и немедленно извлечь плодъ, потому что придавливаніе пуповины можетъ произойти раньше разрыва оболочекъ.

Если будутъ ждать ихъ самопроизвольнаго разрыва, то успѣтъ произойти неизбѣжное сдавливаніе вслѣдствіе фиксированія головки во входѣ таза.

Необходимо ввести руку насколько возможно быстрѣе, чтобы избѣжать слишкомъ большого истеченія водъ, что дѣлаетъ поворотъ менѣе легкимъ.

Если при тѣхъ же условіяхъ полнаго открытія, оболочки уже разорвались въ моментъ, когда обнаружилось сдавливаніе, то нужно также прибѣгнуть къ повороту для немедленнаго извлеченія плода.

Полное отсутствіе пульсаціи въ пуповинѣ, а также отрицательные результаты выслушиванія, не должны заставлять покинуть всякую надежду на спасеніе ребенка; даже въ случаяхъ, когда головка уже плотно установилась, иногда возможно ее оттолкнуть въ достаточной мѣрѣ, подъ наркозомъ, чтобы имѣть возможность произвести быстро поворотъ и извлеченіе. Если поворотъ не продолжался слишкомъ долго, можно имѣть надежду оживить ребенка, несмотря на глубокую асфиксію.

Когда открытіе не полное и оболочки разорваны, слѣдуетъ попытаться, если плодъ живъ, вправить выпавшую пуповину и, въ случаѣ успѣха, произвести поворотъ по Бракстонъ-Гиксу.

Лучшимъ способомъ вправленія пуповины является вправленіе ручное. Для этого употребляютъ руку, соответствующую сторонѣ матери, въ которой произошло выпаденіе. Наркозъ необходимъ, чтобы имѣть возможность послѣ этого, въ случаѣ надобности, произвести поворотъ по Бракстонъ-Гиксу.

Женщину помѣщаютъ въ акушерское положеніе, затѣмъ вводятъ всю руку во влагалищѣ и сперва отодвигаютъ головку въ сторону, гдѣ находится спинка плода такъ, чтобы можно было легко пройти въ матку. Затѣмъ заправляютъ двумя или четырьмя

пальцами пуповину до тѣхъ поръ, пока она не поднимется выше головки.

Вправление всегда недостаточно, если пуповину не протолкнуть до уровня груди ребенка, потому что въ такомъ случаѣ выпаденіе повторяется неизбежно; головка, возвращаясь во входъ таза, снова сдавливаетъ выпавшую петлю. Можно облегчить себѣ приемъ, поднимая до максимума тазъ женщины. Какъ только заправилась пуповина, другой рукой дѣйствуя снаружи, помѣщаетъ снова головку въ тазъ.

Къ несчастью, это ручное вправление часто бываетъ труднымъ. Пуповина скользитъ между пальцевъ и выпаденіе повторяется, какъ только пальцы вынимаются. Сверхъ того, часто случается, что рядомъ съ вправленной петлей выпадаетъ новая. Это можетъ повториться нѣсколько разъ, иногда непрерывно. Даже при наилучшихъ условіяхъ, обычно невозможно закончить способъ съ одного раза.

Если вправление удается, то роженицу укладываютъ на ту сторону, гдѣ находится спинка плода, чтобы вызвать вставленіе головки въ тазъ, и накладываютъ на животъ давящую повязку.

Успѣхъ приема выражается улучшеніемъ сердцебіенія плода. Если это улучшеніе продолжается, то предоставляютъ родамъ закончиться самопроизвольно, но, такъ какъ манипуляціи, производимыя съ пуповиной, не безразличны для плода, нужно наложить щипцы, какъ только это будетъ возможно, безъ опасности для матери.

Затрудненіе, которое испытываютъ такъ часто при ручномъ вправленіи выпаденія, объясняетъ большое количество изобрѣтенныхъ для вправле-

нія пуповины инструментовъ въ полость матки; однако ихъ употребленіе не распространилось.

Если быстрое вправленіе невозможно, необходимо прибѣгнуть немедленно къ повороту по Бракстонъ-Гиксу. Произведя его, предоставляютъ природѣ изгнаніе плода до пупка, затѣмъ извлекаютъ его возможно быстрѣе. Однако не слѣдуетъ забывать, что, такъ какъ ребенокъ всегда страдаетъ отъ этого вмѣшательства, предсказаніе значительно серьезнѣе, чѣмъ если бы выпаденіе произошло при первичномъ ножномъ предлежаніи.

Когда открытіе неполное и оболочки еще не разорваны, пособіе отличается въ зависимости отъ степени предлежанія. Если находятъ болѣе или менѣе длинную петлю помѣщенной впереди головки, то нужно стараться насколько возможно избѣгать ея придавливанія, облегчая отклоненіе головки въ противоположную той сторонѣ, съ которой петля пуповины выпала.

Стало бытъ нужно, чтобы женщина легла на тотъ бокъ, на которомъ произошло предлежаніе петли. Одновременно ей запрещаютъ всякое усиліе, чтобы избѣжать преждевременнаго разрыва оболочекъ и какъ только зѣвъ цѣликомъ откроется, ихъ разрываютъ, и производятъ поворотъ и извлеченіе.

Если, въ это время, оболочки преждевременно разорвутся, то нужно немедленно же попытаться произвести ручное вправленіе согласно правиламъ, указаннымъ выше, и, въ случаѣ неудачи, произвести поворотъ по Бракстонъ-Гиксу.

Когда идетъ дѣло о менѣе выраженномъ вы-

падєніи (петли, находящейся только съ боку головки, *latérocidence*), то опасность ущемленія не столь непосредственна, какъ въ предыдущемъ случаѣ, и возможно, что головка, вступая въ тазъ, можетъ мало-по-малу оттолкнуть пуповину. Тогда нужно облегчить это самопроизвольное вправленіе и способствовать вставленію головки въ тазъ; для этого, въ такомъ случаѣ, заставляютъ женщину лечь на противоположную той сторонѣ, съ которой произошло выпаденіе пуповины.

Если выпавшая петля все увеличивается въ длинѣ, то, напротивъ, слѣдуетъ вернуться къ выше описанному способу дѣйствія и способствовать отклоненію головки въ противоположную той сторонѣ съ которой произошло выпаденіе пуповины, измѣняя положеніе, т.-е. заставляя женщину лечь на ту сторону, съ которой произошло выпаденіе петли.

Каковъ бы то ни былъ случай, необходимо всегда выслушивать и часто слѣдить за сердцебиеніемъ, ритмъ и частота котораго указываютъ имѣется или нѣтъ сдавливаніе и можно ли оставить продолжаться родамъ безъ болѣе активнаго вмѣшательства. Если происходитъ какое-нибудь сдавливаніе, несмотря на цѣлость оболочекъ, необходимо послѣднія разорвать, постараться вправить пуповину и, въ случаѣ неуспѣха, немедленно же прибѣгнуть къ повороту по Бракстонъ-Гиксу.

Если оболочки въ это время разрываются преждевременно безъ того, чтобы произошло самопроизвольное вправленіе, то пытаются,

какъ и раньше, вправить, производя немедленно послѣ этого поворотъ по Бракстонъ-Гиксу, если это необходимо. Если, при тѣхъ же обстоятельствахъ отсутствія самопроизвольнаго вправленія, открытіе завершается нормально безъ того, чтобы воды прошли, то разрываютъ оболочки, когда зѣвъ совершенно открытъ и производятъ поворотъ всей рукой и извлекаютъ ребенка.

б. Предлежаніе ягодицъ.

Мы привели соображенія, по которымъ выпаденіе пуповины является крайне рѣдкимъ при полномъ ягодичномъ предлежаніи и неполномъ; оно можетъ произойти здѣсь лишь въ случаѣ бокового отклоненія ягодицъ.

Въ этомъ случаѣ не полагается терять времени на приемы вправленія, которые не имѣютъ большого значенія, потому что пуповина неизбежно выпадаетъ послѣ каждой попытки. Единственный приемъ, который нужно сдѣлать, состоитъ въ низведеніи одной ножки, какъ только это позволяетъ открытіе. Затѣмъ предоставляютъ природѣ изгнаніе плода до пупка и послѣ этого быстро извлекаютъ его, какъ только возможно.

При ягодичномъ предлежаніи съ ножками, когда выпаденіе наблюдается очень часто, нѣтъ никакихъ особыхъ приемовъ. Вправление пуповины невозможно. Такимъ образомъ, случаи предоставляютъ самимъ себѣ до того момента, пока въ половой расщелинѣ не появится пупокъ, затѣмъ извлекаютъ плодъ. Долгая продолжительность родовъ, присущая такому предлежанію, влечетъ естественно за собой самыя большія опасности для

плода. Если пуповинѣ не угрожаетъ неизбежное и немедленное ущемленіе, то все-таки она подвергается длительному сдавливанію, отъ котораго плодъ въ концѣ-концовъ начинаетъ страдать, и это тѣмъ болѣе, что къ этому измѣненію въ кровообращеніи пуповины прибавляется нарушеніе маточно-плацентарнаго кровообращенія вслѣдствіе сокращеній матки.

с. Предлежаніе плеча.

Всякая попытка вправленія въ данномъ случаѣ бесполезна и единственное пособіе состоитъ въ предупрежденіи, насколько это возможно, преждевременнаго разрыва оболочекъ, чтобы имѣть возможность произвести поворотъ при хорошихъ условіяхъ, какъ только будетъ полное открытіе. Что касается пуповины, то, понятно, что надо приложить всѣ усилія, чтобы ея не касаться во время приемовъ, вызванныхъ вмѣшательствомъ.

Если оболочки разрываются прежде времени, то по необходимости показуется поворотъ Бракстонъ-Гикса.

В. ВЫПАДЕНІЕ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечности помѣщаются, какъ и пуповина, сбоку или впереди предлежащей части плода; въ такихъ случаяхъ говорятъ, что имѣется выпаденіе или предлежаніе мелкихъ частей, въ зависимости отъ того, разорваны ли оболочки или еще нѣтъ. Мы здѣсь не будемъ заниматься первичнымъ вставленіемъ одной или обѣихъ ступней при яго-

дичномъ предлежаніи, ни выпаденіемъ ручекъ при предлежаніи плеча, что не является въ дѣйствительности осложненіями въ собственномъ смыслѣ слова, но простымъ случаемъ предлежанія.

Единственное выпаденіе, о которомъ мы будемъ говорить, это выпаденіе, происходящее при предлежаніи головки.

Почти всегда выпадаетъ верхняя конечность, но можно также встрѣтить, хотя и значительно рѣже, ступню или обѣ ступни сбоку головки, когда послѣдняя отклонена или когда имѣютъ дѣло съ недоношеннымъ плодомъ.

Причины выпаденія являются тогда тѣ же, которыя были указаны при выпаденіи пуповины. Таковыми являются многоводіе, косыя положенія, отвислый животъ, многогорожаемость и въ особенности суженія таза.

Степень выпаденія различна. Для верхней конечности, можно встрѣтить кисть, предплечье и все плечо. Иногда кисть находится такъ высоко, что можно достать только пальцы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпадаютъ обѣ кисти.

Выпаденіе нижней конечности значительно меньше выражено и, обычно, оно не переходитъ за ступню.

До разрыва оболочекъ, очень трудно сказать, какая конечность выпадаетъ и кисть ли это, или ступня. Мы видѣли, въ предыдущей главѣ, что при поверхностномъ изслѣдованіи можно ее принять за пуповину и наоборотъ.

Если оболочки разорваны, распознаваніе легко.

Ступню отличаютъ отъ кисти по короткости пальцевъ, которые позволяютъ меньшее раздви-

ганіе одного отъ другого; узнають также пятку, подъемъ ножки и опредѣляютъ, что одинъ изъ краевъ выпадающей конечности болѣе толстъ, чѣмъ другой.

Фактъ прощупыванія при изслѣдованіи кисти или ступни не позволяетъ еще заключать сразу о предлежаніи плеча или ягодиць; нужно всегда подняться выше и убѣдиться, каково настоящее предлежаніе.

Присутствіе мелкой части плода съ боку головки можетъ мѣшать механизму родовъ. Обыкновенно она самопроизвольно вправляется въ то время, какъ головка опускается. Въ другихъ случаяхъ эта конечность опускается въ тазъ одновременно съ головкой и легко понять, что, въ силу этого, роды могутъ быть замедлены.

Степень выпаденія имѣетъ свое значеніе. Когда идетъ дѣло объ одной только кисти, самопроизвольное вправление возможно; оно невозможно когда рядомъ съ головкой находятся предплечье или плечо.

Мѣсто таза, гдѣ происходитъ выпаденіе, не безразлично.

Если выпаденіе происходитъ сзади, съ боку мыса, то имѣется достаточно мѣста въ вогнутости крестца, чтобы не помѣшать серьезно родамъ, когда тазъ правильный или немного суженъ; если оно происходитъ спереди, то выпавшая конечность неизбежно препятствуетъ вступленію головки въ тазъ, занимая значительную часть мѣста и въ случаѣ когда вступленіе происходитъ несмотря на присутствіе конечности, то внутренній поворотъ головки и, слѣдовательно, роды становятся невозможными.

Если открытіе полное, головка еще подвижна, то нужно произвести поворотъ на ножку и предоставить затѣмъ природѣ изгнаніе плода до плечей, если только нѣтъ показанія закончить извлеченіе раньше.

Когда призываютъ до полного открытія, то укладываютъ роженицу въ постель, если оболочки цѣлы, на сторону противоположную той, гдѣ находится выпавшая конечность такъ, чтобы способствовать ея вправленію и вступленію головки въ тазъ. Если дѣло идетъ только о кисти, то самопроизвольное вправленіе происходитъ такимъ же способомъ.

Когда оболочки разорваны и тазъ правильный, то ручное вправленіе легко, если головка еще не вступила въ тазъ. Для этого пользуются рукой, ладонь которой обращена къ поверхности живота ребенка (лѣвой рукой, если спинка влѣво; правой рукой, если она вправо).

Завертываютъ выпавшую конечность и проталкиваютъ ее осторожно обратно, поднимая ее съ боку головки до тѣхъ поръ, пока она не пройдетъ послѣднюю.

Другая рука, помѣщенная на животъ, удерживаетъ матку и, послѣ выниманія внутренней руки, вталкиваетъ головку во входъ таза и поддерживаетъ ее тамъ до схватки. Затѣмъ накладываютъ давящую повязку на животъ, чтобы удержать головку на мѣстѣ.

Когда тазъ суженъ, то вправленіе обычно невозможно, потому что головка не проходитъ

достаточно быстро въ тазъ, чтобы помѣшать повторенію выпаденія. Лучше, стало быть, въ этомъ случаѣ не терять времени на безуспѣшныя попытки, а произвести тотчасъ же поворотъ на ножку.

Въ случаяхъ, когда головка вступила въ тазъ вмѣстѣ съ выпавшей конечностью, не можетъ быть болѣе вопроса ни о вправленіи, ни о поворотѣ. Первое время будутъ выжидать, такъ какъ роды могутъ произойти самопроизвольно, если тазъ представляетъ достаточные размѣры; но если выпавшая конечность начинаетъ отекаетъ или плодъ начинаетъ страдать отъ продолжительности родовъ, то приходится прибѣгать къ наложенію щипцовъ, слѣдя въ то же время, чтобы конечность не была захвачена между ложками инструмента и головкой плода.

ГЛАВА XIII.

Предлежаніе лобное и лицевое въ заднемъ видѣ.

А. ПРЕДЛЕЖАНІЕ ЛОБНОЕ.

Нерѣдко находятъ во входѣ таза до какого бы то ни было вставленія головку плода не согнутой, не разогнутой, въ безразличномъ положеніи, въ неустойчивомъ равновѣсіи.

Это равновѣсіе обычно быстро нарушается; въ моментъ, когда подъ вліяніемъ сокращенія матки головка проталкивается въ полость, происходитъ сгибаніе или разгибаніе и, въ концѣ-концовъ, роды проходятъ въ теменномъ или лицевомъ предлежаніи.

Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ немногочисленныхъ, головка сохраняетъ это среднее положеніе между сгибаніемъ и разгибаніемъ, однако ближе къ послѣднему; лобъ проходитъ въ такомъ случаѣ первымъ въ полость. Этимъ-то случаямъ и даютъ названіе л о б н а г о п р е д л е ж а н і я.

Его этиологія совпадаетъ въ большей части съ таковой же лицевого предлежанія.

Со стороны матери, мы можемъ указать на многорожаемость, косое положеніе матки,

опухоли, расположенныя въ сосѣдствѣ съ нижнимъ ея сегментомъ или въ ея толщѣ, спазмодическое сокращеніе кольца Бандля вокругъ шеи плода, сокращеніе, мѣшающее головкѣ согнуться или разогнуться и въ особенности небольшія суженія таза.

Со стороны плода указываютъ малый размѣръ головки, состояніе мацерации, сосѣдство головки второго плода (въ случаѣ множественной беременности), долихоцефалія, гидроцефалія, вызывающая растяженіе лобной части черепа, короткость шеи и затылка.

Со стороны частей плода необходимо указать: водянка водной оболочки, выпаденіе одной или нѣсколькихъ конечностей, обвитіе пуповины, въ особенности, когда пуповина крѣпко обвиваетъ головку, проходя наискось по лицу.

При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ встрѣчаетъ: съ одной стороны, переднюю часть стрѣловиднаго шва, большой родничекъ, вѣчный шовъ; съ другой, надбровныя дуги, глаза и носъ. Наболѣе покатою и доступною частью является лобъ; но онъ не занимаетъ центра предлежанія,—центра, опредѣляемаго большимъ родничкомъ или, по крайней мѣрѣ, сосѣднимъ съ нимъ участкомъ.

Такимъ образомъ лобное предлежаніе отличается отъ теменнаго тѣмъ, что малый родничекъ не достигается, а отъ лицевого тѣмъ, что нельзя достигнуть ни рта ни подбородка.

Здѣсь недостаетъ уменьшенія части плода замѣной меньшими размѣрами размѣровъ большихъ, которые находились первоначально надъ входомъ таза. За недостаткомъ этого непрямого

уменьшенія, происходитъ настоящее уменьшеніе размѣровъ головки вслѣдствіе сплющиванія.

Изъ этого слѣдуетъ, что опусканіе головки происходитъ съ большой медленностью и не безъ труда. Это зависитъ отъ сопротивленій, испытываемыхъ большимъ косымъ размѣромъ, который, вмѣсто прохожденія въ полость однимъ или другимъ своимъ концомъ, вступаетъ въ тазъ въ болѣе или менѣе горизонтальномъ направленіи.

Пока головка находится надъ входомъ таза лобное предлежаніе можетъ измѣниться въ теменное или въ лицевое предлежаніе. Это обычный случай. Но если этого измѣненія не происходитъ, то лобное предлежаніе должно быть разсматриваемо по справедливости какъ ясно неправильное предлежаніе, чаще всего вынуждающее къ вмѣшательству.

Предсказаніе его всегда серьезно или для матери, или для ребенка.

Крайняя продолжительность родовъ, слишкомъ большая окружность головки, частота вмѣшательствъ, сдавливаніе и разможженіе мягкихъ частей вколотившейся головкой плода и инструментами, объясняютъ опасности, которымъ подвергается мать (септические случаи, разрывъ матки и влагалища, свища между мочевымъ пузыремъ и влагалищемъ, глубокія поврежденія промежности). Смертность со стороны матери доходитъ до 10 и даже 17%.

Для ребенка предсказаніе еще болѣе серьезно. Смертность достигаетъ цифры отъ 36 до 50%. Она вызывается нарушеніемъ кровообращенія плода, асфиксией, сдавливаніемъ черепа, мозговымъ кровоизліяніемъ, частымъ выпаденіемъ пуповины,

часто тяжелыми приемами, необходимыми для извлечения плода.

Съужение таза играет первостепенную роль въ предсказаніи и необходимо всегда съ этимъ считаться при выборѣ леченія.

Пособіе во время родовъ сильно измѣнилось, начиная съ выжиданія (безъ иного вмѣшательства, кромѣ краніотоміи, когда ребенокъ умеръ или когда мать подвергается какой-либо опасности) до систематическаго измѣненія предлежанія лба въ болѣе благопріятное для окончанія родовъ предлежаніе: теменн, лица или тазового конца.

Этотъ послѣдній видъ измѣненія не уменьшилъ большую смертность дѣтей, а въ двухъ другихъ видахъ измѣненіе лобнаго предлежанія въ предлежаніе теменное, при нормальномъ тазѣ, дало лучшіе результаты и понизило дѣтскую смертность до 7% въ то время, какъ она осталась около 15% въ случаяхъ, когда измѣняли лобное предлежаніе въ предлежаніе лицевое: нужно, стало быть, отдать ему предпочтеніе.

Когда головка не вступила въ тазъ, когда оболочки цѣлы и шейка матки не вполне раскрыта, лучше всего выжидать, стараясь насколько возможно дольше сохранить плодный пузырь; исправленіе предлежанія часто происходитъ само собой.

Если воды прошли, открытіе достаточно, и нѣтъ никакого показанія къ быстрому окончанію родовъ, должно быть испробовано ручное исправленіе предлежанія. Для этого помѣщаютъ роженицу поперекъ кровати, положивъ ее на сторону, соотвѣтствующую подбородку ребенка и при-

поднявъ насколько возможно выше тазъ ея. Затѣмъ во влагалище вводятъ лѣвую руку, если лицо находится въ правой сторонѣ матери; правую руку, если оно находится влѣво. Эта рука, беря точку опоры на вынутыхъ частяхъ предлежанія, перемѣщаетъ головку, послѣдовательно отталкивая лобъ, затѣмъ область большого родничка.

Съ своей стороны, свободная рука, дѣйствуя снаружи, старается втолкнуть затылокъ во входъ таза. Достигнувъ этого результата, она переносится на брюшную поверхность плода, и въ то время какъ внутренняя рука поддерживаетъ головку въ достигнутомъ положеніи, она отталкиваетъ сперва грудь плода въ сторону затылка, затѣмъ приводитъ послѣ этого ягодицы къ передней поверхности ребенка. Этотъ второй приемъ необходимъ, потому что, добившись первымъ приемомъ сгибанія головки, необходимо придать туловищу плода согнутое нормальное положеніе, которое онъ долженъ имѣть при затылочномъ предлежаніи.

Если открытіе полное и общее состояніе матери и ребенка требуетъ быстраго окончанія родовъ, то поворотъ на ножку внутренними приемами является необходимымъ, если только разрывъ оболочекъ не произошелъ слишкомъ давно и матка не сокращается сильно. Въ равной мѣрѣ приходится прибѣгнуть къ повороту въ случаѣ, когда приемы исправленія не удались, а также во всѣхъ случаяхъ суженія таза.

Когда головка находится въ полости, можно еще попытаться исправить съ нѣкоторой надеждой на успѣхъ, если ея вступле-

ніе въ тазъ еще не слишкомъ глубоко и не произошло уже давно.

Возможность исправленія уменьшается постепенно и продолжительностью вступленія въ тазъ: пластическія измѣненія головки, увеличивая прямой размѣръ, дѣлають въ концѣ-концовъ сгибаніе невозможнымъ. Съ этого момента остается лишь ждать самопроизвольнаго конца родовъ.

Такое выжиданіе, однако, имѣетъ свои границы: страданіе плода, медленность изгнанія, опасность для матери дѣлають иногда обязательнымъ наложеніе щипцовъ. Слѣдуетъ, впрочемъ, знать, что это вмѣшательство очень трудно въ данномъ случаѣ; его предсказаніе тѣмъ болѣе сурово, чѣмъ выше находится головка и чѣмъ меньшую наклонность имѣетъ произойти поворотъ лица кпереди, поэтому-то и слѣдуетъ доводить выжиданіе до возможной, крайней границы. Во всѣхъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ пробовать наложеніе щипцовъ при этихъ условіяхъ, если головка еще находится въ верхней части полости.

Когда осторожныя потягиванія не смогли преодолѣть сопротивленія, оказываемаго головкой, то послѣдующее пособіе различно въ зависимости отъ того, живъ ли плодъ или умеръ.

При живомъ плодѣ понятно показуется пубіотомія, если больная въ клиникѣ. Для врача-практика, который, какъ мы это увидимъ въ главѣ о неправильныхъ тазахъ, не долженъ предпринимать подобнаго рода вмѣшательства, остается только произвести краниотомію живого плода, если показаніе со стороны матери рѣшительно и не позволяетъ болѣе долгаго выжиданія (растяженіе нижняго сегмента, лихорадочныя явленія, истоще-

ніе или всякое другое осложненіе). Когда плодъ умеръ или его состояніе подвергалось опасности очень продолжительными родами или неудачными попытками извлеченія, краніоклазія или базіотрипсія должны быть произведены немедленно.

В. ПРЕДЛЕЖАНІЕ ЛИЦЕВОЕ ВЪ ЗАДНЕМЪ ВИДѢ.

Мы уже говорили, что предлежаніе лица въ заднемъ видѣ является въ громаднѣмъ большинствѣ случаевъ фізіологическимъ предлежаніемъ, но временнымъ, и что по мѣрѣ теченія родовъ подбородокъ поворачивается мало-по-малу кпереди, чтобы подойти, наконецъ, подъ лонное соединеніе, когда лицо достигаетъ выхода таза.

Этотъ поворотъ всегда происходитъ, если относительные размѣры таза и головки позволяютъ послѣдней вступить въ тазъ.

Если, несмотря на правильныя схватки, подбородокъ остается повернутымъ къзади, то это значитъ, что головка не вступаетъ въ тазъ и встрѣчается во входѣ непреодолимое препятствіе, происходящее или отъ суженія таза или отъ ея собственныхъ размѣровъ. Такимъ образомъ только во входѣ можно оказаться лицомъ къ лицу съ окончательнымъ заднимъ видомъ.

Когда открытіе полное и оболочки разорваны, лучшимъ леченіемъ является поворотъ на ножку, пока плодъ не совсѣмъ неподвиженъ благодаря сокращеніямъ матки. Поворотъ производятъ по тѣмъ же правиламъ, что при затылочномъ предлежаніи.

Всякая попытка измѣненія руками въ предле-

жаніе теменное въ данномъ случаѣ противопоказано, такъ какъ попытки исправленія могутъ вызвать выпаденіе пуповины; сверхъ того, приемъ не легко исполнимъ и можетъ кончиться тѣмъ, что сдѣлаютъ лишь очень несовершенное сгибаніе головки, т.-е. получаютъ лишь лобное предлежаніе, вмѣсто предлежанія теменного. Съ клинической точки зрѣнія, стало быть, положеніе остается однимъ и тѣмъ же, съ тѣмъ большимъ неудобствомъ, что будетъ потеряно драгоцѣнное время, что вызоветъ истеченіе оставшейся въ полости матки околоплодной жидкости, благодаря чему плодъ еще болѣе становится неподвижнымъ, что сдѣлаетъ невозможнымъ поворотъ, исполнимый до этой попытки.

Само собой разумѣется, что поворотъ абсолютно противопоказанъ, если есть малѣйшій признакъ растяженія нижняго сегмента матки.

Когда прошелъ извѣстный промежутокъ времени съ момента разрыва оболочекъ и плодъ совершенно неподвиженъ, вслѣдствіе сокращеній матки, то это вмѣшательство не можетъ быть болѣе произведено. Въ такомъ случаѣ нужно удовольствоваться тѣмъ, что кладутъ женщину на ту сторону, въ которой находится подбородокъ въ надеждѣ, что сокращенія матки сьумѣютъ еще вызвать вставленіе головки и поворотъ подбородка кпереди. Такой результатъ возможенъ при условіи, однако, что схватки будутъ достаточно сильны и часты, что пластичность головки будетъ достаточна, чтобы позволить ей примѣниться къ размѣрамъ таза и что, наконецъ, не будетъ слишкомъ большого несо-

отвѣтствія между размѣрами таза и головного овоида.

Если въ этотъ промежутокъ плодъ умираетъ, необходимо тотчасъ же произвести краниотомію и извлечь его краниокластомъ. Это вмѣшательство должно быть произведено немедленно на живомъ плодѣ, при малѣйшемъ признакѣ растяженія нижняго сегмента или при появленіи какого-либо показанія со стороны матери.

Въ клиникѣ показуется, когда ребенокъ живъ, кесарское сѣченіе (на нижнемъ сегментѣ, чтобы избѣжать зараженія брюшины).

ГЛАВА XIV.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста.

О предѣленіе. Подъ названіемъ предлежанія дѣтскаго мѣста разумѣють прикрѣпленіе его въ нижнемъ сегментѣ матки.

Его раздѣляютъ на четыре вида въ зависимости отъ того, насколько дѣтское мѣсто болѣе или менѣе близко отъ совершенно раскрытаго внутренняго зѣва:

1°. Центральное предлежаніе дѣтскаго мѣста полное, когда зѣвъ матки цѣликомъ покрытъ послѣдовой тканью.

2°. Центральное предлежаніе дѣтскаго мѣста частичное, когда оно не вполнѣ закрываетъ зѣвъ.

3°. Краевое предлежаніе дѣтскаго мѣста, когда край его достигаетъ зѣва, въ который онъ болѣе или менѣе втягивается.

4°. Боковое предлежаніе дѣтскаго мѣста, когда край его находится на нѣкоторомъ разстояніи отъ зѣва.

Въ трехъ послѣднихъ случаяхъ изслѣдующій палецъ попадаетъ съ одной или съ другой стороны на яйцевыя оболочки.

Признаки. Кровотеченіе является суще-

ственнымъ признакомъ предлежанія дѣтскаго мѣста, кровотеченіе, происходящее или во время беременности или во время родовъ.

Оно можетъ произойти въ любой моментъ беременности; но оно чаще наблюдается въ послѣдніе три мѣсяца. Это кровотеченіе происходитъ при полномъ здоровьѣ, безъ видимой причины и безъ малѣйшей боли, иногда во время сна, кровотеченіе, которое повторяется черезъ все болѣе и болѣе короткіе промежутки времени.

Однако потеря крови можетъ произойти одинъ только разъ и повториться только въ началѣ родовъ, которые, впрочемъ часто, начинаются преждевременно, вслѣдъ за одной изъ этихъ кровопотерь.

Кровотеченіе происходитъ вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста. Если отдѣленіе происходитъ только во время родовъ, признаки отсутствуютъ во время беременности и ничто не позволяетъ подозрѣвать наличность этого осложненія. Кровотеченіе въ такомъ случаѣ происходитъ съ первыми схватками или даже позже во время родовъ и по мѣрѣ раскрытія.

Кровотеченіе бываетъ материнскаго происхожденія и не зависитъ отъ плода. Потеря крови можетъ быть настолько обильной, что предлежаніе дѣтскаго мѣста представляетъ несомнѣнно самое серьезное и опасное осложненіе беременности.

Пока оболочки еще не разорваны каждое сокращеніе матки вызываетъ новую кровопотерю и, послѣ ихъ разрыва, кровь течетъ непрерывно, пока предлежащая часть плода, при своемъ вступле-

ніи въ тазъ, не сдавить кровоточащей поверхности дѣтскаго мѣста. Изъ этого слѣдуетъ, что въ короткое время потеря крови можетъ достигъ значительныхъ размѣровъ.

Предсказаніе. Предсказаніе для матери всегда очень серьезно и зависитъ отъ быстроты, съ какой возможно вмѣшаться.

Женщина подвергается двумъ опасностямъ; прежде всего кровотеченію, затѣмъ и инфекціи, каковая развивается легко у женщинъ, обезкровленный организмъ которыхъ защищается плохо. Опасность инфекции завистъ частью отъ способовъ, необходимыхъ для остановки кровотечения, а съ другой отъ того, что плацентарная рана находится въ непосредственномъ соудствѣ съ отверстіемъ матки. Это послѣднее обстоятельство объясняетъ, почему воспаленіе маточныхъ венъ является одной изъ наиболѣе частыхъ формъ инфекцій при предлежаніяхъ дѣтскаго мѣста.

Дѣтская смертность еще болѣе высока, чѣмъ смертность матерей. Она достигаетъ отъ 25 до 70% въ зависимости отъ автора. Это тяжкое предсказаніе зависитъ отъ того, что отдѣленіе дѣтскаго мѣста отграничиваетъ отъ матки нѣкоторую часть органа, которая уже ни къ чему не годится. Изъ этого слѣдуетъ, что плодъ не находится болѣе въ достаточной мѣрѣ въ соприкосновеніи съ кровью матери и что онъ умираетъ отъ асфиксіи.

Распознаваніе. Всякое кровотеченіе въ послѣдніе три мѣсяца беременности должно заставить подумать о предлежаніи дѣтскаго мѣста.

Шейный каналъ всегда пропускаетъ палець,

если происходит болѣе или менѣе обильно кровотеченіе, поэтому изслѣдующій палець и по падаетъ прямо на губчатую массу дѣтскаго мѣста когда оно покрываетъ отверстіе матки или выдается за его край.

Однако, иногда возможно принять кровяные сгустки за послѣдовыя дольки; но сгустки крови легко раздавливаются и выводятся пальцами.

Кровотеченія вслѣдствіе неправильнаго прикрѣпленія послѣда представляютъ часто столь большую опасность, что мало найдется врачей, которые не имѣли бы случаевъ смерти женщины, вызванной этимъ ужаснымъ осложненіемъ.

Однако, другія причины могутъ дать мѣсто кровотеченіямъ изъ матки.

Послѣдъ иногда отслаивается, даже когда онъ прикрѣпленъ нормально. Но, въ этомъ случаѣ, кровотеченіе не имѣетъ того же самаго характера; въ данномъ случаѣ имѣется, главнымъ образомъ, внутреннее кровотеченіе и кровь, вытекающая наружу, обезцвѣчена или темновата. Женщина представляетъ всѣ симптомы тяжелой кровопотери, а, однако, наружу вытекаетъ мало крови. Кромѣ того, матка принимаетъ большіе размѣры и становится твердой.

Практически сравнительное распознаваніе не имѣетъ большого значенія, потому что пособіе совершенно одинаково какъ и при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

Мы не будемъ настаивать на кровотеченіяхъ, происходящихъ отъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища и шейки (травматизмы, разрывы верикозныхъ венъ наружныхъ половыхъ

органовъ, вслѣдствіе простой ссадины, изъязвленія и грибообразныя образованія при ракъ шейки). Внутреннее изслѣдованіе, а также употребленіе зеркаль позволить сейчасъ же узнать внѣматочное происхожденіе этихъ кровопотерь.

Л е ч е н і е. Во время беременности, если кровотеченіе не опасно, не обильно, можно еще ждать, до вмѣшательства, чтобы роды наступили сами собой. Стало быть, довольствуются въ этомъ случаѣ удержаніемъ женщины въ постели при хорошемъ надзорѣ.

Когда кровотеченіе сразу болѣе серьезно или когда оно становится таковымъ въ силу непрерывности или въ силу частой повторяемости, то перерывъ беременности становится обязательнымъ во всѣхъ случаяхъ, если даже роды не начались.

Если нѣтъ показанія къ немедленному прерыванію, можно прибѣгнуть къ влагалищной тампонаціи; но это является простымъ средствомъ выжиданія, позволяющимъ остановить или ослабить потерю крови, вызывая въ то же время сокращенія матки. Когда послѣднія появились, будетъ уже легче вмѣшаться болѣе активно.

Влагалищная тампонація можетъ производиться съ помощью длинныхъ марлевыхъ стерилизованныхъ бинтовъ, каковыя вводятся во влагалище, или при помощи баллона Шамптье де-Риба.

Количество марли, которое нужно ввести для того, чтобы тампонація была дѣйствительной, значительно. Употребленіе зеркала, оттягивающаго

заднюю стѣнку, необходимо, чтобы расположить марлю глубоко во влагалищѣ.

Съ помощью длиннаго пинцета, вводятъ конецъ перваго бинта до дна влагалища и набиваютъ марлю вокругъ шейки, въ сводахъ; затѣмъ закладываютъ, впереди шейки, всю полость влагалища. Вынимаютъ зеркало, закладываютъ снова тампонъ и заполняютъ, такимъ образомъ, получившееся пустое пространство.

Если подъ рукой нѣтъ зеркала, то пользуются просто двумя пальцами, помѣщенными во влагалищѣ и оттягивающими внизъ насколько возможно заднюю влагалищную стѣнку и промежуточность.

Закончивъ тампонацію, накладываютъ Т-образный бинтъ на половыя части, чтобы помѣшать тампону выпасть.

Марля не должна оставаться на мѣстѣ болѣе двѣнадцати часовъ и послѣдующее пособіе опредѣляется остановкой или продолженіемъ кровотока.

Бинты должны быть послѣдовательно соединены одни съ другими, чтобы можно было ихъ быстро удалить.

Цѣлью тампонаціи является не только остановка кровопотери, но также вызваніе схватокъ и достаточнаго открытія шейки для облегченія болѣе дѣйствительнаго вмѣшательства.

Этотъ результатъ вѣрнѣе достигается введеніемъ баллона Шамптье де Роба, дѣйствіе котораго болѣе вѣрно.

Во всѣхъ случаяхъ, когда кровотеченіе вызываетъ безпокойство и продолжается послѣ вла-

галищной хорошо сдѣланной тампонаціи, лучшей способъ состоитъ въ возможно быстромъ освобожденіи матки. Послѣдняя требуетъ весьма увѣренной техники.

Прежде всего производятъ искусственное раскрытіе шейки двуручнымъ способомъ Боннера.

Низведя шейку щипцами Гегара (Hegar), помѣщенными на переднюю губу, вводятъ указательный палецъ внутрь шейнаго канала. Это введеніе не встрѣчаетъ обычно никакого затрудненія, потому что, въ случаѣ предлежанія дѣтскаго мѣста, шейка почти всегда очень размягчена и растяжима; если бы этого не было, то слѣдовало бы начать съ расширенія расширителями Гегара. Затѣмъ вводятъ второй палецъ рядомъ съ первымъ; послѣ этого подставляютъ на мѣсто второго пальца указательный палецъ другой руки, и оба указательныхъ пальца, поставленныхъ другъ къ другу тыльными поверхностями, чтобы получить солидную точку опоры, стараются, раздвигая одинъ отъ другого, растянуть шейку или въ одномъ, или въ другомъ направленіи.

Какъ только возможно, средній палецъ одной изъ рукъ присоединяютъ къ указательнымъ пальцамъ, а вскорѣ затѣмъ къ нимъ присоединяютъ и средній палецъ другой руки; такимъ образомъ, вводятъ послѣдовательно четыре пальца, которые, дѣйствуя одновременно такъ же, какъ первоначально введенные указательные пальцы, постепенно растягиваютъ шейку въ достаточной мѣрѣ, чтобы было возможно ввести, по крайней мѣрѣ, два пальца внутрь маточной полости. Затѣмъ про-

никаютъ въ нее чрезъ оболочки или, если ихъ нельзя достигъ, чрезъ самый послѣдъ, и производятъ поворотъ по Брактонъ-Гиксу.

Эти различные приемы должны быть сдѣланы съ осторожностью, чтобы не вызвать разрывовъ шейки, на опасности которыхъ, при этихъ условіяхъ, бесполезно долго настаивать.

Когда роды начались всякій выжидательный способъ долженъ быть оставленъ. Необходимо во что бы то ни стало остановить кровотеченіе самымъ быстрымъ способомъ и не задумываясь о жизни плода, которая и безъ того уже сомнительна и не входитъ въ сравненіе съ жизнью матери.

Влагалищная тампонація можетъ причинить въ данномъ случаѣ бѣду, потому что незначительное, по видимости, кровотеченіе становится очень серьезнымъ, когда оно затягивается и тогда приходится бояться его неожиданнаго ухудшенія.

Кровь пропитываетъ марлю, мало-по-малу проникаетъ черезъ нее и появляется наружу только тогда, когда тампонъ совершенно ею пропитанъ. Изъ этого слѣдуетъ, что врачъ не имѣетъ никакого контроля надъ степенью дѣйствительной потери крови и предупреждаетъ о серьезности положенія только тяжелымъ общимъ состояніемъ больной. Весь результатъ сводится, въ общемъ, къ потерѣ драгоценнаго времени. Такъ же точно обстоитъ дѣло съ баллономъ Шамптье де Роба, сзади котораго скопляется кровь.

Когда дѣло идетъ о краевомъ предлежаніи дѣтскаго мѣста и когда имѣется продольное положеніе, можно прибѣгнуть, прежде всего, къ методу

Пюзю, каковой состоитъ въ искусственомъ разрывѣ оболочекъ. Этотъ разрывъ производится или пальцемъ, или кровоостанавливающимъ пинцетомъ, или пинцетомъ для перевязокъ, которымъ захватываютъ оболочки, чтобы затѣмъ широко ихъ разорвать. Широкое разрываніе приводитъ очень часто къ остановкѣ кровотеченія, потому что послѣднее обязано тому, что дѣтское мѣсто, не будучи въ состояніи слѣдовать за маткой во время ея раскрытія, отслаивается отъ маточной стѣнки. Если же оболочки широко разорваны, то ихъ подергиваніе за дѣтское мѣсто болѣе не существуетъ и отслоеніе приостанавливается.

Однако, этотъ способъ не вѣренъ и можно наблюдать случаи продолженія кровотеченія даже если оболочки широко разорваны.

Если дѣло обстоитъ такъ, нужно тогда немедленно измѣнить первоначальное предлежаніе въ предлежаніе ягодичное съ ножками. При затылочномъ предлежаніи производятъ поворотъ на ножку, который остается всегда лучшимъ способомъ леченія въ случаяхъ предлежанія дѣтскаго мѣста. Къ этому вмѣшательству и слѣдуетъ сразу прибѣгнуть, когда имѣется дѣло съ центральнымъ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста, полнымъ или частичнымъ, или съ предлежаніемъ плеча.

Въ зависимости отъ степени открытія производятъ поворотъ или всей рукой, или по способу Бракстонъ-Гикса, проходя чрезъ оболочки, если можно ихъ достигъ, даже чрезъ самое дѣтское

мѣсто, если оболочки не достигаются (центральное полное предлежаніе). Когда плодъ уже предлежитъ тазовымъ концомъ, то просто низводятъ ножку, которая первой попадетъ подъ руку.

Измѣненіе первоначальнаго предлежанія въпредлежаніе ножное имѣетъ единственной цѣлью использовать плодъ, какъ предметъ сдавливанія отслоившагося дѣтскаго мѣста. Туловище плода такимъ образомъ вызываетъ остановку кровотока непосредственнымъ сдавливаніемъ.

Затѣмъ природѣ предоставляютъ изгнаніе плода и вмѣшиваются только для выведенія ручекъ и головки.

Это, какъ мы уже говорили, является лучшимъ способомъ, потому что онъ наиболѣе дѣйствителенъ. Въ самомъ дѣлѣ, статистика значительно улучшилась по отношенію матерей съ тѣхъ поръ, какъ замѣна первоначальнаго предлежанія предлежаніемъ ножнымъ вошло въ общее примѣненіе.

Въ большинствѣ случаевъ это вмѣшательство вызываетъ быстро сильныя и правильныя схватки, вслѣдствіе нахождения въ зѣвѣ матки опущенной конечности. Зѣвъ раскрывается, ягодицы вступаютъ въ тазъ, опускается полость, и роды кончаются безъ всякаго вмѣшательства. Можно усилить изгнаніе плода, привязывая къ ступнѣ ребенка марлевый стерилизованный бинтъ, достаточной длины, чтобъ онъ достигалъ края кровати и, чтобы на немъ можно было подвѣсить грузъ.

Изобрѣтательность врача можетъ проявляться здѣсь различнымъ образомъ. Въ одномъ случаѣ моей частной практики, мнѣ пришлось воспользо-

ваться маленькой корзинкой, содержащей нѣсколько яблокъ.

Дѣтская смертность несомнѣнно очень высока послѣ этого вмѣшательства (60—70%), но при неправильномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста, каково бы ни было леченіе, судьба ребенка всегда очень сомнительна, поэтому позволительно съ нимъ не считаться, принимая во вниманіе лишь опасность, которой подвергается жизнь матери.

Предсказаніе для ребенка зависитъ отъ степени раскрытія въ моментъ вмѣшательства, и быстроты, съ которой плодъ изгнанъ. Такимъ образомъ, предсказаніе безконечно серьезнѣе, если зѣвъ позволяетъ введеніе только двухъ или трехъ пальцевъ, чѣмъ позже, когда раскрытіе достаточно для того, чтобы можно было пройти всей рукой въ матку.

По этимъ-то соображеніямъ нѣкоторые акушеры и предпочитаютъ, въ цѣляхъ вызвать схватки, ускорить раскрытіе и сдавить одновременно кровотокающую поверхность дѣтскаго мѣста, низведенію ножки введеніе внутрь полости яйца баллона Шамптье де Рибя. Послѣ его изгнанія бываетъ полное открытіе и ничто не мѣшаетъ немедленному извлеченію.

Однако баллонъ не улучшаетъ въ замѣтной степени предсказанія для дѣтей. Въ самомъ дѣлѣ, сдавливаніе имъ дѣтскаго мѣста прямо вредно для плода, потому что оно происходитъ на слишкомъ большомъ пространствѣ. Кромѣ того, баллонъ нисколько не больше возбуждаетъ дѣятельность матки, чѣмъ низведенная ножка; его введеніе не всегда легко и увеличиваетъ опасность инфекции. Такъ что предшествующій способъ, со всѣхъ точекъ зрѣнія, является безусловно лучшимъ.

ГЛАВА XV.

Разрывъ матки.

О п р е д ѣ л е н і е. Разрывъ матки является очень тяжелымъ осложненіемъ, но, къ счастью, довольно рѣдкимъ. Онъ называется с а м о п р о и з в о л ь н ы м ъ, когда онъ вызывается механическимъ препятствіемъ которое не можетъ быть побѣждено усиліями матки (ригидность шейки, ракъ, предлежащая опухоль, суженіе таза, запущенное предлежаніе плеча, чрезмѣрный объемъ головки, гидроцефалія); т р а в м а т и ч е с к и м ъ, когда онъ происходитъ вслѣдствіе какого-нибудь акушерскаго пособія.

Мы рассмотримъ здѣсь только первый.

Если по какой-нибудь причинѣ усиліе матки встрѣчаетъ ненормальность сопротивленія, схватки изгоняють постепенно весь плодъ въ нижній сегментъ матки, который растягивается и истончается все болѣе и болѣе до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ разрывъ.

Разрывы матки могутъ захватывать всю поверхность матки и въ общемъ раздѣляются на в н у т р и б р ю ш и н н ы е р а з р ы в ы, п о д б р ю ш и н н ы е (при которыхъ брюшина остается цѣлой) и в н ѣ б р ю ш и н н ы е, въ зависимости

отъ того затрагиваютъ ли они часть матки, покрытую или непокрытую брюшиной. Послѣдніе могутъ осложниться распространеніемъ разрыва на со-сѣдніе органы, какъ мочевоу пузырь и прямая кишка.

П р и з н а к и. Они обычно рѣзко выражены. Однако они могутъ совершенно отсутствовать, такъ что можно прекраснымъ образомъ ничего не замѣтить въ самый моментъ его происхожденія.

Обычно роженица испытываетъ очень острую и неожиданную боль въ нижней части живота, затѣмъ она падаетъ въ обморокъ. Пульсъ чаще всего слабѣетъ, но можетъ также остаться правильнымъ. Иногда наблюдается вздутіе живота.

Боли прекращаются неожиданно или по крайней мѣрѣ ослабѣваютъ очень замѣтнымъ образомъ, и черезъ влагалище вытекаетъ черноватая кровь.

Если разрывъ настолько распространенъ, что позволяетъ части тѣла ребенка перейти въ брюшную полость, то тотчасъ же бываютъ поражены поверхностнымъ положеніемъ плода. Части плода прощупываются непосредственно подъ брюшной стѣнкой и обнаруживаютъ ненормальную подвижность. Выслушиваніе—отрицательное.

Обморокъ вызывается шокомъ, а не кровоточеніемъ. Въ самомъ дѣлѣ послѣднее никогда не бываетъ обильнымъ, даже если разрывъ очень распространенъ; между тѣмъ какъ кровоточеніе, которое слѣдуетъ за травматическимъ разрывомъ, можетъ быть, напротивъ, очень обильнымъ. Если дѣло идетъ о внѣбрюшинномъ разрывѣ, то кровь вытекаетъ въ параметрій, но такъ медленно, что признаки внутренняго кровоточенія цѣликомъ от-

существуютъ, даже когда образуется большая гематома.

Распознаваніе. Если клиническіе симптомы въ общемъ настолько ясны, что нетрудно сдѣлать распознаваніе разрыва матки, то опредѣлить его точное мѣстоположеніе иногда гораздо труднѣе. Однако для практическаго врача гораздо важнѣе узнать, что произошелъ разрывъ, чѣмъ поставить распознаваніе точнаго мѣстоположенія этого разрыва.

Когда весь плодъ перешелъ въ полость живота (что, пожалуй, бываетъ рѣдко) распознаваніе не представляетъ, обычно, никакого труда, потому что прощупываютъ рядомъ съ плодомъ сократившуюся и пустую матку. Однако ошибки возможны, и бывали случаи, когда принимали гематому широкой связки за матку и считали, что плодъ вышелъ изъ органа въ то время, какъ онъ еще находится въ немъ.

Когда мелкія части проникли внутрь мочевого пузыря или въ широкую связку, можно имѣть то же самое ощущеніе, какъ если бы онѣ находились непосредственно подъ кожей.

Не легко также дѣлать распознаваніе мѣста разрыва когда плодъ изгнанъ. Присутствіе кишечныхъ петель въ маткѣ и во влагалищѣ указываетъ вполне въ достаточной мѣрѣ на сообщеніе съ полостью живота.

Если подозрѣваютъ незначительный разрывъ матки, необходимо внимательно изслѣдовать пальцами, введенными для внутренняго изслѣдованія, всѣ мягкія массы, которыя находятся во влагалищѣ и маткѣ, такъ какъ можно легко принять за простые сгустки кишечныя петли, которыя

можно оторвать отъ ихъ брыжжейки. Бывали даже случаи, что, принятыя за омертвѣвшія ткани или за пуповину, онѣ были отрѣзываемы.

Внѣбрюшинный разрывъ можетъ походить до полнаго смѣшенія на подбрюшинный разрывъ, когда послѣдній расположенъ сбоку. Палецъ проникаетъ въ обширную полость, образованную широкой связкой, наполненной кровью и содержащей иногда мелкую часть плода.

Точно такъ же, подбрюшинный разрывъ можетъ быть принятъ за внутрибрюшинный, потому что кишечныя петли прощупываются очень ясно черезъ брюшину; получается впечатлѣніе, что палецъ находится внутри брюшной полости.

Послѣдъ переходитъ часто также въ брюшную полость. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ изгонялся въ широкую связку.

Предсказаніе. Разрывъ матки является осложненіемъ чрезвычайной тяжести, влекущимъ чаще всего смерть: послѣдняя обязана инфекціи, а не кровотеченію (въ общемъ скорѣе слабому, какъ мы уже говорили). Рѣдко, чтобы женщина, которая сопротивляется шоку и кровотеченію, не погибала отъ остраго перитонита въ слѣдующіе за осложненіемъ дни.

Самопроизвольному разрыву матки всегда предшествуютъ признаки растяженія нижняго сегмента, которые должны привлечь вниманіе на опасность, каковая угрожаетъ женщинѣ, и произвести немедленно искусственное окончаніе родовъ. Эти признаки были уже описаны, и мы къ нимъ не вернемся.

Инфекція почти неизбѣжна, такъ какъ разрывъ

происходить только долго спустя послѣ прохождения водъ; кромѣ того оставшаяся въ полости матки жидкость представляетъ собой прекрасную среду для культуры, откуда микроорганизмы переходятъ или на брюшину, или въ параметрій.

Внутрибрюшинный разрывъ влечетъ за собой болѣе серьезное предсказаніе, чѣмъ подъ и внѣбрюшинный разрывъ, при которыхъ очагъ можетъ локализоваться и естественно дренироваться черезъ рану.

П о с о б і е. Важно изслѣдовать, не торопясь, и избѣгать тщательнымъ образомъ всякаго приѣма, могущаго превратить подъ и внѣбрюшинный разрывъ въ внутрибрюшинный.

Такимъ образомъ, практической врачъ принципиально долженъ отказаться отъ попытки дѣлать распознаваніе точнаго мѣста разрыва. Такъ какъ кровотеченіе обычно бываетъ необильное, его пособіе въ виду тяжести случая должно состоять въ личномъ воздержаніи и въ перенесеніи больной въ ближайшую больницу, какъ только больная оправится отъ явленій шока; поэтому бесполезно входить здѣсь въ детали различныхъ способовъ леченія: извлеченіе плода естественными путями или чрезосѣченіе, дренированіе, тампонированіе или зашиваніе разрыва, удаленіе матки брюшное или влагалищное (способа леченія, которые входятъ исключительно въ вѣдѣніе спеціалиста).

Дѣлая попытки на мѣстѣ и собственными средствами извлечь плодъ естественными путями, практической врачъ только можетъ осложнить положеніе, увеличивая еще болѣе размѣры поврежденія и безъ того уже большіе шансы на инфекцію.

ГЛАВА XVI.

Неправильные тазы.

А. ВЛІЯНІЕ НА БЕРЕМЕННОСТЬ.

Суженіе входа таза, говоритъ Коммандеръ ¹⁾, удерживаетъ приподнятымъ нижній полюсъ беременной матки и мѣшаетъ ей помѣститься въ верхней части полости. Съ другой стороны матка обнаруживаетъ часто счєнь большую подвижность во всѣхъ направленіяхъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія маточныхъ связокъ, ослабленія, вслѣдствіе сильнаго растяженія брюшной стѣнки, на которую переносится вся тяжесть органа и не нормальной выпуклости поясничной части позвоночника, выдвинутого впередъ. Часто констатируютъ ненормальное наклоненіе дна матки вправо или влѣво, но преобладающимъ отклоненіемъ является впередъ. Послѣднее, находясь въ связи съ уменьшеніемъ объема полости живота и съ ослабленіемъ его стѣнки, можетъ быть очень выраженнымъ; животъ прини-

¹⁾ Commandeur in P. Bar, A. Brindeau et. J. Chamberlent. Практика искусства родовъ. 1907 годъ. Paris. Asselin et Houreau, томъ II.

маеть тогда форму мортиры, иногда даже сумки—отвислый.

Послѣдствіемъ всѣхъ этихъ обстоятельствъ является очень большая частота неправильныхъ предлежаній, которыя зависятъ отъ невозможности для любой части плода приспособиться къ суженному входу таза. Этотъ недостатокъ приспособленія обнаруживается еще въ случаяхъ продольнаго положенія, непрекращающейся подвижностью головки или ягодиць надъ входомъ таза.

Ненормальная подвижность головки является клиническимъ признакомъ высокой важности. Однако, это — непостоянное явленіе и, когда суженіе невелико, приспособленіе возможно. Оно можетъ иногда объясниться малыми размѣрами головки плода. Какъ послѣдствіе этихъ нарушеній приспособленія плода, наблюдается частая перемѣна предлежанія и вида не только во время беременности, но даже въ началѣ родовъ.

Недостатокъ приспособленія плода допускаеть также подвижность пуповины и конечностей плода и способствуетъ ихъ выпаденію.

В. ВЛІЯНІЕ НА ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ ¹⁾.

Теченіе родовъ при суженіи таза зависитъ цѣликомъ отъ несоотвѣтствія существующаго

¹⁾ Commandeur loc cit.

между размѣрами головки плода и таковыми же таза, черезъ который она должна пройти.

Чѣмъ больше несоотвѣтствіе, тѣмъ труднѣе роды, при чемъ они могутъ стать невозможными.

Но не одни только явленія вступленія головки подвергаются вліянію суженія таза: все теченіе родовъ пріобрѣтаетъ другой характеръ, чѣмъ тотъ, который наблюдается у женщинъ съ правильнымъ тазомъ.

Схватки измѣняются въ различномъ смыслѣ.

Онѣ часто становятся неправильными и принимаютъ часто спазмодическій или тетанической характеръ чрезвычайно невыгодный, такъ какъ онѣ тогда не даютъ никакого результата, какъ для раскрытія шейки, такъ и для прохожденія плода.

Въ другихъ случаяхъ онѣ появляются въ короткіе промежутки времени и очень сильны. Онѣ приводятъ въ подобномъ случаѣ къ болѣе или менѣе быстрому окончанію родовъ или, если изгнаніе невозможно, къ явленіямъ растяженія нижняго сегмента матки (первоначальный моментъ разрыва матки), если только органъ, утомленный развитымъ имъ громаднымъ усиліемъ, не впадаетъ вслѣдствіе этого въ состояніе несокращаемости. Благопріятный въ одномъ смыслѣ, когда механическія затрудненія незначительны, тотъ видъ схватокъ становится, напротивъ, очень опаснымъ, когда роды невозможны вслѣдствіе степени суженія. Эти усиленные схватки могутъ появиться съ начала родовъ; въ другихъ случаяхъ схватки нормальны или даже слабы въ первомъ моментѣ и только послѣ разрыва оболочекъ или въ періодѣ

изгнанія сокращенія матки достигаютъ необычайной силы.

Наконецъ, относительная или абсолютная несокращаемость можетъ обнаружиться иногда съ самаго начала родовъ. Сокращенія матки остаются въ зачаточномъ состоянїи, въ теченіе часовъ и дней.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, нормальныя схватки чередуются съ менѣ сильными; имѣются послѣдовательные періоды относительной несокращаемости и сильныхъ сокращеній.

Плодный пузырь, при узкихъ тазахъ, имѣетъ ненормальные размѣры. Это крайнее растяженіе становится возможнымъ вслѣдствіе недостатка приспособленія предлежащей части плода.

Если оболочки слабо сопротивляются, то избытокъ давленія въ пузырьѣ вызываетъ его преждевременный разрывъ, который происходитъ иногда съ первымъ же появленіемъ схватокъ въ то время, какъ раскрытіе едва началось. Такой ранній разрывъ является всегда печальнымъ осложненіемъ, такъ какъ головка плода, находящаяся надъ входомъ таза, не можетъ вступить въ соприкосновеніе съ нижнимъ сегментомъ и шейкой. Раскрытія не происходитъ болѣе; матка сокращается, а за ней отдѣляется поверхность прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, что вызываетъ въ концѣ концовъ страданіе, а затѣмъ и смерть плода.

Наконецъ, разрывъ оболочекъ происходитъ обыкновенно неожиданно; околоплодная жидкость, съ силой вытекая, увлекаетъ иногда съ собой пуповину, которая и выпадаетъ.

Неправильная дѣятельность матки уже сама по себѣ влечетъ медленное и непра-

вильное раскрытіе шейки; но, если оболочки разрываются преждевременно, то зѣвъ значительно спадается и раскрытіе происходит тогда съ невыразимой медленностью.

Когда раскрытіе пріостановилось и роды затягиваются, тогда можетъ произойти серьезное осложненіе, а именно: отекъ краевъ зѣва. Этотъ отекъ чаще всего встрѣчается на передней губѣ, иногда на всей периферіи зѣва. Это пассивный отекъ, вслѣдствіе сдавливанія шейки между головкой и костными краями таза. Образовавшись одинъ разъ, онъ уже не исчезаетъ; онъ можетъ стать значительнымъ, въ особенности на передней губѣ. Отечная инфильтрація заставляеть шейку терять часть своей эластичности и создаетъ такимъ образомъ форму вторичной ригидности, которая дѣлаеть органъ менѣе растяжимымъ, болѣе хрупкимъ и болѣе подверженнымъ разрывамъ.

Существующее несоотвѣтствіе между размѣрами голсвки и таза придаетъ механизму родовъ при неправильныхъ тазахъ совершенно особенное теченіе.

Первая неправильность родовъ состоитъ въ трудности вступленія головки. Вступленіе головки въ тазъ, когда оно возможно, происходитъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ во время беременности, а во время родовъ, рѣдко до разрыва плоднаго пузыря.

Только въ случаяхъ небольшого суженія, при головкѣ плода небольшой и эластичной, механизмъ родовъ можетъ оставаться такимъ, каковъ онъ бываетъ при нормальномъ тазѣ. Какъ только несоотвѣтствіе немного выражено, вступленіе головки въ тазъ болѣе невозможно безъ отклоненія

этого механизма, отклоненія, опредѣляемаго формой суженія. Каждой формѣ соотвѣтствуетъ въ нѣкоторомъ родѣ свой механизмъ.

Мы остановимся, резюмируя здѣсь еще разъ главу Коммандера ¹⁾, только на механизмѣ, характерномъ для трехъ суженій таза, чаще всего наблюдающихся, а именно на простомъ плоскомъ тазѣ, на общесуженномъ и на общесуженномъ плоскомъ.

Въ простомъ плоскомъ тазѣ (рис. 420) прямой размѣръ одинъ только уменьшенъ, другіе же или нормальны, или увеличены. Выдающийся мысъ не позволяетъ косога вставленія въ тазъ, такъ какъ, когда затылокъ будетъ находиться кпереди, лобный задній бугоръ будетъ касаться мыса.

Поэтому, косые размѣры не могутъ быть использованы и головка устанавливается въ поперечномъ размѣрѣ.

Стало быть, одинъ только размѣръ остается возможнымъ для вступленія и это—срединный поперечный размѣръ нормальныхъ или увеличенныхъ размѣровъ. Такое вставленіе тѣмъ болѣе благоприятно, что въ этой позиціи переднія области головки плода находятся въ отношеніяхъ съ передней дугой, изгибъ которой почти соотвѣтствуетъ изгибу окружности предлежанія.

Головка вступаетъ во входъ таза въ полусогнутомъ положеніи, предлежа своей прямой окружностью (рис. 420).

Большой поперечный размѣръ соотвѣтствуетъ

¹⁾ Commandeur loc. cit.

прямоу уменьшенному размѣру; но головка плода, чтобы имѣть возможность вступить, проходить въ такомъ случаѣ бокомъ къ стѣнкѣ таза, обращенной къ затылку, и это до тѣхъ поръ, пока послѣдній не получитъ соприкосновенія съ краемъ входа таза.

Въ этомъ движеніи задній теменной бугоръ отходить отъ мыса и помѣщается передъ крестцово-



Рис. 420. Вставленіе головки при простомъ плоскомъ тазѣ.

подвздошной вырѣзкой въ то время, какъ передній бугоръ вступаетъ въ соприкосновеніе съ передней дугой таза, имѣющей большой радиусъ изгиба. Большой поперечный размѣръ такимъ образомъ находитъ пространство, достаточное для прохожденія въ тазъ. Когда головка проталкивается сокращеніемъ матки и затылокъ задерживается краемъ таза, происходитъ движеніе легкаго разгибанія такъ, что головка, такимъ образомъ, предлежитъ въ среднемъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ положеніи.

Большой родничок опускается и приближается къ центру таза. Въ этихъ условіяхъ, головка противопоставляетъ прямому размѣру участки болѣе или менѣе близкіе къ ея малому поперечному (8 сант.) меньшему, чѣмъ большой поперечный размѣръ (9,5 сант.) и особенно болѣе эластичному и болѣе способному уменьшиться, размѣру, такъ какъ послѣдній соотвѣтствуетъ двумъ лобнотемненнымъ швамъ, т.-е. области особенно эластичной.

Вступленіе въ тазъ происходитъ, стало быть, въ поперечномъ размѣрѣ и въ среднемъ положеніи.

Вступивъ въ полость, головка находитъ, обычно, широкую полость, въ которой она сгибается и поворачивается. Сопротивленіе, испытываемое головкой, находится, стало быть, цѣликомъ во входѣ таза. Здѣсь дѣлается наибольшее усиліе. Если суженіе можетъ быть пройдено, остальная часть родовъ происходитъ обычно быстро, какъ только головка проникла въ полость, если, конечно, не происходитъ вторичной несокращаемости матки, вслѣдствіе ея утомленія отъ истощенія произведеннымъ усиліемъ.

Механизмъ вступленія въ тазъ бываетъ часто болѣе сложнымъ. Часто плоскость большой окружности головки не параллельна плоскости входа таза и одинъ теменной бугоръ находится выше другого по отношенію къ этой плоскости. Одна изъ теменныхъ костей, передняя или задняя, покрываетъ пространство входа таза на большемъ

протяженіи, чѣмъ другая. Въ такомъ случаѣ говорятъ, что головка предлежитъ асинклитично.

Это наклоненіе головки на плоскость входа таза можетъ представлять различныя степени и, въ крайнихъ случаяхъ, можетъ случиться, что стрѣловидный шовъ проходить, въ зависимости отъ случая, или на уровнѣ лона, или же на уровнѣ мыса.

Въ работѣ, появившейся въ 1901 году ¹⁾, я показалъ, что наклоненіе головки на плоскость входа таза зависитъ единственно отъ наклоненія оси матки впередъ или назадъ отъ оси входа таза, и что въ нормальномъ тазу констатируютъ, въ зависимости отъ случая, или синклитическое вставленіе, или умѣренную форму передняго асинклитизма или асинклитизма задняго. Эти три способа вхожденія могутъ въ одинаковой мѣрѣ разсматриваться здѣсь, какъ нормальные.

Равнымъ образомъ я показалъ, что, если у многорожавшихъ находятъ чаще стрѣловидный шовъ ближе къ мысу, чѣмъ къ лону, то это обстоятельство обязано только растяженію, которому подверглись стѣнки живота вслѣдствіе предыдущихъ беременностей, растяженію, которое позволяетъ оси матки находиться впереди оси таза. Но у женщинъ, имѣющихъ суженіе таза, препятствующее правильному вступленію го-

¹⁾ De Seigueux—Ueber die Neigung der Uterun am Ende der Schwangerschaft und die Kopfenstellung. In Beiträge für Geburtshülfe und Gynaekologie, томъ IV. 1901 годъ.

ловки, имѣется всегда даже, если животъ не представляетъ ясно отвислую форму, наклоненіе матки впередъ, происходящее отъ ослабленія стѣнки живота, на которую переносится вся тяжесть органа. Изъ этого слѣдуетъ, что, согласно вышесказанному по поводу существующихъ соотношеній между наклоненіемъ матки на плоскость входа таза и способомъ вступленія въ тазъ, болѣе или менѣе выраженное предлежаніе передней теменной кости является при узкихъ тазахъ обычнымъ предлежаніемъ; оно представляетъ здѣсь, за исключеніемъ двухъ другихъ способовъ, явленіе нормальное.

Если, при узкомъ тазѣ, головка предлежитъ своей задней теменной костью, то это всегда является предлежаніемъ въ высокой степени патологическимъ, потому что, когда ось матки находится впереди оси входа таза, головка наклоняется на переднее плечо, и ось туловища плода и ось прохожденія головки не направляются въ одномъ направленіи.

Чѣмъ болѣе стрѣловидный шовъ приближенъ къ лону, тѣмъ больше имѣется затрудненій, даже невозможности для вступленія, такъ какъ сокращенія матки, дѣйствуя на головку черезъ посредство туловища плода, производятъ, въ этомъ случаѣ, дѣйствіе, которое лучше всего сравнить съ биллиарднымъ кіемъ, производящимъ свой эффектъ; вмѣсто того, чтобы способствовать вхожденію головки постепеннымъ исправленіемъ начальнаго асинклитизма, сокращенія эти напротивъ стремятся еще болѣе увеличить асинклитизмъ (см. рис. 419).

Предлежаніе передней теменной кости представляет механизмъ, приспособленный для прохожденія входа таза, такъ какъ оно позволяетъ большому поперечному размѣру пройти входъ таза, заставляя опуститься послѣдовательно въ тазъ одинъ, а затѣмъ другой теменной бугоръ. Усиліе матки, въ противоположность таковому при предлежаніи задней теменной кости, стремится въ данномъ случаѣ исправить начальный асинклитизмъ, потому что оно дѣйствуетъ на головку, производя обратное дѣйствіе.

Передній теменной бугоръ спускается первымъ позади лонной дуги на верхнемъ краѣ лона фиксируется область, соотвѣтствующая височнотеменному шву или сосѣдня съ нимъ. Головка поворачивается тогда вокругъ этого неподвижнаго пункта, причемъ задній теменной бугоръ описываетъ въ задней полсвинѣ таза дугу круга, сверху внизъ, которая ее приводитъ подъ плоскость входа и заканчиваетъ вступленіе.

Въ о б щ е-с у ж е н н о м ъ т а з ѣ (рис. 421), гдѣ всѣ размѣры уменьшены въ одинаковой степени, входъ таза сохраняетъ свою нормальную форму. Преобладаніе остается за косыми размѣрами, какъ за размѣрами вступленія и слабое уменьшеніе крестцововертлужныхъ разстояній, которыя рѣдко имѣютъ меньше 8 сант., позволяетъ имъ помѣститься достаточно большой поперечный размѣръ головки плода.

Стало бытъ, какъ и въ нормальномъ тазѣ, имѣется два размѣра вступленія въ положеніи умѣренного сгибанія нормальныхъ родовъ; поэтому головка плода, вслѣдствіе большого сопротивленія, которое она испытываетъ со стороны таза, умень-

шаетъ свои стрѣловидные размѣры, увеличивая сгибаніе такъ, что малый родничокъ находится въ центрѣ таза.

Вступленіе происходитъ, стало быть, въ косомъ размѣрѣ и въ крайнемъ сгибаніи. Обычно не существуетъ бокового наклоненія.

Несмотря на это первоначальное сгибаніе, тѣмъ



Рис. 421. Общесуженный тазъ. Вставленіе головки въ косомъ размѣрѣ и сильномъ сгибаніи.

болѣе выраженное, чѣмъ несоотвѣтствіе рѣзче, и, хотя дѣти бывають часто малыхъ размѣровъ, при этой формѣ таза, вступленіе бываетъ часто очень труднымъ.

Съ другой стороны, такъ какъ полость тоже уменьшена, затрудненія остаются и послѣ вступленія. Опусканіе происходитъ только цѣной долгихъ усилій и съ сильнымъ треніемъ. Однако, поворотъ головки въ тазу происходитъ обычно нормально.

Самое важное препятствіе, однако, находится во входѣ таза и это только исключительно, такъ какъ наблюдаютъ ея внѣдреніе въ полость. Механическія затрудненія продолжаются часто въ мягкомъ тазѣ, вслѣдствіе сопротивленія мягкихъ частей въ этой формѣ таза.

Въ плоскомъ и вообще суженномъ тазѣ всѣ размѣры уменьшены, но прямой размѣръ выхода больше другихъ.

При первой формѣ, изгибъ передней дуги сохраненъ и напоминаетъ изгибъ таза вообще и правильно суженнаго; но,—и это является характернымъ,—уменьшеніе крестцововертлужнаго расстоянія не позволяетъ головкѣ прямо установиться по косому размѣру.

Головка, такимъ образомъ, проникаетъ во входъ въ поперечномъ размѣрѣ и въ положеніи умѣреннаго сгибанія.

Большой поперечный размѣръ совпадаетъ съ уменьшеннымъ прямымъ, который не допускаетъ его вступленія. Но задній темянной бугоръ, остановленный мысомъ, не можетъ отойти отъ него, благодаря простому проскальзыванію головки, какъ при простомъ плоскомъ тазѣ. Это проскальзываніе дѣлается невозможнымъ вслѣдствіе уменьшенія средняго поперечнаго размѣра. Вступленіе дѣлается въ такомъ случаѣ съ помощью механизма, описаннаго Фоще подъ названіемъ двойного мыса.

Первоначально, находясь въ поперечномъ и въ среднемъ положеніи, головка, какъ при простомъ плоскомъ тазѣ, устанавливается слегка наискось, такъ чтобы задній темянной бугоръ помѣстился на боковыя части мыса, на уровнѣ

крестцовоподвздошной вырѣзки. Тогда она можетъ пройти плоскость входа таза и спуститься ниже уровня крестцовопозвоночнаго угла.

Въ этотъ моментъ происходитъ движеніе чрезмѣрнаго сгибанія, каковое замѣняетъ прямую окружность окружностью малой косою.

Въ то время, какъ происходитъ это сгибаніе, передній теменной бугоръ, кривизна котораго приспособляется къ кривизнѣ передней дуги, проходитъ въ свою очередь плоскость входа таза.

При второй формѣ плоскаго и общесуженнаго таза, передняя дуга таза имѣетъ болѣе короткій радіусъ, косо е в с т а в л е н і е головки невозможно, но первоначальное поперечное стояніе должно остаться таковымъ и позже. Тогда происходитъ первичное сгибаніе головки, сгибаніе тѣмъ болѣе выраженное, чѣмъ болѣе уменьшенъ поперечный размѣръ. Вступленіе происходитъ здѣсь при особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, такъ какъ большой поперечный размѣръ долженъ пройти въ плоскость прямого уменьшеннаго размѣра. Эта форма таза, такимъ образомъ, противопоставляетъ вступленію значительныя механическія затрудненія.

Сгибаніе, первичное или вторичное, продолжается послѣ вступленія, такъ какъ полость обычно уменьшена въ своихъ размѣрахъ.

Это уменьшеніе размѣровъ полости ставитъ препятствія поступательному движенію головки послѣ прохожденія входа таза, препятствія, не существующія въ простыхъ плоскихъ тазахъ, и которыя, какъ въ общесуженныхъ тазахъ, значительно затягиваютъ періодъ изгнанія.

Какъ при простыхъ плоскихъ тазахъ, механизмъ вступленія можетъ еще осложниться боковымъ наклоненіемъ головки.

С. ОБЩЕЕ ПРЕДСКАЗАНИЕ РОДОВЪ ПРИ УЗКИХЪ ТАЗАХЪ.

Въ самомъ началѣ мы видѣли, что узкіе тазы могутъ быть сгруппированы анатомически въ три группы, въ зависимости отъ прямого размѣра.

Въ первой группѣ находятся легкія суженія, то-есть тазы, у которыхъ истинная конъюгата имѣетъ отъ 11 до 9 сант.

Суженіе выражается здѣсь неправильнымъ механизмомъ родовъ, описаннымъ выше, и значительной большей продолжительностью родовъ, чѣмъ это бываетъ обыкновенно; но, въ общемъ роды самопроизвольны, безъ опасности для матери и для ребенка.

Во второй группѣ помѣщаются тазы, у которыхъ истинная конъюгата имѣетъ отъ 9 до 6 сант. Если самопроизвольные роды могутъ, какъ мы это увидимъ дальше, наблюдаться въ благопріятныхъ условіяхъ при суженіи до 7,5 сант., эта группа тѣмъ не менѣе является достояніемъ краніотоміи, кесарскаго сѣченія, пубіотоміи и преждевременныхъ искусственныхъ родовъ.

Наконецъ, послѣдняя и третья группа включаетъ тазы, у которыхъ истинная конъюгата имѣетъ меньше 6 сант. Эти тазы не позволяютъ болѣе родовъ естественными путями даже послѣ базіотрипсіи и кесарское сѣченіе остается единственнымъ пособіемъ акушера.

Самопроизвольное окончание родов при узких тазах зависит от трех условий, которые, будучи согласованны, часто позволяют даже, в случаях таза второй группы, изгнание живого ребенка.

Эти три условия, очень мѣняющіяся отъ одной женщины къ другой и отъ однихъ родовъ къ другимъ, у одной о той же женщины, суть:

- 1) сила маточныхъ сокращеній,
- 2) отношеніе между размѣрами головки и таза,
- 3) эластичность и пластичность головки.

Механизмомъ вступленія, специальнымъ для каждой формы таза, головка уже замѣняетъ, подъ вліяніемъ сокращеній матки, окружность первоначально предлежащую своею наивозможно меньшею окружностью.

Такимъ образомъ мы имѣемъ уже первый пунктъ: уменьшеніе размѣровъ вступленія головки благодаря увеличенію сгибанія (общесуженный тазъ и вторая форма плоскаго и общесуженнаго таза) или же, напротивъ, благодаря уменьшенію этого сгибанія (плоскій тазъ и первая форма плоскаго и общесуженнаго таза).

Но это не все, и природа располагаетъ еще другими средствами.

Не настаивая на томъ, что зрѣлый плодъ не имѣетъ всегда одинъ и тотъ же вѣсъ, что головки не имѣютъ всегда однихъ и тѣхъ же размѣровъ и что есть большія и маленькія головки, мы напомнимъ, что головной овоидъ не постояненъ, не неизмѣняемъ въ своихъ размѣрахъ окружностей.

Послѣднія могутъ болѣе или менѣе приспособляться къ размѣрамъ таза, въ зависимости отъ ширины швовъ и родничковъ и отъ степени окостенѣнія костей черепа, элементовъ, позволяющихъ или нѣтъ костямъ сближаться, заходить одна за другую, измѣнять свою первоначальную форму. Когда швы и роднички достаточно широки, кости черепа мало окостенѣли, то головка пользуется, слѣдовательно, второй возможностью уменьшенія: уменьшенія посредствомъ сдавливанія и измѣненія формы.

Изъ этого слѣдуетъ, что эластичность и пластичность головки достаточны, чтобы, подъ вліяніемъ сильныхъ и непрерывныхъ сокращеній матки, произошло необходимое уменьшеніе подлежащей окружности; въ концѣ концовъ головка успѣваетъ пройти суженіе входа таза послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго промежутка времени остановки, времени остановки, употребляемаго для ея измѣненія формы.

Послѣ сказаннаго будетъ понятно, что входъ классически правильнаго таза можетъ причинить большія затрудненія прохожденію головки ненормальныхъ размѣровъ и имѣющей малую или никакой способности къ приспособленію, въ то время, какъ тазъ, порядочно суженный, можетъ позволить вступленіе маленькой и даже нормальныхъ размѣровъ головки, если ея кости мягки и эластичны, швы и роднички широки, и если работа маточной мышцы достаточно дѣятельна.

Узкій тазъ, входящій анатомически во вторую группу, можетъ клинически рассматриваться какъ, если бы онъ принадлежалъ къ первой, и тазъ, принадлежащій къ первой

по своимъ размѣрамъ, дать мѣсто тѣмъ же оперативнымъ показаніямъ, какъ если бы онъ входилъ анатомически во вторую.

Сверхъ того, что касается предсказанія, не слѣдуетъ также терять изъ виду ошибокъ, которыя могутъ легко произойти въ оцѣнкѣ минимальной истинной конъюгаты измѣреніемъ помощью пальца діагональной конъюгаты, единственнаго метода, имѣющагося въ рукахъ практическаго врача.

Изъ этого слѣдуетъ—и это является очень важнымъ правиломъ—что вмѣшательства при суженіи таза показываются только специальными клиническими обстоятельствами каждаго случая, а не самой наличностью суженія.

Многочисленные факты подтверждаютъ эти соображенія, такъ какъ можно наблюдать самопроизвольное изгнаніе живого ребенка отъ 2,700 до 3,300 грм. въ нѣкоторыхъ случаяхъ суженія, не имѣющаго болѣе 7½ сант.

Въ качествѣ документа, я воспроизвожу, на слѣдующей страницѣ, статистику проф. Франке, касающейся 1394 случаевъ родовъ, наблюдавшихся съ 1 октября 1907 года до 31 января 1910 въ гинекологической акушерской клиникѣ Гиссенскаго университета и заключающей 295 случаевъ узкихъ тазовъ (21,1 %) ¹⁾.

¹⁾ O. von Franqué. Die Therapie bei engen Becken nach den Erfahrungen der Prager und Giessener Klinik in Monatschrift für Geburtshülfe. und Gynaekologie 1910. Vol. XXXI Тетр. 6.

Статистика Гиссенской клиники (проф. О. Франкё)

съ 1 октября 1907 по 31 января 1910 года.

221 случай самопроизвольныхъ родовъ на 295 случаевъ узкихъ тазовъ.

Истинная конъюгата.	Случаи.	Самопроизвольные роды.	ВЪСЪ ДЪТЕЙ.	Вмѣшательства.	Кесарское сѣченье.	Пубертетная.	Преждевремен. искус. роды.	Профилактический поворотъ.	Поворотъ вълѣдствіе осложнен.	Выдавливание.	Ручное пособие.	Щипцы во входѣ таза.	Щипцы послыные.	Крениотомія.
— $7\frac{1}{3}$	17	—	—	17	14	2	1	—	—	—	—	—	—	—
$7\frac{1}{2}$	7	3	отъ 2700 до 3300 гр.	4	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—
8	27	11	отъ 2700 до 3900 гр.	16	3	2	—	—	4	2	2	1	1	1
между 8 и 9	51	32	24 отъ 3000 до 3900 гр.) 7 отъ 2450 до 2900 гр. }	19	2	2	2	1	5	1	1	1	3	1
9	23	19	—	4	—	1	1	—	—	1	—	—	1	—
между 9 и 10	94	89	—	5	—	—	1	—	2	—	—	—	2	—
10	24	21	—	3	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—
между 10 и 11	52	46	—	6	—	—	—	—	2	—	1	—	3	—
Итого	295	221		74	20	9	5	1	14	6	4	2	11	2

На эти 295 случаевъ имѣлось:

221 самопроизвольныхъ родовъ (74,6%), безъ единой смерти какъ женщинъ, такъ и дѣтей;

74 только вмѣшательства (25,4%) съ однимъ случаемъ смерти матери и 13 случаями смерти дѣтей.

Смертность матерей вслѣдствіе суженія таза такимъ образомъ повысилась въ Гиссенской клиникѣ на 0,34%, а смертность дѣтей—на 4,4%.

Очень важное правило, выходящее изъ этой статистики, это то, что, принимая за принципъ чисто выжидательный способъ, можно было наблюдать въ клиническихъ, чрезвычайно благопріятныхъ условіяхъ самопроизвольные роды зрѣлыхъ дѣтей въ:

42,8% тазовъ, имѣющихъ $7\frac{1}{2}$ сант. истинной конъюгаты.

40,7% тазовъ, имѣющихъ 8 сант. истинной конъюгаты.

62,7% тазовъ, имѣющихъ отъ 8 до 9 сант. истинной конъюгаты.

82,6% тазовъ, имѣющихъ 9 сант. истинной конъюгаты.

94,6% тазовъ, имѣющихъ отъ 9 до 10 сант. истинной конъюгаты.

Франке показываетъ, что ни одна изъ женщинъ, поступившихъ въ клинику въ началѣ родовыхъ болей, не умерла, вслѣдствіе явленія суженія и отъ осложнений, происшедшихъ отъ него. Единственный случай смерти касается женщины, принятой долго спустя послѣ разрыва плоднаго пузыря, съ предлежаніемъ вколоченнаго плеча.

Ясно, что невозможно собрать статистики раз-

личныхъ клиникъ, чтобы установить, даже приблизительно, общее предсказаніе родовъ при узкихъ тазахъ такъ же, какъ соотношеніе между числомъ самопроизвольныхъ родовъ и числомъ вмѣшательства, вызванныхъ обстоятельствами.

Слишкомъ много условій играетъ роль при этомъ:

1) Частота узкихъ тазовъ въ различныхъ странахъ, частота отъ каковой, очевидно, зависитъ опытъ, который можно приобрести въ этой области.

2) Точка зрѣнія, принятая клиницистомъ при леченіи осложненій, вслѣдствіе неправильности таза.

3) Воспитаніе публики, которая прибѣгаетъ болѣе или менѣе самостоятельно къ госпитальной помощи въ началѣ родовыхъ болей;

4) воспитаніе акушеровъ, которыя умѣютъ или не умѣютъ узнавать суженіе таза и которыя приглашаютъ раньше или позже врача;

5) наконецъ, привычки самихъ же практическихъ врачей, которые посылаютъ или не посылаютъ женщинъ въ госпиталь, какъ только обнаруживается что-нибудь ненормальное, или же которые посылаютъ ихъ лишь спустя долгое время послѣ начала родовъ, послѣ произведенныхъ многочисленныхъ внутреннихъ изслѣдованій и безуспѣшныхъ попытокъ извлеченія плода.

Что касается предсказанія въ частной практикѣ, то одинаково невозможно установить это съ какой-нибудь долей точности; но послѣдній опытъ не можетъ быть никоимъ образомъ сравниваемъ съ результатами, полученными въ клиникѣ. Франке думаетъ, что не должно

обманываться, считая, что материнская и дѣтская смертность въ частной практикѣ соотвѣтствуютъ смертности, наблюдаемой въ клиникахъ 25 лѣтъ тому назадъ, т.-е. 6% для матерей и 25—30% для дѣтей.

Серьезность предсказанія въ частной практикѣ зависитъ отъ добавочныхъ элементовъ, которые осложняютъ положеніе (какъ очень выраженные отклоненія матки, отвислый животъ, неправильное вставленіе и положеніе головки, неправильныя предлежанія, выпаденіе пуповины или конечностей). Частота необходимыхъ вмѣшательствъ, происходящая отъ неправильности родовъ въ собственномъ смыслѣ или отъ ихъ осложнений, еще больше ухудшаетъ предсказаніе; но самопроизвольные роды сами по себѣ подвергаютъ мать и плодъ извѣстнымъ опасностямъ вслѣдствіе продолжительности родовъ, всегда значительно увеличенной.

Эта большая продолжительность родовъ происходитъ прежде всего отъ медленности періода раскрытія, медленности, вызванной тѣмъ фактомъ, что предлежащая часть плода остается обычно подвижной до разрыва оболочекъ и тѣмъ, что послѣднія разрываются часто преждевременно; затѣмъ она зависитъ отъ продолжительнаго стоянія головки во входѣ таза, стоянія, во время котораго (подъ вліяніемъ сокращеній матки) головка сдавливается и мѣняетъ форму, чтобы приспособиться своею окружностью вступленія къ размѣрамъ таза, стоянія, продолжительность котораго пропорціональна отношенію, существующему между размѣрами головки и входа таза, каковой она должна пройти, а также возможности измѣненія формы головного овоида.

Нетрудно понять, насколько эта продолжительность родовых болей увеличивает в значительных размѣрах опасность инфекции, опасность которой благопріятствуетъ еще разрывъ, часто преждевременный, оболочекъ, вслѣдствіе повторныхъ внутреннихъ изслѣдованій и неудачныхъ попытокъ извлеченія.

Продолжительное сдавливаніе мягкихъ частей между головкой плода и стѣнками таза, можетъ вызвать ихъ омертвѣніе; стпаденіе омертвѣвшаго участка въ послѣдующіе дни приводитъ къ откритію полости матки или влагалищнаго пути въ сосѣдніе органы и образованіе маточно-, или влагалищно-пузырныхъ свищей.

Наиболѣе непосредственно опасное осложненіе это—разрывъ матки, получающійся въ результатѣ разрыва нижняго сегмента, растянутаго и истонченнаго продолжительной работой, которой не удается преодолѣть препятствія.

Если опасность, которой подвергается мать, велика, то предсказаніе для ребенка еще болѣе серьезно, потому что неправильное теченіе родовъ отражается очень неблагопріятно на плодъ или вслѣдствіе продолжительныхъ сокращеній матки, происходящихъ послѣ разрыва плоднаго пузыря, или частотой выпаденія пуповины, или наконецъ сдавливаніемъ, которому подвергается черепъ плода.

D. УКАЗАНІЯ, КОТОРЫМЪ ДОЛЖЕНЪ СЛѢДОВАТЬ ПРАКТИЧЕСКІЙ ВРАЧЪ.

Изъ вышеизложенныхъ соображеній выходитъ, что во всякомъ случаѣ предсказаніе родовъ для узкихъ тазовъ безконечно лучше въ клиникѣ,

чѣмъ въ частной практикѣ, ибо, какъ бы ни было невелико суженіе, невозможно предвидѣть за-ранѣе оборотъ, который примутъ событія.

Опасности, которыя угрожаютъ матери и ребенку, опасности, которыя могутъ представиться въ каждый моментъ, частая необходимость акушерскихъ вмѣшательствъ, необходимость хирургическаго вмѣшательства, не имѣющаго ничего общаго съ повседневымъ акушерствомъ, часто наблюдаемый недостатокъ опыта практическаго врача въ вопросахъ о неправильности таза, недостатокъ, въ которомъ его никоимъ образомъ нельзя сдѣлать отвѣтственнымъ, представляютъ, такимъ образомъ, для этого послѣдняго моральное обязательство, которое теперь невозможно оспаривать, настаивать, чтобы каждая женщина, съ неправильнымъ тазомъ, ложилась для своихъ родовъ въ клинику, гдѣ въ настоящее время гарантіи безконечно выше тѣхъ, которыя ей могутъ быть даны на дому.

Таково мнѣніе проф. О. Франкѣ, раздѣляемое впрочемъ громаднымъ большинствомъ современныхъ клиницистовъ и къ которому я цѣликомъ присоединяюсь.

Профессиональное чувство большой отвѣтственности, которой подвергается врачъ - практикъ, не можетъ, впрочемъ, ему указать никакой другой точки зрѣнія. Стало быть онъ долженъ освѣдомить свою больную относительно точнаго ея положенія, объяснивъ ей, что поступленіе въ клинику вовсе не обозначаетъ необходимость операций и что роды могутъ прекрасно окончиться само-

произвольно, но съ меньшимъ опасеніемъ, чѣмъ на дому, какъ для нея, такъ и для ребенка.

Значительныя выгоды госпитальнаго ухода, легко осуществимаго въ началѣ родовъ, вытекаютъ:

1) Изъ примѣненія асептики, несравнимой съ той, которую можно имѣть въ самыхъ лучшихъ условіяхъ частной практики.

2) Изъ постоянного медицинскаго надзора, который невозможно осуществить нигдѣ въ другомъ мѣстѣ.

3) Изъ возможности выжидать до послѣдняго момента и быть въ состояніи вмѣшаться въ желательный моментъ и наиболѣе рациональнымъ способомъ, при малѣйшемъ осложненіи.

4) Изъ возможности закончить роды пубіотоміей или кесарскимъ сѣченіемъ (или классическимъ, или на нижнемъ сегментѣ), операціями, которыя, будучи исполнены во время, не увеличиваютъ опасности для ребенка и увеличиваютъ таковую для матери въ минимальной степени.

Обязанность добросовѣстно объяснить матери рискъ и опасность, которые угрожаютъ ей, а также ребенку, являются безусловной и всѣ усилія врача должны быть направлены на то, чтобы онъ имѣлъ достаточно авторитета, чтобы онъ внушилъ достаточно довѣрія, чтобы вѣкругъ него понимали, что малѣйшій его совѣтъ диктуется ему единственно только заботой постоянно дѣйствовать въ интересахъ его больныхъ. Въ этомъ заключается вопросъ профессиональной честности, вопросъ, съ которымъ будетъ считаться всякій благородный человѣкъ.

Когда узнаютъ повсюду и примутъ точку зрѣнія систематическаго госпитальнаго ухода всѣхъ

случаевъ суженія таза, много женщинъ и дѣтей будутъ ей обязаны жизнью, тогда какъ они неизбежно умерли бы въ другихъ условіяхъ.

Но несмотря на все, останется всегда извѣстное число женщинъ, которыя, по матеріальнымъ или другимъ соображеніямъ, не смогутъ поступить въ клинику, затѣмъ другихъ (въ практикѣ акушерокъ), къ которымъ врачъ будетъ приглашенъ поздно, долго спустя послѣ разрыва плоднаго пузыря и переправленіе которыхъ въ клинику является невозможнымъ.

Необходимо, стало быть, чтобы практическій врачъ былъ въ курсѣ, для этихъ случаевъ, пособій, которыя должны быть примѣняемы и тѣхъ пособій, которыя разнятся отъ таковыхъ специалиста.

Онъ долженъ прежде всего проникнуться принципомъ, что какъ пубіотомія, такъ и всякая другая разновидность кесарскаго сѣченія не являются операціями, къ которымъ онъ могъ бы прибѣгнуть безъ задней мысли.

Благодаря легко достигаемымъ успѣхамъ только въ силу благодѣяній асептики, въ настоящее время всѣ занимаются болѣе или менѣе хирургією, и это легко понять, принимая во вниманіе удовлетвореніе, которое она даетъ въ наше время.

Но въ этомъ есть большой соблазнъ: недостаточно посѣщать госпитали и лекціи извѣстныхъ клиницистовъ, чтобы считать себя хирургомъ.

Если щипцы, поворотъ, прободеніе головки, зашиваніе шейки или промежности являются повседневными операціями, которыя долженъ уметь дѣлать всякій практическій врачъ, такъ какъ онъ ихъ продѣлалъ на манекенѣ или на плодѣ,

во время своего студенчества, то дѣло обстоит совершенно иначе съ пубіотоміей и кесарскимъ сѣченіемъ, которыя требуютъ опыта и хирургическаго обученія, которымъ не обладаетъ и никогда не будетъ обладать врачъ-практикъ и которые являются лишь плодомъ продолжительнаго ассистентства въ специальныхъ клиникахъ.

Желать пускаться безъ достаточной подготовки на вмѣшательства подобнаго рода, это значить налагать на себя очень серьезную отвѣтственность; ибо, въ случаѣ неуспѣха, отвѣтственность ляжетъ цѣликомъ на самого врача и ни въ коемъ случаѣ на особыя обстоятельства и условія, при которыхъ должно было быть сдѣлано вмѣшательство.

Помимо этого соображенія скорѣе общаго порядка, есть еще другое столь же важное: это большая опасность, которой сопровождаются такія вмѣшательства на дому. Въ асептической средѣ госпитальныхъ отдѣленій, съ помощью опытныхъ помощниковъ, съ возможностью оперировать въ желательный моментъ и съ возможностью послѣдующаго обдуманнаго ухода, шансы на успѣхъ доходятъ до максимума, что и объясняетъ блестящіе результаты, получаемые въ клиникѣ. Въ этихъ совершенно отличныхъ условіяхъ среды, операторъ можетъ вмѣшаться въ наиболѣе благоприятный моментъ безъ того, чтобы слишкомъ часто повторяющіяся внутреннія изслѣдованія, неудачныя попытки извлеченія, слишкомъ затянувшіеся послѣ прохожденія водъ роды, могли ухудшить предсказаніе, создавая особенно благоприятныя условія для опасной инфекции.

Пубіотомія и кесарское сѣченіе являются, такимъ образомъ, чисто госпитальными вмѣшатель-

ствами и не могут быть производимы на дому безъ того, чтобы рискъ, которому подвергается женщина, не увеличился въ значительной степени.

Практическій врачъ долженъ въ равной мѣрѣ воздержаться отъ попытки предупрежденія, произведеніемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, опасности, происходящей отъ родовъ зрѣлымъ плодомъ.

Въ частной практикѣ предсказаніе преждевременныхъ искусственныхъ родовъ для женщины всегда безконечно болѣе серьезно, чѣмъ въ клиникѣ, потому что приемы, которыхъ они требуютъ для вызванія родовъ и иногда очень большая продолжительность самихъ родовъ послѣ этого вмѣшательства подвергаютъ женщину многочисленнымъ опасностямъ инфекціи, отъ которыхъ невозможно избавиться, какъ въ клиникѣ и потому что такое вмѣшательство не исключаетъ навѣрняка возможности послѣдующихъ акушерскихъ или хирургическихъ вмѣшательствъ.

Изъ этого слѣдуетъ, что такъ же, какъ пубіотомія и кесарское сѣченіе, вызваніе преждевременныхъ родовъ не должно никогда производиться врачомъ-практикомъ.

Искусственные преждевременные роды не имѣютъ, впрочемъ, въ настоящее время, при леченіи неправильныхъ родовъ вслѣдствіе суженія таза, той цѣнности, которая за ними признавалась раньше.

Смертность, послѣ этого вмѣшательства, достигаетъ еще въ наилучше обставленныхъ клиникахъ до 1,4% для матерей и 37,3% для дѣтей

(Сарвей) ¹⁾; въ то время, какъ, предоставляя беременность дойти до конца, можно наблюдать паденіе смертности отъ суженія таза до 0,34% для матерей и до 4,4% для дѣтей (O. von Franqué, Гиссенская клиника) ²⁾.

На основаніи своего собственнаго опыта, Франке думаетъ, что въ настоящее время выгоднѣе для клинициста предоставить беременность дойти до конца, когда можно вмѣшаться посредствомъ пу-біотоміи или кесарскаго сѣченія, если схватки недостаточно сильны, головка довольно эластична для того, чтобы было возможно вступленіе.

Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе на нижнемъ сегментѣ позволяетъ въ настоящее время доводить выжиданіе до послѣднихъ возможныхъ границъ и поэтому мы такъ же думаемъ, какъ и этотъ клиницистъ, что чисто выжидательный способъ при тазѣ, истинная конъюгата котораго не ниже $7\frac{1}{2}$ сант., должна быть въ настоящее время избраннѣе способомъ леченія осложненія родовъ вслѣдствіе не правильности таза. Эта точка зрѣнія должна имѣть необходимѣе слѣдствіемъ обязательный госпитальный уходъ всѣхъ случаевъ суженія таза. Мы уже указали выше основанія такого образа дѣйствія.

Послѣ этихъ словъ можно предложить врачу-практику рекомендовать женщинамъ, имѣющимъ узкій тазъ и не могущимъ (по какимъ-либо соображеніямъ) поступить въ клинику, соблюдать пи-

¹⁾ Sarwey въ v. Wiukel. Handbuch der Geburtshülfe III, 1.

²⁾ O.v.Franque loc. cit. et die Behandlung des engen Becken in der Aussenpraxis, in Medizinische Klinik 1910, no 16.

щевой режимъ Брюнингауза-Прохновика въ теченіе 8—10 послѣднихъ недѣль ихъ беременности.

Этотъ режимъ приближается къ пищевому режиму діабетиковъ и характеризуется сверхъ того возможно большимъ уменьшеніемъ напитковъ. Его примѣненіе, правда, не даетъ всегда ожидаемыхъ результатовъ, но онъ позволяетъ надѣяться на уменьшеніе вѣса и объема дѣтей, а также на слабое окостенѣніе и, слѣдовательно, на извѣстную эластичность головки.

Во время родовъ необходимо строго удерживать женщину въ кровати и запрещать всякія потуги до тѣхъ поръ, пока не закончено раскрытіе, чтобы избѣжать преждевременный разрывъ оболочекъ.

Послѣдній можетъ быть предупрежденъ введеніемъ колпеуринтера, который не слѣдуетъ слишкомъ наполнять.

Продолжительность родовъ требуетъ поддержки всѣми возможными средствами силъ роженицы и энергіи маточныхъ сокращеній. Слѣдуетъ, стало быть, слѣдить за питаніемъ роженицы, дать ей, въ случаѣ надобности, выпить шампанскаго, рому, коньяку, грога съ яйцами.

Въ случаѣ первичной маточной не сокращаемости можно употребить горячіе компрессы на животъ, которые будутъ чередовать съ холодными компрессами, горячія ванны, повторяемые каждые два часа, и во время которыхъ дѣлаютъ влагалищныя спринцованія отъ 45 до 50° ¹⁾. Однако эти спринцеванія не совсѣмъ безразличны, такъ какъ они могутъ повредить влагалищный эпителий.

¹⁾ Градусы по Цельзію, примѣч. переводчика.

Лекарственные средства обычно дѣйствуютъ слабо. Однако, такъ какъ они безопасны, то ихъ можно прописывать безъ вреда.

Сѣрно-кислый хининъ употреблялся съ успѣхомъ; его даютъ въ дозахъ 0,5, возобновляя три раза черезъ часъ, 100,0 сахара, раствореннаго въ чашкѣ горячаго чая, иногда производили тоже благопріятное дѣйствіе на сокращенія маточной мышцы.

Наконецъ, употребленіе колпеуринтера часто оказываетъ цѣнную помощь потому, что одновременно предупреждая преждевременный разрывъ оболочекъ, баллонъ усиливаетъ сокращеніе матки, увеличиваетъ открытіе и подготавливаетъ мягкія части для прохожденія ребенка.

Въ случаѣ вторичной несокращаемости матки, когда послѣдняя, утомленная чрезмѣрными усиліями, которыя она должна была сдѣлать для преодоленія препятствія, сдѣлалась недѣятельной, никакое лекарство не является болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ нѣсколько часовъ отдыха, благодаря впрыскиванію морфія въ дозѣ 0,01.

Возможность вступленія головки нельзя оцѣнить ранѣе разрыва оболочекъ. Усиліе матки дѣйствуетъ непосредственно на головку только послѣ прохожденія водъ и только тогда головка можетъ въ достаточной мѣрѣ измѣнить свою форму, чтобы пройти, если возможно, суженный входъ таза.

Когда оболочки особенно толсты и плотны и не разрываются сами собой при полномъ открытіи, то слѣдуетъ ихъ разорвать въ этотъ моментъ осторожно и предоставить водамъ медленно вытечь,

слѣдя за тѣмъ, чтобы головка правильно стояла надъ входомъ таза, со стрѣловиднымъ швомъ, расположеннымъ поперечно и болѣе или менѣе приближеннымъ къ мысу.

Если во время этого пріема головка хочетъ, повидимому, вставиться своей задней темянной костью, то есть, если стрѣловидный шовъ приближается къ лону, обстоятельство особенно неблагоприятное для вступленія, то необходимо исправить эту наклонность комбинированными внутренними и наружными пріемами, потомъ съ помощью сильнаго наружнаго давления, стараться затѣмъ провести головку въ полость.

Въ случаѣ неуспѣха или когда послѣ разрыва оболочекъ опредѣляютъ другое и неправильное предлежаніе, выпаденіе пуповины или конечности, необходимо немедленно произвести поворотъ на ножку.

Вмѣстѣ съ Франке, мы рассматриваемъ про-ф и л а к т и ч е с к і й поворотъ при суженіи таза, какъ очень полезное вмѣшательство для врача-практика.

Когда, въ самомъ дѣлѣ, головка не имѣетъ никакой наклонности къ вступленію послѣ разрыва оболочекъ, женщина подвергается, если не вмѣшиваются, опасности инфекции, омертвѣнію мягкихъ частей съ послѣдующимъ свищомъ, наконецъ опасности разрыва матки. Что касается ребенка, то продолжительныя сокращенія матки послѣ прохожденія водъ вызываютъ неизбѣжное нарушеніе плацентарнаго кровосращенія, нарушеніе, которое приводитъ къ смерти.

Если ребенокъ живъ, то клиницистъ можетъ еще помочь, долго спустя послѣ разрыва плоднаго

пузыря, производя пубіотомію или внѣбрюшинное кесарское сѣченіе на нижнемъ сегментѣ; но практической врач имѣеть въ своемъ распоряженіи только щипцы и перфوراцію, если женщина подвергается какой-либо опасности.

Мы уже говорили, что наложеніе щипцовъ во входѣ таза подвергаетъ роженицу большимъ опасностямъ и что, въ обычной практикѣ, мы ихъ считаемъ абсолютно противопоказаннымъ.

Такимъ образомъ лучше не ждать, чтобы со-здалось такое положеніе, и произвести профилактической поворотъ каждый разъ, когда, нѣсколько часовъ спустя послѣ разрыва оболочекъ, головка не обнаруживаетъ никакой склонности къ вступленію.

Однако, къ этому вмѣшательству можно прибѣгать только у многородящихъ. У первородящихъ оно представляетъ слишкомъ много опасностей и его результатъ очень ненадеженъ.

Если предшествующіе роды были неблагополучны, то необходимо разсматривать, когда раскрытіе закончено, профилактической поворотъ, какъ показанный, даже до разрыва оболочекъ или тотчасъ же послѣ. Впрочемъ въ этотъ моментъ онъ и даетъ свои лучшіе результаты.

Нужно, однако, совершенно отказаться отъ этого вмѣшательства, когда прошло 3—5 часовъ послѣ разрыва оболочекъ, потому что чѣмъ болѣе проходитъ времени, тѣмъ операція становится болѣе трудной, опасной и бесполезной для плода.

Способъ Морисо никогда не долженъ въ данномъ случаѣ примѣняться безъ энергичнаго давленія, производимаго помощникомъ снаружи и безъ помѣщенія женщины въ Вальхеровское положеніе,

способное увеличить въ среднемъ на полсантиметра длину минимальной истинной конъюгаты.

Если врачъ призванъ поздно или если, приглашенный во время, онъ ждалъ въ надеждѣ, что произойдетъ самопроизвольное вступленіе, слишкомъ долго для того, чтобы могъ идти вопросъ о поворотѣ, то ему ничего не остается, какъ продлить выжиданіе до смерти плода или до того момента, когда будетъ какое-нибудь показаніе ко вмѣшательству со стороны матери.

Проходятъ часы за часами тяжелыхъ и болѣзненныхъ родовъ и иногда бываетъ, что головка пройдетъ въ концѣ концовъ входъ таза, который, казалось, былъ непроходимъ.

Если плодъ умираетъ въ этотъ промежутокъ, то, разумѣется, необходимо произвести краниотомию безъ разсужденій.

Однако, не слѣдуетъ забывать, чтобы не подвергать мать безъ пользы угрожающимъ опасностямъ, что всякій ребенокъ, который представляетъ признаки начала асфиксіи долженъ быть уподобленъ мертвому ребенку. Безконечно предпочтительнѣе, въ подобныхъ условіяхъ, сдѣлать прободеніе головки слишкомъ рано, чѣмъ слишкомъ поздно; такъ какъ матери всегда возможно въ послѣдствіи имѣть живыхъ дѣтей, благодаря пубіотоміи и кесарскому сѣченію.

Когда головка смогла пройти входъ таза и проникнуть въ полость, то вторичная несокращаемость матки, которая обычно слѣдуетъ за чрезмерной работой матки, часто заставляетъ прибѣгнуть къ наложенію полостныхъ щипцовъ. Но нужно помнить, что можно совершить, какъ это было уже указано въ главѣ, излагающей о щип-

цахъ, роковыя ошибки въ оцѣнкѣ высоты, на которой находится головка. Здѣсь необходимо повторить еще разъ, что недостаточно чувствовать головной полюсь на уровнѣ межъ-остиснаго размѣра, чтобы имѣть право сказать, что головка вступила. Если она фиксирована уже нѣсколько часовъ и упирается, сильно проталкиваемая маткой, то можно найти полость почти цѣликомъ заполненной, хотя въ дѣйствительности нѣтъ никакого вступленія. Образовалась громадная родовая опухоль головки, которая вводитъ въ заблужденіе относительно дѣйствительной высоты стоянія головки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, эта родовая опухоль можетъ даже заполнить цѣликомъ полость въ то время, какъ большая часть окружности головки находится еще надъ входомъ или во входѣ таза. Часто приходится вводить въ такомъ случаѣ всю руку во влагалище, обогнуть родовую опухоль и обследовать тщательно боковыя части полости до тѣхъ поръ, пока рука не попадетъ съ одной или другой стороны на подлежащую костную плоскость, которая одна можетъ указать дѣйствительную высоту стоянія головки.

Когда, послѣ тщательнаго изслѣдованія, врачъ убѣдился, что вступленіе дѣйствительно произошло, то лучше, хотя вмѣшательство всегда осторожное и трудное при этихъ условіяхъ, не выжидать для вмѣшательства появленія явныхъ признаковъ начала асфиксіи плода или чтобы головка вступила во входъ таза.

Если роды не заканчиваются самопроизвольно черезъ 1 или 2 часа послѣ прохожденія входа таза, то показуется наложеніе щипцовъ, какъ бы ни была

высота, на которой находится головка въ полости. Хотя и возможно, что никакой объективный признак не обнаруживаетъ еще ни малѣйшей опасности для плода, послѣдній, однако, постоянно страдаетъ отъ долгихъ продолжительныхъ родовъ, отъ продолжительныхъ сокращеній матки и долгаго сдавливанія, которому подвергается его черепъ. Тогда можетъ случиться, что сердцебиеніе плода неожиданно исчезнетъ и что щипцы наложены слишкомъ поздно, если ждуть для вмѣшательства явныхъ признаковъ начала афиксіи (измѣненіе сердцебиенія, отхожденія меконія) или опусканія головки на уровень выхода таза.

При малѣйшемъ показаніи со стороны матери, появляющемся, когда головка еще во входѣ таза, необходимо рѣшиться на прободеніе головки живого плода и не ждать слишкомъ долго. Такимъ образомъ прободеніе головки живого плода останется всегда вмѣшательствомъ, къ которому прибѣгнетъ въ подобныхъ условіяхъ практической врачъ. Несмотря на все, что можно сказать и написать по этому вопросу, мы цѣликомъ подписываемся подъ мнѣніемъ, формулированнымъ Франке, мнѣніемъ, которое резюмируетъ самое естественное и самое гуманное чувство: врачъ, который принимаетъ на себя задачу провести роды женщины, молчаливо беретъ передъ ней моральное обязательство предохранить ее отъ всякой возможной опасности всѣми средствами, каковыя даетъ въ его распоряженіе акушерское искусство.

ГЛАВА XVII.

Мнимая смерть новорожденнаго.

Часто случается, вслѣдствіе самопроизвольныхъ трудныхъ родовъ или вслѣдствіе акушерскихъ вмѣшательствъ, что первый крикъ ребенка заставляетъ себя ждать. Ребенокъ продѣлываетъ нѣсколько дыхательныхъ движеній, которыя не продолжаются, или же послѣднія слабы и поверхностны. Сердце бьется правильно, тонусъ мышцъ сохранился, но новорожденный остается безъ дыханія. Хотя это состояніе отсутствія дыханія исчезаетъ обычно само собой черезъ нѣсколько минутъ, однако, никогда не слѣдуетъ предоставлять ребенка самому себѣ, если онъ не кричалъ ясно, потому что можетъ случиться, что дыханіе не возстанавливается достаточно быстро, и ребенокъ умираетъ вслѣдствіе продолжающагося состоянія отсутствія дыханія.

Освободивъ быстро полость рта отъ слизи, которая можетъ его заполнять, достаточно чаще всего ударить его нѣсколько разъ по ягодицамъ, чтобы вызвать первый крикъ. Если это очень простое средство оказывается недостаточнымъ, то нужно прибѣгнуть тотчасъ же къ описаннымъ далѣе средствамъ.

Но въ другихъ случаяхъ состояніе ребенка болѣе серьезно. Онъ рождается въ состояніи мнимой смерти; онъ вялъ и его мышцы находятся въ состояніи полного расслабленія. Поэтому, въ предвидѣніи подобнаго явленія, необходимо всегда готовить заранѣе, для каждаго рода, все необходимое для оживленія ребенка въ крайнемъ случаѣ: инсуффляторъ, ванночку, горячей воды, чтобы имѣть быстро подъ рукой ванну въ 40°¹⁾ и теплое бѣлье.

Мнимая смерть имѣетъ двѣ формы: синюю или асфиксическую и бѣлую или обморочную формы.

При синей или асфиксической формѣ новорожденный имѣетъ фіолетово-черноватую болѣе или менѣе темную окраску, особенно выраженную на лицѣ, на губахъ и на конечностяхъ.

Головка опускается на туловище, мускулы шеи расслаблены; глаза закрыты, щеки отеки.

Конечности сохраняютъ извѣстный мышечный тонусъ.

Дыхательныя движенія отсутствуютъ, или же отъ времени до времени происходитъ спазмодическій вздохъ, во время котораго основаніе грудной клѣтки сильно вдавливается подъ вліяніемъ сокращеній діафрагмы.

Черезъ грудную стѣнку видны сердечныя толчки болѣе или менѣе слабые, болѣе или менѣе медленные и болѣе или менѣе правильные.

Предоставленный самому себѣ, ребенокъ можетъ умереть черезъ нѣкоторый промежутокъ

¹⁾ Всѣ градусы считаются по Цельзію. примѣч. переводч.

времени, впрочемъ, очень различный. Дыхательныя усилія становятся все болѣе и болѣе рѣдкими, сердце бьется все слабѣе и слабѣе до полнаго, наконецъ, исчезновенія біеній.

Эта разновидность мнимой смерти наблюдается особенно, когда ребенокъ дѣлалъ преждевременныя дыхательныя движенія, и когда слизъ закупориваетъ его гортань.

Асфиксія продолжается и увеличивается все болѣе и болѣе, если не вмѣшиваются быстро, потому что первыя дыхательныя движенія не позволяютъ воздуху проникнуть въ дыхательныя пути.

При бѣлой или обморочной формѣ все тѣло необычайно блѣдно, бѣлизны воска, за исключеніемъ губъ, которыя имѣютъ слегка фіолетовый цвѣтъ.

Ребенокъ мягокъ, расслабленъ, безъ какого-либо тонуса мышцъ; конечности дряблы и не обнаруживаютъ никакого сопротивленія. Біенія сердца очень слабы, очень рѣдки, изолированы одно отъ другого или группируются по три или четыре.

Отъ времени до времени имѣются спазмодическія сокращенія діафрагмы и дыхательныхъ мышцъ, которыя происходятъ все рѣже и рѣже до тѣхъ поръ, пока, наконецъ, не исчезнутъ послѣднія сокращенія сердца.

Эта форма мнимой смерти обычно слѣдуетъ за трудными извлеченіями ребенка щипцами или поворотомъ, когда имѣется налицо сдавливаніе мозга съ пе-

реломомъ или безъ него. Она также происходитъ послѣ неожиданнаго ущемленія пуповины.

Предсказаніе при этой формѣ значительно болѣе серьезно, чѣмъ при таковой синей формѣ, и при ней обыкновенно очень трудно вернуть ребенка къ жизни.

Леченіе. Леченіе одинаково при обѣихъ формахъ.

Оно состоитъ прежде всего въ освобожденіи дыхательныхъ путей отъ слизи, которой они заполнены и въ вызовѣ первыхъ дыхательныхъ движеній до ихъ полного возстановленія.



Чтобы помочь первому изъ этихъ показаній, необходимо глубоко ввести мизинецъ въ ротъ и тщательно очистить его, а также глотку отъ кусковъ слизи, которые могутъ закупоривать гортань.

Но часто эти куски слизи проникаютъ глубже; они закупориваютъ самую трахею, и тогда недостаточно очистить ротъ и глотку для того, чтобы воздухъ могъ проникнуть въ легкія.

Въ такомъ случаѣ необходимо пользоваться металлической трубкой, называемой инсуффляторомъ, къ концу котораго прилаживаютъ резиновую трубку; онъ служитъ прежде всего для высасыванія заполняющихъ трахею кусковъ слизи (рис. 422).

Ребенка, завернутаго въ теплое бѣлье, кладутъ на подушку, держа голову въ умѣренномъ раз-

гибани. Лѣвый указательный палець проводятъ сзади языка, находятъ надгортанные хрящи, легко узнаваемые; предварительно простерилизованный инсуффляторъ держится правой рукой и вводится вдоль лѣваго пальца въ трахею, куда онъ проникаетъ легко, если приподнять его расширенную часть. Убѣждаются, что дѣйствительно провели въ дыхательные пути, придавая ему маленькія боковыя движенія, легко ощущаемыя прощупываніемъ гортаннотрахеальнаго хода.

Затѣмъ всасываютъ нѣсколько разъ черезъ резиновую трубку, придѣланную къ расширенію трубки такъ, чтобы заставить проникнуть въ послѣднюю трахеальную слизь. Послѣ каждаго всасыванія, инструментъ вынимается и освобождается отъ своего содержимаго. Затѣмъ его снова вводятъ и повторяютъ этотъ приѣмъ до тѣхъ поръ, пока дыхательные пути не освободятся цѣликомъ, что является главнымъ правиломъ.

Достигнувъ этого, производятъ вдуваніе въ собственномъ смыслѣ или грушей или просто ртомъ, дѣлая между каждыиъ вдуваніемъ промежутковъ въ восемь-десять секундъ; рука, помѣщенная на грудную клѣтку, слегка сдавлиываетъ послѣднюю въ концѣ каждаго вдуванія, чтобы способствовать выдоху. Нужно дѣйствовать съ большою осторожностью, чтобы не вызвать легочной эмфиземы, такъ какъ вмѣстимость грудной клѣтки новорожденнаго не бываетъ выше 30 куб. сант. Подъ вліяніемъ инсуффляціи въ счастливыхъ случаяхъ біенія сердца становятся болѣе сильными и болѣе правильными, кожа окрашивается въ розовый цвѣтъ; затѣмъ, появляются самопроизвольныя дыхательныя движенія, сначала рѣдкія и

отдѣльныя, но затѣмъ постепенно учащающіяся. Нужно продолжать вдунаніе до тѣхъ поръ, пока есть малѣйшее біеніе сердца. Такимъ образомъ, эта операція можетъ длиться, въ зависимости отъ степени асфиксіи, различное время, отъ нѣсколькихъ минутъ до часа и болѣе.

Такъ какъ вдунаніе является несомнѣнно лучшимъ способомъ оживленія дѣтей, то бесполезно описывать здѣсь другіе методы искусственнаго дыханія (способъ Сильвестра, Маршалль Галя, Шульце).

Какъ только появляются первыя самопроизвольныя и правильныя дыхательныя движенія, то, если они даже поверхностны, прекращаютъ вдунаніе; нужно тогда пробудить цѣликомъ дѣятельность дыхательнаго центра кожнымъ раздраженіемъ. Однако, тотчасъ же снова прибѣгаютъ къ вдунанію, если дыханіе снова остановилось.

Чтобы пробудить правильную дѣятельность дыхательнаго центра, опускаютъ ребенка въ горячую 40° ванну, обливая время отъ времени его грудь небольшимъ количествомъ холодной воды.

Черезъ нѣсколько минутъ, его вынимаютъ изъ ванны, чтобы растереть теплымъ бѣльемъ и побить по ягодицамъ.

Такимъ образомъ, чередуютъ ванны, растиранія и поколачиванія по ягодицамъ до тѣхъ поръ, пока ребенокъ не начнетъ ясно кричать.

Никогда не слѣдуетъ ребенка предоставлять самому себѣ, пока онъ только стонетъ, пока его ткани не приняли повсюду розовую окраску и пока наблюдается хотя бы малѣйшій слѣдъ синюхи на конечностяхъ, въ особенности подъ ногтями.

Если, несмотря на всѣ усилія, которыя иногда необходимо продолжать часъ и болѣе, ребенокъ легко впадаетъ въ сопоразное состояніе, если онъ не кричитъ громко и довольствуется стопами, если синюха не совершенно исчезаетъ, то слѣдуетъ бояться рокового исхода въ первые дни послѣ рожденія. Дѣти умираютъ обычно отъ спаденія легкихъ или отъ бронхопнеймоніи.

akusher-lib.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	<i>Стр.</i>
Предисловіе автора къ русскому изданію	5
Предварительныя необходимыя свѣдѣнія.	11
Глава I. Родовой каналъ	13
1. Общее описаніе	—
А. Малый тазъ	—
В. Дно и выходъ таза	18
С. Послѣдовательное наклоненіе плоскостей ро- дового канала.	24
2. Неправильныя роды	26
А. Измѣреніе таза	27
В. Классификація тазовъ	40
Глава II. Плодъ	48
1. Членорасположеніе, положенія, предлежанія и позиціи.	—
А. Членорасположеніе	—
В. Положенія и позиціи	49
С. Позиціи	52
2. Головка плода	77
А. Швы и роднички	—
В. Размѣры и окружности головки зрѣл. плода.	82
Глава III. Распознаваніе положеній, предлежаній и позицій	88
А. Ощупываніе живота	—
В. Выслушиваніе	104
С. Внутреннее изслѣдованіе	112

Акушерскіе приемы и вмѣшательства	147
Введеніе	149
Глава I.—Общая часть	153
А. Акушерскій наборъ	—
В. Анэстезія въ акушерствѣ	156
С. Приготовленія къ операціи	158
Глава II.—Линія поведенія въ самопроизвольномъ из- гнаніи плода	163
А. Охраненіе промежности	—
В. Извлеченіе плода	171
С. Перевязка пуповины	173
Глава III.—Вмѣшательства на промежности	174
А. Разрывы промежности	—
В. Зашиваніе промежности	178
С. Эпизіотомія	186
Глава IV.—Вмѣшательства на шейкѣ	188
А. Разрывы шейки. Ихъ зашиваніе	—
В. Растягиваніе шейки баллономъ Шамптѣе де- Риба	191
С. Надрѣзы шейки	194
Глава V.—Вмѣшательства во время послѣдоваго періода	196
А. Линія поведенія въ послѣдовомъ періодѣ	—
В. Патологическій послѣдовый періодъ	205
С. Удержаніе послѣда	215
D. Послѣродовыя кровотеченія. (Отслоеніе по- слѣда руками	216
E. Лечение острой вызванной кровотеченіями анеміи	239
F. Выворотъ матки	242
Глава VI.—Щипцы	246
А. Инструментъ	—
В. Щипцы-агентъ захватыванія	249
С. Щипцы-агентъ потягиванія	259
D. Опасности щипцовъ	264
E. Условія наложенія щипцовъ	270
F. Показанія для наложенія щипцовъ	290
G. Оперативная техника	305
I. Прямое наложеніе	310
II. Косое лѣвое наложеніе	344

	<i>Стр.</i>
III. Косое правое наложение	365
А. Съ раскрещиваніемъ и вторичнымъ перекрещиваніемъ брашной	369
В. Безъ раскрещиванія и вторичнаго перекрещиванія брашной	388
Глава VII.—О поперечной позиціи темени въ выходъ таза	398
А. Первичныя поперечныя стоянія	399
В. Вторичныя поперечныя стоянія	402
С. Смѣшанныя или промежуточныя стоянія	—
Глава VIII. Вмѣшательство при тазовыхъ предлежаніяхъ	410
А. Общее указаніе пособій врача	—
В. Выведеніе ручекъ и плечиковъ	419
С. Способъ Морисо	441
D. Пособіе при предлежаніи неполномъ ягодичномъ съ ножками	461
E. Извлеченіе плода при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ	470
Глава IX. Поворотъ	527
А. Поворотъ съ помощью наружныхъ приѣмовъ	528
В. Поворотъ съ помощью внутреннихъ приѣмовъ	531
1. Поворотъ при поперечныхъ положеніяхъ	—
2. Поворотъ на ножку при предлежаніяхъ головки	578
С. Поворотъ по Бракстонъ-Гиксу	592
Глава X. Эмбриотомія	598
А. Головная эмбриотомія	600
В. Декапитация	624
С. Эвисцерация	633
Глава XI. Предлежаніе задне-темянное	638
Глава XII. Выпаденіе пуповины и конечностей	645
А. Выпаденіе пуповины	—
В. Выпаденіе конечностей	656
Глава XIII. Предлежаніе лобное или лицевое въ заднемъ видѣ	661
А. Предлежаніе лобное	—
В. Предлежаніе лицевое	667
Глава XIV. Предлежаніе дѣтскаго мѣста	670
Глава XV. Разрывъ матки	681
Глава XVI. Неправильные роды	686

	<i>Стр.</i>
А. Вліяніє на беременность	—
В. Вліяніє на теченіє родовъ	687
С. Общее предсказаніє родовъ при узкихъ тазахъ	700
Д. Указанія для практическаго врача	708
Глава XVII. Мнимая смерть новорожденнаго	722

акusher-lib.ru