

А. В. Ланковиц

ОПЕРАЦИЯ
НАЛОЖЕНИЯ
АКУШЕРСКИХ
ЩИПЦОВ

Медгиз - 1956

А. В. Ланковиц

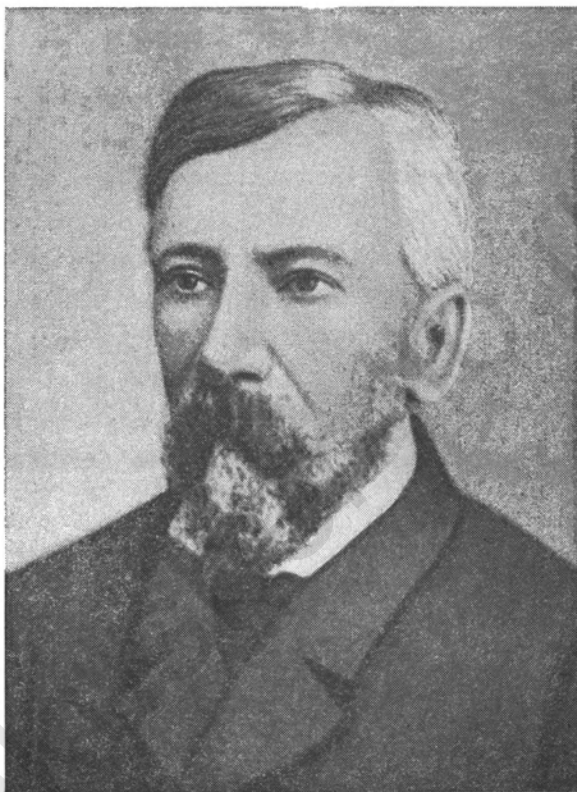
ОПЕРАЦИЯ
НАЛОЖЕНИЯ
АКУШЕРСКИХ
ЩИПЦОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1956 — МОСКВА

Памяти
ИВАНА ПАВЛОВИЧА ЛАЗАРЕВИЧА
посвящает свой труд автор

akusher-110.ru



И. П. ЛАЗАРЕВИЧ (1829—1902).

«При описании различных оперативных способов и инструментов я не упустил того, в чем видна новая идея и что может служить к лучшему пониманию сущности предмета...

Моих товарищей по науке я прошу не оставлять без внимания и проверки некоторые мои изменения различных акушерских операций, а также относящиеся к ним мои замечания, в действительно полезном значении которых я вполне убедился на опыте».

И. П. Лазаревич

ПРЕДИСЛОВИЕ

Операция наложения щипцов имеет чрезвычайно большое значение в акушерстве. Достаточно сказать, что в настоящее время ее применяют в акушерской практике в 1—2% всех родов.

Русские акушеры сделали очень много для развития и усовершенствования операции наложения щипцов. Они тщательно разрабатывали показания к этой операции и определяли условия для ее выполнения, создавали собственные разновидности инструмента, изучали исходы операции для матери и ребенка. Крупнейшие ученые акушеры в лице основоположника русской акушерской школы Н. М. Максимовича, а затем других его последователей—Г. И. Кораблева, А. Я. Крассовского, И. П. Лазаревича, Н. Н. Феноменова внесли ценнейший вклад в историю вопроса об операции наложения щипцов. Таким образом, русские акушеры имели собственный взгляд на все вопросы, связанные с данным видом операций, носящий яркие черты самобытности.

В настоящее время советские врачи сохраняют традиции отечественных акушеров, продолжают широко развивать русскую акушерскую науку.

Постоянная забота Коммунистической партии и Советского правительства о матери и ребенке, о процветании медицинской науки способствует успеху советских акушеров в поисках дальнейших путей снижения материнской заболеваемости и травматизма, мертворождаемости и ранней смертности новорожденных, обеспечивает новые достижения в области родовспоможения, в том числе

и в вопросах теории и практики операции наложения щипцов.

Предлагаемая работа выполнена на основе изучения отечественной литературы по вопросу об операции наложения акушерских щипцов, разработки материалов акушерско-гинекологической клиники лечебного факультета II Московского государственного медицинского института имени И. В. Сталина, которой руководил вначале действительный член Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки проф. Б. А. Архангельский, а затем проф. И. Ф. Жордания, а также на основе собственного опыта.

ВВЕДЕНИЕ

Излагая историю применения щипцов в России, А. Я. Крассовский сообщает, что они впервые у нас были применены в 1765 г. Выполнил операцию И. Ф. Эразмус, который вначале был профессором Московской повивальной школы, а затем профессором Московского университета.

Приводя эти данные по истории операции наложения щипцов, А. Я. Крассовский ссылался на статью Я. А. Чистовича «Учреждение акушерских школ для повивальных бабок в России», напечатанную в протоколах Общества русских врачей (СПБ, 1860—1861), и на сведения, сообщенные ему профессором Повивального института Ф. К. Гугенбергером. В упомянутой статье Я. А. Чистович писал об И. Ф. Эразмусе: «...едва ли не он первый ввел в употребление в России акушерские щипцы, как об этом можно судить по одному случаю применения их в практике, описанному им в XIV томе „Acta physico-médica Academiae caesareae naturae curiosorum“». Далее Я. А. Чистович говорил о значении трудов основоположника русского акушерства, автора многочисленных сочинений по медицине и одного из купнейших врачей России Н. М. Максимовича-Амбодика (1744—1812) в деле распространения операции наложения щипцов в России. Так как операция наложения щипцов, произведенная И. Ф. Эразмусом, носила единичный, случайный характер, то, конечно, не ему, а Н. М. Максимовичу принадлежит заслуга внедрения этой операции в русское акушерство.

Творчество Н. М. Максимовича находилось в самой непосредственной связи с теми преобразованиями, которые были осуществлены в России в начале XVIII столетия Петром I. Эти преобразования привели к ускоренному росту производительных сил, которые способствовали развитию промышленности, государственного устройства, науки и культуры.

Среди выдающихся деятелей русской науки и культуры можно назвать такие имена, как Д. И. Фонвизин и Г. Р. Державин, В. И. Баженов и М. Ф. Казаков, Ф. Г. Волков и Д. Г. Левицкий, И. И. Ползунов и И. П. Кулибин. Во главе русских ученых стоял М. В. Ломоносов (1711—1764). В исключительно многогранном и глубоком творчестве М. В. Ломоносова нашли отражение и такие вопросы, как вопрос об увеличении рождаемости и снижении смертности населения России. В своем «Рассуждении о размножении и сохранении российского народа» он писал: «Следуют сему младенческие болезни, изнуряющие и в смертные челюсти повергающие начинающуюся жизнь человеческую, из которых первое и всех лютейшее мучение есть самое рождение... Проходя болезненный путь в прискорбной и суетной свет, коль часто нежной человек претерпевает великие повреждения, а особливо в голове, тем, что в самое свое рождение лишается едва начатыя жизни и впервые почерпнутой дух, в последнее испускает, либо несколько часов или дней только лишь с настоящею смертию борется. Сие первое страдание, которым нередко из рожденных живых на весь век здравие повреждается. Сего иначе ничем не можно отвратить, или хотя несколько облегчить, как искусством повивальных бабок и осторожностью беременных...

Для умаления столь великого зла советую в действие произвести следующее: 1) Выбрать хорошие книжки в повивальном искусстве и, самую лучшую положив за основание, сочинить наставление на российском языке, или, сочинив на другом, перевести на российский; к чему необходимо должно присовокупить добрые приемы российских повивальных искусных бабок; для чего, созвав выборных долговременным искусством дело знающих, опросить каждую особливо и всех вообще; и что за благо принято будет, вместить в одну книжицу...»¹.

Во второй половине XVIII столетия положено начало организации акушерского образования и родовспомогательных учреждений в России. В 1756 г. по проекту П. З. Кондоиди в Москве и Петербурге были созданы школы для подготовки акушерок — «бабичьи школы».

¹ Из письма М. В. Ломоносова И. И. Шувалову «О размножении и сохранении российского народа», изд. 1761 г.

В 1764 г. было открыто первое в России родовспомогательное заведение на 20 коек при Московском воспитательном доме.

В Петербурге в 1771 г. было открыто родильное отделение при Петербургском воспитательном доме, а в 1797 г. — родильный госпиталь на 20 коек.

В 1765 г. начато преподавание акушерства в Московском университете. В 1798 г. были учреждены Медико-хирургические академии в Москве и Петербурге. В постановлении об учреждении этих академий было предусмотрено преподавание повивальной науки в качестве самостоятельной дисциплины.

Н. М. Максимович преподавал акушерство в обоих Петербургских госпиталях, а с 10 мая 1781 г. — в Петербургской школе для повивальных бабок.

В своей работе «Учреждение акушерских школ для повивальных бабок в России» Я. А. Чистович писал о Н. М. Максимовиче:

«При самом вступлении в эту должность, он значительно видоизменил и улучшил преподавание в школе, введя не существовавшие до него демонстрации на фантоме. Для этого, по собственным моделям и рисункам, заказал он (19 сентября 1782 г.) инструментальному мастеру Василию Коженкову сделать фантом женского таза с деревянным ребенком, прямые и кривые стальные клещи (*forceps obstetricus*) с деревянными рукоятками и серебряный катетр и прочее, всего на сумму 150 рублей. И ему первому принадлежит в Петербурге введение в практику акушерских щипцов. Медицинская коллегия оценила его усилия и в октябре 1782 г. наименовала его профессором повивального искусства».

В своем знаменитом руководстве по акушерству «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле», вышедшем в Петербурге в 1784—1786 гг., Н. М. Максимович описал прямые и кривые акушерские клещи, указал показания к операции, способ применения инструмента и привел соответствующие рисунки. Кроме того, здесь он выдвинул ряд положений относительно операции наложения щипцов; эти положения не утратили своего значения до настоящего времени.

В своем руководстве в разделе «О пользе повивального искусства» Н. М. Максимович писал: «...когда врач, лекарь или бабка к родящей призваны будут, то

не вдруг должны иметь прибежище к таковым орудиям, не испытав прежде известных им способов и средств, способствующих к восприятию младенца из ложесн материнских: но только в самой крайней и необходимой нужде, то есть когда все меры и способы им доселе известные, к освобождению младенца и роженицы потребные, ими испытаны и употреблены были. Словом, когда руками никак пособить нельзя, в таком случае, дозволяется искать помощи во употреблении железных акушерских нужных орудий.

Правда, иногда немалый вред причиняется как родильницам, так и новорожденным детям, от таковых орудий; но сие по большей части случается только тогда, когда нагло или скоропостижно то учинено было, то есть когда не были предприняты надлежащие предосторожности, кои благоразумному врачу, лекарю и бабке здравый рассудок открывает; ибо как во всяком другом деле, так равномерно и в повивальном искусстве, не употребление, но злоупотребление бывает виною худых следствий...

При чем нужно всячески пещись и о сем, дабы обоих, то есть родильницу и ее дитя в живых сохранить; если же паче чаяния нельзя соблюсти обоих, то по крайней мере сколько возможно стараться о сбережении матери, поручая в прочем душу младенца божескому провидению; и в таком то отчаянном случае, не обинуясь сказать можно, что иногда по нужде и закону применение бывает: коему последуя, лучше одну, еще не известную, то есть младенческую жизнь передать несчастному его жребию, чем потерять и погубить обоих».

Н. М. Максимович учил акушеров наблюдению за родами, подчеркивал важность определения нормального и патологического течения их. И если в первом случае акушер должен быть только созерцателем, наблюдателем и исполнителем природных процессов, то при патологическом течении родов такое поведение Н. М. Максимович считал недопустимым, так как в результате «Следствия столь худые, и для роженицы столь опасные, воспоследовать могут, доказывают явственно, что при таковых родах никогда не надо полагаться только на одну природу, и быть только праздным ее зрителем, но непременно искать помощи в известных орудиях, то есть в акушерских клещах».

Эти положения Н. М. Максимовича легли в основу дальнейшего развития русской акушерской школы в целом и, в частности, в отношении операции наложения щипцов.

В противоположность Н. М. Максимовичу иностранные акушеры, привлекавшиеся в то время к работе в России, не заботились о скорейшем распространении такого замечательного инструмента, каким являются щипцы. Это видно из того, что стоявший во главе Петербургской школы для повивальных бабок А. Линдеман «...даже в 1759 г. еще не имел, повидимому, понятия о щипцах или считал их инструментом, не заслуживающим внимания. По крайней мере, когда Кондоиди в указанном году предложил ему составить списки необходимых для школы инструментов, чтобы выписать их, Линдеман не поместил в этом списке щипцов» (В. С. Груздев). Как известно, иностранные акушеры всячески препятствовали развитию самобытной русской науки и даже читали лекции и писали учебники не на русском языке (Эразмус, Моренгейм).

В первой половине XIX столетия открываются акушерские клиники в Московском (1806), Харьковском (1829), Казанском (1833), Киевском (1844) университетах. Однако общее число коек в родовспомогательных учреждениях составляло всего несколько десятков. Так, родильное отделение при Петербургском воспитательном доме в 1821 г. имело 45 коек, а родильный госпиталь в 1836 г. — 27 коек, в Москве в 1840 г. была 51 такая койка.

В Петербургском повивальном институте, который был открыт в 1797 г., по данным отчета Бирнбаума и А. И. Грубера, за 47 лет через акушерское отделение прошло 4 217 женщин. Из этого числа родов операция наложения щипцов произведена в 2,1% случаев. С 1844 по 1859 г. по отчету Ф. К. Гугенбергера через это же учреждение прошло 8 036 женщин, из них щипцы были наложены у 243 (3%).

По данным А. Я. Крассовского, в 30-х годах прошлого столетия все уездные врачи России снабжались щипцами и владели техникой их наложения.

В первой половине XIX столетия медицинская литература стала быстро пополняться. В этот период появилось 238 различных работ по акушерству, из которых

три относились к вопросам операции наложения щипцов (Кильдюшевский, Ризенко и Сейдлер).

В 1810 г. В. М. Рихтер выпускает свое сочинение «Synopsis praxis medico-obstetricae, quam per hos viginti annos Mosquae exercuit», в котором сообщил о 624 наблюдениях из своей акушерской практики и описал 33 операции наложения щипцов.

В 1821 г. в Москве вышло «Руководство к повивальной науке, извлеченное из новейших сочинений», написанное профессором повивального искусства Московской медико-хирургической академии Д. И. Левитским.

Спустя 20 лет, в 1843 г., в Москве вышел большой труд профессора Московской медико-хирургической академии Г. И. Кораблева—«Курс акушерской науки и женских болезней». Автор уделил много места операции наложения щипцов, подробно описал разновидности применяемого при этой операции инструмента, его назначение и действие, условия и показания к применению, общую и специальную технику операции. Все эти сведения он снабдил большим количеством критических замечаний, основанных на личном опыте.

Высказывая свои взгляды на операцию наложения щипцов, Г. И. Кораблев подчеркнул мысль, ранее высказанную Н. М. Максимовичем, об активной роли акушера в проведении родов: «Ни слишком мало, ни слишком много полагаться надо на природные силы; первое ведет к злоупотреблению инструментом, второе располагает к последованию истинно губительных правил Osborn'a, по которому только тогда должно начинать операцию, когда все жизненные силы истощатся, роженица не в состоянии будет сделать никакого напряжения и когда, следовательно, придет уже в уныние».

Развитие производительных сил России в 60-х годах прошлого столетия привело к возникновению промышленного капитализма. Феодално-крепостнический строй государства, его органы и учреждения, существовавшие до этого времени, стали тормозом для развивающегося капитализма. Потребовалась известная перестройка в государственном управлении и буржуазные реформы, в первую очередь отмена крепостного права, земская, городская и другие реформы. Дворянско-крепостническое государство пошло по пути медленных буржуазных преобразований при сохранившихся остатках крепостниче-

ства и отсталом самодержавно-дворянском государственном строе.

Развитие промышленного капитализма в России способствовало развитию науки и техники, в частности, естественных наук (Д. И. Менделеев, И. М. Сеченов, К. А. Тимирязев). Прогресс медицинской науки нашел свое отражение и в акушерстве.

В истории развития русской акушерской школы 1865—1870 гг. надо признать знаменательными. В эти годы в Петербурге вышло руководство А. Я. Крассовского в двух частях, вторая часть которого посвящена вопросам оперативного акушерства. Это была первая книга, написанная русским акушером специально по оперативному акушерству.

Однако ценность и значение руководства А. Я. Крассовского определялись не только этим. Он поставил перед собой задачу создать русскую акушерскую и гинекологическую школу. «...у нас в России еще большой недостаток акушеров и гинекологов, у меня зародилась мысль развить школу акушерскую и гинекологическую, подобно тем школам, которые существуют в Германии, Франции и Англии».

Таким образом, изданием руководства А. Я. Крассовский преследовал цель не только написать книгу на русском языке, но и положить начало последовательному изложению взглядов русских акушеров на основные вопросы акушерства. Поэтому он не только приводил существовавшие в акушерстве воззрения, но и подверг их критике, основанной на своей большой практике. А. Я. Крассовский использовал материалы русских акушеров, опубликованные в различных, хотя и немногочисленных еще в то время работах, научных статьях, отчетах родовспомогательных учреждений и т. д.

Успех руководства А. Я. Крассовского у русских врачей был очень велик. В 1889 г. оно вышло уже четвертым изданием.

А. Я. Крассовский явился крупнейшим продолжателем дела создания русской акушерской школы, начатого Н. М. Максимовичем. В предисловии к последнему изданию «Оперативного акушерства», вышедшего в 1889 г., он писал: «Позволяю себе думать, что русская акушерская школа заняла в настоящее время почетное место в ряду других европейских школ».

Будучи сам учеником Н. И. Пирогова, А. Я. Красовский воспитал много крупнейших акушеров-гинекологов. Среди его учеников были: В. М. Флоринский, К. Ф. Славянский, М. И. Горвиц, Г. Е. Рейн, П. И. Добрынин, И. Ф. Масловский. В дальнейшем эта школа дала таких акушеров, как А. И. Лебедев, Н. Н. Феноменов, Д. О. Отт, Н. В. Ястребов, И. Н. Грамматикати, В. С. Груздев, С. Д. Михнов, Д. Д. Попов, Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский, Г. Ф. Писемский и многие другие.

В 1877—1879 гг. появился «Курс акушерства» профессора Харьковского университета И. П. Лазаревича—ученика А. П. Матвеева. Эта книга до настоящего времени представляет исключительный интерес и является оригинальным трудом, отражающим богатый клинический опыт автора.

И. П. Лазаревич много нового внес в оперативное акушерство. Он предложил значительное количество инструментов собственной конструкции и, в частности, акушерские щипцы. Этому инструменту И. П. Лазаревич уделял очень большое внимание, считая его наиболее важным не только в акушерстве, но, пожалуй, и во всей медицине. Он писал, что стремление усовершенствовать инструмент и сделать его возможно более целесообразным и безвредным для матери и плода заставляет акушеров создавать все новые и новые модели. И. П. Лазаревич высказал соображения о действии щипцов, которые он положил в основу инструмента своей конструкции. Уже в первом издании «Курса акушерства» он привел описание и рисунки трех собственных моделей щипцов и изложил технику применения этих щипцов. В следующем издании, появившемся в 1892 г., он описал еще несколько более совершенных моделей своих щипцов.

Идея, высказанная И. П. Лазаревичем, получила широкое распространение. Появилось еще несколько новых моделей инструмента, построенных по принципу устройства щипцов И. П. Лазаревича: щипцы И. И. Федорова, А. Г. Боряковского, С. М. Полотебнова, Ф. Г. Правосуда и др.

Так был создан русокий тип щипцов.

В 1892 г. было издано «Оперативное акушерство» профессора Казанского университета, а впоследствии Петербургского женского медицинского института

Н. Н. Феноменова. Это руководство явилось новым шагом в дальнейшем развитии и укреплении русской акушерской школы. Критическое отношение Н. Н. Феноменова к воззрениям, проникавшим в среду русских акушеров из переводных учебников, красной нитью проходит через весь труд. По многим основным вопросам оперативного акушерства Н. Н. Феноменов высказал и убедительно обосновал свою точку зрения. Эта книга явилась не только лучшим руководством по оперативному акушерству того времени, но и послужила основой для многих последующих трудов русских акушеров.

Все это определяет то исключительное место, которое занял Н. Н. Феноменов в развитии русского акушерства.

К концу прошлого столетия в русской периодической литературе насчитывалось уже большое количество работ акушеров. Значительная часть их печаталась в Петербургском «Журнале акушерства и женских болезней», основанном А. Я. Крассовским в 1886 г. Немало работ печаталось и в других медицинских журналах. Появилось большое количество монографий по вопросам оперативного акушерства.

Огромное значение в развитии русского акушерства имели Пироговские съезды. Не меньшую роль сыграли в этом отношении и возникшие в Петербурге, Москве и Киеве научные акушерско-гинекологические общества.

После 1861 г. родовспоможение в России начало развиваться значительно быстрее. В 1869 г. открываются первые родильные приюты в Петербурге, в 1880 г. — в Москве, а затем и в других крупнейших городах России.

«Положение о земских учреждениях», вышедшее в 1864 г., хотя и не предусматривало организацию здравоохранения в числе обязательных функций земства, но фактически способствовало приближению больничной помощи к сельскому населению, в частности, помощи акушерской. Не преувеличивая значения земства, остававшегося все же классовой организацией буржуазии, нельзя не признать его прогрессивного значения для родовспоможения в России того времени. При губернских и уездных больницах появились родильные отделения, были организованы разъездные пункты для акушерской помощи.

Родовспоможение в России в конце прошлого столетия хотя в некоторой мере и развилось, но тем не менее оно не могло удовлетворить потребности населения в акушерской помощи. Так, по данным Л. И. Бубличенко, в 1898 г. в России было всего 168 родильных отделений и приютов с 1411 койками. За этот год в родовспомогательных учреждениях помощь была оказана 55 813 женщинам, что составило примерно 2% ко всем родам, происшедшим в стране за год.

Материалы по применению щипцов в России в период 1840—1890 гг. приведены в работе В. М. Михайлова «Средние русские акушерские итоги за 50 лет», таблица из которой приведена ниже (табл. 1).

Таблица 1

Операции наложения щипцов в России с 1840 по 1890 г.

Число родов и операций	Москва	Петербург	Казань	Украина	Тифлис	Варшава	Всего
Число родов	113 552	102 219	9 496	4 853	1 567	6 434	238 121
Число операций	2 308	2 589	326	111	25	524	5 883
Процент оперированных . .	2,03	2,53	3,43	2,3	1,6	8,14	2,47

Если не считать акушерской клиники Варшавского университета, то частота операций колебалась в пределах от 1,6 до 3,43%, а по данным отчетов всех родовспомогательных учреждений, включая и акушерскую клинику Варшавского университета, не превышала в среднем 2,5%.

В конце прошлого столетия в русское оперативное акушерство были внесены очень существенные изменения. Профилактические пособия при ведении родов при узком тазе были оставлены. Введение антисептики и асептики резко улучшило результаты оперативных методов родоразрешения и позволило поставить по-новому вопрос о применении кесарева сечения.

Естественно, не могли не измениться и взгляды на место операции наложения щипцов среди других родоразрешающих операций. Особенно это относилось к операции наложения так называемых высоких щипцов, которую стали применять значительно реже.

В начале текущего столетия рост числа родовспомогательных учреждений в России продолжался. По данным Л. И. Бубличенко, в 1900 г. насчитывалось 273 учреждения на 1 614 коек, а в 1906 г. — 566 учреждений на 4 735 коек. Но такое количество родильных коек в стране обеспечивало не более как 5—6% рожениц акушерской помощью. Царское правительство, осуществлявшее волю капиталистов и помещиков, не было заинтересовано в действительном широком охвате женского населения родовспомогательными учреждениями, «не находило средств» для их организации. Подавляющее большинство женского населения, особенно рабочего и сельского, было предоставлено произволу безграмотных бабок и самопомощи.

С 1891 по 1917 г. в акушерской литературе отсутствуют сводные данные о применении операции наложения щипцов.

Собранные нами по этому вопросу материалы, опубликованные в разное время в периодической медицинской литературе, представлены в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

Операция наложения щипцов в России с 1891 по 1917 г.

(по данным 49 опубликованных отчетов)

Число родов и операций	Москва	Петербург	Казань	Украина	Тифлис	Варшава	Прочие города	Всего
Число родов	2 470	21 137	2 943	8 992	3 436	1 255	21 655	252 126
Число операций	122	3 249	96	411	56	32	344	4 310
Процент оперированных	5,0	1,5	3,2	4,6	1,6	2,6	1,6	1,71

При сравнении частоты операции наложения щипцов за период с 1840 по 1890 г. и с 1890 по 1917 г. оказывается, что процент ее применения снизился с 2,47 до 1,71.

Приведенные данные нужно считать только приблизительными, так как даже в больших городах далеко не все роды происходили в родовспомогательных учреждениях, а отчеты опубликовывались главным образом клиническими учреждениями. Учет операций производился не всегда одинаково.

Великая Октябрьская социалистическая революция внесла коренные изменения в дело развития родовспоможения. С каждым годом увеличивается сеть родовспомогательных учреждений, особенно в сельской местности.

Все женщины нашей страны получили возможность рожать в благоустроенных родовспомогательных учреждениях с квалифицированной акушерской помощью.

Рост коек с 1918 по 1937 г. определяется следующими цифрами: 1918 г. — 5 854 койки; 1931 г. — 32 773 койки; 1936 г. — 48 250 коек; 1937 г. — 63 221 койка.

Пополняется и отечественная акушерская литература. Появились руководства и учебники по акушерству и оперативному акушерству В. С. Груздева, А. П. Губарева, Н. З. Иванова, М. С. Малиновского и М. Г. Кушнера, П. А. Белошапко и И. И. Яковлева, М. А. Колосова, А. И. Крупского, К. К. Скробанского, Г. Г. Гентера, М. Л. Выдрина, И. Ф. Жордания и др. Опубликовано было большое количество монографий и статей, посвященных операции наложения щипцов или вопросам, имеющим самое непосредственное отношение к этой теме.

В выступлениях на VI, VIII и IX всесоюзных съездах акушеров и гинекологов, а также на Украинском и Закавказском съезде, в многочисленных научных обществах было уделено значительное место операции наложения щипцов и смежным вопросам.

Из опубликованных в печати отчетов крупнейших родовспомогательных учреждений, клиник и институтов видно, что операция наложения щипцов из 273 866 родов применялась в 3 913 случаях, т. е. в 1,43%. При этом надо учесть, что приведенные данные относятся к учреждениям, где процент патологических родов значительно выше, чем в небольших родильных домах, в частности, в колхозных.

Что касается отдельных разновидностей операции наложения щипцов, то данные статистик, опубликованных в акушерской литературе, весьма разнообразны.

Приняв общее количество операций наложения щипцов за 100%, можно видеть, что число наложения выходных щипцов колеблется в пределах от 8% (Н. П. Львов) до 70,6% (Б. Копалейшвили), полостных — от 29,9% (Г. Л. Дозорцева) до 75,3% (В. А. Столыпинский), высоких — от 0% (Б. Копалейшвили) до 62,4% (Н. П. Львов).

Столь большая разница в количестве различных видов наложения щипцов зависит от многих причин, о чем будет сказано при описании условий, необходимых для производства операции. Вместе с тем за последние десятилетия имеет место постепенное уменьшение числа операций наложения высоких щипцов.

Данные статистик показывают, что среди оперированных (наложение щипцов) преобладают первородящие, которые составляют от 57% (С. В. Знаменский) до 84% (В. А. Столыпинский, М. А. Петров-Маслаков) ко всем оперированным. Необходимо учесть, что среди всех разрешившихся количество перво- и повторнородящих неодинаково. Вычисляя процент оперированных отдельно для первородящих и повторнородящих, В. М. Михайлов показал, что среди первородящих число оперированных в 4 раза больше, чем среди повторнородящих. По данным М. А. Петрова-Маслакова, среди первородящих операция наложения щипцов имела место в 3,9%, а среди повторнородящих — только в 0,7%.

Возраст рожениц, подвергавшихся операции наложения щипцов, приводился в очень небольшом числе работ. Из них следует, что чем старше роженица, тем чаще она подвергается операции. Поскольку основным показанием к операции наложения щипцов служит недостаточность родовой деятельности, надо думать, что с возрастом эта патология встречается все чаще и чаще, а следовательно, увеличивается и процент оперированных. К такому выводу приходит В. М. Михайлов, С. Т. Виридарский и Д. С. Чапин. М. А. Петров-Маслаков приводит интересные данные о распределении оперированных рожениц по возрасту на основании наблюдений за 10 лет работы родильного дома имени В. Ф. Снегирева (бывшее Петербургское родовспомогательное заведение). Оказалось, что старые первородящие (старше 30 лет) составляли около $\frac{1}{3}$ всех оперированных. Из общего числа пожилых первородящих наложение щипцов произведено у 8,6% рожениц.

Представляет интерес то обстоятельство, что в числе извлеченных щипцами детей, по данным всех авторов, большинство составляют мальчики. Соотношение числа девочек к числу мальчиков равнялось от 1:1,4 (В. М. Михайлов) до 1:3,5 (Н. И. Лебедев). Этот факт подтвержден и нашими данными (1:1,4).

НАЗНАЧЕНИЕ И ДЕЙСТВИЕ ЩИПЦОВ

Вопросы о назначении и действии щипцов освещались главным образом в общих руководствах по акушерству и по оперативному акушерству.

Помимо того, они в той или иной мере затрагивались во многих статьях, появлявшихся в периодической литературе.

Все эти вопросы касались следующего:

1) предназначены ли акушерские щипцы только для головки (в том числе и последующей) или же их можно наложить и на ягодицы плода;

2) допустимо ли с помощью щипцов преодолевать несоответствие между размерами таза роженицы и головки плода, применяя силу и, в частности, силу влечения или сжатия головки ложками;

3) каков характер извлекающей силы щипцов;

4) допустимы ли вращения головки с помощью щипцов вокруг вертикальной или горизонтальной ее оси;

5) обладают ли щипцы динамическим действием;

6) должны ли щипцы растягивать мягкие ткани родовых путей, подготавливая их к прорезыванию головки плода.

Первый вопрос — о допустимости наложения щипцов на ягодицы — уже Н. М. Максимович разрешил положительно, но только в том случае, если ягодицы плода опустились в полость таза и ручные приемы извлечения безуспешны.

Г. И. Кораблев считал эту операцию допустимой лишь для низведения ягодиц в полость таза.

А. Я. Крассовский и Н. Н. Феноменов, наоборот, полагали, что щипцы предназначены по размеру и форме своих ложек только для головки. Поэтому их не следует

накладывать на ягодицы, с которых они обыкновенно соскальзывают.

И. П. Лазаревич несколько раз с успехом произвел операцию наложения щипцов на ягодицы и считал ее допустимой при условии пользования прямыми щипцами.

Авторы всех руководств, вышедших за последние 20 лет, за исключением Н. И. Побединского и Н. З. Иванова, допускают наложение щипцов на ягодицы при условии, что последние уже плотно вколотились во вход малого таза и невозможно завести палец за паховый сгиб для извлечения плода. Тракции следует производить осторожно ввиду легкости соскальзывания щипцов.

К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер, П. А. Белошапко, И. И. Яковлев считали, что лучшим инструментом для выполнения операции являются прямые щипцы, в частности, щипцы Лазаревича.

В последние годы А. Г. Бродский, Г. А. Бакшт, Я. Л. Гинзбург, Н. Н. Петров, В. Ф. Киселев и В. Д. Куцаидзе, основываясь на личных наблюдениях, пришли к заключению, что щипцы могут быть наложены на ягодицы в исключительных случаях, при соблюдении большой осторожности ввиду возможного их соскальзывания. Операция легче выполнима при помощи прямых щипцов или щипцов, имеющих незначительную тазовую кривизну. Акушер должен быть опытным специалистом.

Собственный опыт в этом вопросе заставляет нас присоединиться к этой точке зрения. Мы применили операцию наложения щипцов при тазовом предлежании с хорошим исходом у 10 рожениц. Для данной операции необходимы те же условия, что и при операции по поводу головного предлежания. В частности, щипцы можно накладывать только в том случае, если ягодицы встали во вход в таз. Показания к операции должны быть очень строгими, а техника достаточно совершенной.

По второму вопросу — о преодолении с помощью щипцов несоответствия головки плода и таза роженицы — у русских акушеров давно сложилось единое мнение. Щипцы не предназначены для преодоления несоответствия, и узкий таз сам по себе никогда не служит показанием для операции.

Когда Н. М. Максимович издал свое сочинение по повивальному искусству, среди акушеров господствовали взгляды сторонников французских и немецких аку-

шерских школ, которые утверждали, что сжатие головки щипцами едва ли не основное назначение щипцов. Сжатая и в силу этого уменьшенная головка может быть проведена через узкий таз. В то время учение о приспособлении головки к тазу, о конфигурации ее только еще зарождалось.

Однако уже Н. М. Максимович писал, что чрезмерное сжатие головки щипцами наносит вред плоду. При значительном несоответствии таза роженицы и головки плода нет смысла пытаться спасти тяжелой операцией жизнь плода, ставя под угрозу здоровье матери. Если головка стоит во входе и имеется значительное несоответствие ее с тазом, Н. М. Максимович советовал производить краниотомию даже на живом плоде. Он положил начало отрицательному отношению к сжатию головки, и этот взгляд все более утверждался среди русских акушеров.

Г. И. Кораблев твердо высказывался против сжатия головки щипцами: «Касательно сжатия головки щипцами акушер должен помнить, что инструмент изобретен не для этой собственно цели, и что думать, при наложении щипцов ускорять роды сжатием головки, есть большое и для жизни младенца опасное заблуждение. Инструмент должен только захватить и удержать головку; первоначальная цель действия его есть одно только простое притяжение младенца».

Взгляды Г. И. Кораблева шли в разрез с принятыми на Западе воззрениями Саксторфа (Saxtorph), Редерера (Roederer), Зибольда (Siebold), Фрорипа (Frorier), Ритгена (Ritgen), Негеле (Naegle).

А. Я. Крассовский также решительно возражал против того, что сжатие головки должно преследовать цель более легкого проведения ее через суженный таз, как это утверждали Боделок (Baudeloque), Штейн (Stein), Шассаньи (Chassagny) и другие крупные представители западного акушерства.

Сжатие головки щипцами в процессе операции неминуемо и представляет собой неизбежный недостаток инструмента. Отрицательное отношение А. Я. Крассовского к французским щипцам с неподвижным замком и отчасти даже немецким объяснялось в первую очередь желанием избежать сильного сжатия головки. Подвижный замок уменьшал сжатие, и в любой момент его можно было разомкнуть для того, чтобы дать отдых головке.

Н. Н. Феноменов полагал, что вопрос о пользе сжатия щипцами головки плода во время операции уже отошел в область истории акушерства, хотя, к сожалению, все существующие модели щипцов в какой-то мере и оказывают это вредное воздействие на головку. Н. Н. Феноменова не удовлетворяла подвижность в замке, присущая английским щипцам, и, как это будет далее сказано, он изменил замок, придав ему еще бóльшую подвижность.

И. П. Лазаревич считал, что сжатие головки — это самый существенный недостаток инструмента. Помимо возможности непосредственного повреждения тканей головки, имеет значение и односторонность сжатия. Все это было особенно выражено при операции наложения высоких щипцов, которые в конце XIX столетия применялись довольно часто. Щипцы с тазовой кривизной могут быть наложены на головку, стоящую во входе в таз, только в поперечном или косом размере таза. Сжатие головки в таких направлениях влечет за собой увеличение ее в поперечнике, т. е. в том размере, который совпадает с самым малым — прямым — размером входа в таз. Поэтому И. П. Лазаревич стремился найти новое конструктивное разрешение задачи уменьшения сжатия головки и предложил щипцы неперекрещивающиеся, с параллельными ветвями и очень подвижным замком.

А. Г. Боряковский, Ф. Г. Правосуд, Н. З. Иванов отнюдь не отрицали, что сжатие головки щипцами — нежелательная сторона действия инструмента, но полагали, что сжатие в пределах 1—1,5 см не опасно для жизни плода.

А. Л. Гельфер провел экспериментальную работу на свежих трупах новорожденных с целью выяснить изменения внутричерепного давления при проведении головки щипцами через узкий таз. Он пришел к выводу, что при проведении головки щипцами через нормальный таз внутричерепное давление повышалось на 72—94 мм ртутного столба. Только $\frac{1}{3}$ этого повышения приходится за счет сжимающего действия щипцов, а $\frac{2}{3}$ — за счет сжимающего действия стенок таза. При *coniugata vera* 10 см внутричерепное давление повышалось до 150 мм, из которых $\frac{1}{4}$ приходится на щипцы. При *coniugata vera* 9 см внутричерепное давление доходило до 200 мм, а при 8 см — даже до 260 мм.

Таким образом, вопрос о назначении щипцов как инструмента, сжимающего головку, давно уже решен отрицательно и вряд ли сейчас кто-либо будет оспаривать эту точку зрения.

Третий и четвертый вопрос — о назначении и действии щипцов — касался характера извлекающей силы и возможности применения разного вида вращательных движений. Оба эти вопроса тесно соприкасаются друг с другом.

Н. М. Максимович допускал исправление положения головки щипцами при неблагоприятном вставлении.

Г. И. Кораблев, считавший единственным назначением щипцов извлечение головки, подчеркивал, что для акушера важно следить за движениями головки во время извлечения и не мешать этим движениям.

А. Я. Крассовский полагал, что назначение щипцов состоит в воспроизведении только двух движений — извлечения головки и вращения ее вокруг вертикальной оси. Впрочем, он выражал сомнение в целесообразности вращательных движений щипцами с целью изменения положения головки в родовых путях, поскольку этот вид движения происходит самостоятельно по мере извлечения головки.

Наиболее полное обоснование взгляда на назначение и действие щипцов было дано Н. Н. Феноменовым. Он рассматривал щипцы как инструмент, предназначенный исключительно для извлечения головки, но никак не для исправления, изменения ее положения в тазу. Н. Н. Феноменов считал, что исправление положения головки с помощью щипцов противоречит основным требованиям, которым должен удовлетворять безвредный инструмент, а именно: 1) не нарушать естественного механизма родов; 2) не причинять вреда матери; 3) не наносить серьезного ущерба плоду.

Н. Н. Феноменов подчеркивал, что неправильные положения головки в тазу не создаются без причины. Они возникают или вследствие неправильностей строения таза, или вследствие особого строения головки. Эти причины стойкие, анатомические и их нельзя устранить действием щипцов. Дело совсем не в том, что головка не поворачивается, а в том, что имеются условия, исключющие и возможность, и необходимость поворота в данное время. Поворот головки при этом нецелесообра-

зен, и, изменяя положение головки, акушер не помогает, а вредит. Если наблюдать роды с неправильным положением головки, то можно убедиться в том, что проходит иногда длительное время, в течение которого головка конфигурируется в соответствии с пространственными отношениями между ней и родовыми путями. Только после завершения конфигурации наступает поворот головки и в большинстве случаев роды скоро и беспрепятственно заканчиваются. В тех случаях, когда показания к извлечению плода появляются еще до завершения конфигурации головки и есть все прочие условия для производства операции, никакого предварительного исправления положения головки не требуется. Следует начать извлечение и в процессе его не только не стеснять тех поворотов, которые будет совершать головка, а, наоборот, способствовать им. Очевидно, что повороты, которые будет проделывать головка при извлечении, будут соответствовать пространственным соотношениям данного таза и данной головки. Когда головка в течение многих часов конфигурировалась в соответствии с особенностями данных родовых путей, нельзя вдруг начать пытаться изменять щипцами ее положение путем поворота.

Другим основанием для того чтобы не допускать предварительного исправления щипцами положения головки, Н. Н. Феноменов считал то, что вращение инструмента в родовых путях неизбежно травмирует мягкие ткани матери.

Кроме того, Н. Н. Феноменов возражал против искусственных поворотов головки, опасаясь повреждений плода, вплоть до разрывов позвоночника. Они возникают потому, что акушер старается воспроизвести механизм вращения, «в течение такого времени и тогда, в течение какого и когда он не отвечает требованиям данного случая...» (Н. Н. Феноменов).

Таким образом, по Н. Н. Феноменову, щипцы следует употреблять только для замены *vis a tergo*, но отнюдь не для какого-либо «исправления» положения головки.

Взгляды Н. Н. Феноменова на назначение и действие щипцов впоследствии разделялись подавляющим большинством русских акушеров. А. Г. Боряковский, Н. Ф. Толочиннов, Н. И. Побединский, Н. С. Канегиссер, Н. З. Иванов, В. С. Груздев, А. Ф. Пальмов, Г. Г. Генгер, М. С. Малиновский, А. И. Крупский, К. Н. Жмакин,

Б. А. Архангельский полностью согласны с мнением Н. Н. Феноменова. Такой же точки зрения придерживался и И. П. Лазаревич. Он дал собственное обоснование рассматриваемого вопроса и пытался разрешить его особым устройством своих щипцов.

Несколько отличается от общепринятых взглядов на щипцы точка зрения А. П. Губарева, М. А. Колосова, П. А. Белашапка и И. И. Яковлева. Они полагают, что в некоторых случаях можно употреблять щипцы как инструмент для вращения головки, но только вокруг вертикальной оси. Так, в родах с низким поперечным стоянием головки они рекомендуют повернуть головку с помощью щипцов на 90° , прежде чем начать извлечение.

При задних видах головного предлежания М. А. Колосов советует сделать осторожную попытку предварительно перевести головку в передний вид. П. А. Белашапка и И. И. Яковлев считают, что перевод головки из заднего вида в передний можно делать только в тех случаях, когда задний вид только намечается, а следовательно, не произошло еще стойкой конфигурации головки соответственно заднему виду.

Как известно, головка при прохождении родового канала поворачивается почти всегда затылком кпереди, реже — кзади. Однако этот поворот сочетается с одновременным поступательным движением. Следовательно, поворот головки вокруг вертикальной оси должен произойти и при оперативном родоразрешении. Речь идет не о повороте вообще, а о том, должен ли поворот быть предварительным или он должен происходить так же, как при самопроизвольном рождении, одновременно с поступательным движением головки.

Н. Н. Феноменов и подавляющее большинство акушеров полагают, что предварительного исправления не должно быть ни при низком поперечном стоянии головки, ни при задних видах. Поэтому Н. Н. Феноменов отрицательно относился к способам наложения щипцов по Ланге (Lange) или по Сканцони (Scanzoni). Однако, высказываясь против предварительного исправления положения головки, он советовал производить вращательные движения, как только головка в процессе извлечения сама начнет поворачиваться. Акушер следует за движениями головки и содействует им, сочетая поступательное и

вращательное движение головки подобно тому, как это происходит при самопроизвольных родах.

Иную точку зрения о назначении и действии щипцов высказывал М. В. Елкин. Он полагал, что назначение щипцов заключается не только в извлечении плода, но и в воспроизведении всего механизма его рождения¹.

С помощью щипцов можно и должно «исправлять» асинклитические вставления, извлекать головку, находящуюся в переднем виде лицевого вставления (спинка и затылок кпереди, подбородок кзади). Такое назначение и действие щипцов, по мнению М. В. Елкина, дают возможность выполнять то, что считалось ранее не присущим этому инструменту. Все сказанное привело М. В. Елкина к созданию собственных, очень сложно устроенных щипцов и значительному расширению области их применения.

Та же чрезмерная акушерская активность привела к созданию в США щипцов Майера (Mayer) и Бертонна (Barton), предназначенных специально для «исправления» положения головки.

Вряд ли нужно подробно останавливаться на этом вопросе и доказывать ошибочность взглядов указанных акушеров.

В итоге следует сказать, что в русской акушерской школе сложилась вполне ясная и определенная точка зрения, наиболее обоснованная уже Н. Н. Феноменовым: щипцы предназначены только для извлечения плода, а отнюдь не для искусственного, надуманного изменения положения головки.

Пятый вопрос — о динамическом действии инструмента — большинством акушеров решен положительно. Оно выражается в усиленной родовой деятельности при введении ложек щипцов и объясняется механическим и термическим (если щипцы холодные) раздражением нервных окончаний слизистой влагалища и шейки матки. Полагают, что если операция произво-

¹ Здесь и в дальнейшем вместо выражения «механизм родов» мы пользуемся термином «механизм рождения плода» как более правильным. Роды — это сложный процесс изгнания плодного яйца из материнского организма. Механизм рождения плода — это те движения, которые производит плод в процессе рождения. Очевидно, что когда говорят «механизм родов», то имеют в виду не роды в целом, а только движения, совершаемые плодом при его рождении.

дится без глубокого наркоза или вообще без наркоза, то динамическое действие щипцов бывает выражено сильнее.

О динамическом действии щипцов первым из русских акушеров говорил Г. И. Кораблев. Он признавал этот вид действия, однако считал его не всегда полезным, так как родовая деятельность иногда становится неправильной и даже парализуется.

О динамическом действии щипцов говорил и А. Я. Крассовский, хотя и считал его непостоянным.

Н. Н. Феноменов, также признавая динамическое действие щипцов, полагал, что оно не имеет существенного практического значения.

И. П. Лазаревич не только отмечал динамическое действие щипцов, но и считал, что оно способствует успеху операции. Н. Ф. Толочинов и В. С. Груздев также поддерживали эту точку зрения.

Существенное значение динамическому действию щипцов придавал А. П. Губарев и особенно М. А. Колосов. Последний считал, что отрицание динамического действия явилось в результате применения наркоза при операции. Если же наркоз не дают и вводят инструмент охлажденным до комнатной температуры, то динамическое действие щипцов обнаруживается с достаточным постоянством и силой. М. А. Колосов рекомендует даже не торопиться с извлечением плода после введения щипцов, а некоторое время выжидать. Весьма вероятно, что появится динамическое действие щипцов, потуги усилятся и акушеру останется только помогать роженице, производя легкое влечение.

Хотя большинство акушеров и признает за щипцами динамическое действие и придает ему большее или меньшее значение, некоторые обходят этот вопрос молчанием (Н. И. Побединский, К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер и др.). М. С. Малиновский совсем отрицает динамическое действие щипцов.

Шестой, последний, вопрос касается предварительного расширения щипцами мягких тканей родовых путей.

Быстрое выведение самой крупной части плода — головки — может вести к разрывам слизистой влагалища и тканей промежности. Предварительное растяжение их может сыграть известную роль в уменьшении числа разрывов мягких тканей родовых путей. Достичь такого рас-

тяжения можно при особом устройстве щипцов, когда головная кривизна их не точно подражает кривизне головки, но постепенно сходит на нет в направлении к замковой части. При таком устройстве щипцов извлекаемой головке предшествует как бы клин, расширяющийся снизу вверх — в направлении головки. По мере извлечения головки этот клин с известной постепенностью растягивает мягкие ткани выхода таза и подготавливает их к прорезыванию самой крупной части плода.

Такое действие щипцов предусматривал И. П. Лазаревич; упоминал об этом и А. Я. Крассовский. Впрочем, ни тот, ни другой не придавали большого значения действию щипцов как инструмента, расширяющего мягкие ткани выхода таза.

С конца прошлого столетия никто к этому вопросу не возвращался.

II

РАБОТЫ РУССКИХ АКУШЕРОВ ПО СОЗДАНИЮ СОБСТВЕННЫХ ЩИПЦОВ

Русские акушеры своими изысканиями наиболее совершенной конструкции щипцов внесли крупный вклад в оперативное акушерство.

Работы по созданию новых видов щипцов шли в двух направлениях. С одной стороны, улучшались существовавшие виды инструмента без изменения основного его типа. С другой стороны, и что наиболее важно, был создан совершенно новый тип щипцов, который отражал новые воззрения, появившиеся в ходе развития русской акушерской школы. Наряду с французским, английским и немецким видом щипцов, был создан русский тип.

Переходя к описанию щипцов, созданных русскими акушерами, необходимо остановиться и на тех соображениях, которые привели к изменениям существующих конструкций щипцов и тем более к созданию нового типа инструмента.

Эти соображения вытекают из критической оценки теории и практики применения щипцов разного вида. В то же время и работы по изменению существующих видов щипцов, и работы по созданию собственного типа их теснейшим образом связаны друг с другом общностью взглядов на назначение и действие щипцов, складывавшихся в русской акушерской школе.

Еще до появления первых русских щипцов стали складываться представления о тех свойствах, которыми должен обладать хороший инструмент.

Основоположник русской акушерской школы Н. М. Максимович писал: «Клещи кривые и прямые с

обеих сторон гладкие с верхними отверстиями, и деревянными рукоятками, к ним приделанными, без всякого посередине винта и шурупа, по моему мнению, всем прочим предпочтены быть должны» (рис. 1). Запирающийся замок, по мнению Н. М. Максимовича, препятствует легкости соединения ветвей, ведет к чрезмерному сжатию и даже повреждению головки и небезопасен для мягких тканей родовых путей. Прямые щипцы он считал лучшими для более гяжелых операций, в том числе при высоком стоянии головки плода.

Здесь уместно напомнить, что в начале своей акушерской деятельности, по обычаю того времени, Н. М. Максимович провел несколько лет за границей, в том числе и у Леврэ (Levret). Тем не менее он не считал щипцы Леврэ лучшими. Приведенные выше качества инструмента, которыми должны обладать, по мнению Н. М. Максимовича, хорошие щипцы, коренным образом отличаются от основных свойств щипцов Леврэ. Последние, как известно, длинные, с неподвижным замком, запирающимся винтом, и большой тазовой кривизной. Последнее было введено в конструкцию щипцов Леврэ и считалось им, а затем и последующими акушерами до И. П. Лазаревича, неотъемлемым качеством акушерских щипцов.

Г. И. Кораблев писал, что в его время существовало уже 130 разновидностей инструмента. Он считал, что если головка плода расположена выше середины малого таза, то надо пользоваться длинными щипцами с малой тазовой кривизной, так как они менее придавливают головку к передней стенке таза и лучше сохраняют мягкие ткани родового канала от ушибов и повреждений.



Рис. 1. «Железные клещи прямые с отверстием по сторонам и с деревянными рукоятками, для освобождения в родах младенца головкою или задком, в самой яме таза не подвижно установившегося» (Н. М. Максимович).

Щипцы В. М. Рихтера

Эти щипцы представляют собой сочетание некоторых особенностей щипцов Смелли (Smellie), Леврэ (Levret) и Зибольда (Siebold). От первых заимствована форма ложек с тазовой кривизной и каемкой на внутренней поверхности, от вторых — замок, от третьих — рукоятки (рис. 2).

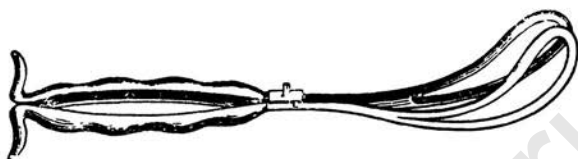


Рис. 2. Щипцы В. М. Рихтера.

Щипцы А. Я. Красовского

А. Я. Красовский применял щипцы различных конструкций. Он считал французский тип щипцов наименее удачным. Основные недостатки его он видел в ненужной, чрезмерной длине, трудности запираения и неподвижности замка, неудобстве рукояток. Этот тип щипцов (тип Леврэ) отражал активное направление французской акушерской школы, следовавшей принципу раннего оперативного вмешательства в ход родов даже при подвижной над входом в таз головке. Все это противоречило воззрениям русской школы, принявшей в основном консервативное направление. Из числа щипцов английского типа А. Я. Красовский отдавал предпочтение щипцам Симпсона (Simpson). Основное достоинство их он видел в том, что они короткие, замок в них устроен более целесообразно, удобно закрывается, сохраняя даже в таком состоянии известную подвижность ветвей.

Немецкий тип щипцов А. Я. Красовский характеризовал как тип заимствованный, сочетающий в себе некоторые положительные качества французских и английских щипцов. Поэтому он назвал немецкий тип смешанным.

Испытания различных щипцов привели А. Я. Красовского к заключению, что хороший инструмент должен удовлетворять определенным требованиям, которые он

подробно описал в четвертом издании своего «Оперативного акушерства». Это щипцы с тазовой кривизной, легко смыкающиеся в замке, средней длины. А. Я. Крассовский пользовался такими щипцами, и они его вполне удовлетворяли при любом положении головки плода в тазу.

Щипцы В. М. Флоринского

В. М. Флоринский — ученик А. Я. Крассовского — был профессором Казанского университета с 1855 по 1878 г. В одной из статей, посвященных юбилею Казанской акушерской клиники, сказано, что В. М. Флоринский создал собственную модель щипцов. К сожалению, кроме этого упоминания, ничего другого о щипцах В. М. Флоринского неизвестно.

Щипцы Н. Н. Феноменова

Н. Н. Феноменов, так же как и А. Я. Крассовский, уделял много внимания клиническому испытанию различных видов щипцов.

Некоторое время он отдавал предпочтение английским щипцам Симпсона, главное достоинство которых видел в подвижности замка. Основываясь на клиническом испытании различных видов щипцов, Н. Н. Феноменов пришел к выводу, что действительно хороший инструмент должен обладать особенностями, несколько отличными от тех, которые придал этому инструменту А. Я. Крассовский.

По мнению Н. Н. Феноменова, щипцы, удовлетворяющие требованиям акушерской практики, должны быть еще короче, тазовая кривизна их меньше, а головная — несколько больше; расстояние между верхними ребрами несколько меньше, чем между нижними; вес значительно легче.

Исключительное значение Н. Н. Феноменов придавал устройству замка. Последний должен обеспечить известную подвижность ветвей после замыкания, чего нет ни во французском, ни в немецком замках. Эта подвижность дает возможность размещать ложки и замыкать щипцы, когда они расположены в разных плоскостях. Даже наиболее подвижный замок в щипцах Симпсона не удовлетворял Н. Н. Феноменова, и он изменил его устройство:

В первом издании своего руководства по оперативному акушерству (1892) Н. Н. Феноменов по этому поводу писал: «Если при таком устройстве замка уничтожить на правой ветви пластинку, приходящуюся сзади левой ложки при замыкании, и уничтожить таким образом углубление на правой ложке, оставляя только соответственное уточнение в месте перекрещивания ветвей, — то этим достигается еще бóльшая подвижность замковой части...»

В третьем издании этой же книги (1897) Н. Н. Феноменов писал следующее: «Из всех этих разновидностей замка по-моему самым выгодным следует считать английский замок. Дело в том, что он допускает известную подвижность ложек после замыкания инструмента, чего нет в других замках. Это обстоятельство выгодно потому, что оно не требует непременно размещения ложек в одной плоскости, но допускает замыкание инструмента и при положении ложек в разных плоскостях. Если при таком устройстве замка уничтожить (как то сделали мы) на правой ветви пластинку, приходящуюся при замыкании сзади левой ветви, и уничтожить, таким образом, углубление на правой ложке, оставляя только соответственное уточнение на месте перекрещивания ветвей, то этим достигается еще бóльшая подвижность замковой части и смыкание инструмента, в случае расположения ветвей не в одной плоскости, происходит еще легче, без всякого ущерба для прочности фиксации».

Таким образом, Н. Н. Феноменов, придавая большое значение подвижности ветвей щипцов в замке, предложил свою модификацию щипцов (рис. 3 и 4). Щипцы Н. Н. Феноменова по внешнему виду незначительно отличаются от щипцов Симпсона. Вместе с тем изменение устройства замка увеличивало подвижность ветвей, чему придавал значение уже Н. М. Максимович и еще более А. Я. Крассовский.

Н. Н. Феноменов считал видоизмененные им щипцы лучшими и в известной мере универсальными. Они могут быть наложены в любом отделе таза и при всех видах вставления головки. Эти щипцы, столь распространенные и в наше время, по справедливости следует называть щипцами Симпсона-Феноменова.

Почти все крупные русские акушеры дали положительные отзывы о практическом применении щипцов

Симпсона-Феноменова, считая их лучшими из имеющих тазовую кривизну. В числе этих акушеров были: Н. Ф. Толочин, Н. И. Побединский, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, А. И. Крупский, М. С. Малиновский, М. А. Колосов, К. Н. Жмакин и др. Ими подчеркивалось, что основные преимущества щипцов Симпсона-Феноменова заключаются в большой подвижности замка, простоте



Рис. 3. Щипцы Симпсона-Феноменова.



Рис. 4. Щипцы Симпсона-Феноменова. Устройство замка (пластинка на правой ветви отсутствует).

устройства и мало выраженной тазовой кривизне. В. С. Груздев даже полагал, что тазовая кривизна является скорее недостатком, чем достоинством инструмента.

Вопрос о преимуществах щипцов Симпсона-Феноменова нашел отражение в большом количестве работ, появившихся в русской акушерской литературе. Здесь можно назвать работу В. В. Белоруссова «Об исходе операции щипцов для матери и ребенка», А. Г. Дмитриева «Материалы к вопросу о высоких акушерских щипцах», статьи Н. В. Ястребова, В. М. Онуфриева, С. В. Сазонова. Из исследований более позднего и последнего времени надо указать на работы А. Ф. Пальмова и Н. А. Цовьянова. А. Ф. Пальмов — автор нескольких

больших трудов по изучению вопросов об узком тазе и щипцах. В диссертации «О высоких акушерских щипцах» (1914) он подробно разобрал вопрос о преимуществах щипцов Симпсона-Феноменова перед щипцами Тарнье (Tarnier) и Брейса (Breus). Извлечение головки совершается легче; направление тракций по проводной линии таза удается произвести с большей точностью, так как инструмент находится целиком в руках акушера. Все изменения в положении головки прекрасно воспринимаются посредством мышечного чувства. Оперирующий может изменить силу сжатия головки, и поэтому повреждения головки встречаются реже, равно как и соскальзывание щипцов. Все движения и изменения положения головки совершаются легко благодаря тому, что ложки не закреплены на ней, имеется возможность быстро размыкать ветви щипцов в замке.

Н. А. Цовьянов в монографии «К технике наложения акушерских щипцов» (1944) писал, что щипцы Симпсона (Симпсона-Феноменова) более удобны для всех видов операций. К положительным качествам их он относит то, что они относительно коротки, легки и подвижны в замке. Особенно подчеркивает Н. А. Цовьянов сохранение мышечного чувства, что делает щипцы очень послушными воле акушера. При сильно конфигурированной и вытянутой головке он советует применять щипцы с мало выраженной головной кривизной. Это уменьшает сжатие головки, сохраняя в то же время плотное прилегание ложек к головке на всем ее протяжении.

Все сказанное о щипцах Симпсона-Феноменова делает вполне понятным тот факт, что этот вид инструмента был и остается пока очень распространенным в практическом акушерстве в России с конца минувшего столетия до наших дней.

Щипцы И. П. Лазаревича

И. П. Лазаревич вошел в историю отечественного акушерства как один из виднейших его представителей и как изобретатель различных акушерских и гинекологических инструментов. Не без основания имя И. П. Лазаревича связывают с созданием нового типа акушерских щипцов. И. П. Лазаревич, как это можно установить по литературным источникам, предложил не менее 9 различных

видов щипцов. Первая его модель относится к 1865 г., последняя — к 1891 г.

Еще при жизни И. П. Лазаревича идеи его нашли широкий отклик у русских акушеров. Щипцы Лазаревича были испробованы не только практически, но и послужили основанием к появлению многих новых видоизменений инструмента, в которых отражены основные принципы устройства щипцов Лазаревича. К числу таких относятся щипцы И. И. Федорова, Н. В. Ястребова, А. Г. Боряковского, С. М. Полотебнова, Е. Б. Диманта. После смерти И. П. Лазаревича были предложены щипцы Ф. Г. Правосудом, А. И. Крупским, Н. Д. Шапиро, А. П. Гумилевским.

Таким образом, И. П. Лазаревич явился родоначальником русского типа щипцов.

До 1865 г. И. П. Лазаревич пользовался существующими моделями щипцов различных типов. Подобно Н. М. Максимовичу, А. Я. Крассовскому и Н. Н. Феноменову, он считал, что наименее отвечают требованиям французские щипцы. Они громоздки, и, что особенно важно, замок в них неподвижен, вследствие чего головка плода сильно сдавливается; сомнительна и целесообразность большой тазовой кривизны щипцов.

И. П. Лазаревич считал более удобными английские щипцы, главным образом из-за подвижности замка, который позволяет легко сомкнуть ветви и допускает некоторое вращение ветвей около их продольной оси. Однако и английский тип щипцов имел с точки зрения И. П. Лазаревича много существенных недостатков.

С 1865 г. он приступил к созданию нового, собственно его типа щипцов. И. П. Лазаревич в усовершенствовании своих щипцов видел несколько этапов:

1) устройство щипцов с неперекрещивающимися ветвями (1865);

2) устранение тазовой кривизны (1879);

3) параллелизм ветвей и устройство замка, дающее возможность удерживать ложки на желаемом расстоянии (1887);

4) возможность захватывать головку ложками на различной высоте (1891).

Первую модель щипцов И. П. Лазаревич сконструировал в 1865 г. (рис. 5, а). Она имела слабо выраженную головную и тазовую кривизну. Самая существенная особенность щипцов заключалась в том, что ветви их не

перекрещивались, а смыкались простым прикладыванием друг к другу. Замок представлял собой пластинку, отходящую от внутренней поверхности правой рукоятки (считая сторону роженицы) и вставляющуюся в прорезь левой рукоятки. Замок легко смыкается и размыкается, сохраняя известную подвижность ветвей. Щипцы были

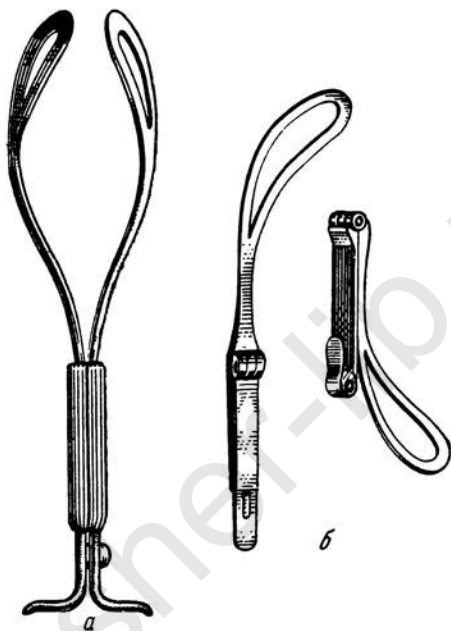


Рис. 5. Щипцы И. П. Лазаревича.
 а — первая модель (1865); б — вторая модель (1866).

очень легкими и простого устройства. Такая конструкция предупреждала чрезмерное сдавливание головки плода, неминуемое при перекрещивающихся ветвях.

Вторая модель сконструирована И. П. Лазаревичем в 1866 г. (рис. 5, б). Она отличалась от первой только тем, что щипцы были складными. Каждая из ветвей складывалась пополам с помощью шарнира, размещенного в месте перехода рукояток в ложки.

Третья модель — так называемые малые щипцы — относится к 1872 г. (рис. 6). В них было достигнуто новое

облегчение инструмента путем снятия накладок с рукояток. Щипцы уменьшены в размере. В остальном они такие же, как модель 1865 г.

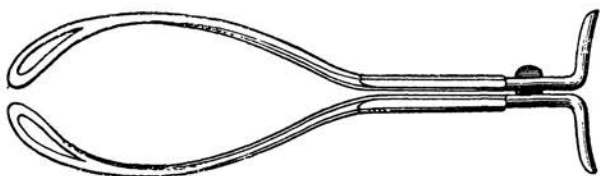


Рис. 6. Щипцы И. П. Лазаревича — третья модель (1872).

Четвертая модель изготовлена в 1879 г. (рис. 7). Этим щипцам И. П. Лазаревич дал наименование усовершенствованных (описание приводится в «Курсе акушерства», изд. 1879 г.). Данная модель завершает первый период изысканий И. П. Лазаревича, когда им были созданы неперекрещивающиеся щипцы, но с тазовой кривизной.

Пятая модель щипцов И. П. Лазаревича относится также к 1879 г. С этой модели начинается второй период работ по созданию инструмента, характеризующегося полным устранением тазовой кривизны. Судя по рисунку, приводимому во втором издании «Курса акушерства», в этой модели все черты четвертой конструкции щипцов остались без изменений, только была устранена тазовая кривизна. Последнее преследовало цель дать возможность акушеру с наибольшей легкостью направлять влечения строго по проводной линии таза.

Шестая модель появилась в 1887 г. и относится к третьему периоду работ И. П. Лазаревича, когда он разрешал вопрос о параллелизме ветвей щипцов (рис. 8). Эта задача была разрешена путем изменения замка. Новый замок давал возможность удерживать ветви



Рис. 7. Щипцы И. П. Лазаревича — четвертая модель (1879).

щипцов на желаемом расстоянии друг от друга, сохраняя при этом их параллелизм. Кроме шпенька, образовавшего замок, был устроен винт, проходящий через нарезку в правой, а затем в левой рукоятке. Различная степень за-винчивания винта давала возможность сблизить друг с другом или отвести друг от друга ветви щипцов.

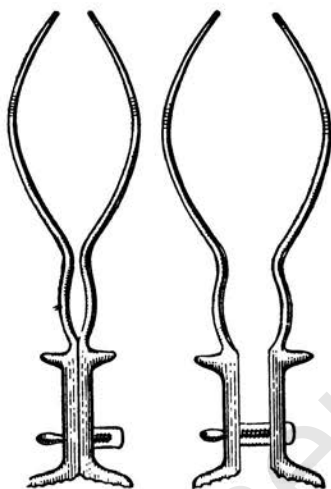


Рис. 8. Щипцы И. П. Лазаревича — шестая модель (1887).



Рис. 9. Щипцы И. П. Лазаревича — седьмая модель (1887).

Седьмая модель появилась также в 1887 г. (рис. 9). В ней И. П. Лазаревич усовершенствовал параллелизм ветвей путем изменения замка. Кроме того, в этих щипцах уничтожено кольцообразное расширение в области шейки и ветви их расходятся как бы клином, расширяющимся по направлению от рукояток к головной кривизне.

Многие акушеры (Н. Ф. Толочинов, Н. Н. Феноменов, В. С. Груздев, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.) считали эту модель щипцов И. П. Лазаревича основной и в своих руководствах по акушерству, как правило, приводили ее описание и рисунок.

Обоснование устройства этих щипцов было дано И. П. Лазаревичем в работе «Механика акушерских опе-

раций и вновь усовершенствованные для них инструменты», доложенной на II съезде русских врачей в Москве в 1887 г.

И. П. Лазаревич считал, что при извлечении плода щипцами действуют следующие силы: а) изгоняющая, или толкательная, действующая на головку плода концами ложек сверху; б) направляющая — со стороны стенок родовых путей и средней части ложек щипцов; в) противодействующая — со стороны головки и нижерасположенных частей родового канала (упругость и сократительность мягких тканей; наклонные плоскости тазового канала; упругость и размеры самой головки плода; тело матки, если она охватывает и задерживает плод).

И. П. Лазаревич полагал, что результаты действия этих сил можно представить себе только приблизительно, так как головка в течение родов и во время извлечения ее щипцами постепенно изменяет свое положение и форму под влиянием стенок родового канала, представляющего сложную систему наклонных плоскостей. Сами щипцы действуют весьма разнообразно, что зависит от мест расположения ложек на головке и направления влечений. Только конечные части ложек действуют как сила, изгоняющая или толкающая головку сверху. Части же ложек, касающиеся головки плода с боков, играют ту же роль, что полозья саней. Они дают направление головке и заставляют ее двигаться вместе с ними. Чем на большую поверхность головки действуют концы ложек или чем больше они будут сближены над ней, будучи загнуты внутрь, тем сильнее обнаруживается изгоняющая их сила.

В перекрещивающихся щипцах обе ветви остаются сближенными у замка при всяком расхождении их ложек и чем значительнее величина головки плода, тем большим становится угол между расходящимися ложками. Поэтому по мере увеличения головки захватывающая способность ложек уменьшается и может дойти до нуля.

Чтобы при любом размере головки плода щипцы не соскальзывали и в них сохранялась удерживающая способность, И. П. Лазаревич предложил замок, дающий возможность раздвинуть ложки не под углом, сохраняя при этом желаемое положение их на головке. Замок устроен так, что в каждой рукоятке находится овальное отверстие.

В одно из них вводится пластинка с закругленными концами и с задерживающим, выступом. Пластинка эта укрепляется нажимным винтом. Смыкание щипцов производят так, что закругленный конец пластинки вводят в овальное отверстие другой рукоятки. Посредством выступа обе рукоятки удерживают на желаемом расстоянии большим или меньшим проталкиванием пластинки по направлению снаружи внутрь (рис. 10).

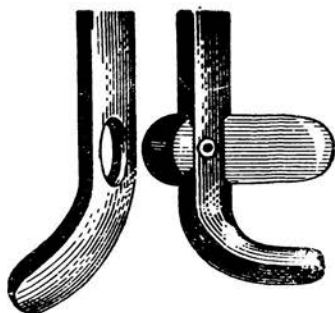


Рис. 10. Замок седьмой модели щипцов И. П. Лазаревича.

И. П. Лазаревич считал, что такой замок имеет следующие преимущества: 1) он прост по устройству; 2) весьма легок для смыкания; 3) удерживает щипцы прочно сомкнутыми; 4) облегчает размыкание щипцов; 5) удерживает ложки на желаемом расстоянии и с необходимым наклоном концов их над головкой; 6) позволяет приспособляться обеими ложками к головке и к стенкам родового канала.

Чтобы проверить, какая кривизна щипцов наиболее соответствует форме головки плода, И. П. Лазаревич испробовал на фантоме щипцы с различными головными кривизнами ложек и нашел, что лучше других прилегает к головке плода дуга, диаметр которой равен 20 см. Но, имея в виду, что более слабо загнутые концы ложек менее способны повреждать головку, он придал щипцам своей последней модели головную кривизну, соответствующую дуге в диаметре 29 см. При перекрещивающихся щипцах такая незначительная головная кривизна при большой головке плода, естественно, оказалась бы недостаточной и щипцы могли бы соскользнуть.

Тазовая кривизна щипцов, по мнению И. П. Лазаревича, не только не представляет никакой выгоды, но даже вредна. Ничем не может быть оправдано и устройство промежуточной кривизны. Щипцы, изогнутые в виде буквы S, могут прилаживаться к кривизне тазового канала только тогда, когда они находятся в неподвижном состоянии. При извлечении щипцы двигаются не по направлению кривизны, а по прямой линии, соединяющей

концы ложек с рукой акушера, производящей извлечение. При этом изогнутые щипцы будут сильно давить на мягкие ткани родового канала. Прямые же щипцы после предварительного оттягивания ими промежности по направлению к копчику двигаются свободно, скользя по

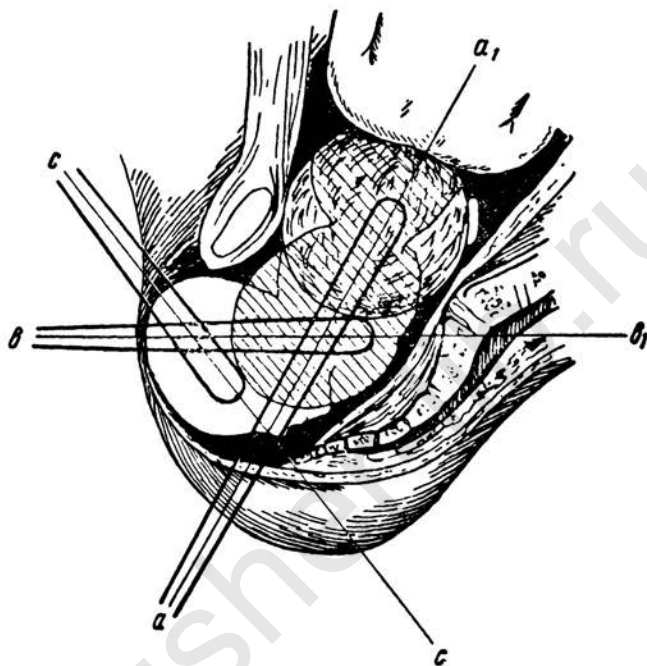


Рис. III. «Совпадение прямых щипцов с линиями a a' —оси входа в таз, b b' —оси полости таза, c c' —оси выхода таза» (И. П. Лазаревич).

краю промежности. При извлечении головки прямыми щипцами очень легко представить себе направление влекущей силы, так как оно следует по прямой линии, вполне совпадающей с положением щипцов. Поэтому щипцы следует удерживать так, чтобы они как можно больше соответствовали направлению проводной линии того отдела таза, в котором расположена головка плода.

Так, при выведении головку проводят по проводной линии выхода таза, как можно параллельнее самой про-

межности, и постепенно оттягивают последнюю назад и в стороны (рис. 11).

При извлечении плода щипцами с тазовой кривизной их задний выпуклый край приближается к копчику гораздо больше, чем задний край прямых щипцов. Во время извлечения плода задний край изогнутых щипцов надавливает на заднюю стенку родового канала и на промежность, вследствие чего противодействие увеличивается. Кроме того, в щипцах с тазовой кривизной концы ложки не прилегают полностью к головке плода, а выступают перед ней и могут касаться передней стенки таза и причинять повреждения. В прямых щипцах эти побочные вредные действия ложек совершенно устранены.

Если кривые щипцы наложены на головку, стоящую в косом размере таза, то обычно одна ложка нажимает на головку только своей передней рамкой окошечного отверстия, а другая — только задней. Две другие рамки бесполезны, так как они не касаются головки. В прямых щипцах такое вредное действие совершенно устранено.

Кривые щипцы трудно накладывать в косом размере таза и совершенно невозможно — в прямом. Прямые щипцы можно накладывать на головку в любых размерах таза и переключать их из одного размера в другой, не вынимая ложек.

В заключении И. П. Лазаревич писал: «При усовершенствовании щипцов не следует увлекаться какой-либо одной стороной их действия и улучшать одну часть в ущерб остальным...

Если же, увлекаясь отдельными побочными целями, придумывать все более и более сложные механизмы, то не трудно, наконец, доходить до таких, которые на практике перестанут действовать так, как предполагалось по теории. Сложность устройства инструмента, при негармоничном отношении его частей, создают лабиринт различных условий, из которых трудно выйти на путь правильного понимания сути дела».

Восьмая модель щипцов И. П. Лазаревича недавно описана К. Н. Жмакиным как мало известная. Эта модель щипцов И. П. Лазаревича хранится в акушерско-гинекологической клинике Харьковского медицинского института и изготовлена, видимо, в 1887 г. (рис. 12).

Щипцы прямые. Замок представляет собой винт с широкой шляпкой. В средней части рукояток имеются

отверстия с винтовой нарезкой. Движением винта производится сближение ветвей щипцов, соответствующее величине головки с сохранением их параллелизма.

По мнению К. Н. Жмакина, эта модель щипцов И. П. Лазаревича, возможно, одна из наиболее удачных.



Рис. 12. Щипцы И. П. Лазаревича — восьмая модель (1887).



Рис. 13. Щипцы И. П. Лазаревича — девятая модель (1891).

Девятая модель — последняя — выполнена И. П. Лазаревичем в 1891 г. (рис. 13). Замок щипцов был совершенно переделан, что дало возможность захватывать головку концами ложек не на одинаковой высоте.

Девятая модель была единственной в четвертом периоде творчества И. П. Лазаревича, где основное внимание его было направлено на создание замка, обеспечивающего подвижность ветвей щипцов во всех трех плоскостях (рис. 14).

И. П. Лазаревич считал эту модель щипцов наиболее удовлетворяющей тем требованиям, которые должны лечь в основу правильной конструкции. Эти требования следующие:

1. Неперекрещивание обеих половин щипцов, устраняющее вредное сжатие головки рукой, которая удерживает рукоятки во время извлечения. Помимо того, неперекрещивание ветвей

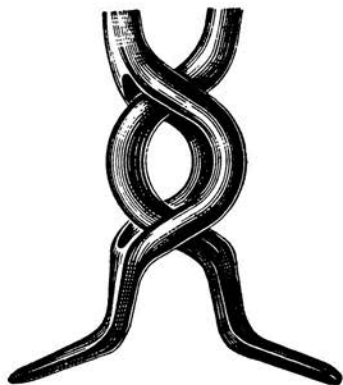


Рис. 14. Замок щипцов
И. П. Лазаревича (1891).

дает возможность вводить первой любую ложку, левую или правую, с одинаковым удобством для смыкания замка.

2. Отсутствие тазовой кривизны, дающее возможность правильно действовать, развивая извлекающую силу в прямолинейном направлении в соответствии с проводной линией того отдела таза, в котором находится головка плода, и устраняющее воз-

можность повреждений мягких тканей родового канала загнутыми верхушками ложек.

3. Параллелизм щипцов, позволяющий применять ложки ко всякой величине головки, обеспечивая верность ее захвата и устраняя сдавливание головки ложками.

4. Возможность поместить концы ложек на различной высоте, что позволяет расположить их правильно на головке, даже когда она предлежит одной стороной выше другой.

5. Легкое и прочное смыкание замка, дающее возможность удовлетворить все вышеуказанные требования.

Помимо этих основных требований, предъявляемых для создания хорошей конструкции щипцов, И. П. Лазаревич приводит еще несколько второстепенных, как-то: небольшой размер частей инструмента, вводимых в родовые пути; простота устройства щипцов; удобство формы ложек для подведения их под шейку матки; округленная форма шейки щипцов, исключая возможность

захватывания мягких тканей роженицы; клинообразное сближение ложек к рукояткам, способствующее постепенному растягиванию половой щели; отдаленность замка от наружных половых органов, исключая возможность ущемления в нем мягких тканей роженицы.

Указанные выше принципы легли в основу устройства щипцов русского типа, и этим принципам с большей или меньшей полнотой следовали в дальнейшем все изобретатели инструмента.

А. Г. Массалитинов в 1883 г. сообщил о трех операциях наложения прямых щипцов Лазаревича при головке, стоящей во входе в таз, с хорошим исходом. Один раз они были наложены после неудачной попытки извлечения плода щипцами с тазовой кривизной.

Спустя 20 лет, в некрологе, посвященном И. П. Лазаревичу, А. Г. Массалитинов писал, что все эти годы он пользовался его щипцами и считал их наиболее удобными.

К. Х. Иноевс сообщил о применении щипцов Лазаревича и при высокостоящей головке плода, и при головке, уже спустившейся в полость таза. Он считал, что щипцы Лазаревича очень удобны, причем даже более удобны, чем щипцы, имеющие тазовую кривизну.

К 1887 г. щипцы Лазаревича применялись многими акушерами. В том числе они были приняты в акушерской клинике Киевского университета, руководимой Г. Е. Рейном, и в акушерской клинике Варшавского университета, руководимой Н. В. Ястребовым. В этих двух клиниках щипцы Лазаревича не только прочно вошли в повседневную практику, но на основе принципов их построения впоследствии были предложены еще три модели: щипцы Боряковского (Киев), щипцы Лазаревича-Федорова (Варшава) и щипцы Ястребова (Варшава).

В 1887 г., когда И. П. Лазаревич сделал доклад на II съезде русских врачей о механике акушерских операций, там же имели место выступления, в которых давалась положительная оценка его щипцов, уже испытанных на практике Гавронским, Г. Е. Рейном, В. В. Сутугиным; положительно отзывались о щипцах В. Ф. Снегирев и А. Я. Крассовский. После 1887 г. появилось еще большее количество работ, частично или полностью посвященных щипцам Лазаревича.

А. Я. Крассовский в 1889 г. в четвертом издании своего руководства по оперативному акушерству описал модели щипцов Лазаревича образцов 1865 и 1887 гг. и привел краткие выписки из пяти историй родов, где было применено наложение этих щипцов. Только один раз операция закончилась благополучно, в остальных же четырех случаях щипцы соскальзывали. Они накладывались на головку, стоявшую во входе в таз; у двух рожениц, кроме того, был узкий таз, а у одной еще и внеосевое вставление головки плода.

Указывая на эти неудачи, А. Я. Крассовский в то же время приводит данные И. И. Федорова, который описал 44 случая успешного применения операции наложения щипцов Лазаревича.

По данным В. В. Белоруссова, в последующие годы (1886—1892) в Петербургском родовспомогательном заведении, которым заведовал А. Я. Крассовский, щипцы Лазаревича применялись еще 12 раз. Об исходах этих операций ничего неизвестно.

В те же годы в другом крупнейшем акушерском учреждении России — в Петербургской академической клинике К. Ф. Славянского — также применялись щипцы Лазаревича. Это видно из отчетов за 1891 и 1892 гг. (Д. А. Рузи), за 1893 г. (З. Г. Суровцев) и за 1894—1895 гг. (М. Н. Порошин). Ученики К. Ф. Славянского — Г. Е. Рейн и Н. В. Ястребов, — возглавляя кафедры, первый — в Киеве, второй — в Варшаве, явились ревностными сторонниками щипцов Лазаревича. С. М. Полотебнов, работавший в клинике А. И. Лебедева, не только был сторонником воззрений И. П. Лазаревича, но предложил в 1888 г. свои щипцы по принципу щипцов Лазаревича. Сам А. И. Лебедев на III съезде Общества русских врачей в 1889 г. высказался за прямые щипцы. О применении щипцов Лазаревича упоминал А. П. Вознесенский в отчете по клинике Н. Н. Феноменова за 1887—1893 гг.

В 1889 г. на III съезде Общества русских врачей А. Г. Боряковский (из клиники Г. Е. Рейна в Киеве) доложил о 6 операциях, произведенных с применением прямых щипцов, и дал им положительную оценку. Операция выполняется с помощью наложения прямых щипцов, по его мнению, гораздо легче, чем при способе Ланге (Lange).

На этом же съезде Н. В. Ястребов сообщил о 44 операциях наложения щипцов Лазаревича в своей клинике в Варшаве.

В том же 1889 г. и в последующие годы в акушерской литературе появляется значительное количество работ, касавшихся применения щипцов Лазаревича.

Ими пользовался с успехом В. М. Онуфриев в Екатеринбургском родильном доме.

Н. П. Львов из Казанской губернской земской больницы описал 23 операции наложения щипцов Лазаревича с благополучным исходом.

Успешно пользовался щипцами Лазаревича И. Тышко в Смоленской губернской земской больнице.

А. В. Семяников в отчете родильного дома Саратовского физико-медицинского общества за 1904—1905 гг. сообщил о 25 подобных операциях. Он сопоставил их с операциями, выполненными щипцами с тазовой кривизной, и пришел к заключению, что исходы для матери и плода значительно лучше при употреблении щипцов Лазаревича.

Особого внимания заслуживают работы И. И. Федорова и В. А. Бржезинского. И. И. Федоров из Варшавской акушерской клиники Н. В. Ястребова в 1889 г. опубликовал работу «Обыкновенные изогнутые щипцы и щипцы профессора Лазаревича при узком тазе». В ней приведен анализ 102 операций наложения щипцов: в 11 случаях были наложены щипцы Тарнье и Брейса, в 47 — щипцы с тазовой кривизной и в 44 — щипцы Лазаревича. Из этого числа пришлось перейти к перфорации головки соответственно в 36,3, 19 и 11,3% родов.

В 84 случаях роды, законченные извлечением плода щипцами, можно разделить на две группы: первая — наложение щипцов с тазовой кривизной вместе со щипцами Тарнье и Брейса (45 операций) и вторая — наложение щипцов Лазаревича (39 операций). В отношении размеров таза и характера операции вторая группа находилась в значительно худших условиях.

Исходы операции для матери были следующие: первая группа — в 2 случаях смертельный исход (один тотчас после родов и один от сепсиса), в 10 — послеродовые заболевания инфекционного происхождения; вторая группа — в 2 случаях смертельный исход непосредственно после родов; в 6 — послеродовые заболевания инфек-

ционного происхождения (в том числе 5 с легким течением).

Исходы для плода представлены в сводной табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Смертность детей (в процентах)

Группа	Общая, включая подвергшихся перфорации	Не включая подвергшихся перфорации	Без подвергшихся перфорации и без умерших до родов
Первая — щипцы с тазовой кривизной . . .	43,1	26,6	15,5
Вторая — щипцы И. П. Лазаревича . .	24,4	15,4	10,2

Повреждения у новорожденных отмечены: в первой группе—у 2 перелом лобной кости и у 3—парез лицевого нерва; во второй группе—у одного вдавление на лобной кости, которое впоследствии выправилось.

И. И. Федоров считал, что щипцы Лазаревича значительно лучше, чем щипцы с тазовой кривизной.

В. А. Бржезинский в 1928 г. опубликовал работу «Акушерские щипцы русской школы. 826 случаев применения щипцов Лазаревича-Федорова». В этой работе приводятся самые большие статистические данные применения щипцов Лазаревича и Лазаревича-Федорова. Из общего числа 826 операций высокие щипцы были наложены у 207 рожениц, полостные—у 418 и выходные—у 201.

Итоговые данные по В. А. Бржезинскому представлены в сводной табл. 4.

Ни в одном случае не отмечалось перелома костей черепа.

В. А. Бржезинский являлся горячим сторонником применения щипцов Лазаревича. Основное достоинство их он видел в уничтожении тазовой кривизны. Это давало возможность производить извлечение плода по проводной линии таза и захватывать головку, стоящую в любом отделе таза, в прямом ее размере.

После работы В. А. Бржезинского сколько-нибудь обстоятельных исследований по щипцам Лазаревича не появилось.

Таблица 4

Исходы 826 операций с применением щипцов Лазаревича и Лазаревича-Федорова

Вид операции	Число операций	Исходы для матери в %			Мертворождаемость в %		Повреждения у плода в %
		смертность	заболеваемость	повреждения	общая	без подвергшихся перфорации	
Высокие щипцы	207	0	12,5	22,2	18,8	9,1	67,6
Полостные >	418	0	5,7	10,5	1,4	1,4	14,7
Выходные >	201	0	1,5	7,3	0,9	0,9	5,9
Всего .	826	0	6,4	12,8	5,7	3,3	25,9

В руководствах по акушерству и по оперативному акушерству уделялось много места щипцам Лазаревича.

Н. Н. Феноменов в первых двух изданиях «Оперативного акушерства» приводил описание щипцов Лазаревича модели 1887 г. В это время Н. Н. Феноменов начал применять щипцы И. П. Лазаревича у себя в клинике. В третьем издании руководства 1897 г. он писал: «Хотя щипцы проф. И. П. Лазаревича до сих пор не нашли себе широкого распространения, как они, быть может, заслуживают; хотя их далеко нельзя считать идеалом щипцов, как того хочет автор, тем не менее я утверждаю, что принципы, положенные в основание как первоначального устройства щипцов, так и последующих их изменений, заслуживают серьезного внимания и беспристрастного разбора и изучения».

Спустя еще 13 лет, в 1910 г., Н. Н. Феноменов уделял щипцам И. П. Лазаревича еще большее место. Среди добавлений, сделанных Н. Н. Феноменовым, обращает на себя внимание следующее: «Для накладывания щипцов в косых размерах таза теоретически были бы, пожалуй, более пригодны прямые щипцы—без тазовой кривизны. Опыта ради я не раз накладывал их (щипцы

И. П. Лазаревича разных конструкций) и могу признать их целесообразными; но еще большее количество раз я накладывал обыкновенные Simpson'овские щипцы и ни разу не видел каких-либо затруднений при наложении и каких-либо неприятных последствий от их применения. Тазовая кривизна их невелика, и тот, кто привык к этому инструменту, всегда будет в состоянии прекрасно распорядиться ими».

Н. И. Побединский описал щипцы И. П. Лазаревича и отметил, что ему хорошо удавалось извлечение высоко стоящей головки, так как они дают возможность вследствие отсутствия тазовой кривизны направить влечения по проводной линии таза.

В. С. Груздев уделил довольно значительное место щипцам И. П. Лазаревича и дал положительный отзыв об их устройстве. Преимущество этих щипцов В. С. Груздев видел в том, что они всегда могут быть наложены на головку в ее поперечном размере, обеспечивают значительную подвижность головки в щипцах, мало сдавливают ее. Устройство инструмента очень простое.

А. П. Губарев указал на особое преимущество щипцов И. П. Лазаревича при заднем виде затылочного вставления.

Н. З. Иванов в главе о щипцах писал, что нет необходимости в щипцах с тазовой кривизной. Идея устройства почти прямых щипцов Килланда (Kielland) за 40 лет до их появления высказана И. П. Лазаревичем.

М. С. Малиновский в руководстве по оперативному акушерству указывал, что «уже давно русский акушер Лазаревич внес существенное изменение в конструкцию щипцов, которое давало возможность удобно и рационально накладывать их на высоко стоящую головку».

Г. Г. Гентер и К. К. Скробанский упоминают о щипцах И. П. Лазаревича кратко К. К. Скробанский, выступая на заседании Ленинградского акушерско-гинекологического общества в 1927 г., говорил: «Я не мог не упомянуть о трудах И. П. Лазаревича по созданию прямых, неперекрещивающихся щипцов..., которые, по моему глубокому убеждению, если не привились до сих пор, то должны теперь найти себе полное признание, после буйного успеха иностранца Килланда».

В руководстве по оперативному акушерству А. И. Крупского, в разделе о щипцах, написанном

К. Н. Жмакиным, говорится о трех системах щипцов и на первом месте стоят щипцы прямые. Описаны и даны рисунки щипцов Лазаревича, Лазаревича-Федорова и А. Г. Боряковского. Эти щипцы, наряду с щипцами Симпсона, по мнению автора, являются лучшими видами инструмента. В последней работе «Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство» (1953) К. Н. Жмакин снова подтверждает свои взгляды на русский тип щипцов.

Щипцы И. П. Лазаревича- И. И. Федорова

И. И. Федоров, работавший в акушерской клинике Н. В. Ястребова в Варшаве, являлся, как и сам Н. В. Ястребов, горячим сторонником щипцов И. П. Лазаревича 1887 г. и широко пользовался ими. Основное преимущество этих щипцов он видел в отсутствии тазовой кривизны, что давало возможность накладывать их на поперечник головки при любом положении ее в тазу и производить извлечение плода строго по проводной линии родового канала.

Однако И. И. Федоров считал, что в устройстве щипцов Лазаревича есть недочеты: первый заключается в том, что замок расположен в нижней трети рукояток и создает неудобства при захватывании их; второй — в том, что ложки щипцов в замкнутом положении клиновидно расходятся и тем самым преждевременно растягивают мягкие ткани родовых путей.

И. И. Федоров изменил щипцы И. П. Лазаревича 1887 г. (рис. 15). Он переместил замок на самый конец рукоятки. На одной из рукояток имеется пластинка, вхо-



Рис. 15. Щипцы Лазаревича-Федорова. Отдельно показан замок.

дящая в прорезь другой рукоятки. Прорезь по размеру больше, чем пластинка, особенно в продольном направлении. Это обеспечивает большую подвижность ветвей и дает возможность разместить ложки на различных плоскостях головки. На той же рукоятке, где находится прорезь, на самом конце рукоятки расположен винт крепления пластинки. Винт проходит через рукоятку в продольном направлении и выходит в прорезь. Было устранено клиновидное расхождение ложек и взамен этого устроена шейка.

Кроме И. И. Федорова, этим видом щипцов пользовался В. А. Бржезинский. В 1936 г. об употреблении этого вида щипцов в акушерской клинике в Киеве писал А. И. Крупский и К. Н. Жмакин.

Щипцы А. Г. Боряковского

А. Г. Боряковский (из акушерской клиники Г. Е. Рейна в Киеве) в 1888 г. предложил новые щипцы (рис. 16).

Рис. 16. Щипцы А. Г. Боряковского. Отдельно показан замок.

Не раз применив с успехом щипцы И. П. Лазаревича при переднем и заднем виде затылочного вставления, А. Г. Боряковский признал за ними много преимуществ. Он особенно ценил в них отсутствие тазовой кривизны, при наличии которой значительная часть силы при извлечении плода расходуется на прижатие головки к лонному сочленению и лишь затрудняет операцию. Предположение, что при пользовании прямыми щипцами чаще будет разрываться промежность, он считал опровергнутым практикой, равно как и то, что прямые щипцы менее пригодны при задних видах.

А. Г. Боряковский признавал, что отсутствие перекреста ветвей в щипцах Лазаревича обеспечивает, действительно, самое небольшое сжатие головки, которое не доступно щипцам с перекрещивающимися ветвями.

Однако эта же особенность устройства инструмента увеличивает опасность соскальзывания.

В своих щипцах А. Г. Боряковский пытался разрешить это противоречие в свойствах непрекращающихся щипцов. Он расположил рукоятки так, что при горизонтальном расположении щипцов одна из них помещается сверху, а другая — снизу. Эти щипцы, если можно так выразиться, полуперекрещивающиеся. Каждая рукоятка снабжена двумя коническими отростками, помещающимися в отвесной плоскости и служащими для удобства захватывания щипцов при операции. Одна пара отростков находится на свободном конце рукояток, а другая пара — на самом замке.

Цель подобного устройства рукояток, по мнению А. Г. Боряковского, заключается, во-первых, в более правильном и действенном положении рук акушера и, во-вторых, в устранении чрезмерного сжатия головки плода. Сжатие в щипцах А. Г. Боряковского производится только силой двух пальцев левой руки, помещаемых на крючках, находящихся на концах рукояток.

Замок щипцов А. Г. Боряковского образован штифтом на одной ветви и сквозным отверстием — на другой. При замыкании ветвей штифт вставляется в отверстие. Замыкание и размыкание производится легко; любую ложку можно вводить первой. Перевод ложек никогда не нужен. Устройство щипцов просто, они легки, хорошо чистятся.

И. П. Лазаревич в последнем издании своего курса акушерства привел описание щипцов А. Г. Боряковского. Он считал, что полуперекрещенные ложки слишком сжимают головку, а замок непрочно удерживает ветви щипцов в сомкнутом состоянии. В практическом применении эти щипцы сохранились в обиходе акушерской клиники в Киеве, так же как щипцы Лазаревича-Федорова, по крайней мере до 1936 г., о чем упоминают А. И. Крупский и К. Н. Жмакин.

Необходимо заметить, что в щипцах А. Г. Боряковского полуперекрещивание ветвей сохраняется только при условии, если головка в поперечнике не превышает размеров головной кривизны. Если головка плода шире головной кривизны щипцов, то ложки и рукоятки разойдутся и щипцы превратятся в обычные перекрещивающиеся. Кроме того, щипцы А. Г. Боряковского ли-

шены той подвижности в замке, которая характеризует последнюю модель щипцов И. П. Лазаревича.

Щипцы С. М. Полотебнова

С. М. Полотебнов (из Госпитальной акушерско-гинекологической Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, руководимой в то время А. И. Лебедевым) сконструировал в 1888 г. свои щипцы (рис. 17).

Он разделял взгляды И. П. Лазаревича на действие и назначение щипцов и некоторое время успешно поль-

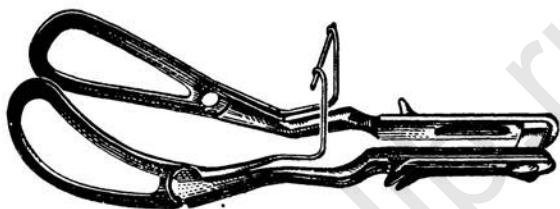


Рис. 17. Щипцы С. М. Полотебнова.

зовался его щипцами. С. М. Полотебнов считал, однако, что при ложках с тазовой кривизной захват головки будет более надежным. Как только головка захвачена, тазовая кривизна становится излишней и даже вредной. Исходя из этого соображения, он видоизменил щипцы И. П. Лазаревича, придав им некоторые особенности щипцов Брейса. Последние, как известно, отличаются от обычных щипцов Симпсона в основном тем, что имеют подвижные плоские сочленения — шарниры в месте перехода широкой части ложек в узкую.

В щипцах С. М. Полотебнова ветви не перекрещиваются, а устройство замка по типу щипцов Лазаревича обеспечивает параллелизм ветвей. Замок смещен к свободному концу рукояток. Такое устройство инструмента позволило захватывать головку так же, как и щипцами с тазовой кривизной, но при первом же влечении щипцы выпрямлялись и получали почти полное сходство со щипцами Лазаревича.

Н. Н. Феноменов и позднее В. С. Груздев положительно отзывались о щипцах Полотебнова, видя в них

удачное конструктивное разрешение основных требований, которые предъявлял к щипцам И. П. Лазаревич.

Д. Д. Попов, руководитель акушерско-гинекологической клиники Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, в 1912 г. в своей монографии «Терапия родов при узком тазе» описал щипцы С. М. Полотебнова. Он указал, что пользовался этими щипцами очень часто и считал их конструкцию более удачной, чем щипцы Брейса и тем более Тарнье. Самое главное преимущество щипцов Полотебнова Д. Д. Попов видел в отсутствии перекреста рукояток, что исключает сдавление головки плода ложками.

Щипцы Н. В. Ястребова

Н. В. Ястребов, профессор Варшавского университета, предложил видоизменение прямых щипцов. В литературе не удалось найти ни описания этих щипцов, ни данных об их применении.

Судя по тому, что в работах И. И. Федорова, вышедших из клиники Н. В. Ястребова до 1889 г., и в работе о щипцах самого Н. В. Ястребова, появившейся в 1894 г., нет упоминания об этих щипцах, надо думать, что они были изготовлены после 1894 г.

Единственное упоминание об их существовании имеется в выступлении самого Н. В. Ястребова в 1912 г. по докладу А. Ф. Пальмова о щипцах Тарнье. Н. В. Ястребов говорил, что он успешно применял прямые щипцы собственного устройства.

Щипцы Е. Б. Диманта

Е. Б. Димант, считая себя последователем взглядов И. П. Лазаревича, предложил свои щипцы и описал их в 1894 г. Основное достоинство щипцов Лазаревича он видел в уничтожении тазовой кривизны. Вместе с тем он считал, что следует дать головке плода еще большую подвижность. Это, по мнению Е. Б. Диманта, разрешалось его щипцами, в которых рукоятка прямых неперекрещивающихся щипцов разделена на две части, соединяющиеся между собой шаровидным сочленением. Е. Б. Димант сконструировал две разновидности этого сочленения (рис. 18 и 19). Часть рукоятки, неподвижно

соединенная с ложками, имеет на конце винт с гайкой. Ручка и винт снимаются, и все части инструмента доступны чистке.

Е. Б. Димант считал, что благодаря шаровидному сочленению щипцы получают полную подвижность вокруг своей продольной оси. Кроме того, это же сочленение дает возможность бокового качательного движения во все стороны.

Э. Ф. Черневский в статье «Несколько замечаний об акушерских щипцах» в 1895 г. высказал некоторые теоретические соображения в пользу щипцов Диманта, но, так же как и сам Е. Б. Димант, не привел данных о



Рис. 18. Щипцы
Е. Б. Диманта.

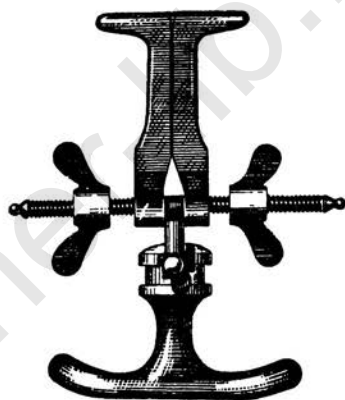


Рис. 19. Видоизмененное сочле-
нение в щипцах Е. Б. Диманта.

практическом применении этих щипцов. Упоминание о существовании инструмента Е. Б. Диманта имеется в работе А. Ф. Пальмова о высоких щипцах.

Надо указать, что щипцы Диманта хотя и не имеют тазовой кривизны, но вместе с тем значительно отличаются от щипцов конструкции И. П. Лазаревича, а именно: головка сжимается ложками при завинчивании рукояток и закрепляется неподвижно между ложками вследствие перекреста ветвей щипцов; исключена цель-

ность инструмента, что не дает возможности акушеру чувствовать движения и изменения в положении головки; щипцы устроены достаточно сложно.

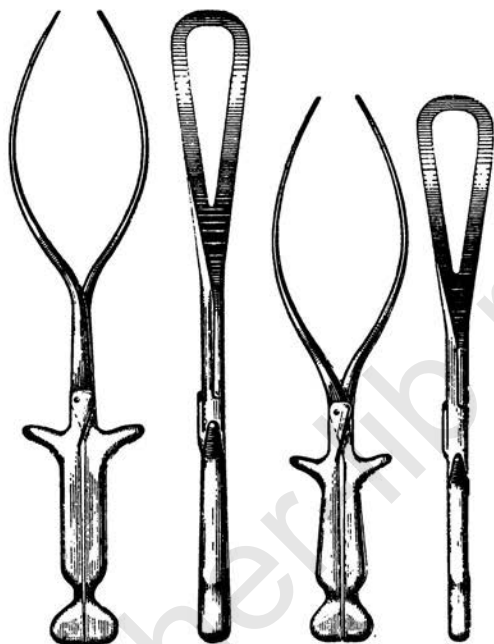


Рис. 20. Первые две модели щипцов Ф. Г. Правосуда.

Щипцы Ф. Г. Правосуда

Ф. Г. Правосуд, московский акушер, в 1926 г. описал свои щипцы без тазовой кривизны, изобретенные им в 1906 г. Будучи последователем И. П. Лазаревича, он полагал, что основное качество хороших щипцов заключается в том, что они прямые, а потому могут быть наложены правильно с поперечным расположением ложек на головке вне зависимости от места положения ее в тазу. Такое расположение ложек самое прочное и не допускает их соскальзывания. Все повороты головка плода преодолевает вместе со щипцами без переключивания их. Не менее полезны прямые щипцы при зад-

нем виде, когда они без перекладывания совершают вместе с головкой весь механизм ее поворота в передний вид.

Однако Ф. Г. Правосуд счел нужным внести изменения в щипцы Лазаревича. Он сделал их перекрещиваю-

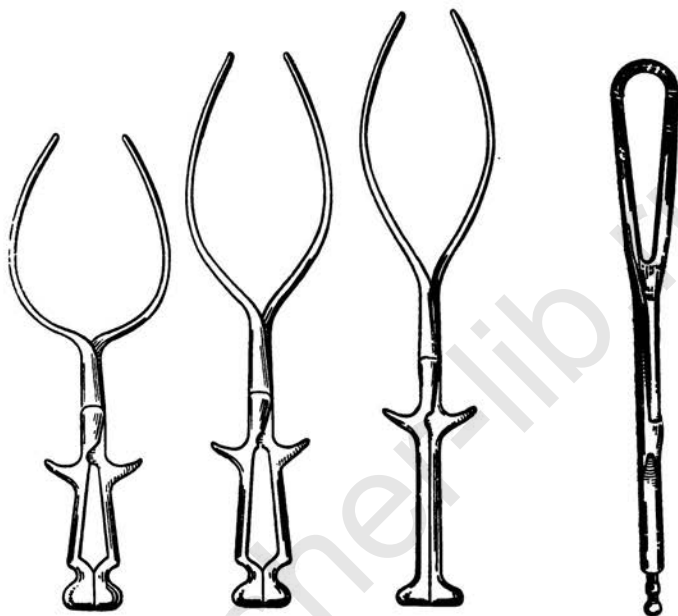


Рис. 21. Третья, четвертая и пятая модель щипцов Ф. Г. Правосуда.

Рис. 22. Их вид сбоку.

щимися и изменил замок с целью более прочного захватывания головки. Щипцы были изготовлены двух размеров, большие и малые; обе модели отличаются только своей длиной. Ложки щипцов не имеют тазовой кривизны (рис. 20).

За 20 лет, прошедшие с момента изобретения до описания своих щипцов, Ф. Г. Правосуд проверял их на практике и разрабатывал технику применения. Ф. Г. Правосуд применил свои щипцы примерно у 200 рожениц. Убедившись в том, что результаты операции получаются лучшими, чем при употреблении щипцов с

газовой кривизной, он выступил с докладом в Московском акушерско-гинекологическом обществе и опубликовал статью о своих щипцах в Московском медицинском журнале в 1926 г.

Помимо двух моделей щипцов Ф. Г. Правосуда, описанных им, имеются еще три модели, о которых до настоящего времени не было ничего известно. Эти три модели свидетельствуют о том, в каком направлении работал Ф. Г. Правосуд, стремясь к дальнейшему усовершенствованию своего инструмента. Время изготовления этих моделей щипцов не удалось установить точно; достоверно лишь то, что сделаны они значительно позднее, чем первые две, приблизительно между 1926 и 1930 гг. (рис. 21 и 22).

Все три вида щипцов прямые и имеют различную длину. Рукоятки более тонкие и легкие; в малых и средних щипцах они имеют выемки посредине. Верхушки ложек не такие тупоконечные, как в первых двух моделях щипцов.

Существенному изменению подвергся замок. Во всех трех моделях щипцов замок устроен одинаково и в сложенных щипцах по внешнему виду он не отличается от прежнего замка. Однако, разомкнув щипцы, можно видеть, что шпенек, имевшийся в замке на левой ветви, здесь отсутствует, равно как и соответствующая ему выемка на замковой части правой ветви. Пластинка, образующая замок, значительно отстоит от своего основания и входящая в него утонченная часть правой ветви приобрела большую подвижность. В замке на утонченной части правой ветви устроена небольшая выемка, опирающаяся о край замковой части левой ветви, что предупреждает скольжение ветвей (рис. 23).

Как указано выше, последние три модели щипцов Ф. Г. Правосуда имеют различную длину, что дает возможность пользоваться той моделью, которая больше

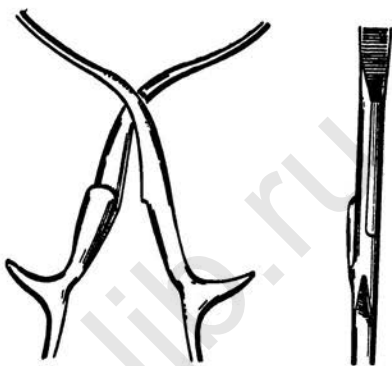


Рис. 23. Замок последних трех моделей щипцов Ф. Г. Правосуда.

подходит в зависимости от высоты стояния головки плода. Однако главное преимущество новых щипцов Ф. Г. Правосуда заключается в том, что ветви в замке имеют большую подвижность. Это позволяет лучше приспособлять ложки к головке плода и меньше ее травмировать. Очевидно, опыт убедил Ф. Г. Правосуда, что одна из особенностей отечественного типа щипцов — подвижность ветвей в замке, отсутствовавшая ранее в его моделях и столь ценимая И. П. Лазаревичем и Н. Н. Феноменовым, является неотъемлемым качеством акушерских щипцов.



Рис. 24. Щипцы Н. Д. Шапиро.

Щипцы Н. Д. Шапиро

Н. Д. Шапиро (из Одесской акушерско-гинекологической клиники, заведующий Г. Ф. Цомакион) в 1938 г. предложил свои щипцы, которые он назвал «комбинированной моделью щипцов» (рис. 24). Основные особенности щипцов, как пишет автор, заключаются в том, что они прямые (взято из щипцов И. П. Лазаревича); ложки не имеют окон [заимствовано у Пальфина (Palfyn)]; рукоятки и замок такие же, как в щипцах Симпсона до изменения замка Н. Н. Феноменовым (с пластинками на правой и на левой ветвях). Таким образом, обе ветви одинаковы и, по словам автора, безразлично, которую из них вводить первой. Сплошные ложки создают, по мнению Н. Д. Шапиро, большую поверхность соприкосновения, в результате чего уменьшается давление со стороны ребер. Н. Д. Шапиро применил свои щипцы в 1936 г. при 17 родах и отметил простоту наложения, легкость извлечения и поворотов, безвредность для матери и плода.

Надо заметить, что прочность охвата головки цельными ложками по меньшей мере сомнительна. Плотное прилегание ложек произойдет только тогда, когда плоскость головной кривизны ложки и кривизны поверхности головки точно совпадут. Очевидно, это бывает очень редко. Во всех же остальных случаях каждая ложка

будет касаться головки только в одной точке или по одной линии, а не по всей плоскости. Наличие окон в ложках обеспечивает более совершенное прилегание, особенно при подвижности ветвей по продольной оси.

Щипцы В. В. Строганова

В. В. Строганов видоизменил щипцы Симпсона. Ширина ребер ложек несколько увеличена. Уничтожена разница в расстоянии между передними и задними ребрами. Ширина самих ложек уменьшена.

Щипцы М. В. Елкина

М. В. Елкин (из клиники, заведомой Марковским, Ленинград) предложил свои щипцы в 1925 г. В основу он положил щипцы Килланда (Kielland).

Он считал, что щипцы Килланда позволяют производить поворот головки, захватывать ее в поперечном размере, накладывать их при переднем виде лицевого вставления (затылок кпереди, подборок кзади), исправлять асинклитизм и производить влечение почти по направлению проводной линии таза.

Однако в щипцах Килланда М. В. Елкин видел и недостатки. Скользящий замок, по его мнению, должен иметь механизм для завинчивания с сохранением подвижности ложек одна вдоль другой. Это дает возможность фиксировать головку и предотвратить возможность соскальзывания щипцов. Следует снабдить щипцы особым приспособлением для влечения по проводной линии таза. Это приспособление должно быть подвижным во всех направлениях, чтобы производить влечения по линии наименьшего сопротивления. Совершенно подвижная передача создает условия, при которых не акушер дает направление влекущей силе, а сама головка продельывает свой механизм вместе со щипцами. Необходимо, наконец, устранить давление промежности, для этого после наложения щипцов отгибают рукоятки вверх, что дает возможность производить извлечение по проводной линии родового канала. Перечисленные выше соображения повели к новому видоизменению щипцов, разработанному М. В. Елкиным совместно с Кусликом (рис. 25).

Первая модель М. В. Елкина, испытанная им при двух операциях, по его мнению, нуждалась в усовершенствовании. Существовавшая в них передача при помощи шнура должна быть заменена гибкой металлической проволокой в целях достижения лучшей стерильности и большей практичности. Пружина в средней части ложек и блок в приспособлении для тракций нуждались в усовершенствовании.

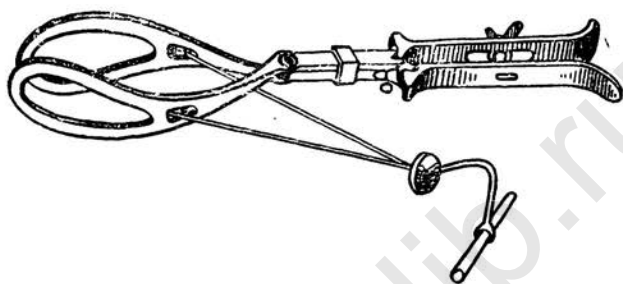


Рис. 25. Щипцы М. В. Елкина.

Щипцы, предложенные М. В. Елкиным и Кусликом, были предметом обсуждения в Ленинградском акушерско-гинекологическом обществе в 1925 г.

Против щипцов М. В. Елкина выступили К. К. Скробанский, В. В. Строганов, Балабан, Рулле и В. А. Бржевинский.

К. К. Скробанский полагал, что, какие бы щипцы ни были, их не следует накладывать на подвижную головку плода при узком тазе. Высокие щипцы крайне опасны как для матери, так и для плода. Усложнение конструкций щипцов излишне и затрудняет пользование ими.

В. В. Строганов указал, что щипцы Елкина могут сильно травмировать родовые пути роженицы, в частности, концом влекущей рукоятки. Кроме того, они сложны по конструкции и их трудно чистить.

В 1926 г. М. В. Елкин на VII Всесоюзном съезде гинекологов и акушеров сообщил в докладе о 8 операциях наложения щипцов своей модификации. В одной из них пришлось перейти к перфорации живого плода при резком несоответствии размеров таза и головки плода. Дважды извлечен мертвый плод. М. В. Елкин

полагал, что его щипцы пригодны для извлечения высоко стоящей головки.

Выступавшие в прениях А. И. Крупский, В. В. Строганов, В. А. Бржезинский высказались против применения щипцов М. В. Елкина.

Нельзя не признать, что устройство щипцов М. В. Елкина мало отвечает основным требованиям, предъявляемым русскими акушерами к этому инструменту.

Щипцы А. И. Крупского

А. И. Крупский в 1926 г., будучи тогда доцентом акушерской клиники Киевского университета, в монографии «Об акушерских щипцах Kielland» описал свое видоизменение этого инструмента (рис. 26). Он предложил сделать щипцы совершенно прямыми, что еще больше приближало их к прототипу — к щипцам Лазаревича. На правой ветви устроены два сходящихся на нет выступа, охватывающих замковую часть инструмента. Они предназначены для того, чтобы передняя ложка не могла скользить ниже задней во время влечений, когда средний палец, расположенный на боковом крючке, развивает значительную силу.

Щипцы А. П. Гумилевского¹

В 1948 г. А. П. Гумилевский сконструировал свою модель щипцов. Они не имеют тазовой кривизны, подобно большинству щипцов русского типа. Опасаясь возможности соскальзывания ложек щипцов с головки, А. П. Гумилевский сделал ветви перекрещивающимися в замке. Последний устроен просто и представляет собой скобу, которая находится на левой ветви. В эту скобу вкладывается соответствующая плоская часть правой ветви. Такое устройство замка позволяет смещать ветви щипцов, что имеет большое



Рис. 26. Щипцы А. И. Крупского.

¹ Этот раздел дан с разрешения и по материалам, предоставленным А. П. Гумилевским.

значение при асинклитическом расположении головки (рис. 27). На внутренней поверхности рукояток имеется приспособление, ограничивающее смещение ветвей. Оно состоит из продольного желобка на внутренней поверхности одной из рукояток, в котором размещается бугор-

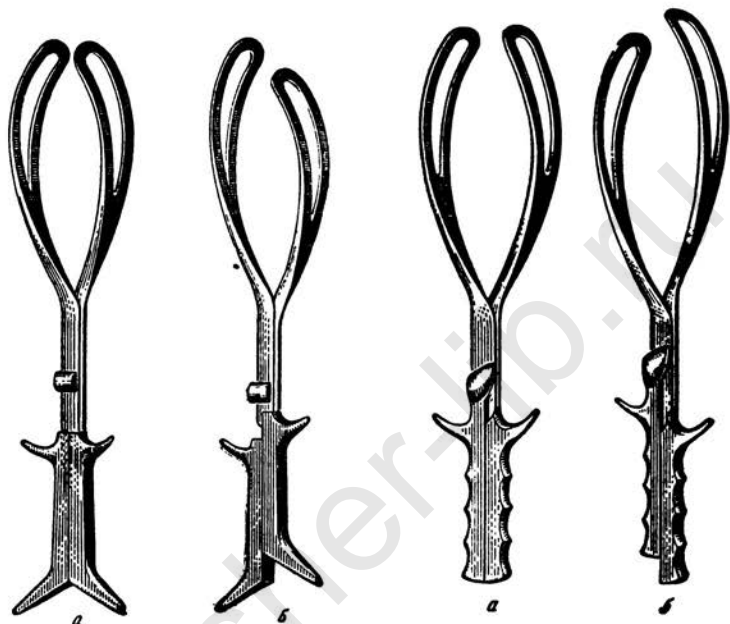


Рис. 27. Щипцы А. П. Гумилевского — модель 1948 г. а — в обычном положении; б — со смещенными ветвями.

Рис. 28. Щипцы А. П. Гумилевского — модель 1950 г. а — в обычном положении; б — со смещенными ветвями.

рок, имеющийся на другой рукоятке. В остальном устройство щипцов А. П. Гумилевского ясно из рисунка.

В 1950 г. А. П. Гумилевский внес некоторые изменения в устройство своих щипцов. Инструмент облегчен, изменена форма замка и рукояток. Желобок на внутренней поверхности рукоятки укорочен, допуская смещение ветвей в пределах 1,5 см (рис. 28).

Щипцы А. П. Гумилевского применялись автором и многими другими врачами в клинических родовспомогательных учреждениях Новосибирска и были одобрены проф. Н. И. Горизонтовым.

Устройство щипцов позволяет наложить их на головку плода типично, независимо от способа вставления и места расположения ее в тазу. Подвижность ложек в замке дает возможность хорошо расположить их на головке, а отсутствие тазовой кривизны позволяет производить влечения строго по проводной линии таза.

Техника наложения щипцов в основных чертах та же, что и при пользовании прямыми щипцами Ф. Г. Правосуда.

А. П. Гумилевский и другие врачи применили эти щипцы при 417 операциях, из которых 286 подробно анализированы.

Из 286 рожениц первородящих было 215. Исходы операции для матери выразились следующими основными показателями: разрывы влагалища—5,5%, промежности—19% (в том числе третьей степени 1%), рассеченные промежности—10%, послеродовые заболевания—17,3% (в том числе параметрит—0,6% и тромбофлебит—0,3%).

Исходы операции для плода следующие: мертворождаемость—2,4%; новорожденные умерли в первые дни после родов—3,4%; извлечено в состоянии асфиксии—30% (асфиксия как показание к операции имела место в 59% родов); сколько-нибудь серьезной травмы у новорожденных не обнаружено.

Приведенные данные о применении щипцов А. П. Гумилевского позволяют считать эту модель инструмента, заслуживающей большого внимания.

Приспособления к щипцам А. Б. Качкаева

С целью избежать сжатия головки щипцами при неполном смыкании рукояток перекрещивающихся щипцов А. Б. Качкаев в 1901 г. предложил сделать винт, проходящий через конец рукоятки правой ветви. При неполном смыкании винт завинчивается и, упираясь в левую рукоятку, удерживает правую рукоятку на нужном расстоянии.

Приспособление к щипцам Н. С. Канегиссера

Н. С. Канегиссер—доцент Санкт-Петербургского женского медицинского института—предложил приспособление к обычным щипцам. Для того чтобы влечения

могли быть направлены по проводной линии таза, он использовал две стальные изогнутые полоски, имеющие на концах крючки, а в рукоятках — кольцо. Верхние крючки продеваются в окна ложек, а кольца рукояток служат для извлечения. Он считал, что в таком виде инструмент очень прост, дает возможность производить влечение по оси таза и тем значительно облегчает операцию.

Описанное приспособление, действительно, очень простое и щипцы могут действовать как прямые. Однако подвижность между щипцами и надетыми на них стальными полосками лишает акушера возможности использовать мышечное чувство во время операции.

* *
*

Мы располагаем собственными данными о применении прямых щипцов четвертой модели Ф. Г. Правосуда (21 операция) и первой модели А. П. Гумилевского (15 операций).

Из 36 оперированных рожениц было 30 первородящих. 30 роженицам были наложены полостные щипцы, остальным — выходные. Два раза имело место поперечное стояние головки и ложки располагались в прямом размере таза.

Можно отметить, что один из акушеров, имеющий многолетний опыт работы, при первых двух операциях встретил затруднения при введении ложки, назначенной для передне-бокового отдела таза. Видимо, это объясняется привычкой к щипцам с тазовой кривизной.

Все акушеры, пользовавшиеся прямыми щипцами, единодушно отмечали возможность точно согласовать направление влечений с проводной линией родового канала, в результате чего извлечение плода происходило значительно легче, чем при щипцах с тазовой кривизной. Все операции закончились без особых осложнений для матери и плода.

Приведенные данные, хотя еще и недостаточные, позволяют думать о целесообразности более широкого применения прямых щипцов в повседневной акушерской практике.

III

ВЗГЛЯДЫ РУССКИХ АКУШЕРОВ НА НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ ЩИПЦОВ ОСОБОГО УСТРОЙСТВА

В конце прошлого столетия стали известны в России щипцы профессора акушерства Парижского университета Тарнье (Tarnier). Через несколько лет появились щипцы венского акушера Брейса (Breus). Как первые, так и вторые отличались от обычных щипцов особым устройством и имели приспособление для влечения по проводной линии таза. Наконец, в 20-х годах настоящего столетия в России появились щипцы норвежского акушера Килланда (Kielland).

Все указанные три модели щипцов послужили предметом практического использования, критического разбора и оценки в русском акушерстве.

Щипцы Тарнье

Впервые эти щипцы появились во Франции в 1877 г. В последующие годы Тарнье предложил несколько разновидностей этих щипцов. Однако основная конструктивная мысль — создать инструмент с осевым влечением, сохранив при этом форму щипцов Леврэ (Levret) с дополнительным винтом, закрепляющим рукоятки, и подвижным тракционным прибором, соединенным с ложками (рис. 29).

Некоторые модели имели, кроме головной и тазовой, еще и промежуточную кривизну. Щипцы, по замыслу конструктора, должны накладываться всегда в поперечном размере головки. Щипцы захватывают головку крепко и неподвижно при помощи винта, сжимающего рукоятки. Все повороты головка плода может совершать только вместе со щипцами.

Тарнье полагал, что его щипцы дают свободу движений головке независимо от направления влечения за трактор, так как он имеет подвижное во всех направлениях сочленение с ложками. Влечение может быть совершено по направлению проводной линии родового канала. Наконец, рукоятки служат указателем направления, в котором и следует производить извлечение плода.

Первое сообщение об этих щипцах сделано И. Лебединским в Обществе русских врачей в 1878 г.

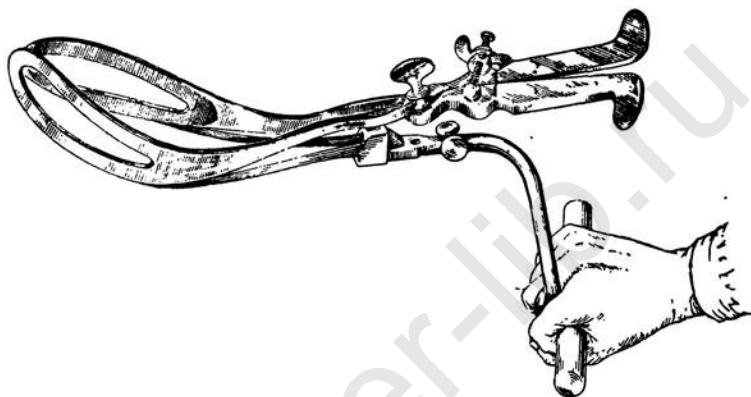


Рис. 29. Щипцы Тарнье.

А. Я. Крассовский в четвертом издании руководства по оперативному акушерству в 1889 г. подробно описал щипцы Тарнье, но не дал им оценки.

В том же году И. И. Федоров описал 11 операций, произведенных с помощью щипцов Тарнье и Брейса. В $\frac{1}{3}$ случаев пришлось перейти к перфорации. При наложении обычных щипцов с тазовой кривизной это потребовалось только в $\frac{1}{5}$, а при щипцах Лазаревича — даже в $\frac{1}{10}$ операций.

И. П. Лазаревич считал, что щипцы французской системы плохи из-за общей громоздкости и неподвижности замка. Конструкция щипцов Тарнье совершенно не соответствовала взглядам на щипцы, сложившимся у И. П. Лазаревича.

В 1890—1891 гг. появилось несколько статей П. И. Кубасова о щипцах Тарнье, в которых они были

рекомендованы как лучшие на основании только теоретических рассуждений автора.

В 1898 г. из Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения, руководимого А. Я. Крассовским, вышла монография А. Г. Дмитриева «Материалы к вопросу о высоких акушерских щипцах». В ней подробно разобраны 163 операции наложения высоких щипцов, окончившиеся извлечением плода. Кроме того, у 74 рожениц щипцы были наложены после предварительной симфизотомии или после неудачной попытки извлечения плода щипцами была произведена краниотомия. При этом были испробованы различные модели инструмента, в том числе и щипцы Тарнье. А. Г. Дмитриев пришел к заключению, что щипцы Тарнье обладают всеми отрицательными свойствами французской системы. Кроме того, они плохи тем, что акушер, не пользуясь рукоятками, не чувствует механизма движений головки, а поэтому не может производить влечения в нужном направлении.

Н. И. Рачинский в 1900 г. демонстрировал щипцы Тарнье в Санкт-Петербургском акушерско-гинекологическом обществе и высказал теоретические обоснования их устройства. Он описал 15 своих опытов на фантоме с вычислением силы влечения, затрачиваемой при употреблении щипцов с тазовой кривизной и осевых. Оказалось, что средняя сила, затрачиваемая при щипцах с тазовой кривизной, несколько больше, чем при осевых. Н. И. Рачинский на этом основании полагал, что щипцы Тарнье лучше, чем щипцы с тазовой кривизной.

На том же заседании В. В. Строганов щипцам Тарнье дал отрицательную оценку.

В 1903 г. Л. А. Кривский сообщил о применении щипцов Тарнье в Санкт-Петербургском родовспомогательном заведении. Руководил клиникой в это время Н. Н. Феноменов, сменивший А. Я. Крассовского. Из 29 операций наложения щипцов у 21 роженицы было применено высокое наложение щипцов, в том числе у 6 — при подвижной головке. У 14 детей были повреждения головки вплоть до вдавления и перелома костей. Общая смертность детей составила больше $\frac{1}{3}$. Одна родильница умерла от сепсиса. На основании этих данных Л. А. Кривский отрицательно отнесся к щипцам Тарнье.

Н. Н. Феноменов, проведя клиническое испытание щипцов Тарнье, пришел к заключению, что при извлечении головка имеет известную подвижность, независимо от направления влечения. Во время извлечения головка может приспособляться к соответствующему отделу таза, хотя далеко не в той мере, как в условиях самопроизвольного родоразрешения. Однако и это достигается путем сильного и длительного сжатия головки ложками. В щипцах, имеющих подвижный замок, сжатие головки значительно меньше, и это позволяет ей проделывать движения независимо от щипцов — в щипцах, что отчетливо видно во время размыкания щипцов. Разомкнуть же щипцы Тарнье по ходу извлечения нельзя. Кроме того, хотя щипцы Тарнье и дают возможность производить влечения по проводной линии таза (что облегчает извлечение), но это преимущество приобретает цену многих неудобств: чрезмерного сжатия головки, громоздкости инструмента, сложности его устройства. Н. Н. Феноменов считал, что, используя для операции щипцы с тазовой кривизной и пользуясь особыми приемами, также возможно совершать влечения по проводной линии таза.

По мнению Н. Н. Феноменова, утверждение, будто бы рукоятки щипцов служат для акушера указателем направления влечения, основано на недоразумении. В действительности рукоятки показывают путь, который уже прошла головка, а не тот, по которому она должна еще пройти в нижележащих отделах таза.

В заключении Н. Н. Феноменов писал, что те, кто приобрел надежный навык в операции щипцов вообще, тот в состоянии пользоваться и щипцами Тарнье, работая, в случае надобности, ими как обыкновенными щипцами, то есть действуя на рукоятки.

В клинике Н. Н. Феноменова щипцы Тарнье были испытаны несколько десятков раз. Создалось впечатление, что для извлечения требуется меньше силы, чем в щипцах с тазовой кривизной и подвижным замком. Пользуясь щипцами Тарнье, иногда плод извлекали мертвым, хотя операция была несложной и сердцебиение плода перед этим ясно прослушивалось. Бывали случаи, когда при неудаче извлечения плода щипцами Симпсона операция благополучно заканчивалась при применении щипцов Тарнье. Впрочем, замечает Н. Н. Феноменов,

справедливость требует указать, что было и обратное— успешное извлечение обычными щипцами после безуспешного применения щипцов Тарнье.

В отчете Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения за 1907—1909 гг., составленном В. А. Столыпинским, указано, что на 312 операций наложения щипцов щипцы Тарнье наложены всего лишь 5 раз. Видимо, их после первого испытания стали применять в учреждении очень редко.

В 1912 г. М. З. Райх описал 4 случая операций с помощью щипцов Тарнье и дал им резко отрицательную оценку.

С. В. Сазонов сообщил об операции наложения высоких щипцов в Лепехинском родильном доме в Москве. На 108 операций щипцы Тарнье наложены в 37. Переход к перфорации при щипцах Тарнье имел место в 35%, в то время как при обычных щипцах — только в 10,8%. Мертворождаемость и смерть новорожденных вскоре после операции составили соответственно 41,6 и 34,5%. Все это заставило С. В. Сазонова отнести к щипцам Тарнье очень сдержанно.

В 1913 г. А. Ф. Пальмов сделал сообщение в Санкт-Петербургском акушерско-гинекологическом обществе о 150 случаях операций наложения высоких щипцов по материалу Санкт-Петербургского клинического повивального института за 1906—1911 гг. Основные положения этого доклада были в следующем году развиты им в монографии «О высоких акушерских щипцах».

А. Ф. Пальмов описал 37 родов, когда операция проведена с помощью щипцов Тарнье и 100 — щипцов Симпсона.

Количество безуспешных операций наложения щипцов с переходом к перфорации составило при щипцах Тарнье 24%, при щипцах Симпсона — только 12,3%. Мертворождаемость и смерть детей в первые сутки были соответственно 48 и 12,5%. Заболеваемость матерей после родов—30 и 32,7%. Повреждения промежности — 26 и 22,1%.

А. Ф. Пальмов сделал следующие выводы: 1) извлечение головки щипцами Тарнье более трудно, чем щипцами Симпсона; 2) результаты операции для плода при щипцах Тарнье хуже; 3) результаты операции для матери при щипцах Тарнье не лучше, чем при щипцах

Симпсона. А. Ф. Пальмов отмечал, что особенности конструкции щипцов Тарнье лишают акушера мышечного чувства, которое должно руководить им при операции. Он образно сравнивал щипцы Симпсона со здоровой рукой хирурга, а щипцы Тарнье — со сломанной, в которой образовался ложный сустав. Такая рука, указывал он, всегда будет неуверенной, в ней будет отсутствовать согласованность в движениях.

К такой же оценке щипцов Тарнье пришли А. А. Ануфриев, Н. В. Ястребов, Ф. Г. Правосуд, Н. С. Канегиссер. За последние 30 лет в периодической литературе не было специальных работ, посвященных щипцам Тарнье, и даже само упоминание о них почти не встречается.

В руководствах по акушерству только Н. З. Иванов уделил значительное место щипцам Тарнье и считал их едва ли не лучшими из всех видов инструмента. Главное достоинство их он видел в том, что они дают возможность захватить головку по ее оси — через затылок, по направлению к подбородку.

Впрочем, и Н. З. Иванов признавал, что щипцы Тарнье достаточно сложны, слишком сильно и длительно сжимают головку, размыкание их для отдыха головки по ходу извлечения невозможно, а техника наложения трудна.

Очень сдержанное отношение к щипцам Тарнье дано в руководствах Н. И. Побединского, М. А. Колосова, В. С. Груздева, К. К. Скробанского, М. С. Малиновского и явно отрицательное — А. И. Крупского и Г. Г. Гентера.

Щипцы Брейса

Эти щипцы сконструированы австрийским акушером Брейсом в 1882 г.

Устроены они по образцу обычных щипцов Симпсона, но в них имеется плоское сочленение в месте перехода широкой части ложек в узкую. Это сочленение дает подвижность ложкам по вертикали. От верхнего ребра ложек, в виде их продолжения, отходят легкие стержни, соединяемые на концах стальным прутиком.

При высоко стоящей головке щипцы Брейса накладывают по тем же правилам, что и щипцы с тазовой

кривизной; это дает более совершенный захват головки. При влечениях щипцы выпрямляют и они действуют как прямые по проводной линии таза. Подвижность ложек, по мнению Брейса, дает возможность головке выбирать правильный путь независимо от направления влечений. Стержни служат указателями направления влечений, чему Брейс, впрочем, придавал лишь второстепенное значение (рис. 30).

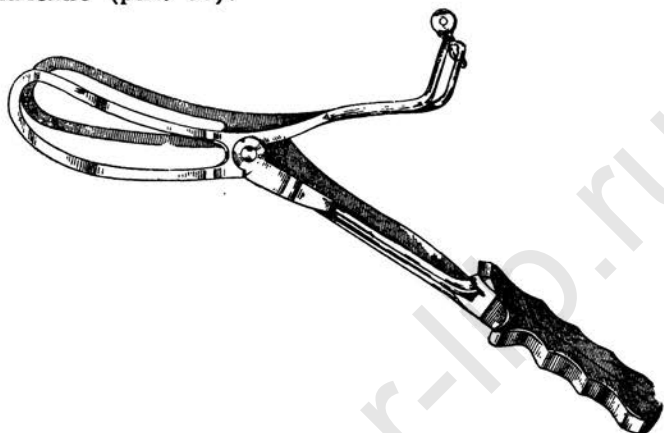


Рис. 30. Щипцы Брейса.

Первое описание щипцов Брейса в России при операции дал Д. А. Парышев в 1885 г. Все операции (4 родов) закончились благополучно.

В последующие годы упоминалось об отдельных случаях наложения щипцов Брейса в некоторых клинических отчетах родовспомогательных учреждений Санкт-Петербурга, Москвы, Варшавы.

Н. Н. Феноменов считал, что щипцы Брейса лучше, чем Тарнье, так как головка плода при пользовании щипцами Брейса не закрепляется неподвижно и не так сильно сжимается. Есть возможность размыкать щипцы по ходу извлечения головки.

Щипцы Брейса имеют все преимущества щипцов с подвижным замком.

К такому же заключению пришел Ф. Г. Правосуд.

Сравнительную оценку щипцов Тарнье и Брейса дали Н. Ф. Толочинов, Н. И. Побединский, В. С. Груздев,

М. С. Малиновский. Все они отдавали предпочтение щипцам Брейса вследствие их подвижности в замке, меньшей громоздкости и простоты устройства. Впрочем, и эти авторы не рекомендовали широко пользоваться щипцами Брейса.

Г. Г. Гентер с полным основанием считал щипцы Брейса утратившими практическое значение, так же как и щипцы Тарнье.

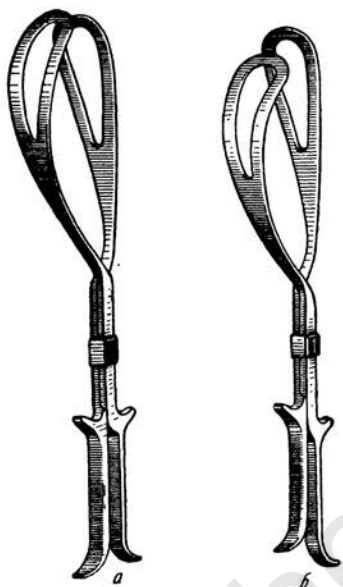


Рис. 31. Щипцы Килланда.
а — в обычном положении; *б* — со смещенными ветвями.

Щипцы Килланда

В 1915 г. норвежский акушер Килланд описал щипцы своей конструкции и сообщил о 352 случаях их применения.

Ветви щипцов Килланда перекрещиваются, соединяясь в скользящем замке очень простого устройства.

Замок допускает большое смещение ветвей щипцов, одну вдоль другой. Головная кривизна щипцов выражена хорошо,

тазовая и промежностная — слабо (рис. 31).

По мнению Килланда, его щипцы могут быть наложены на поперечник головки и в выходе и в полости таза при любом ее положении, включая задние виды и низкое поперечное стояние головки плода. Однако главное их назначение — операция наложения высоких щипцов. Щипцы, благодаря почти полному отсутствию тазовой кривизны, могут хорошо лечь в прямом размере таза. Подвижность ложек в замке дает возможность правильно разместить их на головке и при внеосевом вставлении с целью его исправления. В случае высокого прямого или низкого поперечного стояния головки плода щипцы могут быть использованы для вращения головки.

Килланд разработал особую технику наложения своих щипцов на головку, стоящую во входе в поперечном размере. Главной особенностью ее является введение передней ложки не по головке, а с головной кривизной, обращенной к симфизу. Ложку после введения в матку поворачивают на 180° , в результате чего ложка ложится головной кривизной на головку плода. Задняя ложка вводится по общим правилам и размещается перед мысом.

Щипцы Килланда вскоре после изобретения получили большое распространение в Германии; в России же они не были известны до 1923 г.

Первое сообщение о щипцах Килланда было сделано А. И. Крупским на VI Всесоюзном съезде гинекологов и акушеров в 1924 г. Он отметил особенности устройства этих щипцов, показания к операции с помощью их, технику применения и доложил съезду о произведенных им 12 операциях с хорошим исходом.

Обсуждение доклада А. И. Крупского на съезде шло в двух направлениях. С одной стороны, указывалось, что оценка щипцов Килланда возможна только на основе применения их в значительном количестве операций. Были высказаны опасения, что поворот передней ложки на 180° может повредить мягкие ткани родовых путей. С другой стороны, К. К. Скробанский, Г. Ф. Писемский и др. отметили близкое сходство конструкций щипцов Килланда со щипцами Лазаревича.

В 1926 г. на VII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов А. И. Крупский высказался вновь в пользу применения щипцов Килланда, но предложил некоторые видоизменения, что еще более приблизило их к щипцам Лазаревича, о чем уже было сказано.

В 1927 г. велось широкое обсуждение щипцов Килланда. В Ленинградском акушерско-гинекологическом обществе состоялся доклад Г. М. Шполянского о применении щипцов Килланда при некоторых аномалиях вставления головки, который вызвал большую дискуссию.

А. Э. Мандельштам и В. В. Строганов указали, что операция, производимая с помощью этих щипцов, несмотря на имеющиеся в них преимущества, всегда должна считаться серьезным вмешательством. В частности, не следует расширять показания к операции наложения

высоких щипцов. В. В. Строганов предостерегал от типичного наложения передней ложки с поворотом на 180° при растянутом нижнем сегменте матки. При задних видах удобнее пользоваться прямыми щипцами Лазаревича.

Я. Ф. Вербов сказал, что все положительное, имеющееся в щипцах Килланда, уже давно предусмотрено И. П. Лазаревичем. Недостаток щипцов Килланда в наличии в них тазовой кривизны. Для наложения щипцов на головку плода, стоящую в большом тазу, нет надобности придавать им кривизну, свойственную малому тазу. По словам Я. Ф. Вербова, щипцы Килланда представляют собой испорченную модель щипцов И. П. Лазаревича.

Отдельные операции были описаны Г. А. Бакштом (3 родов), Н. А. Мельниковым (7 родов), Н. Я. Сосюра (6 родов, из которых 4 операции были неудачными).

В 1932 г. Л. Гусаков описал 32 операции наложения высоких щипцов Килланда. Он полагал, что обязательным условием операции должно быть соответствие таза роженицы и головки плода. Само наложение ложек, благодаря узости и тонкости их, почти полному отсутствию тазовой кривизны, совершалось легко, и ложки хорошо прилепали к головке плода. Опасность наложения щипцов заключается в повороте передней ложки по Килланду, особенно при растянутом нижнем сегменте. В таких случаях следует применить введение ложки путем блуждания. У двух рожениц после операции образовались мочевые свищи. Впрочем, Л. Гусаков считал, что повреждение мочевого пузыря имелось еще до операции. На 2-й и 3-й день после родов умерли двое новорожденных с явлениями внутричерепной травмы.

В 1936 и 1937 гг. появились две работы Г. М. Шполянского о щипцах Килланда и одна его работа совместно с В. Н. Александровским. Г. М. Шполянский описал 43 операции наложения щипцов, из которых в 33 применены высокие щипцы. Он отказался почти во всех случаях от типичного способа введения передней ложки, считая его гораздо более опасным, чем блуждание. В одном случае была произведена перфорация заднего свода ложкой при двукратной безуспешной попытке извлечь плод. Г. М. Шполянский дает осторожную общую оценку щипцов Килланда.

В 1941 г. Н. Д. Шапиро сообщил о 68 операциях наложения щипцов Килланда, из которых в 60 были применены высокие щипцы. При большинстве операций применялась типичная техника наложения ложек. Травматизм родовых путей составил 43,3%, в том числе у одной родильницы образовался пузырно-влагалищный свищ. Послеродовая заболеваемость — 20%; мертворождаемость — 10%; ранняя детская смертность — 3%. Дважды щипцы наложить не удалось и была произведена краниотомия. Н. Д. Шапиро считал, что в некоторых случаях щипцами Килланда может пользоваться опытный специалист.

В. Ф. Киселев сообщил о 61 операции, из которых в 5 было тазовое предлежание. В 33 случаях были применены полостные щипцы, а в 23 — высокие. При высоких щипцах передняя ложка вводилась нередко путем блуждания, так как поворот на 180° опасен, особенно при растянутом нижнем сегменте. Отмечалась легкость поворотов головки при высоком прямом и низком поперечном ее стоянии. После операций наложения высоких щипцов из 23 женщин погибли 2: у одной произошел разрыв мочевого пузыря и матки, у другой был сепсис после тяжелых затяжных родов. Травматизм родовых путей составил 65,5%; заболеваемость после родов — 39%; смертность детей — 35% (26% после редукции); из 33 операций наложения полостных щипцов потеря детей была 12,1% (6% после редукции).

Вопрос о щипцах Килланда получил освещение и в руководствах по общему и оперативному акушерству.

Н. З. Иванов описал эти щипцы. Он считал, что из всех качеств, которые им приписываются, оправдывается практикой только одно — это возможность захватить головку плода в поперечнике при нахождении ее во входе в таз. Расширять показания к применению высоких щипцов не следует, равно как не следует заменять ими и другие операции, кроме плодоразрушающих.

П. А. Белошапко и И. И. Яковлев дали в общем положительную оценку щипцам Килланда. К достоинствам щипцов они относили достаточно прочный замок, незначительную тазовую кривизну, простоту устройства и легкость. Они считали, что для операции наложения высоких щипцов модель Килланда более пригодна, чем какая-либо другая. Плод очень мало травмируется,

а повреждения у роженицы возможны только при неправильной технике их применения и грубом оперировании.

К. К. Скробанский предостерегал от операции наложения высоких щипцов, которая при щипцах Килланда опасна не меньше, если не больше, чем при других видах инструмента.

М. С. Малиновский описывает щипцы Килланда, технику их применения и полагает, что этот инструмент является шагом вперед в акушерстве. Вместе с тем он считает, что при высоком стоянии головки щипцы Килланда опасны, особенно при типичном наложении. Как инструмент, поворачивающий головку плода, щипцы Килланда применять не следует; наиболее целесообразно их применение при низком поперечном стоянии головки.

Г. Г. Гентер уделил щипцам Килланда довольно значительное место. Ценность щипцов он видел в том, что они могут быть наложены на поперечник головки при любом положении ее в тазу и, кроме того, допускают вращательные движения, чего нельзя сделать обычными щипцами. Расширять показания к применению высоких щипцов все же, по его мнению, не следует.

В практической работе мы применяли щипцы Килланда 17 раз, из которых 3 при тазовом предлежании, 7 — при головке, стоящей наибольшей окружностью во входе в таз (как операцию необходимости), и несколько раз при высоком прямом и низком поперечном стоянии головки. Перевод ложек производился всегда путем блуждания. Все операции закончились без особых осложнений для матери и плода. Можно отметить, что наложение ложек не было трудным, а извлечение головки происходило легче, чем щипцами с тазовой кривизной. Сказанное, однако, не означает, что есть основания для расширения показаний к наложению высоких щипцов, так как эта операция всегда очень трудна и опасна.

IV

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ

Показания для операции наложения щипцов очень разнообразны. Все они обычно разделяются на показания со стороны роженицы и со стороны плода. Это разделение было принято А. Я. Крассовским и с того времени его придерживаются почти все акушеры. Оно имеет известные удобства в практическом отношении, хотя и не совсем правильно. Многие показания, относимые к роженице, представляют такие состояния, которые таят самую непосредственную опасность и для жизни плода и поэтому их следует считать смешанными.

В русской акушерской литературе имеется довольно большое количество работ, где показания к операции приведены подробно и разработаны на основании большого количества наблюдений (В. М. Михайлов, П. Х. Хажинский, В. А. Столыпинский, Г. М. Шполянский, М. А. Петров-Маслаков и др.).

А. Г. Дмитриев и А. Ф. Пальмов подробно разработали показания к наложению высоких щипцов.

Сравнивая данные различных авторов, надо отметить прежде всего значительную разницу в частоте отдельных показаний, послуживших для операции. Эта разница остается большой, если даже не придерживаться подробностей деления, и объединить показания по группам: показания со стороны матери, со стороны плода и смешанные.

На показания только со стороны матери приходится от 27,9% до 86,5%, а включая смешанные, — от 63,5 до 96,6%. Показания со стороны плода колеблются от 0 до 68,6%, а включая смешанные, — от 12,7 до 72,1%. Многие авторы вообще не указывают смешанных показаний.

Видимо, они их относят к показаниям либо со стороны матери, либо плода.

Большая разница в частоте отдельных показаний, вероятно, объясняется различной оценкой состояний роженицы и плода. Так, одни акушеры не придают большого значения длительности стояния головки плода в тазу, если при этом нет никаких иных признаков угрозы здоровью матери или плода; другие же полагают, что само по себе длительное стояние является показанием к родоразрешению. Так же обстоит вопрос с эклампсией и эндометритом. Некоторые акушеры не считают их показаниями к родоразрешению, другие же полагают, что эти заболевания требуют родоразрешения.

В оценке тяжести некоторых состояний не исключена известная субъективность. Это относится, например, к слабости родовой деятельности, состоянию нижнего сегмента.

Вопрос о показаниях к операции решается не только наличием той или иной патологии, но и оценкой общего состояния роженицы и плода, клиники родов.

Если ко всему сказанному добавить, что в отдельных родовспомогательных учреждениях и у отдельных акушеров взгляд на степень безвредности щипцов различен, применяются разнообразные виды операций, пособия, медикаментозное лечение и т. д., то станет понятным, почему частота различных показаний к операции наложения щипцов у отдельных акушеров далеко не одинакова.

Многие акушеры пытались дать общее определение показаний.

Г. И. Кораблев писал: «Показание таких обстоятельств во время родов, кои либо матери, либо младенцу, либо обоим вместе угрожают опасностью и потому требуют скорого выведения младенца».

Н. Н. Феноменов давал следующее общее определение показаний к операции: «Наложение щипцов показано во всех тех случаях, в которых при наличии необходимых условий для их применения изгоняющие силы оказываются недостаточными для окончания родового акта в данный момент». И далее: «Если во время родов возникают какие-либо обстоятельства, которые угрожают опасностью матери или плоду или обоим вместе, и если эта опасность может быть устранена скорейшим окончанием родов помощью щипцов — то щипцы показаны».

В. С. Груздев считал операцию щипцов показанной, если или со стороны роженицы, или со стороны плода появляются признаки, указывающие на грозящую опасность для того или другого, которая может быть предотвращена быстрым окончанием родов.

К. К. Скробанский относил к числу показаний все те осложнения, которые могут исчезнуть или потерять свою остроту при условии окончания родов.

М. С. Малиновский считал, что показаниями к операции наложения щипцов служат не те или другие болезни матери или плода, а скорее те или иные моменты, которые отягчают процесс развития данной болезни. При одном и том же болезненном состоянии матери в одном случае будет показано наложение щипцов, а в другом, наоборот, противопоказано.

Общая формулировка показаний, данная Н. Н. Феноменовым, наиболее удачно выражает то общее, что лежит в основе всех отдельных показаний, и охватывает все многообразие частных моментов, решить которые предоставляется врачу, наблюдающему за состоянием роженицы и плода. Однако каждая из этих формулировок, взятая в отдельности, не отражает со всей полнотой то общее, что характеризует показания к операции. Поэтому можно предложить несколько видоизмененное общее определение показаний.

Операция наложения щипцов показана во всех случаях родов, когда имеются какие-либо обстоятельства, угрожающие здоровью матери или плода, и они могут быть полностью или частично устранены быстрым завершением родов, а естественная *vis a tergo* недостаточна. Операция допустима только при наличии определенных условий и после того, как консервативные мероприятия не дали результата или не могут быть проведены из-за срочности показаний к завершению родов.

Рассмотрим отдельные показания к операции.

Слабость родовой деятельности

Частота этого показания у отдельных акушеров составляет от 26,1 (Г. М. Шполянский) до 88% (А. П. Вознесенский).

Само понятие о слабости родовой деятельности довольно субъективно, так как сила сокращений матки оп-

ределяется обычно только пальпацией при схватках. Такой способ, конечно, не может быть достаточно точным.

Н. Н. Феноменов предложил различать два вида слабости родовой деятельности — абсолютную и относительную. Первая наблюдается тогда, когда сила мышечной работы матки ниже средней. Вторая имеет в виду нормальную сократительную работу мышц, но все же недостаточную для быстрого изгнания плода, например, при эклампсии, выпадении пуповины и т. д.

Издавна в акушерстве установилось деление слабости родовой деятельности на первичную и вторичную.

М. А. Колосов полагает, что «первичная слабость схваток» (родовой деятельности) имеет вполне определенное клиническое содержание и обозначает слабость сократительной работы мышц матки с самого начала и обычно до конца родов. Наоборот, то, что называется «вторичной слабостью», обозначает нечто совершенно противоположное. Это состояние наступает после длительной, сильной мышечной работы матки и является следствием утомления ее мускулатуры. Поэтому обозначение «вторичная слабость» неудачно, так как первичной слабости не было и поэтому не может быть и вторичной. М. А. Колосов предлагает заменить это неудачное наименование другим: «последовательное ослабление родовой деятельности».

Слабость родовой деятельности и связанное с ней длительное стояние головки в родовых путях сами по себе еще не всегда являются показанием к операции наложения щипцов. В распоряжении акушера имеются средства, с помощью которых он может пытаться усилить родовую деятельность. Последовательное ослабление схваток может даже смениться усилением их после известного промежутка времени, необходимого для отдыха утомленной мускулатуры.

А. И. Петченко выделяет еще и слабость потуг. По его данным, на 6 932 родов все виды слабости родовой деятельности были отмечены у 162 рожениц (2,5%), в том числе первичная слабость схваток — у 50, вторичная — у 60 и слабость потуг — у 52 рожениц. Общее количество операций наложения щипцов при всех видах слабости родовой деятельности составило почти 67%. А. И. Петченко справедливо замечает, что этот процент может меняться в ту или другую сторону, в зависимости

от некоторых причин, и в том числе от широты применения медикаментозных средств для усиления родовой деятельности.

Оценка слабости родовой деятельности и вследствие этого длительного стояния головки в родовых путях как показания к операции щипцов дана в основных трудах по оперативному акушерству.

Уже Н. М. Максимович, Д. И. Левитский, Г. И. Кораблев, А. П. Матвеев говорили о слабости родовой деятельности как об одном из показаний к операции.

А. Я. Крассовский ставил слабость потуг на первое место в числе показаний к наложению щипцов, тем более что она сопровождается нередко ухудшением сердцебиения плода. Стояние головки в полости таза в течение 6—8 часов, по его мнению, является показанием к операции.

Н. Н. Феноменов предостерегал от тех опасностей, которые грозят матери и плоду в результате замедления родового акта и продолжительного стояния головки в родовых путях. Все это ведет к раздавливанию мягких тканей со всеми вытекающими отсюда последствиями. Установить более или менее точно возникновение этих осложнений он не считал возможным и поэтому советовал руководствоваться временем. Н. Н. Феноменов считал, что при полном открытии шейки и прочих условиях, допускающих операцию, головка может стоять в полости таза только 3—4 часа. Однако в некоторых случаях при более длительном выжидании роды заканчиваются самопроизвольно и благополучно. Н. Н. Феноменов указывал: «Лучше 10 раз наложить щипцы там, где роды могли бы окончиться благополучно и сами по себе, чем не наложить 1 раз там, где без этого окончание родов было бы сопряжено с опасностью для матери или для плода».

И. П. Лазаревич считал длительное стояние головки в каком бы то ни было отделе родового канала показанием к операции, так как оно сопровождается опасным для матери ущемлением мягких тканей. Он подчеркивал, что в каждом отдельном случае акушер должен учитывать и другие условия, которые могут или усилить, или ослабить тот вред, который происходит от сжатия мягких тканей матери и головки.

Н. Ф. Толочинов, Н. И. Побединский, В. С. Груздев высказывали то же положение, что и Н. Н. Феноменов.

М. А. Колосов советует не увлекаться возможностью оперировать при слабости схваток и длительном стоянии головки в тазу. Следует хорошо взвесить все обстоятельства родов, произвести повторно влагалищное исследование. Большое значение в прогнозе родов он придает конфигурации головки и образованию родовой опухоли. Последняя свидетельствует о хорошем развитии клетчатки и отсюда о хорошей способности конфигурироваться. Прогноз родов при остановке поступательных движений все же не всегда бывает ясен. В таких случаях можно руководствоваться временем стояния головки в малом тазу.

Н. З. Иванов полагал, что по истечении 4 часов после того, как прошли воды, а головка находится в полости или выходе таза, следует каждую минуту быть готовым к наложению щипцов. Однако показанием к операции служит не само время, а обычно наступающее при этом изменение сердцебиения плода.

К. К. Скробанский обращал внимание на явления прижатия, к числу которых он относил: повышение температуры, отек тканей, особенно передней губы шейки, повышенную чувствительность прижатых тканей, появление крови в моче. Продолжительность прижатия, которая нужна для появления этих угрожающих признаков, не всегда укладывается в определенное количество часов и один подсчет их еще недостаточен.

Г. Г. Гентер также придавал основное значение явлениям прижатия тканей. Однако, если головка достигла тазового дна и не рождается у первородящих в течение 6—8 часов и 1—3 часов у повторнородящих, то следует наложить щипцы, даже если и нет признаков прижатия.

М. С. Малиновский определяет срок выжидания в 4—7 часов у первородящих и в 2—3 часа — у повторнородящих. Эти сроки, которыми можно руководствоваться в практической работе, могут измениться в зависимости от появления признаков прижатия тканей. Последние имеют большее значение, чем время стояния головки, взятое как таковое.

П. А. Белошапко и И. И. Яковлев при слабости потуг и длительном стоянии головки на дне таза советуют выжидать в среднем 2 часа.

Н. А. Цовьянов полагает, что продолжительное стояние головки в выходе таза опасно, так как угрожает

плоду асфиксией. Не исключена возможность и преждевременной отслойки детского места. Головка плода испытывает длительное давление со стороны мышц тазового дна и в результате этого в ней наступают расстройства кровообращения. Все это говорит о некотором расширении показаний к выходным, отчасти полостным щипцам. Если нет оснований ждать окончания родов в ближайшие 2—3 часа и есть условия для операции, то нет особых оснований ее откладывать. Вместе с тем Н. А. Цовьянов указывает на некоторую опасность дополнительного сдавления щипцами головки в тех случаях, когда она конфигурирована и отечна. Операция должна быть произведена с большой осторожностью в смысле сдавления головки.

Ф. Г. Правосуд считал, что трудно ждать самопроизвольных родов, если со времени полного открытия прошло более 4—5 часов.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин осторожно относятся к указанию точных сроков выжидания. Они подчеркивают важность предупредительных мер против проявления слабости родовой деятельности, указывая на огромное значение правильного физического воспитания и труда для предупреждения этого осложнения при родах.

В итоге всего изложенного следует, что слабость родовой деятельности и вытекающее отсюда длительное стояние головки в тазу ведет к опасному для матери и плода сжатию мягких тканей.

Это требует своевременного принятия консервативных мер к усилению родовой деятельности, оставляя оперативное вмешательство на случай безуспешности этих мероприятий.

Появление признаков опасного сдавления мягких тканей родовых путей или плода заставляет прибегнуть к операции независимо от времени, в течение которого наблюдалось стояние головки в родовых путях. Однако и без явных признаков сжатия головки плода и мягких тканей роженицы акушер при наличии условий может прибегнуть к операции после 3—4 часов выжидания. Что касается укорочения срока выжидания у повторнородящих, то, нам кажется, для этого нет оснований, так как сжатие головки в родовых путях и сжатие мягких тканей роженицы у повторнородящих будет не большим, а меньшим, чем у первородящих.

Узкий таз

Вопрос об узком тазе относится к числу самых старых в акушерстве. Уже очень давно было обращено внимание на то, что при уменьшении размеров таза и изменениях его формы роды нередко осложняются и принимают неправильное течение, сопряженное с опасностью для матери или плода или обоих вместе.

Однако по мере проведения клинических исследований все яснее становилось, что не каждый раз анатомически измененный таз порождает клиническую патологию. Наоборот, большинство родов при узком тазе проходит без всяких осложнений. Становится очевидным, что для клинического акушерства важен не узкий таз сам по себе, а соотношение между размерами и формой таза роженицы и головки плода. Если имеется несоответствие между тазом и головкой, то нередко оно может ликвидироваться в процессе родов, когда вступают в действие динамические факторы. Приспособление головки к тазу и сила родовой деятельности могут оказаться столь благоприятными, что несоответствие как таковое будет преодолено в течение родов. В итоге таких родов, если таз был узким, то он узким и останется, несоответствие же между тазом и головкой плода существовало, но исчезло. Следовательно, понятие несоответствия есть динамическое, клиническое; понятие же узкого таза — постоянное, анатомическое.

Опыт показывает, что и при нормальном тазе возможно неправильное течение родов, если головка все же слишком велика для таза, т. е. существует несоответствие, которое влечет за собой затруднения в продвижении головки.

Таким образом, несоответствие таза и головки не является одной из особенностей узкого таза, но совершенно новое клиническое понятие. Анатомическое основание несоответствия в равной мере может лежать и в анатомической узости таза, и в слишком большой головке плода.

Вопрос об узком тазе и несоответствии таза и головки имеет самое непосредственное отношение к операции наложения щипцов, в частности, высоких. Вместе с развитием учения об узком тазе и несоответствии таза и головки плода развивались и изменялись взгляды на целе-

сообразность наложения щипцов при этой акушерской патологии. В итоге узкий таз (в смысле несоответствия), занимавший вначале едва ли не первое место в числе показаний к операции, исчез из числа их, но занял важное место в обсуждении условий, допускающих или являющихся противопоказанием к операции.

Выше было уже сказано, что довольно долгое время назначение и действие щипцов видели в сжатии головки, которое способствует проведению ее через узкий таз. Со временем этот взгляд был оставлен и в изменении его большое значение имели работы русских акушеров.

Уже Н. М. Максимович писал: «Младенцова головка и таз женский иногда получают такое строение от природы, что нет никакой между ими обоими соразмерности. Причиной сего быть может не только детская головка, величиною своею гораздо превосходящая яму таза, хотя он имеет и надлежащее строение: но иногда вместе и женский таз, по своему безобразию не мало не соответствующий самой головке младенца, хотя она имеет естественное положение и величину надлежащую».

При значительном несоответствии он считал операцию наложения щипцов недопустимой: «Когда кости детской головки узкостию таза чрезмерно стеснены, сжаты и почти одна ко другой придвинуты находятся, а потом пухлина на темечке есть весьма знатная, в таком случае лучше оставить клещи для спасения родящей, жертвовать младенца; то есть разрезать головные покровы и оболочки, выпорожнить мозг из головного черепа и, сим образом уменьшив ее окружность, вон вынуть».

Н. М. Максимович указал те моменты, которые легли в основу дальнейшего развития учения об операции наложения щипцов при несоответствии таза роженицы и головки плода.

Г. И. Кораблев упоминал об узком тазе как о показании к операции. «Впрочем, писал Кораблев, здесь надобно обратить внимание также и на величину головки и отсюда выводить заключение о соразмерности, допускающей операцию, либо несообразности, отвергающей оную».

А. Я. Крассовский полностью отвергал щипцы как инструмент, предназначенный для сжатия головки. Нужна слишком большая сила, чтобы изменить щипцами размер головки.

Эта сила, кроме того, и не может быть употреблена с пользой, так как при сжатии головки в лобно-затылочном размере размер двууглубенной только увеличится. Препятствие, вызванное сужением, не уменьшается при наложении щипцов, а возрастает. Поэтому А. Я. Красовский рекомендует вести роды при несоответствии таза и головки до поры до времени выжидательно. Сужение же таза само по себе не является показанием к операции.

Далее он указывал, что нередко головка успешно конфигурируется и тем самым приспособляется к сужению таза, но вместе с тем потуги недостаточны. В этом случае с успехом можно применить щипцы. Операция производится уже не по поводу несоответствия, а по поводу слабости потуг.

Несоответствие таза роженицы и головки плода как показание к операции подверг обстоятельной критике Н. Н. Феноменов. Он писал: «Чтобы покончить с вопросом о показаниях к наложению щипцов, нам остается разобрать еще одно, которое приводится в большинстве руководств и которое считается весьма серьезным. Это показание — узкий таз. Щипцы при этом допускаются для первых двух степеней сужения, то есть до 8 см, принимая во внимание почти исключительно плоские тазы.

Задача, предъявляемая щипцам в этом случае, сводится на то, чтобы провести головку через суженное место. Это может быть выполнено двояким образом: или Вы можете преодолеть сопротивление, развивая помощью механических приспособлений, resp., щипцов, более или менее значительную силу, или помощью целесообразного изменения формы головки, соответственно данным обстоятельствам (конфигурация). А так как возможность данной конфигурации обуславливается: а) действием изгибающих сил, б) сопротивлением со стороны родовых путей и в) свойствами самой головки, то спрашивается: желая преодолеть препятствие, можете ли Вы рассчитывать создать благоприятную конфигурацию головки? Едва ли. А если принять во внимание, что дело идет о плоских тазах, то есть суженных в прямом размере входа, то это сомнение усиливается еще более. Помимо того, что для наложения щипцов здесь не будет условий, которые мы признаем за необходимые, пусть щипцы будут наложены, условия для конфигурации головки

будут весьма неблагоприятные. Во входе в таз (гесп., в месте сужения) головка при плоском тазе часто стоит стреловидным швом в поперечном размере таза, а так как при высоком (подвижном) стоянии головки (общепотребительные) щипцы придется наложить в поперечном (или косом) размере таза, то, очевидно, они должны захватить головку в неблагоприятном размере — большим, чем размер головной кривизны. Следовательно, для того, чтобы щипцы были достаточно прочно фиксированы на головке, не соскальзывали при тракциях, и в то же время, чтобы иметь возможность развить значительную силу, нужно сильно сдавить головку сближением рукояток, если не до полного соприкосновения, то все же весьма значительно. А так как головка не обладает абсолютной сжимаемостью, то, очевидно, что уменьшение ее размеров в одном направлении может быть достигнуто только за счет увеличения в другом. Во взятом примере это будет именно в том, которым головка устанавливается в наиболее узком месте таза. Другими словами, действуя таким образом щипцами, Вы заведомо увеличиваете препятствия в наиболее узком отделе, а между тем возможность родоразрешения одними силами природы основывается, как сказано, на уменьшении головки, по преимуществу в поперечном размере. Посмотрим внимательно на головку, родившуюся произвольно при узком тазе, и Вы увидите, что конфигурация ее оказывается весьма сложною и настолько типичною, что по ней даже можно определить характер сужения таза и механизм данных родов. Но это целесообразное изменение формы головки совершается не вдруг, а в течение многих часов усиленной родовой работы. Ничего подобного, конечно, нельзя ожидать при насильственном преодолении препятствий щипцами».

И, наконец: «Высказываясь на этих вышеизложенных (см. условия) основаниях самым категорическим образом против учения, рассматривающего узкий (плоский) таз, как показание к щипцам, я очень хорошо понимаю, конечно, что наложение щипцов тем не менее будет и должно иметь место при узком тазе, но не ради сужения, а в силу общих показаний (ослабление родовой деятельности и т. п.), при наличии необходимых для щипцов условий. После того как природа помощью целесообразной конфигурации головки изгладила или почти изглади-

ла первоначальное существующее несоответствие между тазом и родовым объектом, и когда головка уже вполне или почти вполне прошла суженное место и для окончательного рождения нуждается только в усилении (ослабевшей) потужной деятельности, которая может быть заменена искусственно, операция наложения щипцов в этом случае является вполне целесообразным пособием. Между этим взглядом на щипцы и узкий таз и вышеприведенным разница огромная и вполне очевидная. Таким образом, по моему мнению, узкий таз сам по себе никогда не может считаться показанием к операции наложения щипцов. Ведь показание к акушерским операциям вообще всегда одно и то же — это невозможность произвольного окончания родов без опасности для матери и для плода. Следовательно, при такой постановке отнюдь не предпрещается вопрос о той или другой операции. Основания для выбора должны быть, конечно, серьезно обдуманы и соображены с обстоятельствами данного случая, и очень странно говорить, что при сужении таза не ниже 8 см (в конъюгате) показаны щипцы! Я полагаю, что акушер не будет ставить вопроса о наложении щипцов в зависимости от размеров конъюгаты, а от данного положения дела вообще».

Приведенные выдержки из работы Н. Н. Феноменова показывают, насколько он отошел от анатомической трактовки вопроса об узком тазе в операции наложения щипцов и дал обоснованное и убедительное освещение вопроса с точки зрения клинического акушерства.

Так развивались взгляды русских акушеров на узкий таз (в смысле несоответствия таза и головки) с точки зрения показаний к операции наложения щипцов. С этого времени во всех руководствах по акушерству приводится положение: узкий таз (несоответствие) сам по себе никогда не является показанием к операции наложения щипцов.

Благодаря работам Н. М. Максимовича, Г. И. Коралева, А. Я. Крассовского и особенно Н. Н. Феноменова, вопрос об узком тазе как показании к наложению щипцов стал достоянием истории развития русского акушерства.

В старых отчетах родовспомогательных учреждений еще можно встретить узкий таз в числе показаний к операции. Так, по отчету Ф. К. Гугенбергера по Санкт-Петербургскому повивальному институту за 1844—

1859 гг. среди показаний к операции встречается узкий таз. Только в 12,5% роды при узком тазе закончились самопроизвольно. Из 82 случаев оперативного родоразрешения в 52 применялись щипцы.

У В. М. Михайлова с 1840 по 1890 г. в 2,34% наложения щипцов показанием к операции служила чрезмерная величина головки.

По В. А. Бржезинскому в акушерской клинике в Варшаве с 1888 по 1891 г. в 16,1% родов при узком тазе производилась так называемая «диагностическая операция наложения щипцов» с целью выяснения, может ли головка пройти через родовой канал.

В дальнейшем узкий таз исчезает из числа показаний к операции наложения щипцов.

Узость и неподатливость мягких тканей родовых путей

Об этом показании к операции писал И. П. Лазаревич. Он советовал производить в таком случае надрезы шейки или промежности одновременно с операцией наложения щипцов.

Н. Ф. Толочинов писал о сопротивлении тазового дна как показании к операции.

Надо полагать, что при существовании препятствия для продвижения головки со стороны мягких тканей родовых путей нет оснований пытаться преодолеть его с помощью наложения щипцов, а следует произвести соответствующие разрезы. При сочетании неподатливости тканей с какими-либо показаниями к быстрому извлечению плода рассечение может иметь место как операция, подготовительная перед наложением щипцов.

Ущемление мягких тканей родовых путей

Это показание встречается крайне редко. Ущемлению обычно подвергается или шейка матки, или мочевого пузыря. В последнем случае иногда появляется кровавая моча.

Ущемление мягких тканей наступает вследствие длительного стояния головки в родовых путях, несоответствия таза и головки, неправильного вставления головки.

Ущемление шейки между головкой и тазом вряд ли

будет правильно устранять путем операции наложения щипцов, так как при этом трудно ждать чего-либо, кроме отрыва ущемленных тканей. Более уместно заправить ущемленную губу за головку ручными приемами или рассечь шейку.

М. А. Колосов упоминает в числе показаний к операции быстро нарастающий отек шейки матки.

Что касается ущемления мочевого пузыря и появления кровавой мочи, то здесь создается крайне серьезное положение и, конечно, показано родоразрешение во избежание образования свища. Но так как ущемление мочевого пузыря может иметь место почти исключительно при высоко стоящей головке и несоответствии ее с тазом, вряд ли следует проводить роды путем наложения щипцов. Здесь вполне уместно кесарево сечение, а если нет необходимых для него условий, то краниотомия.

Необычные вставления головки

В большинстве случаев во время родов, как известно, образуется затылочное вставление и притом передний вид. Такой механизм рождения плода в основном обуславливается наиболее часто встречающимся соотношением размеров и форм таза и головки. Нарушение обычных соотношений, надо полагать, служит одной из основных причин образования иных, необычных разновидностей вставления. Так, при плоском тазе можно наблюдать низкое поперечное стояние головки, при плоско-рахитическом тазе разгибательное и внеосевое вставление. К числу необычных положений головки относится также высокое прямое стояние и вставление ее.

Понятно, что необычное вставление головки не может служить показанием к операции, если оно является проявлением несоответствия таза и головки и это несоответствие не преодолено.

Вопрос о том, следует ли эти необычные положения головки исправлять с помощью щипцов, был уже освещен выше. Здесь можно, в частности, подчеркнуть, что разгибательные положения головки сами по себе не являются показанием к родоразрешению. Низкое поперечное стояние головки также не служит показанием к операции, что было убедительно показано еще Н. Н. Феноменовым.

Однако за последние годы вопрос о применении щипцов с целью изменения положения головки при высоком прямом стоянии и вставлении ее и при внеосевых вставлениях вновь был поднят.

Г. Л. Дозорцева и Г. М. Шполянский неправильное вставление головки приводят к числу показаний к операции; по Г. Л. Дозорцевой, оно имело место в 2% случаев, по Г. М. Шполянскому — в 9,2% всех случаев наложения щипцов.

Г. Г. Гентер, А. Э. Мандельштам и Г. М. Шполянский считают допустимым применение щипцов при высоком прямом стоянии, но только при условии подвижности головки и при наличии каких-либо иных показаний к извлечению плода. Л. Гусаков полагает, что щипцы вполне уместны для исправления такого положения головки. И. И. Яковлев советует проводить выжидательное ведение родов и при безуспешности его накладывать щипцы.

Следует сказать, что при высоком прямом стоянии головки (головка подвижна) гораздо бережнее применить ручное исправление ее положения. Если же имеется высокое прямое вставление (головка неподвижна), то тем самым существует несоответствие таза и головки и преодолеть его силой крайне опасно. Вращение вставившейся головки при помощи щипцов, конечно, также нельзя считать безопасной операцией как для матери, так и для плода.

Внеосевые вставления головки плода послужили темой для большой работы Л. А. Кривского (1905). Он пришел к заключению, что операция наложения щипцов при внеосевых вставлениях головки, если и может иметь место, то исключительно при наличии серьезных показаний со стороны матери или плода, но отнюдь не с целью исправления положения головки. Эта точка зрения общепринята. Однако за последние годы Г. М. Шполянский применял щипцы при внеосевых вставлениях головки с целью изменить ее положение, но он не нашел последователей.

Угрожающий и совершившийся разрыв матки

Это показание к операции наложения щипцов можно было довольно часто встретить в конце прошлого столетия. В последующие годы в числе показаний оно приводится все реже и реже (по Султановой, за 1925—1935 гг.

в 1,4% операций, по М. А. Петрову-Маслакову, за 1936—1945 гг. в 0,3% операций).

В настоящее время только Н. А. Цовьянов называет перерастяжение нижнего сегмента матки в числе показаний к наложению щипцов. И. Ф. Жордания, П. А. Белошапко и И. И. Яковлев, М. А. Колосов справедливо полагают, что при операции наложения щипцов нижний сегмент матки не должен быть истончен, так как введение ложек может повести к разрыву стенки матки. Р. А. Черток наложение щипцов при угрозе разрыва матки называл преступной операцией. М. С. Малиновский считает, что угрожающий и совершившийся разрыв матки есть противопоказание к операции наложения щипцов, а не показание к ней.

Изменение отношения к операции наложения щипцов при угрожающем и совершившемся разрыве матки можно объяснить большими успехами родоразрешения путем кесарева сечения. При выраженном несоответствии таза и головки, когда чаще всего угрожает и происходит разрыв матки, кесарево сечение вытеснило в значительной мере крайнее выжидание, а вместе с тем и операцию наложения щипцов. Однако все сказанное относится к высоко стоящей головке, когда возможно кесарево сечение и когда ложки щипцов будут соприкасаться со стенками нижнего отдела матки.

Другое дело, если головка находится в полости таза или тем более в выходе его. В таких случаях кесарево сечение невыполнимо, а ложки щипцов непосредственного соприкосновения с маткой иметь не могут, так как шейка уже отошла за головку. Нам кажется, что при такой ситуации и угрозе разрыва матки есть основания считать показанной операцию наложения полостных и выходных щипцов.

Кровотечения

Кровотечения во время родов являются одним из признаков различных заболеваний.

Кровотечения могут иметь место в результате предлежания детского места, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, начинающегося или совершившегося разрыва матки, разрыва варикозных узлов вен влагалища, при поражении шейки матки рако-

вым процессом, при гематоме наружных половых органов, в результате разрыва сосудов при оболочечном прикреплении пуповины. Последнее осложнение не угрожает роженице, поэтому оно должно рассматриваться как показание к операции со стороны плода.

Кровотечение вследствие предлежания детского места как показание к операции наложения щипцов приводится лишь в единичных случаях (П. Х. Хажинский, В. А. Столыпинский). Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места также служит показанием к операции только в отдельных случаях (Р. А. Гагенторн, М. Н. Порошин, Д. С. Чапин, В. М. Михайлов, В. А. Столыпинский, М. А. Петров-Маслаков). Тем не менее кровотечение как показание к операции упоминается почти во всех основных руководствах по акушерству.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин указывают, что при предлежании детского места в первом периоде родов щипцы наложить нельзя, так как головка еще подвижна, а во втором периоде надобность в них отпадает: головка прижимает кровотокающий участок и кровотечения обычно не бывает. Преждевременная отслойка детского места может быть показанием к наложению щипцов, если головка находится в полости таза. Варикозные расширения вен шейки матки и влагалища не могут быть показанием к наложению щипцов.

Вряд ли можно оспаривать справедливость точки зрения, высказанной А. И. Крупским и К. Н. Жмакиным. Можно только добавить, что при высоком стоянии головки и предлежании детского места наложение щипцов особенно опасно. Ложки щипцов здесь приходят в соприкосновение с рыхлыми, легко рвущимися тканями шейки и нижнего сегмента матки, растягивают и разрывают их, а кровотечение, как правило, появляется при малом открытии шейки, когда нет условий для операции.

Гематома наружных половых органов может увеличиться или разорваться при операции наложения щипцов, поэтому в таких случаях более уместно сделать разрез промежности в пределах здоровых тканей, облегчая рождение головки.

Все сказанное делает понятным, почему кровотечения во время родов лишь в исключительных случаях являются показанием к операции наложения щипцов.

Эклампсия

Эклампсия служит показанием к операции наложения щипцов довольно часто и составляет в отношении оперированных от 4,6 (В. А. Бржезинский) до 18% (М. А. Петров-Маслаков). По частоте она занимает второе место среди показаний к операции после слабости родовой деятельности.

Частота же родоразрешения путем наложения щипцов среди больных эклампсией у отдельных акушеров составляет от 2,8 (Н. И. Александров) до 46% (С. А. Селицкий), что является результатом различных взглядов на ведение родов у больных эклампсией.

Нет надобности подробно останавливаться на том, что вопросы ведения родов при эклампсии далеко еще не разрешены и являются предметом множества специальных работ. Большинство акушеров при лечении эклампсии придерживается консервативного направления, если не считать немногих сторонников активного вмешательства (С. А. Селицкий и К. К. Скробанский).

В. В. Строгановым создан замечательный метод консервативной терапии при эклампсии, послуживший основой для дальнейших работ Б. А. Архангельского и Д. П. Бровкина.

По сводным данным Р. А. Чертока, материнская смертность при активном методе лечения на 2 925 больных эклампсией составляет 14,6%; при терапии средней линии на 3 977 больных — 13,6%; при консервативном методе на 4 762 больных — 8,4%.

У В. В. Строганова на 300 больных эклампсией материнская смертность была 2,6%.

У Д. П. Бровкина на 967 больных, леченных сернокислой магнезией, смертность составила 3,5%; у В. Н. Власова — на 506 больных, леченных по методу Б. А. Архангельского, — 1,9%.

Однако консервативный метод, господствующий в лечении эклампсии в России, не исключает бережного родоразрешения, если для него имеются все условия.

В. В. Строганов, перечисляя основные положения своего метода, писал: «Как только можно разрешить экламптичек без вреда для матери и ребенка (следует произвести — А. Л.) — родоразрешение типичными щипцами, извлечением, редко поворотом».

Д. П. Бровкин советует очень осторожно решать вопрос об оперативном родоразрешении, так как естественное родоразрешение при эклампсии дает лучшее течение послеродового периода и меньший процент мертворождаемости при срочных родах.

Р. А. Черток писал: «Чем меньше активность, тем меньше смертность».

Б. А. Архангельский придерживался еще более консервативного взгляда; он полагал, что эклампсия сама по себе не является показанием к оперативному родоразрешению.

На основании изложенного можно считать, что при эклампсии показана консервативная терапия. Однако в случае безуспешности ее, при тяжелых припадках следует прибегнуть к операции наложения щипцов, если имеются все условия для родоразрешения. Понятно, что заболевание эклампсией заставляет акушера вести самое тщательное наблюдение как за роженицей, так и за плодом. Появление опасных осложнений служит дополнительным показанием к родоразрешению.

Эндометри в родах

Эндометрит в родах представляет собой инфекционный процесс, имеющий довольно типичную клиническую картину. Помимо повышения температуры, учащения пульса, расстройства самочувствия роженицы, появляются гнойные выделения, признаки разложения вод, ослабление родовой деятельности и, рано или поздно, явления асфиксии плода.

В более легких случаях, как полагает Л. И. Бубличенко, имеет место резорбционная лихорадка, не оказывающая серьезного влияния на течение родов и послеродового периода.

Некоторые акушеры предполагают, что повышение температуры в родах возможно и без инфекции, на почве одной только усиленной мышечной работы роженицы или в результате разминания тканей родовых путей (К. К. Скробанский, В. С. Груздев, М. Л. Выдрин).

А. Я. Крассовский называл эндометрит в родах и тимпанию матки в числе показаний к операции. Н. Н. Феноменов, Н. Ф. Толочинов, М. Л. Выдрин, К. К. Скробанский и Г. Г. Гентер считали повышенную

температуру в процессе родов показанием к наложению щипцов.

М. А. Колосов указывал, что при так называемом эндометрите в родах он накладывал щипцы во избежание распространения инфекции, хотя и не был уверен, правильно ли поступает, оперируя рожениц в подобных случаях.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин полагают, что высокая температура в родах сама по себе не есть показание для немедленного родоразрешения. Оперированные роженицы значительно чаще заболевают в послеродовом периоде. Из операций в таких случаях следует выбирать более щадящие.

М. С. Малиновский также указывает, что высокая температура в родах не является еще основанием для операции, так как последняя при наличии инфекции опаснее, чем выжидание самопроизвольного родоразрешения.

Мы изучили 1 000 родов, осложненных эндометритом. Смертность среди оперированных оказалась в 4 раза больше, чем при самопроизвольных родах. Общий вывод сводится к тому, что лихорадка в родах должна служить не показанием, а противопоказанием к оперативному родоразрешению. Только при безуспешности попыток ускорить течение родов консервативными мероприятиями или при появлении каких-либо других серьезных показаний со стороны матери или плода допустима операция. В таких случаях операция производится уже не вследствие эндометрита в родах, а несмотря на это осложнение.

Такую же точку зрения разделяли впоследствии А. Б. Сигалов и В. А. Хатунцев.

Л. И. Бубличенко приводит данные о течении послеродового периода после 1 622 родов, сопровождавшихся лихорадкой после самопроизвольных родов. Послеродовые заболевания наблюдались в 23,5% и смертность — в 0,66%, после оперативного вмешательства — соответственно 45,5 и 2,67%, Л. И. Бубличенко замечает, что оперативные пособия сами по себе повышают послеродовую заболеваемость.

Если учесть различие взглядов на происхождение лихорадочных состояний в родах и отсюда на ведение родов, то понятны и те большие колебания в частоте

оперативного родоразрешения, которая представлена в различных работах: от 0,9% (Р. А. Гагенторн) до 24,7% (Г. А. Дозорцева).

Нередко родоразрешение производилось не потому, что у роженицы была повышена температура, а потому, что лихорадочное состояние сочеталось с ослаблением родовой деятельности и ухудшением сердцебиения плода.

В итоге следует указать, что лихорадочное состояние роженицы и особенно явно выраженный эндометрит обычно дают клиническую картину заболевания, включающую в себя ряд моментов, являющихся показанием к оперативному родоразрешению. К операции можно прибегнуть только после принятия консервативных мер к самопроизвольному окончанию родов, если позволяет время. Если же эти показания отсутствуют, то нет и надобности в оперативном родоразрешении. Разумеется, появление лихорадочного состояния в родах требует широкого применения антибиотиков и сульфаниламидов.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Органические заболевания клапанов и мышцы сердца в различных формах и стадиях нередко сочетаются с возникающей беременностью. При обнаружении этих заболеваний еще в начале беременности иногда приходится производить искусственный аборт по медицинским показаниям.

В тех случаях, когда беременность доношена и начались роды, следует решить вопрос о том, справится ли сердце с той работой, которую предстоит ему выполнить во время родов.

За последние годы повысился интерес к вопросу о ведении родов при сердечно-сосудистых заболеваниях. Обращает на себя внимание несколько значительных работ в этом направлении.

Ю. М. Аркусский, основываясь на данных клинко-рентгенологических и кардиографических исследований, пришел к выводу, что сердце во время беременности постепенно приспособляется к повышенной нагрузке. Развивается тоногенная дилатация и гипертрофия, которые укрепляют сердце и повышают его функциональную способность. Порок сердца в стадии компенсации

не служит, как правило, показанием к прерыванию беременности, так как последнее является для больного организма не меньшей нагрузкой, чем срочные роды. Задача акушера состоит в облегчении и сокращении родового акта.

Н. К. Годунова поранализировала 1 000 родов с органическими заболеваниями сердца, из которых в 244 имелась недостаточность кровообращения I, II, и III стадии (по классификации Н. Д. Стражеско). У 43 больных произведено кесарево сечение, причем только у 12 в связи с заболеванием сердца. Щипцы были наложены также у 43 больных, из них только у одной по показаниям со стороны сердца. Материнская смертность на 1 000 родов составила 0,6%. Н. К. Годунова считает, что не следует вмешиваться в течение периода изгнания и что консервативное ведение родов более целесообразно для больного сердца, чем оперативное вмешательство. Последнее необходимо только в исключительных случаях, требующих немедленного окончания родов, в частности, при нарастающих явлениях сердечной слабости, особенно у рожениц с затянувшимся периодом изгнания и при угрозе асфиксии плода.

Из других заболеваний сердца, реже встречающихся у беременных и рожениц, но дающих все основания для операции, следует назвать болезни сердечной мышцы, связанные с нарушением в ней кровообращения, как-то: стенокардия, кардиосклероз и болезни перикарда.

Некоторые болезни сосудистой системы также могут служить показанием к выключению потуг путем наложения щипцов. К числу таких заболеваний относятся эмболии и тромбозы больших сосудов, артериосклероз, склероз сосудов мозга, гипертоническая болезнь, склероз или аневризма аорты.

Нередко акушеры проявляют большую активность при наличии у рожениц компенсированных сердечно-сосудистых заболеваний и прибегают к наложению щипцов даже у повторнородящих, у которых самопроизвольные роды и без того завершаются в несколько потуг.

Такая активность вряд ли должна иметь место. Также, нам кажется, следует осудить и крайний консерватизм ведения родов.

Вопрос о способе родоразрешения должен решаться в каждом отдельном случае различно и не столько в

зависимости от характера морфологических изменений в сердечно-сосудистой системе, сколько от учета анамнестических данных, тщательного клинического обследования больной совместно с терапевтом, с обязательным изучением функционального состояния организма.

Заболевания органов дыхания

В этой группе заболеваний практически чаще всего приходится встречать различные виды туберкулезного поражения легких и, реже, гортани.

В настоящее время признано, что необходимо выключать потуги наложением щипцов у больных с туберкулезным поражением гортани и поражением легких в активной форме. Безусловно показана эта операция при наложенном пневмотораксе и после произведенной торакопластики (А. И. Близнянская).

Из других заболеваний органов дыхания, когда показано исключение потуг, надо упомянуть о пневмонии, нагноительных процессах в легких, эмфиземе, бронхиальной астме.

Как и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, вопрос об операции решает не столько анатомический диагноз, сколько функциональная оценка состояния больной с учетом предстоящей во время потуг большой мышечной работы.

Заболевания органов выделения

В перечень показаний к операции изредка включают нефрит и другие тяжелые органические поражения почек, когда имеются уремические явления или заболевание сопровождается повышенным артериальным давлением.

Заболевания нервной системы

В число показаний к операции включают тяжелые психические расстройства и психические возбуждения вообще.

Из органических поражений центральной нервной системы наибольшее значение, как показание к исключению потуг, имеет кровоизлияние в мозг и энцефалит.

Заболевания, протекающие с большим повышением температуры

Все виды заболеваний, протекающие с высокой температурой, могут служить показанием к операции наложения щипцов, поскольку большая физическая работа, совершаемая роженицей при потугах, снижает защитные реакции больной. Наряду с температурой, следует учитывать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, длительность заболевания, общее состояние больной.

Прочие показания со стороны матери

Из числа прочих показаний к операции со стороны роженицы упоминаются разного вида грыжи, неокрепшие рубцы после чревосечений. Г. И. Кудиш наложил щипцы у больной, страдавшей раком прямой кишки. В. А. Столыпинский описал три операции, при которых показанием были: опухоль заднего свода, аппендицит, водянка живота у плода. В. М. Михайлов приводил как редкие показания: двойное влагалище, вставление двух головок при двойнях, выпадение матки, камень мочевого пузыря, извлечение головки после перфорации, операция на умирающей.

Н. Н. Феноменов считал, что если наложением щипцов сокращается продолжительность родов и уменьшаются страдания матери при условии, что это может быть произведено без опасности, то тем самым выполняется одна из прекраснейших задач врачебной деятельности.

В последующие годы никто к этому вопросу не возвращался, если не считать двух заметок (И. Ю. Якуб, Л. Ненадович), касающихся наложения щипцов в частной практике. Л. Ненадович предлагал назвать такую операцию «щипцами по заказу».

В 1936 г. М. С. Малиновский возвращается к вопросу о щипцах из «гуманных» соображений и решительно возражает против такой операции. Даже те операции наложения щипцов, которые представляются легкими, могут оказаться очень кровавыми операциями, и еще не решен вопрос о последующей судьбе детей.

Нельзя не присоединиться к мнению, высказанному М. С. Малиновским, тем более что массовое обезболи-

вание в родах шире и полнее решает вопрос о «гуманном» ведении родов.

В заключение рассмотрения показаний к операции со стороны роженицы надо еще раз подчеркнуть, что при оценке их не следует переоценивать анатомический диагноз. Анатомическое основание, господствовавшее в клинике во второй половине XIX века, уступило место функционально-динамическому. Не место развития болезни и не характер поражения какого-либо органа должны решать вопрос о показании к операции, а оценка функциональных и компенсаторных возможностей больного организма.

Внутриутробная асфиксия плода

Показания к операции со стороны только плода отмечались от 0 до 68,6%, а одновременно с показаниями со стороны матери — от 12 до 80,7%. Во всех этих случаях плоду угрожала асфиксия.

Строго говоря, асфиксия не есть диагноз заболевания, а только один из наиболее важных признаков тяжелых нарушений во внутриутробной жизни плода различного происхождения. Вопрос о внутриутробной асфиксии и мертворождаемости за последние годы подвергается широкому изучению, однако еще далеко не разрешен.

В связи с вопросом об оперативном родоразрешении чрезвычайно важно учитывать те клинические признаки, по которым можно судить о внутриутробной асфиксии. Их насчитывают не менее девяти:

1. Изменение частоты сердцебиения. Этот признак считают самым постоянным. Большинство акушеров полагает, что в норме частота сердцебиения колеблется в пределах 120—140 ударов в минуту, другие авторы полагают, что она колеблется в пределах 100—160. И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочинов, А. П. Губарев и др. особенно подчеркивали, что замедление сердцебиения указывает на более тяжелое состояние плода. М. С. Малиновский, наряду с замедлением, считает признаком, указывающим на опасность, — длительное учащение сердцебиения. По нашему мнению, число сердечных ударов от 120 до 140 действительно соответствует нормальному состоянию плода. Однако необходимо учитывать и постоянство частоты сердцебиения. Так, если при длительном наблюдении установлено, что сердцебиение плода 120 ударов в минуту, а затем оно учащается до 140, то необходимо пристальное внимание к состоянию плода, хотя такое учащение и не превышает верхней границы нормы. Кроме того, необходимо учитывать, что тотчас после схватки и потуги наступает физиологическое изменение частоты сердцебиений плода, длящееся 15—20 секунд.

2. Аритмия. Под аритмией подразумевается быстрая смена замедленного и учащенного сердцебиения. Г. Г. Гентер, А. П. Губарев, В. С. Груздев говорили о серьезном значении этого признака.

К этому мнению нельзя не присоединиться. Более того, аритмию следует расценивать как признак, указывающий на тяжелое состояние плода.

3. Глухость тонов сердца. Этот признак имеет значение только в том случае, если он появился после того, как сердцебиение отчетливо прослушивалось. О глухости тонов, как о признаке асфиксии, упоминают Н. З. Иванов и М. С. Малиновский. Но и последний придает ему значение только при наличии других признаков асфиксии.

Нельзя забывать, что при образовании заднего вида сердечные тоны становятся менее отчетливыми. Подтвердить или исключить образование заднего вида следует путем внутреннего исследования.

4. Стучащие, громкие тоны. Эти признаки приводятся М. С. Малиновским как дополнительный симптом развивающейся внутриутробной асфиксии плода.

5. Шум пуповины. М. С. Малиновский описывает этот признак, указывая на его патогномическое значение, если шум интенсивен, громок, постепенно нарастает и особенно, если вслед за появлением шума сердцебиение замедляется. Он считает, что описанный признак указывает на сдавление или перекручивание пуповины.

6. Отхождение мекония при головном предлежании. На этот признак асфиксии указывали Н. Н. Феноменов, Д. Д. Попов, Н. И. Побединский, В. С. Груздев, Г. Г. Гентер, М. Л. Выдрин. Н. Ф. Толочин и М. С. Малиновский полагают, что отхождение мекония имеет значение только при появлении других признаков асфиксии.

7. Быстрые, судорожные движения плода. Н. Н. Феноменов, В. С. Груздев и М. С. Малиновский полагают, что появление такого рода движений говорит о развивающейся асфиксии.

8. Быстрое нарастание головной опухоли. Этот признак описывали Н. Ф. Толочин, Д. Д. Попов и М. Л. Выдрин.

9. Внутриутробные дыхательные движения. Этот признак приводит В. С. Груздев и М. С. Малиновский. В то же время они указывают на его непостоянство.

При появлении признаков развивающейся внутриутробной асфиксии плода показано немедленное родоразрешение. Помимо этого, к наложению щипцов следует прибегать, когда наступление асфиксии плода в ближайшее время очевидно. К числу таких состояний следует отнести прежде всего выпадение пуповины.

Н. З. Иванов и М. С. Малиновский указывают в числе показаний к операции со стороны плода еще кровотечение из разорвавшихся сосудов при оболочечном прикреплении пуповины. Д. И. Левитский, Г. И. Кораблев, А. П. Матвеев, А. Я. Крассовский дополнили к показаниям со стороны плода выпадение конечностей при затылочных и лицевых предлежаниях.

V

УСЛОВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ОПЕРАЦИИ

Для выполнения операции наложения щипцов необходимы некоторые условия, обеспечивающие возможно более благоприятный исход ее как для роженицы, так и для плода. Если одного или нескольких из этих условий нет, то операция противопоказана. Впрочем, как это будет видно из дальнейшего, практически операция может быть выполнена и при некотором несовершенстве условий, если имеются жизненные показания для родоразрешения со стороны матери или плода и если акушер достаточно опытен. В некоторых случаях несовершенство условий требует производства подготовительных операций, которые устраняют противопоказания к наложению щипцов.

Изучение условий для операции, особенно некоторых из них, явилось предметом многочисленных исследований.

Нахождение головки в полости или в выходе таза

Это условие Н. Н. Феноменов совершенно справедливо считал основным. Он указывал, что при наличии указанного условия все остальные, как правило, бывают налицо.

В самом деле, если головка миновала плоскость входа в таз и вступила в его полость или даже находится в выходе, то это означает, что началась фаза изгнания плода. В таком случае, за редкими исключениями, наружный зев уже полностью раскрыт и плодный пузырь вскрылся. Помимо того, при обычном механизме рождения плода головка расположена так, что стреловидный шов находится в косом или даже в прямом размере

таза. Далее, если головка прошла вход в таз, то это означает, что нет несоответствия ее с тазом, а если оно и было, то теперь ликвидировалось силой родовой деятельности и благодаря конфигурации головки.

Из всего сказанного видно, что нахождение головки в полости или в выходе таза, действительно, является основным условием и по праву должно занять первое место в перечне условий, необходимых для выполнения операции наложения щипцов.

Операция наложения щипцов при высоко стоящей головке относится к так называемым высоким щипцам. Надо сказать, что термин «высокие щипцы» понимается отдельными акушерами далеко не одинаково.

Так, А. Я. Крассовский и Д. Д. Попов относят к высоким щипцам такие, когда головка стоит над входом в таз и подвижна.

Н. Н. Феноменов различал две разновидности положения головки при высоких щипцах: а) головка стоит неподвижно и известным сегментом прошла вход в таз; б) головка стоит над входом или вступила в него ничтожным сегментом, сохранив подвижность. Он обращал внимание на то, что судить о том, где стоит головка плода, надо не по расположению ее волосистой части, а по соотношению окружности головки и таза.

Н. Ф. Толочинев и Н. З. Иванов полагали, что щипцы будут высокими, когда головка не прошла еще вход наибольшей окружностью, но стоит в нем неподвижно. Нижний полюс ее на два пальца выше *spina ischi*.

Н. И. Побединский относил к операции наложения высоких щипцов такие случаи, когда головка большей частью прошла плоскость входа и стоит неподвижно.

Н. А. Цовьянов считает, что при операции наложения высоких щипцов головка должна быть фиксирована в тазу, большая окружность ее, будучи плотно прижатой ко входу, не прошла еще терминальной плоскости.

А. Ф. Пальмов включает в понятие «высокие щипцы» операцию при трех разновидностях положения головки: а) головка средним или малым сегментом во входе; б) головка прижата ко входу; в) головка подвижна.

К. К. Скробанский полагал, что щипцы высокие, если головка вставилась только небольшим сегментом и нижний полюс ее не достиг второй параллельной плоскости, проходящей через нижний край симфиза.

Г. Г. Гентер относил к высоким щипцам такие, когда головка стоит плотно во входе и наибольшая окружность (бипариетальный размер) стоит на уровне его или несколько выше. Первое положение он называет наибольшим сегментом во входе, второе — малым сегментом во входе.

М. С. Малиновский относит к высоким щипцам такие операции, где имеет место одно из следующих положений головки: а) головка высоко над входом в таз; б) головка стоит во входе в таз малым сегментом; в) головка стоит во входе в таз большим сегментом или, как говорят некоторые акушеры: «головка стоит в верхней части полости таза».

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин также различают три разновидности положения головки при высоких щипцах: а) головка подвижна; б) головка малым сегментом во входе, но плотно вставилась; в) головка большей своей окружностью в плоскости входа.

К приведенным определениям понятия высоких щипцов можно было бы добавить еще многие другие (В. С. Груздев, М. Л. Выдрин, И. И. Яковлев, Г. М. Шполянский, А. П. Губарев).

Уже приведенные определения понятия высоких щипцов показывают, насколько они различны. В теснейшей связи с тем, как определяют понятие высоких щипцов различные акушеры, стоит и их отношение к этой разновидности операции. Если два акушера высказываются в пользу наложения высоких щипцов или, наоборот, отвергают их, то это не значит, что оба они говорят об одном и том же. Совершенно необходимо внести ясность в этот вопрос и разграничить различные понятия, дав им соответствующие обозначения.

В приведенных определениях прежде всего нет ясности между самим определением и способом его выявления — теми признаками, по которым акушер может судить о том, где находится головка. В частности, речь идет о подвижности или неподвижности головки, о месте стояния ее нижнего полюса, о малом и большом сегменте (которые тоже различно понимают). Головку не всегда рассматривают одинаково: то как шар, то как яйцевидное тело, то как эллипсоид, то как почковидное тело.

Но как бы ни рассматривать форму головки, надо полагать, что для акушера понятие «головка» должно

быть лишено обычного разговорного смысла. Важна не головка вообще, а наибольшая окружность ее. Зная, где находится наибольшая окружность головки, каково ее отношение к плоскости входа в таз, можно судить о том, где стоит головка (в акушерском понимании этого слова). При этом надо только добавить, что наибольшая окружность проходит не всегда в одном и том же сечении головки, а связана с особенностью вставления. Так, при затылочном вставлении наибольшая окружность будет проходить через малый косой размер, при теменном (передне-головном) — через прямой, при лобном — через большой косой и при лицевом — через отвесный.

Однако при всех этих разновидностях вставления головки практически правильно будет считать, что наибольшая окружность ее проходит на уровне ушей. Проводя достаточно высоко полуруку (все пальцы, кроме большого) при влагалищном исследовании, можно легко найти и ухо, и *linea innominata*, образующую границу входа в таз. Поэтому вполне правильно предложение Н. Н. Феноменова производить исследование перед операцией полурукой, а не двумя пальцами, чтобы достичь уха и совершенно точно определить, в какой плоскости таза расположена наибольшая окружность головки и как она вставилась. Он считал это столь важным, что не допускал возможности производить операцию без точного определения положения головки.

Если наибольшая окружность головки совпадает с плоскостью входа, то, очевидно, акушер может сказать, что головка во входе, а не в полости, и щипцы будут высокие, а не полостные.

Совершенно второстепенную роль играет вопрос о том, где находится нижний полюс головки. Очевидно, что при совпадении наибольшей окружности головки с плоскостью входа, но при различном вставлении нижний полюс головки будет расположен на различной высоте. Кроме того, при конфигурации головки форма ее становится вытянутой и тем ниже будет опущен нижний полюс ее, чем больше будет выражена конфигурация, хотя наибольшая окружность и не изменит своего отношения к плоскости входа.

К. К. Скробанский сделал неудачную попытку перенести в русское акушерство схему, предложенную Мартиусом (Martius). По этой схеме нижний полюс головки и

плоскости Годжи (Hodge) служат для определения места стояния головки и условий для операции наложения щипцов.

Определение высоты стояния головки в тазу, предложенное Н. Н. Феноменовым, и принятое у нас классическое деление плоскостей таза, несравненно более соответствуют практическим запросам акушерства и не требуют замены. Убедительное обоснование такой оценки стояния головки дал И. Ф. Жордания (1950). Наибольшую окружность головки он условно называет большим ее сегментом. Им же даны практические указания к определению высоты стояния головки методами наружного и внутреннего исследования.

Большее значение, чем расположение нижнего полюса головки, имеет подвижность или неподвижность ее, на что также обратил внимание Н. Н. Феноменов. Полная неподвижность головки наступает, как правило, лишь тогда, когда ее наибольшая окружность совпадет или почти совпадет с плоскостью входа. Чем выше стоит головка, тем менее прочно она установилась. При манипуляциях, связанных с наложением щипцов, головка, недостаточно опустившаяся во вход, более или менее легко может быть отодвинута и станет подвижной.

Касаясь вопросов терминологии, надо сказать, что А. Ф. Пальмов выделяет в особую группу те случаи, когда головка наименьшей окружностью (сегментом) стоит во входе в таз, но не прошла еще плоскости входа и, по примеру С. Т. Виридарского, называет их «высокополостными». Вряд ли это название удачно. Нет основания называть щипцы полостными, если головка стоит не в полости, а во входе в таз. Определение это неправильно и с клинической точки зрения, так как именно во входе совершается конфигурация головки и в полость таза головка опускается уже в основном по окончании конфигурации.

Возможно, было бы правильнее дать иные определения и иные термины для разновидностей операций высоких щипцов, которые более соответствуют и анатомической, и клинической сути дела. Так, например, если головка своей наибольшей окружностью находится в плоскости входа или очень близка к ней (конфигурация полностью или почти полностью закончена), то следует считать головку стоящей во входе в таз, а щипцы име-

Новать «входными» — *applicatio forcipis in introitu pelvis*, подобно тому, как говорят: *applicatio forcipis in cavo pelvis* или *in exitu pelvis*. Сокращенное наименование может быть: *forceps major*, подобно *forceps media* или *forceps minor*. Это оправдано и по аналогии с терминами: «выходные» — головка в выходе, «полостные» — головка в полости. Предложение пользоваться термином «входные щипцы» принадлежит Н. В. Ястребову, но мало кому известно. Этим термином пользовался Л. В. Ульяновский.

Если наибольшая окружность головки находится значительно выше плоскости входа (конфигурация не закончена), то следует считать головку стоящей над входом, а щипцы именовать «высокими» — *forceps alta*.

Подвижна головка или только немного фиксирована, не имеет большого практического значения, так как неплотно фиксированная головка, как правило, выталкивается из входа в таз при исследовании перед операцией и при наложении ложек.

Из всего сказанного понятно, что при отсутствии единого понимания термина «высокие щипцы» все данные об их применении имеют относительную достоверность.

До второй половины XIX столетия акушеры не считали, что нахождение головки в полости или выходе таза является одним из условий для операции.

Это происходило по двум причинам. Первая — то, что щипцы долгое время после их изобретения считались инструментом, предназначенным для сжатия головки. Эта точка зрения еще у Н. М. Максимовича, а затем у Г. И. Кораблева не нашла полной поддержки и даже критиковалась. Однако полностью отверг ее только А. Я. Крассовский, а Н. Н. Феноменов убедительно показал ее несостоятельность и вредность. Вторая — то, что состояние оперативного акушерства почти до конца XIX столетия было таково, что нередко акушер прибегал к операции наложения высоких щипцов по необходимости. Родоразрешающими операциями, «соперниками» высоких щипцов, были поворот на ножку и краниотомия. Первая не могла иметь места при вставившейся головке и давно отошедших водах, вторая была нежелательна при живом плоде. Кесарево сечение в то время было еще операцией, очень опасной для матери, и производилось крайне редко.

Согласно статистическим данным, операция наложения высоких щипцов составляла в отношении всех щипцов от 3,5 (М. А. Петров-Маслаков) до 62,4% (Н. П. Львов). В отдельных учреждениях, правда, располагающих небольшим числом оперированных, наложение высоких щипцов не имело места (Б. Копалейшвили). Если в отчетах родовспомогательных учреждений конца XIX столетия высокие щипцы фигурировали довольно часто, то в дальнейшем они встречаются все реже и реже. Относительно неблагоприятные исходы операции наложения высоких щипцов для матери и особенно для плода заставляют современных акушеров прибегать к ним лишь в исключительных случаях.

Соответствие размеров таза роженицы и головки плода

В разделе о показаниях к операции уже было сказано, что в процессе развития учения об узком тазе вопрос о несоответствии таза и головки перешел из области показаний в область условий, необходимых для выполнения операции.

После работ Н. М. Максимовича, Г. И. Кораблева и А. Я. Крассовского в дальнейшем развитии клинического взгляда на узкий таз много внес Н. Н. Феноменов. Он писал: «Что касается условия под № 3, а именно, известной степени сужения таза, то оно также не имеет никакого значения при стоянии головки *zangenrecht*.

Если, как выше указано, такое стояние головки наблюдается обыкновенно в узкой части полости или в выходе нормального таза, то тем более это нужно сказать относительно узкого таза и как раз именно с таким характером сужения, о котором обыкновенно идет речь, то есть сужения в *coniug.* 8,0 сант. (плоский таз).

Это понятно. Если головка стоит *zangenrecht*, то очевидно, препятствие, предоставляющееся сужением в *coniug.*, осталось позади и для дальнейшего движения головки произвольно, или помощью извлечения щипцами, вполне безразлично, имеет ли *coniug.* данного таза 8 или 11 сантиметров».

Н. Н. Феноменов тесно связал вопрос о несоответствии с высотой стояния головки. Он допускал наложение щипцов и при высоком расположении головки, если

она вполне или почти вполне закончила конфигурацию и к операции есть серьезные показания со стороны роженицы или плода. Такую операцию он считал атипичной, трудной и опасной, но все же допустимой, если ее производит опытный акушер в клинической обстановке.

Однако иногда акушер оказывается в более затруднительном положении, когда головка еще не закончила конфигурацию, несоответствие между ней и тазом еще в какой-то мере существует, но есть серьезные основания для родоразрешения. Н. Н. Феноменов полагал, что при таких условиях операция наложения щипцов недопустима и должен быть избран иной способ родоразрешения.

Переход от анатомической оценки узкого таза к клинической как несоответствия таза и головки утвердился не сразу. Так, современники Н. Н. Феноменова — Н. В. Ястребов и Н. Ф. Толочин — писали, что условием для операции наложения щипцов должно быть отсутствие узкого таза. Нижней границей, допускающей операцию, первый назвал 7—8 см, второй — 7,5 см.

Даже в последнее время некоторые авторы, стоящие на клинических позициях, не оставляют полностью анатомических норм. Так, М. С. Малиновский говорит о границе *coniugata vera*, равной 8—8,5 см, как условии, допускающей операцию.

К. К. Скробанский и М. Л. Выдрин, не называя размеров, писали о нормальном тазе как условии для операции.

С другой стороны, некоторые акушеры отошли от устаревшей формулировки этого условия операции. Так, по мнению Г. Г. Гентера, нельзя накладывать щипцы, если таз имеет слишком малые размеры и головка не может родиться через тазовый канал, а также, если при операции придется преодолевать препятствия со стороны костного таза.

В. С. Груздев считал, что вводить в число условий, необходимых для операции, известную величину конъюгаты излишне, так как возможность для головки пройти в щипцах через тазовое кольцо достаточно определяется ее поступательным движением через верхние отделы таза и положением ее перед наложением щипцов.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин вообще не упоминают узкий таз в числе условий для операции. Они заменяют это условием: не должно быть несоответствия

между тазом и головкой и добавляют, что базироваться лишь на голых размерах таза и головки было бы механистично и целиком неправильно. Необходимо принимать во внимание и плотность костей головки, ширину швов, способность головки к конфигурации, а с другой стороны, физическое развитие роженицы, ее общее состояние, силу схваток и потуг, наклонение таза и ряд других моментов. Если несоответствие ликвидировалось и головка миновала суженное место таза, то щипцы могут быть наложены при появлении показаний к операции со стороны роженицы и плода.

Путь от анатомических воззрений к клиническим, общая формулировка условий для операции основывались на огромном числе работ, анализировавших роды при узком тазе. В некоторых работах, преимущественно старых, авторы исходили из анатомической характеристики таза. В последнее время появляются уже клинические исследования, где вместо узкого таза берется за основу в подборе материала признак несоответствия таза и головки.

Так, Г. М. Шполянский и В. Н. Александровский (1936) в обзорной работе об операции наложения щипцов по клинике Г. Г. Гентера ясно разграничивали операцию при узком тазе и при несоответствии таза и головки. Узкий таз среди 356 операций наложения щипцов имел место у 23% рожениц. Но, рассматривая операцию с точки зрения наличия несоответствия, они отмечают, что процент этой патологии при операции наложения высоких щипцов наблюдался чаще, чем узкий таз. Из 46 операций наложения высоких щипцов несоответствие таза и головки имело место у 31 роженицы (67,3%). Операция производилась, конечно, не по поводу несоответствия, а невзирая на него, в связи с появлением других серьезных показаний к родоразрешению. Несответствие таза и головки является противопоказанием к операции, однако на практике это условие иногда не учитывалось.

Е. Я. Каялова (1949) четко разграничивает понятия узкого таза и несоответствия таза и головки. Она указывает, что среди рожениц, имевших нормальный таз, нередко можно наблюдать несоответствие его с головкой.

Р. И. Калганова (1953) определяет частоту клинически узкого таза в 1,5% по отношению к общему числу

родов. Полостные и выходные щипцы по показаниям с стороны матери или плода применялись в 15,4%.

Как было уже сказано, операция наложения щипцов всеми признается допустимой при условии, если головка прошла суженное место или, точнее, если конфигурация головки применительно размерам и форме таза закончена. Несоответствия теперь уже нет и если есть какие-либо общие показания к извлечению плода, то это может быть сделано с помощью щипцов.

Для лучшего понимания современного состояния вопроса о наложении щипцов при узком тазе следует в самых кратких чертах коснуться исторических данных.

Во второй половине XVIII века операция наложения щипцов получила в России уже широкое распространение. В терапии узкого таза определенное место занимала операция высоких щипцов, которые рассматривались как инструмент, сжимающий головку. Обоснование высоких щипцов как лечебной операции при узком тазе принадлежит Боделоку (Baudeloque) и поддерживалось большинством акушеров Западной Европы. Об отношении отечественных акушеров к этому вопросу уже говорилось выше при рассмотрении назначения и действия щипцов.

Наряду с операцией наложения щипцов, в терапии узкого таза применялось искусственное возбуждение преждевременных родов и эмбриотомия. Кесарево сечение почти никогда не производилось ввиду огромной материнской смертности. Симфизотомия, известная еще в 1777 г., распространения не получила.

В 1821 г. Лашапель (Lachapelle) во Франции, в 1830 г. Озиандер (Osiander) в Германии, в 1847 г. Симпсон (Simpson) в Англии высказались за теорию «клины», согласно которой последующая головка легче проходит через суженное место таза. Начали применять профилактический поворот, который в последующем нашел сторонников в лице крупнейших представителей акушеров Западной Европы [Ритген (Ritgen), Зибольд (Siebold), Негеле (Naegele), Сканцони (Scanzoni), Шредер (Schroeder), Фейт (Veit), Литцман (Litzmann) и др.].

Русские акушеры отнеслись к профилактическому повороту плода очень сдержанно. А. Я. Крассовский и Н. Н. Феноменов дали обоснованную критику профилак-

тического поворота. В 90-х годах прошлого столетия эта операция была окончательно отвергнута и перестала применяться в акушерской практике. Этому в значительной мере способствовали работы В. М. Михайлова и К. Ф. Мацевского, А. Г. Дмитриева, А. Ф. Пальмова, Д. Д. Попова, С. С. Холмогорова, К. А. Липского, Н. В. Ястребова, С. Х. Фихтнера, В. Л. Якобсона и др.

Искусственное возбуждение преждевременных родов никогда не применялось так часто, как поворот, но и сохранилось дольше в акушерской практике. А. Я. Красовский и Н. Н. Феноменов считали искусственное возбуждение преждевременных родов вполне допустимым в терапии при узком тазе, особенно у повторнородящих с плохим акушерским анамнезом при общесуженном тазе. Этой же точки зрения придерживаются Н. И. Побединский, С. С. Холмогоров, Д. Д. Попов, Г. Л. Давыдов; позднее не исключили ее из практики А. Ф. Пальмов, В. С. Груздев, М. С. Малиновский, Н. З. Иванов, Г. Я. Арешев.

До 1900 г. активность в терапии при узком тазе была весьма значительной. Родоразрешающие операции составляли в среднем 30%, а высокие щипцы — около 18% по отношению ко всем операциям наложения щипцов. Выжидательное ведение родов при узком тазе (если роды не происходили самопроизвольно) могло привести лишь к операции наложения щипцов, в том числе и высоких, или краниотомии.

Кесарево сечение в тот период не имело преимуществ перед указанными способами родоразрешения. Широко практиковались так называемые «пробные роды» у первородящих, где выжидание доводилось до крайних пределов.

Все это следует иметь в виду, когда изучаются работы того времени. Их нельзя оторвать от тех условий, той обстановки и тех возможностей, которые существовали в тот период развития акушерства. Механическое перенесение выводов многочисленных работ и высказываний крупнейших представителей акушерства того времени в современность без учета изменившейся обстановки было бы совершенно неправильным.

80-е годы прошлого столетия ознаменовались введением в акушерство антисептики и асептики, что повело

к резкому улучшению исхода родов вообще и оперативных в частности.

Введение шва на матку при кесаревом сечении, разработка техники этой операции повели к тому, что она стала применяться значительно чаще. По данным В. М. Михайлова, за 50 лет (1840—1890) в России было произведено всего 42 операции кесарева сечения на 238 127 родов, или 0,017%. До 1883 г. смертность при кесаревом сечении в России, по данным Р. А. Чертока, составляла 81%. С 1891 по 1900 г. число опубликованных операций достигает 125, а смертность падает до 16,7%. С 1900 по 1924 г. по сводной статистике произведено 803 операции, смертность при которых составила уже 7%.

Рост числа операций кесарева сечения с благоприятным исходом не мог не отразиться на применении операции наложения высоких щипцов. Вместо последних всё чаще стали производить кесарево сечение.

Выжидательный метод ведения родов при несоответствии таза и головки, утвердившийся к этому времени в русском акушерстве, располагал теперь, помимо операции наложения высоких щипцов и краниотомии, также кесаревым сечением. Встал вопрос о месте каждой из этих операций при несоответствии таза и головки, чему были посвящены работы А. Г. Дмитриева, С. Т. Виридарского, С. С. Холмогорова, В. А. Столыпинского, Грекова, С. Х. Фихтнера, Л. В. Ульяновского, П. Х. Хажинского, С. В. Сазонова и др.

В 1912 г. по вопросу о терапии родов при узком тазе была опубликована работа Д. Д. Полова. Автор рекомендовал не увлекаться первыми успехами операции кесарева сечения. Вместе с тем он предвидел новые успехи хирургического лечения и тесно связывал их с развитием родовспоможения, квалифицированной врачебной помощи населению.

А. Ф. Пальмов в ряде своих работ, опубликованных в период с 1912 по 1925 г., основанных на материалах крупнейшего родовспомогательного учреждения, показал дальнейшее развитие учения о ведении родов при узком тазе как до Великой Октябрьской социалистической революции, так и после нее, когда акушерская помощь встала на путь государственного дела с широкой сетью

учреждений, квалифицированной врачебной помощью всему населению.

А. Ф. Пальмов в 1914 г. указывал, что увлечение операцией наложения высоких щипцов дало в то время большое снижение числа краниотомий. Он считал, что профилактические операции отошли в прошлое и выжидательный метод является лучшим. Вместе с тем нет достаточных оснований утверждать, что пубитомия или кесарево сечение могут окончательно вытеснить операцию наложения высоких щипцов из числа акушерских операций.

Спустя 10 лет в своих работах А. Ф. Пальмов уже более строго отнесся к операции наложения высоких щипцов. Хотя эта операция давала неплохой исход для матери, но в то же время в 30—40% она вела к гибели детей. Поэтому следовало несколько расширить показания к кесаревому сечению и от крайнего выжидания перейти к умеренному.

Наконец, уже в 1947 г. А. Ф. Пальмов выдвинул четыре положения:

- 1) отказ от профилактического образа действий (искусственные преждевременные роды и профилактический поворот);

- 2) отказ от крайнего выжидания с его основной операцией высоких щипцов;

- 3) замена профилактических операций и высоких щипцов кесаревым сечением;

- 4) замена крайнего выжидания умеренным.

Работы А. Ф. Пальмова, проведенные на очень большом клиническом материале и охватившие несколько десятилетий развития отечественного акушерства, представляют большой интерес для понимания современного состояния вопроса о месте операции наложения щипцов в терапии при узком тазе.

Большое значение в этом же отношении имели работы VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов в 1928 г. В. Я. Илькевич, М. Ф. Леви и С. А. Селицкий представили сводный материал операции кесарева сечения по Москве за 1921—1927 гг. Частота операции достигла в 1927 г. 0,44% по отношению ко всем родам. Среди показаний к кесареву сечению на первом месте стоял узкий таз — 57%. Авторы пришли к заключению, что кесарево сечение является еще рискованным вмешатель-

ством для матери и не всегда спасает жизнь плода. Поэтому производить его следует с определенными ограничениями, не вторгаясь в физиологическое течение родов и не стремясь заменить акушерство хирургией. Необходимо ограничить применение кесарева сечения по поводу узкого таза при относительных показаниях у первородящих, особенно в молодом возрасте, не отказываясь от взгляда на первые роды как «пробные».

VIII съезд акушеров и гинекологов еще раз продемонстрировал самобытный путь развития отечественного акушерства. На съезде получили решительное осуждение взгляды М. Гирша (M. Hirsch), полагавшего, что рациональная, современная акушерская помощь должна основываться на отказе от всех родоразрешающих операций в пользу кесарева сечения.

Этих взглядов в то время широко придерживались акушеры за рубежом. Так, в США в штате Массачусетс в 1922 г. было одно кесарево сечение на 78 родов, а в 1926 г. — одно на 46 родов; в John's Hopkins Hospital за 1896—1924 гг. — одно кесарево сечение на 48 родов; в Lying Hospital в 1914—1925 гг. — одно на 53 родов; в некоторых учреждениях одно кесарево сечение приходилось на 20 и даже 6 родов (В. Я. Илькевич и др.).

Еще большее внимание ведению родов при несоответствии таза и головки было уделено на IX Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1935 г., где этот вопрос являлся программным.

Основной доклад был сделан К. К. Скробанским. Он считал, что выжидательный метод является лучшим. Высокие щипцы следует исключить, особенно в условиях внебольничного родоразрешения, так как они могут повести к тяжелым последствиям. В последующих докладах Б. А. Архангельского, А. Ф. Пальмова и др. подчеркивалось преимущество выжидательного метода.

IX Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов указал:

«Съезд считает, что наложение высоких щипцов по другим показаниям при узком тазе есть *operatio necessitatis* и может быть допущено лишь в клинике или в соответствующей больничной обстановке при наличии опытного врача-акушера в тех случаях, когда высокие щипцы являются единственным выходом из положения и когда без них оставалось бы только перфорировать головку живого плода.

При этом съезд считает наложение щипцов на подвижностоящую над входом в таз головку недопустимым».

За последнее время в акушерской практике применяются антибиотики. Пока еще нет достаточных данных для заключения о том, в какой мере профилактическое и лечебное их применение отразилось на исходах кесарева сечения, но можно и сейчас сказать, что если антибиотики окажутся полезными для предупреждения и лечения инфекций при кесаревом сечении, то они не в меньшей мере будут полезны и при операции наложения щипцов.

Средняя величина головки

Это условие некоторые акушеры формулируют несколько иначе: головка плода не должна быть слишком велика или слишком мала.

Чрезмерную величину головки можно рассматривать двояко, а именно: 1) головка велика в отношении данного таза, 2) головка велика по отношению к средним (обычным) размерам ее. Первое было рассмотрено в разделе о несоответствии таза и головки. Что же касается второго, то здесь практически речь может идти или о чрезмерно большом плоде и тогда создается несоответствие головки и таза (если нет при большом плоде обширного таза), или о каком-то патологическом состоянии головки, — чаще всего гидроцефалии. Последняя всегда и всеми считалась противопоказанием к наложению щипцов.

Чрезмерно малая головка может быть при недоношенном плоде или при уродстве типа анэнцефалии.

Недоношенный плод нельзя рассматривать как обреченный, нежизнеспособный. Наложение щипцов с общепотребительной головной кривизной возможно при весе плода не менее 2 000—1 500 г. Головку плода меньшего объема нельзя прочно захватить ложками щипцов обычных размеров. Поэтому следует осуществить предложение Н. А. Цовьянова, заключающееся в том, что, наряду с обычными, надо иметь щипцы с меньшими размерами головной кривизны, которые позволяют хорошо захватить головку и при недоношенном плоде.

Если головка мала вследствие уродства, то щипцы так же неуместны, как и при гидроцефалии.

Типичное вставление головки

подавляющее большинство акушеров считает, что щипцы используются для извлечения плода, и поэтому применять их с целью изменения положения головки не следует.

Встает вопрос о том, можно ли накладывать щипцы с целью извлечения плода при необычном вставлении головки, если к тому появились какие-либо показания. Другими словами, соблюдены ли условия безвредности операции, если вставление головки происходит необычным образом.

К. Н. Жмакин, И. И. Яковлев, Л. Гусаков, Г. М. Шполянский, А. Э. Мандельштам считали наложение щипцов допустимым при высоком прямом стоянии и вставлении головки, если есть какие-либо показания к родоразрешению. Поскольку провести головку через вход в таз при таком ее положении крайне трудно или даже невозможно, щипцы используют с целью вращения, а затем уже извлечения головки.

Б. А. Архангельский полагал, что при высоком прямом вставлении головки нет условий для применения щипцов с целью изменения ее положения даже при появлении показаний к родоразрешению.

Низкое поперечное стояние головки допускает наложение щипцов, если есть другие серьезные показания к завершению родов. Н. Н. Феноменов подчеркивал атипичность и трудность такой операции, и полагал, что она если и допустима, то только при наличии серьезных показаний к родоразрешению.

Теменное (передне-головное)¹ вставление не является противопоказанием к наложению щипцов. Операцию при этом виде вставления описывают М. А. Колосов, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, И. И. Яковлев и К. Н. Жмакин. Последний считает операцию допустимой только при затылке, обращенном кзади, и при наличии строгих показаний.

¹ Мы полагаем, что правильнее говорить о теменном, а не о передне-головном вставлении головки. Это диктуется аналогией с терминами: затылочное, лобное, лицевое вставление, указывающими на то, какая анатомическая область головки вставляется во вход в таз и следует первой по родовому каналу.

Лобное вставление, как известно, создает крайне неблагоприятные пространственные соотношения между головкой и тазом. Общая смертность детей достигает, по И. И. Яковлеву, 31,5%. Все авторы подчеркивают трудность операции. М. С. Малиновский и Б. А. Архангельский считают операцию при лобном вставлении головки недопустимой.

Лицевое вставление головки более благоприятно, чем лобное. Наложение щипцов допустимо при подбородке, обращенном кпереди или почти кпереди, хотя техника операции нелегка и при таком положении головки. Г. Г. Гентер исключает возможность операции, если головка не опустилась в полость таза. Почти все акушеры полагают, что наложение щипцов недопустимо, если подбородок обращен кзади.

При поперечном положении лицевой линии наложение щипцов становится еще более трудным. А. Я. Красовский советовал не накладывать их, если в этом нет крайней необходимости. Н. З. Иванов считал, что от такой операции следует по возможности воздерживаться.

С. С. Холмогоров в 1902 г. описал 156 родов в лицевом предлежании; в 12 из них по различным показаниям были наложены щипцы; в 4 — пришлось от щипцов перейти к краниотомии.

Внеосевые вставления головки наблюдаются, как правило, во входе в таз при несоответствии ее с тазом, а следовательно, относятся к высоким щипцам. Л. А. Кривский, изучив большое количество родов, пришел к выводу о необходимости очень осторожно относиться к такой операции и производить ее только при наличии серьезных показаний. Исправлять положение головки не следует, а надо только извлекать. Большое значение имеет не внеосевое вставление само по себе, а степень его выраженности. Чем больше склонена головка, тем труднее и опаснее операция.

В. А. Бржезинский не считал внеосевые вставления условием, служащим противопоказанием к операции. Он полагал, что, пользуясь прямыми щипцами, можно исправить положение головки, применяя особую технику.

Позднее, с появлением щипцов Килланда, Г. М. Шполянский вернулся к этому вопросу и опубликовал 7 случаев операций наложения высоких щипцов при резко

выраженном переднем и заднем внеосевом вставлении головки.

М. С. Малиновский полагал, что при выраженном задне-теменном вставлении щипцы накладывать не следует.

Крайнюю точку зрения высказал Н. В. Ястребов еще в 1894 г. Он считал, что, пользуясь прямыми щипцами, можно оперировать при любом положении головки и при нахождении ее в любом отделе таза.

Достаточное открытие наружного зева шейки матки

Это условие всеми акушерами считается необходимым для благоприятного исхода операции. Оно наиболее совершенно в тех случаях, когда имеется полное открытие наружного зева и края его всюду отошли за головку.

Образ действия акушера при неполном раскрытии наружного зева решается степенью растяжимости его краев. Если они трудно растяжимы, необходимо произвести подготовительную операцию — сделать на шейке неглубокие разрезы. Необходимо сделать не менее 3—4 разрезов, не ограничиваясь двумя разрезами по бокам. Множественные неглубокие разрезы реже превращаются в большие разрывы.

По данным В. В. Белоруссова, из 796 оперированных у 13% было неполное открытие наружного зева. Повреждения шейки у оперированных с неполным открытием ее имели место в 16,4%; из них разрывы до свода или почти до свода наблюдались в 12,5%.

По Р. А. Гагенторн, наложение высоких щипцов при неполном открытии зева имело место в 19% всех случаев этой операции, по В. А. Столыпинскому, — 21—24%.

Надо заметить, что операция при не вполне раскрытой и не отошедшей за головку шейке весьма опасна даже при хорошей ее растяжимости и даже после предварительных разрезов. Опасность больших разрывов шейки в таких случаях довольно велика и только очень серьезные показания могут позволить опытному акушеру, в виде исключения, все же прибегнуть к операции.

Среди русских акушеров получили отрицательную оценку так называемые «внутриматочные щипцы», предложенные в 1913 г. Нейвиртом (Neuwirth). Эти

щипцы, по его мнению, можно накладывать при нераскрытом зеве, когда они служат, помимо прочего, еще как бы метрейринтером. Применение таких щипцов ведет к тяжелым повреждениям шейки матки.

Разорванный плодный пузырь

Наличие этого условия совершенно необходимо. Однако понятно, что при целом плодном пузыре очень легко произвести искусственный инструментальный или пальцевой разрыв оболочек с отведением их за головку. При влагалищном исследовании перед операцией акушер должен точно определить, цел или вскрыт плодный пузырь. Плоский пузырь вплотную прилежит к головке и затрудняет решение вопроса. В сомнительных случаях можно прибегнуть к исследованию с помощью зеркал.

Живой плод

А. П. Губарев, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, А. И. Крупский и К. Н. Жмакин, П. А. Белошапко, И. И. Яковлев, В. С. Груздев, писали о том, что щипцы не следует накладывать при мертвом плоде. Впрочем, В. С. Груздев указывал, что иногда мертвый плод проще извлечь щипцами, чем перфорировать и извлекать его краниокластом.

Разумеется, если предвидятся трудности или опасность операции наложения щипцов при наличии мертвого плода, то менее травмирующей операцией, хотя и несколько более длительной, будет краниотомия. Наоборот, если операция наложения щипцов заведомо не представляет опасности, нам кажется, не будет ошибкой применить операцию наложения щипцов вместо краниотомии, невзирая на мертвый плод, особенно в тех случаях, когда необходимо быстро закончить роды. Никогда не следует накладывать щипцы при мертвом мацерированном плоде, так как кости черепа теряют обычную плотность и инструмент легко может соскользнуть.

VI

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Вопросы техники операции наложения щипцов следует разделить на общие и специальные. К первым относятся те правила и требования, которые должны выполняться при каждом наложении щипцов. Ко вторым относятся те специальные приемы, которые необходимо знать и выполнять при каждой отдельной разновидности операции.

Большое значение для правильного выполнения операции и исхода ее имеет и подготовка к производству операции.

Переходя к изложению всех указанных вопросов, мы будем иметь в виду, что акушер пользуется наиболее употребительным инструментом — щипцами Симпсон-Феноменова. Отдельно будет описана техника операции при пользовании прямыми щипцами.

А. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Подготовка инструментов. Инструменты, необходимые для операции, подготавливают или путем кипячения в воде с добавлением двууглекислого натрия, или путем стерилизации в автоклаве.

Лучше иметь всегда наготове заранее простерилизованные в автоклаве инструменты, завернутые в две пленки. Это позволяет немедленно приступить к срочной операции. Кроме того, холодные щипцы дают возможность проявить динамическое действие, отрицать которое нет оснований.

Опорожнение прямой кишки и мочевого пузыря. Если операцию производят в срочном порядке, то нет надобности терять время на очищение кишечника. Если такой срочности нет, то ставят клизму и затем после действия

кишечника наружные половые органы тщательно подмывают.

Совершенно необходимым является опорожнение мочевого пузыря непосредственно перед операцией во избежание возможной травматизации его. Лучше всего опорожнить мочевой пузырь мужским металлическим или резиновым катетером. Иногда катетеризация бывает затруднена ввиду прижатия мочеиспускательного канала головкой плода. В таком случае необходимо ввести два пальца глубоко во влагалище, располагая их между головкой и передней стенкой влагалища, и оттеснить головку кзади — вглубь крестцовой впадины, что обеспечит свободное введение катетера.

Положение роженицы. Подавляющее большинство акушеров считает, что во время операции роженице следует придавать положение лежа на спине с ногами, согнутыми в коленных суставах. Однако отдельные акушеры оперировали в положении на боку, но оно оказалось настолько неудобным для оперирующего, что уже А. Я. Крассовский и Н. Н. Феноменов отказались оперировать в таком положении.

Н. А. Цовьянов рекомендует придавать роженице полусидячее положение, при котором, по его мнению, уменьшается наклонение таза, ось плода и таза больше совпадает друг с другом. Наоборот, при положении Вальхера это соотношение осей резко нарушается, а увеличение прямого размера входа в таз сомнительно.

А. Ф. Пальмов, много занимавшийся изучением вопроса о высоких щипцах, считал, что положение Вальхера во время операции не приносит пользы. Однако некоторые акушеры (П. Х. Хажинский и Ф. Г. Правосуд), наоборот, придавали положительное значение такому положению роженицы при высоких щипцах.

М. С. Малиновский советует испытать положение Вальхера, хотя и не утверждает, что оно имеет большое значение.

В настоящее время в родовспомогательных учреждениях СССР для придания роженице правильного положения пользуются особой кроватью, носящей имя московского акушера А. Н. Рахманова. Она проста по устройству, удобна для ведения родов и дает возможность быстро превратить ее в случае необходимости в операционный стол.

Подготовка рук акушера и помощников. Эта подготовка ничем не отличается от методики, принятой в хирургической практике. За последние годы акушеры все шире применяют мытье рук по способу Сласокукоцкого. Этот способ требует меньше времени, что особенно важно для операции наложения щипцов, которая довольно часто производится в неотложном порядке.

Употребление резиновых и других видов перчаток не привилось в оперативном акушерстве так широко, как в хирургической практике. Перчатки значительно притупляют чувство осязания, которое необходимо при наложении щипцов.

Подготовка операционного поля. А. Я. Крассовский в 1873 г. в Санкт-Петербургском родовспомогательном заведении первый в России начал применять антисептические средства в акушерстве. В результате введения антисептики материнская смертность в этом учреждении в 1882 г. снизилась до 1,1%, а к 1887 г. достигла 0,18% против 6,1% в доантисептический период.

Н. Н. Феноменов впервые ввел в акушерскую практику асептику. Он предостерегал от употребления ядовитых антисептических средств и считал возможным производить подготовку влагалища только в случаях, внушающих сомнение в смысле инфекции.

Д. О. Отт советовал тщательно мыть влагалище с мылом и мочалкой с последующей обработкой спиртом и настойкой йода.

В. С. Груздев полагал, что влагалище следует мыть водой с мылом и протирать стерильной ватой.

Позднее Г. Г. Гентер считал ненужным и даже опасным механическое очищение родовых путей, слизистая оболочка которых легко при этом травмируется. По его мнению, можно ограничиться одним спринцеванием, и то лишь при гнойных выделениях. Такой способ подготовки родовых путей принят сейчас в большинстве родовспомогательных учреждений.

Волосы на лобке и в окружности его должны быть сбриты. Наружные половые органы, лобок, верхнюю треть внутренней поверхности бедер и промежность моют водой с мылом и обрабатывают спиртом и 5% настойкой йода. Операционное поле отгораживают стерильным бельем, закрывая им живот и бедра. На ноги надевают стерильные чулки. Необходимо закрыть и anus. Для

этой цели удобно пользоваться сложенной в несколько слоев марлей, которая приклеивается к коже коллодием или клеолом. Край марлевой наклейки не следует закреплять близ задней спайки, так как это затрудняет наблюдение за состоянием промежности.

Влагалищное исследование непосредственно перед операцией. Нередко 2—3 схватки или потуги резко меняют положение головки, поэтому непосредственно перед наложением щипцов следует произвести тщательное влагалищное исследование.

Лучше исследовать полурукой, т. е. четырьмя пальцами (кроме большого), как советовал Н. Н. Феноменов. М. С. Малиновский считает, что в неясных случаях не следует останавливаться перед исследованием даже всей рукой.

По окончании исследования у акушера должно быть совершенно ясное представление о положении головки в родовом канале и о ее свойствах (плотность ее костей, ширина швов и родничков, степень конфигурации, наличие родовой опухоли), а также о состоянии родовых путей. Определение положения головки в родовом канале может быть затруднено при сильно выраженной конфигурации или при большой родовой опухоли. В таких случаях следует проводить исследующую руку все выше и выше по головке, пока не будет достигнуто и ошупано ухо плода. Это легко удастся сделать, если вводить полуруку сбоку-сзади, со стороны крестцовой впадины. Исследование можно произвести под наркозом, который, как правило, дают при операции.

Здесь надо добавить, что определение уха плода важно еще потому, что оно расположено в плоскости наибольшей окружности головки. Таким образом, найдя ухо и сопоставив его положение со стенкой таза, можно судить точно о том, в какой плоскости расположена наибольшая окружность головки. В нашей практической работе мы производим исследование полурукой или всей рукой и доводим ее до уха плода, а иногда и выше. Такое исследование всегда может и должно быть выполнено, разумеется, со всей осторожностью. Для облегчения введения руки она может быть смазана стерильным маслом или жиром. Мы никогда не раскаивались в подобном исследовании и ни один раз были свидетелями больших или меньших ошибок и затруднений при выпол-

нении операции, когда акушер исследовал только двумя пальцами.

Обезболивание. Еще А. Я. Крассовский уделял большое внимание вопросам обезболивания при акушерских операциях. По его данным, Н. И. Пирогов в 1847 г. первый применил эфирный наркоз при наложении щипцов. А. Я. Крассовский представил подробные данные о наркозе эфиром, хлороформом, закисью азота, бромистым этилом и о местном обезболивании кокаином. Он отдавал предпочтение хлороформу и советовал применять его не только при операциях, но и с целью обезболивания нормальных родов.

Н. Н. Феноменов и Н. И. Побединский считали наркоз необходимым при операциях. Изю всех средств обезболивания они также предпочитали хлороформ. Операция без наркоза может производиться только в силу какой-либо особой необходимости. Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, М. С. Малиновский советуют давать наркоз, если нет общих противопоказаний к нему. По мнению А. П. Губарева, наркоз при наложении щипцов желательно применять, но не обязательно. В. С. Груздев и М. Л. Выдрин полагали, что при легкой операции можно обойтись и без наркоза.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин советуют давать наркоз при введении ложек, но, как только переходят к извлечению плода, маску снимают, чтобы появились потуги, и опять возобновляют наркоз при прорезывании головки.

Таким образом, вопрос о наркозе как будто был решен в положительном смысле. Однако в последние годы противником применения наркоза выступил Н. А. Цювьянов.

Он приводит несколько доводов против наркоза: 1) не давая наркоза, акушер затрачивает меньше силы на извлечение плода; роженица тужится, дополняя действие щипцов, в результате чего она и плод меньше травмируются; 2) при потуге головка делает некоторое поступательное движение, которое влечет за собой движение рукояток щипцов; акушер получает представление, в каком направлении движется головка, и тем самым уточняет направление влечений; 3) наркоз переходит к плоду; это особенно опасно тогда, когда плод уже травмирован родами и находится в состоянии асфиксии;

4) после операции под наркозом чаще наблюдается послеродовая атония матки и кровотечение; 5) болезненность операции очень невелика и, если умело успокоить роженицу перед операцией и разъяснить ей преимущества операции без наркоза, то, как правило, она хорошо ее переносит; 6) общение с роженицей во время операции создает условия для согласованных действий роженицы и акушера и регулирования родовой деятельности соответственно с встретившимися особенностями родов.

Несомненно, доводы Н. А. Цовьянова основательны. Сторонники применения наркоза во время операции могут противопоставить им отсутствие при этом болезненности и расслабление тазового дна, что, по их мнению, облегчает извлечение головки.

Наши наблюдения позволяют считать, что если роженица не очень впечатлительна и боязлива и если предвидится нетрудное извлечение, то наркоз можно и не давать.

Очень много зависит от того, в какой обстановке производится операция. Во время операции акушер и его помощники должны быть спокойными, громко не разговаривать, не употреблять устрашающих роженицу слов (щипцы, резать, кровотечение, кислород, сердечные средства и т. д.). Инструменты не следует раскладывать на виду у роженицы, так как это травмирует ее психику.

Создание щадящей обстановки позволяло нам безболезненно накладывать полостные щипцы, даже у первородящих так, что об операции родильница узнавала, когда ей об этом сообщали после извлечения плода.

Возможно, что широкое и правильное применение местной анестезии позволит производить операцию наложения щипцов безболезненно при активном участии самой роженицы. Тем самым будут устранены отрицательные свойства наркоза и достигнуты положительные свойства обезболивания.

Б. С. Пойзнер (1939) предложил производить местную инфильтрационную анестезию всех участков наиболее выраженной и постоянной болезненности (нижней части передней брюшной стенки, области крестца и поясничного ромба, лобка, промежности, больших и малых половых губ и паравагинальной клетчатки). Обезболивание производилось 0,5% раствором новокаина с добавлением адреналина в разведении 1 : 1 000 по 5 капель на

100 мл раствора. Такая методика анестезии очень сложна, требует много времени и не нашла применения.

О возможности применения пудендальной анестезии при операции писали М. С. Малиновский и Е. И. Квартер, А. И. Крупский и Ф. И. Рабинович-Бродская.

Б. Л. Ахтеров (1946) сообщил о своих работах по пудендальной анестезии в акушерстве, которую он применил при 11 операциях, из которых в 7 была операция наложения выходных щипцов и в 4 — полостных. У всех рожениц было достигнуто полное обезболивание. У 8 рожениц образовались разрывы промежности.

С. С. Шахпаронян (1954) произвел 25 операций наложения щипцов под местной анестезией. Техника операции следующая: игла вкалывалась на 0,5—1 см кнутри от седалищного бугра и проводилась до внутренней его поверхности, затем направление иглы менялось веерообразно, при этом вводилось 60 мл 0,5% раствора новокаина, затем игла выдвигалась и 50 мл раствора новокаина вводилось в толщу больших губ и латеральнее лобкового бугорка.

Б. ОБЩАЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Уже Н. М. Максимович подробно изложил все моменты операции. Он описал технику наложения щипцов с тазовой кривизной (рис. 32 и 33) и прямых.

Д. И. Левитский выделил раздел «Общие правила приложения щипцов», где довольно подробно описал порядок проведения операции.

Г. И. Кораблев разделял операцию на два момента: 1) внесение и наложение щипцов; 2) притяжение щипцов. Он подчеркивал важность тщательного влагалищного исследования перед операцией и советовал акушеру доводить руку до лба или нижней части лица плода. Располагать ложки, по мнению Г. И. Кораблева, необходимо всегда в поперечном размере таза, как бы ни стояла головка. В процессе извлечения плода следует наблюдать за поворотом и другими движениями головки, которым нельзя мешать.

А. П. Матвеев советовал располагать ложки применительно тазовой кривизне, т. е. в поперечном размере таза, но если такое размещение не удастся, то — в косом. Щипцами производят движения из стороны в сторону

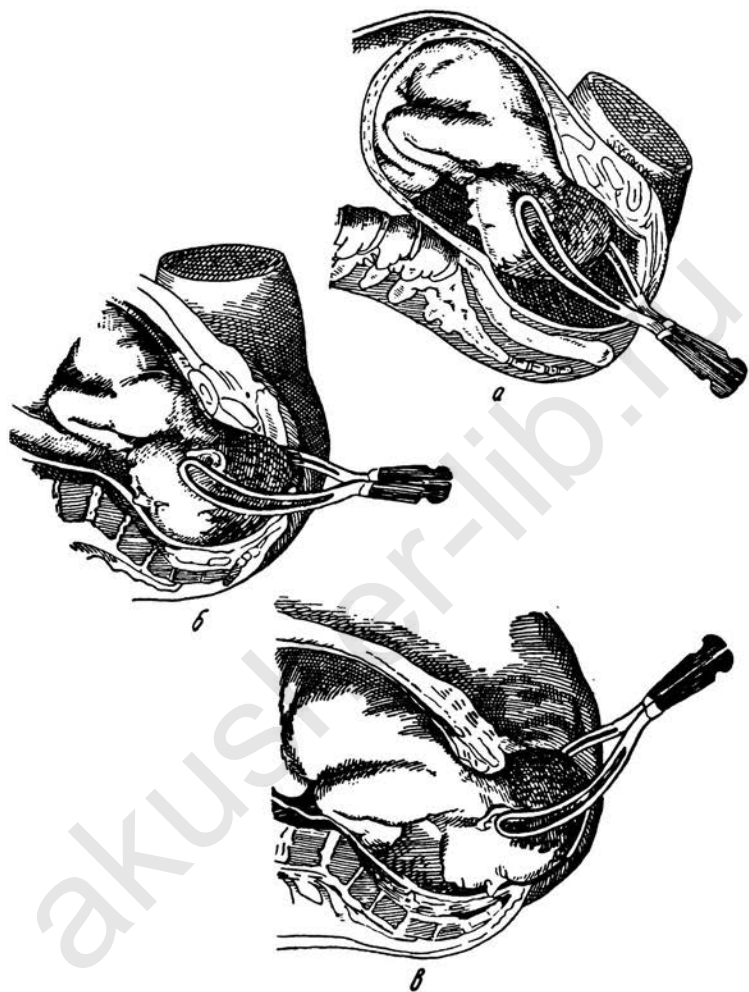


Рис. 32. Наложение высоких (а), полостных (б) и выходных (в) щипцов (по Н. М. Максимовичу).

или подъемообразные движения, что способствует продвижению головки. От 10 до 12 таких движений, в сочетании с потягиванием щипцов книзу, он назвал притяжением.

Общая техника операции наложения щипцов, разработанная А. Я. Крассовским и особенно Н. Н. Феноменовым, настолько продумана и обоснована, что в основных чертах она сохранилась и до настоящего времени.



Рис. 33. Наложение щипцов на последующую головку (по Н. М. Максимо-вичу).

А. Я. Крассовский и Н. Н. Феноменов разделяют всю операцию на четыре следующих друг за другом момента: 1) введение и размещение ложек; 2) замыкание щипцов; 3) извлечение головки плода; 4) снятие щипцов.

Помимо того, Н. Н. Феноменов разделял все виды операции на две группы: а) типичное наложение щипцов, когда стреловидный шов или лицевая линия совпадают или почти совпадают с прямым размером таза; б) атипичное наложение щипцов, когда стреловидный шов или лицевая линия расположены в одном из косых или поперечном размере таза.

Очевидно, в первом случае можно наложить щипцы в поперечном размере таза, захватив в поперечном же размере и головку. Во втором случае возможны два вида

размещения ложек; или они лягут в поперечном размере таза — тогда тазовая кривизна щипцов совпадает с кривизной проводной линии таза, но головка будет захвачена наискось; или они лягут на головку в ее поперечном размере, но тогда тазовая кривизна щипцов не совпадает с кривизной таза. Н. Н. Феноменов считал первое крайне нежелательным и советовал всегда располагать ложки на головке так, чтобы они ложились на поперечные ее размеры. При этом тазовая кривизна щипцов не будет совпадать с кривизной таза до тех пор, пока извлекаемая головка, по мере продвижения по родовым путям, сама не повернется и не установится стреловидным швом в прямом размере таза.

Это неудобство возникает только при пользовании щипцами, имеющими тазовую кривизну, на что указывал и Н. Н. Феноменов.

Н. Ф. Толочинов различал «наиболее обыкновенное наложение щипцов» и «наложение щипцов при не вполне нормальном состоянии или предлежании головки». Это подразделение соответствует типичному и атипичному наложению щипцов по Н. Н. Феноменову, которое было принято всеми авторами, за исключением Н. З. Иванова. По мнению Н. З. Иванова, наложить щипцы в поперечном размере таза можно без всякого вреда для исхода операции, не обращая при этом внимания на то, что головка стоит в косом размере.

Введение и размещение ложек. Введение ложек производят тотчас после влагалищного исследования, причем руку, производившую исследование, нет необходимости выводить из родовых путей.

Теперь эта рука становится рукой-проводником, под ее контролем и с ее помощью вводят и размещают ложку щипцов.

Для облегчения введения руки на достаточную высоту А. Я. Крассовский и Н. З. Иванов и другие советовали смазывать тыльную поверхность руки стерильным маслом.

Назначение руки-проводника очень ответственно и состоит в следующем:

а) защитить стенки родовых путей от повреждения их концом и ребрами вводимой ложки;

б) служить как бы рельсом, по которому движется ложка;

в) придать вводимой ложке то направление, которое соответствует положению головки в тазу, т. е. по периферии головки и одновременно по проводной линии таза;

г) если нет еще полного открытия, проследить, чтобы конец ложки не уперся в свод, а прошел бы под шейкой и лег на головку;

д) расположить ложки по оси головки — от затылка к нижней челюсти;

е) способствовать переводу ложки из одного размера таза в другой, если это потребуется перед началом или по ходу извлечения;

ж) следить, чтобы ложка не легла на пуповину и не прижала ее, если петля пуповины низко опущена.

Выполнение всех указанных задач возможно только в том случае, если рука введена достаточно глубоко. Этому мнения придерживаются почти все авторы. А. П. Губарев, Н. З. Иванов, А. И. Крупский, К. Н. Жмакин рекомендуют вводить руку при исследовании по крайней мере до уха. М. С. Малиновский советует при этом пройти выше теменных бугров, держа под контролем конец ложки. М. А. Колосов считает нужным достичь края шейки матки. Н. Н. Феноменов требовал, чтобы рука-проводник все время могла проверять, куда идет верхушка ложки, и соответственно этому определять глубину введения руки.

После размещения руки-проводника приступают к введению ложки.

Почти все акушеры советуют вводить сначала левую ложку, т. е. ту, которая предназначена для левой стороны таза. Левая ветвь на большинстве передекрещивающихся шипцов имеет замок. Последний может быть замкнут без затруднений только в том случае, если правую ветвь вводят после левой поверх нее. Возможен и обратный порядок введения ложек, но тогда придется перекрыть ветви перед замыканием, а это не всегда легко выполнимо и сопровождается обычно смещением введенной первой правой ложки.

Для того чтобы ввести ложку, ветвь шипцов должна быть захвачена за рукоятку. Существует три приема захвата: наподобие писчего пера, наподобие смычка и, наконец, всей рукой (рис. 34). Способ захватывания рукоятки не имеет большого значения, но вводить ложку следует осторожно, без всякого насилия. С этой целью Б. А. Архангельский рекомендовал лишь придерживать

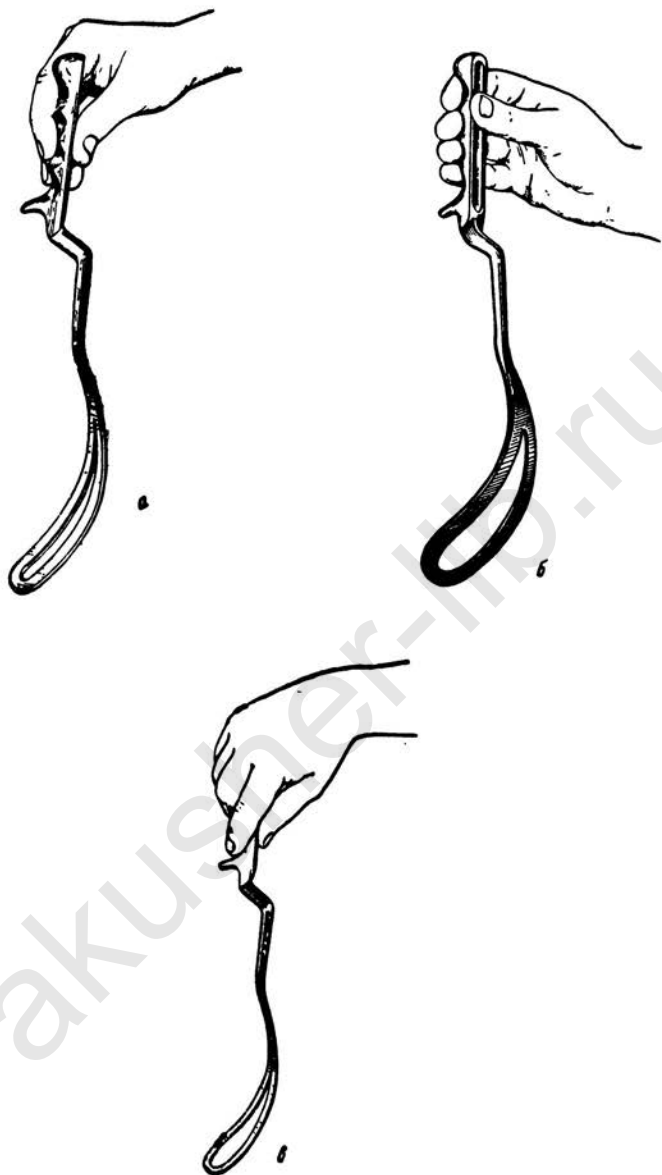


Рис. 34. Захватывание рукоятки.

а — как писчее перо; *б* — как смычок; *в* — всей рукой.

рукоятку, положив на конец ее палец, а все введение ложки производил только внутренней рукой (рис. 35). Прием Б. А. Архангельского не имеет большого практического значения, но автор еще раз подчеркнул, что при введении ложки нельзя применять силу.

Непосредственно перед введением ложки рукоятку располагают почти параллельно

противоположному пазуховому сгибу роженицы. Ложку прикладывают к ладонной поверхности руки-проводника, находящейся в родовых путях. Загнутая верхушка ложки обращена кпереди, к симфизу.

Теперь начинает действовать первый (большой) палец руки-проводника, оставшийся вне родовых путей. Его возможно больше отводят в сторону и на ладонную поверхность помещают заднее ребро ложки; попеременно приводя и отводя палец, сообщают ложке поступательное движение по родовым путям.

Рис. 35. Удерживание рукоятки при введении ложки по Б. А. Архангельскому.

Рукой, удерживающей рукоятку, ни в коем случае не следует проталкивать ложку в родовые пути. Она только поддерживает ветвь щипцов и слегка содействует поступательному движению ложки (рис. 36).

Как только вводимая во влагалище ложка достигает пальцев руки-проводника, она устанавливается задним своим ребром в желобок между двумя пальцами — на лучевой поверхности среднего или безымянного пальца. Этот желобок служит как бы рельсом, по которому скользит ребро ложки, проникающей все глубже в родовые пути (рис. 37). Ложка должна плотно прилегать к головке по всей поверхности, не отставая от нее ни своим концом, ни ребрами. Ложка плашмя скользит по поверх-

ности головки, огибая ее и находясь все время под контролем руки-проводника.

По мере введения ложки и скольжения ее по поверхности головки ветвь щипцов продельывает одновременно два движения: она углубляется в родовой канал, следуя по проводной линии таза, и вместе с тем описывает круговое движение на $45-60^\circ$, вследствие чего приближается все больше к средней линии и опускается кзади в сторону промежности.

Чем выше стоит головка в тазу, тем глубже вводят ложку, тем более опускают рукоятку щипцов кзади, в сторону промежности, чтобы тазовая кривизна щипцов соответствовала кривизне проводной линии таза. При введении ложки акушер должен совершенно отчетливо представлять себе путь, по которому она движется в родовых путях.



Рис. 36. Введение левой ложки щипцов¹.

Ложка должна быть размещена на головке в строго определенном положении. Н. Н. Феноменов писал, что щипцы непременно должны захватить наибольшую окружность головки, а именно: ложки должны лечь так, чтобы большие бугры теменных костей приходились в полости головной кривизны, а верхушки ложек лежали по сторонам нижней челюсти. Такое положение ложек будет достигнуто, если следить за тем, чтобы малый родничок приходился в плоскости расположения рукояток инструмента. Если малый родничок окажется ниже или выше плоскости расположения инструмента, то ложки при влечении могут соскользнуть.

¹ Для более ясного изображения на этом и части последующих рисунков операционное поле показано, не закрытым стерильным материалом.

Сказанное относится к затылочному вставлению головки и в переднем, и заднем виде (рис. 38).

При заднем виде лицевого вставления (затылок кзади, подбородок кпереди) также необходимо охватить головной кривизной надлежащую периферию головки, проходящую через большие бугры теменных костей, область уха и скулы (рис. 39).

Если выясняется, что ложка расположена не так, как следовало бы, то ее положение следует исправить. Для



этого, действуя рукой на ребро ложки, находящейся в родовых путях, осторожно смещают ее по головке в нужном направлении. Рука, удерживающая ветвь щипцов за рукоятку, способствует перемещению ложки легкими движениями, согласовывая их с действиями руки, находящейся в родовых путях.

После размещения первой ложки руку-проводник извлекают из родовых путей и введенную ветвь щипцов акушер передает помощнику. По-

Рис. 37. Положение ложки на руке-проводнике.

следний, стоя сбоку от акушера, держит ветвь щипцов за рукоятку, не смещая ее.

Введение и размещение второй ложки производится впереди (поверх левой). Ее вводят правой рукой в правую сторону таза под контролем левой руки—проводника, введенной в родовые пути.

Первая ложка, находящаяся уже в родовых путях, создает некоторые трудности и для введения руки-проводника, и для введения второй ложки, так как мешает свободным движениям акушера. Эти трудности он должен преодолеть спокойной, хотя и более медленной, работой.

При выполнении первого момента операции — введения и размещения ложек — могут встретиться некоторые затруднения, которые подробно описаны А. Я. Крассов-

ским и Н. Н. Феноменовым и др. Эти затруднения следующие:

1. Неясность положения головки. Это наблюдается при высоком стоянии ее и при большой родовой опухоли. В таком случае А. Я. Крассовский и Н. З. Иванов советовали накладывать щипцы в поперечном размере таза. Н. Н. Феноменов справедливо возражал против наложения щипцов, если не выяснено, где и в каком положении располагается головка в родовых путях.



Рис. 38. Расположение ложек на головке при затылочном вставлении головки.



Рис. 39. Расположение ложек при лицевом вставлении головки.

2. Препятствия общего характера, затрудняющие продвижение ложки. Эти препятствия чаще всего обусловлены плотным примыканием головки к стенкам родового канала. Чтобы предотвратить такое затруднение, А. Я. Крассовский считал нужным принять за правило: первой вводить ту ложку, при введении которой предвидится больше препятствий. Если пришлось вводить первой правую ложку, то ветви щипцов должны быть перекрещены перед замыканием. Однако большинство акушеров полагает, что такое отступление от правила введения ложек нецелесообразно. При наличии препятствий к продвижению ложек необходимо выяснить причину препятствия и спокойно, без насилия преодолеть его, исправив положение ложек. При неудаче следует извлечь и вновь наложить соответствующую ложку.

3. Препятствие для введения ложки со стороны ее верхушки. Препятствием может быть или складка слизистой влагалища, или же не вполне сгладившаяся и раскрытая шейка матки. То и другое препятствие наблюдается тогда, когда акушер пренебрег правилом вводить руку-проводник настолько глубоко, чтобы верхушка ложки была все время под контролем этой руки. Иногда препятствием служит асимметрия таза и головки. В таких случаях препятствие следует обойти, вводя ложку уже не в поперечном размере таза, а ближе кзади к крестцу, а затем перевести ее в поперечный размер таза, действуя рукой, находящейся в родовых путях. Так как подобные затруднения бывают обычно при введении второй, т. е. правой, ложки, то можно сначала снять обе ложки и затем наложить щипцы вновь, но уже вводя первой не левую, а правую ложку. После того как наложена вторая ложка (теперь левая); надо перекрестить рукоятки щипцов, обводя их одну вокруг другой. Можно попытаться ввести вторую — левую — ложку из-под правой снизу. Для этого следует приподнять уже введенную правую ложку. Впрочем, этот прием не всегда удается.

Понятно, что преодолевать силой препятствие на пути введения ложки совершенно недопустимо.

В числе затруднений первого момента операции М. С. Малиновский указывает еще на узость входа во влагалище. В таких случаях он советует производить предварительно глубокий разрез влагалища и промежности.

Замыкание щипцов. Перед тем как замкнуть щипцы, следует еще раз проверить, правильно ли лежат ложки на головке и нет ли ущемления мягких тканей роженицы в области замка. Все это выясняют путем тщательного влагалищного исследования.

Для замыкания рукоятки щипцов захватывают полной рукой так, чтобы большие пальцы поместились на боковых крючках. Расположив рукоятки щипцов в одной плоскости, замок смыкают. Чем выше в тазу стоит головка, тем больше должны быть опущены рукоятки на промежность, чтобы тазовая кривизна щипцов соответствовала проводной линии таза (рис. 40).

Рукоятки щипцов после замыкания иногда не вполне соприкасаются друг с другом, так как головная кривиз-

на ложек оказывается несколько меньше, чем поперечный размер головки. Чтобы не сжимать недостаточно сомкнутые рукоятки во время влечений и не сдавливать тем самым головку, следует заложить между рукоятками сложенное полотенце. Если рукоятки щипцов слишком сильно расходятся, то это говорит о том, что щипцы легли на головку не в поперечном размере ее, а в косом либо прямом или что ложки заведены недостаточно глубоко и головная кривизна не охватывает головку. При влечениях в таких случаях неминуемо произойдет сильное сжатие головки или соскальзывание с нее ложек. Во избежание этого следует разомкнуть щипцы и исправить положение ложек на головке или вывести правую ложку, исправить положение левой, после чего повторно ввести правую ложку.

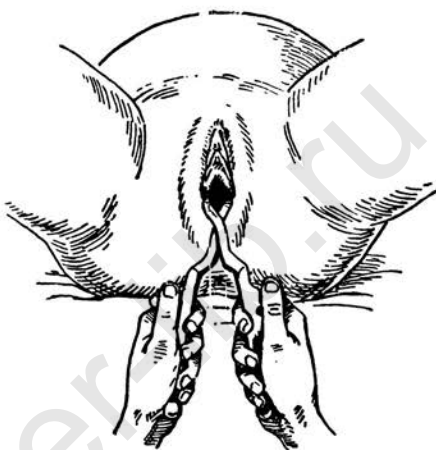


Рис. 40 Замыкание щипцов.

Угол, образуемый рукоятками, имеет еще и другое важное значение. Наблюдая за ним во время операции, можно видеть иногда постепенное сближение рукояток. Это указывает или на увеличивающееся сжатие головки, или на вращение ее в щипцах, или, наконец, на сползание ложек с головки. В первых двух случаях сближение рукояток будет совершаться медленно, при сползании же оно происходит иногда постепенно, а иногда и внезапно (соскальзывание).

При замыкании щипцов также могут возникнуть некоторые затруднения.

Одно из затруднений возникает в том случае, если ложки расположены не в одной и той же плоскости. Для исправления положения ложек достаточно иногда бывает надавить большими пальцами на боковые крючки в нужном направлении. В случае неудачи этого приема надле-

жит ввести два пальца во влагалище и, действуя ими на ребро ложки, сместить последнюю до приведения ее в одну плоскость с другой ложкой. Можно попытаться замкнуть щипцы другим приемом; для этого захватывают рукоятки всей рукой, помещают большие пальцы на боковых крючках и производят два движения: опускают рукоятки на промежность и одновременно поворачивают их вокруг продольной оси. Наконец, если и это не помогает, надо снять ту ложку, которая плохо прилаживается,

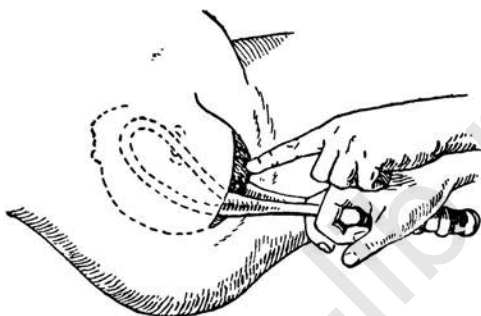


Рис. 41. Пробное влечение.

и ввести ее вновь, ближе к крестцовой впадине, а затем уже перевести кпереди до полного совпадения плоскостей замка.

Другое затруднение при замыкании может возникнуть, если одна из ложек заведена глубже другой. В таких случаях следует несколько вытянуть глубже расположенную ложку до смыкания в замке. Не следует поступать обратно указанному, т. е. вводить глубже нижележащую ложку. Совершая такое продвижение ветви щипцов кверху, теперь уже без контроля внутренней руки, можно травмировать мягкие ткани родового канала или плода.

Извлечение плода. Извлечение плода производят путем влечений, называемых часто тракциями (латинское *trahere* — влечь, тянуть). И. П. Лазаревич вместо слова «тракция» пользовался названием «привлечение»; сумму привлечений он называл «притяжением».

Первое влечение отличается от всех последующих и способом выполнения, и назначением; последнее — за-

ключается в том, чтобы проверить, прочно ли захвачена головка ложками, не соскальзывают ли они с головки. Поэтому первое влечение называется пробным.

Для этой цели правой рукой захватывают рукоятку в области боковых крючков, а левую — кладут поверх правой (или наоборот); один или два пальца правой руки вытягивают, касаясь ими головки; после этого производят влечение за рукоятки и следят за тем, следует ли головка за щипцами, не происходит ли смещения или сползания ложек (рис. 41). Направление пробного влечения должно быть тем же, в каком оно производилось бы при извлечении соответственно положению головки в родовых путях¹.

Убедившись в том, что головка прочно захвачена ложками, акушер переходит к последующим влечениям, имеющим целью извлечение плода.

Извлечение по А. Я. Крассовскому производят следующим образом: рукоятки щипцов захватывают спереди (сверху) правой рукой так, чтобы средний палец лег в выемку над замком, указательный и безымянный — на боковые крючки, а большой и мизинец — по сторонам рукоятки.

Если влечения производятся при высоко расположенной головке соответственно верхней части щипцов, то можно правой рукой захватить замковую часть сзади (снизу).левой рукой захватывают спереди (сверху) или сзади (снизу) концы рукояток. Влекущая сила сосредоточивается преимущественно в правой руке. Задача левой — удерживать рукоятки от расхождения, не сжимая их с силой, и отчасти давать направление влечениям.

А. Я. Крассовский установил следующие правила влечений:

¹ Направление влечения дано применительно к физиологическому вертикальному — стоячему, а не горизонтальному — лежащему положению женщины: кзади — в сторону спины, кпереди — в сторону живота, книзу — в сторону ног, вверх — в сторону головы. Та же терминология дана и в отношении расположения опознавательных точек на головке: кпереди — к симфизу, кзади — к крестцу, книзу — к выходу таза, кверху — ко входу в таз. Такая терминология нам представляется более правильной и она соответствует общепринятой терминологии в анатомии. В скобках дано обозначение применительно к лежащей на спине роженицы.

1) производить их во время потуг, если последние еще не прекратились;

2) действовать только руками, не откидываясь назад всем корпусом;

3) производить их по направлению проводной линии таза; если головка стоит высоко во входе, то влечение делают, как можно больше отводя рукоятки кзади (книзу); по мере опускания головки в полость таза, мало-помалу изменяют положения рукояток щипцов, пока они не обратятся почти совсем книзу (горизонтально полу); как только затылок освободится и покажется из-под лонной дуги, рукоятки щипцов постепенно направляют кпереди (кверху) до прорезывания головки.

А. Я. Крассовский различал следующие виды влечений:

1) качательные в поперечном направлении из стороны в сторону, предложенные Боделоком (Baude-loque);

2) качательные в продольном направлении, когда рукоятки щипцов то отводят кпереди (кверху), то кзади (книзу);

3) круговые, или ротаторные, когда рукоятками щипцов предельвают движения наподобие круга;

4) стоячие, предложенные Озиандером (Osiander), при которых акушер становится спиной к роженице, упирается правой рукой в области замка щипцов, а левой — производит круговые движения рукоятками щипцов;

5) неподвижные или постоянные, при которых сила направляется исключительно по проводной линии родового канала, без каких-либо движений рукояток.

Оценивая различные виды влечений, А. Я. Крассовский отвергал качательные, так как они травмируют мягкие ткани роженицы. В случаях, когда извлечение происходит легко, вполне достаточно одних влечений по проводной линии родового канала, так называемых неподвижных. Если же извлечение затруднительно, то, по мнению А. Я. Крассовского, следует предпочесть вращательные влечения по небольшому кругу.

Н. Н. Феноменов разделял влечения: а) по характеру и б) по направлению.

По характеру влечения могут быть: 1) качательные, 2) круговые, или вращательные, и 3) неподвижные.

Качательные влечения в направлении спереди назад или наоборот, по мнению Н. Н. Феноменова, совершенно недопустимы из-за опасности повреждения ложками мочевого пузыря. Качательные влечения типа маятникообразных, из стороны в сторону, облегчают извлечение головки. Однако до тех пор, пока она находится еще в костном канале, качание ложек недопустимо вследствие возможных повреждений родовых путей и головки. При прорезывании головки через мягкие ткани роженицы



Рис. 42. Влечения в первой позиции по Н. Н. Феноменову.

можно допустить качательные влечения из стороны в сторону, но рекомендовать их не следует из тех же соображений.

Вращательные влечения, когда рукоятками щипцов описывают большие или меньшие круги вокруг продольной оси, Н. Н. Феноменов считал недопустимыми. При этом движения головки происходят в таких направлениях, какие не бывают во время естественного механизма рождения плода. Эти влечения не безопасны и в смысле повреждения мягких тканей роженицы. Неподвижные влечения совершаются строго в одном направлении при каждом отдельном влечении. Н. Н. Феноменов считал уместным и безопасным лишь данный вид влечений.

В отношении направления влечений возможны три разновидности, зависящие от положения головки в родовом канале.

При обычном положении оперируемой — лежа на спине — проводная линия во входе в таз и в широкой

части полости имеет направление кзади (книзу) под известным острым углом. Поэтому и влечения должны иметь то же самое направление. Для этого и рукоятки щипцов следует направить возможно более кзади (книзу), под острым углом — влечения в первой позиции (рис. 42).

Как только головка пройдет вход и широкую часть полости таза, направление проводной линии меняется. Теперь она направлена вниз (горизонтально). Это же

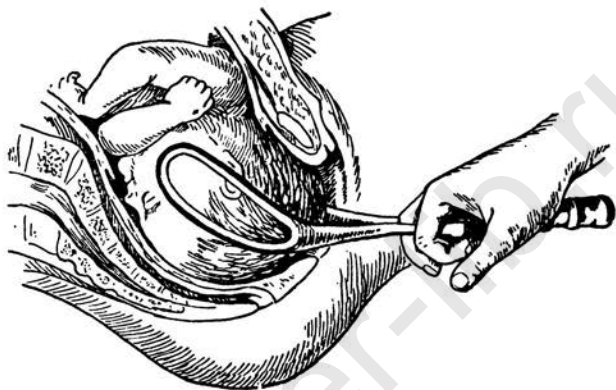


Рис. 43. Влечения во второй позиции по Н. Н. Феноменову.

направление сохраняется и в выходе таза. Проводя головку через оба эти отдела таза, следует производить влечения вниз (горизонтально), и рукоятки щипцов, соответственно этому, направлены должны быть в таком же направлении — влечения во второй позиции (рис. 43).

Новое изменение проводной линии наступает в мягких тканях родового канала. Здесь она направлена уже кпереди (кверху). Следовательно, влечения теперь должны быть направлены также кпереди (кверху) и в этом направлении обращены теперь рукоятки щипцов — влечения в третьей позиции (рис. 44). Все сказанное относится к переднему виду затылочного вставления.

Н. Н. Феноменов особенно подчеркивал, что переход влечений от одного направления к следующему должен быть строго постепенным, нерезким, а сила влечений

плавной. После того как сделано несколько влечений, следует небольшая пауза, во время которой ветви щипцов размыкают, чтобы дать «отдых» родовым путям, головке плода и самому акушеру.

Переход влечений из одной позиции в другую должен быть проведен своевременно, т. е. не раньше и не позже того времени, когда головка, минуя одну часть таза, вступила в другую. Место нахождения головки в тазу

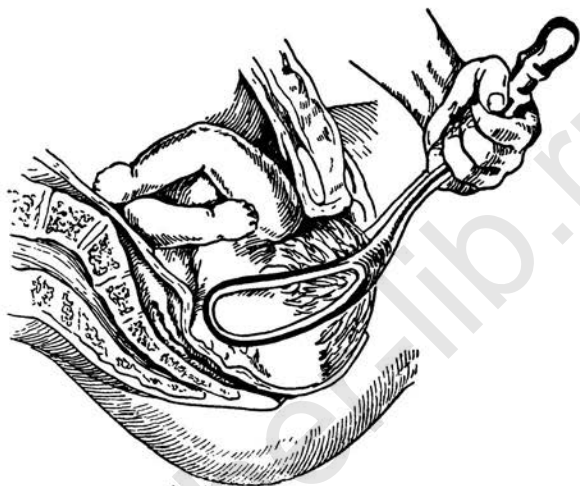


Рис. 44. Влечения в третьей позиции по Н. Н. Феноменову.

следует проверять время от времени влагалищным исследованием. Н. Н. Феноменов указывал, что акушер должен отчетливо представлять те задачи, которые он выполняет во всех трех позициях влечений.

Задача влечений в первой позиции при переднем и заднем виде заключается в том, чтобы провести головку по проводной линии таза до узкой части полости.

Задача влечений во второй позиции состоит в том, чтобы провести головку через узкую часть полости таза, через выход и отчасти через мягкие ткани. Влечения должны совершаться во второй позиции до тех пор, пока при переднем виде затылочного вставления вершину лонной дуги минует малый родничок и *protuberantio occipitalis externa*, а при заднем виде до тех

пор, пока под нижний край симфиза подойдет область большого родничка. Следовательно, эти образования будут выступать из-под симфиза и под нижним краем его окажется уже подзатылочная область головки или область большого родничка, смотря по тому, передний это вид или задний. Только теперь созданы условия для прорезывания головки в наименьшем ее размере, и напрягающаяся промежность поставлена в наилучшие условия в отношении предохранения от разрыва. Акушер может переходить к влечениям в третьей позиции.

Задача влечений в третьей позиции двоякая: а) проводить головку в наиболее благоприятном, меньшем ее размере; б) выводить головку возможно медленнее. Влечения производят теперь вне потуг. Если роженица тужится, то следует не только прекратить влечения на время потуг, но, наоборот, сдерживать движения головки. Влечения в третьей позиции при переднем виде сводятся по существу к разгибанию головки путем поднятия рукояток щипцов и даже направления рукояток в конце разгибания головки на живот роженицы. Лучше всего производить эти влечения, став справа от роженицы и захватив щипцы в замковой части всей левой рукой. Правую руку кладут на промежность, чтобы поддерживать ее и защитить от разрыва. Акушер получает возможность, таким образом, сам соразмерить силу и быстроту влечений в соответствии с растяжением промежности.

Снимать щипцы непосредственно перед выведением головки, по мнению Н. Н. Феноменова, нет надобности.

Значительное внимание Н. Н. Феноменов уделял вопросу о том, какая сила должна быть развита при влечениях. Он полагал, что если щипцы наложены при наличии всех условий, необходимых для операции, то сила среднего человека вполне достаточна. Но и ее не следует чрезмерно развивать, упираясь ногами или откидывая назад туловище. Это поведет к быстрому прорезыванию головки и притом в неблагоприятной окружности. Отсюда неминуемы тяжелые разрывы промежности.

В связи с вопросом о силе, необходимой для извлечения плода, Н. Н. Феноменов упоминал о влечениях за область замка в направлении на крестец в первой позиции. Он считал, что, применяя их, требуется меньшая сила при влечениях.

После нескольких влечений, особенно при трудном извлечении головки, надо сделать перерыв, разомкнуть щипцы. Головка, свободная от ложек щипцов, проделывает повороты и устанавливается в родовом канале более благоприятным размером. Чтобы содействовать таким поворотам, полезно вызывать схватку поглаживанием живота.

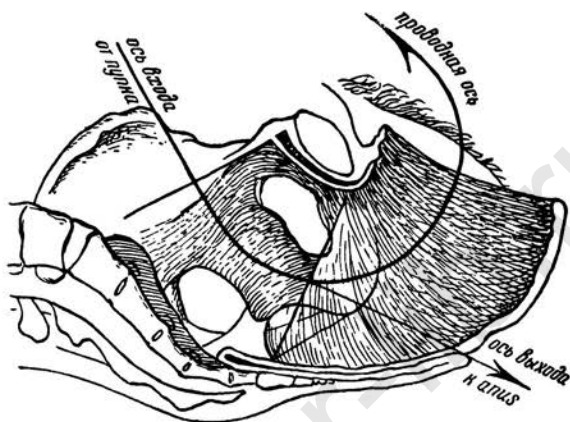


Рис. 45. Направление проводной линии (оси) родового канала по А. П. Губареву.

Описание общей техники извлечения плода Н. Н. Феноменовым дано настолько полно и обоснованно, что в последующем к нему были сделаны лишь незначительные добавления.

По А. П. Губареву, акушер производит влечение обеими руками, захватывающими щипцы в области замка. Акушер сидит перед роженицей на стуле, локти его прижаты к туловищу. Направление влечений должно быть на колени акушера до прорезывания затылка. Затем рукоятки описывают дугу, так как проводная линия родовых путей постепенно загибается кпереди наподобие рыболовного крючка (рис. 45). После этого влечения производят уже одной правой рукой, другой же поддерживают промежность. После прорезывания большей половины головки щипцы могут быть сняты.

Н. З. Иванов советовал захватывать рукоятки около замковой части, чтобы замок не размыкался; располо-

жению же рук при этом он не придавал значения. Важно знать, что руки должны делать, и делать все это так, как удобнее самому акушеру.

В. С. Груздев считал, что снятие щипцов при прорезывании головки способствует сохранению целости промежности. Чтобы головка не отошла после этого вверх, следует непосредственно перед снятием щипцов ввести указательный палец в прямую кишку. Концом пальца удерживают головку или за подбородок, или за верхнюю челюсть, или, наконец, вводят палец в рот плода. Дальнейшее выведение головки производится по способу Ритгена-Ольсхаузена (Ritgen-Olshausen).

М. А. Колосов особо подчеркивает, что размыкание ветвей щипцов следует производить после каждого влечения, чтобы дать возможность восстановиться нормальному кровообращению в сосудистой системе. Выводить головку желательно, не снимая щипцов, медленно, в наименьшем ее размере.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин подчеркивают, что влечения следует уподоблять схваткам и не прилагать при этом большую силу. Выводить головку лучше в щипцах во избежание быстрого прорезывания. Выводя головку, акушер становится справа от роженицы, левой рукой он держит рукоятки, а правой — защищает промежность от разрыва. Нецелесообразно поручать защиту промежности помощнику, так как сам акушер лучше чувствует движение головки и соразмеряет силу и направление движений. Если промежность бледнеет или отечна, следует ее рассечь.

М. С. Малиновский, излагая общую технику операции, приводит несколько обязательных правил, которые он называет «тройными».

Первое правило касается трех направлений влечений, которые меняются в соответствии с изменениями в направлении проводной линии таза. Если акушер сидит на стуле перед роженицей, то при извлечении головки, стоящей во входе, влечения и рукоятки щипцов должны быть направлены круто кзади (книзу), к носкам акушера. Как только головка окажется в полости таза, влечения и рукоятки щипцов акушер должен направить косо кзади (книзу), на колени. Наконец, в выходе таза влечения и концы рукояток следует обратить вниз (горизонтально) — на лицо акушера. Эти три разновидности

в направлении влечений М. С. Малиновский называет тракциями в первой, второй и третьей позициях.

Второе правило касается введения ложек шипцов. Левую ложку вводят левой рукой в левую половину таза; правую ложку вводят правой рукой в правую половину таза.

Третье правило касается расположения ложек на головке.

М. С. Малиновский считает полезным делать влечения по Озиандеру (Oslander) при высоко стоящей головке с целью устранить давление головкой на симфиз,



Рис. 46. Озиандеровские влечения (из руководства М. С. Малиновского).

неизбежное при пользовании щипцами с тазовой кривизной. Акушер становится сбоку от роженицы и кладет одну руку на замок так, чтобы два пальца размещались выше и два ниже боковых крючков, а большой палец лежал на противоположной стороне рукоятки; второй рукой захватывают рукоятки. Обе руки действуют одновременно, но различно. Рукой, лежащей на замке, надавливают кзади (книзу), стремясь отвести головку от симфиза и опустить ее в крестцовую впадину. Рукой, лежащей на рукоятках, производят извлечение (рис. 46).

Н. А. Цовьянов, стремясь возможно больше облегчить влечения и придать им точное направление, подчеркивает важность правильного захватывания щипцов.

Во избежание сильного сжимания головки ложками Н. А. Цовьянов советует не закладывать между расходящимися концами рукояток полотенце, а помещать туда концевую фалангу мизинца левой руки. Передвигая ее в том или ином направлении, удастся более нежно и совершенно регулировать пружинящее действие щип-

цов. Основная влекущая сила развивается основной фалангой среднего пальца правой руки (расположенной в выемке над замковой частью щипцов), которому помогают указательный и безымянный пальцы, расположенные на боковых крючках (рис. 47).

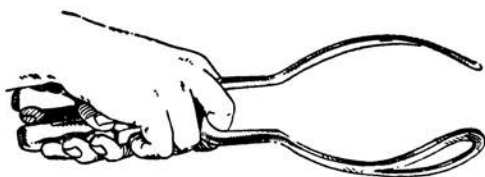


Рис. 47. Расположение рук при влечениях по Н. А. Цовьянову.

В случае трудного выведения головки из мягких частей родового канала Н. А. Цовьянов советует захва-

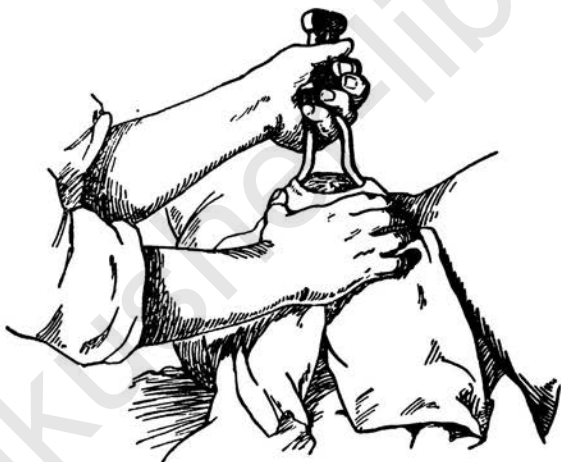


Рис. 48. Выведение головки по Н. А. Цовьянову.

тывать рукоятки одной левой рукой за переднюю поверхность щипцов у замка; мизинец следует пропускать между расходящимися ветвями, безымянный палец располагать выше правого (от акушера) крючка, а средний и указательный — по другую сторону его, ближе к концу рукояток; большой палец должен охватывать рукоятки с противоположной стороны. Извлекающую силу

осуществляет мизинец левой руки, а направляющую — локтевой край той же руки. Правую руку акушер располагает на промежности так, что отведенный большой палец лежит по одну сторону от прорезывающейся головки, все же остальные пальцы — по другую (рис. 48).

Цель такого расположения правой руки, по мнению Н. А. Цовьянова, не столько в поддержании промежности, сколько в восприятии ощущения выпячивания ее и согласовании силы и направления влечения с состоянием промежности. Правильное извлечение головки сопровождается образованием физиологического вытянутого профиля промежности. Малый родничок при этом находится на расстоянии не менее 3—4 см кнаружи от нижнего края симфиза. Н. А. Цовьянов указывает, что правильное направление влечений при извлечении головки возможно только при соблюдении двух условий:

- 1) при влечениях линия тазовой кривизны щипцов должна совпадать с проводной линией родового канала;
- 2) ось щипцов, проходящая через замок, должна совпадать с проводной точкой головки в продолжение всей операции.

Очевидно, рукоятки щипцов при соблюдении упомянутых двух условий будут принимать определенное направление. Акушер должен производить влечения, приспособляясь к направлению рукояток, тем самым он будет воспроизводить движения, наблюдающиеся при рождении головки. Влечения должны быть только неподвижными, т. е. совершаться в одном направлении. Вращательные и качательные влечения недопустимы.

Н. А. Цовьянов считает целесообразным снимать щипцы с головки, как только большой родничок подойдет к промежности. Не снятые в это время щипцы увеличивают растяжение мягких тканей роженицы и тем способствуют их разрыву.

Н. А. Цовьянов, описывая технику операции наложения щипцов, останавливается на некоторых ее моментах, которые на первый взгляд могут показаться мелкими и мало значащими. Он указывает, что успех операции обеспечивается не только соблюдением основных правил ее выполнения, но и созданием благоприятных условий во всех отношениях. Так, акушеру надо отыскать удобную и надежную опору для ноги, которую он обычно выставляет вперед во время операции. Надо найти

центр тяжести своему корпусу в соответствии с направлением производимых влечений. Руки акушера должны сохранять непринужденное положение, чему иногда мешает такая мелочь, как туго завязанные или закатанные рукава халата. Мешают занять желаемое положение около роженицы обычно находящиеся здесь предметы — табуреты, ведра, тазы и т. п. Немалое значение играет высота операционного стола, который иногда выше, чем это нужно.



Рис. 49. Усовершенствованный способ захватывания щипцов по Н. А. Цовьянову.

В 1944 г. Н. А. Цовьянов описал предлагаемый им новый метод наложения щипцов, заключающийся в своеобразном захватывании щипцов и в особенностях влечений. Он называет свой метод усовершенствованным. Способ захватывания щипцов понятен из рис. 49. Извлечение головки Н. А. Цовьянов описывает следующим образом: «При указанном способе действие щипцов складывается из взаимодействия следующих сил. Основные фаланги II и III пальцев, сжимая наружную поверхность рукояток щипцов на уровне бушевских крючков, захватывают и удерживают головку под определенным и притом неизменяющимся давлением на протяжении всей операции. Возможность усиления сжатия головки, даже в моменты производства сильных тракций, совершенно исключается. Зависит это от резкого укорочения наружного плеча коромысла рычага, образуемого при захва-

тывании рукояток на уровне бушевских крючков и измеряемого, с одной стороны, расстоянием между этими крючками и замком, а с другой—всей остальной длиной щипцов, находящейся во влагалище. В щипцах Симпсона, Симпсон-Брауна и им подобных это соотношение между плечами рычага составляет примерно 1:5. Несмотря на слабое сжатие рукояток в этом месте, расхождение их не происходит даже при сильных тракциях. Противостоят этому как основные и ногтевые фаланги указательных пальцев, расположенные на верхней поверхности рукояток и образующие между собой переплет, так и концы больших пальцев, фиксирующие нижнюю поверхность рукояток щипцов. Усилить дальнейшую иммобилизацию ветвей щипцов в том же положении возможно путем давления большими пальцами на нижнюю поверхность этих рукояток с различной силой, ведущей к ограничению подвижности в замке щипцов.

Основная и главная работа при извлечении головки щипцами выпадает на долю IV и V пальцев, в особенности же на ногтевые фаланги последних. Давлением указанных пальцев на верхнюю поверхность отходящих от замка параллельных ветвей щипцов головка отводится от лонного сочленения и направляется по оси таза по направлению к крестцовой впадине. Способствуют этому направлению и извлечению также большие пальцы, давящие на нижнюю поверхность рукояток, направляя их вверх. При подобных тракциях подлежащая часть должна неизбежно следовать по оси родовых путей роженицы.

Высота операционного стола, которая играла при прежнем методе столь существенную роль для удобного оперирования, при новом способе захвата щипцов не имеет значения. Предплечья акушера, находясь под рукоятками щипцов, дают ему возможность легко приспособиться к любой высоте операционного стола.

При наложении выходных щипцов предплечья акушера образуют с нижней поверхностью рукояток угол, равный приблизительно 45° , доходящий при наложении высоких щипцов до прямого. Такое положение предплечий акушера при высоком стоянии головки вынуждает его для производства тракций становиться на колени. Такое положение акушера значительно облегчает низве-

дение высокостоящей головки по направлению книзу и кзади независимо от высоты операционного стола. Создается разложение влекущей силы, напоминающее по своему действию принцип действия щипцов с осевыми тракциями (Тарнье, Брейс и др.), с той лишь разницей, что как захватывание головки щипцами, так и извлечение ее в отличие от указанных щипцов постоянно контролируется здесь мышечным чувством акушера.

Вертикальное направление предплечий акушера заменяет у нас сложные рычаги щипцов с осевыми тракциями.

При таком извлечении щипцы превращаются в рычаг, точка опоры которого перемещается вверх, к месту перехода параллельных ветвей ложек в головную кривизну щипцов. При обычном способе захвата щипцов точка опоры ограничивается областью замка щипцов. Такое перемещение точки опоры создает из щипцов разноплечный рычаг. Между тем при обычном способе производства тракций акушеру приходится действовать с более короткого рычага, образуемого рукоятками щипцов, на более длинную остальную часть щипцов, почти вдвое превышающую длину рукояток. Исходя из закона действия двуплечного рычага, не приходится удивляться тому, что при обычном способе акушеру приходится часто применять значительную силу для извлечения головки, находящейся вдобавок под некоторым углом к рукояткам (когда акушер пользуется щипцами с тазовой кривизной, а не прямым. — А. Л.)».

Далее Н. А. Цовьянов указывает, что при существующей в щипцах тазовой кривизне обычный способ извлечения создает еще дополнительные трудности вследствие того, что головка упирается или во всяком случае задерживаются поступательные движения из-за трения ее о заднюю поверхность симфиза. Глубина крестцовой впадины также не используется.

Немаловажным в своей технике Н. А. Цовьянов считает и то, что участок головки, находящейся позади симфиза, опускается первым в таз по направлению вниз и кзади, что свойственно физиологическому механизму рождения плода.

Предлагаемый метод выполнения операции, по мнению Н. А. Цовьянова, устраняет все недочеты старой техники. Извлечение головки значительно облегчается,

так как сила, прилагаемая к щипцам, в точности повторяет те силы, которые действуют при физиологических родах и придают головке плавное движение по вогнутой линии родового канала. (Здесь надо напомнить, что Н. А. Цовьянов предлагает придавать оперируемой полусидячее положение для уменьшения угла наклона таза и лучшего совпадения его оси с осью плода.)

Методика операции, предложенная Н. А. Цовьяновым, представляет большой интерес. Мысль использовать углубление крестца, отвести головку от задней поверхности симфиза, высказанная еще Г. И. Кораблевым, Н. Н. Феноменовым и И. П. Лазаревичем, получает новое практическое разрешение. Извлечение головки, как указывает Н. А. Цовьянов, действительно приближается по характеру к физиологическому и в отношении действия извлекающей силы, и в отношении пути следования головки по проводной линии родового канала.

Вместе с тем нельзя не заметить, что вся совокупность рычагов, создаваемых руками акушера при влечении по способу Н. А. Цовьянова, представляет собой не что иное, как борьбу с тазовой кривизной щипцов.

Сам Н. А. Цовьянов пишет: «Наличие в щипцах тазовой кривизны вызывает еще неизбежное трение головки о переднюю стенку костного родового канала, что создает дополнительное искусственное препятствие для извлечения головки. При нашем способе производства тракций создаются условия для лучшего проведения головки по оси таза, облегчая выведение головки, приближая его к физиологическому».

В самое последнее время предложения Н. А. Цовьянова описаны в трудах И. И. Яковлева и К. Н. Жмакина, впрочем, оценки их не дается.

К. Н. Жмакин подчеркивает, что усовершенствованный способ захвата щипцов Н. А. Цовьянова вызван наличием в инструменте тазовой кривизны.

Надо полагать, что предложения Н. А. Цовьянова будут в ближайшее время оценены на основе практики.

Затруднения при выполнении третьего момента операции описаны подробно А. Я. Крассовским и Н. Н. Феноменовым.

Первое затруднение может встретиться при отсутствии потуг, когда неизвестно положение головки, а потому

и нельзя определить, какое направление надо придать влечениям. Н. Н. Феноменов, как уже указывалось, справедливо полагал, что в таких случаях отсутствует важнейшее условие для производства операции, поэтому не может быть и самой операции.

Второе затруднение при извлечении, по А. Я. Красовскому, состоит в том, что, несмотря на сильные влечения, головка не продвигается. В некоторых случаях это объясняется неправильным направлением влечений. В этих случаях головка не следует по проводной линии



Рис. 50. Горизонтальное сползание (соскальзывание) ложек с головки.

родового канала, а прижимается к его костным стенкам. Если влечения остаются безуспешными и имеется необходимость срочно окончить роды, следует отказаться от щипцов и перейти к какой-нибудь другой операции. Такая операция наложения щипцов была бы уже не операцией, а борьбой, которая плохо закончится для матери и плода, замечает А. Я. Крассовский.

Н. Н. Феноменов решительно возражал против того, чтобы в случае безуспешности влечений выжидать 3—4 часа, как это некоторые советовали. Он считал, что если была возможность ждать такое время, то значит операция производилась без достаточных показаний к ней и условий для ее производства.

Третьим серьезным осложнением является сползание и соскальзывание ложек щипцов с головки, которые могут вести к повреждениям мягких тканей родового

канала и плода. Сползание и соскальзывание ложек могут происходить в горизонтальном и вертикальном направлениях. В первом случае ложки сползают с головки или в направлении кпереди (кверху), или кзади (книзу) (рис. 50). Во втором случае щипцы извлекаются, а головка остается на месте (рис. 51). Сползание и соскальзывание возможно в результате неправильного расположения ложек. Они или размещены недостаточно высоко и верхушки упираются где-нибудь в головку, или же головка не захвачена в наибольшей ее периферии.



Рис. 51. Вертикальное сползание (соскальзывание) ложек с головки.

Очевидно, во всех этих случаях следует исправить положение ложек на головке. Иногда сам инструмент так изготовлен, что ложки пружинят, разгибаются и сползают с головки.

Акушер по ходу извлечения всегда должен следить за тем, чтобы не было соскальзывания, производя повторно влагалищное исследование.

Н. А. Цовьянов обращает особое внимание на то, что во время операции не исключена возможность разгибания головки. При этом головка как бы вращается вокруг оси, проходящей через концы ложек. Причиной этого является недостаточное прилегание ложек на всем их протяжении к головке. Признаком такого осложнения являются отхождение проводной точки головки от проводной оси щипцов, преждевременное выпячивание промежности и *anus*. Н. А. Цовьянов называет это осложнение «эксцентрическим» соскальзыванием щипцов — третьей разновидностью соскальзывания (рис. 52).

Эксцентрическое соскальзывание ведет, по наблюдениям Н. А. Цовьянова, к чрезмерному растяжению промежности лбом плода и нижними краями ложек щипцов. Результатом всего этого будет разрыв промежности. В отдельных случаях, когда головка сильно конфигурирована или когда головная кривизна щипцов слишком велика для данной головки, трудно избежать эксцентрического соскальзывания. Сходящиеся и сжи-

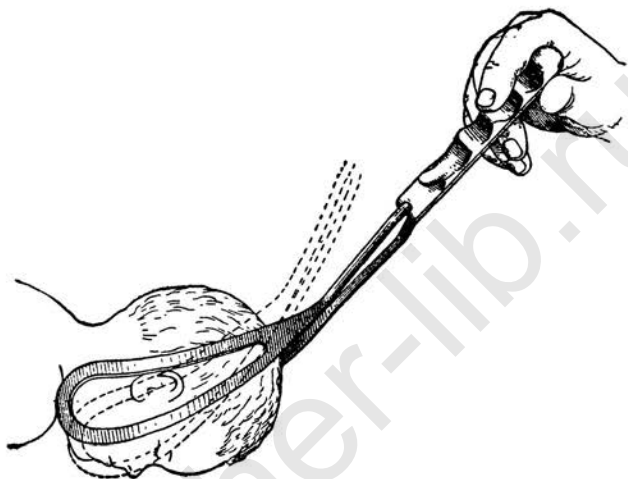


Рис. 52. Эксцентрическое смещение ложек на головке.

мающие головку концы ложек представляют большую опасность для плода. Если эксцентрическое соскальзывание щипцов уже выявилось, можно попытаться предотвратить дальнейшее смещение ложек путем извлечения головки в косом размере выхода таза соответственно позиции плода. Такое необычное выведение головки не увеличивает ее объема и дает возможность удержать ее в согнутом положении, предотвращая разрыв промежности.

Совет Н. А. Цовьянова — выводить головку в косом размере выхода таза — нам кажется опасным из-за возможности тяжелых повреждений тканей родового канала. При эксцентрическом соскальзывании ложек, которое, несомненно, иногда наблюдается, следует поступать так

же, как и при других видах смещения ложек — переложить их, придав правильное расположение на головке.

М. С. Малиновский указывает на возможные затруднения извлечения головки из-за ригидности тканей родовых путей или необычного вставления головки. Если это затруднение своевременно обнаружено, он рекомендует готовить родовые пути с помощью наполненного колпейринтера, который несколько раз проводится через влагалище. Если эти затруднения обнаруживались при выведении головки через мягкие ткани тазового дна, то допустимы осторожные маятникообразные движения щипцами из стороны в сторону, но не спереди назад.

Надо думать, что в указанных случаях проще и быстрее произвести рассечение промежности.

Другое затруднение, описанное М. С. Малиновским, возможно при сужении выхода таза. Такое сужение особенно часто встречается при воронкообразных и кифосколиотических тазах, а острый лонный угол нередко имеет место при общесуженных тазах. Приступая к операции при этих видах тазов, акушер должен заранее предвидеть возможность затруднений извлечения головки в выходе таза. Если это сужение значительно, иногда приходится отказываться от щипцов и перейти к краниотомии. При умеренном сужении выхода таза главное препятствие к выведению головки оказывает слишком острый лонный угол. Можно попытаться избежать затруднения в выведении головки тем, что вместо влечений кпереди (вверх) или вниз (горизонтально) производить их возможно более кзади (книзу).

Ко всему сказанному следует добавить, что в существующих описаниях операции наложения щипцов почти не уделяется внимания тому, как должен располагаться акушер при выполнении влечений. Между тем этот вопрос имеет существенное значение, так как наиболее рациональное положение акушера создает условия для более легкого извлечения плода. На основании собственного опыта мы полагаем, что при извлечении головки, расположенной во входе в таз или в широкой части полости, легче всего придать правильное направление влечениям, если стать на одно колено на пол. Головку, находящуюся в узкой части полости таза, легче извлекать, сидя на стуле. Наконец, при выведении го-

ловки следует встать сбоку от роженицы и одной рукой продолжать извлечение, захватив щипцы в замковой части, другой же рукой поддерживать промежность.

Снятие щипцов. Этот вопрос был освещен при описании извлечения головки. Здесь можно добавить лишь немного.

Как было видно из сказанного, некоторая часть акушеров предпочитает выводить головку в щипцах, не

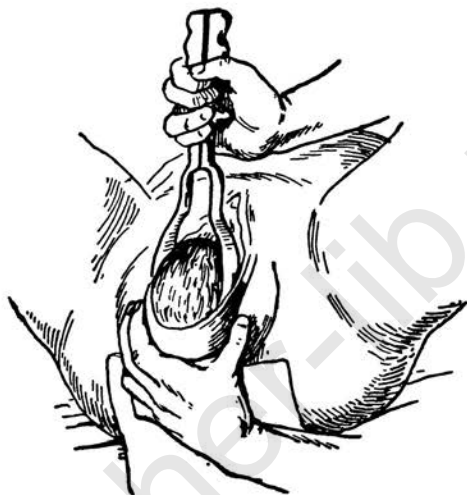


Рис. 53. Выведение головки в щипцах.

снимая их (рис. 53). Очевидно, в таких случаях не требуется никаких особых приемов. Ветви щипцов просто размыкают в замке и разнимают.

Если же щипцы решено снять с головки, когда она еще не родилась целиком и ложки не полностью выведены из родовых путей, то ветви их должны быть разомкнуты раздвиганием рукояток. После этого выводят сначала правую, затем левую ложку, т. е. обратно порядку их введения. Выводимая ложка должна скользить по поверхности головки и поэтому рукоятка щипцов вновь отводится к тому же паху, со стороны которого она и вводилась.

Н. А. Цовьянов отмечает, что правильному и свободному выведению ложек нередко мешает полусогнутое

бедро роженицы. Чтобы облегчить выведение ложек, он рекомендует временно вытянуть ногу оперируемой или, наоборот, сильно согнуть ее и привести бедро к животу. В последнем случае ложка выводится не спереди от бедра, а позади него со стороны ягодицы, следуя направлению кожной складки между бедром и ягодицей (рис. 54). Известное облегчение выведения ложки достигают еще тем, что одновременно с извлечением производят вращение рукоятки вокруг ее продольной оси. Это



Рис. 54. Снятие левой ветви щипцов по Н. А. Цовьянову.

вращение совершают в пределах примерно 45° . При выведении левой ложки его производят в направлении против хода часовой стрелки, а при выведении правой — наоборот.

Мы считаем, что вопрос, снять или не снять щипцы при выведении головки, должен решаться различно при каждой операции. Нет смысла снимать ложки, если мягкие ткани родового канала хорошо растяжимы. В противном случае ложки следует снять, так как они в некоторой степени увеличивают объем головки и тем самым способствуют разрыву промежности. Снятием щипцов заканчивается четвертый, и последний, момент операции.

Рождение плечиков и остальных частей тела плода происходит обычным образом с оказанием ручного пособия.

В. СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Изучение и практическое усвоение общей техники наложения щипцов еще недостаточны для выполнения операции.

В зависимости от места расположения головки плода, способа вставления ее и модели инструмента, которым пользуются, операция приобретает некоторые особенности.

Уже Н. М. Максимович описал технику операции при головке, стоящей во входе, в полости и в выходе таза, как при «естественном», так и при «косвенном» ее положении, операцию при заднем виде, наложение щипцов на последующую головку при тазовом предлежании, на оторвавшуюся головку и, наконец, наложение щипцов на ягодицы.

Г. И. Кораблев в главе «Частные операционные правила» дал изложение техники операции при 10 различных положениях головки и при тазовом предлежании.

А. Я. Крассовский подробно изложил специальную технику наложения щипцов не только при переднем и заднем виде затылочного и лицевого вставления во всех отделах таза, но и при низком поперечном стоянии стреловидного шва или лица, а также наложение щипцов на последующую головку. Те же разновидности операции описаны Н. Н. Феноменовым и Н. Ф. Толочиновым.

И. П. Лазаревич дополнил специальную технику описанием операции при лобном вставлении и довольно подробно изложил наложение щипцов при тазовом предлежании.

По мере развития оперативного акушерства увеличилось и число отдельных разновидностей положения головки, при которых предпринималось наложение щипцов. Описание техники этих новых видов операций появлялось в периодической акушерской литературе и в руководствах по акушерству.

Выходные щипцы — *forceps minor (applicatio forcipis in exitu pelvis)*

Затылочное вставление, передний вид. Положение головки в выходе таза характеризуется тем, что поворот затылка кпереди завершен; стреловидный

шов расположен в прямом размере выхода; ведущей точкой является малый родничок; по отношению к большому родничку он расположен книзу и кпереди¹.

Операция наложения щипцов при таком положении головки наиболее легко выполняема, и техника операции совпадает по существу с тем, что было сказано при изложении общей техники операции. Задача выходных щипцов, как определял ее Н. Н. Феноменов, заключается в том, чтобы подвести под нижний край симфиза подзатылочную область головки и, разгибая ее, вывести наименьшим — малым косым размером — через мягкие ткани родовых путей.

Ложки щипцов накладывают на поперечник головки и тазовая кривизна их совпадает с кривизной родовых путей (рис. 55). Малый родничок должен располагаться в одной плоскости с рукоятками щипцов. Влечения производят книзу (горизонтально) до тех пор, пока не родится весь затылок, а подзатылочная область головки не окажется под нижним краем симфиза. Теперь наступает время для разгибания головки. Для этого влечения направляют все более и более кпереди (кверху), а в конце выведения головки рукоятки щипцов отклоняют отчасти даже на живот роженицы. При этом прежде всего из-за промежности рождается затылок, затем темя, лоб и, наконец, лицо.

Можно указать на некоторые, мало существенные видоизменения этой техники.

Н. Ф. Толочинов и М. С. Малиновский советовали и левую, и правую ложки вводить вначале соответственно в лево-задний и в право-задний отделы таза. После введения каждой ложки следует перевести ее несколько кпе-

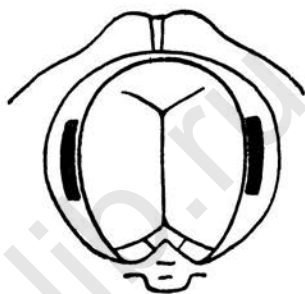


Рис. 55. Выходные щипцы. Затылочное вставление, передний вид.

¹ Здесь, как и в предыдущем разделе, расположение опознавательных точек головки дано применительно к физиологическому — вертикальному положению женщины. Те же обозначения даны и в отношении направления влечений. Обозначения применительно к лежащей роженице даны в скобках.

реди. В результате ложки будут расположены в поперечном размере таза.

Н. А. Цовьянов предлагает вводить ложки во время потуг. Это обеспечивает, по его мнению, более правильное захватывание головки, что создает препятствие к обратному движению головки после потуги.

Затылочное вставление, задний вид. Положение головки в выходе таза характеризуется тем, что вместо обычного поворота затылком кпереди произошел

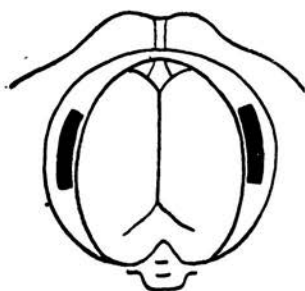


Рис. 56. Выходные щипцы. Затылочное вставление, задний вид.

и завершился поворот затылком кзади; стреловидный шов расположен в прямом размере выхода; ведущей точкой является малый родничок; по отношению к большому родничку он расположен книзу и кзади.

Несмотря на то, что головка находится в выходе таза, техника этой операции значительно труднее, чем при переднем виде, так как сам механизм рождения головки более сложен.

А. П. Матвеев и А. Я. Крассовский советовали сначала подвести под симфиз лоб, производя влечения кзади (книзу). При последующих влечениях, направленных уже кпереди (вверх), из-за промежужности выводится затылок.

Н. Н. Феноменов подробно описал технику операции и несколько изменил ее. Он подчеркивал, что при заднем виде затылочного вставления следует особенно тщательно разместить ложки, чтобы они легли на наибольшую окружность головки (рис. 56). При правильном размещении ложек малый родничок, как и при переднем виде затылочного вставления, должен располагаться в одной плоскости с рукоятками щипцов. Это хорошо удается, если при замыкании щипцов опустить рукоятки кзади (книзу), до совпадения их плоскости с малым родничком.

Не менее важным Н. Н. Феноменов считал соблюдение правил в отношении направления влечений. Вначале их следует производить вниз и немного кзади (горизонтально и немного книзу).

Н. Н. Феноменов считал, что следует подводить под симфиз не лоб, а область большого родничка. Только при соблюдении этого условия головка будет прорезываться в наименьшем размере — почти в малом косом. Этот размер на 2 см меньше, чем прямой, лобно-затылочный.

Когда область большого родничка подведена под лонное сочетание, направление влечений должно быть изменено: они должны быть направлены кпереди и не-

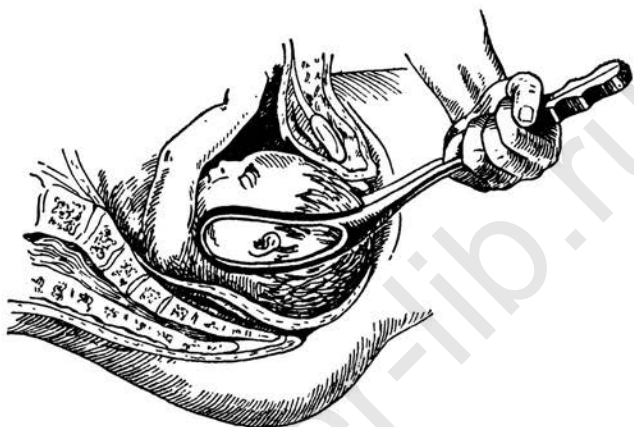


Рис. 57. Влечения при заднем виде затылочного вставления; начало сгибания головки по Н. Н. Феноменову.

сколько вниз (кверху, несколько горизонтально) (рис. 57), а затем кпереди (кверху). Это направление сохраняют вплоть до прорезывания затылка из-за промежности. При влечениях в указанном направлении надо усилить степень сжатия головки щипцами, чтобы, действуя на затылок, поднимая его, заставить головку прорезаться желаемым размером. Далее рукоятки щипцов снова опускают несколько кзади (книзу), и из-под лонного сочленения прорезывается темя, лоб и лицо (рис. 58).

В. С. Груздев полагал, что рождение в заднем виде свойственно главным образом теменному вставлению (передне-головному). Конфигурация головки при этом иная, чем при затылочном вставлении. В результате такой конфигурации разница между прямым и малым косым размером головки не очень большая. Из этого

он делал вывод, что подведение под симфиз не лба, а большого родничка, как требовал Н. Н. Феноменов, не имеет большого значения.

М. С. Малиновский в своем руководстве по оперативному акушерству приводит рисунок, на котором ложки расположены на головке не от затылка к подбородку, а от области большого родничка к углам нижней челюсти, в отвесном (вертикальном) размере головки. По

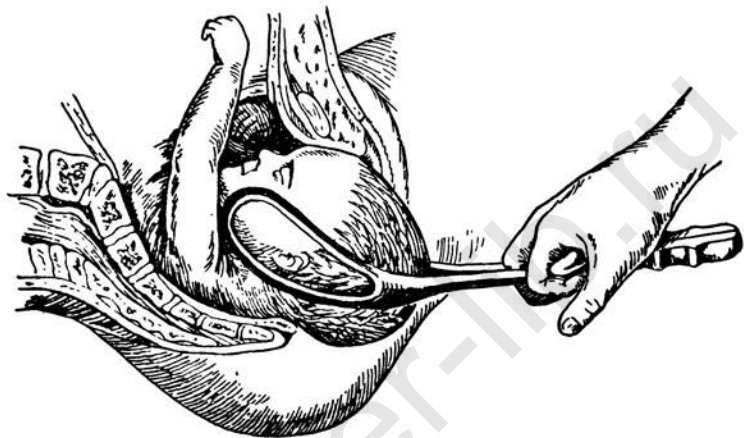


Рис. 58. Влечения при заднем виде затылочного вставления; разгибание головки по Н. Н. Феноменову.

М. С. Малиновскому, вначале производят влечение вниз (горизонтально) до подведения под симфиз границы волосистой части лба, а затем уже кпереди (вверх) для сгибания головки и выведения затылка. Таким образом, головка прорезывается не в состоянии сгибания, а в несколько разогнутом положении, как это бывает при теменном (передне-головном) вставлении.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин в основных чертах описывают технику операции по Н. Н. Феноменову. Они вполне обоснованно возражают против предложения Бриндо (Brindeau) производить влечения кзади до рождения из-под симфиза лица, а затем кпереди для выведения из-за промежности затылка. Такой способ есть не что иное, как искусственное изменение затылочного вставления на лицевое. Возражают они и против пред-

ложения предварительно вращать головку на 180° для перевода заднего вида в передний.

Искусственный перевод заднего вида в передний при завершеном повороте затылком кзади ни у кого из русских акушеров не получил одобрения. Впрочем, М. А. Колосов упоминает о нем и даже советует его применять, но только в том случае, если изменить положение головки можно без всяких затруднений.

Н. А. Цовьянов указывает, что задний вид создает известные затруднения в производстве операции, зависящие от особенностей механизма рождения плода. Уже при наложении щипцов часто не удается достаточно сблизить рукоятки. Это объясняется тем, что при задних видах головка особым образом деформируется и головная кривизна щипцов не прилегает к головке достаточно хорошо на всем ее протяжении. В то же время сгибание головки не всегда бывает полным. Все это ведет к тому, что щипцы обнаруживают наклонность к эксцентрическому соскальзыванию или соскальзыванию кзади. Искусственное сгибание головки с помощью щипцов — очень трудная задача, так как головка уже приспособилась по форме к своему положению. Влечения следует направлять вниз (горизонтально) и кпереди (кверху); при этом большой родничок должен быть по возможности подведен под симфиз.

Н. А. Цовьянов полагает, что в большинстве случаев головка обнаруживает неудержимое стремление перейти в передний вид и редко рождается в заднем виде. Поворот головки возможен не во всех отделах родовых путей. Он происходит или в полости таза, или по вступлении в мягкие ткани родовых путей. В выходе таза вращение головки невозможно, так как этому препятствуют тесно прилегающие к ней костные стенки таза. Если головка сама по себе начинает поворачиваться в передний вид, этому вращению не надо препятствовать, а наоборот, ему следует содействовать.

Надо полагать, что задачей операции при заднем виде должно быть, как и всегда, подражание естественному механизму рождения плода, свойственному такому положению головки. В связи с этим ложки щипцов должны быть опущены перед замыканием ветвей, чтобы рукоятки были обращены к малому родничку. Влечениями вниз (горизонтально) и несколько кзади (вниз)

под симфиз подводят область большого родничка. Следующими влечениями, направленными кпереди (вверх), выводят затылок из-за промежности. Затем влечения направляют кзади (книзу), из-под симфиза рождается темя, лоб, лицо. Никаких искусственных насильственных изменений в положении головки, как-то: сгибание, вращение, — производить не следует. Щипцы должны следовать и содействовать тем изменениям положения головки, которые она сама проделывает по ходу влечений и которые акушер должен воспринимать мышечным чувством. При выведении головки в заднем виде промежность значительно растягивается и возрастает опасность разрыва, что может быть предупреждено своевременным ее рассечением.

Полостные щипцы — *Forceps media (Applicatio forcipis in cavo pelvis)*

З а т ы л о ч н о е в с т а в л е н и е, п е р е д н и й в и д. Положение головки в полости таза характеризуется тем, что поворот затылком кпереди еще не завершен; стреловидный шов расположен при первой позиции в правом косом размере таза, при второй позиции — в левом косом размере; ведущей точкой является малый родничок; по отношению к большому родничку он расположен при первой позиции ниже, влево и кпереди, при второй позиции — ниже, вправо и кпереди.

З а т ы л о ч н о е в с т а в л е н и е, з а д н и й в и д. Положение головки характеризуется тем, что вместо обычного поворота затылком кпереди начался, но еще не завершен поворот затылком кзади; стреловидный шов расположен при первой позиции в левом косом размере таза, а при второй позиции — в правом косом размере, ведущей точкой является малый родничок; по отношению к большому родничку он расположен при первой позиции ниже, влево и кзади, при второй позиции — ниже, вправо и кзади.

А. Я. Крассовский подробно изложил технику операции наложения полостных щипцов при переднем и заднем виде. Такую разновидность операции он назвал косым наложением щипцов.

Основная цель косого наложения щипцов, по А. Я. Крассовскому, заключается в том, чтобы подвести к

лонному сочленению при переднем виде затылок, при заднем виде лоб, т. е. искусственно завершить внутренний поворот головки. Необходимым условием для этого он считал наложение щипцов на головку в поперечных ее размерах. После размещения ложек и замыкания ветвей производят постепенный и равномерный поворот щипцов вокруг их продольной оси слева направо или наоборот, смотря по позиции. Если выяснится, что поворота головки не происходит, не следует его форсировать. Надо переместить ложки в поперечный размер таза и переходить к прямым влечениям.

При затылочном вставлении первой позиции переднем виде А. Я. Крассовский рекомендовал вводить сначала правую ложку в правый передний отдел таза, затем левую — в левый задний отдел. После этого ветви должны быть перекрещены для замыкания. Затем приступают к вращению головки слева направо (против часовой стрелки) приблизительно на $\frac{1}{4}$ круга. После завершения поворота производят собственно извлечение.

При второй позиции сначала вводят левую ложку в левый передний отдел таза, а затем правую — в правый задний отдел и щипцы замыкают. Вращение головки производят справа налево (по часовой стрелке).

Задний вид первой позиции требует размещения ложек подобно переднему виду второй позиции, а задний вид второй позиции — подобно переднему виду первой позиции.

А. Я. Крассовский остановился на спорах, имевших место в то время по вопросу о допустимости применения щипцов с целью исправления положения головки. Он приводит предложение Смелли (Smellie) и Данейо (Danauau) переводить затылок кпереди при задних видах затылочного вставления. При этом совершается поворот головки щипцами едва ли не на 180° . А. Я. Крассовский считал этот способ крайне опасным и советовал выводить в таких случаях головку в заднем виде.

Он склонялся к мысли, что неправильные позиции нередко обуславливаются неправильностями конфигурации головки или неправильностями таза. Исправлять в подобных случаях позицию значит насильно изменять то, что обусловлено сущностью данного таза, и тем самым не улучшать, а ухудшать положение вещей.

Как уже указывалось, Н. Н. Феноменов возражал против употребления щипцов с тем, чтобы изменить положение головки. Он отвергал все те приемы, когда после размещения ложек и перед тем, как начать извлечение, исправляют положение головки. При незавершенном повороте головки в переднем и заднем виде задача акушера должна состоять, по Н. Н. Феноменову, только в том, чтобы извлекать головку и по мере самостоятельно происходящих поворотов ее не мешать, а содействовать этим поворотам.

Н. Н. Феноменов также решительно возражал против применения способа Ланге (Lange) и Сканцони (Scanzoni), при котором перед извлечением производят искусственный поворот головки щипцами.

В случае незавершенного поворота головки при переднем виде затылочного вставления Н. Н. Феноменов считал целесообразным вводить сначала ту ложку, которая должна быть размещена в переднем отделе таза, так как накладывать ее несколько труднее. После замыкания щипцов и пробного влечения переходят к извлечению соответственно тому направлению, в каком отделе таза находится головка. По мере самостоятельного поворота головки ему способствуют в процессе самого влечения, а также временно размыкают щипцы при потуге.

При задних видах с незавершенным поворотом затылком кзади и косым направлением стреловидного шва Н. Н. Феноменов рекомендовал накладывать ложки в косом размере таза, противоположном направлению стреловидного шва так, чтобы они легли на головку в поперечном ее размере. Вслед за этим производят только так называемые неподвижные влечения. Очевидно, при этом головка будет поворачиваться вместе с щипцами или в щипцах в том направлении, в котором наиболее выгодны пространственные отношения в каждом данном случае. Весьма вероятно, что извлечение головки щипцами произойдет в заднем виде — подобно тому, как произошло бы в данном случае и при самопроизвольных родах. Этому повороту головки и следует способствовать щипцами по ходу извлечения.

Н. Н. Феноменов указывал, что иногда при заднем виде затылок при извлечении начинает поворачиваться не кзади, а клереди. И в этих случаях не надо мешать повороту. Когда головка станет стреловидным швом в

поперечном размере таза, ложки будут находиться в прямом, что крайне неудобно. Если и далее продолжать извлечение, то верхушки щипцов окажутся обращенными в сторону крестца, что еще хуже. Здесь, по мнению Н. Н. Феноменова, очевидны преимущества прямых щипцов, которые можно не снимать, несмотря на происходящее вращение головки. Щипцы же с тазовой кривизной необходимо снять, если они совпадают с прямым размером таза, и вновь наложить, как при переднем виде.



Рис. 59. Полостные щипцы. Затылочное вставление, первая позиция, передний вид. Стрелка показывает блуждание ложки.



Рис. 60. Полостные щипцы. Затылочное вставление, вторая позиция, передний вид. Стрелка показывает блуждание ложки.

Впрочем, замечает Н. Н. Феноменов, полное вращение затылка вперед совершается незадолго до прорезывания, когда головка стоит уже главным образом в мягких тканях родового канала. Поэтому можно удовлетвориться эффектом, уже достигнутым щипцами, и вывести головку ручными приемами.

Техника операции наложения полостных щипцов, предложенная и обоснованная Н. Н. Феноменовым, в основных чертах была принята всеми русскими акушерами.

Вместе с тем большинство акушеров указывает, что при косом положении головки в полости таза возникает затруднение во введении и расположении ложки, предназначенной для передне-боковой части таза, так как здесь головка более плотно соприкасается со стенкой таза, чем в задне-боковой. Чтобы избежать указанного затруднения, предложено ложку, предназначенную для передне-боковой части таза, вводить в поперечном размере его

или даже в задне-боковую часть таза, а затем уже перемещать в передне-боковую часть таза путем блуждания до 90° . Ложку переводят осторожным движением внутренней руки. Рука, удерживающая рукоятку ветви щипцов, содействует блужданию ложки в нужном направлении (рис. 59, 60, 61 и 62).

М. А. Колосов считает операцию по Н. Н. Феноменову, хотя и правильной, но довольно трудной. Он считает возможным иногда упростить ее, размещая ложки в поперечном размере таза, хотя они ложатся на головку



Рис. 61. Полостные щипцы. Затылочное вставление, первая позиция, задний вид. Стрелка показывает блуждание ложки.



Рис. 62. Полостные щипцы. Затылочное вставление, вторая позиция, задний вид. Стрелка показывает блуждание ложки.

наискось. Если теперь, не сжимая сильно рукояток, производить влечения, то головка повернется сама в щипцах, установившись стреловидным швом в прямом размере таза.

М. С. Малиновский несколько изменяет технику операции при затылочном вставлении с незавершенным поворотом стреловидного шва в прямой размер. Он рекомендует первой вводить левую ложку. При этом и левую, и правую ложку вводят вначале несколько кзади. Одну из ложек (при первой позиции переднем виде — левая, при второй — правая) оставляют на месте, другую же — переводят по головке кпереди на 90° . Пробное влечение, по мнению М. С. Малиновского, должно быть вместе с тем вращательным, но чисто вращательного движения без влечения следует избегать.

При незавершенном повороте головки в заднем виде М. С. Малиновский также считает необходимым во вре-

мя пробного влечения производить вращение головки щипцами с целью перевода ее затылком кзади.

К. К. Скробанский писал, что задача извлечения плода при незавершенном повороте головки заключается в том, чтобы, во-первых, извлечь головку и, во-вторых, повернуть ее затылком под лоно. При задних видах с незавершенным еще поворотом он рекомендовал или помочь щипцами повороту затылка под лоно, или извлечь головку в заднем виде.

Г. Г. Гентер решительно возражал против каких бы то ни было искусственных вращений головки и ставил задачей акушера только извлечение и следование за самопроизвольными поворотами головки.

П. А. Белашапко и И. И. Яковлев также высказываются против предварительного вращения головки и перевода стреловидного шва из косого в прямой размер. Они считают необходимым сочетать влекущее и вращательное движение, сообразуясь с тем, какое движение проделывает головка, и содействуя этому движению. Однако если головка стоит в полости таза и не завершила поворот в задний вид, указанные авторы, при известных условиях, не отвергают применения способа Ланге или Сканцони.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин требуют полного отказа от каких бы то ни было насильственных вращений головки.

Н. А. Цовьянов отмечает, что при незавершенном повороте головки в переднем и заднем виде затылочного вставления встречаются известные затруднения при введении передней ложки, идущей в сторону симфиза; поэтому лучше вводить ее первой. Если первой будет введена правая ложка, то уже после введения второй ложки ветви следует перекрестить. Н. А. Цовьянов указывает, что этот перекрест, вопреки ожиданиям, происходит без особых затруднений.

Н. А. Цовьянов обращает также внимание на важность совпадения проводной точки головки, которой при затылочном вставлении является малый родничок, с плоскостью замка. Акушеры-практики, по его мнению, не всегда выполняют это требование. В результате неправильного положения щипцов влечения нельзя производить в нужном направлении, углубление крестцовой впадины не используется, головка упирается в заднюю поверхность симфиза. Это ведет к применению большей

силы при извлечении, а в некоторых случаях поступательное движение головки вообще прекращается.

Для того чтобы при наложении полостных щипцов правильно захватить головку, Н. А. Цовьянов советует рукоятки при размещении ложек и замыкании отвести несколько в сторону от средней линии в направлении на малый родничок. Такое же положение щипцов надо сохранить при влечениях, отнюдь не переводя рукоятки к средней линии. Влечения производят в сторону и несколько кзади (книзу). По мере низведения головки следует содействовать повороту ее затылком кпереди. С переходом стреловидного шва из косога размера полости в прямой размер выхода таза рукоятки щипцов все более и более приближают к средней линии и направляют теперь несколько кпереди (кверху), как это бывает всегда при выходных щипцах.

Н. А. Цовьянов отмечает, что у акушеров обычно существует боязнь вращения головки вместе со щипцами, связанная с возможностью травмы родовых путей. Он описывает свой способ этого вращения. Предвидя поворот головки вместе со щипцами, надо предварительно отвести рукоятки в сторону от средней линии в том направлении, куда обращена передняя (верхняя) поверхность рукояток. Такое отведение рукояток необходимо для того, чтобы вращение их не отражалось на положении ложек щипцов, находящихся на головке. Щипцы не следует вращать вокруг оси, проходящей через рукоятки, а вокруг оси, проходящей через проводную точку головки. Чтобы создать такое вращение, следует, сохраняя рукоятки отведенными в сторону, описать ими часть круга. Диаметр этого круга будет равен примерно 40 см. Следствием такого вращения рукояток будет и вращение ложек вместе с головкой. Однако радиус вращения ложек будет очень незначителен. Он равен всего лишь половине диаметра окружности головки. Ложки щипцов при этом остаются тесно прилегающими к головке, и опасность ранения ими мягких тканей родовых путей устраняется (рис. 63).

В исходе вращения щипцов из заднего вида в передний тазовая кривизна своей выпуклостью будет обращена к симфизу, а рукоятки щипцов — несколько кзади. Н. А. Цовьянов считает, что такое положение щипцов практически не создает затруднений, хотя тазовая кри-

визна их не совпадает с проводной линией таза. Влечения могут быть продолжены до тех пор, пока рукоятки щипцов, направляемые при этом кзади (книзу), не упрутся в промежность. Это происходит в тех случаях, когда часть головки показывается из половой щели, после чего щипцы снимают и вновь накладывают, как при переднем виде.

Н. А. Цовьянов указывает, что в некоторых случаях головка, стоящая в заднем виде с незавершенным пово-

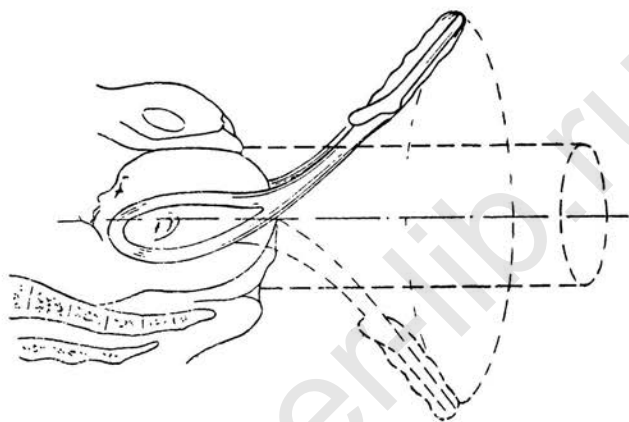


Рис. 63. Вращение щипцов при заднем виде затылочного вставления по Н. А. Цовьянову.

ротом затылка кзади, обнаруживает наклонность повернуться затылком не кпереди, но полностью кзади, а затем уже перейти в передний вид противоположной позиции. Таким образом, путь вращения головки определяется в 225° . Такому вращению головки акушер также не должен препятствовать и не должен настаивать на более коротком повороте в передний вид существующей позиции.

Наконец, Н. А. Цовьянов отмечает, что на практике могут встретиться случаи начальных стадий перехода стреловидного шва из поперечного размера в косой с затылком, поворачивающимся кзади. Стреловидный шов занимает среднее положение между поперечным и косым размерами таза. В таком случае возможны два вида расположения ложек: или в косом размере, но противоположном направлении стреловидного шва, или в том

же косом размере. В первом случае головка при влечениях вынуждена переходить в задний вид, что нежелательно. Во втором случае, хотя головку захватывают в прямом размере — через лоб и затылок, — но при влечениях она легко переводится в передний вид. При прорезывании головки щипцы обычно будут находиться несколько в косом размере.

По наблюдениям Н. А. Цовьянова, второй способ значительно облегчает выполнение операции и меньше травмирует роженицу и плод.

Видоизменение техники операции наложения полостных щипцов, по Н. А. Цовьянову, требует клинической проверки. Что касается выведения головки с верхушками ложек, обращенными кзади, то вряд ли этот прием безопасен.

Входные щипцы — Forceps major (Applicatio forcipis in introitu pelvis)

Затылочное вставление. Положение головки, находящейся во входе в таз, когда ее наибольшая окружность совпадает или почти совпадает с плоскостью входа (головка, как говорят, вколотилась и стоит неподвижно), определяется следующими данными: стреловидный шов проходит или в поперечном размере входа в таз, или несколько в косом, соответственно предстоящему образованию переднего или, значительно реже, заднего вида. Ведущей точкой может быть малый родничок, но нередко сгибание головки во входе в таз не завершается, и малый родничок еще не занимает положение по проводной линии таза, хотя и стоит несколько ниже большого родничка.

Технику операции при таком положении головки описывают довольно различно. Впрочем, это различие касается исключительно способа размещения ложек на головке плода.

Н. М. Максимович, как уже указывалось, считал нужным и возможным, пользуясь прямыми щипцами, расположить ложки в прямом размере таза, захватить головку в поперечнике.

Д. И. Левитский, пользуясь щипцами с тазовой кривизной, наоборот, советовал расположить ложки в поперечном размере таза через лицо и лоб плода.

Г. И. Кораблев не рекомендовал ни тот, ни другой способ наложения щипцов. Он предлагал располагать ложки в косом размере таза и косо на головке с тем, чтобы по мере ее поступательных и вращательных движений переложить щипцы в более благоприятное положение.

Г. И. Кораблев обращал внимание на важность использования крестцовой впадины для успешного продвижения головки из входа в полость таза, советуя производить сильное давление на щипцы в области замка по направлению кзади.

А. Я. Крассовский не выделял технику наложения входных щипцов, считая, что в этих случаях операция производится по тем же правилам, что и при головке, находящейся в полости таза.

Н. Н. Феноменов в первом издании своего оперативного акушерства в 1892 г. писал, что ложки надо размещать в поперечном размере таза. В последующем он отказался от такого размещения и писал: «Я принципиально накладываю щипцы на поперечный размер головки. Если же при размещении ложек и замыкании оказывается, что ложки с большим удобством располагаются несколько в косом размере, я оставляю их в этом положении».

Влечения производят возможно более кзади (книзу), в результате чего головка опускается в полость таза. При этом она совершает то или иное вращательное движение, которому не следует мешать. С этой целью полезно повторно размыкать щипцы и даже изменять размещение ложек на головке, если они становятся близко к прямому размеру таза.

М. А. Колосов советует для облегчения первых влечений, имеющих целью низведение головки в полость таза, захватывать рукоятки в области замка правой рукой и производить ею давление кзади. Таким приемом удастся иногда сдвинуть головку из входа в верхнюю часть полости таза и тем самым облегчить дальнейшее извлечение.

М. С. Малиновский считает, что лучше вводить обе ложки со стороны крестцово-подвздошного сочленения и затем уже переместить их на 45° в боковые отделы таза. В конечном итоге они будут расположены в поперечном размере таза через лоб и затылок плода. С целью преодолеть трудности, связанные с направлением проводной

линии таза во входе, М. С. Малиновский считает возможным применить тракции по Озиандеру.

В. С. Груздев считал возможным разместить ложки в поперечном размере таза независимо от положения стреловидного шва.

К. К. Скробанский также советовал размещать ложки в поперечном размере таза и производить влечения по Озиандеру до тех пор, пока головка не опустится в полость таза.

Н. А. Цовьянов считает, что ложки следует располагать в одном из косых размеров таза. Поскольку головка чаще всего устанавливается во входе стреловидным швом в поперечном размере таза, ложки лягут на нее косо. Если перевод ложек в косой размер таза почему-либо затруднен, можно оставить их в поперечном размере, располагая на головке через лоб и затылок.

Для большей прочности захвата головки надо, чтобы верхняя половина ложек находилась под прямым углом к стреловидному шву и в то же время перпендикулярно ко входу в таз. При таком положении ложек рукоятки щипцов будут направлены кзади (книзу) и в то же время косо — к одному из бедер роженицы. Влечения при входных щипцах отличаются своеобразием и некоторой сложностью, которые следуют из механизма рождения высоко стоящей головки. Чтобы свести головку в полость таза, влечение должно слагаться из трех движений, взаимодействующих в определенной последовательности и как бы дополняющих одно другое. Вследствие того что вначале должна опуститься в таз теменная кость, находящаяся позади симфиза, первое движение должно вызвать боковое сгибание головки. Это достигают действием на боковые крючки рукояток в направлении от одного крючка к другому, в сторону крестцовой впадины. Второе и главное движение способствует опусканию головки в полость таза. Его осуществляют давлением среднего пальца правой руки, заложенного между ветвями над замком, в направлении кзади (вниз). Третье движение производят левой рукой, и оно заключается в противодействии опусканию рукояток и отхождению их к средней линии.

Новый усовершенствованный способ захватывания щипцов по Н. А. Цовьянову и особенности его применения были описаны выше.

Высокие щипцы (Forceps alta)

Если головка вставилась во вход только малым сегментом или находится над входом в таз, прижата к нему или подвижна, операцию наложения щипцов в настоящее время, за крайне редким исключением, не производят. При таком положении головки стреловидный шов расположен одним из косых или в поперечном размере таза. Головка лишь немного согнута и малый родничок еще не совпадает с проводной линией таза; ведущая точка головки расположена между большим и малым родничком.

Техника операции высоких щипцов в основных чертах совпадает с описанной для входных щипцов.

А. Г. Дмитриев полагал, что лучше всего захватить головку в одном из косых размеров.

А. Ф. Пальмов изучал значение способа наложения ложек при 112 операциях и пришел к заключению, что косое наложение ложек более выгодно. При этом способе потеря детей вдвое меньше и в $1\frac{1}{2}$ раза реже повреждения у рожениц. По его мнению, техника влечения высокими щипцами в деталях не может быть уложена в определенные рамки и всегда останется делом индивидуального искусства акушера. Вначале влечения следует производить кзади (книзу). Самое главное—это способность чутко воспринимать впечатление от того сопротивления, которое встречает головка, и тех обходных движений, которые она при этом проделывает. Сообразуясь с этим, акушер дает то или иное направление влечениям и прилагает ту или иную силу.

М. С. Малиновский советует накладывать ложки в поперечном размере таза через лоб и затылок, хотя это и имеет невыгодные стороны.

Щипцы при теменном (передне-головном) вставлении

Теменное вставление является первой степенью разгибательного положения головки, которая вставляется во вход в таз в прямом или почти в прямом своем размере. Ведущей точкой головки является большой родничок.

Следует подчеркнуть две особенности этого вставления. Первая — нестойкость его и возможность сгибания головки по мере прохождения через родовой канал и превращение теменного вставления в затылочное. Вторая

особенность — образование, как правило, заднего вида (спинка и затылок кзади).

Н. Ф. Толочинов, не останавливаясь в подробностях на технике операции наложения щипцов при теменном вставлении, возражал против насильственного перевода головки из заднего вида в передний по способу Ланге или Сканцони.

Подробно описывает операцию наложения щипцов при теменном вставлении М. С. Малиновский. Он полагает, что задачей акушера должно быть, как и всегда, следование механизму рождения соответственно имеющемуся положению головки. М. С. Малиновский решительно возражает против насильственного перевода заднего вида в передний, при этом он ссылается на слова В. С. Груздева, что «при таких попытках можно в буквальном смысле свернуть шею плоду».

Поскольку проводной точкой является большой родничок, замыкание щипцов при завершеном или почти завершеном повороте головки М. С. Малиновский советует производить с относительно поднятыми рукоятками, чтобы не получить еще большего разгибания головки. Ложки располагают на головке через область — большой родничок, уши.

Влечения в узкой части полости и в выходе таза направлены вниз (горизонтально) и несколько кпереди (кверху, на лицо акушера, сидящего на стуле). Это направление сохраняют до тех пор, пока под симфизом не окажется переносица. Затем акушер встает слева от роженицы, захватывает щипцы около замка и делает влечения кпереди (кверху), чтобы возможно больше согнуть головку и тем самым вывести затылок из-за промежности. Как только это произошло, подзатылочная область головки ложится на край промежности. После этого рукоятки щипцов отводят кзади (книзу), головку разгибают, и из-под симфиза рождается личико.

Если головка стоит еще в полости таза и поворот ее не завершено, следует поступить так, как это делают при заднем виде затылочного вставления.

М. А. Колосов считает операцию при теменном вставлении технически трудной. Если врач не является специалистом-акушером, то следует производить краниотомию.

Технике операции при теменном вставлении уделяют значительное место П. А. Белошапко и И. И. Яковлев.

Наложение шипцов на головку, находящуюся в полости таза, должно исходить из особенностей положения несогнутой головки. Эта особенность есть «коррекция шипцов в отношении головки, сдвигание ложек шипцов с помощью отклонения рукояток». П. А. Белошапко и И. И. Яковлев полагают, что шипцы, наложенные на разогнутую головку, своими верхушками упираются в шейные сосуды плода, и советуют перед замыканием шипцов отвести рукоятки резко в сторону затылка. После отведения рукояток ложки располагаются на головке по оси затылок — подбородок. Теперь шипцы замыкают и ложки плотно охватывают головку. Прежде чем перейти к влечениям, рукоятки шипцов переводят в нормальное положение и это влечет за собой некоторое сгибание головки. Затем переходят уже к влечениям. По ходу их вращают шипцы и головка заканчивает поворот, становясь стреловидным швом в прямой размер таза, а большой родничок будет обращен кпереди.

При теменном вставлении обычно большой родничок поворачивается к симфизу, вследствие чего возможны два вида извлечения головки: 1) сохранить теменное вставление и подвести под симфиз *glabella* или передний угол большого родничка; 2) перевести задний вид в передний. Последнее не всегда возможно, особенно при плоском тазе, в таком случае следует применить способ Ланге или, лучше, Сканцони.

Надо полагать, что предлагаемое П. А. Белошапко и И. И. Яковлевым сгибание головки с целью перевода теменного вставления в затылочное нецелесообразно, так как при этом насильственно и быстро нарушается сложившаяся уже конфигурация головки, свойственная теменному вставлению.

Г. Г. Гентер считает, что операцию при теменном вставлении следует выполнять по типу заднего вида затылочного вставления, с той разницей, что под нижний край симфиза подводят не большой родничок, а *glabella*.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин возражают против поворота головки в передний вид.

Таким образом, большинство акушеров справедливо полагает, что при теменном вставлении следует только извлекать головку, а не изменять ее положение и не мешать тем движениям, которые она сама будет проделывать.

вать соответственно механизму рождения. В выходе таза головка подходит под нижний край симфиза областью glabella, продельывает дополнительное сгибание, в результате чего из-за промежности рождается затылок. Затем следует разгибание головки и рождение лба и лица из-под симфиза.

Щипцы при лобном вставлении

Лобное вставление представляет собой вторую степень разгибательного положения головки. Ведущей точкой является лоб. Этот вид вставления худший из всех видов разгибательных положений головки, так как при нем создаются самые неблагоприятные пространственные соотношения между головкой и тазом.

Лобное вставление неустойчиво может измениться и при дальнейшем разгибании головки превращается в более благоприятное — лицевое. При лобном вставлении, как правило, образуется задний вид (спинка и затылок кзади).

Ввиду того что лобное вставление ведет к значительному несоответствию таза и головки, операция наложения щипцов вряд ли допустима. А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов, Н. Ф. Толочинов, Н. И. Побединский, А. П. Губарев, В. С. Груздев, М. А. Колосов, М. Л. Выдрин, К. К. Скробанский вообще не описывают технику операции при лобном вставлении.

П. А. Белошاپко и И. И. Яковлев сообщают об этой операции в главе о полостных щипцах при узком тазе. Ложки, по их мнению, должны быть наложены верхушкой в сторону лба. Если головка стоит лобным швом в одном из косых размеров таза, то ложки следует располагать в противоположном размере, верхушками к лицу, через лобные бугры и переднюю часть теменных костей — в сторону передней половины шеи плода. После наложения ложек, не замыкая их, нужно отклонить рукоятки возможно больше в сторону малого родничка. В результате этого отклонения рукояток ложки сместятся на головке, верхушки их отойдут в сторону подбородка, и будет захвачен большой участок теменных костей. Щипцы теперь замыкают и ставят в нормальное положение, что ведет к некоторому сгибанию головки. При прорезывании ее необходимо выполнить два движения: первое — руко-

ятки кпереди (кверху), чем достигают сгибания головки и освобождения из-за промежности темени и затылка; второе — рукоятки кзади (книзу), чем достигают разгибания головки и освобождения из-под симфиза лица.

Г. Г. Гентер допускал возможность операции только при задних видах лобного вставления (спинка кзади), и то как пробной операции. Ложки располагают на поперечнике головки. Влечения производят кпереди (кверху), чтобы вывести темя и затылок из-за промежности, затем влечениями кзади (книзу) выводят лицо из-под симфиза.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин рекомендуют сделать попытку расположить ложки в двутеменном размере головки, что, однако, не всегда удается. Чаще они располагаются впереди ушей и только заднее ребро ложки ложится на ухо, а верхушки направлены к шее плода. Сильными влечениями кзади (книзу) область орбит подводят под нижний край симфиза, затем рукоятки переводят кпереди (кверху) и из-за промежности рождается темя и затылок. Рукоятки снова отводят кзади (книзу), чтобы вывести лицо из-под симфиза. Если вывести затылок не удастся, можно попробовать вывести сначала из-под симфиза все лицо.

Таким образом, лобное вставление служит противопоказанием к операции наложения щипцов. В случае, если ее и предпринимает опытный акушер при заднем виде лобного вставления (спинка кзади), то вряд ли следует прибегать к использованию щипцов как инструмента, сгибающего головку. Больше оснований, наложив щипцы, только извлекать головку, тем более что лобное вставление может переходить скорее в разгибание (лицевое вставление), чем в сгибание (теменное вставление).

Щипцы при лицевом вставлении

Лицевое вставление представляет собой крайнюю степень разгибательного положения головки. Полное разгибание происходит при вставлении головки во вход в таз, но иногда образуется и в нижележащих отделах таза как результат перехода из лобного. Ведущей точкой является подбородок. Опознавательным признаком положения головки служит направление средней линии лица, идущей через лобный шов, нос, рот, подбородок.

Хотя лицевое вставление и является результатом еще большего разгибания головки, чем лобное, тем не менее пространственные отношения между головкой и тазом здесь более благоприятны, чем при лобном вставлении.

При лицевом вставлении, как и при всех видах разгибательных положений головки, почти всегда образуется задний вид (спинка и затылок кзади) ¹.

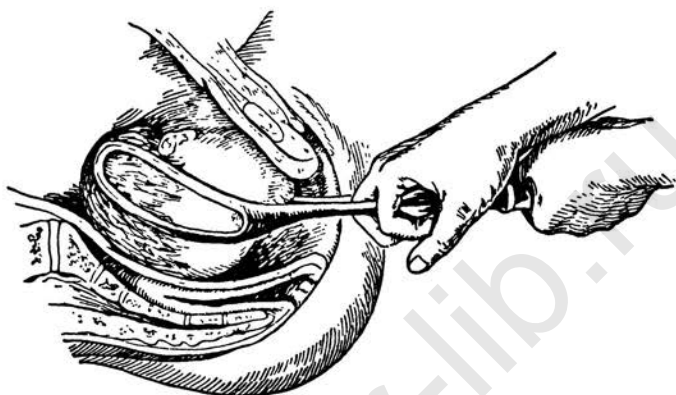


Рис. 64. Влечения при заднем виде лицевого вставления в полости таза по Н. Н. Феноменову.

Уже Г. И. Кораблев подробно описал технику операции при лицевом вставлении, считая ее выполнимой только при обращенном кпереди подбородке.

А. Я. Крассовский допускал в исключительных случаях и наложение щипцов при заднем виде лицевого вставления и подробно изложил технику операции.

По Н. Н. Феноменову, при заднем виде лицевого вставления (спинка и затылок кзади) крайне важен правильный захват головки. Головная кривизна ложек должна пройти через бугры теменных костей, область уха и скулы. С этой целью при замыкании ветвей необхо-

¹ Некоторые акушеры обозначают вид при лицевом вставлении по расположению подбородка, а не затылка и спинки. Исходя из общего определения: видом называется отношение спинки плода к передней или задней стороне тела матки (если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде, а если кзади, — о заднем), нет достаточных оснований делать исключение из этого правила для лицевого вставления.

димо отвести кпереди (приподнять) рукоятки, так как основной массив головки лежит в крестцовой впадине. После замыкания рукоятки щипцов отводят кзади (опускают) и производят влечение в направлении косо-кзади (книзу), а затем вниз (горизонтально) (рис. 64). В этом направлении влечение продолжают до тех пор, пока подбородок прорежется из-под лонной дуги и под нижний

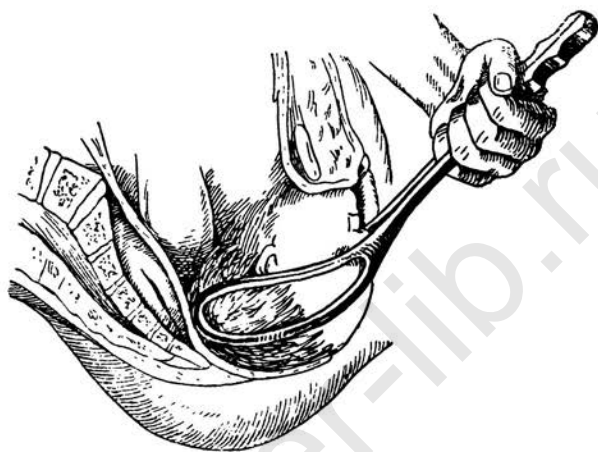


Рис. 65. Влечения при заднем виде лицевого вставления в выходе таза по Н. Н. Феноменову.

край симфиза подойдет часть передней поверхности шеи. Теперь рукоятки щипцов следует постепенно поднимать косо кпереди (вверх) и, потягивая за них, описать дугу в направлении на живот роженицы (рис. 65). При соблюдении указанных направлений влечений головка прорежется в вертикальном размере.

Если головка находится еще в полости таза и лицевая линия расположена в одном из его косых размеров, то здесь Н. Н. Феноменов советовал поступать так же, как и при затылочном вставлении с незавершенным поворотом. Поскольку ведущей точкой при лицевом вставлении является подбородок, рукоятки и замок щипцов должны находиться с ним в одной плоскости. Ложки располагают по оси подбородок — затылок и производят только влечения. По мере опускания головки и перехода лицевой ли-

нии из косо́го размера таза в прямой щипцы следуют за этим движением и содействуют ему.

Н. Н. Феноменов считал недопустимым наложение щипцов при переднем виде лицевого вставления вследствие почти неизбежных серьезных повреждений роженицы и почти всегда смертельного исхода операции для плода. Он решительно возражал против применения способа Ланге или Сканцони.

Во всех последующих работах подчеркивалась недопустимость операции при переднем виде лицевого вставления и искусственного вращения головки из переднего в задний вид. Не следует производить операцию, если головка не опустилась еще в полость таза.

Техника операции при лицевых вставлениях, разработанная в свое время Н. Н. Феноменовым, является общепринятой.

Щипцы при низком поперечном стоянии головки

При низком поперечном стоянии головка в узкой части полости или в выходе таза расположена так, что ее продольный размер совпадает с поперечным размером таза. Вращения головки на $90-45^\circ$, присущие второму моменту механизма рождения ее, в таких случаях не происходит.

Низкое поперечное стояние головки иногда сопровождается разгибанием ее вплоть до образования лицевого вставления.

подавляющее большинство акушеров считает возможным наложение щипцов при низком поперечном стоянии головки только при затылочном, теменном и лицевом вставлениях.

А. Я. Крассовский рекомендовал располагать ложки в косом размере таза, через бугор теменной кости и через противоположную половину лобной. В случае неудачи такого размещения следует наложить ложки в поперечном размере таза, через лоб и затылок.

При влечениях обычно происходит поворот головки и стреловидный шов переходит в один из косых размеров таза. После этого ложки снимают и накладывают вновь в поперечном размере таза. При последующих влечениях уже завершается поворот головки в щипцах и затылок обращается кпереди.

В случае поперечного стояния головки при лицевом вставлении лучше разместить ложки в поперечном размере таза, наложив их через подбородок и лоб.

Н. Н. Феноменов считал, что при поперечном стоянии головки в полости таза накладывать щипцы без крайней необходимости не следует; желательно выждать, пока стреловидный шов хотя бы немного перейдет в один из косых размеров. Этот переход свидетельствует о том, что главнейшая задача — конфигурация головки, необходимая в данном случае, почти закончена и извлечение теперь уже не представит затруднений. Повороты головки возникают сами собой по требованию естественного механизма под влиянием одних влечений в том направлении, которое соответствует данному отделу таза.

Если же никакого перемещения стреловидного шва не произошло, а извлечение плода необходимо, приходится наложить щипцы в косом размере таза. Задача операции по Н. Н. Феноменову заключается в том, чтобы, производя влечение, опустить головку глубже по родовому каналу и тем самым дать ей возможность выйти из поперечного размера таза и установиться в наиболее благоприятном положении.

Н. Ф. Толочинов рекомендовал размещать ложки в косом размере таза сообразно позиции плода и с учетом вероятного поворота головки затылком кпереди. Никаких исправляющих движений щипцами производить нет необходимости. При влечениях происходит поворот головки в щипцах или вместе со щипцами. В случае неблагоприятного положения, которое ложки могут занять при этом вращении, щипцы следует снять и наложить вновь.

По мнению А. П. Губарева, ложки следует наложить в одном из косых размеров таза, наиболее близком к прямому, и затем произвести вращение головки щипцами, хотя оно и небезопасно.

М. Л. Выдрин считал, что ложки необходимо накладывать косо, как при косом стоянии головки в переднем виде. При первом же влечении щипцы осторожно поворачивают в поперечный размер таза с целью перемещения малого родничка кпереди.

В. С. Груздев, Н. И. Побединский, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, А. И. Крупский, К. Н. Жмакин придерживаются техники операции, описанной Н. Н. Феноменовым.

Значительно отстывает от этой техники операции М. С. Малиновский. Наложив щипцы в косом размере с верхушками, обращенными к затылку, он рекомендует производить поворот головки щипцами на 45° . После этого щипцы необходимо снять и вновь наложить в косом размере или, что хуже, произвести перемещение ложек в косой размер без снятия щипцов.

П. А. Белошапко и И. И. Яковлев полагают, что если головка расположена в узкой части полости таза или на тазовом дне, то техника операции осложняется тем, что головка уже прошла значительную часть родовых путей и поворот ее не может сочетаться с поступательным движением, а происходит «на месте». Это требует значительного усилия акушера и грозит повреждениями мягких тканей роженицы. Ложки располагают в косом размере таза с верхушками, обращенными к затылку.

При лицевом вставлении и поперечном стоянии лицевой линии ложки располагают сначала в косом размере таза, после чего резким отклонением рукояток в сторону подбородка концы ложек смещают к затылку. Затем рукоятки переводят в нормальное положение, поворачивают головку щипцами подбородком кпереди и производят извлечение по общим правилам.

Н. А. Цовьянов при поперечном стоянии стреловидного шва также рекомендует располагать ложки в косом размере с верхушками, обращенными к затылку. Одна из ложек ляжет около наружного края глазницы, другая — около сосцевидного отростка височной кости. Такое косое расположение ложек на головке не мешает достаточно плотному прилеганию их. Обычно при первом же влечении головка начинает поворачиваться в щипцах и постепенно переходит в прямой размер таза. По мере такого поворота рукоятки щипцов сближаются. По мнению Н. А. Цовьянова, переводить ложки по мере поворота головки для более удобного размещения и приближения захвата к поперечному размеру таза далеко не всегда возможно. Щипцы и головка успевают уже приспособиться друг к другу. Для перемещения ложек в этих случаях потребовалось бы снять щипцы и наложить их вновь, что приводит лишь к излишней травматизации головки плода. Следует продолжать извлечение головки до конца и не смущаться тем, что при выведении головки ложки будут стоять в одном из косых размеров таза,

сама же головка будет расположена стреловидным швом в прямом размере.

Таким образом, техника наложения щипцов при низком поперечном стоянии головки, предложенная отдельными акушерами, различна. Большинство акушеров все же придерживается техники операции, описанной Н. Н. Феноменовым, равно как и разделяет его обоснование этой техники. Они возражают против искусствен-

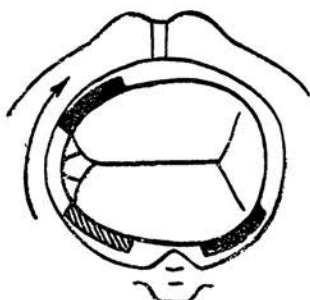


Рис. 66. Низкое поперечное стояние головки. Первая позиция.

Стрелка показывает блуждание ложки.



Рис. 67. Низкое поперечное стояние головки. Вторая позиция.

Стрелка показывает блуждание ложки.

ного поворота головки в заранее определенном направлении и против искусственного сгибания головки с помощью щипцов. При введении и размещении ложек приходится прибегать к блужданию ложки, предназначенной для передне-боковой части таза. При первой позиции блуждать будет правая ложка, при второй — левая (рис. 66 и 67). Все акушеры отмечают, что при низком поперечном стоянии головки прямые щипцы более удобны, чем щипцы с тазовой кривизной.

Щипцы при внеосевом (асинклитическом) вставлении головки

Внеосевое вставление головки характеризуется неравномерным опущением теменных костей во вход в таз. Стреловидный шов или расположен ближе к симфизу, в результате чего задняя теменная кость опущена глубже передней (задне-теменное вставление или задний асинклитизм), или же стреловидный шов расположен ближе

к мысу, в результате чего глубже опущена передняя теменная кость (передне-теменное вставление, или передний асинклитизм).

В зависимости от того, насколько выражено склонение головки, иногда говорят о степенях его. Крайняя степень склонения головки ведет к тому, что образуется так называемое ушное вставление.

Специальная техника операции при внеосевом вставлении, имеющая целью исправление асинклитизма, описывается только применительно к пользованию прямыми щипцами и будет изложена в соответствующем месте.

Щипцы при высоком прямом стоянии и вставлении головки

Высокое прямое стояние головки характеризуется тем, что головка расположена над входом в таз или прижата ко входу и прямой размер ее совпадает с прямым размером входа; затылок обращен или в сторону симфиза — передний вид (*positio occipitalis pubica*), или в сторону крестца — задний вид (*positio occipitalis sacralis*). Высокое прямое вставление характеризуется тем, что головка плотно вставилась, «вколотилась» во вход в том положении, в котором она находилась при высоком прямом стоянии.

Операция наложения щипцов в этом случае преследует цели: 1) перевести головку из прямого размера в косой и 2) если есть показания к немедленному извлечению, произвести его по правилам, описанным в технике наложения высоких или входных щипцов.

Ложки накладывают на поперечный размер головки в поперечном размере таза с верхушками, обращенными к симфизу, независимо от того, кпереди или кзади обращен затылок. Затем производят поворот головки щипцами до перехода ее в косой размер входа.

В свое время Г. И. Кораблев, описывая высокое прямое стояние головки и называя его «ущемлением головки во входе по длине», предлагал накладывать щипцы в поперечном размере таза, после чего рекомендовал отводить головку кверху и затем уже переводить ее в косой размер.

По мнению А. Э. Мандельштама, при плоском тазе следует производить поворот головки на 90° до перехода

стреловидного шва из прямого в поперечный размер входа в таз. Если же прямой размер входа не сужен, то можно сделать попытку провести головку в полость таза без предварительного вращения ее.

М. Г. Шполянский рекомендует при *positio occipitalis sacralis* вначале произвести обычное влечение и, если оно будет безрезультатно, перейти к повороту головки щипцами.

Все отмечают, что для поворота головки, стоящей в прямом размере входа в таз, наиболее пригодны прямые щипцы.

Щипцы на последующую головку при тазовом предлежании

Уже Н. М. Максимович и Г. И. Кораблев описали операцию наложения щипцов на последующую головку.

А. Я. Крассовский уделил этому виду операции небольшую главу. Он считал, что ручными приемами извлечь головку в большинстве случаев легче, чем инструментами. Если можно предвидеть затруднения в извлечении последующей головки, то не будет ошибкой сразу же прибегнуть к помощи щипцов. Щипцы накладывают из-под туловища плода, захватывая головку в поперечном размере. Если затылок обращен к симфизу, производят влечения кзади (вниз) до тех пор, пока затылок не покажется из-за симфиза. Затем рукоятки приподнимают и переходят к влечению кпереди (вверх). Этим завершается извлечение головки.

Н. Н. Феноменов, а затем и Н. Ф. Толочинов считали наложение щипцов на последующую головку операцией нецелесообразной и исключали ее из практики.

М. С. Малиновский допускает наложение щипцов на последующую головку, если она стоит во входе или в полости таза и выведение ее обычными ручными приемами не удастся. Щипцы вводят из-под туловища плода, а ложки накладывают на головку в поперечном ее размере. Операция опасна, так как легко можно причинить большую травму и роженице и плоду.

Такой же взгляд на эту операцию высказал К. К. Скробанский.

Н. И. Побединский, А. П. Губарев, М. А. Колосов, А. И. Крупский, К. Н. Жмакин операцию наложения щипцов на последующую головку считают ненужной.

Щипцы при тазовом предлежании

Наложение головных щипцов при тазовом предлежании получило известное распространение только после работ И. П. Лазаревича, хотя об этой разновидности операции писали еще Н. М. Максимович и Г. И. Кораблев. Успех операции в значительной мере обуславливался применением прямых щипцов, что подчеркивалось также во всех последующих работах.

Щипцы накладывают только в том случае, если ягодицы установились плотно во входе в таз. Если же они опустились уже в полость таза, то почти всеми признается, что лучше извлекать пальцами, заведенными за паховый сгиб.

И. П. Лазаревич накладывал щипцы через большие вертела бедренных костей. Рука-проводник должна быть введена высоко, пока не достигнет этих костей. Ложку заводят глубоко, захватывая таз выше гребешков подвздошных костей. Влечения производят по общим правилам. Направление их должно соответствовать направлению проводной линии того отдела таза, где расположены ягодицы.

Такой же способ наложения щипцов предлагал Н. Ф. Толочин, хотя он относился к этой операции отрицательно.

А. Я. Крассовский и Н. Н. Феноменов отвергали данную операцию из-за легкости соскальзывания инструмента с ягодиц.

В последнее время Г. А. Бакшт, Н. Н. Петров, В. Д. Кучайдзе, Д. Л. Марголис сообщали об удачных исходах операции при таком же способе ее производства. Г. Г. Гентер, П. А. Белошапко и И. И. Яковлев также рекомендуют накладывать ложки только в таком положении.

Другой способ операции заключается в размещении ложек через крестец и бедра, о чем упоминает М. А. Колосов. Преимущества первого способа наложения ложек достаточно очевидны.

М. С. Малиновский полагал, что операция доступна лишь опытному специалисту. Необходимым условием должно быть нахождение ягодиц по меньшей мере в полости таза. Ложки щипцов следует накладывать так, чтобы они расположились в области *crista os. ilei* и

trochanter major. При расположении ягодиц в прямом размере таза можно наложить ложки через крестец и бедра.

А. И. Крупский и К. Н. Жмакин относятся отрицательно к этой операции и только кратко о ней упоминают.

Техника операции при употреблении щипцов И. П. Лазаревича

Техника операции наложения щипцов, излагаемая самим И. П. Лазаревичем, относится к его щипцам последней модели (1891).

Для введения ложек И. П. Лазаревич рекомендовал захватывать рукоятку так, чтобы выгнутость дуги замка умещалась в ладони; при этом рукоятку следует придерживать большим пальцем, а указательным пальцем упираться в шейку щипцов. Ложку проводят по ладонной поверхности руки-проводника, плотно прижимая к головке.

Размещение ложки на головке будет правильным только при том условии, если по окончании введения рукоятка щипцов расположится по средней линии таза и в то же время будет опущена.

Вторую ложку вводят так же, как и первую.

Если головка завершила поворот и стоит в выходе таза, то ложки следует размещать в поперечном размере таза. Если головка находится еще высоко и стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза, то и здесь можно захватить головку соответственно поперечному ее размеру. Устройство щипцов позволяет разместить верхушки ложек на различной высоте и не препятствует естественным поворотам головки в щипцах.

Особое устройство замка в щипцах И. П. Лазаревича модели 1891 г. требует своеобразного замыкания и захватывания рукояток (рис. 68).

Вначале производят пробное влечение с целью выяснить, хорошо ли захвачена головка и продвигается ли она. Влечения производят во время потуг. Можно содействовать потугам, нажимая на дно матки.

И. П. Лазаревич допускал два вида влечения: 1) неуклонное, по направлению движения головки; 2) враще-

ние головки вокруг продольной или поперечной, редко передне-задней оси.

Направление влечений не обязательно должно следовать воображаемой проводной линии таза. Оно долж-

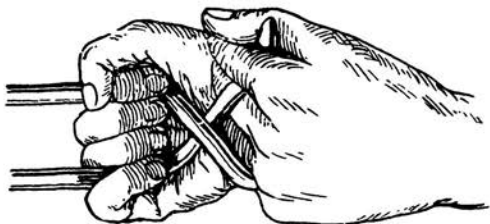


Рис. 68. Способ захватывания рукояток щипцов модели 1892 г. по И. П. Лазаревичу.

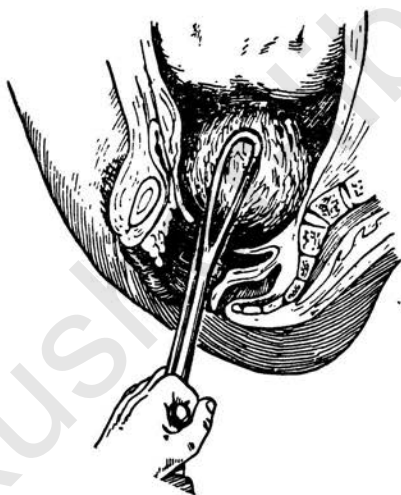


Рис. 69. Щипцы на высоко стоящей головке в поперечном размере таза по И. П. Лазаревичу.

но следовать тем движениям головки, которые она сама проделывает сообразно с действием на нее стенок родовых путей. Это движение головки оперирующий постоянно ощущает посредством мышечного чувства.

При высоком стоянии головки рукоятки щипцов следует опустить, нажимая на промежность и приближая

их к копчику (рис. 69 и 70). Для удобства акушер должен опуститься на колени, и тогда его плечи будут расположены ниже рукояток щипцов. Это дает возмож-



Рис. 70. Щипцы на высоко стоящей головке при переднем виде первой позиции по И. П. Лазаревичу.

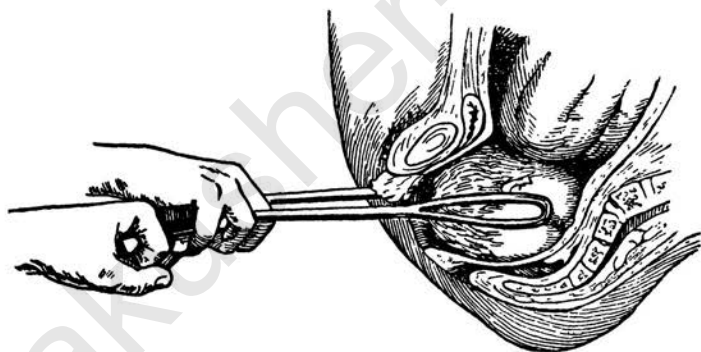


Рис. 71. Щипцы на головке, находящейся в полости таза по И. П. Лазаревичу.

ность производить влечения параллельно передней и верхней части задней стенки таза. Устраняя, таким образом, противодействие передней стенки таза и ущемление головкой мягких частей передней стенки родового канала, акушер затрачивает меньше сил при влечениях.

После вступления головки в полость таза, когда она приближается к копчику, следует делать влечения в горизонтальном направлении (рис. 71). Удобнее производить их, сидя перед роженицей, и тянуть рукоятки на себя.

При прорезывании головки влечения следует производить очень осторожно. При сильных потугах влечения должны быть оставлены.



Рис. 72. Щипцы на головке, находящейся в выходе таза по И. П. Лазаревичу.

Для окончательного извлечения головки и проведения ее над промежностью акушер становится сбоку от роженицы. Он держит щипцы только одной рукой, при этом рукоятки косо подняты (рис. 72). Свободная рука размещена на промежности и поддерживает ее. Лобные бугры надавливают на промежность, что может вызвать разрыв. Во избежание его нужно умеренно опустить рукоятки щипцов: это будет способствовать сгибанию головки и освобождению затылка. Кроме того, полезно обратить рукоятки щипцов к той паховой стороне, к которой обычно совершается наружный поворот головки.

Щипцы должны быть сняты только после рождения всей головки. Выведение головки в щипцах сохраняет целостность промежности.

И. П. Лазаревич останавливался и на частных вопросах техники операции. Он описал особенности ее при некоторых видах вставления головки.

Передний вид первой позиции затылочного вставления при положении стреловидного шва в правом косом размере требует размещения ложек в противоположном размере таза. Правую ложку вводят в правую сторону, после чего пальцами внутренней руки ее переводят кпереди по направлению к подвздошно-лонному бугорку. Левую ложку вводят и размещают несколько кзади возле седалищной вырезки. По мере производства влечений головка сама поворачивается вместе со щипцами, последние переходят в поперечный размер выхода таза. Искусственное вращение головки щипцами прodelьывать нет необходимости.

При второй позиции переводят кпереди левую ложку, а правую — размещают несколько кзади.

Задний вид затылочного вставления требует влечений сначала в горизонтальном направлении, а потом рукоятки щипцов поднимают довольно резким движением. Благодаря такому изменению направления влечений происходит сгибание головки и подбородок приближается к груди. Рукоятки снова опускают до горизонтального положения и лоб, а затем лицо проводят под симфизом.

При низком поперечном стоянии головки ложки размещают в косом размере таза применительно предстоящему повороту затылка кпереди, т. е. при первой позиции в левом косом, а при второй — в правом косом размере таза. Во время влечения следует не только извлекать головку, но и поворачивать щипцы, переводя затылок кпереди.

Высоко стоящая головка обычно расположена так, что стреловидный шов совпадает с поперечным размером таза. Ложки следует разместить в этом же размере. Однако ложку, размещаемую на затылке, надо ввести глубже, чем ту, которая идет на лицо. Тогда последняя ляжет только на лоб, без риска травмировать лицо, в частности глаза. Такое не одинаковое по высоте размещение ложек легко совершить с помощью щипцов последней модели. При пользовании щипцами более старой модели, где такие движения не были возможны из-за устройства замка, требовалось при размещении

ложек отвести рукоятки несколько в сторону затылка, чтобы разместить концы ложек на разной высоте. При введении и размещении ложек необходимо ветвями щипцов возможно более сильно отдавить кзади промежность. Такое же положение щипцов следует сохранить и во время первых влечений, соответственно проводной линии входа в таз. Как только головка вступит в полость таза, направление влечений меняют и совершают их горизонтально.

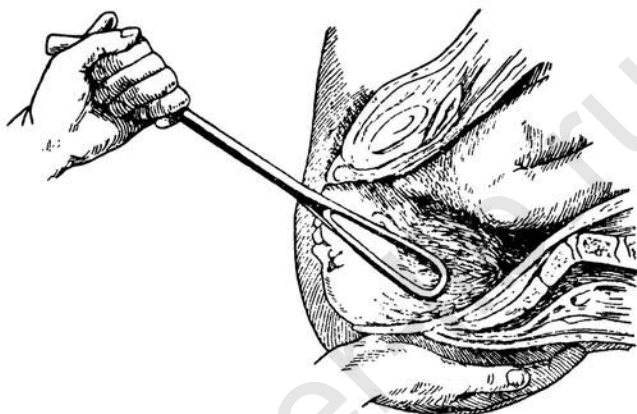


Рис. 73. Щипцы в выходе таза при лицевом вставлении по И. П. Лазаревичу.

И. П. Лазаревич приводит точку зрения Г. Е. Рейна, который считал, что щипцами Лазаревича можно пользоваться при высоко стоящей головке, располагая ложки в прямом размере входа в таз. По мнению И. П. Лазаревича, таким образом щипцы накладывать не следует, так как прямой размер таза самый небольшой, головка в нем наиболее сжата и легко могут возникнуть повреждения мягких тканей родовых путей, особенно расположенных за передней стенкой таза.

Лицевое вставление с расположением лицевой линии в поперечном размере таза также требует разной высоты введения ложек, чтобы разместить одну из них выше, другую — ниже в соответствии с расположением лба и подбородка. Следует обратить особое внимание на то, чтобы во время влечений не сжимать рукоятки и тем самым не сдавливать головку ложками. Направление

влечений должно быть косо-кзади (книзу), пока из-под симфиза не высвободится подбородок. После этого, продолжая влечения, рукоятки постепенно поднимают кпереди (кверху), чтобы вывести из-за промежности лоб (рис. 73).

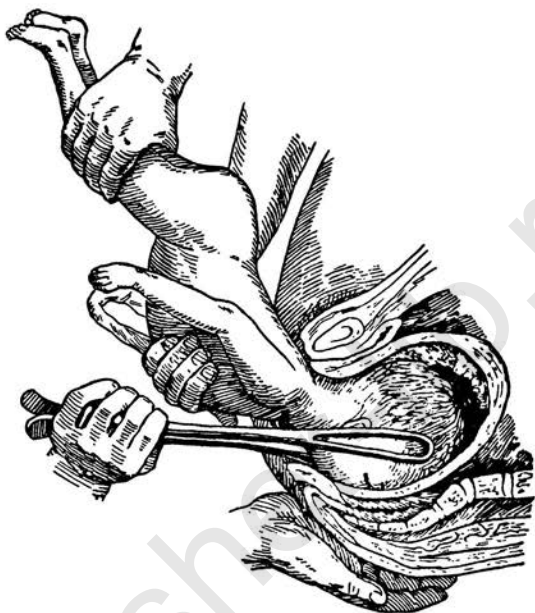


Рис. 74. Щипцы на последующую головку по И. П. Лазаревичу.

Щипцы на последующую головку накладывают, вводя ложки из-под туловища, и размещают их в поперечном размере таза (рис. 74).

При наложении щипцов на ягодицы следует глубоко вводить руку-проводник в родовые пути до тех пор, пока не будет найден большой вертел бедра. Ложки щипцов надо разместить через оба вертела, захватывая таз выше подвздошных гребешков. Влечения производят по направлению проводной линии таза, наблюдая при этом, чтобы ложки не сильно сдавливали плод и в то же время не сползали с места своего размещения (рис. 75).

В. А. Бржезинский, основываясь на очень большом опыте применения щипцов И. П. Лазаревича модели 1887 г. и щипцов И. П. Лазаревича-И. И. Федорова, внес некоторые изменения в технику их наложения.

При расположении головки в выходе таза щипцы накладывают по общепринятым правилам. Надо обратить внимание; чтобы при заключительных влечениях с целью выведения головки не направлять их слишком

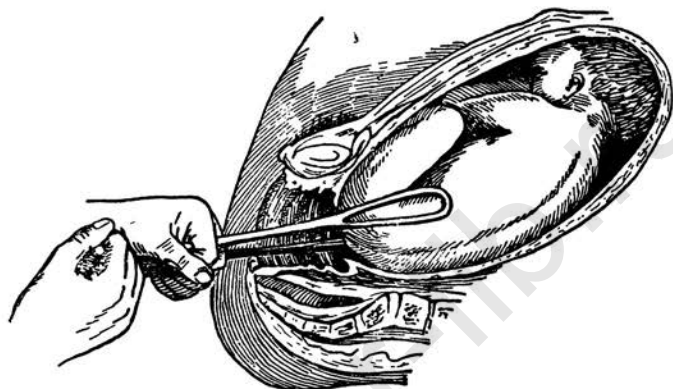


Рис. 75. Щипцы при ягодичном вставлении по И. П. Лазаревичу.

кпереди (вверх) и не слишком приближать рукоятки к животу роженицы. Такое направление влечений и рукояток щипцов может повести к повреждению мягких тканей роженицы ребрами ложек, так как щипцы не имеют тазовой кривизны.

При заднем виде затылочного вставления, когда головка расположена еще в полости таза и не завершила поворота, ложки следует разместить в косом размере, противоположном направлению стреловидного шва. Переходя к влечениям, следует одновременно с ними произвести осторожный легкий поворот щипцов с тем, чтобы перевести головку в передний вид. Если же такое осторожное вращение не ведет к цели и головка имеет склонность перейти окончательно в задний вид, надо прекратить попытки поворота. В таком случае, следуя

щипцами за самостоятельным поворотом головки, необходимо закончить извлечение в заднем виде.

Поперечное положение головки в полости таза требует размещения ложек соответственно поперечному размеру головки. Очевидно, ложки лягут в прямом размере полости таза. Если возникнут трудности для такого размещения ложек, надо ввести первой ту из них, в размещении которой предвидится больше затруднений, или разместить ложки в косом размере таза, приблизив их, насколько возможно, к прямому.

Поперечное стояние головки, обычно наблюдаемое во входе, нередко сопровождается передне- или задне-теменным склонением ее. Это требует особой техники операции. Вводить ложки лучше всего в направлении обеих крестцово-подвздошных сочленений. После введения ложек их следует переместить: одну — в сторону мыса, другую — под симфиз.

Дальнейшее действие будет зависеть от разновидности склонения головки. Если имеется передне-теменное склонение, то заднюю ложку следует завести глубже передней, чтобы головная кривизна ее совпала с кривизной головки. Ложки располагаются на головке на разном уровне и замыкание щипцов невозможно. В таком случае, заднюю ложку постепенно немного извлекают, а переднюю, наоборот, заводят глубже. Такое двойное одновременное перемещение ложек, как правило, ведет к тому, что головка выходит из внеосевого склонения. Задняя теменная кость опускается, а передняя приподнимается. Стреловидный шов теперь располагается посередине между мысом и симфизом и извлечение головки производится по общим правилам. При задне-теменном склонении следует применить те же приемы, но в обратном порядке.

А. Г. Боряковский, описавший несколько случаев наложения щипцов Лазаревича на головку, стоящую в полости таза в заднем виде при незавершенном еще повороте, решительно возражал против насильственного и предварительного перевода головки в передний вид. Вместе с тем он считал полезным содействовать повороту головки при извлечении. Под содействием он понимал сочетанное, одновременное извлечение головки по проводной линии таза и легкое вращательное движение в ту сторону, куда при этом поворачивается головка.

Техника операции при употреблении щипцов Ф. Г. Правосуда

Устройство щипцов Ф. Г. Правосуда требует, по его мнению, некоторых особенностей в технике операции.

По Ф. Г. Правосуду, щипцы следует накладывать всегда на поперечный размер головки, в каком бы отделе таза она ни размещалась.

При затылочном вставлении ложки располагают через виски и щеки, верхушки — около подбородка. Первой вводят ту ложку, которая предназначена для передней половины таза. Ее следует вводить сначала в крестцовую впадину и притом с той стороны, которая ближе к личику. Далее ложку переводят кпереди и обязательно через лицо, так как проведению через затылок иногда мешает шея плода. Если при переводе ложки, через лицо встретятся препятствия, следует ввести ложку глубже. Заднюю ложку кладут напротив передней.

Вводить ложки надо без всякого насилия и в случае затруднения устранить их осторожными движениями рукояток кпереди, кзади, вверх, смотря по надобности.

Влечения не должны быть форсированными. Предпочтительно производить одно непрерывное влечение. Этим устраняют возможность отхождения головки вверх в перерывах между влечениями.

Если стреловидный шов расположен в поперечном размере входа и имеется препятствие со стороны мыса для наложения задней ложки в прямом размере, ее необходимо поместить тотчас сбоку от мыса и притом с того бока, который ближе к личику плода. Влечения следует направлять с отклонением рукояток в сторону затылка, пока теменные бугры не пройдут тазовое кольцо.

При лицевых вставлениях переднюю ложку надо вводить в крестцовую впадину, со стороны лба, и затем переводить через темя.

Переводу ложки в противоположном размере мешает шея плода. Верхушки ложек должны ложиться выше затылка, а сами ложки — располагаться через виски тотчас выше уха.

Техника операции при употреблении щипцов Килланда

Щипцы Килланда следует накладывать, как правило, строго через поперечник головки. Так как щипцы почти не имеют тазовой кривизны, что сближает их с русским типом инструмента, то безразлично, как расположатся ложки в отношении таза.

Для того чтобы представить себе, как расположить щипцы в каждом отдельном случае, рекомендуют поднести их в замкнутом состоянии к половой щели. Верхушки ложек должны быть обращены в сторону проводной точки головки в зависимости от позиции плода и вида вставления. На рукоятках щипцов имеются особые пуговки, расположенные на той же стороне рукоятки, в какую загнуты верхушки ложек. Когда ложки заведены уже в родовые пути, можно без труда узнать по ним, куда обращены верхушки ложек.

При нахождении головки в выходе и в полости таза операцию производят по общим правилам. Если имеется поперечное стояние стреловидного шва или лицевой линии, то ложки располагают путем перевода на поперечник головки в прямой размер таза.

Если головка расположена во входе в таз или над входом его, то возможны два способа наложения щипцов.

Первый способ описан Килландом. Во влагалище вводят два пальца левой руки-проводника. Пальцы должны быть обращены ладонной поверхностью в сторону симфиза (крайняя супинация). Их проводят возможно выше в родовые пути между симфизом и головкой и находят край шейки матки, если он еще имеется. После этого берут переднюю ветвь щипцов за рукоятку и вводят в родовые пути. Будет ли эта ветвь левой или правой, зависит от того, какая имеется позиция. Ложку вводят так, чтобы внутренняя поверхность головной кривизны была обращена не в сторону головки, а в сторону симфиза. Для этого рукоятку вначале отводят несколько кпереди (кверху). Ложку кладут на ладонь руки-проводника и, осторожно скользя по ней, заводят между симфизом и головкой. По мере введения ложки рукоятку щипцов опускают. Пальцы руки-проводника должны следить, чтобы верхушка ложки зашла под

шейку матки, а не пошла в передний свод. Дальнейшее продвижение ложки совершают очень медленно и осторожно, так как верхушка ложки касается передней стенки нижнего отдела матки. Наконец, между симфизом и головкой окажется самая узкая часть шейки щипцов. Рукоятка лежит при этом на промежности и даже несколько отдавливает ее. Дальнейшее продвижение ложки прекращают. Наступило время для того, чтобы повернуть ложку на 180° , обратив головную кривизну ложки к головке плода. Крайне важно произвести этот поворот ложки очень осторожно и с таким расчетом, чтобы загнутая верхушка ложки шла сразу в сторону головки. Пуговка на рукоятке щипцов указывает, куда обращена загнутая вверх верхушка ложки. Следовательно, далеко не безразлично, как поворачивать ложку: по часовой стрелке или против нее. Выбор направления поворота связан с позицией головки. Так, при первой позиции сначала вводят правую, переднюю, ложку (без замка) и поворачивают ее против часовой стрелки. При второй позиции все производят наоборот. После поворота ложек головная кривизна ее лежит, плотно прилегая к головке. Рукоятку щипцов, лежащую на промежности, передают для удерживания помощнику. Вторую ложку—заднюю—вводят под контролем руки-проводника по общим правилам. Ее можно направить сразу посредине крестцовой впадины или вначале ввести несколько вбок, а затем уже перевести кзади. Важно помнить, что заднюю ложку всегда вводят справа от передней (сторона определяется относительно роженицы).

После замыкания щипцов может оказаться, что боковые крючки расположены не на одной высоте, так как имеется внеосевое вставление головки. Ложка, лежащая на той теменной кости, которая глубже опущена в таз, будет расположена ниже. Наоборот, вторая ложка окажется расположенной выше. Такая же разница в положении будет и в отношении боковых крючков.

Влечения направляют по общим правилам в соответствии с проводной линией таза. Руку, производящую влечения, располагают на боковых крючках. Если один из них стоит выше другого, то на этот вышестоящий крючок будет прилагаться большая сила при извлечении. Это обстоятельство заставит вышележащую темен-

ную кость опуститься, и внеосевое вставление переходит в осевое. При передне-теменном вставлении первые влечения должны быть направлены почти вниз (горизонтально) для того, чтобы опустить в таз заднюю теменную кость.

В тех случаях, когда стреловидный шов расположен во входе в таз в косом его размере, щипцы накладывают не в прямом, а в противоположном косом размере. В результате ложки лягут, как и полагается, на поперечник головки.

Второй способ наложения щипцов Килланда заключается в том, что переднюю первую ложку вводят так же, как и при всяких других щипцах, а затем перемещают кпереди путем блуждания ложки. Такой способ почти все русские акушеры считают более безопасным, особенно при перерастяжении нижнего отдела матки.

М. С. Малиновский рекомендует переводить ложку через лицо. Переводу ложек через затылок может мешать шея плода.

При поперечном стоянии головки в выходе или в полости таза наложение щипцов с блужданием ложки становится обязательным.

VII

ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ МАТЕРИ

Оценка операции наложения щипцов, как и всякой другой операции, может быть сделана на основании изучения ближайших и отдаленных исходов вмешательства.

А. БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ

Материалы по этому вопросу приводились в многочисленных отчетах родовспомогательных учреждений. Наряду с этим, за последние годы появилось несколько обстоятельных исследований по исходам операции наложения щипцов, а обобщающие выводы освещались в трудах по оперативному акушерству.

Ближайшие исходы операции можно рассматривать применительно к двум основным осложнениям: травма и инфекция, независимо от их исхода. Материнская смертность должна быть рассмотрена особо.

Травма

Данные о травме родовых путей, имеющиеся в литературе с 1840 по 1890 г., приведены В. М. Михайловым в сводной статистике. На 1 559 операций наложения щипцов разрывы промежности имели место в 30,3%. Разрывы матки на 2 490 операций обнаружены в 0,24%. У 5 рожениц при операции произошло повреждение лонного сочленения.

В. М. Михайлов отмечал, что при наложении щипцов разрывы промежности встречаются в 5 раз чаще, чем при самопроизвольных родах. Однако в число женщин, подвергшихся операции, входит очень большое количество первородящих и притом старых первородящих.

У этих рожениц разрывы промежности вообще наблюдаются значительно чаще. Из этого следует, что 30,3% разрывов промежности при наложении щипцов должны рассматриваться с известной оговоркой.

По данным, опубликованным в 1890—1917 гг., частота повреждений наружных половых органов, влагалища и промежности при операции наложения щипцов была от 19,3% (в числе оперированных первородящих 63,7%, П. Х. Хажинский) до 75,6% (в числе оперированных первородящих 82,6%, С. Т. Виридарский).

А. Ф. Пальмов полагал, что различие в процентах разрывов мягких тканей родовых путей, приводимых в отдельных статистиках, зависит от состояния учета и неоднородной оценки тяжести повреждений.

Отдельно исходы операции наложения высоких щипцов подробно освещены в работах А. Г. Дмитриева и А. Ф. Пальмова. По данным А. Г. Дмитриева, на 163 операции наложения высоких щипцов серьезные повреждения мягких тканей родовых путей отмечены в 21,15%. А. Ф. Пальмов на 192 операции наложения высоких щипцов определяет повреждения мягких тканей в 50%. В числе их были: разрывы промежности — 22,4%; разрезы ее — 11,9%; разрывы шейки — 7,3%; фистулы — 1,1%.

Процент заживления зашитых повреждений первичным натяжением А. Ф. Пальмов определял в 67,6. По данным других авторов, этот процент колеблется от 50 (Я. Н. Полонский), до 88,2 (В. В. Белоруссов).

Из более тяжелых повреждений имеются отдельные указания на разрывы матки (А. Г. Дмитриев, П. Х. Хажинский и др.). В. В. Вертель описал разрыв лонного сочленения при операции.

После 1917 г. появилось большое количество работ, где вопросы травматизма, сопутствующего операции наложения щипцов, освещены значительно шире и глубже.

Н. А. Мельников разработал вопрос о материнском травматизме при 240 операциях наложения щипцов, из которых в 20 случаях наложение высоких щипцов и в 133 — полостных. Травматизм достиг 67%. В 40% отмечены разрывы промежности второй степени. Повреждения шейки матки (без систематического осмотра зеркалами после операции) составили 15%. При полостных

щипцах разрывы промежности имели место в 80% по отношению ко всем видам травмы, а повреждения шейки — в 19%. При высоких щипцах разрывы промежности наблюдались так же часто, как и при полостных, но число повреждений шейки увеличилось в 3½ раза. Операция при узком тазе также ведет к повышенному травматизму.

Следует отметить, что целесообразно осматривать шейку матки после каждой операции наложения щипцов, чтобы обнаружить и зашить разрывы, которые могут быть бессимптомными.

Г. М. Шполянский и В. Н. Александровский провели анализ 356 операций наложения щипцов в клинике Г. Г. Гентера. В 12,9% операций были наложены высокие щипцы. Общее количество повреждений, включая и легкие, составило 91%. У первородящих число повреждений достигло 95%, из которых 2/3 составили разрывы и 1/3 — разрезы. У повторнородящих повреждения имелись в 24,6% при таком же соотношении разрывов и разрезов. Повреждения шейки матки у первородящих имели место в 11,4%, из них в 2/3 случаев были разрывы ее и в 1/3 — разрезы. У повторнородящих было 9% повреждений шейки, причем в подавляющем большинстве случаев это были разрезы ее. Из редких видов повреждений Г. М. Шполянский описал при пользовании щипцами Килланда прободение заднего свода, разрыв лонного сочленения и разрыв шейки матки, проникающий в свод.

М. А. Петров-Маслаков подробно разработал данные 1 153 операций наложения щипцов по Родильному дому имени Снегирева в Ленинграде за 1936—1945 гг. По его данным, повреждения промежности были следующие: разрыв промежности — 31,2%, перинеотомия — 30,7%, эпизиотомия — 9,5%, всего повреждений промежности — 71,4%. В числе этих повреждений было 0,8% разрывов промежности третьей степени. Всем больным было произведено зашивание повреждений промежности.

В 71% было отмечено сращение первичным натяжением. Разрыв шейки обнаружен всего в 2,1% и, кроме того, в 0,3% произведен разрез.

Я. Н. Полонский опубликовал данные по вопросу о непосредственных и отдаленных результатах акушерских операций, где уделит значительное место исходам опе-

рации наложения щипцов. По его сводной статистике на 329 операций всего было 61,79% различных повреждений мягких тканей, из них: разрывы промежности в 43,1%, в том числе в 2,7% разрывы третьей степени, разрезы—в 10,9%, в остальных случаях имели место более легкие повреждения. Заживление ран первичным натяжением отмечалось только в 50%.

Разрывы шейки обнаружены у 9,2% оперированных, но осмотр шейки производился только по показаниям. При высоких щипцах разрывы обнаружены в 13%, при полостных— в 11% и при выходных— в 4,6%.

Я. Н. Полонский отмечал один разрыв матки, который, возможно, связан с операцией. Кроме того, имели место 3 мочеполовых фистулы, которые, по мнению автора, образовались самопроизвольно, и у одной роженицы произошло повреждение крестцово-подвздошного сочленения.

Ф. П. Ханина изучила исходы 540 операций наложения щипцов. Среди оперированных первородящие составили 83%. Общее число повреждений мягких тканей составило 78,9%, в том числе: разрывы промежности 55%, из них разрывы третьей степени 1%, разрывы шейки матки 6,7%. Из более редких повреждений после наложения высоких щипцов отмечены у 4 родильниц симфизиты, у одной родильницы—пузырно-влагалищная фистула. Вопрос о мочеполовых свищах занимает значительное место в литературе, посвященной акушерскому травматизму.

По данным Е. А. Романовской, из 45 женщин, имевших свищи, двум были наложены высокие щипцы, одной—полостные и 18—без указания положения головки в тазу.

М. Г. Гольдштейн приводит сводную таблицу, касающуюся образования акушерских фистул у 295 больных. Число разрешившихся оперативно, по его данным, было от 29,2 до 74,2%, в том числе операция наложения щипцов имела место в среднем у 25,6% больных.

Р. М. Соколовская изучила нарушения лонного сочленения во время беременности и родов у 116 больных, из которых 17 оперированы, в том числе у 7 наложены щипцы: у 4—полостные и у 3—выходные.

К. Н. Жмакин описал у 3 больных тяжелые заболевания периферических нервов: *n. peroneus*, *n. gluteus*

superior, p. obturatorius. Из них двум роженицам были наложены щипцы, и возникшие невриты по всем данным связаны с операцией.

А. А. Георгиевский сообщил о редком переломе таза и множественных разрывах мочевого пузыря при операции наложения щипцов. Г. А. Колпаков описал разрыв матки и отрыв подвздошной кишки от брыжейки.

Как видно из приведенных данных, операции наложения щипцов сопутствует значительно повышенный травматизм по сравнению с самопроизвольными родами. Следует, конечно, учитывать, что операция наложения щипцов не производится без всяких показаний, а они в свою очередь возникают вследствие каких-то особенностей родов. Одно то, что среди оперированных преобладают старые первородящие, уже объясняет повышенный травматизм, отмечаемый в этой группе рожениц.

Помимо того, надо учитывать, что продолжительность родов и, в частности, период изгнания у оперированных значительно больше, чем при нормальных родах. Так, В. М. Михайлов отмечает, что у 78% оперированных период изгнания продолжался свыше 2 часов. По В. В. Белоруссову, П. Х. Хажинскому, Е. С. Лазаревой, средняя продолжительность родов, закончившихся операцией, в 1½ раза больше, чем у неоперированных. Удлинение родов создает неблагоприятные условия для прижатых головкой мягких тканей роженицы. Анемизации и отеки их, доходящие в тяжелых случаях до некроза, создают благоприятные условия для травматизма.

Анатомически узкий таз, нередко ведущий к несоответствию его с головкой, также отмечается как частый спутник родов, закончившихся наложением щипцов: по М. Н. Порошину — в 34%, по В. М. Михайлову — в 20,5%, по С. Т. Виридарскому — в 28%, по Д. С. Чапину — в 39%. Длительное стояние головки во входе, особенно при плоском тазе, создает условия для некротизации тканей с последующим образованием свищей.

Значительная величина головки, наряду с анатомическим сужением таза, еще более усугубляет неблагоприятные условия для операции. Средний вес плода при родах, сопровождавшихся наложением щипцов, несколько выше, чем при самопроизвольных родах. Так, Е. С. Лазарева определяет средний вес плода в 3472 г.

при длине 52,1 см и окружности головки 34,4 см. По данным П. Х. Хажинского, средний вес мальчиков 3 423 г, девочек—3 143 г. М. А. Петров-Маслаков на 1 153 операции отмечает низкий вес плода до 3 000 г— в 20,5%, средний вес— в 38,7% и свыше 3 500 г— в 39,5% всех родов, законченных наложением щипцов.

Неблагоприятные пространственные отношения между головкой и тазом могут быть вызваны необычным вставлением ее. Лобные и лицевые вставления встречаются, по данным В. М. Михайлова, вдвое чаще у оперированных по сравнению с разрешившимися самостоятельно. По данным В. В. Белоруссова, задний вид наблюдался в 11% операций наложения щипцов и в 4% — разгибательные вставления головки.

Я. Н. Полонский к числу причин повышенного травматизма при операции наложения щипцов относит: конституциональные особенности самих тканей; обескровливание и отек их в силу прижатия головкой; поспешность в извлечении плода; извлечение головки в неблагоприятных размерах; плохое положение ложек на головке и неправильное направление влечений; грубое и неумелое применение щипцов, приложение чрезмерной силы при извлечении.

Ф. П. Ханина к числу причин, способствующих травматизму, относит: тяжесть оперативного вмешательства, неполноценность, плохую растяжимость тканей, неправильную технику операции.

Н. А. Цовьянов полагает, что травматизм повышается вследствие длительного положения роженицы на спине, когда создается несовпадение осей матки и плода и тем самым повышается трение головки о стенки родовых путей, и вследствие длительного сдавления тканей.

По разработанным нами материалам Акушерско-гинекологической клиники лечебного факультета II Московского медицинского института имени И. В. Сталина из 570 операций наложения щипцов за 1937—1941 гг. и за 1945—1947 гг. имели место следующие виды повреждений мягких тканей родовых путей: разрывы слизистой влагалища — у 11,9% рожениц; разрывы промежности первой степени — у 9,7%; разрывы промежности второй степени — у 35,3%; разрывы промежности третьей степени — у 1,8%.

Кроме того, у некоторых рожениц производилось рассечение промежности: перинеотомии — у 9,3% рожениц, эпизиотомии — у 5,5%.

Таким образом, общее количество разрывов и разрезов при операции наложения щипцов составило 73,5%.

У 475 оперированных первородящих повреждения имели место в 80,4%, а у 95 повторнородящих — только в 37,8%.

Заживление первичным натяжением отмечено в 75,4% случаев. Имели место также повреждения матки: разрыв шейки — у 1,2% рожениц, разрез шейки — у 0,17%, разрыв матки — у 0,17%, свищи — у 0,17%.

Из сказанного видно, что процент повреждений мягких тканей роженицы при операции наложения щипцов весьма велик, а результат зашивания далеко не всегда хороший. Число повреждений при операции намного больше, чем при самопроизвольном родоразрешении.

Обращает на себя внимание низкий процент повреждений шейки матки. Объясняется это тем, что одним из основных условий для производства операции наложения щипцов было наличие полного открытия маточного зева. Однако шейка осматривалась только по показаниям и, весьма вероятно, что у некоторой части родильниц имели место еще и некровоточащие разрывы.

Среди 570 оперированных значительная часть рожениц имела некоторые особенности, которые, надо думать, способствовали травматизму вообще и особенно при операции наложения щипцов. Из числа оперированных первородящих было 83,4%; рожениц старше 30 лет — 42,9%; с узким тазом — 8%. Вес плода 4 000 г и более отмечался у 9% рожениц; неблагоприятные вставления головки: задний вид, теменное (передне-головное), лобное, лицевое, низкое поперечное стояние головки — у 16,1%, длительность периода изгнания более 2 часов — у 33,9%.

Применялись следующие виды операций: наложение входных щипцов¹ — у 1,8% рожениц, полостных — у 54,8%, выходных — у 43,4%.

Таким образом, эти данные совпадают с материалом приведенных выше работ по вопросу о материнском травматизме при операции наложения щипцов.

¹ На подвижную головку и головку, не вступившую во вход наибольшей своей окружностью, высокие щипцы в клинике никогда не применялись.

Н. Н. Феноменов в свое время писал, что прямым последствием операции могут быть различные повреждения—от самых ничтожных до самых серьезных. Но отсюда еще не следует, что эти повреждения являются следствием самой операции, а не результатом несвоевременного и, может быть, неумелого выполнения ее или результатом тех особенностей данной роженицы, которые способствуют образованию повреждений и при самопроизвольном родоразрешении.

Что касается разрывов промежности при операции, то Н. Н. Феноменов считал даже, что щипцы способствуют сохранению целости промежности, так как они дают возможность совершить прорезывание головки в течение такого времени, которое желательно, и притом наименьшим ее размером. Операция производится под наркозом, и поэтому условия для сохранения целости промежности становятся еще более благоприятными.

Сказанное показывает, что Н. Н. Феноменов считал щипцы в руках опытного акушера и при соблюдении условий для самой операции довольно безвредным инструментом.

Н. М. Максимович, Г. И. Кораблев, А. П. Матвеев, А. Я. Крассовский указывали, что лишь тогда щипцы безопасны, когда они легкие, нет никаких осложнений в течении родов и акушер опытен.

И. П. Лазаревич подчеркивал значение особенностей устройства инструмента. Чем совершеннее щипцы, тем меньше требуется силы для извлечения головки плода и тем меньше травмируются ткани роженицы. Наложение щипцов при тяжелых родах может повести к различным осложнениям и повреждениям. Однако здесь виноваты не щипцы, а те условия, которые уже существовали к началу операции.

В основном такая же точка зрения высказывалась Н. Ф. Толочинным, Н. И. Побединским, А. П. Губаревым, Г. Г. Гентером, М. С. Малиновским.

Наоборот, К. К. Скробанский считал, что повреждения промежности и образование свищей в громадном проценте случаев зависят от операции.

Из всего сказанного следует, что при операции наложения щипцов, действительно, имеет место значительное повышение материнского травматизма в родах. Это в известной степени зависит от многих особых условий,

характеризующих группу женщин, подвергшихся операции. Эти условия вне зависимости от наложения щипцов способствуют возникновению повреждений у матери. Громадное значение для благоприятного исхода операции имеют знания, опыт и осторожность акушера.

И все же, принимая во внимание все эти обстоятельства, нельзя не учитывать, что известная часть повреждений зависит от операции как таковой. В первую очередь речь идет о повреждениях промежности и влагалища, возникающих в результате быстрого прорезывания головки при извлечении плода щипцами. Как бы медленно ни выводилась головка, она никогда не будет прорезываться с той постепенностью, как это бывает при самопроизвольных родах. При операции, предпринятой по поводу угрожающей асфиксии плода, медленное выведение головки недопустимо.

Таким образом, различные виды повреждения тканей роженицы, подвергшейся операции наложения щипцов, в значительной степени зависят от предсуществующих условий. Вместе с тем нельзя полностью исключить и ту отрицательную роль, которую может сыграть сама операция или в возникновении, или в усугублении травмы.

К сожалению, акушер нередко должен сделать выбор между операцией и дальнейшим, иногда длительным, выжиданием. Последнее, возможно, создает еще большую угрозу здоровью матери, чем та угроза, которая возникает иногда в связи с операцией наложения щипцов.

Наличие у многих рожениц предсуществующих условий для травмы и практическая невозможность точно выявить роль щипцов в ее возникновении заставляют говорить не о травме при наложении щипцов, а о травме при родах, сопровождающихся этой операцией.

Для предупреждения повреждений тканей роженицы совершенно очевидно значение опытности и осторожности акушера, соблюдение условий и правильности техники операции, а также выбор лучшего вида инструмента.

Инфекция

Заболевания после родов могут быть распределены на четыре группы:

- 1) послеродовые заболевания без локализации инфекции;
- 2) «местные» формы послеродовых заболеваний;

3) «общие» (септические) формы послеродовых заболеваний;

4) лихорадочные заболевания, не связанные с родами.

По В. М. Михайлову, за 1840—1890 гг. по сводным данным русских родовспомогательных учреждений, на 764 операции наложения щипцов нормальный послеродовой период имел место в 63,6%; лихорадочные состояния — в 14,7%; послеродовые заболевания — в 18,3%; заболевания, не связанные с родами, — в 3,4%.

В. В. Белоруссов, разработав данные 796 операций наложения щипцов, подчеркивает необходимость учитывать те особенности, которые присущи оперированным роженицам и которые не могли не отразиться на течении послеродового периода. Число лихорадивших родильниц (температура 38° и выше) составило 48,8%, в том числе диагностированные послеродовые заболевания имели место в 23,3%, послеродовые заболевания без локализации инфекции — в 17,5%; случайные заболевания — в 7,7%. Сравнивая заболеваемость родильниц в доантисептическом и в антисептическом периоде в одном и том же учреждении, В. В. Белоруссов отметил снижение заболеваемости вдвое. Он пытался выяснить, в какой мере осложнения после родов зависят от самой операции, а не от сопутствующих ей условий. Из числа заболевших родильниц он исключил тех, у которых во время родов был эндометрит, эклампсия, разрыв матки и другие тяжелые осложнения. Но и после такой редукции послеродовой период у оперированных оказался осложненным в 35,8% против 14,69% у разрешившихся самостоятельно.

После более тяжелых операций число послеродовых заболеваний значительно увеличивается. Так, после наложения низких щипцов заболело 46,9% родильниц, а высоких — 60,8%. При узком тазе и наложении низких щипцов заболело 58,7%, а высоких — 70,6% родильниц.

В. В. Белоруссов пришел к выводу, что даже при неосложненных родах операция наложения щипцов представляет собой серьезное вмешательство.

По данным Л. В. Ульяновского, общая заболеваемость после операции — 44,2% против 19,4% у всех разрешившихся; по С. Т. Виридарскому — 44,4% против 20,5%, по Д. С. Чапину — 41,2% против 17%.

По отчетным данным многих родовспомогательных учреждений за период 1890—1917 гг., число заболевших

после операции составляло от 10 (П. Х. Хажинский) до 68% (З. Г. Суровцев).

Причину таких больших колебаний в числе заболевших Л. И. Бубличенко видит в том, что в разное время даже в одних и тех же учреждениях пользовались неодинаковыми классификациями заболеваний и учет их не был однородным.

После 1917 г. появилось несколько обстоятельных исследований по вопросу о заболеваемости в связи со способом родоразрешения.

Н. А. Мельников, изучая исходы 240 операций, пришел к заключению, что травматизм, наблюдающийся у матери, сопровождается повышением послеродовой заболеваемости. Большое значение имеет продолжительность родов. Так, если щипцы были наложены спустя первые 15 часов от начала схваток, то операция не отразилась сколько-нибудь существенно на заболеваемости. Если операция была произведена более чем через 15 часов от начала схваток, то заболеваемость составила 10%. При раннем отхождении вод заболеваемость повышается до 25%. Из числа оперированных, имевших эндометрит в родах, болело уже 45%. Наконец, при ручном отделении последа после операции наложения щипцов болело 55% родильниц. Значительно ухудшается прогноз, если операция была технически трудной, например, при лобном вставлении.

А. Ф. Пальмов указывает на прямую связь между родовым травматизмом и заболеваемостью после родов.

Г. М. Шполянский и В. Н. Александровский подчеркивают значительную разницу в заболеваемости у оперированных в зависимости от числа родов. Из 356 женщин, подвергшихся операции наложения щипцов, заболеваемость у первородящих достигла 65%, в то время как у повторнородящих — только 18,2%.

М. А. Петров-Маслаков на 1 156 операций наложения щипцов отметил осложненный послеродовой период в 42,3%, в том числе заболевания, связанные с родами, — в 39,4%.

Ф. П. Ханина подчеркивает, что среди оперированных было до 30% старых первородящих, часто встречалось раннее и преждевременное отхождение вод, затяжные и инфицированные роды, послеродовой период сопровождался в 10,3% ручным вмешательством.

Я. Н. Полонский также придает большое значение повышению заболеваемости у оперированных с затяжными и инфицированными родами; вместе с тем он подчеркивает значение кровопотери и сопутствующих операций. По его данным, средняя кровопотеря у оперированных значительно превышает обычную кровопотерю при родах, достигая 552 мл. У большинства родильниц кровопотеря была вызвана той или иной патологией родов, которая вместе с тем заставила прибегнуть к наложению щипцов.

Количество ручных вмешательств в послеродовом и раннем послеродовом периодах составило, по данным Я. Н. Полонского, почти 20%, что связано главным образом со слабостью изгоняющих сил.

Я. Н. Полонский подчеркивает и роль повышенного травматизма при наложении щипцов, создающего благоприятные условия для развития послеродовой инфекции.

Из других многочисленных работ последних лет, носящих обзорно-статистический характер, можно упомянуть о работах Е. С. Лазаревой, Султановой, Г. Л. Дозорцевой, которые также отмечают повышение послеродовой заболеваемости среди оперированных.

В результате рассмотрения заболеваемости родильниц после операции наложения щипцов, приведенной в работах за последние годы, следует признать, что она значительно выше, чем при самопроизвольном родоразрешении. Однако это в какой-то мере зависит не только от операции как таковой, но и от целого ряда условий, предшествующих и сопутствующих операции и характеризующих эту группу рожениц. К числу таких условий следует отнести:

а) значительное преобладание первородящих, в особенности в более пожилом возрасте, с присущими им особенностями течения родов;

б) затянувшиеся роды, истощение сил роженицы и слабость родовой деятельности;

в) раннее отхождение вод, ведущее к замедлению раскрытия шейки и большому доступу инфекции в полость матки вплоть до развития эндометрита в родах;

г) травма, которой сопровождается наложение щипцов, особенно значительная при атипической операции;

д) несоответствие таза и головки, усугублявшее травму как родовую, так и оперативную;

е) сопутствующие опасные в отношении инфекции операции, особенно ручное отделение последа и обследование полости матки.

Последние два вида операции опасны обычно и тем, что при них, как правило, наблюдается большая кровопотеря, понижающая сопротивляемость организма к инфекции.

И все же при учете всех перечисленных обстоятельств, надо думать, нельзя всю повышенную заболеваемость в группе оперированных отнести только за счет этих обстоятельств, а не за счет самой операции.

Разработанные нами данные 570 операций наложения щипцов также показали увеличение послеродовой заболеваемости у родильниц, перенесших операцию наложения щипцов (табл. 5).

Таблица 5

Послеродовая заболеваемость после операции наложения щипцов

Характер заболевания	Первородящие		Многородящие		Всего рожениц	
	количество	%	количество	%	количество	%
Однократное повышение температуры	17	3,5	1	1,1	18	3,2
Множкратное повышение температуры	1	0,2	—	—	1	0,2
Кольпит	72	15,1	—	—	72	12,7
Субинволюция матки	58	12,2	10	10,5	68	11,9
Лохиометра	10	2,1	1	1,1	11	1,9
Эндометрит	56	11,8	10	10,5	66	11,6
Симфизит	5	1,1	—	—	5	0,9
Параметрит	1	0,2	2	2,1	3	0,5
Тромбофлебит	3	0,6	—	—	3	0,5
Сепсис	2	0,4	—	—	2	0,4
Всего заболеваний	225	47,2	24	25,3	249	43,8
Всего оперировано	475	100,0	95	100,0	570	100,0

Эти данные мало отличаются от наиболее крупной статистики последних лет, приводимой М. А. Петровым-Маслаковым. Процент заболевших после оперативных родов в 4 раза превосходит общую заболеваемость после родов в клинике за те же годы.

Из табл. 5 видно, что у первородящих заболеваемость не только вдвое выше, чем у повторнородя-

ших, но и форма заболеваний у них чаще была более тяжелой.

Однако надо заметить, что у повторнородящих заболеваемость хотя и ниже, чем у первородящих, но все же она оказалась почти вдвое выше средней послеродовой заболеваемости по клинике за те же годы.

Если разделить всех 570 оперированных на две группы (с нормальным послеродовым периодом и заболевшие) и сопоставить эти две группы с обстоятельствами, возможно, осложняющими роды, то получим следующие данные (табл. 6).

Таблица 6

Послеродовой период в связи с отягчающими обстоятельствами в родах

Обстоятельства, возможно отягчающие течение послеродового периода	Родильницы с нормальным послеродовым периодом		Родильницы, имевшие послеродовые заболевания	
	количество	%	количество	%
Первые роды	249	77,6	225	90,4
Возраст старше 30 лет	128	39,9	110	44,0
Аборты в анамнезе	105	32,4	97	38,8
Длительность родов более 40 часов	47	14,6	71	28,4
Безводный промежуток более 10 часов	107	33,3	121	48,4
Эндометрит в родах	16	4,9	23	9,2
Анатомически узкий таз	22	6,9	23	9,2
Крупный плод	22	6,9	29	11,6
Вхождение рукой в матку в последовом и послеродовом периоде	20	6,2	29	11,6
Кровопотеря более 400 мл	40	12,4	56	22,4
Повреждение промежности	177	55,1	173	69,2
Всего оперированных	321	100,0	249	100,0

Данные, приведенные в табл. 6, подтверждают то положение, что заболевания после родов, сопровождающихся операцией наложения щипцов, в значительной мере возрастают при наличии некоторых отягчающих обстоятельств. Но было бы ошибочно считать все осложнения после родов только как следствие условий, уже

существовавших к началу операции или ей сопутствующих. Введение рук акушера и ложек инструмента через влагалище, нередко содержащее патогенную микрофлору, большая или меньшая травматизация мягких тканей родового канала не могут не играть отрицательного значения в течении послеродового периода.

С целью проверки этих предположений 475 первородящих были разбиты на две группы: в первой группе операция производилась при отсутствии каких-либо отягчающих обстоятельств (107 родильниц) и во второй — имели место эти отягчающие обстоятельства (368 родильниц) (табл. 7).

Т а б л и ц а 7
Отягчающие обстоятельства в процессе первых родов
и течение послеродового периода

Течение родов	Общее число родов	Количество заболевших	% заболевших
Без отягчающих обстоятельств	107	39	36,5
С отягчающими обстоятельствами	368	186	50,6
Всего	475	225	47,3

Если сравнить заболеваемость после оперативных родов, прошедших даже при самых благоприятных условиях, с общей послеродовой заболеваемостью в клинике за тот же период, то окажется, что заболеваемость после операции почти втрое выше, чем заболеваемость после самопроизвольного родоразрешения.

Надо указать, кроме того, что в числе заболевших первородящих было два смертельных исхода, где нельзя полностью отрицать связь тяжелого послеродового заболевания с операцией.

Следовательно, операция наложения щипцов, даже в благоприятных условиях, связана с опасностью инфекции, которая у первородящих увеличивается в большей мере, чем у повторнородящих. Весьма вероятно, что рост ее обусловлен, помимо самой операции, еще и большей частотой неблагоприятных условий, отягчающих роды.

Увеличение числа заболеваний у первородящих относится в основном за счет кольпитов, которые совсем отсутствовали у повторнородящих. Если связь с оперативной травмой таких заболеваний, как субинволюция матки, эндометрит, тромбоз флорит, сепсис, в какой-то мере предположительная, то при кольпитах она совершенно очевидна.

Не требует доказательств существование тесной связи в развитии инфекционных послеродовых заболеваний с травмой. Недостаточно, чтобы инфекция была внесена тем или иным путем. Для развития заболевания необходимо, чтобы эта инфекция нашла себе благоприятную почву. В данном случае эта почва появляется в виде разможенных, разорванных, лишенных физиологических условий существования тканей. Немалую роль играет, очевидно, понижение сопротивляемости организма, вызванное тяжелыми, длительными, истощающими силами родами с бессонными ночами, нарушенным питанием, страхом за исход родов для себя и для ребенка.

Травма, инфекция и их сочетание часто при пониженной сопротивляемости организма и представляют собой те опасности, которые стоят на пути операции наложения шипцов.

Надо полагать, что в ряде случаев неблагоприятный исход операции, действительно, был обусловлен некоторыми особенностями течения самих родов. Но наложение шипцов (как и всякую другую операцию) нельзя рассматривать как нечто отвлеченное. Она всегда производится в каких-то определенных условиях, которые в то же время сами могут создавать показания к операции. Нельзя рассматривать процессы, происходящие в организме, изолированно, вне их взаимной связи и взаимного влияния. Поэтому, так же как в отношении травмы, нельзя говорить об инфекции после операции наложения шипцов, а надо говорить об инфекции после родов, сопровождавшихся этой операцией. Но если даже допустить, что операция каким-то образом абстрагирована от условий, в которых она производилась, или эти условия были явно благоприятными, все же наложение шипцов никак нельзя расценивать как безвредное и безопасное вмешательство.

Практически, проводя роды, нередко крайне важно и в то же время нелегко решить вопрос, когда надо вмеша-

ваться и когда дальнейшее выжидание станет опаснее, чем операция наложения щипцов. Найти эту клиническую грань — задача врача, проводящего роды.

Смертность

По предложению Л. И. Бубличенко, причина смертности матерей после родов может быть разделена на следующие группы:

1) смертность от послеродовых септических заболеваний;

2) смертность от других заболеваний и осложнений, связанных с беременностью и родами (травма, кровотечение, эклампсия и пр.);

3) смертность от заболеваний, не связанных с беременностью и родами;

4) общая смертность после родов.

По В. М. Михайлову, за 50 лет (с 1840 по 1890 г.) из 764 оперированных умерли 27 родильниц — 3,55%, в том числе от послеродовых заболеваний — 1,05%. Смертность оперированных значительно превышала обычную для того времени материнскую смертность.

Нет необходимости приводить много примеров, показывающих, насколько снизилась смертность после введения в родовспомогательных учреждениях России антисептики и затем асептики. Достаточно указать, что в Санкт-Петербургском повивальном институте по отчету Ф. К. Гугенберга за 1844—1859 гг. на 243 операции наложения щипцов материнская смертность составила 14%.

По А. Я. Крассовскому, в Санкт-Петербургском родовспомогательном заведении в доантисептическое время материнская смертность на 433 операции наложения щипцов составила 12,7%.

С введением антисептических средств смерть матери стала представлять редкое исключение.

В период 1890—1917 гг. данные о смертности, судя по материалам некоторых авторов, появившихся в печати, не изменились по сравнению со сводными данными В. М. Михайлова. Смертность в среднем составляла 3,5%, из которых 1,1% падает на смерть от септических заболеваний (табл. 8).

Совершенно иное видно из материалов отчетов после 1917 г., приведенных ниже (табл. 9).

Таблица 8

Материнская смертность после родов, сопровождавшихся операцией наложения щипцов, за 1890—1917 гг.

Авторы	Число оперированных	Причины смерти					Всего умерло
		сепсис	эклампсия	кровотечение	травма	не связана с беременностью и родами	
Гагенторн Р. А.	206	—	5	1	—	—	6 (2,9%)
Ястребов Н. В.	219	1	6	—	2 ¹	—	9 (4,1%)
Порошин М. Н.	62	—	Не указано		—	—	2 (3,2%)
Хажинский П. Х.	290	—	2	—	—	—	2 (0,7%)
Лебедев Н. И.	73	1	1	—	—	1	3 (4,1%)
Клаузинская Ю.	32	—	—	—	—	—	0
Суровцев З. Г.	25	—	Не указано		—	—	1 (4%)
Столыпинский В. А.	312	4	3	—	—	2	9 (2,9%)
Рузи Д. А.	40	1	1	—	—	—	2 (5%)
Егоров Г.	30	—	Не указано		—	—	1 (3,3%)
Белоруссов В. В.	796	13	18	2	—	2	35 (4,4%)
Чапин Д. С.	195	3	5	—	1	—	9 (4,9%)
Виридарский С. Т.	178	3	4	—	—	—	7 (4%)
Сахаров . . .	482	—	Не указано		—	—	20 (4,1%)
Итого . . .	2 940						106 (3,6%)
	2 303 ²	26 (1,1%)	45 (2%)	3 (0,1%)	3 (0,1%)	5 (0,2%)	

¹ У двух больных разрыв матки до поступления в учреждение.

² Исключены данные авторов, которые не подразделяли причин смерти.

Из сравнения исходов операции за 1890—1917 гг. и после 1917 г. видно, что общая смертность после родов, сопровождающихся наложением щипцов, снизилась вдвое, а септическая — в 5 раз. Если сопоставить эти данные с теми, которые приводит Я. Н. Полонский по материалам зарубежных статистик, то сравнение это окажется не в пользу последних. Из 17 статистических отчетов в 6 отмечается смертность после наложения щипцов свыше 5% (до 7,57%), в 5 — от 3 до 5%, в 5 — от 1,5 до 3% и только в одной — ниже 1,5%.

Все приводимые данные говорят о том, что снижение материнской смертности, которое имеет место в нашей стране, обязано в первую очередь успехам здравоохране-

Таблица 9
Материнская смертность после родов, сопровождавшаяся операцией наложения щипцов, после 1917 г.

Авторы	Число оперированных	Причины смерти						Всего умерло	
		сепсис	эклампсия	кровоотечные	травма	не связано с беременностью и родами	прочие		
Шполянский Г. М.	356	2	4	—	—	—	6	(1,68%)	
Петров-Маслаков М. А.	1 153	2	4	2	—	3	11	(0,95%)	
Ханина Ф. П.	540	—	7	1	1	—	9	(1,66%)	
Лазарева Б. С.	184	Не указано						3	(1,63%)
Казанская клиника	48	—	—	—	—	—	1	(2,1%)	
Султанова	60	—	—	—	—	—	0	0	
Федоров С. И.	26	—	—	—	—	—	0	0	
Доэорцева Г. Л.	148	Не указано						2	(1,35%)
Цовьянов Н. А.	491	1	7	—	1	—	9	(1,83%)	
Гальмов А. Ф.	800	4	11	—	—	4	20	(2,5%)	
Полонский Я. Н.	340	3	1	—	—	3	7	(2,06%)	
Ланкович А. В.	570	2	—	—	—	—	4	(0,7%)	
Итого	4 716 4 336 ¹	14 (0,34%)	34 (0,78%)	3 (0,07%)	2 (0,04%)	10 (0,23%)	72	(1,52%)	
							3 (0,07%)		

¹ Исключены авторы, которые не подразделяли причины смерти.

ния и охраны материнства, в том числе снижению септических заболеваний в результате проведения широких профилактических мероприятий и улучшения методов лечения.

Достижения научного и практического акушерства позволили почти полностью отказаться от вынужденной и опасной операции наложения высоких щипцов.

Все же надо признать, что смертность после операции наложения щипцов во много раз превосходит ту, которая имеет место после самопроизвольных родов. Объяснить эту повышенную материнскую смертность значило бы повторить все то, что было сказано о причинах повышенного травматизма и инфекции при операции. Необходимо иметь в виду некоторые особенности оперированных женщин. Помимо того, травма и инфекция создают предпосылки для повышенной смертности. Отделить все эти моменты от операции как таковой практически невозможно. В связи с этим, как и в отношении травмы и инфекции, здесь надо говорить не о смертности после операции, а о смертности после родов, сопровождающихся операцией.

С этой точки зрения нельзя считать уместной широко применяющуюся в некоторых статистиках редукцию смертности. Такая редукция всегда очень произвольна и нередко приводит к тому, что материнская смертность равна нулю. Редукция не только не верна по своему существу, но и вредна, так как успокаивает акушера в тех случаях, где надо обратить серьезное внимание на недочеты работы и несовершенство знаний.

Н. Н. Феноменов писал:

«Если, тем не менее, при изложении операции щипцов в различных руководствах указывают на те или иные неблагоприятные исходы, то они, поистине, должны быть отнесены не за счет самой операции, а составляют последствия неправильного или несвоевременного и неуместного ее применения. Или же эти последствия, даже и смертельные исходы, ничего общего с операцией не имеют. С этой точки зрения, а ее едва ли можно считать неосновательной, вычисления %-ов смертности матерей и плодов после щипцов, выражающихся в огульных цифрах, не имеют ровно никакого значения. Положим, Вы накладываете щипцы ради эклампсии, извлекаете мертвый плод, и роженица, некоторое время спустя, тоже

умирает. Спрашивается: причем тут операция щипцов? Равным образом, дурные исходы для матери, когда щипцы были накладываемы, например, при кровотечении, разрыве матки и проч., не должны и не могут быть отнесены на долю операции».

Едва ли можно спорить с первой частью приведенной выдержки из трудов Н. Н. Феноменова. Действительно, щипцы — крайне опасный инструмент при неумелом или несвоевременном оперировании.

Однако вторая часть приведенной выдержки очень спорна. Не говоря уже о смерти от септических заболеваний, где нельзя ни отрицать, ни определить точно роль щипцов, но и в примерах, приводимых Н. Н. Феноменовым, этого также нельзя сделать в полной мере.

Так, известно, что эклампсия является тяжелым заболеванием и характеризуется резким нарушением обмена веществ у больной. Всякое неблагоприятное воздействие на организм больной эклампсией не может не оказать усугубляющего влияния на течение болезненного процесса. Оперативная травма, наносимая такой больной, несомненно может играть роковую роль, решающую в конечном итоге вопрос жизни.

В одинаковой мере все сказанное относится и к кровотечениям.

Смерть от разрыва матки наступает в результате кровотечения или шока. И то, и другое одинаково усугубляется оперативным вмешательством, не говоря уже о том, что при оперировании может произойти дополнительный разрыв тканей.

Попытка изолировать оперативное вмешательство, математически точно определить его значение подобна попытке отыскать ту каплю воды, которая превращает ручей в реку.

Не следует, конечно, и объяснять во всех случаях смерть оперированной роженицы исключительно операцией. Только рассматривая операцию в связи со всем течением болезненного процесса, можно составить известное представление о всей совокупности взаимодействующих обстоятельств, которые приводят к смерти.

В. Я. Илькевич и В. Г. Котельников в 1928 г. сообщили свои наблюдения о влиянии акушерских операций на заболеваемость и смертность в послеродовом периоде. Свои наблюдения они основывали на 14 587 родах, при ко-

торых было произведено 3754 вмешательства. Они широко пользовались редукцией и все же не могли не признать значения оперативного вмешательства для развития заболеваний.

Я. Н. Полонский отказывался от редукции при рассмотрении материнской смертности. Говоря о двух родильницах, умерших после операции, которые до того лихорадили, он писал: «Мы не можем знать, как бы закончились эти роды при ином их ведении, ибо свое неблагоприятное влияние оперативное вмешательство с несомненностью могло оказать. Мы не можем рассматривать операцию щипцов в рафинированных от всех наслоений и осложнений случаях, а лишь роль ее и значение в конкретных случаях акушерской патологии».

Л. И. Бубличенко полагал, что родовая травма в значительной мере усугубляется оперативными пособиями. Помимо травмы, которая при оперативных вмешательствах, как правило, более выражена, чем при самопроизвольных родах, заболеваемость при операции повышается еще вследствие возможности случайной экзогенной инфекции. При операциях с вхождением инструмента и руками в полость матки возможно возникновение эндогенной инфекции благодаря непосредственному продвижению собственных микробов роженицы из влагалища в полость матки.

Надо помнить, что не последнюю роль в травме, инфекции и смертности играет характер инструмента, которым пользуется акушер. Русский тип щипцов, по всем данным, является наиболее безопасным видом инструмента.

Во всех обобщающих работах об операции наложения щипцов более или менее подробно указаны те осложнения, которые могут сопутствовать операции. Самые тяжелые из них, однако, зависят не от инструмента как такового, а от того, что операция производилась без соблюдения должных условий, причем недостаточно опытным акушером.

Все это прекрасно было изложено еще Г. И. Кораблевым, который писал, что щипцы безвредны, но «в руках же тщеславного невежды безвредный инструмент сей будет орудием смертоносным».

Признавая за родоразрешающими операциями известное неблагоприятное влияние на течение послеродового

периода, акушер встает перед важнейшим вопросом о тех границах, где дальнейшее выжидательное ведение родов может оказаться в итоге более опасным, чем примененная операция. Практическое решение этого вопроса зависит от совершенствования знаний и клинического опыта акушера.

В заключение нельзя не указать на необходимость принимать своевременно меры к пресечению угрозы развития тяжелых послеродовых заболеваний при оперативных родах, особенно если они - были затяжными, сопровождались повышенной температурой и т. д. Заслуживает особого внимания раннее применение сульфаниламидов и пенициллина.

По данным Р. А. Варাপетова, Р. О. Лифшиц и Л. И. Канторович, немедленное введение пенициллина после родов и во время них значительно уменьшает послеродовую заболеваемость.

Б. ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ

Этот вопрос не был разработан в дореволюционной акушерской литературе. Между тем совершенно очевидно, что далеко не блестящие непосредственные исходы родов, сопровождавшихся операцией, могут вести к стойким изменениям и длительным заболеваниям.

Е. С. Лазарева обследовала 72 женщин, перенесших операцию, и отнесла к числу неблагоприятных отдаленных исходов перенесенной операции у 2 женщин опущения половых органов и у 2 — воспалительные процессы.

Я. Н. Полонский располагал уже вдвое бóльшим количеством обследований — 146. Срок давности операции от 10 месяцев до 10 лет. Все обследованные разделены на группы по характеру и по давности операции. Различные жалобы отмечались у 25 женщин (17%), однако они считали себя полностью трудоспособными. Гинекологическое обследование произведено у 121 женщины. Среди этих женщин 3 обследованы после наложения высоких щипцов, 76 — после полостных и 42 — после выходных. Из 79 женщин после высоких и полостных щипцов различные отклонения от нормы со стороны половых органов найдены у 15 (19%); из 42 после выходных щипцов — у 6 (14,3%). Заболевания гениталий отмечены в 17,3% всех

обследованных (опущения — 9%, фиксированные девиации — 5%, воспаления — 4%).

Я. Н. Полонский обращает внимание на небольшое количество опущений половых органов после операции наложения щипцов. Однако необходимо заметить, что у $\frac{1}{3}$ обследованных прошло не более 2 лет после операции. Такой срок не всегда достаточен для развития опущений даже после значительного нарушения целостности тазового дна.

В 18% у обследованных женщин отмечено бесплодие и в 14% наступившая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.

Подводя итоги, Я. Н. Полонский считает, что операция наложения щипцов не приносит женщине в ее дальнейшей жизни серьезных последствий. Надо сказать, что такое заключение недостаточно обосновано приводимыми им данными обследования.

Ф. П. Ханина обследовала 216 женщин спустя 2—10 лет после операции. Она считает, что из 9 женщин, страдавших бесплодием, только у 4 это связано с функциональной неполноценностью после операции наложения щипцов. Гинекологическому обследованию были подвергнуты 196 женщин, из них 109 оказались совершенно здоровыми. Общее число заболеваний гениталий составляет 44,4% (опущения — 22,6%, девиации—9%, воспаления—11,7%).

Необходимо отметить, что данных об отдаленных исходах операции для матери, хотя и недостаточно для окончательных выводов, но все же нет основания слишком благоприятно расценивать отдаленные исходы операции, а тем более считать ее совершенно безопасной.

VIII

ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ РЕБЕНКА

Успехи в развитии родовспоможения все больше и больше приближают к решению задачи сохранения жизни и матери и плода.

По данным Н. П. Гундобина, опубликованным в 1906 г., мертворождаемость в царской России равнялась 4%.

По О. Х. Ицкину, в 1923 г., после тяжелых лет империалистической и гражданской войн, мертворождаемость в Москве была 4,23%.

В настоящее время мертворождаемость значительно снижена и уже 2% ее служат плохим показателем работы родовспомогательного учреждения.

Мертворождаемость, ранняя детская смертность, их причины и предупреждение, клинико-анатомические анализы и другие вопросы, имеющие непосредственное значение в борьбе за жизнь ребенка, уже составляют большой раздел в советской медицинской литературе. Однако и до настоящего времени во всех этих вопросах остается еще много спорных и невыясненных сторон. Это обстоятельство в известной мере затрудняет изучение ближайших и отдаленных исходов операции наложения щипцов для ребенка.

А. БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ

Ближайшие исходы операции показывают, что далеко не всегда акушеру удастся извлечь путем наложения щипцов совершенно здорового и жизнеспособного ребенка. Нередко у новорожденного можно обнаружить следы операции в форме повреждения разной тяжести или состояния асфиксии.

Не всегда можно с уверенностью сказать, что явилось первопричиной гибели плода — асфиксия или родовая травма. Надо полагать, что первично возникшая асфиксия ведет к образованию кровоизлияний в черепе, а кровоизлияния в свою очередь усугубляют тяжесть асфиксии. Однако возможно и обратное отношение, когда первично возникают кровоизлияния, а затем уже асфиксия.

По С. Л. Кейлину, из 1 450 мертворожденных в 14,1% не удалось установить причины смерти плода. По Т. П. Аносовой, причина мертворождаемости осталась невыясненной в 8,5%.

Первопричины ранней детской смертности также не всегда достаточно ясны. Несомненно, однако, что родовая травма и асфиксия в родах иногда сами по себе или вследствие возникновения на их фоне осложнений ведут к смерти новорожденного в ближайшие дни после родов.

Акушер никогда не должен забывать о том, что исход родов для плода определяется также и развитием новорожденного. Только учитывая и изучая причины мертворождаемости и ранней детской смертности, акушер получает возможность судить о тех или иных, вольных или невольных недочетах ведения родов.

При рассмотрении и оценке исходов оперативных родов встречается еще одна трудность. Как хорошо известно, причиной гибели ребенка может быть родовая травма, возникшая и при самопроизвольных родах, в частности, когда они были затянувшимися, имел место длительный безводный промежуток, эндометрит в родах, несоответствие таза и головки или другие осложнения, травмирующие плод. Если такая роженица подвергается операции наложения щипцов и ребенок гибнет, то очень трудно решить, в какой мере имела значение родовая и в какой мере оперативная травма.

Как уже говорилось, даже наиболее совершенные модели щипцов, причем при самом легком извлечении, в какой-то мере сжимают головку плода. Если это неблагоприятное действие щипцов прилагается к здоровому плоду, то он переносит его обычно легко; если же на головку, уже травмированную родами, — значительно тяжелее. В таких случаях дополнительная травма в связи с операцией, надо полагать, может послужить причиной гибели плода.

Ближайшие исходы операции щипцов для ребенка можно рассматривать, разделив все осложнения на следующие виды:

- 1) повреждения мягких тканей;
- 2) кровоизлияния в мозг и полость черепа;
- 3) асфиксия;
- 4) редко встречающиеся повреждения (костей черепа, глаз, нервов, ключицы и т. д.).

При этом особого внимания заслуживает анализ мертворождаемости и ранней детской смертности.

Повреждения кожного покрова головки

Данные повреждения встречаются очень часто и в самых разнообразных формах, начиная от мелких ссадин до глубоких ранений. Подавляющее большинство повреждений кожного покрова головы относится к числу поверхностных и легких, заживающих в первые 5—10 дней.

По данным В. В. Белоруссова, на 796 операций 20% новорожденных имели травму, в том числе 7,5% — значительную.

Н. В. Ястребов упоминает о поверхностных ссадинах и следах от ложек в 10,9% из 219 новорожденных, извлечение которых производилось щипцами.

В. А. Бржезинский на 826 операций отметил повреждения у новорожденных в 25,9%, чаще всего при высоких щипцах, реже — при полостных и совсем редко — при выходных.

По данным Я. Н. Полонского, из 340 новорожденных, извлеченных щипцами, в 28% имелись поверхностные повреждения.

Ф. П. Ханина наблюдала повреждения кожного покрова еще более часто и объясняла это трудностью извлечения. Различные повреждения, включая легкие ссадины, по ее данным имели место при высоких щипцах в 88%, полостных — в 64%, выходных — в 38,4% случаев.

А. Ф. Пальмов из 168 новорожденных, извлеченных с помощью применения высоких щипцов, установил повреждения кожного покрова головки в 40,5%. При наложении высоких щипцов при узком тазе повреждения встретились в 47,7%, в то время как при нормальном — лишь в 35%.

Немалое значение имеет способ расположения ложек на головке. Щипцы, неподвижные в замке, занимают на головке в значительной мере вынужденное положение. Несовпадение головной кривизны ребер ложек с периферией головки, невозможность расположить концы их на различной высоте — все это, естественно, способствует повреждению головки, что особенно подчеркивал И. П. Лазаревич.

Повреждения мягких тканей хотя и в единичных случаях, но ведут к тяжелым заболеваниям и даже со смертельным исходом.

Кровоизлияния в мозг и полость черепа

Если повреждения поверхностных тканей головки можно легко обнаружить и выявить их связь с операцией, то кровоизлияния в мозг и в полость черепа далеко не всегда диагностируют при жизни. Часто трудно решить вопрос, в какой мере они связаны с операцией и в какой мере зависят от родовой травмы как таковой, или, наконец, могли быть вызваны сочетанным действием родовой и оперативной травмы.

Данные о частоте этих видов осложнений довольно скудны, так как диагностика их не всегда достаточно проста.

И. А. Штерн определяет частоту кровоизлияний в череп у новорожденных, оставшихся в живых, после наложения щипцов в 9,26% против 0,86% к числу всех родившихся. Из проявлений оперативной травмы в 29,8% отмечена слабость сосания и падение веса новорожденных в среднем на 9,2%.

А. Ф. Тур полагает, что более или менее значительные кровоизлияния, как правило, возникают вследствие разрыва мозговых сосудов под влиянием родовой травмы. Мелкие и множественные кровоизлияния вызываются общим венозным застоем у плода во время родов. Указывая на трудности топической диагностики, А. Ф. Тур считает, что наиболее постоянным симптомом кровоизлияния служат судороги.

Однако он замечает, что при незначительных кровоизлияниях судороги могут почти отсутствовать и удается установить только несколько повышенную рефлекторную возбудимость мышц.

Надо думать, что недостаточное знание клинической картины кровоизлияний ведет к тому, что в более легких случаях эта патология остается нераспознанной; обширные же кровоизлияния ведут к смерти плода во время родов, тотчас после них или в ближайшие дни после рождения. В последнем случае конечной причиной смерти могут быть или повторные кровотечения в полость черепа, или же возникшие на фоне первичного кровоизлияния вторичные осложнения, как-то: асфиксия, пневмония и т. д.

Асфиксия

Среди новорожденных, извлеченных щипцами, количество родившихся в состоянии асфиксии во много раз превышало число их после самопроизвольных родов. Так, С. Т. Виридарский наблюдал после операции 17,7% детей, извлеченных в состоянии асфиксии и оживленных, и 1,7% — умерших непосредственно после родов. Д. С. Чапин отмечает 19,2% новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии. В. В. Белоруссов наблюдал в 39,9% асфиксию, из них в 5,4% — тяжелую. Султанова обнаружила асфиксию у 20% новорожденных, извлеченных щипцами. П. Х. Хажинский отметил в 27% асфиксию и в 3,3% детей, не оживленных после асфиксий. Асфиксия же при всех родах наблюдалась по его данным в 6,1%.

По мнению Ф. П. Ханиной, число случаев асфиксий увеличивается в зависимости от тяжести операции. При выходных щипцах асфиксия установлена у 29,2% новорожденных, при полостных — у 34% и при высоких — у 61,5%.

И. А. Штерн на 312 детей, извлеченных при родах живыми, отмечал в 16% асфиксию против 1,8% к числу всех новорожденных. Он указывал, что увеличение числа родившихся в состоянии асфиксии при щипцах в некоторой части связано с применением наркоза. В доказательство этого он приводил данные об асфиксии при кесаревом сечении. Так, при наркозе асфиксия была обнаружена в 54,1%, а при операции под местной анестезией частота асфиксии снизилась до 7,8%.

Не вызывает сомнения, что число детей, извлеченных в состоянии асфиксии при родоразрешении щипцами, в

несколько раз превышает число асфиксий при самопроизвольных родах.

Однако, как известно, и сама операция нередко принимается по поводу появления признаков развивающейся асфиксии. Поэтому и повышенный процент асфиксий у новорожденных, извлеченных с помощью щипцов, отнести только за счет самой операции.

Вместе с тем при операции, предпринятой только по показаниям со стороны матери, иногда извлекают плод в состоянии асфиксии. Такую асфиксию надо отнести целиком за счет операции.

В. В. Белоруссов из 424 операций, где не имелось никаких указаний на асфиксию, в 31,8% извлек детей в состоянии асфиксии, из которых 3,5% не были оживлены.

Необходимо отметить, что наблюдается и обратное: операция, предпринятая по поводу асфиксии, заканчивается извлечением плода без признаков этой патологии.

Прочие повреждения

Я. Н. Полонский упоминает об одном новорожденном, имевшем кровоизлияние в глаз, и приводит случай экзофтальма, описанный В. П. Жуковским.

Тяжелое повреждение периферических нервов при операции наложения щипцов возникает при воздействии на IV—VI и VII—VIII корешки шейных нервов, образующих плечевое сплетение. Эти повреждения ведут к парезам и параличам верхней конечности, прогноз которых далеко не всегда благоприятен.

Я. Н. Полонский наблюдал на 340 операций только у одного ребенка парез верхней конечности. Ф. П. Ханина отмечает паралич верхней конечности в 3,4% после 354 операций наложения полостных щипцов и в 11,5% после 26 операций наложения высоких щипцов. При выходных щипцах параличей верхних конечностей не было. По И. А. Штерну, параличи наблюдались при щипцах в 2,18% против 0,36% к числу всех родов.

Надо полагать, что повреждения плечевого сплетения в некоторых случаях могут возникнуть не только в результате непосредственного давления ложками щипцов. Возможно и иное происхождение параличей, а имен-

но: вызванное растяжением нервных стволов при извлечении головки.

Значительно менее тяжелое, но зато гораздо чаще встречается повреждение периферических нервов, вызванное давлением ложек на поверхностно расположенный лицевой нерв. Это осложнение отмечено В. В. Белоруссовым в 1,1%, Я. Н. Полонским — в 2,8%; И. А. Штерн обнаруживал параличи в 4,3% против 0,23% к числу всех новорожденных. А. Ф. Пальмов на 168 операций наложения высоких щипцов в 4,1% находил парезы и параличи. Ф. П. Ханина наблюдала парезы лицевого нерва даже в 14%. Чем выше стояла головка при наложении щипцов, тем чаще отмечался парез. При выходных щипцах он имел место в 7,3%, при полостных — в 14% и при высоких — в 23%. Параличи и парезы лицевого нерва почти всегда заканчиваются выздоровлением.

Повреждения костей черепа наблюдались в различной форме: вдавления, мелкие трещины и тяжелые переломы.

Вдавления костей черепа, обнаруженные после оперативных родов, в большинстве случаев обязаны своим происхождением не щипцам, а давлению со стороны мыса, режесимфиза, при несоответствии размеров таза и головки. Лишь очень редко, при неудачном расположении ложек на головке, когда они не прилегают к ней по всей периферии, а только ребром или верхушкой, возможно образование вдавления кости.

Мелкие трещины костей черепа изредка обнаруживаются на вскрытии. Весьма вероятно, что этот вид повреждений встречается чаще, чем описывается, но он остается нераспознанным, если ребенок не погибает.

В. В. Белоруссов отметил на 796 операций у одного ребенка перелом лобной кости. По данным Я. Н. Полонского, из 21 мертворожденного, подвергшегося вскрытию, только у одного найден перелом теменной кости. В. П. Жуковский на 545 операций один раз наблюдал тяжелое повреждение лобной кости и множественные повреждения других костей.

К числу еще более редких повреждений относятся повреждения мышц с образованием гематомы. А. Ф. Тур упоминает о гематомах и повреждениях в области жевательной и грудино-ключично-сосковой мышцы.

Мертворождаемость и ранняя смертность новорожденных

Мертворождаемость и ранняя смертность новорожденных получили в акушерской литературе большее освещение.

По В. М. Михайлову, согласно сборной статистике русских родовспомогательных учреждений за 1840—1890 гг., исход 2 414 операций наложения щипцов для ребенка был следующий:

Здоровые новорожденные	1 782	73,5%
Родившиеся в асфиксии, оживленные	132	5,5%
Умершие вскоре после рождения . .	70	2,9%
Родившиеся в асфиксии, не оживленные	33	1,3%
Мертвые	371	15,4%
Мацерированные	26	1,1%

В последующие годы до 1917 г. потеря детей¹ представлена во многих отчетах родовспомогательных учреждений, причем приводимые в них данные чрезвычайно разнообразны. Так, наименьшая мертворождаемость была 4,8% (А. Макеев), наибольшая — 46,6% (Г. Егоров); наименьшая ранняя смертность новорожденных была 1,4% (Н. И. Лебедев), наибольшая — 6,3% (Л. В. Ульяновский). Потеря детей наименьшая составила 8,5% (Н. И. Лебедев), наибольшая — 25% (В. В. Потеенко). Соотношение мертворожденных среди всех родившихся и извлеченных щипцами, по данным С. Т. Виридарского, 1 : 1,6; по Д. С. Чапину, 1 : 3,1. Соотношение новорожденных, умерших вскоре после родов, соответственно колеблется от 1 : 1,8 до 1 : 3.

Основные причины столь резкой разницы в потере детей в отдельных отчетах заключаются в основном в различной системе учета: нижняя граница веса новорожденного бралась произвольно; в число потери детей некоторые включали и перфорированных после неудавшейся операции наложения щипцов, другие их не включали и т. д.

При всех недостатках в учете и изучении гибели детей, имевших место до 1917 г., все же очевидно, что при родах, сопровождающихся наложением щипцов,

¹ Под потерей детей подразумевают всех умерших в процессе операции (мертвоорожденные) и в первые 8—10 дней после операции (ранняя смертность новорожденных).

мертворождаемость не менее, чем в 3 раза выше, а ранняя детская смертность вдвое выше, чем при самопроизвольных родах.

После 1917 г., когда родовспоможение стало быстро расти и количественно и качественно, а борьба за жизнь ребенка была поднята на уровень задачи государственного значения, создались условия для углубленного и всестороннего изучения вопросов, связанных с мертворождаемостью и ранней детской смертностью.

Некоторые данные о мертворождаемости и смертности при операции наложения щипцов за последние десятилетия представлены в табл. 10.

Таблица 10

Авторы	Потеря детей при операции наложения щипцов в процентах		
	мертво-рожденные	умершие	всего
Полонский Я. Н.	13,6	3,1	16,7
Цовьянов Н. А.	4,6	2,2	6,8
Лазарева Е. С.	Не указано		13,5
Дозорцева Г. Л.	9,4	5,4	14,8
Клиника Казани	6,2	4,2	10,4
Петров-Маслаков М. А.	7,9	5,3	13,2
Федоров И. И.	Не указано		9,3
Шполянский Г. М.	>	>	13,6
Ханина Ф. П.	8,7	2,9	11,6
Штерн И. А.	12,2	2,9	15,1
Гутнер М. Д.	Не указано		13,7
Ланковиц А. В.	6,1	1,6	7,7

Средняя потеря детей по материалам, приведенным в табл. 10, колеблется в пределах 10—15%. Из этого числа около $\frac{2}{3}$ падает на мертворожденных и $\frac{1}{3}$ — на умерших в ближайшие 8—10 дней после родов.

Естественно, встает вопрос, в какой мере высокая мертворождаемость и ранняя детская смертность могут быть отнесены за счет операции как таковой и в какой мере сами условия родов способствовали гибели плода во время родоразрешения или в ближайшие дни после него?

С. Л. Кейлин на основании клинико-анатомического анализа 1245 случаев мертворождаемости пришел к выводу, что основными причинами ее со стороны матери

были: токсикозы беременности — 9,4%, узкий таз — 8,2%, инфекционные и лихорадочные заболевания — 7,9%, затяжные роды с длительным безводным промежутком — 6,1%.

По данным Т. П. Аносовой, процент мертворождений у первородящих в возрасте до 30 лет был 2,2%, а старше 30 лет — уже 7,9%. Несколько увеличивается мертворождаемость в связи с возрастом и у повторнородящих. Очень большое значение имеет количество родов. Так, при первых родах мертворожденных было 3,16%, при вторых — только 1,27%, до шестых — 2,49%, а при шестых — 8,44%. По мере увеличения продолжительности родов мертворождаемость резко возрастает: у первородящих с 2,8 до 6,6%, а у повторнородящих с 1,3 до 6%.

И. И. Фейгель на основании анализа большого материала по мертворождаемости, после исключения всех осложненных родов, показал связь мертворождаемости с длительностью родов. Так, у первородящих с продолжительностью родов до 10 часов показатель мертворождаемости 0,7; с 11 до 24 часов — 0,74; с 25 до 48 часов — 1,89; свыше 48 часов — 2,66. У повторнородящих соответственно по тем же группам показатель мертворождаемости оказался: 0,61; 1,35; 2,8; 7,57.

Я. Н. Полонский высчитал, что средняя продолжительность родов, закончившихся рождением мертвого плода, составляла 52 часа, т. е. в 3 раза больше, чем при нормальных родах.

Поскольку показания к операции наложения щипцов включают в себя очень много обстоятельств, создающих угрозу для жизни плода, нет ничего удивительного в том, что потеря детей при оперативном родоразрешении значительно больше, чем при самопроизвольных родах. Следовательно, некоторые особенности родов, предшествующие операции, в известной мере объясняют повышенную потерю детей.

Однако все это еще не решает вопроса о полной безвредности самой операции для плода. В целом ряде случаев совершенно очевидно, что щипцы являются единственной, основной, в других случаях дополняющей причиной гибели плода.

В. В. Белоруссов на 424 оперативных родов, предпринятых исключительно по показаниям со стороны матери,

получил 2,3% мертворожденных и 2,7% детей вскоре умерли.

А. Г. Дмитриев при 163 операциях наложения высоких щипцов, когда не было показания к операции со стороны плода, получил 12 мертворожденных и 27 детей родилось в состоянии асфиксии.

А. Ф. Пальмов при 93 операциях наложения высоких щипцов потерял 10 детей, хотя каких-либо проявлений асфиксии в родах не было.

Г. М. Шполянский считает, что среди извлеченных щипцами мертворожденных причиной внутриутробной смерти плода в 67% была асфиксия и в то же время только у 36,6% мертворожденных имелись показания к операции со стороны плода.

У Я. Н. Полонского мертворождаемость при операции только по показаниям со стороны матери составила 14,2%.

Никто из акушеров не отрицает сжимающего, а следовательно, более или менее сильно травмирующего, действия щипцов на головку. Многое в этом действии зависит от разновидности операции — наложение типичных или атипичных щипцов, от того, в какой степени плод уже подвергся родовой травме, от особенностей устройства инструмента, от знаний и опыта акушера. Таким образом, сказать точно, в какой мере мертворождаемость зависит от условий, в которых производится операция, и от самой операции, часто не представляется возможным.

Правильное решение вопросов о применении или неприменении операции наложения щипцов зависит от умения акушера оценить все обстоятельства родов и найти ту границу, когда дальнейшее выжидание становится более опасным, чем оперативная травма.

Наблюдая беременную и роженицу, акушер обязан принять все меры к тому, чтобы предвидеть возможные осложнения и соответственно этому управлять родами. Мысль о том, что акушер не имеет права только присутствовать при родах, но должен управлять ими, высказана уже основоположником русского акушерства Н. М. Максимовичем.

Приводя материалы по мертворождаемости при операции наложения щипцов, иногда делают попытку произвести редукцию и распределить исходы операции по

признаку: «смерть зависит от щипцов» и «смерть не связана с щипцами». Прежде всего в число редуцируемых попадают почти все роды, закончившиеся краниотомией после неудачной попытки извлечь плод щипцами. Правомерность такой редукции весьма сомнительна, хотя бы по одному тому, что щипцы накладывают при живом плоде, а к перфорации переходят нередко уже на мертвом или умирающем.

А. Г. Дмитриев, осуждая попытки производить редукцию, приводит примеры того, как в результате такой «обработки», при большом проценте потери детей смертность равнялась нулю.

Г. М. Шполянский имел мертворождаемость и раннюю детскую смертность после операции, равную 13,6%, но, проведя редукцию, определял щипцы как причину гибели плода только в 3,9%.

Ф. П. Ханина при общей потере детей во время операции наложения полостных щипцов, равной 12%, только 4% относит за счет операции. Она объясняет это тем, что в родах имелись обстоятельства, способствующие гибели плода.

К числу таковых Ф. П. Ханина относит не только угрожающую асфиксию, но и слабость родовой деятельности, эндометрит, низкое поперечное стояние головки и т. п. Она считает, что более чем в половине родов плод был «обречен». Вряд ли можно сомневаться в необоснованности и вредности такой редукции и такого заключения.

По данным Н. А. Цовьянова, мертворождаемость при всех видах наложения щипцов составила 4,6%. Из этого числа, по его мнению, только 0,4% связаны с операцией. Он исключает из числа смертных случаев, зависящих от операции наложения щипцов, все случаи эклампсии и внутриутробной асфиксии плода, хотя известно, что ни эклампсия, ни асфиксия как таковые не дают 100% потери детей.

Но, даже прибегая к такой редукции, Н. А. Цовьянов указывает на опасность для плода, возникающую при чрезмерном сжатии головки ложками. Особенно велика эта опасность, когда головка уже конфигурировалась и на ней есть отек. Эти признаки говорят о расстройстве черепного кровообращения; при дополнительном сжатии головки оно еще более нарушается. Большую трав-

му наносит головке изолированное давление концов ложек.

Достаточно приведенных примеров редукции, чтобы судить о недопустимости таких вольностей в обращении с цифрами. Ничего, кроме недоверия к статистике и притупления внимания акушера к травмирующей роли щипцов, это вызывать не может.

Только одну полезную сторону можно видеть в такой широкой редукции — это то, что даже после нее остается немалое число операций, когда гибель ребенка следует отнести за счет самих щипцов. Слишком очевидна травматизация головки плода щипцами, чтобы снимать с них полностью ответственность за плохой исход операции для ребенка. Если плод уже травмирован родами, то щипцы еще дополнят эту травму.

Нельзя и отделять операцию от тех обстоятельств, которые ей сопутствовали. Не будь их, не было бы показаний к операции и не было бы, следовательно, самой операции.

М. А. Петров-Маслаков, изучив данные 1 153 операций наложения щипцов, приходит к выводу, что щипцы травмируют плод или усиливают имевшуюся до них родовую травму.

Я. Н. Полонский причиной мертворождаемости при наложении щипцов считает в первую очередь те показания, которые вызвали необходимость операции. Он полагает, что всякая редукция недопустима и принимает во внимание только цифры общей потери детей.

И. А. Штерн на 312 детей, извлеченных при родах щипцами, отмечает мертворождаемость в 12,2% против 2,3% на всех разрешившихся. Он пришел к выводу, что наиболее высокая мертворождаемость при операции по поводу токсокозов, когда она достигает 21,4%. Независимо от показаний к операции, доношенные плоды легче подвергаются травме. В группе доношенных мертворождаемость при наложении щипцов 15,4%, а в группе недоношенных — только 6,8%.

С. В. Кисин на 80 вскрытий нашел кровоизлияния в мозг в 25% и считает их первопричиной смерти. Он полагает, что наложение щипцов ведет к увеличению кровоизлияния.

К. Г. Комарова на основании данных вскрытия 527 мертворожденных и умерших детей приходит к выводу,

что кровоизлияния занимают первое место среди причин гибели ребенка. Она нашла их среди доношенных в 38% и среди недоношенных — в 25,7%. По ее данным, наложение щипцов занимает второе место среди причин внутричерепных кровоизлияний.

М. Д. Гутнер при 856 операциях наложения щипцов имел смертность в 13,7% и у большинства умерших была найдена внутричерепная травма. Исключив детей, которые находились в состоянии тяжелой асфиксии к моменту наложения щипцов, 7,9% умерших он относит за счет самой операции и полагает, что смертность при наложении щипцов в 20 раз выше, чем при самопроизвольных родах. М. Д. Гутнер считает, что три момента способствуют травматизации плода при операции: а) действие самих щипцов; б) противодействие со стороны родового канала и в) степень травматизации до операции. Он приходит к выводу, что наложение щипцов нельзя рассматривать как средство, предупреждающее родовую травму.

Во всех работах по вопросу об исходах операции наложения щипцов приводятся цифры, говорящие о том, что чем выше стояла головка, чем атипичнее было ее вставление, а отсюда, чем труднее было извлечение, тем больше мертворождаемость и ранняя смертность новорожденных. Наиболее обстоятельные работы в этом направлении принадлежат А. Г. Дмитриеву, В. В. Белорусову, С. Х. Фихтнеру и А. Ф. Пальмову.

А. Ф. Пальмов сообщил об исходах 800 операций наложения щипцов. Общая потеря детей была 14,1%. При выходных щипцах потеря детей составила 2,8%; при полостных — 6,6%; при щипцах, наложенных на головку, прошедшую вход большим сегментом, — 11,6%, при высоких щипцах — 17,2%, а включая последующие перфорации головки — 31,3%.

Еще хуже исход родов при наложении щипцов при узком тазе. А. Ф. Пальмов на 1 541 роды при узких тазах отмечает при всех видах родоразрешения общую детскую смертность в 12,4%. На 69. типических операций наложения щипцов потеря детей составила 11,5%, при высоких — 41,3%, в том числе в 23,1% произведена в последующем краниотомия.

П. Х. Хажинский на 1 747 родов при узком тазе имел детскую смертность в 3,8%, а при всех видах щипцов—

в 9,8%. Высокие щипцы при узком тазе дали 25% детской смертности.

Г. М. Шполянский на 356 операций наложения щипцов всех видов потерял 11,7% детей: при выходных — 5,5%, при полостных — 9%, при высоких щипцах — 23,9%, включая краниотомию.

А. В. Ланковиц на 4 549 родов при анатомически узком тазе отмечает мертворождаемость в 2,5%. При высоких щипцах на подвижную головку мертворождаемость составляет 36% и 45% с последующей краниотомией. При полостных и выходных щипцах мертворождаемость падает вдвое.

М. А. Петров-Маслаков на 1 153 операции наложения щипцов всех видов получил мертворождаемость в 7,9%, включая последующие краниотомии. При наложении высоких щипцов мертворождаемость наблюдалась в 20%, а выходных — только в 6%. Смертность новорожденных после операции наложения высоких щипцов составила 12,5%, после полостных — 5,7%, после выходных — 4,1%.

М. С. Малиновский определяет смертность детей при наложении щипцов при затылочном вставлении головки в 5%, при теменном — в 9%, при лицевом — в 25% и при лобном — в 40%.

Указанные выше данные, а также материалы других работ говорят: чем выше стояла головка, чем атипичнее было положение ее, чем чаще имело место несоответствие таза и головки (даже ликвидированное к началу операции), тем выше процент мертворождаемости и ранней детской смертности.

Несомненную роль в травматизме плода играет устройство щипцов. В соответствующем разделе было указано, что прямые щипцы русских акушеров, в частности, щипцы И. П. Лазаревича, а также построенные на тех же основах щипцы Килланда более безвредны для плода, чем иные типы инструментов, особенно французские. Помимо сжимающего действия, присущего инструменту как таковому, надо думать, что в травме плода имеет значение еще и быстрота выведения головки.

За последние годы в связи с разработкой вопросов борьбы с мертворождаемостью и ранней детской смертностью некоторыми акушерами было предложено расширить показания к операции наложения щипцов.

В акушерско-гинекологической клинике II Московского медицинского института имени И. В. Сталина операция наложения щипцов применялась в среднем в 1,5% родов.

За 5 лет—с 1937 по 1941 г. включительно—операция наложения щипцов была произведена 280 раз на 18 915 родов, что составляет 1,48%.

В течение второго полугодия 1946 г. и всего 1947 г. показания к операции были расширены и она была произведена 290 раз на 4 694 родов, т. е. в 6,2%.

Надо подчеркнуть, что клиника никогда не стояла на точке зрения полной безвредности наложения щипцов. Даже в периоде расширенных показаний операция допускалась только при наличии общепринятых условий и при выполнении ее требовалось соблюдение обычной техники.

Анализ состава оперированных в 1937—1941 гг. и в 1946—1947 гг. показал некоторые особенности этих двух групп, сводящиеся в основных чертах к следующему (табл. 11).

Таблица 11

Основные особенности рожениц, оперированных в 1937—1941 гг. и в 1946—1947 гг.

Основные особенности рожениц	1937—1941 гг. (в %)	1946—1947 гг. (в %)
Анатомически суженный таз	12,2	3,8
Вес плода до 3 000 г	18,6	35,5
Вес плода более 4 000 г	13,9	4,1
Атипичное вставление головки	20,0	12,4
Продолжительность родов более 20 часов	73,2	34,2
Продолжительность безводного промежутка более 10 часов	57,1	25,5
Грязные воды	28,2	14,5
Продолжительность потуг более 2 часов	69,6	25,5

Таким образом, оперированные в 1946—1947 гг. находились в значительно лучших условиях, чем это было в 1937—1941 гг. Возрастной состав рожениц в обеих группах был почти одинаков.

Показания к операции наложения щипцов следующие (табл. 12).

Таблица 12

Показания к операции наложения щипцов

Показания к операции	1937—1941 гг.		1946—1947 гг.	
	количество операций	%	количество операций	%
Со стороны матери	78	27,9	56	19,3
Со стороны плода	97	34,6	199	68,6
Смешанные	105	37,5	35	12,1
Всего	280	100,0	290	100,0

Из приведенной табл. 12 виден рост количества оперированных по показаниям со стороны плода в 1946—1947 гг.

Характер операций в 1946—1947 гг. несколько отличается по сравнению с 1937—1941 гг. (табл. 13).

Таблица 13

Распределение операций по их разновидностям

Характер операции	1937—1941 гг.		1946—1947 гг.	
	количество операций	%	количество операций	%
Входные щипцы	6	2,1	4	1,3
Полостные >	143	51,1	168	58,0
Выходные >	131	46,8	118	40,7
Всего	280	100,0	290	100,0

Высокие щипцы, иначе говоря, щипцы на головку, стоящую лишь малым сегментом во входе в таз (на плотно вставившуюся), и на подвижную головку никогда не накладывались.

В 1946—1947 гг. несколько чаще накладывались полостные щипцы за счет выходных, что объясняется более ранним оперативным вмешательством.

Ближайший исход операции наложения щипцов для плода выразился в следующих цифрах (табл. 14).

Таблица 14

Непосредственный исход операции для плода

Состояние плода при рождении	1937—1941 гг.		1946—1947 гг.	
	количество новорожденных	%	количество новорожденных	%
Здоров	183	65,4	218	75,2
Асфиксия, оживленный	71	25,3	63	21,7
Асфиксия, неживленный	17	6,1	6	2,1
Мертворожденный	9	3,2	3	1,0
Всего	280	100,0	290	100,0

Число мертворожденных и не оживленных при асфиксии в 1946—1947 гг. составило 3,1% против 9,3% в 1937—1941 гг. Уменьшилось и число плодов, родившихся в состоянии асфиксии, но оживленных.

Мертворождаемость в отношении общего количества разрешившихся в клинике в 1946—1947 гг. (включая и роды, сопровождавшиеся операцией наложения щипцов) составила около 2%. Следовательно, несмотря на снижение мертворождаемости при операции в 1946—1947 гг. по сравнению с 1937—1941 гг., она все же была выше, чем при самопроизвольном родоразрешении.

С целью клинико-анатомической оценки каждого случая мертворождаемости и выяснения степени ответственности акушера с точки зрения ведения родов и своевременности оперативного пособия были тщательно изучены соответствующие истории родов, истории развития новорожденных, протоколы вскрытий и данные патогистологических исследований.

Общие итоги такого анализа выразились в следующем.

Мертворождаемость, включая и новорожденных, не оживленных при асфиксии, в 1937—1941 гг. имела место при 26 родах (9,3%). Недочеты ведения родов, которые могли сказаться на неблагоприятном исходе для плода, отмечены у 19 рожениц. Нельзя установить никакой связи между смертью плода и ведением родов только у 7 рожениц. Клинико-анатомический анализ позволяет считать, что оперативная травма была причиной мертворождения у 9 рожениц.

Мертворождаемость, включая не оживленных при асфиксии, в 1946—1947 гг. имела место при 9 родах (3,1%). С точки зрения ведения родов и своевременности операции в 8 случаях можно в какой-то степени говорить о врачебных недочетах. Только в одном случае мертворождение никак нельзя поставить в связь с ведением родов, так как плод был явно нежизнеспособным уродом. Клиника и патологоанатомические данные говорят об оперативной травме как причине мертворождения у 4 плодов.

Если из всех 570 оперированных на 1937—1941 гг. и 1946—1947 гг. выбрать лишь тех, у которых щипцы были наложены по показаниям со стороны матери и не было совершенно никаких указаний на угрожающее состояние плода, то и при таких родах имелись случаи асфиксии плода и мертворождения.

Состояние плода при рождении, когда операция предпринята по показаниям только со стороны матери, приведено в табл. 15.

Таблица 15

Состояние плода при рождении
(показания к операции со стороны матери)

Характер показаний	Количество новорожденных	Родившиеся в асфиксии (оживлены)	Мертворожденные
Слабость родовой деятельности	55	12	1
Длительное стояние головки в полости	25	5	2
Порок сердца	43	1	—
Прочие	11	1	1
Всего	134 (100%)	19 (14,2%)	4 (3%)

Из числа «прочих» показаний в одном случае рождение мертвого было обусловлено преждевременной отслойкой детского места (щипцы были наложены при мертвом плоде). Таким образом, причину мертворождения здесь нельзя объяснить оперативной травмой.

Обращает на себя внимание то, что при наложении щипцов с целью исключения потуг у рожениц, страдаю-

ших пороком сердца, не было мертворождений. У одного новорожденного наблюдалась асфиксия, но столь незначительная, что по существу и не может быть принято во внимание. Впрочем, из 43 операций в этой группе при 23 наложены выходные щипцы, а полостные не были трудны в техническом отношении.

Основная часть детей, родившихся в состоянии асфиксии и мертворожденных, относилась к оперированным по поводу вторичной слабости родовой деятельности и длительного стояния головки в тазу. Условия для операции часто были неблагоприятными: задний вид — у 16; низкое поперечное стояние головки — у 7; расположение головки во входе в таз — у 4 (в том числе у 3 рожениц эндометрит в родах); эклампсия — у 2; эндометрит в родах — у одной роженицы.

Следовательно, исход операции наложения щипцов для плода, как и для матери, в значительной мере определялся теми условиями, которые существовали к моменту данной операции. Особо следует отметить значение атипичности и технических трудностей операции, травматизации плода затяжными родами при раннем излитии вод и длительных потугах.

Весьма возможно, что длительная родовая травма создала такие близкие к патологии условия существования внутриутробного плода, что добавочная оперативная травма повлекла за собой асфиксию и даже

Т а б л и ц а 16

Состояние плода при рождении (показания к операции со стороны матери и со стороны матери и плода)

Характер показаний	Количество новорожденных	Родившиеся в асфиксии (оживлены)		Мертворожденные	
		количество новорожденных	%	количество новорожденных	%
Только со стороны матери	134	19	14,2	4 ¹	3,0
Со стороны матери и плода одновременно	140	43	30,7	8	5,7

¹ В том числе одна операция при заведомо мертвом плоде. При редукции мертворождаемость 2,3%.

смерть плода. Изменение сердцебиения плода, не установленное к началу операции, возможно, появилось в процессе производства ее, когда выслушивание уже нельзя производить с должной тщательностью.

Состояние плода при рождении в тех случаях, когда операция произведена по показаниям только со стороны матери и по показаниям со стороны матери и плода одновременно, видно из табл. 16.

Рождение плода в состоянии асфиксии и мертворождаемость увеличиваются вдвое, если к показаниям со стороны матери присоединяются показания со стороны плода.

Остается еще одна группа оперированных, в которой показания к операции, исходили только от плода. Исходы родов в этой группе представлены в табл. 17

Таблица 17
Состояние плода при рождении (показания к операции со стороны плода)

Характер показаний	Количество новорожденных	Родившиеся в асфиксии (оживлены)		Мертворожденные	
		количество новорожденных	%	количество новорожденных	%
Изменение сердцебиения	290	70	24,1	21 ¹	7,2
Выпадение пуповины	6	2	—	2	—
Всего	296	72	24,3	23	7,7

¹ В том числе одна операция при мертвом плоде (не было уверенности в отсутствии сердцебиения — извлечен мацерированный плод) и одна операция — извлечен явно нежизнеспособный урод. Таким образом, мертворождаемость при редукции 6,5%.

Число мертворожденных и родившихся в состоянии асфиксии здесь составляет около $\frac{1}{3}$ всех оперированных. При всей величине этой цифры все же остается $\frac{2}{3}$ новорожденных, когда при внутриутробном изменении сердцебиения асфиксии при рождении не было отмечено. Этот факт может иметь различные объяснения.

Первое — это несоблюдение того срока, который необходим, чтобы после схватки сердцебиение восстанови-

лось, и физиологическое изменение сердцебиения принималось за патологическое.

Второе — это значительная чувствительность реакции сердечно-сосудистой системы внутриутробного плода на состояние аноксии и изменение сердечного ритма уже в самой начальной, легко обратимой стадии аноксии.

Третье — это возможность изменения сердцебиения плода вследствие каких-либо других неизвестных еще причин, помимо аноксии.

Во всяком случае практически важно усовершенствовать методику наблюдения за сердцебиением плода и вести дальнейшую разработку вопросов физиологии и патологии его сердечно-сосудистой системы. Однако в повседневной работе пока еще приходится руководствоваться внимательным, возможно более частым выслушиванием и сосчитыванием сердцебиения плода. И если в некоторых случаях при изменении сердцебиения плода акушер извлекает совершенно здорового ребенка, все же это не умаляет значения указанного диагностического приема.

Состояние плода при рождении в связи с длительными изменениями его сердцебиения показано в следующей таблице (табл. 18).

Таблица 18

Состояние плода при рождении в связи с длительностью изменения его сердцебиения

Длительность изменения сердцебиения плода	Количество новорожденных	Родившиеся в асфиксии (оживлены)		Мертворожденные	
		количество новорожденных	%	количество новорожденных	%
До 15 минут	229	46	20,1	11	4,9
16—30 »	110	32	29,1	8	7,3
31—60 »	50	17	34,0	4	8,0
Более 1 часа	47	20	42,5	7	4,9
Всего	436	115	26,4	30 ¹	6,9

¹ Исключая один случай мертворождения, когда сердцебиение плода было под сомнением — извлечен мертвый мацерированный плод.

Из приведенной табл. 18 видно, какое большое значение имеет длительность изменения сердцебиения для исхода операции и тем самым подтверждается ценность этого диагностического признака развивающейся внутриутробной асфиксии плода.

В итоге изучения работ, посвященных вопросам непосредственных исходов операции наложения щипцов для плода и анализа материала клиники, можно высказать следующие положения:

1) мертворождаемость при операции наложения щипцов значительно выше, чем при самопроизвольном родоразрешении;

2) мертворождаемость при расширении показаний к операции снижается, но все же остается большей, чем при самопроизвольных родах;

3) причинами повышенной мертворождаемости при операции наложения щипцов являются:

а) особый состав оперированных, в связи с чем значительное число плодов к моменту наложения щипцов бывает уже подвергнуто родовой травме (длительные роды, раннее отхождение вод, несоответствие таза и головки и т. п.);

б) травмирующий характер самого инструмента и операции (тем больше выражен, чем выше расположена головка, чем атипичнее вставление, чем большее сжатие испытывала головка ложками щипцов).

Переходя к итогам анализа ранней смертности новорожденных, можно отметить, что из 4 умерших детей после операции в 1937—1941 гг. у 3 смерть надо поставить в связь с родовой и, возможно, дополнительно оперативной травмой. Из 5 детей, умерших после операции в 1946—1947 гг., смерть можно поставить в связь с родовой и оперативной травмой только у 2.

Ранняя детская смертность после операции наложения щипцов не отличается заметно в количественном отношении от смертности после самопроизвольных родов. Однако среди умерших новорожденных имеется значительная часть таких, где связь смерти с бывшей операцией достаточно очевидна.

Точное разграничение случаев мертворождаемости, асфиксии и ранней смертности новорожденных на группы (связаны или не связаны они с операцией как таковой) не всегда возможно, так как оба вида травмы мо-

гут сочетаться и быть взаимно связанными. Поэтому то, что обычно подразумевается под непосредственным исходом для плода, точнее есть исход родов, сопровождающихся операцией.

Исходя из всего сказанного, каждая операция наложения щипцов должна производиться со строгим учетом всех клинических особенностей родов. Большая активность, равно как и большой консерватизм, надо полагать, не оправдывают себя как метод снижения мертворождаемости.

При решении вопроса о целесообразности расширения показаний к наложению щипцов в интересах плода, помимо анализа потери детей при операции, необходимо еще рассмотреть общую потерю детей в клинике в период, когда эта операция применялась наиболее редко и наиболее часто.

Наиболее редко (1,1%) операция наложения щипцов применялась в 1938 г.

За 1938 г. было 3 208 родов.

Мертворождаемость отмечалась в 73 случаях, т. е. 2,28%. Умерло новорожденных в родильном доме 54, т. е. 1,67%. Таким образом, общая потеря детей составила 127 человек, т. е. 3,95%.

Наиболее часто (7%) операция наложения щипцов наблюдалась в 1946—1947 гг. За этот период было родов 2 830, мертворождаемость отмечалась в 59 случаях, т. е. 2,08%. Умерло новорожденных в родильном доме 39, т. е. 1,38%. Таким образом, общая потеря детей составила 98 человек, т. е. 3,46%.

При значительной части мертворождений и ранней детской смертности вопрос о наложении щипцов по тем или иным причинам отпадал (тазовые предлежания, отсутствие сердцебиения плода, отсутствие условия для наложения щипцов, в связи с чем произведена перфорация головки, явно нежизнеспособные уроды: анэнцефалия, акрания, резко выраженная гидроцефалия).

Мертворожденные и умершие, где с большей или меньшей вероятностью можно было бы считать, что в случае своевременного наложения щипцов дети могли бы быть живы, распределены на три группы.

К первой группе отнесены те случаи мертворождения и ранней смертности новорожденных, когда ответственность акушера за неблагоприятный исход родов

для плода достаточно очевидна, так как щипцы не были наложены, несмотря на наличие показаний и условий, или операция запоздала. Эта группа может быть названа «ответственной».

Вторую группу составили те случаи мертворождения, когда спасение жизни ребенка путем наложения щипцов или более раннего их применения не было столь очевидно, но все же вероятно. Эта группа — «условно ответственная».

К третьей группе отнесены те случаи мертворождения и ранней смертности новорожденных, когда извлечение ребенка щипцами вряд ли изменило бы исход, и те, где возможность самой операции по той или иной причине была сомнительна. Эта группа — «неответственная».

Сравнительные итоги подробно проведенного клинко-анатомического анализа общей потери детей в клинике за год наиболее редкого применения операции щипцов и наиболее частого ее применения представлены в следующей сводной таблице (табл. 19).

Из табл. 19 можно сделать некоторые заключения.

1. Как при редком применении операции наложения щипцов, так и при расширенных показаниях к ней потеря детей (независимо от возможности применения щипцов) мало чем отличается друг от друга и суммарно (3,95 и 3,46%) и в отдельности по мертворожденным (2,28 и 2,08%) и умершим (1,67 и 1,38%).

2. Потери детей в тех случаях, где так или иначе мог ставиться вопрос об операции наложения щипцов, также почти не отличается ни суммарно (1,37 и 1,25%), ни в отдельности по мертворожденным (0,5 и 0,5%) и умершим (0,87 и 0,74%).

3. Степень ответственности акушера за смертность детей можно определить только по записи в истории родов. Выполнить это с полной достоверностью не всегда представлялось возможным. Особенности ведения медицинской документации, те или иные недочеты ее в некоторых случаях затрудняли отнесение мертворожденных и умерших к той или иной группе.

Все сказанное делает понятным то, что распределение потери детей по группам «ответственные», «условно ответственные» и «неответственные» может быть принято только с известной степенью вероятности.

Т а б л и ц а 19

Сравнительные итоги исходов операции для плода в связи с расширением показаний к наложению щипцов

Показатели	1938 г.		1947 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
Общее количество родов	3 208	100,0	2 830	100,0
Общее число потери детей	127	3,95	98	3,46
Мёртворожденные	73	2,28	59	2,08
Умершие	54	1,67	39	1,38
Потеря детей при операции наложения щипцов	44	1,37	35	1,25
Мертворожденные	16	0,5	14	0,5
ответственные	8	0,25	3	0,11
условно ответственные	4	0,12	4	0,14
неответственные	4	0,12	7	0,25
Умершие	28	0,87	21	0,74
ответственные	10	0,31	6	0,21
условно ответственные	4	0,12	6	0,21
неответственные	14	0,44	9	0,32
Потеря детей				
ответственные	18	0,56	9	0,32
условно ответственные	8	0,25	10	0,35
неответственные	18	0,56	16	0,57

После этой оговорки можно сказать, что «ответственные» потери детей при расширенных показаниях к операции снизились по сравнению с периодом редкого применения ее и суммарно (0,56 и 0,32%) и в отдельности по мертворожденным (0,25 и 0,11%) и умершим (0,31 и 0,21%).

Однако это снижение не пошло за счет уменьшения числа «неответственных» потерь детей, которые суммарно остались на одном и том же уровне (0,56 и 0,57%). Правда, число «неответственных» мертворождений увеличилось при расширении показаний к операции (0,12 и 0,25%), но в то же время число «неответственных» умерших даже уменьшилось (0,44 и 0,32%).

Снижение в группе «ответственной» потери детей произошло за счет изменений в группе «условно ответственной» потери, т. е. в той группе, где наименее ясна степень ответственности акушера за потерю ребенка.

Все это в известной мере умалывает значение снижения «ответственной» потери детей при расширении показаний к операции и заставляет придавать большое значение общей потере без деления ее на группы по степени ответственности. Общая же потеря, как уже указывалось, мало разнится друг от друга в том и другом случае (1,37 и 1,25%).

4. Если же считать, что при расширении показаний к операции число «ответственных» потерь детей и снизилось, то это снижение не столь значительно, а цена, которой приобретается это снижение (материнский травматизм и послеродовая заболеваемость), вряд ли оправдывает такое расширение показаний в интересах плода.

В заключение этого раздела следует сказать, что во всех трудах, обобщающих теорию и практику акушерских операций, начиная от Н. М. Максимовича, Д. И. Левицкого, Г. И. Кораблева, указывается на травмирующую роль щипцов для плода.

А. Я. Крассовский, приводя различные виды повреждений у плода, считал, что щипцы являются не всегда безвредным и безопасным инструментом. Чем тяжелее была операция и чем хуже она выполнялась, тем чаще и опаснее сказываются повреждения, вызванные щипцами. А. Я. Крассовский отмечал большую опасность щипцов для плода, чем для роженицы.

Н. Н. Феноменов при учете исходов операции особенно подчеркивал необходимость считаться с состоянием плода перед операцией. Плохой исход может зависеть не столько и не только от самой операции, сколько от того, что плод уже пострадал от тяжелых родов. Несвоевременное и неумелое оперирование сильно ухудшают исход операции. Считая сжатие головки злом, присущим щипцам, с которым акушер должен бороться, Н. Н. Феноменов ссылается на такие случаи, когда извлеченный плод находился в состоянии тяжелой асфиксии, хотя до операции не было угрожающих признаков.

И. П. Лазаревич особенно подчеркивал значение целесообразного устройства щипцов для предупреждения сдавления головки. Много значит величина, форма

и взаимное расположение ложек. Крайне важно, чтобы замок был подвижен и давал возможность лучше приладить ложки к головке, особенно при необычном способе наложения щипцов. Для возникновения повреждений головки при наложении щипцов имеет значение и то, что сдавление ее происходит усиленно и быстро, в то время как при самопроизвольных родах оно совершается медленно и постепенно.

В последующих работах Н. Ф. Толочинова, Н. И. Побединского, Г. Г. Гентера, К. К. Скробанского, М. С. Малиновского и др. разделяются приведенные выше взгляды на травмирующую роль щипцов для плода.

Б. ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ

Поскольку щипцы в большей или меньшей степени травмируют плод, надо думать, что последствия травмы могут выявляться не только непосредственно после операции. Возможно появление симптомов перенесенной травмы и по прошествии определенного времени, когда, в частности, развиваются тонкие функции головного мозга. Поэтому необходимо проследить дальнейшее развитие ребенка после операции по крайней мере до 5-летнего возраста.

Вопрос об отдаленных исходах операции щипцов для детей почти не освещен в дореволюционной акушерской литературе. Только одна работа В. П. Жуковского «О заболевании детей, родившихся с помощью щипцов при травме головки» (1903), посвящена этому вопросу. По его данным, из 575 детей, извлеченных при родах с помощью щипцов, 5% умерли в ближайшую неделю, 100 детей были прослежены в течение 2 недель. Смертность в этой группе достигла уже 22%. В советской акушерской литературе вопрос об отдаленных исходах операции получил освещение в работах Е. С. Лазаревой, Я. Н. Полонского, Ф. П. Ханиной и С. И. Федорова.

Е. С. Лазарева проследила отдаленные исходы операции у 79 детей. Она не указывает точно, какие возрастные группы вошли в это число, однако, судя по некоторым данным, возраст детей был от 2 до 7 лет. Из 79 детей умерли 11, т. е. 13,9%.

Выходные щипцы были наложены у 52 рожениц. Умерло 5 детей (9,6%). Причина смерти: дизентерия—

у одного ребенка; осложнения после кори — у одного; менингит — у 2; причина не выяснена у одного ребенка. Из числа живых детей у 3 отмечены следующие дефекты: ребенок 7 лет имеет вдавление лобной кости от шипцов, плохая память; ребенок 4¹/₂ лет плохо говорит (даже отец не понимает его); ребенок 6¹/₂ лет имеет повреждение ушной раковины.

Полостные шипцы были наложены у 25 рожениц, умерло 6 детей (24%). Причина смерти: скарлатина — у 2; острое желудочно-кишечное заболевание — у одного; операция на шее по поводу какой-то опухоли у одного; туберкулез легких у одного ребенка. Один новорожденный выбыл из клиники слабым, болел рахитом и умер через 1 год 5 месяцев; один ребенок не держал голову и умер в возрасте 2 месяцев при явлениях судорог; 19 детей живы, все здоровы.

Высокие шипцы накладывались 2 роженицам. Оба ребенка живы и здоровы.

Е. С. Лазарева заключает, что определенной зависимости смерти детей от операции не наблюдается, но подозрительны в этом отношении 4 ребенка. Отдаленные результаты повреждений она отмечала только у 2 детей: вдавление лобной кости и повреждение ушной раковины. Третий ребенок 4¹/₂ лет, который плохо говорит, автором без всяких к тому оснований не учитывается.

Я. Н. Полонский проследил судьбу 132 детей, извлеченных с помощью наложения шипцов: 6 — высоких, 79 — полостных, 47 — выходных. Возраст обследованных детей не указан. На первом году жизни умерло 15 детей. Смертность после полостных шипцов 14%, а после выходных — 6,5%. По мнению Я. Н. Полонского, ни в одном случае смерть не связана с операцией. Еще 5 детей (3,7%) умерли на втором году жизни. У одного из них автор связывает смерть с операцией, так как у ребенка наблюдались судороги.

Из 112 детей, оставшихся в живых, 102 были вполне здоровы; 10 детей были слабыми и болезненными. По словам матери, 4 детей страдали судорогами; возраст от 1 года 10 месяцев до 3¹/₂ лет.

Я. Н. Полонский склонен отрицать влияние операции наложения типичных шипцов на дальнейшее развитие ребенка. Он полагает, что встречающиеся патологические явления у таких детей имели место не чаще, чем

после самопроизвольных родов. Травма ребенка зависит не столько от инструмента, сколько от тех обстоятельств, которые сопутствовали операции и заставили прибегнуть к ней, как-то: вторичная родовая слабость, затянувшиеся роды, сужение таза, асфиксия.

Ф. П. Ханина обследовала 199 детей в возрасте от 2 до 12 лет. Умерло 26 детей, т. е. 13%, в том числе в возрасте до года—7%, до 2 лет—3,5%, до 3 лет—2% и старше 3 лет—0,5%.

Наиболее частой причиной смерти детей были заболевания желудочно-кишечного тракта и дыхательных органов. У других детей причины смерти следующие: у 2 — менингит; у одного — кровоизлияние в мозг и энцефалит (роды длились 96 часов, глубокая асфиксия, вдавления кости черепа от мыса, физически развивался плохо, с 9 месяцев появились судороги, недержание мочи и кала); у одного — энцефалит, который невропатолог относит за счет оперативной травмы; до заболевания ребенок развивался нормально.

Ф. П. Ханина полагает, что только в последнем случае смерть надо поставить в связь с операцией.

Далее она приводит сведения о развитии 112 детей, оставшихся в живых, и приходит к выводу, что данные обследования не дают указания на вред щипцов для плода.

Надо сказать, что те материалы, которые приводит автор, не дают оснований для столь решительного отрицания влияния щипцов на последующее развитие детей. Четверо детей умерли в связи с заболеваниями центральной нервной системы, 14 — страдали дефектами речи, 3 — были умственно отсталыми. Эти данные, надо полагать, должны послужить по крайней мере для более осторожных выводов.

С. И. Федоров провел обследование 86 детей после выписки их из родовспомогательного учреждения. Он дает довольно неопределенную формулировку результатов своих наблюдений: «Проверена дальнейшая судьба детей, родившихся при помощи щипцов, показывающая достаточную безопасность операции щипцов».

Из числа оперированных в акушерско-гинекологической клинике II Московского медицинского института в период 1937—1941 гг. нам удалось получить сведения о 159 детях (почти 54% к числу выписавшихся). Для

выяснения состояния здоровья этих детей была разработана специальная анкета. Анкета заполнялась в большинстве случаев путем непосредственного опроса родителей или ближайших родственников. Значительную часть детей нам удалось видеть лично. К моменту обследования дети были в возрасте от 6 до 10 лет включительно.

Разработка 159 анкет показала, что 141 ребенок жив, 18 человек умерли.

Следует указать, что 3 детей (11 месяцев, 4 года и 6 лет) умерли от менингита; 3 из живых детей имеют выраженные дефекты развития.

Приведем выписки истории родов.

1. Роженица Д., 31 года, роды вторые, продолжительность их 23 часа. Безводный промежуток 22 часа. Потуги 13 часов. Низкое поперечное стояние головки. Ввиду бесплодных потуг и стойкого в течение 2 часов, изменения сердцебиения плода наложены полостные щипцы. Извлечен живой мальчик весом 2 800 г.

У ребенка имелось вдавление костей черепа в теменной области, кровоподтеки на лбу с последующим некрозом кожи. Кроме того, были явления пареза правого лицевого нерва, которые держались в течение 6 дней. Ходить начал в возрасте 1 года 7 месяцев. Обследование через 6 лет выявило неустойчивость в конечностях, наличие произвольных движений. Речь ребенка невнятная. На волосистой части границы лба и теменных костях определяется рубец, лишенный волос, и вдавление костей.

2. Роженица П., 30 лет, роды первые, продолжительность их 28 часов. Безводный промежуток 10 часов. Наложены выходные щипцы вследствие слабости потуг. Родилась живая девочка весом 3 100 г. До выписки из родильного дома, в течение 11 дней, наблюдался парез левой кисти, плохая прибавка в весе. При выписке вес 2 840 г.

Ребенок начал ходить в возрасте 1 года 3 месяцев. Зубы прорезались поздно. Страдал ночным недержанием мочи. Имелось выраженное косоглазие. По мере роста ребенка обнаруживалась все более и более отсталость психического развития. Мать отдала ребенка в дом для дефективных детей.

Выписка из истории болезни воспитанницы детского дома № 8. Поступила в детский дом № 8 18/II 1943 г. Диагноз: имбецил. Глухонемога в результате родовой травмы. При поступлении была истощена, имела пролежни на ягодицах. Походка неуверенная. Неопрятна. В возрасте 12 лет физическое развитие соответствует развитию 7-летнего ребенка. Диспластична. Обильное слюнотечение. Неравномерность глазных щелей, справа значительное сужение. Стробизм. Колобома обоих зрачков. Резкий цианоз стоп. Со стороны внутренних органов отмечается компенсированный порок сердца. Не говорит, не слышит, вялая, тихая, безучастна к окружающему. Кушает и одевается сама. Много беспричинно смеется. Были длительные периоды, когда по целым дням намазывалась слюной. Коленные рефлексы высокие. Консультирована с ото-ларингологом.

Со стороны ушей отклонений от нормы не найдено. Реакция Васермана при поступлении отрицательная.

3. Роженица Г., 27 лет. Безводный промежуток 29 часов. Потуги 12 часов. Наложены полостные щипцы вследствие угрожающей асфиксии плода. Родилась девочка весом 3 500 г в состоянии асфиксии, продолжавшейся 5 минут. Ребенок находился в родильном доме 8 дней и выписан по настоянию матери домой. До выписки наблюдался парез левого лицевого нерва и явления, подозрительные на кровоизлияние в мозг. Других патологических изменений не было отмечено.

В дальнейшем ребенок, по словам матери, развивался нормально, если не считать пареза лицевого нерва до 7-месячного возраста. Со стороны психики никаких отклонений от нормы не отмечалось. Ходить начал в возрасте 1 года 2 месяцев. С этого времени стали замечать, что правая нижняя конечность отстает в росте, сила ее понижена. Был констатирован подвывих в правом тазобедренном суставе, видимо, врожденный. В 3-летнем возрасте произведена операция, но без успеха.

Приведенные примеры дают много оснований для того, чтобы поставить заболевания этих детей в связь с оперативной травмой.

Как уже было сказано, нельзя абстрагировать операцию и рассматривать ее последствия независимо от условий и обстоятельств, в которых операция производилась. Известно, что существует родовая травма вне связи с оперативной. Значительное количество черепных травм находят у мертворожденных детей и без всякой операции. Операция наложения щипцов производится по определенным показаниям, как-то: затяжные роды, длительное стояние головки в родовых путях, изменение сердцебиения плода и т. п. Все эти и другие явления или создают условия для родовой травмы, или являются симптомами травмы, уже наступившей до начала операции. Щипцы могут или сами по себе травмировать, или усиливать травму, уже существующую, или могут быть совершенно безвредными.

Нельзя считать, что всегда явления травмы у детей после операции щипцов зависят от самой операции. Поэтому правильно говорить не о результатах операции для плода, а о результатах родов, сопровождающихся операцией.

Разграничить родовую и оперативную травму далеко не всегда возможно.

В итоге рассмотрения всех имеющихся данных о последующем развитии детей, извлеченных во время родов с помощью операции наложения щипцов, надо ска-

зять, что хотя они и недостаточны для окончательных выводов, но не дают пока основания для исключения отрицательного влияния операции на дальнейшее физическое и психическое развитие детей.



Еще основоположник русского акушерства Н. М. Максимович учил, что при патологических родах акушеру «не надо полагаться только на одну природу и быть ее праздным зрителем». В отношении операции наложения щипцов он предостерегал: «Правда, иногда немалый вред причиняется, как родильницам, так и новорожденным детям от таковых орудий, но сие по большей части случается только тогда, когда нагло или скоропостижно то учинено было, то есть когда не были предприняты надлежащие предосторожности, как благоразумному врачу, лекарю и бабке здравый рассудок открывает; ибо как во всяком другом деле, так равномерно и в повивальном искусстве не употребление, но злоупотребление бывает виною дурных следствий».

Г. И. Кораблев писал: «Ни слишком мало, ни слишком много полагаться надо на природные силы; первое ведет к злоупотреблению инструментом, второе располагает к последованию истинно губельных правил Osborn'a, по которому только тогда должен начинать операцию, когда все жизненные силы истощатся...».

Трудно согласиться с Н. Н. Феноменовым, писавшим: «... я полагаю, что лучше 10 раз наложить щипцы там, где роды могли бы окончиться благополучно и сами по себе, чем не наложить 1 раз там, где без этого окончание родов было бы сопряжено с опасностью для матери и для плода...»

Следует отметить, что Н. Н. Феноменов далек от того, чтобы считать щипцы безвредным инструментом. Главу об операции наложения щипцов он заключает следующими словами: «Не без влияния, впрочем, называется операция щипцов и сама по себе; это доказывается как целым рядом обширных статистических данных, так и теми случаями, в которых операция предпринималась на живом плоде, сердечные тоны которого до момента операции выслушивались отчетливо, а между тем плод рождался в асфиксии, из которой не всегда

удавалось его вывести. При вскрытии, однако, не оказывалось каких-либо резких изменений в мозгу, гешр. в полости черепа. Весьма правдоподобно, мне кажется, допустить в таких случаях влияние непосредственного сжатия головки щипцами (давление на мозг, раздражение центров продолговатого мозга и т. п.)».

Можно с полным основанием сказать, что даже щипцы русского типа — наиболее совершенные из всех видов этого инструмента — не представляют собой вполне безопасного орудия и применять их без достаточных оснований не следует.

Итти этим единственно правильным путем акушер может только при условии хорошей организации родовспоможения, творческого освоения наследия русской акушерской школы, непрерывного совершенствования своих знаний и опыта, вдумчивой клинической оценки всего организма рожаящей женщины.

Трудности такого пути не малы, но вполне преодолимы, так как в нашей стране созданы все условия для непрерывного роста науки и практики, а забота о здоровье и жизни матери и ребенка поставлены на высоту государственной задачи.

ЛИТЕРАТУРА

- Абуладзе Д., Медицинский отчет акушерского отделения Акушерско-гинекологической клиники в Киеве за 1893—1894 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1898, № 11, стр. 1276—1326.
- Абуладзе Д., Медицинский отчет акушерского отделения Акушерско-гинекологической клиники в Киеве за 1894—1897 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1898, № 11, стр. 1372—1391; № 12, стр. 1453—1491.
- Абуладзе Д., К технике наложения акушерских щипцов, Журнал акушерства и женских болезней, 1917, № 3—4, стр. 157—160.
- Агаронов А. М., Оперативное акушерство, Москва—Эривань, 1935.
- Агафонов Б. Н., Медицинский отчет акушерской клиники проф. К. Ф. Славянского 1877—1884 г., СПб, 1885.
- Агафонов Б. Н., Медицинский отчет по Лихачевскому родильному отделению Казанской губернской земской больницы с 1/IX 1901 г. по 1/IX 1902 г., Казань, 1902.
- Алексеев П., Материалы для акушерской статистики Московской акушерской клиники с 1862 г. по 1874 г., Московский врачебный вестник, 1876, № 4, стр. 52—55.
- Анализ причин материнской летальности, Ученый медицинский Совет Наркомздрава РСФСР под ред. Б. А. Архангельского и А. И. Нестерова, М., 1945.
- Ананов С., К вопросу о наложении акушерских щипцов на последующую головку, Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом, 1874, № 20, гл. IV, стр. 1—22.
- Аносова Т. П., Анализ причин мертворождаемости по материалам Акушерско-гинекологической клиники II Московского медицинского института за 1942—1944 гг., Акушерство и гинекология, 1948, № 5, стр. 22—28.
- Ануфриев А. А., Краткий медицинский отчет Клиники акушерства и женских болезней при Варшавском университете 1869—1873 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1893, № 4, стр. 291—323.
- Аркуский Ю. И., Влияние беременности на сердце в аспекте клинко-рентгенологического и электрокардиографического исследования, Акушерство и гинекология, 1947, № 1, стр. 11—15.
- Арешев Г. Я., Искусственные преждевременные роды (по способу Собестианско-го) как более естественный противовес кесарскому сечению, в кн.: Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 220—225.
- Архангельский Б. А., Новый метод прогноза родов, М., 1926.

- Архангельский Б. А., Узкий таз, Журнал акушерства и женских болезней, 1935, № 1, стр. 23—33.
- Архангельский Б. А., Клиника узкого таза, Акушерство и гинекология, 1939, № 2—3, стр. 98—114.
- Атаев, Шипцы Килланда (Kielland), Азербайджанский медицинский журнал, 1928, № 2, стр. 69—73.
- Ахтеров Б. Л., О применении пудендоанестезии в акушерской практике, Дисс., Одесса, 1946.
- Бакшт Г. А., Шипцы Kielland'a при ягодичных предлежаниях, Журнал усовершенствования врачей, 1927, № 12, стр. 883—886.
- Баншиков М. Л., Медицинский отчет Петроградских родильных приютов за 1913 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1916, т. XXXI, № 11, стр. 1—48.
- Бацевич Е. Ф., О шипцах Лазаревича, Протоколы заседания Акушерско-гинекологического общества 25/II 1888 г., Журнал акушерских и женских болезней, 1888, т. XI, № 4, стр. 19—20.
- Белоруссов В. В., Об исходе операции наложения шипцов для матери и ребенка при антисептических условиях, Дисс., СПб., 1894.
- Белашапко П. А. и Яковлев И., Руководство по оперативной помощи в родах (для врачей), М., Госмедиздат, 1930.
- Биддер и Сутугин, Медицинский отчет родовспомогательного заведения при Императорском Санкт-Петербургском воспитательном доме 1840—1871 г., СПб., 1873.
- Близнянская А. И., Туберкулез и беременность, М.—Л., 1936.
- Боряковский А. Г., О применении прямых шипцов при заднем виде теменного предлежания, в кн.: Труды III съезда Общества русских врачей в Петербурге, СПб., 1889.
- Боряковский А. Г., Новые акушерские шипцы, Врач, 1889, т. X, № 24, стр. 530—538.
- Боряковский А. Г., О применении прямых шипцов при заднем виде теменного предлежания, в кн.: Протоколы заседания Акушерско-гинекологического общества в Киеве, в. 4, ч. II, Киев, 1889, стр. 179—181.
- Бржезинский В. А., Краткий медицинский отчет о деятельности акушерского отделения гинекологической клиники проф. Ястребова 1888—1891 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1893, т. VII, № 2, стр. 105—155.
- Бржезинский В. А., Краткий медицинский отчет о деятельности акушерского отделения гинекологической клиники проф. Ястребова 1890—1892 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1894, т. VIII, № 2, стр. 97—114; № 3, стр. 194—237.
- Бржезинский В. А., Акушерские шипцы русской школы, 826 случаев применения шипцов Лазаревича-Федорова, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, т. XXXIX, № 1, стр. 5—22.
- Бровкин Д. П., Эклампсия, М., Медгиз, 1948.
- Бродский В. А., Наложение головных шипцов на ягодицы, Врачебная газета, 1916, № 46, стр. 754.
- Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, Л., Медгиз, т. I—III, 1946—1949.
- Бурлаков В. М., Цель, условия и показания к операции так называемых высоких шипцов, Журнал акушерства и женских болезней, 1895, т. IX, № 1, стр. 41—63.

- Бурлаков В. М., О некоторых показаниях и основной идее акушерских щипцов в настоящее время, *Новости медицины*, 1896, стр. 65—72.
- Варапетов Р. А., Роль пенициллина в профилактике послеродовых лихорадочных заболеваний, *Врачебное дело*, 1948, № 5, стр. 441—445.
- Вербов Я. Ф., Матка женщины и ее работа во время родов, СПб, 1924.
- Вербов Я. Ф., О русском акушере Лазаревиче (1829—1902) и о русских акушерских щипцах, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1928, т. XXXIX, № 1, стр. 23—27.
- Вертель Б. В., Медицинский отчет по родильному дому Самарской губернской земской больницы за 1897 г., Самара, 1898.
- Вертель Б. В., Медицинский отчет по родильному дому Самарской губернской земской больницы за 1899 г., Самара, 1900.
- Виридарский С. Т., Медицинский отчет акушерского отделения Императорского клинического повивального института, 1883—1893, Дисс., СПб, 1897.
- Виридарский С. Т., Щипцы, в кн.: 4 года клинической жизни Императорского клинического повивально-гинекологического института, СПб, 1911.
- Власов В. Н., Сравнительная оценка методов лечения эклампсии на основании 291 случая, *Акушерство и гинекология*, 1935, № 1, стр. 7—14.
- Власов В. Н., Двадцатилетний опыт лечения эклампсии, Автореферат дисс., М., 1954.
- Воздвиженский и Сутугин, Медицинский отчет о состоянии родовспомогательного заведения Императорского московского воспитательного дома за 1887 г., М., 1888.
- Вознесенский А. П., Медицинский отчет акушерской клиники проф. Н. Н. Феноменова при Императорском Казанском университете 1887—1893 г., *Журнал акушерства и женских болезней*, 1896, т. X, № 9, стр. 1 000—1 023; № 10, стр. 1 139—1 177; № 11, стр. 1327—1354.
- Воскресенский М., Отчет о деятельности акушерско-гинекологического отделения Черниговской губернской земской больницы за 1887—1889 г., *Земский врач*, 1889, № 15, стр. 234—236; № 20, стр. 331—332; № 22, стр. 354—357; 1890, № 29, стр. 443—447; № 31, стр. 476—479.
- Вофф И., Медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. К. Ф. Славянского 1884—1891 гг., Дисс., СПб, 1891.
- Выдрин М. Л., Учебник акушерства, Минск, 1938.
- Гагенторн Р. А. и Фоменко Б. П., Отчет о деятельности в 1897—1909 гг. родильного приюта Смоленского за Невской заставой приходского попечительства (СПБ), *Журнал акушерства и женских болезней*, 1910, т. XXV, № 10, стр. 1793—1818.
- Гартман, Демонстрация щипцов в кн.: *Протоколы Общества калужских врачей*, Калуга, 1872.
- Гельфер А. Л., Внутричерепное давление у утробного плода при проведении головки щипцами через узкий таз, Дисс., СПб, 1901.
- Гентер Г. Г., Пробные роды или кесарево сечение? В кн.: *Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов*, Киев, 1930, стр. 201—205.
- Гентер Г. Г., *Учебник акушерства*, Л., 1937.

- Георгиевский А. А., К вопросу о переломах таза при наложении щипцов, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 7—8, стр. 891—899.
- Герман И. К., Два случая применения осевых щипцов Tarnier, Врачебная газета, 1905, № 44, стр. 1243—1244.
- Гиненевиц А. М., Обзор деятельности родильных приютов и родильных домов за 1919—1921 гг. в Петрограде, Журнал акушерства и женских болезней, 1923, № 2, стр. 175—180.
- Гиненевиц А. М., Медицинский отчет по родильным приютам северо-западных железных дорог за 1919—1926 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 1, стр. 116—122.
- Гинцбург Я. Л., К вопросу о применении акушерских головных щипцов при ягодичных предлежаниях, Гинекология и акушерство, 1928, № 2, стр. 139—148.
- Годунова Н. К., Клиника родов и послеродового периода у сердечных больных, Акушерство и гинекология, 1950, № 3, стр. 28—34.
- Гольдштейн М. Г., Мочеполовые фистулы по материалам акушерско-гинекологической клиники Сталинского медицинского института, в кн.: Труды кафедры акушерства и гинекологии Сталинского медицинского института, Сталино, 1940, стр. 114—150.
- Горохов Д. Е., Деятельность родильного земского приюта при Богородской земской больнице за 1898 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1899, № 12, стр. 1421—1425.
- Гранат Л. Н., Операция наложения щипцов за 150 лет существования Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (с 1797 по 1947 г.), в кн.: 150 лет деятельности Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, т. II, Л., 1947, стр. 79—85.
- Грауэрман Г. Л., Медицинский отчет родильного приюта при Старо-Екатерининской больнице за 1898 г., Врачебные записки, 1899, № 9—10, стр. 183—223.
- Груздев В. С., Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России, Журнал акушерства и женских болезней, 1906, т. XX, № 3—4, стр. 245—289; № 6, стр. 547—561; № 10, стр. 1014—1056.
- Груздев В. С., Курс акушерства и женских болезней, Государственное издательство РСФСР, ч. 2, т. II, Берлин, 1922.
- Груздев В. С. и Тимофеев А. И., К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении, в кн.: Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 142—152.
- Губарев А. П., Механизм родов и акушерский фантом, М. — Л., 1925.
- Гугенбергер Ф. К., Отчет Санкт-Петербургского повивального института с 1845 по 1859 г., СПб, 1863.
- Гугенбергер Ф. К., Медицинский отчет родовспомогательного заведения Императорского московского воспитательного дома за 1875 г., М., 1876.
- Гугенбергер Ф. К., Медицинский отчет родовспомогательного заведения Императорского московского воспитательного дома за 1876—1877 г., М., 1878.
- Гусаков Л., О щипцах Киллянда, Журнал акушерства и женских болезней, 1932, № 2—3, стр. 70—78.

- Гутнер М. Д., Родовой акт и черепная травма новорожденных, Л., 1945.
- Давыдов Г. Л., Сравнительная оценка способов родоразрешения при средних степенях сужения таза, Русский врач, 1907, т. VI, № 37, стр. 1273—1277.
- Дик Д. Д., Медицинский отчет по родильному барaku Николаевского морского госпиталя в Кронштадте за 1906—1907 гг., Медицинское прибавление к морскому сборнику, СПб, 1908, № 8, стр. 121—131; № 9, стр. 157—182.
- Димант Е. Б., Новое видоизменение акушерских щипцов, Журнал акушерства и женских болезней, 1894, т. VIII, № 11, стр. 971—976.
- Дмитриев А. Г., Материалы к вопросу о высоких акушерских щипцах, Дисс., СПб, 1898.
- Дозорцева Г. Л. и Лифшиц Р. О., Родоразрешение щипцами, Медицинский журнал БССР, 1940, № 1—2, стр. 53—57.
- Егоров Г., Медицинский отчет родильного приюта лечебницы Общества курских врачей за 1899—1902 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1903, т. XVIII, № 12, стр. 1967—2058.
- Елкин М. В., От щипцов Kielland'a к новой модели, в кн.: Труды VII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Л., 1927, стр. 399—404.
- Еськов С. И., Медицинский отчет Гаванского бесплатного родильного приюта 1885—1897 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1887, т. I, № 10, стр. 722—791; № 11, стр. 866—906.
- Еськов С. И., Отчет о движении родов в Гаванском покровском родильном приюте за 1887—1888 гг., Русская медицина, 1889, № 17, стр. 264—269; № 18, стр. 282—285; № 19, стр. 302—303; № 20, стр. 317—319.
- Жмакин К. Н., Невриты и беременность, в кн.: Труды и материалы Донецкого медицинского института, Сталино, 1936, т. I, стр. 141—146.
- Жмакин К. Н., Операция щипцов, в кн.: Оперативное акушерство под ред. А. И. Крупского, Киев, 1936.
- Жмакин К. Н., Отечественные прямые акушерские щипцы, Акушерство и гинекология, 1950, № 3, стр. 12—17.
- Жмакин К. Н., Малоизвестная модель щипцов И. П. Лазаревича. Акушерство и гинекология, 1953, № 1, стр. 91.
- Жмакин К. Н. и Степанов Л. Г. (ред.), Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство, М., Медгиз, 1953, стр. 332—368.
- Жорданиа И. Ф., О разрывах лонного сочленения во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 7—8, стр. 899—908.
- Жорданиа И. Ф., О сегментах головки плода и их определение во время родов, Акушерство и гинекология, 1950, № 5, стр. 41—47.
- Жорданиа И. Ф., Травматизм женщин в родах и меры его предупреждения, Акушерство и гинекология, 1950, № 4, стр. 3—11.
- Жуковский В. П., О заболеваниях у детей, родившихся с помощью щипцов при травме головки, Журнал акушерства и женских болезней, 1903, т. XVII, № 7—8, стр. 1122—1161.

- Залевский К., Обзор деятельности акушерской клиники Сталинского медицинского института за 6 лет, 1933—1939 гг., в кн.: Труды кафедры акушерства и гинекологии Сталинского медицинского института, Сталино, 1940, 5—17.
- Зимин С. Ф., Медицинский отчет родильного приюта при Голицинской больнице за 1898 г., М., 1899.
- Зимин С. Ф., Медицинский отчет родильного приюта при Голицинской больнице за 1901 г., М., 1903.
- Знаменский С. В., Медицинский отчет акушерского отделения Академической акушерско-гинекологической клиники проф. Лебедева с 1886 по 1892 г., Дисс., СПб, 1893.
- Иванов Н. З., Акушерство, М., 1926.
- Илькевич В. Я. и Котельников В. Г., Влияние акушерских операций на заболеваемость и смертность при срочных и преждевременных родах, в кн.: Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1928, стр. 50—53.
- Илькевич В. Я., Леви М. Ф., Селицкий С. А., Кесарское сечение в Москве за семь лет (1921—1927), в кн.: Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 153—198.
- Иноевс К. Х., Медицинский отчет родильного приюта при Голицинской городской больнице в Москве, М., 1886—1890
- Ицкин О. Х., Краткий обзор деятельности московских родовспомогательных заведений, в кн.: Труды Московского акушерско-гинекологического общества за 1924 г., М., 1925, стр. 30—32.
- Какушкин Н. М., Медицинский отчет СПб городских родильных приютов за 1910 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 2, стр. 1—46 (приложения).
- Какушкин Н. М., Медицинский отчет Санкт-Петербургских городских родильных приютов за 1911 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1913, № 3, стр. 1—69.
- Канегиссер Н. С., Лекции по оперативному акушерству, СПб, 1910.
- Качкачев А. Б., Приспособление к акушерским щипцам, Врачебная газета, 1901, № 34, стр. 628.
- Каялова Е. Я., Осложнение родов с узким тазом по материалам родильного дома имени проф. Снегирева за 10 лет (1936—1945), в кн.: Родильный дом имени проф. Снегирева, Сборник, посвященный 175-летию родильного дома, Л., 1949, стр. 137—144.
- Кейлин С. Л., Причины и профилактика мертворождаемости, Акушерство и гинекология, 1946, № 2, стр. 18—25.
- Кейлин С. Л., Причины и профилактика мертворождаемости, Свердловск., 1948.
- Кисин С. В., О мозговых кровоизлияниях новорожденных при родовой их травме, Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 2, стр. 177—186.
- Киселев В. Ф., Опыт применения щипцов Килланда, Акушерство и гинекология, 1941, № 4, стр. 13—19.
- Клаузинская Ю., Отчет о деятельности Варшавского VI городского родильного приюта со времени его открытия, 1887—1894 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1894, т. VIII, № 7—8, стр. 637—668.
- Колосов М. А., Оперативное акушерство, М., 1931.

- Колпаков Г. А., Случай разрыва матки и отрыва подвздошной кишки от брыжейки при наложении щипцов, Акушерство и гинекология, 1939, № 4, стр. 64—65.
- Комарова К. Г., Роль внутричерепных кровоизлияний в этиологии мертворождаемости и ранней детской смертности, Акушерство и гинекология, 1946, № 2, стр. 30—37.
- Копалейшвили Б., Влияние акушерских операций на заболеваемость и смертность при срочных и преждевременных родах, в кн.: Труды I Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Тифлис, 1931, стр. 494—500.
- Кораблев Г. И., Курс акушерской науки и женских болезней, М., 1841—1843.
- Котельников В. Г., 700 случаев эклампсии в клиническом отношении, Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 2, стр. 196—210.
- Кашкаров И., Отчет об акушерских операциях, произведенных в Ярославле с 1880 по 1887 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1888, № 2, стр. 98—109.
- Крассовский А. Я., Медицинский отчет Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения за 1889 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1890, № 7—8, стр. 521—525.
- Крассовский А. Я., Медицинский отчет Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения за 1890 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1891, т. VII, № 7—8, стр. 549—573.
- Крассовский А. Я., Оперативное акушерство, СПб, 1865—1870, изд. 1-е, СПб, 1889, изд. 4-е.
- Крассовский А. Я. Краткий отчет о деятельности Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения за 1885 г., Врач, 1886, т. VII, № 21, стр. 388—391; № 22, стр. 407—409.
- Крассовский А. Я., Отчет о деятельности родовспомогательного заведения за 1886 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1887, т. I, № 6, стр. 428—445.
- Крассовский А. Я., Отчет о деятельности Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения за 1888 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1889, т. III, № 5, стр. 332—341; № 6, стр. 407—425.
- Кривский Л. А., К вопросу о задне-теменном вставлении головки по материалам Императорского Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения, Дисс., СПб, 1905.
- Кривский Л. А., К вопросу о щипцах Tarnier, Журнал акушерства и женских болезней, 1903, т. XVII, № 4, стр. 523—552.
- Кривский Л. А., Медицинский отчет Санкт-Петербургских городских родильных приютов за 1906 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1908, т. XXII, № 1, стр. 87—115.
- Кривский Л. А., Медицинский отчет Санкт-Петербургских городских родильных приютов за 1908 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1910, т. XXIV, № 3, стр. 1—38.
- Кривский Л. А., Медицинский отчет Санкт-Петербургских городских родильных приютов за 1909 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1911, т. XXIV, № 4, стр. 1—37.
- Крузенштейн В. Э., Медицинские отчеты по Закавказскому повивальному институту за 1884—1889 гг., в кн.: Научные беседы врачей Закавказского повивального института, Тифлис, 1866—1891.

- Крупский А. И., Об акушерских щипцах Kielland'a, Отчет о VI Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов, Журнал акушерства и женских болезней, 1924, № 3—4, стр. 330.
- Крупский А. И., Сборник по обезболиванию родов, Сталино, 1936.
- Кубасов П. И., Об акушерских щипцах с включением механической теории их и анализа существующих образцов, Вестник общественной гигиены и судебно-практической медицины, 1890, 8, Октябрь—декабрь, отд. IV, I—II, стр. 105—117; 191—204.
- Кудиш Г. И., Отчет по родильному отделению Кременчугской городской лечебницы за 1911 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1915, № 10, стр. 865—888.
- Кудиш Г. И., Отчет по родильному отделению приемного покоя Общества кременчугских врачей за 10-летие, 1891—1900 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1902, № 6, стр. 702—730; № 7—8, стр. 864—925.
- Кучайдзе В. Д., Наложение акушерских щипцов при ягодичных предлежаниях, в кн.: Труды Тбилисской клинической больницы Закавказских железных дорог, Тбилиси, 1946, стр. 524—529.
- Лазарева Е. С., Акушерские щипцы, в кн.: Труды Ростовского медицинского института, Ростов-на-Дону, 1939, сб. IV, стр. 133—139.
- Лазаревич И. П., Атлас гинекологических и акушерских инструментов, СПб, 1867.
- Лазаревич И. П., Вновь усовершенствованные акушерские щипцы, Журнал акушерства и женских болезней, 1887, т. I, № 2, стр. 95—101.
- Лазаревич И. П., Замечания по поводу описания родов, составленного Ф. А. Савиным, в кн.: Протоколы заседаний акушерско-гинекологического общества в Киеве, Киев, 1892, т. V, вып. 9 и 10, стр. 44—45.
- Лазаревич И. П., Курс акушерства, Харьков, 1877—1879, изд. 1-е и 2-е.
- Лазаревич И. П., Механика акушерских операций и вновь усовершенствованные для них инструменты, в кн.: Труды II съезда русских врачей в Москве, М., 1887, т. II, стр. 18—32.
- Лазаревич И. П., Несколько основных положений относительно устройства и специального действия акушерских щипцов и пр., в кн.: Протоколы 3-го заседания 24/XII 1879 г. VI съезда русских естествоиспытателей и врачей в Санкт-Петербурге, 1880, стр. 150—153.
- Лазаревич И. П., Об акушерских щипцах, в кн.: Протоколы акушерско-гинекологического общества в Киеве, Киев, 1892, т. V, вып. 9 и 10, стр. 34—37.
- Лазаревич И. П., Об акушерских щипцах, в кн.: Протоколы 3-го заседания 22/VIII VII съезда русских естествоиспытателей и врачей в Одессе, 1883, стр. 2—3.
- Лазаревич И. П., О нормальных щипцах, Протокол заседания Санкт-Петербургского акушерско-гинекологического общества 25/II 1888, Журнал акушерства и женских болезней, 1888, стр. 18—22 (приложения).
- Лазаревич И. П., О щипцах Тарситани, Харьков, 1865.

- Ланкович А. В., К вопросу о влиянии искусственного аборта на последующие роды, послеродовой период и плод, Журнал акушерства и женских болезней, 1926, № 1, стр. 40—51.
- Ланкович А. В., К вопросу о лихорадке в процессе родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 5—6, стр. 542—568.
- Ланкович А. В., Ф. Г. Правосуд и его акушерские щипцы, Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 75—78.
- Ланкович А. В., 4549 родов при анатомически узких тазах, Акушерство и гинекология, 1936, № 2, стр. 176—188.
- Лебедев Н. И., Гаванский Покровский родильный приют. Отчет о движении родов за 1876—1878 г., СПб, 1879.
- Лебедев Н. И., Краткий отчет о деятельности акушерского отделения Воронежской городской больницы с основания его по март 1913 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1915, № 11, стр. 1003—1022.
- Лебединский И., Новые акушерские щипцы Тарнье, в кн.: Протоколы общества русских врачей за 1877—1878 гг., СПб, 1877, стр. 256—262.
- Лившиц Р. О. и Канторович Л. И., Пенициллин в профилактике послеродовых инфекционных заболеваний и послеоперационных осложнений, Советская медицина, 1949, № 3, стр. 26—27.
- Левитский Д. И., Руководство к повивальной науке, извлеченное из новейших сочинений, М., 1821.
- Львов И. М., Медицинский отчет по Лихачевскому отделению Казанской губернской земской больницы 1883—1891 гг., Казань, 1892.
- Львов И. М., Медицинский отчет по Лихачевскому родильному отделению Казанской губернской земской больницы за 2 года, 1899—1901 гг., Казанский медицинский журнал, 1902, кн. 1—2, стр. 51—97.
- Макеев А., Отчет акушерской факультетской клиники Императорского московского университета за 1874—1888 гг., М., 1889.
- Макеев А., Отчет акушерской факультетской клиники Императорского московского университета за 1899—1901 гг., М., 1903.
- Максимович (Амбодик) Н. М., Искусство повивания или наука о бабьем деле, СПб, 1784—1786.
- Малиновский М. С. и Кватер Е. И., Обезболивание родов, М.—Л., 1937.
- Малиновский М. С., Кушнир М. Г., Руководство по оперативному акушерству, М., 1930, изд. 1-е; М., 1946, изд. 4-е.
- Мандельштам А. Э., К вопросу о высоком прямом стоянии головки, Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 5, стр. 541—552.
- Марголис Д. Л., Щипцы при ягодичном предлежании, Акушерство и гинекология, 1948, № 5, стр. 47—48.
- Массалитинов А. Г., Прямые щипцы без таковой кривизны, Врач, 1883, № 20, стр. 311—312.
- Массалитинов Г. А., Некролог проф. И. П. Лазаревича (1829—1902), Журнал акушерства и женских болезней, 1902, № 10, стр. 1065—1116.
- Массен В. Н., Медицинский отчет Гаванского бесплатного родильного приюта за 1888—1892 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1892, т. VI, № 7—8, стр. 799—804; № 9, стр. 888—903; № 10, стр. 943—967; № 11, стр. 1085—1103; № 12, стр. 1205—1219.

- Массен В. Н., Медицинский отчет по Гаванскому бесплатному родильному приюту за 1892—1893 гг., в кн.: Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому в 25-летие его деятельности, СПб, 1894, т. 1, стр. 79—136.
- Матвеев А. П., Курс акушерства для учащихся, Киев, 1876.
- Мацевевский К. Ф., Профилактический поворот при узких тазях и отношение его к выжидательному методу. Дисс., СПб, 1898.
- Мельников Н. А., Клинические данные к применению шиппов Kielland'a Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 6, стр. 728—738.
- Мельников Н. А., Травматизм шейки матки в родах, Гинекология и акушерство, 1930, № 6, стр. 688—692.
- Мельникова Н. А., Троицкая Л. С., Коптева К. М. и др., Травматизм в родах, Гинекология и акушерство, 1934, № 2, стр. 58—66.
- Миклашевский П. П., Краткий отчет о деятельности акушерской школы и родильного отделения при частной женской лечебнице, Журнал акушерства и женских болезней, 1910, т. XXV, № 12, стр. 2165—2174.
- Милендер И. И., Отчет по гинекологическому и родильному отделению больницы Пензенского губернского земства за 1900 г., Пенза, 1901.
- Миллер В. Я., О применении шиппов при заднем виде затылочного и теменного предлежания, Журнал акушерства и женских болезней, 1890, т. IV, № 2, стр. 109—124; № 3, стр. 191—203.
- Митрофанов В. Г., Отчет по акушерскому отделению акушерско-гинекологической клиники проф. Рачинского при женском медицинском институте за первые три года ее деятельности, Журнал акушерства и женских болезней, 1905, т. XIX, № 6, стр. 780—836.
- Михайлов В. М., Средние русские акушерские итоги за 50 лет (1840—1890), Дисс., Новгород, 1895.
- Михнов С. Д., О значении формы головки плода в теории родового акта, Гинекология и акушерство, 1924, № 1, стр. 9—42.
- Муратов, Медицинский отчет женской лечебницы Родильно-помогательного заведения с бесплатными койками за 1886—1888 гг., М., 1890.
- Нейштубе П. Б., Отчет родильного отделения Киевской еврейской больницы за 1894 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1896, № 7, стр. 914—920.
- Ненадович Л., Операция наложения шиппов по «заказу», Журнал акушерства и женских болезней, 1903, т. XVII, № 6, стр. 834—844.
- Нестерова А. А., К вопросу о применении акушерских шиппов в Америке, Гинекология и акушерство, 1929, № 5—6, стр. 768—773.
- Николаев Н., Замечания на один случай наложения шиппов, описанный в отчете акушерской клиники Московского университета за 1859—1860 гг., Московская врачебная газета, 1863, № 9, стр. 139—141; № 10, 156—158; № 11, стр. 171—173.
- Новикова Л. А., К вопросу о лечении эклампсии, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 3, стр. 340—344.

- Онуфриев В. М., Медицинский отчет Екатеринбургского родильного дома за 1877—1887 гг., Екатеринбург, 1888.
- Онуфриев В. М., Медицинский отчет Екатеринбургского родильного дома за 1887—1891 гг., Записки Уральского медицинского общества, Екатеринбург, 1893, в. 2, стр. 1—179.
- Орлова Т. О., Унтилов П. К., Ведение родов при узком тазе, в кн.: Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 606—609.
- Отт Д., О новых веяниях в акушерстве, Гинекология и акушерство, 1924, № 2, стр. 107—113.
- Отчет акушерского отделения факультетской клиники Императорского московского университета за 1860—1861 гг. и 1861—1862 гг., Московская медицинская газета, 1862, № 37—44, стр. 577—693.
- Павлов А. И., Общий медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. Ястребова при Варшавском университете за 1874—1885 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1892, т. VI, № 11, стр. 1015—1073.
- Пальмов А. Ф., Должны ли мы остаться при прежних способах терапии узкого таза? Гинекология и акушерство, 1924, № 2, стр. 118—139.
- Пальмов А. Ф., О высоких акушерских щипцах по материалам Санкт-Петербургского клинического повивального института за 1904—1911 гг., Дисс., СПб, 1914.
- Пальмов А. Ф., Кесарское сечение при узком тазе, в кн.: Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 234—242.
- Пальмов А. Ф., Результаты терапии родов при узком тазе, Журнал акушерства и женских болезней, 1924, № 3—4, стр. 329—330.
- Пальмов А. Ф., Терапия родов при узком тазе, Пермь, 1929.
- Пальмов А. Ф., Учение об узком тазе и о терапии родов при нем в Центральном институте акушерства и гинекологии за 150 лет его деятельности, в кн.: Сто пятьдесят лет деятельности Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1947, т. II, стр. 58—69.
- Панфилов Н. И., Отчет Родильного приюта при больнице фабрики К-о Богородско-глуховской мануфактуры, 1903—1905, Журнал акушерства и женских болезней, 1907, т. XXI, № 5—6, стр. 769—797.
- Парышев Д. А., Медицинский отчет акушерского отделения академической акушерско-гинекологической клинической больницы баронета Виллие за 1874—1886 гг., Дисс., СПб, 1887.
- Парышев Д. А., Щипцы Вреус'a в практическом их применении, Еженедельная клиническая газета, 1885, № 36, стр. 675—678; № 37, стр. 701—707.
- Петров-Маслаков М. А., Акушерские щипцы по материалам родильного дома имени проф. Снегирева за 10 лет (1936—1945), в кн.: Родильный дом имени проф. Снегирева, Сборник, посвященный 175-летию родильного дома, Л., 1949, стр. 163—191.
- Петров Н. Н., Щипцы Симпсона при ягодичном предлежании Журнал акушерства и женских болезней, 1935, № 4, стр. 300—305.
- Петченко А. И., Физиология и патология сократительной способности матки, М., Медгиз, 1948.

- Пинегин Г. Н., Земская акушерская помощь в Херсонской губернии 1895—1898 г., Херсон, 1900.
- Побединский Н. И., Краткий учебник акушерства, М., 1932.
- Пойзнер Б. С., Местная инфльтрационная анестезия при операции акушерских щипцов, в кн.: Юбилейный сборник, посвященный проф. Н. И. Горизонтову, Новосибирск, 1939, стр. 111—113.
- Полонский Я. Н., Непосредственные и отдаленные результаты акушерских операций, Л., 1944.
- Полотебнов С. М. Щипцы Breus'a, модифицированные Полотебновым, Протокол заседания Санкт-Петербургского акушерско-гинекологического общества 17/III 1888 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1888, стр. 29—31 (приложения).
- Поплачко Н., Постановка акушерской помощи населению фабрики К-о Богородско-глуховской мануфактуры и краткий обзор деятельности родильного приюта при больнице этой фабрики с 1906—1910 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 5—6, стр. 739—748; № 7—8, стр. 937—942; № 9, стр. 1155—1166; № 10, стр. 1323—1330.
- Попов Д. Д., Терапия родов при узком тазе, СПб, 1912.
- Порошин М. Н., Медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. Славянского за 1894—1895 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1897, т. XI, № 9, стр. 1008—1029; № 10, стр. 1246—1275; № 11, стр. 1434—1468.
- Порошин М. Н., Медицинский отчет Петроградских городских родильных приютов за 1912 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1915, № 5—6, стр. 1—48; № 7—8, стр. 49—75.
- Потеенко В. В., Отчет акушерского отделения Екатеринбургского родильного дома за 1906 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1908, № 7—8, стр. 901—912; № 9, стр. 1047—1060; № 10, стр. 1205—1227; № 11, стр. 1332—1344.
- Потеенко В. В., Отчет об акушерской деятельности в земстве, 1885—1893 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1893, № 8, стр. 621—683.
- Правосуд Ф. Г., Акушерские щипцы без тазовой кривизны, Московский медицинский журнал, 1926, № 7, стр. 43—54.
- Правосуд Ф. Г., Акушерские щипцы без тазовой кривизны, в кн.: Труды акушерско-гинекологического общества Московского университета за 1925 г., М., 1926, стр. 266—271.
- Примо Н. Я., Краткий медицинский отчет по бесплатному родильному приюту имени М. А. Дрожжиной в Царском Селе за 1907 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1908, № 4, стр. 584—601.
- Примо Н. Я., Краткий медицинский отчет по бесплатному родильному приюту имени М. А. Дрожжиной в Царском Селе за 1908 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1909.
- Прейсман А. Б., Материалы к истории русского акушерства первой половины XIX века, Дисс., М., 1947.
- Пуценко Е. П., Applicatio forcipis, Протоколы заседаний губернского врачебного совета, Курск, 1885.
- Рааб И. И., Деятельность клиники 5-го курса женского медицинского института, 1900—1906 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1907, т. XXI, № 7—8, стр. 937—1024.
- Рабинович-Бродская Ф. И., Обезболивание нормальных родов, Иваново, 1936.

- Разумовский М. И., Отчет по родильному отделению Одесской городской больницы за 1893 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1894, № 9, стр. 819—834.
- Райх М. З., О последней модели щипцов с осевым влечением Tarnier, Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 12, стр. 1745—1750.
- Рачинский Н. И., Акушерство в Париже, Журнал акушерства и женских болезней, 1900, т. XIV, № 5, стр. 647—671.
- Рачинский Н. И., Демонстрация щипцов Tarnier, Заседание Санкт-Петербургского акушерско-гинекологического общества 21/XII 1900 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 2, стр. 30.
- Рачинский Н. И., Об акушерских щипцах, Журнал акушерства и женских болезней, 1902, № 12, стр. 1385—1408.
- Рейн Г. Е., Краткий отчет Киевской клиники за 10 лет (1883—1893), Киев, 1893.
- Richter W., Synopsis praxis medico-obstetricae, quam per hos viginti annos Mosquae exercuit, 1810.
- Рихтер В. М., Руководство к повивальному искусству, 3-е изд., М., 1840.
- Романов М. А., Медицинский отчет родильного отделения клиники акушерства и женских болезней Казанского медицинского института за 18 лет (1915—1932), в кн.: Сборник работ Казанского медицинского института, Казань, 1934, т. XI—XII, стр. 24—64.
- Романовская Е. А., Значение родовой травмы в этиологии акушерских свищей, Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1102—1106.
- Рузи Д. А., Медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. К. Ф. Славянского за 1891—1892 гг., в кн.: Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому в 25-летие его деятельности, СПб, 1894, т. I, стр. 1—136.
- Сазонова М. Г., Медицинский отчет Спасского городского родильного приюта за 1870—1893 гг., в кн.: Сборник работ по акушерству и гинекологии, посвященный проф. К. Ф. Славянскому в 25-летие его деятельности, СПб, 1894, т. I, стр. 137—195.
- Сазонов С. В., К вопросу о высоких щипцах, в кн.: Труды акушерско-гинекологического общества при Московском университете, 1910, стр. 61—93.
- Сазонов С. В., О постановке современного родовспоможения в США, Гинекология и акушерство, 1925, № 2, стр. 166—170.
- Селицкий С. А., Эклампсия в клиническом отношении, М., 1926.
- Семьянников А. В., Отчет по родильному дому Саратовского физико-медицинского общества 1904—1905 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1907, т. XXI, № 1, стр. 40—77; № 3, стр. 489—523.
- Сигалов А. Б., Лихорадка во время родов генитального происхождения, в кн.: Труды кафедры акушерства и гинекологии Сталинского медицинского института, Сталино, 1940, стр. 172—182.
- Скворцов О., Отчет по Пермскому родильному приюту за 1880—1888 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1888, т. II, № 9, стр. 630—644.

- Скробанский К. К., Памяти проф. Ивана Павловича Лазаревича, К 25-летию со дня его кончины, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 1, стр. 1—4.
- Скробанский К. К., Узкий таз, в кн.: Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М.—Л., 1937, стр. 16—22.
- Скробанский К. К., Учебник акушерства, М., 1949.
- Собестианский Э., Медицинский отчет по акушерскому отделению Закавказского Ольгинского повивального института за 1903 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1904, № 1, стр. 131—132.
- Собестианский Э., Цифровой отчет по акушерскому отделению Закавказского Ольгинского повивального института за 1901 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1903, № 1, стр. 121—122.
- Соколовская Р. М., Нарушения в области лонного сочленения во время беременности и родов, Дисс., М., 1946.
- Сосюра Н. Я., Материалы к вопросу о наложении высоких щипцов Килланда, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 1, стр. 61—69.
- Строганов В. В., К казуистике наложения щипцов при передних видах лицевого и лобного предлежаний, Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 12, стр. 1750—1760.
- Строганов В. В., Наложение щипцов при задних видах лицевого и лобного предлежания. Протокол заседания Санкт-Петербургского акушерско-гинекологического общества 25/X 1901 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1901, т. XV, № 12, стр. 1750—1760.
- Строганов В. В., Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии, Л., 1940.
- Столыпинский В. А., Медицинский отчет акушерской клиники Казанского университета за 1876—1887 гг., Казань, 1888.
- Столыпинский В. А., Медицинский отчет по Императорскому Санкт-Петербургскому родовспомогательному заведению за 1907—1909 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1911, т. XXVI, № 1, стр. 107—156; № 2, стр. 294—340; № 3, стр. 474—518; № 4, стр. 659—686.
- Столыпинский В. А., Медицинский отчет по Императорскому Санкт-Петербургскому родовспомогательному заведению за 1910—1912 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1914, т. XXIX, № 3, стр. 1—32 (приложения).
- Султанова, Щипцы в акушерстве по материалам акушерско-гинекологической клиники АМИ, Азербайджанский медицинский журнал, 1935, № 4—5, стр. 92—100.
- Суровцев З. Г., Медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. К. Ф. Славянского за 1893 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1897, т. XI, № 4, стр. 418—445; № 5, стр. 567—600.
- Сутугин В. В., Медицинский отчет по Московскому родовспомогательному заведению ведомства учреждений императрицы Марии за 1888 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1889, № 10—12, стр. 706—899.

- Сутугин В. В., Краткое извлечение из медицинского отчета Московского родовспомогательного заведения за 1887 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1888; т II, № 7—8, стр. 505—515.
- Сутугин В. В. и Чернышов, Отчет о деятельности в родильном бараче при Рождественской больнице за три учебных года 1880—1883 гг., СПб, 1884.
- Тарновский, Исторический очерк деятельности Родовспомогательного заведения с времени его основания, СПб, 1893.
- Тарновский, Медицинский отчет Родовспомогательного заведения Императорского Санкт-Петербургского воспитательного дома за 1872 г., СПб, 1874.
- Тирютин Д. А., Медицинский отчет родильного отделения акушерско-гинекологической клиники Харьковского университета с 1896—1897 по 1900—1901 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1902, № 9, стр. 972—1039.
- Толочинов Н. К., Учебник акушерства, Харьков, 1898.
- Труды III съезда Общества российских акушеров и гинекологов, Журнал акушерства и женских болезней, 1910, № 2, стр. 780—790; № 3, стр. 952—960.
- Тур А. Ф., Физиология и патология детей периода новорожденности, Л., 1946.
- Тышко И., Отчет о деятельности Родовспомогательного отделения Смоленской губернской земской больницы с I/VII 1890 г. по I/I 1892 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1892, т. VI, № 5, стр. 458—473.
- Ульяновский Л. В., Медицинский отчет по акушерскому отделению пропедевтической акушерско-гинекологической клиники клинической больницы баронета Виллие с 1 сентября 1900 г. по 1 мая 1910 г., Дисс., СПб, 1911.
- Утробин, Первая тысяча родов в родовспомогательном заведении имени У. С. Курбатова в Сарапуле, Вятской губернии, Журнал акушерства и женских болезней, 1904, т. XVIII, № 10, стр. 1889—1915.
- Федоров В. П., Деятельность родильного отделения при Петропавловской больнице за 1906 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1907, т. XXI, № 2, стр. 220—253.
- Федоров В. П., Обзор деятельности родильного отделения при Петропавловской городской больнице за 1911 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 3, стр. 357—372.
- Федоров И. И., Краткий медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. Ястребова при Варшавском университете за 1885—1888 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1889, т. III, № 1, стр. 15—39; № 2, стр. 95—113.
- Федоров И. И., Материалы к вопросу о терапии родов при узком тазе, Дисс., Варшава, 1891.
- Федоров И. И., Несколько слов о преимуществах прямых параллельных щипцов проф. Лазаревича, Журнал акушерства и женских болезней, 1888, № 5, стр. 331—339.
- Федоров И. И., Обыкновенные изогнутые щипцы и щипцы проф. Лазаревича при узком тазе, Журнал акушерства и женских болезней, 1889, т. III, № 2, стр. 89—95.
- Федоров И. И., О значении прямых параллельных щипцов проф. И. П. Лазаревича, Врач, 1888, № 51, стр. 1018—1023.

- Федоров С. И., Операция наложения акушерских щипцов по данным клиник, в кн.: Научная сессия Ижевского медицинского института, Ижевск., 1949, стр. 37—38.
- Фейгель И. И., Мертворождаемость, М., 1929.
- Феноменов Н. Н., Оперативное акушерство, изд. 1-е, Казань, 1892; изд. 6-е, 1910.
- Фигурнов К. М., 150 лет кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии, Акушерство и гинекология, 1949, № 3, стр. 3—11.
- Фихтнер С. X., К вопросу о терапии родов при узком тазе, Дисс., СПб, 1910.
- Фишер А. Р., О деятельности Гаванского Покровского бесплатного родильного приюта 1883/4 г, СПб, 1884.
- Фоменко Б. П., Медицинский отчет Петроградских городских родильных приютов за 1917 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1925, т. XXXVI, № 2, стр. 132—140.
- Хажинский П. X., Медицинский отчет акушерского отделения клиники акушерства и женских болезней Императорского харьковского университета за 17 лет (1892—1908), Дисс., Харьков, 1912.
- Ханина Ф. П., Акушерский травматизм при операции наложения щипцов, его непосредственные и отдаленные результаты для матери и ребенка, Дисс., М., 1946.
- Хатунцев В. А., О терапии лихорадочных родов, Гинекология и акушерство, 1931, № 6, стр. 521—526.
- Холмогоров С. С., Современный взгляд на терапию лицевых положений, Журнал акушерства и женских болезней, 1902, № 2, стр. 131—160.
- Цовьянов Н. А., К технике наложения акушерских щипцов, Гинекология и акушерство, 1935, № 5, стр. 29—35.
- Цовьянов Н. А., К технике наложения акушерских щипцов, М., Медгиз, 1944.
- Чапин Д. С., Медицинский отчет по акушерскому отделению Клинического повивального института за 1893—1897 гг., Дисс., СПб, 1898.
- Черневский Э. Ф., Несколько замечаний об акушерских щипцах, Журнал акушерства и женских болезней, 1895, т. IX, № 1, стр. 25—30.
- Черток Р. А., Осложнения беременности и родов, Воронеж, 1939.
- Черток Р. А., Эклампсия, Ташкент, 1936.
- Чистович Я., Учреждение акушерских школ для повивальных бабок в России, в кн.: Протоколы заседаний Общества русских врачей в Санкт-Петербурге, 1860—1861, стр. 79—130.
- Чудовский В. А., Выжимание плода при извлечении щипцами, Журнал акушерства и женских болезней, 1887, т. 1, № 3, стр. 192—196.
- Шапиро Н. Д., Комбинированная модель акушерских щипцов и техника их наложения, Акушерство и гинекология, 1938, № 5, стр. 107—108.
- Шапиро Н. Д., Щипцы Килланда, Акушерство и гинекология, 1941, № 4, стр. 20—21.
- Шахпаронян С. С., Операция наложения акушерских щипцов под местной анестезией, Акушерство и гинекология, 1954, № 1, стр. 58—59.

- Шейнман А. И., Шипцы Kielland'a (обзор литературы). Журнал акушерства и женских болезней, 1925, № 6, стр. 649—656.
- Шмидт А. Э., Медицинский отчет Мариинского родовспомогательного дома за 1870—1881 гг., СПб, 1886.
- Шмидт А. Э., Медицинский отчет Мариинского родовспомогательного дома за 1881—1890 гг., СПб, 1892.
- Шполянский Г. М., Патология родов, в кн.: Сборник, посвященный 175-летию родильного дома имени В. Ф. Снегирева, Л., 1949, стр. 117—123.
- Шполянский Г. М., Шипцы Килланда, Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 157.
- Шполянский Г. М., Шипцы Килланда в качестве высоких шипцов при узком тазе, в кн.: Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М.—Л., 1937, стр. 42—47.
- Шполянский Г. М. и Александровский В. Н., Акушерские шипцы, Акушерство и гинекология, 1936, № 2, стр. 164—171.
- Штерн И. А., О влиянии акушерского травматизма на новорожденных, Акушерство и гинекология, 1945, № 1, стр. 49—52.
- Штольц В. И., О шипцах, Журнал акушерства и женских болезней, 1895, т. IX, № 2, стр. 99—109.
- Штрайхер П. М., Известия и отчет по акушерско-гинекологическому отделению Херсонской городской имени А. и О. Тропиных больницы за 1912 г., Журнал акушерства и женских болезней, 1916, № 9, стр. 838—861.
- Шустер А. М., Медицинский отчет 2-го Городского родильного приюта за 1903 г., Дисс., СПб, 1906.
- Якобсон В. Л., Узкий таз. 4 года клинической жизни Императорского клинического повивально-гинекологического института, СПб, 1911.
- Яковлев И. И., Избранные отделы патологического акушерства, Л., 1940.
- Яковлев И. И., Неотложная помощь при акушерской патологии, М., Медгиз., 1953.
- Якуб И. Ю., Применение акушерских шипцов в частной практике, Русский врач, 1907, т. VI, № 46, стр. 1585—1590.
- Якубова З. Н., Краниотомия на живом плоде, в кн.: Труды Казанского медицинского института, 1948, стр. 99—105.
- Ястребов Н. В., Условия для наложения акушерских шипцов, в кн.: Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому в 25-летие его деятельности, СПб, 1894.
-

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	9
Введение	11
I. Назначение и действие щипцов	24
II. Работы русских акушеров по созданию собственных щипцов	34
Щипцы В. М. Рихтера	36
Щипцы А. Я. Крассовского	36
Щипцы В. М. Флоринского	37
Щипцы Н. Н. Феноменова	37
Щипцы И. П. Лазаревича	40
Щипцы И. П. Лазаревича-И. И. Федорова	57
Щипцы А. Г. Боряковского	58
Щипцы С. М. Полотебнова	60
Щипцы Н. В. Ястребова	61
Щипцы Е. Б. Диманта	61
Щипцы Ф. Г. Правосуда	63
Щипцы Н. Д. Шапиро	66
Щипцы В. В. Строганова	67
Щипцы М. В. Елкина	67
Щипцы А. И. Крупского	69
Щипцы А. П. Гумилевского	69
Приспособления к щипцам А. Б. Качкаева	71
Приспособление к щипцам Н. С. Канегиссера	71
III. Взгляды русских акушеров на некоторые виды щипцов особого устройства	73
Щипцы Тарнье	73
Щипцы Брейса	78
Щипцы Килланда	80
IV. Показания к операции наложения щипцов	85
Слабость родовой деятельности	87
Узкий таз	92
Узость и неподатливость мягких тканей родовых путей	97
Ущемление мягких тканей родовых путей	97
Необычные вставления головки	98
Угрожающий и совершившийся разрыв матки	99
Кровотечения	100
Эклампсия	102
Эндометрит в родах	103
Заболевания сердечно-сосудистой системы	105
Заболевания органов дыхания	107
Заболевания органов выделения	107

Заболевания нервной системы	107
Заболевания, протекающие с большим повышением температуры	108
Прочие показания со стороны матери	108
Внутриутробная асфиксия плода	109
V. Условия, необходимые для производства операции	111
Нахождение головки в полости или в выходе таза	111
Соответствие размеров таза роженицы и головки плода	117
Средняя величина головки	125
Типичное вставление головки	126
Достаточное открытие наружного зева шейки матки	128
Разорванный плодный пузырь	129
Живой плод	129
VI. Техника операции	130
А. Подготовка к операции	130
Подготовка инструментов	130
Опорожнение прямой кишки и мочевого пузыря	130
Положение роженицы	131
Подготовка рук акушера и помощников	132
Подготовка операционного поля	132
Влагалищное исследование непосредственно перед операцией	133
Обезболивание	134
Б. Общая техника операции	136
Введение и размещение ложек	139
Замыкание щипцов	146
Извлечение плода	148
Снятие щипцов	168
В. Специальная техника операции	170
Выходные щипцы	170
Полостные щипцы	176
Входные щипцы	184
Высокие щипцы	187
Щипцы при теменном (передне-головном) вставлении	187
Щипцы при лобном вставлении	190
Щипцы при лицевом вставлении	191
Щипцы при низком поперечном стоянии головки	194
Щипцы при внеосевом (асинклитическом) вставлении головки	197
Щипцы при высоком прямом стоянии и вставлении головки	198
Щипцы на последующую головку при тазовом предлежании	199
Щипцы при тазовом предлежании	200
Техника операции при употреблении щипцов И. П. Лазаревича	201
Техника операции при употреблении щипцов Ф. Г. Правосуда	210
Техника операции при употреблении щипцов Килланда	211
VII. Исходы операции для матери	214
А. Ближайшие исходы операции	214
Травма	214

Инфекция	222
Смертность	230
Б. Отдаленные исходы операции	236
VIII. Исходы операции для ребенка	238
А. Ближайшие исходы операции	238
Повреждения кожного покрова головки	240
Кровоизлияния в мозг и полость черепа	241
Асфиксия	242
Прочие повреждения	243
Мертворождаемость и ранняя смертность новорож- денных	245
Б. Отдаленные исходы операции	265
Литература	272

akusher-lib.ru

Андрей Вильгельмович Ланкович
Операция наложения акушерских щипцов

*

Редактор *К. В. Порай-Кошиц*
Техн. редактор *М. И. Габерланд*
Корректор *Н. К. Тарасова*
Переплет художника *С. Н. Новского*

Сдано в набор 22/VIII 1955 г. Подпи-
сано к печати 11/1 1956 г. Формат бумаги
84×108/32. 4,57 бум л. 14,97 печ. л.
15,50 уч.-изд л. Тираж 10 000 экз.
Т00921. МН-76.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Заказ 561. 1-я типография Медгиза,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1
Цена 7 р. 75 к. Переплет 1 руб.