

Маслов

Я. М. АСКНАЗИ

СЕМИНАР ПО АКУШЕРСТВУ

ПОСОБИЕ ДЛЯ АКУШЕРОК
И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА

118 - *сидоров*
105 - *Корсаков*

акusher-lib.ru



ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА—1933—ЛЕНИНГРАД

ПРЕДИСЛОВИЕ

В связи с преобразованием среднего медобразования остро встал вопрос об учебниках, соответствующих новым учебным планам и программам. Методическая комиссия ГПФ и МПФ занялась этим вопросом, и уже целый ряд учебников для медтехникумов издан Медгизом; таким образом постепенно появятся в свет необходимые для учащихся руководства по теоретическим дисциплинам. Введение активных методов обучения требует в настоящее время и другого типа учебников, излагающих предмет не систематически, а ставящих перед учащимися ряд вопросов, на которые они должны ответить сами, пользуясь соответствующим литературным материалом. Проверку правильности своего решения поставленной задачи они должны найти тут же в учебнике, семинаре. Новым и оригинальным по форме является предлагаемое руководство. Это первый опыт клинического руководства (акушерской клиники) для учащихся акушерских отделений медтехникумов. Подобные руководства существуют для врачей и студентов (акушерский семинарий Липмана, Гентера и др.), но они не подходят для акушерок, так как клиника для среднего медперсонала должна излагаться не так, как излагается для работников высшей квалификации. При разборе клинического случая наряду с изложением дифференциальной диагностики, показаний и противопоказаний к врачебному вмешательству делается ударение на том, что при данных явлениях может и должен предпринять средний медперсонал (акушерка) при необходимости провести случай самостоятельно.

Излагать проведение случая приходится несколько схематично, считаясь с научным уровнем и подготовкой тех лиц, для которых предназначается руководство, причем предполагается, что общие теоретические основы акушерства—нормального, патологического и оперативного—вполне усвоены и изложение их вновь при разборе данного случая имеет целью напомнить, углубить знания главным образом с точки зрения практического применения, но без систематического изложения предмета. При этом слушательницы получают ряд новых сведений, практических указаний, а все изложение носит комплексный характер (разбор случая) с резко выраженным практическим уклоном.

Практика, проводимая с группой учащихся на производстве, т. е. в родильном доме, вызывает необходимость в учебнике-руководстве,

которым можно было бы пользоваться при разборе клинического случая, сравнивая его с аналогичным случаем из предлагаемого учебника. Отмечая сходство и разницу между ними и делая соответствующие выводы для необходимого в каждом случае пособия, учащиеся попутно повторяют затрагиваемые в учебнике теоретические обоснования практических манипуляций. Отсутствие систематического изложения вызвало неизбежные повторения. Для преподавателя не обязательно проводить занятия в порядке изложения семинара, можно начать с любого случая с тем, чтобы при возникновении общих вопросов пользоваться материалом предыдущих глав.

акusher-lib.ru

ГЛАВА I

ВЫКИДЫШ НА 3-м ЛУННОМ МЕСЯЦЕ

В карете скорой помощи доставлена в родильный дом г-ка А., 28 лет, домашняя хозяйка, жена служащего, по поводу кровотечения.

Анамнез. Менструации с 14 лет, ходят правильно через 4 недели по 4 дня, умеренно, без боли, последние менструации недель 10 назад, замужем 3 года. Указаний на женские болезни нет (болей, жалоб на неправильности отправления мочевых органов не было и нет). Было 2 срочных родов, последние роды 9 месяцев назад, послеродовых осложнений не было. Кормит, через 6 месяцев после родов возобновились менструации. Считает себя беременной около 2 месяцев. Кровотечение началось накануне с утра. Третьего дня мыла полы, что послужило по словам больной причиной появления кровотечения. Ночью кровотечение усилилось, пришлось утром вызвать карету скорой помощи, так как больная не решалась остаться дома без медицинского наблюдения и помощи. Утром был небольшой зноб.

Состояние в настоящее время. Больная среднего сложения и питания. Пульс 80 в минуту, удовлетворительного наполнения. Температура 37,7°. Кровянистые выделения в умеренном количестве: Живот не вздут, небольшая чувствительность внизу живота при надавливании. Отправления мочевого пузыря и кишечника нормальны. Моча не исследована ввиду кровянистых выделений. Со стороны внутренних органов ничего патологического не отмечается. Было набухание грудных желез, но дней 5 назад прошло.

Какой диагноз и что делать?

У женщины, которая считает себя беременной 2 месяца, появилось кровотечение из половых органов. Что может быть? Первая мысль о выкидыше, но кроме него у беременной женщины кровотечение может быть от пузырного заноса и от внематочной беременности. Не исключается возможность, что появилась менструация после случайной задержки. Необходимо произвести внутреннее исследование для установки диагноза.

Подготовка поступающей в роддом и перед производством внутреннего исследования. Перед исследованием производится обычная подготовка поступающих: с лобка и наружных половых органов сбиваются волосы; половые органы и верхняя часть бедер моются теплой водой с мылом при помощи мягкого стерильного перевязочного материала (марли или ваты) на корнцанге. Мыло смывается слабым теплым раствором дезинфицирующего вещества. Такая подготовка (кроме бритья) повторяется перед производством каждого внутреннего исследования.

Что такое внутреннее исследование, для чего и как оно производится?

Внутреннее исследование. Различают несколько видов внутреннего исследования; оно может производиться через влагалище, через прямую кишку и через влагалище и прямую кишку одновременно.

Простое влагалищное внутреннее исследование производится с помощью только одной руки (обычно пальцев), вводимой во влагалище. При комбинации — руке, введенной во влагалище, внутренней помогает наружная, действующая через брюшную стенку. Простое внутреннее исследование применяется в акушерстве в последние месяцы беременности и во время родов. При помощи такого исследования можно определить (обследовать) состояние влагалища, влагалищной части, шейки матки, степень открытия, растяжимость, состояние плодного пузыря, подлежащую часть (что предлежит, где и как), построение таза, угол лонной дуги, вход в таз, диагональную конъюгату, проходимость таза.

Техника внутреннего исследования. Исследование производится при положении исследуемой на спине (рис. 1б); под крестец подкладывается плотная подушка или полстер, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и широко разведены.



Рис. 1а. Внутреннее исследование. Введение исследующих пальцев. Пальцы — одной руки разводят половые губы, пальцы другой вводятся во влагалище.

Ступни могут быть или разведены или сближены и пододвинуты к ягодицам. Подготовка к исследованию уже подробно изложена выше (опорожнение мочевого пузыря и кишечника, дезинфекция половых частей исследуемой и рук исследующего и т. п.). Одной рукой разводятся половые губы (рис. 1а), два пальца — указательный и средний — другой руки вводятся во влагалище, большой палец располагается снаружи в паховой складке, кнаружи от большой губы, остальные пальцы пригнуты к ладони и тыльной своей стороной упираются в промежность. При особых показаниях внутреннее исследование производится полурукой (во влагалище вводятся 4 пальца и ладонь, большой палец остается снаружи) или даже всей рукой. Акушерское внутреннее исследование производится левой рукой в тех случаях, когда у исследующего левая рука сильнее или когда исследование должно будет перейти в оперативное вмешательство, для производства которого рекомендуется левая рука (поворот, см. соотв. главы). При исследовании правой рукой исследующий стоит с правой стороны

исследуемой, правую руку проводит под правое бедро исследуемой, а левая рука подходит к половым органам (для разведения губ) сверху над правым бедром и над лонным сочленением. При исследовании левой рукой расположение обратное.

При введении исследующих пальцев во влагалище локоть опускается книзу, а пальцы несколько надавливают на промежность. При обследовании середины входа в таз (центра подлежащей части) и области у лонного сочленения локоть еще больше опускается книзу. При производстве внутреннего исследования половые части исследуемой должны быть совершенно открыты, ни в каком случае недопустимо производить внутреннее исследование под простыней или одеялом, так как при этом нарушаются самые элементарные требования антисептики и асептики.

Ощупывание подлежащей части должно производиться мягкостью ногтевых фаланг исследующих пальцев, так как в этих частях наиболее



Рис. 1в. Внутреннее исследование. Положение исследуемой (спинно-ягодичное). Расположение рук исследующего: левая рука на животе, два пальца правой введены во влагалище.

развита тактильная чувствительность. Вводимые пальцы сначала направляются к маточному зеву, который находят в глубине влагалища. Проводя пальцы от переднего свода к заднему, наталкиваются на влагалищную часть, определяют состояние шейки (цела, укорочена, сглажена). При целой или укороченной шейке определяют состояние шейного канала, его проходимость, состояние внутреннего зева. При сглаженной — определяют края зева (толстые, тонкие, рубцы), состояние плодного пузыря (цел, разорван, напряжен, наливаются).



Ощупывание подлежащей части можно производить через своды (при целой шейке и непроходимой) и через оболочки плодного пузыря при его целости (вне схватки, когда оболочки не напряжены). Ясно, что исследование дает наилучшие результаты при разорванном

пузыре, когда подлежащая часть ощупывается непосредственно; в противном случае мы не всегда можем определить нужные нам детали (швы,

Рис. 2. Ощупывание (указательным пальцем правой руки) подлежащей головки; стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок влево впереди, 1-я позиция, передний вид. Ощупывающий палец от малого родничка (1) передвигается по стреловидному шву (2) к большому родничку, до которого не достигает, так как он расположен слишком высоко. Палец легко обследует (3) часть головки, расположенную в левой половине таза.

роднички и т. д.). При давно прошедших водах исследованию очень мешает образовавшаяся на подлежащей части опухоль (при черепных подлежащих головная опухоль). В таких случаях опухоли исследование (ощупывание) надо производить и по периферии.

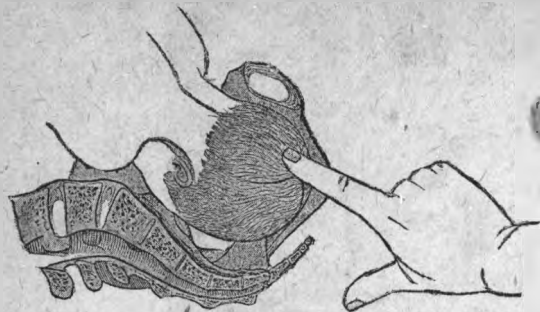


Рис. 3. Ощупывание правым указательным пальцем малого родничка, головка (сагиттальный шов) в прямом размере узкой части полости таза в согнутом состоянии (передний вид); дальнейшее ощупывание правой части таза задерживается достигнутым пределом пронации.

части полости, стреловидный шов будет в правом косом размере (рис. 2). Исследующий палец в области левого подвздошно-лонного бугорка попадает (пересечет) на малый родничок, для которого характерно соединение трех швов. Продвигаясь по тому из них, который пересекает плоскость таза, палец сможет пройти (в зависимости от степени сгибания) до большого родничка, ромбовидного промежутка, от всех углов которого отходят швы: лобный, венечные и стреловидный, идущий к малому родничку. По стреловидному шву мы определяем положение головки вполне точно.

Если подлежащая часть высоко, не надо забывать измерить диагональную ось в гату. Исследующие пальцы направляются к мысу, конец пальца упирается в мыс и ногтем пальца левой руки отмечают на указательном пальце правой руки место, соответствующее наружному краю середины лонного сочленения (рис. 8 и 9). По извлечении пальцев сантиметровой лентой или тазомером измеряют расстояние от сделанной отметки до конца пальца, упировавшегося в мыс. Если пальцы до мыса не доходят, это указывает, что сколько-нибудь значительного уменьшения этого размера таза нет.

Обследование стенок влагалища. При извлечении исследующих пальцев, проводя их через влагалище, должно быть произведено обследование стенок влагалища (нет ли опухолей, руб-

При отсутствии плодного пузыря и головной опухоли подлежащей части исследующий палец имеет возможность прощупать ясно консистенцию костей головки, швы и роднички, по которым точно определяется положение головки по отношению к тазу (рис. 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Исследующий палец, обходя по периферии подлежащей части у стенки таза, натолкнется на родничок или шов. Идя по шву, он дойдет до родничка. Напр. при первой позиции (левой) и переднем виде затылочного подлежащая, если головка находится во входе или в широкой



Рис. 4. Ощупывание правым указательным пальцем головки при заднем виде второго затылочного подлежащая; стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок квади вправо. Путем усиленной супинации производится обследование той части таза, которая не могла быть достигнута ввиду предела пронации.

цов и т. п.). Рекомендуется это делать по окончании внутреннего исследования, чтобы не занести из нижних частей влагалища микроорганизмов в матку.

Опознавательные пункты при различных предлежаниях. Как уже было указано, опознавательным пунктом при затылочных предлежаниях являются стреловидный шов и малый родничок, определяющий позицию и вид. Где находят родничок, там расположен затылок плода. При лицевых предлежаниях опознавательными пунктами служат нос и подбородок, при тазовых — крестец, для поперечных — подмышечная впадина и ребра.

Вышеописанное внутреннее исследование, дающее нам в последние месяцы беременности и во время родов необходимые для диагноза (и лечения) данные, не может нас удовлетворить при обследовании случаев ранней беременности. Тогда приходится применять комбинированное исследование, с помощью которого мы ощупываем половые органы (внутренние) между двумя руками — внутренней, введенной во влагалище (1—2 пальца), и наружной — через брюшную стенку. Этот метод дает возможность кроме данных, получаемых при простом внутреннем иссле-



Рис. 5. Ощупывание левым указательным пальцем. Затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок вправо впереди.левой рукой удобнее обследуется сторона предлежащей части, находящаяся в правой половине таза.

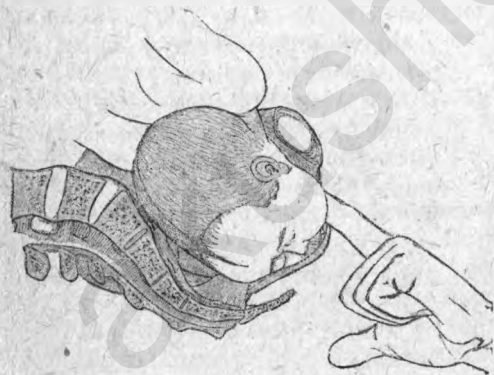


Рис. 6. Палец левой руки после методического обследования правой половины таза (рис. 5) прошел через среднюю линию и дальше продвигаться не может, достигнув максимума пронации. Лицевое предлежание, задний вид, вторая позиция (ср. рис. 3).



Рис. 7. Ту часть таза, которую на рис. 6 исследующий левый палец не мог ощупать после максимальной пронации, можно обследовать в резкой супинации. Затылочное предлежание, задний вид, первая позиция.

довании, определить размер, форму и консистенцию матки, фаллопиевых труб, яичников, маточных связок (в случае их заболевания), тазовой клетчатки, т. е. всего находящегося в малом тазу и доступного исследующим рукам.

Исследование производится в спинно-ягодичном положении, на гинекологическом столе (кресле) или на кровати. Дезинфекция половых органов и рук исследующего обязательна после предварительного освобождения

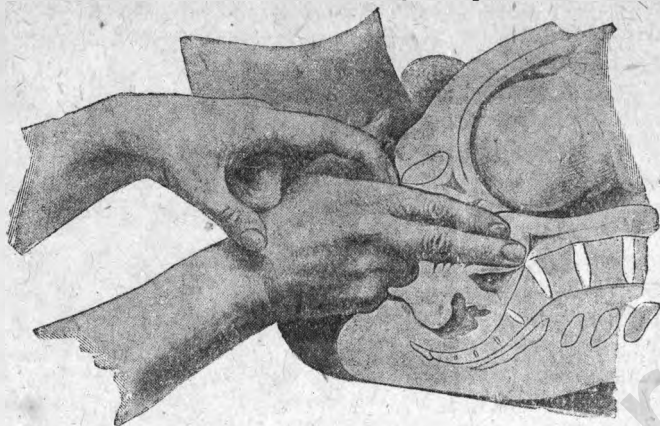


Рис. 8. Измерение диагональной конъюгаты двумя пальцами правой руки.

от содержимого мочевого пузыря и кишки. При исследовании на кровати исследующий стоит с той стороны больной, какой рукой производится исследование; при исследовании на гинекологическом столе исследующий стоит перед исследуемой. Левая рука раздвигает половые губы; пальцы правой руки, не сверля, надавливая на промежность, проходят во влагалище; левая рука переходит на живот исследуемой, и между руками прощупывают все органы малого таза. При изложении диагностики беременности указано, на что должно быть обращено внимание при исследовании (исследование левой рукой) (рис. 1, а и в).

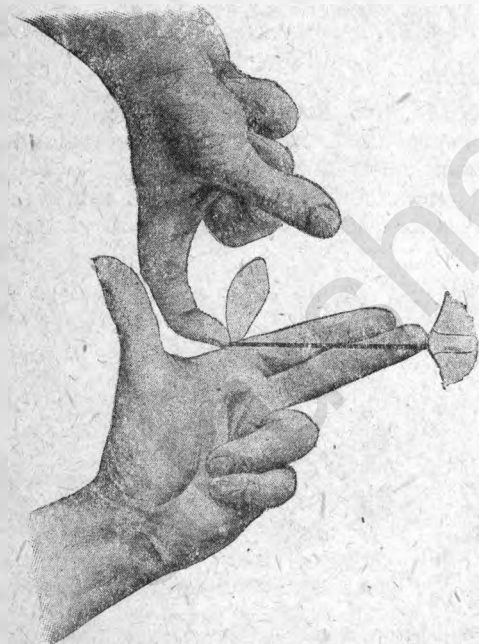


Рис. 9. Измерение диагональной конъюгаты двумя пальцами левой руки. Черная линия—диагональная конъюгата. Ср. расположение отмечающего ногтем пальца (на рис. 8 и 9).

Нужно ли, чем-нибудь смазывать исследующие пальцы?

Некоторые рекомендуют пользоваться для такого смазывания карболовым глицерином (5%), стерильным маслом, мыльно-лизолерным раствором, но это необязательно: наоборот, при исследовании несмазанными пальцами лучше определяется степень влажности (количество выделений) влагалища.

Очень важно, чтобы у исследуемой не напрягались брюшные стенки, для чего она должна находиться в спинно-ягодичном положении с несколько приподнятым тазом, голова лежит на подушке, а самое главное—

исследование должно производиться возможно нежнее, не причиняя боли, так как даже малейшая боль вызывает защитное рефлекторное сокращение брюшных мышц, которое делает исследование невозможным.

Комбинированное влагалитное исследование показало: матка в нормальной антефлексии, увеличена соответственно 10-недельной беременности, несколько чувствительна. Тело круглое, ясно выраженный признак Гегара, консистенция матки тестоватая. Наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний закрыт. Придатки не прощупываются. Область придатков нечувствительна.

Что нам дало произведенное внутреннее исследование? Имеется ли в нашем случае беременность?

Диагноз беременности ставится на основании так называемых признаков беременности, делящихся на достоверные и вероятные.

Признаки достоверные. Достоверными считаются те признаки беременности, которые устанавливают диагноз беременности с полной уверенностью. Они вполне объективны, т. е. выявляются исследующим лицом и не находятся в связи ни с какими субъективными ощущениями беременной. Появляются они только после 5 лунных месяцев. Их три: выслушивание сердцебиения плода, ощущение исследующим лицом движений плода и ощупывание частей плода.

До половины беременности диагностику беременности приходится ставить на основании признаков вероятных, т. е. таких, которые могут быть и без беременности; каждый отдельный признак установить диагностику беременности не может, но сочетание нескольких признаков делает диагноз беременности в достаточной степени достоверным.

Признаки беременности менее вероятные. Беременность—процесс физиологический, во время которого организм женщины претерпевает большие изменения, наблюдается масса нервных явлений, нарушается внутренняя секреция, появляются разнообразные токсикозы; все это в известной степени относится к вероятным признакам беременности. К числу признаков беременности вышеописанного характера относятся: капризный аппетит, тошнота, рвота, изменения настроения, повышение полового чувства. Признаки эти являются мало достоверными,—они не столько устанавливают диагноз беременности, сколько заставляют предполагать таковую.

Кроме вышеуказанного при беременности наблюдается: набухание грудных желез, появление молочива, пигментация околососочковых кружков и белой линии, разрыхление влагалища и синюшное окрашивание входа во влагалище и наружных половых органов. Эти признаки несколько более достоверны, т. е. реже встречаются помимо беременности, чем вышеописанные, но появляются они позже них.

Признаки более вероятные. Следующая категория признаков является наиболее вероятной—это изменения матки. Отражаясь на всем организме женщины, беременность вызывает целый ряд характерных изменений в половой системе женщины, которые уже говорят о беременности с значительной вероятностью.

-В громадном большинстве случаев беременность вызывает прекращение менструальной функции, и в матке происходят весьма характерные изменения. Она увеличивается в размере, причем это увеличение не идет равномерно. Тело матки делается круглее, т. е. увеличивается больше передне-задний размер, и матка уже не имеет формы сплюсненной спереди назад груши.

Признак Гегара. В начале беременности плодное яйцо не выполняет всей маточной полости, и нижний сегмент матки при влагалищно-комбинированном исследовании легко сдавливается между исследующими пальцами; при этом получается впечатление, что тело матки отделено от шейки,—это признак Гегара (рис. 10 и 11). Такое впечатление усиливается еще благодаря тому, что консистенции тела матки и шейки различны. Шейка плотна, тело размягчено, неравномерно тестоватой консистенции, позднее несколько эластической.



Рис. 10. Признак Гегара положительный, тело матки круглое.

Признак Пискачюка. Если плодное яйцо прикрепилось на боковой поверхности матки, то это место обычно несколько выпячивается; оно более мягкой консистенции и отделяется от остальной матки продольной бороздой, ощущаемой на передней и задней поверхностях матки, чаще на одной передней. Эта асимметрия, которая яснее выражена, если яйцо прикреплено около угла матки, описанная Пискачюком (рис. 12), и тело матки в дальнейшем делается равномерно овальным.

Новый признак Гегара. Кроме вышеописанного признака беременности Гегара (старый признак Гегара) существует еще так наз. новый признак Гегара, который заключается в следующем: при комбинированном исследовании на задней стороне матки, а иногда на передней, маточную ткань можно собрать в продольную складку, не очень типичную; собирание может повести к травме мускулатуры матки, почему не рекомендуется настойчиво добиваться обнаружения этого признака. Об этом признаке упомянуто только для полноты изложения.

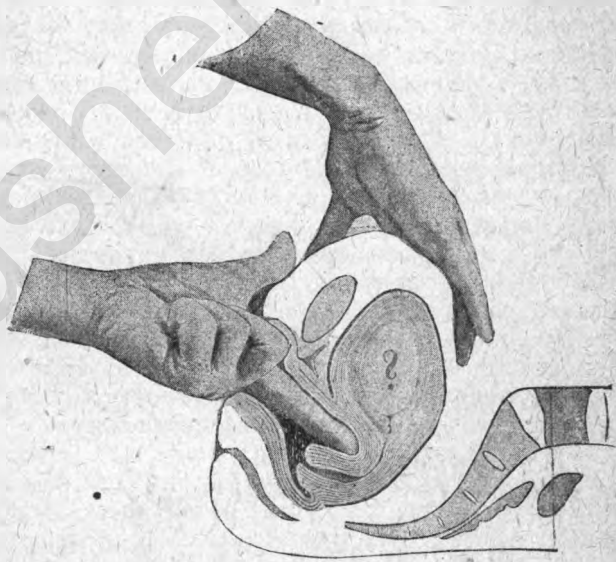


Рис. 11. Признак Гегара отрицательный, размягчения шейки нет, тело матки овальной формы.

Способность матки сокращаться под влиянием механического раздражения. Еще одно характерное для беременности явление: при комбинированном исследовании мы замечаем, что матка под влиянием ощупывания сокращается, делается меньше и

плотнее. Такая способность сокращаться свойственна матке почти исключительно при беременности.

Соответствие роста матки сроку беременности. Рост матки при нормальном течении беременности зависит от роста плодного яйца и гипертрофического увеличения мускулатуры матки. При нормальном течении беременности мы по величине матки можем довольно точно определить срок беременности. Так, при 6-недельной

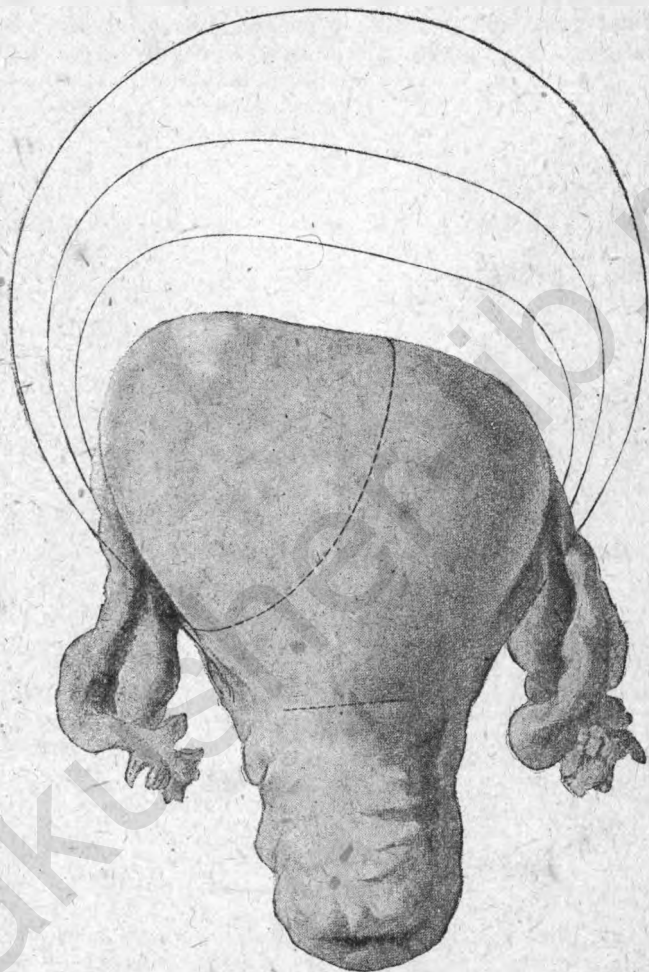


Рис. 12. Признак Пискачака; плодное яйцо расположено в правом углу матки. Дугообразные линии показывают постепенное выравнивание асимметрии.

беременности тело матки имеет около 6 см в диаметре, увеличиваясь в диаметре до 3 месяцев приблизительно на 1 см в неделю; это может служить весьма вероятным диагностическим признаком беременности. Если рост матки соответствует предполагаемому сроку беременности, наблюдение такого соответствия роста при повторном исследовании с промежутками в 1—2 нед. делает диагноз беременности почти достоверным.

Хотя до 5 лунных месяцев мы достоверных признаков беременности не имеем, все же при наличии данных, получаемых при комбини-

рованном исследовании о размерах, форме (Пискачек), консистенции (Гегар), сократительной способности матки и других явлений, наблюдающихся при беременности, мы можем ставить диагноз беременности с достаточной достоверностью.

В нашем случае мы имеем признак Гегара,—величина матки соответствует предполагаемому сроку беременности, было набухание грудей. На основании этих данных мы можем поставить диагноз 10-недельной беременности.

Соответствие размера матки сроку предполагаемой беременности исключает наличие пузырного заноса, при котором матка увеличена зна-

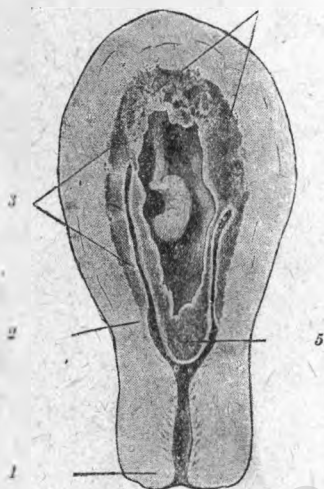


Рис. 13а. Выкидыш на 2-м месяце. Отслоение отпадающих оболочек—истинной и основной.

1—наружный зев; 2—внутренний зев; 3—истинная оболочка; 4—основная оболочка и зачаток детского места; 5—нижний полюс яйца, пропитанный кровью капсулярная оболочка.

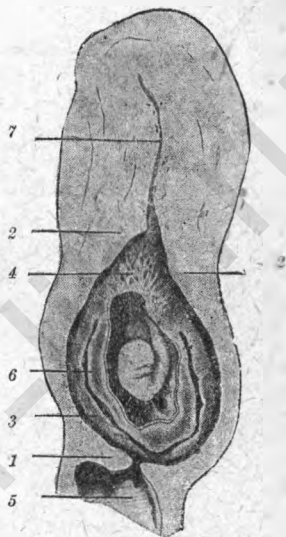


Рис. 13б. Выкидыш на 2-м месяце. Шейный выкидыш. Яйцо вполне отделилось и опустилось в расширенную шейку.

1—наружный зев; 2—внутренний зев; 3—истинная отпадающая оболочка; 4—зачаток детского места; 5—влагилице; 6—капсулярная отпадающая оболочка; 7—полость матки.

чительно больше, чем при нормальной беременности, а отсутствие вблизи матки опухоли и других признаков внематочной беременности, на которых мы здесь останавливаться не будем, говорит против нее. Итак мы имеем беременность на 3-м лунном месяце, осложнившуюся кровотечением, шейка закрыта, надо думать об угрожающем выкидыше.

Симптомы выкидыша. Кровотечение является наиболее характерным симптомом выкидыша при беременности до 4 лунных месяцев. С него обычно выкидыш начинается, и кроме кровотечения отмечаются иногда небольшие боли внизу живота. В дальнейшем к кровотечению присоединяются схваткообразные боли внизу живота и в пояснице (крестце). Более поздние выкидыши протекают по типу родов, начинаются появлением схваток, и в большинстве случаев кровотечения не бывает или оно незначительно.

У здоровой беременной женщины без достаточной причины появилось кровотечение. К заявлению больной о причине, вызвавшей кровотечение (мытьё полов), мы должны отнестись скептически. Известно, что все факторы, вызывающие у беременных кровотечения, как то: падение, поднятие тяжестей и т. п., в действительности являются только способствующим моментом, а действительной причиной выкидыша оказываются недоразвитие матки, ряд заболеваний половой системы, общие инфекционные заболевания и т. п. В нашем случае мы никаких заболеваний половой сферы не находили; вполне допустимо, что больная подверглась каким-нибудь манипуляциям на матке, особенно учитывая, что у нее до поступления в роддом наблюдались познабливание и небольшое поднятие температуры (37,7°).



Рис. 14а. Выкидыш на 3-м месяце, I стадия. Начинающееся отделение детского места и сглаживание шейки.

1 — наружный зев; 2 — внутренний зев; 3 — расширенная верхняя часть шейки; 4 — полость матки; 5 — истинная отпадающая оболочка; 6 — основная оболочка; 7 — переходная складка капсулярной оболочки; 8 — детское место прикрепленное; 9 — детское место вполне отделившееся; 10 — полость яйца.



Рис. 14б. Выкидыш на 3-м месяце. II стадия. Отделение детского места кроме угла и трубы закончено. Началось отделение истинной отпадающей оболочки. Шейка расширена и в ней находится нижний полюс яичевого мешка.

1 — наружный зев; 2 — внутренний зев; 3 — полость матки; 4 — начинающаяся отслоение истинной отпадающей оболочки; 5 — полость яйца; 6 — пропитанная кровью капсулярная оболочка; 7 — детское место прикрепленное; 8 — детское место отделившееся.

Что делать?

Шейка матки закрыта, кровотечение небольшое, не исключена возможность сохранить беременность, но, принимая во внимание наличие некоторых симптомов инфекции (зноб, температура 37,7°, пульс 80), не следует назначать средств, подавляющих родовую деятельность, а именно:

Rp. Extr. fluid. Viburni
prunifolii 25.0
DS. по 25—35 кап. 3 раза в день

или

Rp. Extr. Bellad. 0.015—0.02
Butyr. cacao 1,5—2.0
M. f. suppos. d. t. d. N 6
S. по 1 свечке 2—3 раза в день.

которые были бы вполне показаны при отсутствии инфекции. Надо уложить больную в постель и положить ей на низ живота для уменьшения воспаления пузырь со льдом (через час-полтора на 15—20 мин. снимать). Для более активного вмешательства показаний нет.

К вечеру температура 37,2°, пульс 78, выделений почти нет. На следующее утро температура 36,8°, пульс 76, выделений нет, ночь провела хорошо. При исследовании мочи белка не обнаружено. День и ночь прошли спокойно. Утром температура 37,0°, пульс 76, появились кровотечения в порядочном количестве и небольшие схваткообразные боли внизу живота.

Для выяснения состояния матки произведено внутреннее исследование, причем оказалось, что шейка несколько укорочена, наружный зев пропускает палец, внутренний зев пальца не пропускает, но приоткрывается (см. рис. 13 а и в, 14 а, в, с и д).

Что делать?

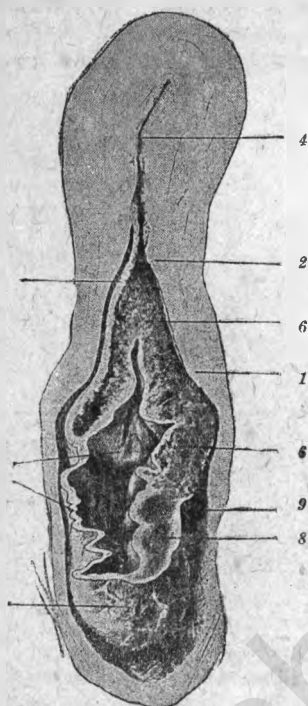


Рис. 14с. Выкидыш на 3-м месяце. III стадия. Отделившееся и выделившееся из полости матки яйцо находится в шейке и во влагалище и тянет за собой истинную отпадающую оболочку.

1—наружный зев; 2—внутренний зев; 3—нижний полюс яйца; 4—полость матки; 5—истинная отпадающая оболочка; 6—детское место; 7—полость яйца; 8—пропитанная кровью стенка яйцевого мешка (капсулярная оболочка, ворсистая и водная); 9—свод влагалища.

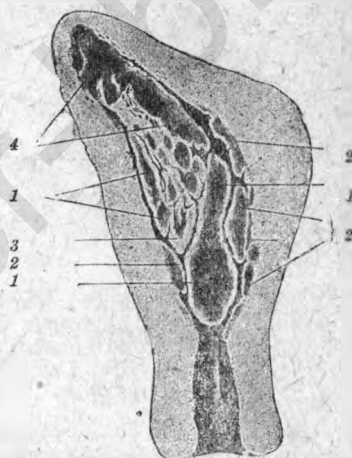


Рис. 14д. Неполный выкидыш. Шейка матки проходима, в матке остатки отпадающей оболочки и детского места.

1—кровяные сгустки; 2—не отделившаяся еще истинная отпадающая оболочка; 3—отслоившаяся истинная отпадающая оболочка; 4—остаток детского места.

Повидимому беременность удержать не удастся, несмотря на то, что явления, подозрительные на инфекцию, прошли. Кровотечение несильное, выкидыш протекает спокойно, можно продолжать консервативное проведение случая: покой и лед на живот. Если бы кровотечение усилилось настолько, что явилось бы показание закончить или ускорить течение выкидыша при отсутствии достаточного открытия (для проведения пальца в полость матки), акушерка должна была бы затампонировать туго влагалище, а врач мог бы закончить выкидыш выскабливанием.

В. Савин

Тампонация влагалища. Тампонация производится следующим образом: в спинно-ягодичном положении больной (на спине с приподнятыми плечами и тазом) влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами, а в случае отсутствия помощников—раздвигающимися зеркалами (Колэн, Трела и т. п.), раскрывающими вход во влагалище. Бинтом в 4 см, захватываемым из барабана корнцангом, влагалище плотно тампонируется, после чего зеркала вынимаются. Тампонация действует кровоостанавливающе, не задерживая сократительной работы матки и даже ее усиливая. Обычно через несколько часов под влиянием маточных сокращений, вызванных раздражающим действием тампона, плодное яйцо отделяется из матки и выходит наружу, выталкивая тампон. Иногда кровь просачивается через тампон, при удалении которого с целью его смены находят плодное яйцо во влагалище. Тампон не следует держать во влагалище дольше 12 часов, так как выделения при этом начинают разлагаться, что способствует возможности инфекции; появляется гнилостный запах и может повыситься температура в результате всасывания. В случае необходимости можно тампонацию повторить, предварительно протерев влагалище 70° спиртом. Можно при тампонации для усиления родовой деятельности назначить солянокислый хинин 0,2, по 2—3 раза в день.

В нашем случае пока показаний для тампонации ввиду относительно небольшого кровотечения нет, и мы ограничимся назначением покоя, льда и солянокислого хинина 0,2 одну таблетку.

Через 4 часа (в 12 час. дня) вышел плодик длиной около 8 см (что подтвердило нашу диагностику выкидыша на 3-м лунном месяце); послед не вышел. Кровотечение усилилось.

Задержание последа при выкидыше. Произошло задержание последа, что часто встречается при ранних выкидышах после 2 месяцев ввиду более тесной связи в это время детского места с маткой. При выкидышах до 2 месяцев плодное яйцо часто выходит целиком. Естественно задержание последа сопровождается кровотечением, так как неопорожнившаяся матка не может сократиться и прижать плацентарные сосуды матки, открытые в той части, где детское место отделилось. Надо задержавшееся место удалить. Больших затруднений это не должно представить, так как маточная шейка укорочена, частично сглажена и палец (рис. 13—14) наверно пропустит.

Пальцевое отделение и удаление последа. Действительно произведенное внутреннее исследование подтвердило наше предположение о состоянии маточной шейки, и введенным в полость матки пальцем без труда удалось отделить детское место, прикрепленное на заднелевой стенке матки (рис. 15). Теперь понятно, почему в описанном случае не был выражен признак Пискачака, плодное яйцо прикреплялось к задней стенке матки. Удаление отделенного детского места из матки легко получается,

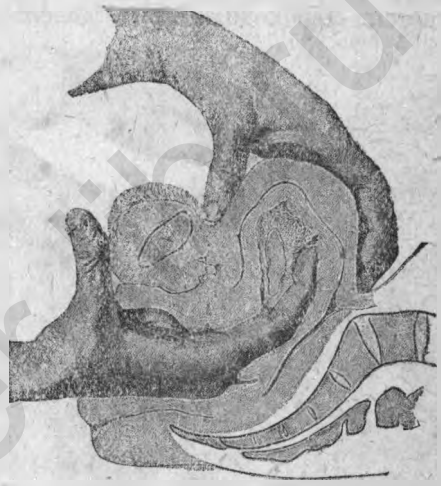


Рис. 15. Отделение указательным пальцем плодного яйца от задней стенки матки.

если сдавить тело матки между наружной рукой и внутренними пальцами, надавливающими на заднюю поверхность тела матки со стороны заднего свода. Содержимое матки выдавливается подобно тому, как выдавливается косточка из сливы (рис. 16). Если бы не удалось вышеописанным образом выдавить из матки плодное яйцо, надо обнажить влагалищную часть зеркала, захватить ее щипцами Мюзо или пулевыми, войти в матку корнцангом или абортцангом (рис. 17, 18 и 19), захватить плодное яйцо и извлечь. С применением названных инструментов надо быть очень осторожным, ими можно легко поранить матку. Захватывать плодное яйцо корнцангом можно только в том случае, если оно находится в шейке матки или несколько выше и доступно зрению. Средний медперсонал пользоваться инструментами не должен. Опорожнившаяся матка имеет возможность сократиться, что обычно и происходит, и кровотечение прекращается. Необходимо при отделении места отделить все и после выдавливания проконтролировать пальцем, введенным в полость матки, что там ничего не осталось. Для лучшего сокращения матки назначаются лед на живот и препарат спорыньи:



Рис. 16. Выдавливание отделенного плодного яйца путем сдавливания тела матки между внутренними (в заднем своде) и наружными пальцами (через брюшную стенку).

галища слабым теплым дезинфицирующим раствором под небольшим давлением (в настоящее время большинством не делается). На ноги больной надевают стерильные мешки, закрывающие всю ногу до паховых сгибов; стерильная подстилка и стерильная салфетка на живот. При отсутствии выделений можно вместо подмывания смазать наружные половые органы и близлежащие внутренние поверхности бедер 5% иодной настойкой (10% иодная настойка вызывает раздражение кожи, почему разводится пополам спиртом)—сухой способ подготовки. (Надо остерегаться от смазывания заднего прохода, что вызывает резкую болезненность.) Можно применить смазывание иодной настойкой и после подмывания.

Послеродовой период. Вечером температура $36,8^{\circ}$, пульс 76, выделений нет. Через брюшную стенку матка не прощупывается. Назначения: на сутки лед на живот и ежедневно 3 раза в день по 20 капель жидкого экстракта спорыньи. Дальнейшее течение послеродового периода прошло нормально, и больная выписалась на 4-й день.

Rp. Extr. fluid. secali cornuti 20,0.
D. S. по 15—25 кап. 3 раза в день.

Это в большинстве случаев не является даже обязательным. Относительно последующих смазываний полости матки взгляды авторов расходятся, но большинство, с которым я согласен, находит их излишними.

Подготовка к оперативному вмешательству. Перед оперативным пособием кроме опорожнения пузыря и кишечника и обычного подмывания некоторыми акушерами делается промывание вла-

Краткий обзор случая

У здоровой беременной на 3-м лунном месяце появились кровотечения, небольшой зноб с повышением температуры. Угрожающий выкидыш. Причину выкидыша приходится заподозреть в каких-то манипуляциях, предпринятых с целью прервать беременность, о которых больная говорить не пожелала. Покой и лед на живот остановили кровотечения и дали возможность организму справиться с внесенной (повидимому слабой) инфекцией. Все же плодное яйцо пострадало настолько, что через 3 дня произошел выкидыш, осложнившийся задержанием места. Пальцевым удалением последа выкидыш был закончен, и больная без дальнейших осложнений выписалась на 4-й день.



Рис. 17. Абортцанг. Щипцы для захватывания частей плодного яйца при выкидыше (корнцанг с захватывающими частями ложнообразн. формы).

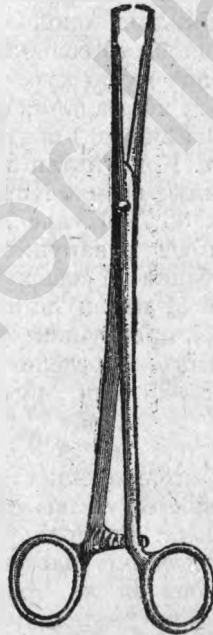


Рис. 18. Пулевые щипцы (на каждой бранше один зубец).

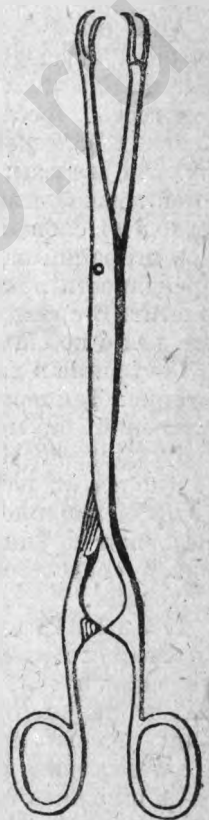


Рис. 19. Щипцы Мюзю (с 2 зубцами).

Широкое развитие санпросветработы, проводимой консультациями для беременных, явится лучшим средством предохранить женщину от производства абортвов вне лечебных учреждений указанием на чрезвычайную опасность таких абортов, далеко не всегда кончающихся так благополучно, как в нашем случае, и дающих большой процент смертности. Наряду с санпросветом для борьбы с абортами, производимыми в неподходящей санитарной обстановке и недостаточно квалифицированным персоналом (а иногда и совсем неквалифицированным), чрезвычайно важно

предоставление возможности всем желающим производства аборт в лечебных учреждениях, что у нас и проводится. Кроме того консультации для беременных должны в целях профилактики самопроизвольных выкидышей указать трудящимся на важность лечения гинекологических заболеваний и необходимость соблюдения гигиенического образа жизни во время беременности.

ГЛАВА II

ВЫКИДЫШ НА 7-м ЛУННОМ МЕСЯЦЕ. СИФИЛИС

Гражданка Б., 30 л., домашняя хозяйка; муж—ломовой извозчик, кустарь; поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся у нее около 6 часов назад.

Анамнез. Менструации с 15 лет, через 3—3½ недели по 4 дня умеренно, без боли, последние менструации 6½ месяцев назад. Считает себя беременной. Замужем 8 лет. Были одни нормальные роды, в срок на 1-м году замужества, ребенок жив. Послеродовой период протекал нормально. Женских болезней не было. Лет 6 назад была по телу незудящая сыпь, опухали железы; лечилась втираниями серной мази. В прошлом году самопроизвольный выкидыш около 3 лунных месяцев; послеродовой период по словам больной без осложнений. После выкидыша опять лечилась втираниями, но почему-то курса лечения не закончила. Настоящая беременность протекала нормально, вначале были тошнота и капризный аппетит. В срок (месяца 2 назад) почувствовала движения плода, которых уже дня 4 не ощущает. Консультации не посещала.

Состояние в настоящее время. Хорошее сложение, удовлетворительное питание. Температура 36,7°. Пульс 76. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Мочиспускание безболезненно и не учащено. Моча белка не содержит.

Дно матки на 2 см (1 палец) выше уровня пупка, 20 см выше лона, сердцебиение плода не прослушивается. Положение плода продольное, предлежит крупная часть, определить какая—не удается. Схватки умеренной силы через 15—20 мин., продолжительностью в 1 мин. Воды не проходили.

Какой диагноз и что надо делать?

Имеется несомненная беременность на 7-м лунном месяце. Отсутствие движений плода, раньше ощущавшихся, и отсутствие сердцебиения указывают на смерть плода. Говорить о пузырьном заносе не приходится ввиду ясного прощупывания частей плода, отсутствия кровотечения и соответствия размеров матки сроку беременности. Причину смерти плода выяснить тоже не представляет затруднений. Первая беременность, роды и послеродовой период протекали нормально. Через год больная заболевает, появляется незудящая сыпь; лечение втираниями. Ясно, что больная заболела сифилисом. Диагноз подтверждается бывшим самопроизвольным выкидышем на 3-м лунном месяце. Как известно, сифилис является наиболее частой причиной преждевременного нарушения беременности, причем очень часто такое нарушение происходит на 3-м лунном месяце.

Сифилис и беременность. Сифилитическая инфекция поражает сосудистую систему больной, в том числе сосуды детского места; получают разрастание интимы и облитерация сосудов (детского места). При заболевании беременной сифилисом развивается большое детское место, но плохо функционирующее. Оно образуется на третьем месяце беремен-

ности, и вирулентная сифилитическая инфекция поражает развивающееся детское место, отчего плод погибает и получается выкидыш. Также типично, что при сифилисе под влиянием ослабления инфекции благодаря лечению, а иногда и без лечения, при каждой последующей беременности получается нарушение ее все в более и более поздние сроки, и наконец происходят роды в срок мертвым ребенком или живым с признаками сифилиса, или даже без признаков сифилиса в зависимости от интенсивности проведенного лечения. В нашем случае вторая беременность закончилась 3-месячным выкидышем, а при третьей беременности явления угрожающего выкидыша появились уже только после 6 лунных месяцев.

Лечение сифилиса у беременных. По вопросу о лечении сифилиса у беременных существует полное единогласие. Все считают необходимым по установке диагноза проводить самое энергичное противосифилитическое лечение, и только таким образом можно предотвратить сифилитическое поражение плода, детского места и преждевременное нарушение беременности.

В нашем случае лечение оказалось недостаточным, в результате смерть плода и выкидыш. Больная консультации не посещала. Там обязательно было бы обращено должное внимание на проведение соответствующего противосифилитического лечения, и можно думать, что при достаточно энергичном лечении выкидыша бы не произошло.

Итак мы имеем беременность на 7-м лунном месяце, плод мертвый (сифилис), начинается выкидыш. Точное определение подлежащей части затруднено тем, что головка мертвого плода не так плотна, ее трудно отличить при наружном исследовании от ягодиц.

Что делать?

Выкидыш позже 4 месяцев протекает обычно по типу родов, т. е. начнутся схватки, ведущие к раскрытию шейки, затем появляются потуги и т. д. Механизм в смысле поворотов подлежащей части бывает более или менее выражен только при поздних выкидышах в зависимости от соотношения размеров плода и таза.

Признаки внутриутробной смерти плода. Думать о сохранении беременности ввиду установленной смерти плода не приходится. Отсутствие, точнее неприслушивание, сердцебиения еще не может считаться достоверным признаком смерти плода, но в нашем случае комбинация всех симптомов—прекращение движений плода, наличие сифилиса матери—делает диагноз смерти плода несомненным. Как признак внутриутробной смерти плода отмечают: дурное самочувствие, познабливание, неприятный металлический вкус во рту и ощущение в животе инородного тела. Все эти явления получаются в результате интоксикации (всасывания токсинов) от умершего плода и в различных случаях проявляются различно. Если роженица их не отмечает, это не говорит против смерти плода, тем более что смерть плода произошла вероятно недавно (дня 3). Никаких показаний к вмешательству в настоящее время нет. Будем наблюдать за роженицей и предоставим выкидыш его естественному течению. Схватки протекают нормально, не надо их усиливать или ослаблять.

Через три часа родился в головном предлежании плод мертвый, мацерированный, длиной 32 см, весом 900 г, кости головки мягкие.

Через 35 мин. по рождении плода роженица начала подкровотачивать.

Что делать?

Частичное отделение последа. Появление кровотечения указывает на то, что произошло частичное отделение места, кровоточат вскрытые сосуды

плацентарного места, а матка не может сократиться и сжать эти сосуды ввиду наличия в ее полости детского места, не отделившегося полностью.

Преждевременные прерывания беременности очень часто сопровождаются неправильностями со стороны отделения и выделения места, так как сократительная способность маточной мышцы в это время слабее, чем в конце срока беременности, а связь послуда с маточной стенкой теснее.

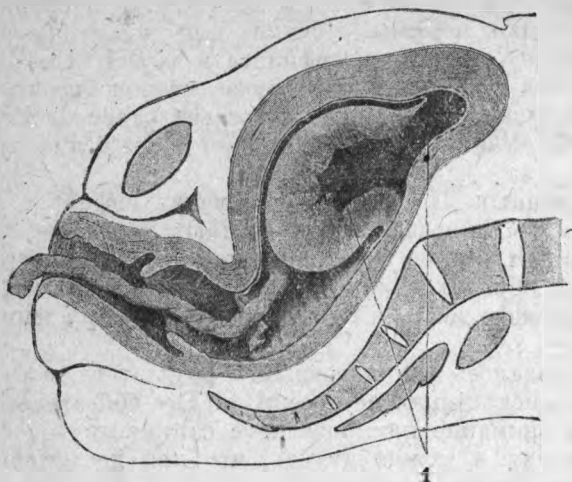


Рис. 20а. Механизм отделения послуда по Шульце. Послуд в маточной полости.
1—ретроплацентарная гематома.

Нормально протекающее отделение места сопровождается небольшим кровотечением, но наблюдаемое нами кровотечение сильнее нормы, и поэтому надо принять меры к его прекращению.

Проведение последового периода мы разберем при разборе случая срочных родов; там же поговорим о признаках отделения места; сейчас остановимся лишь на мероприя-

тиях для остановки кровотечения в последовом периоде.

Как протекает последовый период?

Физиология последового периода. В последовом периоде надо различать период физиологического покоя матки и период сократительной деятельности. Во время первого периода, который наступает после выхождения плода и продолжается от 10 до 30 мин., матка не сокращается, а размер ее уменьшается только путем ретракции маточной мускулатуры благодаря ее эластичности. Та часть матки, где прикреплено детское место, остается тонким, место не отслаивается и как правило кровотечения не бывает. Оно получается только тогда, если детское место отделится хотя бы частично,

что может случиться при потягивании за пуповину, грубом разминании, массивировании матки, вообще при проявлении излишней активности. По истечении периода физиологического покоя появляются сокращения матки, и они вызывают отделение детского места.

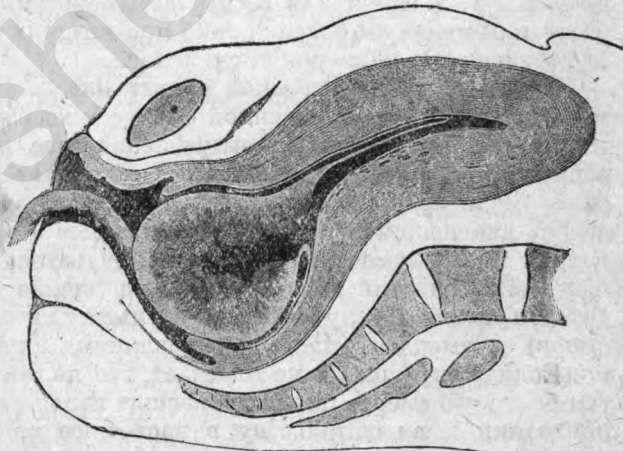


Рис. 20б. Механизм отделения послуда по Шульце. Послуд в нижнем сегменте матки, выходит вывороченным серединой вперед.

что может случиться при потягивании за пуповину, грубом разминании, массивировании матки, вообще при проявлении излишней активности. По истечении периода физиологического покоя появляются сокращения матки, и они вызывают отделение детского места.

Отделение места по Шульце. Как известно, существует два механизма отделения (и выхождения) детского места. По одному механизму (рис. 20а и б), описанному Шульце и Боделоком, отделение места начинается с его середины. Вытекшая из вскрывшихся маточно-плацентарных сосудов кровь скопится позади детского места, образуя ретроплацентарную гематому, наружное кровотечение ничтожное. Свернувшаяся позади детского места кровь выделяется вместе с последом, который выходит вывороченным внутренней стороной, покрытой водной оболочкой вперед, детское место и ретроплацентарная гематома находятся внутри оболочек.

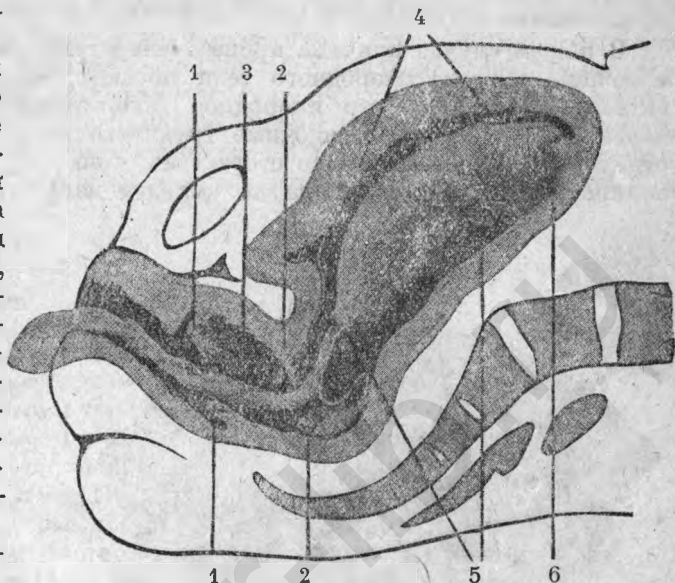


Рис. 21а. Механизм отделения детского места по Дункану. 1—наружный зев; 2—внутренний зев; 3—шейка матки; 4—передняя стенка матки; 5—ретроплацентарная гематома; 6—неотделившаяся часть места.

Отделение места по Дункану. По Дункану отделение места начинается с нижнего его края (рис. 21, а и б). Кровь вытекает наружу из вскрывшихся маточно-плацентарных сосудов, и детское место выходит, скользя по стенке влагалища,

нижним краем вперед, увлекая за собой оболочки. Наружное кровотечение — 80—100 г.

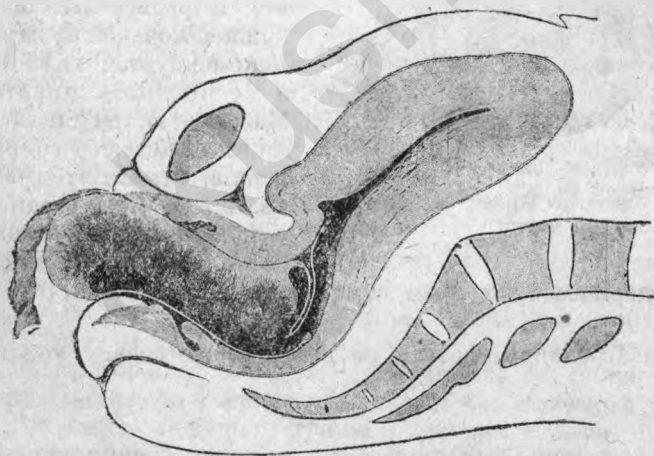


Рис. 21б. Механизм отделения последа по Дункану. Послед идет вперед краем.

Остановка кровотечения из вскрытых маточно-плацентарных сосудов происходит благодаря сжатию их мускульными волокнами сократившейся матки. Матка только тогда может хорошо сократиться и кровотечение из маточно-плацентарных сосудов остановиться, когда матка вполне освободится

от своего содержимого, т. е. когда полностью выйдет место и в матке не останется даже больших сгустков. Присутствие частиц оболочек обыкновенно сокращению матки не мешает. Если же в матке остается

детское место или отдельные дольки, матка сократиться не может, маточно-плацентарные сосуды не сжаты—и получается более или менее обильное кровотечение. При этом кровь вытекает наружу или скопляется в матке, растягивая ее. Может произойти одновременно внутреннее и наружное кровотечение.

В нашем случае причина кровотечения заключается в присутствии в маточной полости инородного тела последа, мешающего матке сократиться. Необходимо это инородное тело удалить. Удаление последа вероятно представит порядочные трудности ввиду того, что послед не отделился, что мы видим по отсутствию признаков отделения. Нет признаков Альфельда (пуповина не выходит наружу), Шредера (матка не

меняет своей формы). При надавливании над лоном пуповина втягивается (признак Кюстнера). (Подробности см. главу III «Ведение последового периода».)

Выжимание последа по Креде. Для удаления последа мы в первую очередь прибегаем к методу, предложенному Креде. Заключается он в следующем (рис. 22, 23, 24). Роженица в спинно-ягодичном положении, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены, опорожнен мочевой пузырь. Рекомендуется глубоко и спокойно дышать. Массированием дна матки вызывается ее сокращение, затем путем захвата дна матки одной рукой (правой как наиболее сильной) выда-

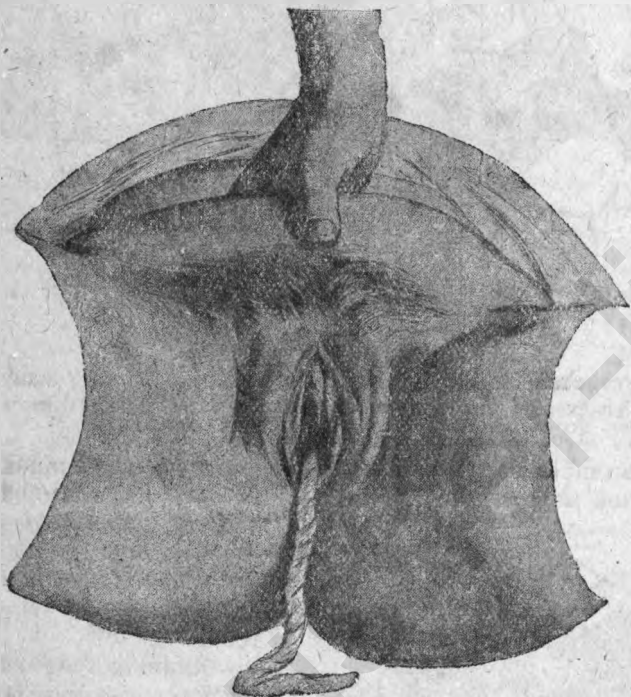


Рис. 22. Выдавливание последа по Креде. Надавливание рукой на дно матки.

вливается из нее содержимое, причем сама матка никуда не сдвигается.

Применение метода Креде результата не дало, кровотечение усиливается.

Что делать?

Метод Креде (выдавливание) был проведен правильно с применением достаточной силы, все же выдавить послед не удалось. Это подтверждает наш диагноз, что место не отделилось, находится в плотном соединении с маточной стенкой, а усиление кровотечения вызвано еще большим отслоением последа в зависимости от примененного выдавливания. Необходимо отделить и удалить задержавшийся послед введенной в матку рукой (пальцами), другого выхода нет.

Рекомендуется в случае неудачи выдавливания по Креде повторить этот прием под наркозом; однако в нашем случае от этого небезвредного мероприятия вряд ли был бы положительный результат. Большая рожавшая, со стороны брюшных стенок сопротивления нет, а послед не выходит не потому, что мы недостаточно сильно его выдавливаем, а потому, что он находится в тесном соединении с маточной стенкой. Если бы даже путем значительного насилия, сочетанного с очень нежелательной травмой маточной мускулатуры, нам удалось отделить от маточной стенки и выдавить из матки послед, то, не говоря уже о причиненной матке травме, мы наверно отделили бы не все. В матке остались бы неотделенные части места, она не могла бы сократиться, кровотечение бы продолжалось и нам все-таки пришлось бы оставшиеся части места отделять введенными в матку пальцами.

Ручное отделение последа. Отделение задержавшегося в матке места введенной в полость матки рукой является чрезвычайно ответственной операцией с точки зрения возможности занесения инфекции, и только серьезные жизненные показания заставляют к ней прибегнуть. При таком отделении оперирующая рука (палец) приходит в непосредственное соприкосновение с открытой раной плацентарного места. Это возлагает на оперирующего обязанность принятия самых тщательных, самых строгих мер обеззараживания рук, для того чтобы свести к минимуму опасность инфекции. В данном случае у больной сифилис; мы не знаем, насколько он в данный момент заразителен, — поэтому, чтобы не рисковать заразиться сифилисом, надо оперировать в перчатках. Если бы перчаток не было, необходимо тщательно осмотреть свои руки и смазать все трещины и царапинки иодной настойкой и затем коллодием.

Чрезвычайно трудно провести обеззараживание половых органов, разрыхленных благодаря беременности. Механическое обеззараживание, протирание, применяемое при гинекологических операциях, сопряжено с слишком большой травмой разрыхленного влагалища беременной. Опыт показал, что микробы влагалища не всегда получают достаточную вирулентность для того, чтобы вызвать послеродовое инфекционное заболевание, и внутриматочные операции, проведенные без обеззараживания влагалища, в громадном большинстве случаев протекают без осложнений. Наружные половые органы обмываются обычным способом мылом и дезинфицирующим раствором при помощи стерильного перевязочного материала (марля, вата) на корнцанге.



Рис. 23. Выдавливание последа по Креде. Детское место частично еще прикреплено к стенке матки. Давление руки отделяет детское место от маточной стенки.

Рукав Окинчица.

В случаях, где мы имеем основание предположить наличие во влагалище вирулентной инфекции (гнойные бели), можно воспользоваться

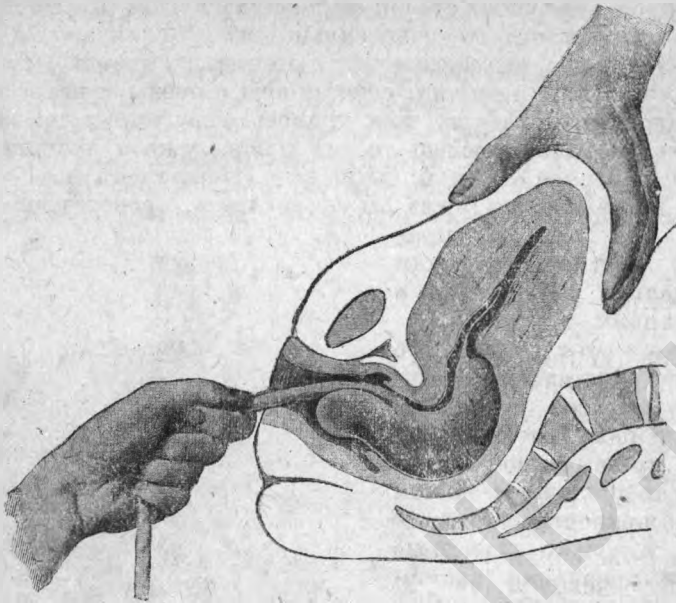


Рис. 24. Выдавливание последа по Креде. Детское место отделилось, частью вышло из матки и находится в нижнем сегменте влагалища. Механизм отделения по Дункану. Матка сократилась и служит тампоном, с помощью которого надавливающая на нее через брюшную стенку рука выталкивает послед наружу.

предложенным Окинчицем рукавом. Рукав из материи (холст, полотно), простерилизованный, надевается до локтя на оперирующую руку, пальцы загибают внутрь нижний конец рукава и придерживают его. Рука, вполне закрытая рукавом, вводится во влагалище, и пальцы выходят из рукава прямо в маточную шейку, не приходя в соприкосновение со стенками влагалища (рис. 25). Можно

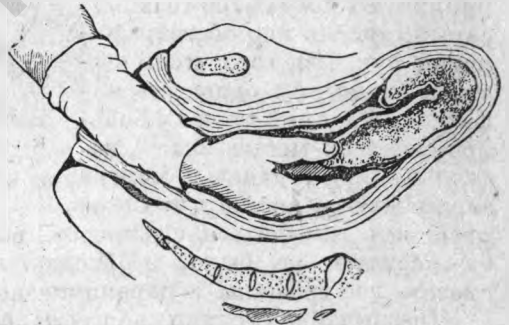


Рис. 25b. Отделение места с применением рукава Окинчица. Оперирующая рука в надетом рукаве дошла до матки, там она из рукава вышла и проникла во влагалище. Рукав остается надетым на предплечье оперирующей руки.

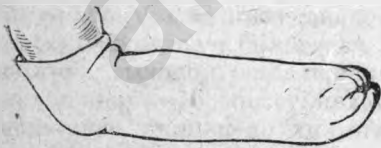


Рис. 25a. Рукав Окинчица, надетый на руку оперирующего перед введением руки во влагалище.

рукав (снаружи) для скользкости смочить раствором лизоля, лизоформа или зеленого мыла.

Для удаления места можно ввести в матку всю руку, полруки (большой палец остается во влагалище) или два пальца. В последнем случае

во влагалище вводится или вся рука или полруки (большой палец остается снаружи) или только два пальца. В нашем случае, имея дело с выкидышем, хотя и поздним, мы можем предположить, что введение в матку руки будет затруднено недостаточной проходимостью шейки, а двумя пальцами (полруки во влагалище) мы сможем без труда проделать необходимую операцию.

Пальцевое отделение места. Подготовив больную (и руки) в спинно-ягодичном положении больной на операционном столе, мы ввели во влагалище полруки, в матку 2 пальца (рис. 26). Поддерживая левой рукой дно матки (как при комбинированном исследовании), мы дошли введенными в матку пальцами до детского места и обнаружили, что оно находится у левого угла матки, не отделилось приблизительно на протяжении ладони, нижний сегмент детского места отделился. Зайдя пальцами между маточной стенкой и отделившейся частью детского места, легкими отслаивающими движениями пальцев без особого труда удалось постепенно отделить от маточной стенки неотделившуюся часть, затем, захватив место двумя пальцами, оно было извлечено из матки. Очень важно отделить место целиком, не рвать его, чтобы не оставлять кусочков, и всю операцию закончить, не извлекая пальцев из матки, так как каждое введение руки в матку (проведение через влагалище)—лишний шанс на инфекцию.

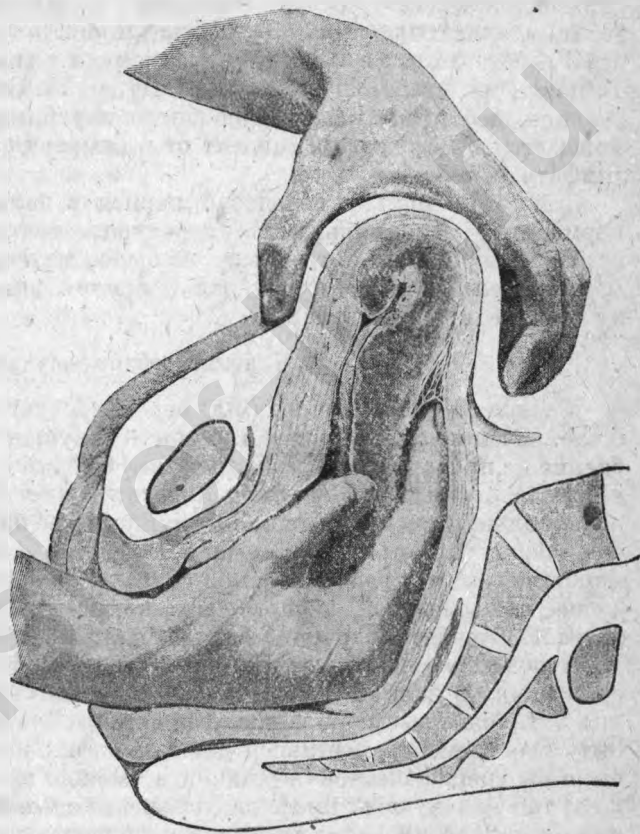


Рис. 26. Отделение детского места пальцами введенной в матку правой руки. Левая рука помогает правой, поддерживая дно матки через брюшную стенку.

Отделившееся детское место можно также извлечь из матки потянув за пуповину. Извлечению будут помогать находящиеся в матке пальцы, подталкивая место сбоку и сверху. По удалении места можно обследовать для контроля маточную полость и только после этого извлечь из матки пальцы, чтобы избежать вторичного введения пальцев в матку.

По извлечении места матка сократилась, кровотечение прекратилось. Принимая во внимание несколько ослабленную сократительную способность матки, травму и возможность инфекции от внутриматочной мани-

пуляции, для лучшего сокращения матки дано 20 кап. жидкого экстракта спорыньи и на низ живота положен лед (резиновый пузырь со льдом). Лед действует противовоспалительно и вызывает сокращение матки, а хорошо сократившаяся матка противостоит инфекции, задерживая проникновение инфекции в глубь тканей.

Детское место оказалось очень большим, плотным (вес 400 г), что типично для сифилитического места, которое по весу равно $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ веса плода и более, тогда как нормальное детское место по весу равно $\frac{1}{6}$ части веса плода (последние месяцы беременности, в первые месяцы детское место относительно больше). Место при сифилисе увеличивается благодаря эндартерииту сосудов ворсинок с облитерацией их просвета. Облитерация захватывает около 50% ворсинок.

Зноб после внутриматочных манипуляций. Температура после операции 36,8°. Пульс 76. Самочувствие удовлетворительное, небольшой зноб. Зноб после внутриматочных манипуляций наблюдается очень часто и зависит от всасывания через вскрытые сосуды и лимфатические пути.

Действительно, послеродовой период в дальнейшем протекал вполне нормально, максимальная температура вечером в день операции 37,6°, пульс 78, кровотечения больше не было, матка сокращалась хорошо, и больная выписалась на 6-й день, причем матка через брюшную стенку уже не прощупывалась.

Краткий обзор случая

У повторнобеременной (3-я беременность) на 7-м лунном месяце 6 час. назад начались схватки. 4 дня не ощущает движения плода, сердцебиение не прослушивается. В анамнезе 1 нормальные роды, после которых заболела сифилисом, лечилась (недостаточно). 2-я беременность—самопроизвольный выкидыш на 3-м лунном месяце. Диагноз: выкидыш (начавшийся) на 7-м лунном месяце, сифилис, мертвый ребенок. Ребенок, мацерированный, родился самостоятельно. Место задержалось, кровотечение в последовом периоде, пальцевое отделение и удаление детского места. Послеродовой период без осложнений.

Вследствие недостаточной культурности больная не посещала консультации. В данном случае такое посещение консультации для беременных было бы чрезвычайно важно для нашей больной. В консультации мог быть своевременно поставлен диагноз сифилиса, своевременно проведено было бы специфическое лечение, и возможно выкидыш был бы предотвращен, так как лучшей профилактикой выкидышей, вызванных сифилисом, является противосифилитическое энергично проведенное лечение.

ГЛАВА III

ЗАДЕРЖАНИЕ ПОСЛЕДА

Анамнез. Гражданка В., 30 лет, жена служащего, домашняя хозяйка; поступила в родильный дом 17/VII 1928 г. Менструации с 14 лет, через 4 недели по 5 дней, умеренно, без болей, замужем 9 лет. Последние менструации 10/X 1927, движения плода ощущает с начала марта 1928 г. Было 3 родов, беременности и роды протекали нормально. Последние роды 3 года назад, кормила; с 6-го мес. после родов менструировала. Белей не было. Настоящая беременность протекала нормально. Первые 2—3 мес. поташнивало, рвоты не было. Посещала консультацию со 2-й по-

ловины беременности каждые 1—1½ мес., на карточке консультации отметка об отсутствии белка в моче. В анамнезе никаких инфекционных заболеваний не отмечается кроме кори в детстве. Схватки слабые начались 4 часа назад, воды не проходили.

Состояние в настоящее время. Сложение и питание удовлетворительные, несколько бледна и вяла, жена служащего, устает, обслуживая мужа и 3 детей, несет всю тяжелую домашнюю работу. Пульс 76 в мин., удовлетворительного наполнения. Тоны сердца глуховаты, прослушивается анемический шум в шейных сосудах. Дыхание везикулярное, свاذи слева выдох. Температура 36,6°. На ногах вены немного расширены.

Живот несколько отвислый, рубцы прежних беременностей и свежие. Окружность живота 100 см, нерезко выраженная флюктуация. Схватки через 7—10 мин., продолжительностью около 4 мин., слабые. По наружному исследованию: спинка слева, мелкие части справа, предлежит голова во входе плотно, затылок слева. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 8 см выше лона и 6 см влево от средней линии. 140 ударов в мин. Таз: расстояние между осями 25 см, между гребешками 28 см, между вертелами 31 см. Наружная конъюгата 20 см, боковая (Кернера) 14,5 см.

Техника измерения таза. Как производится измерение таза и что означают приведенные размеры? Расстояние между осями — это расстояние между передне-верхними осями подвздошных костей, расстояние между гребешками — это наибольшее расстояние между гребешками подвздошных костей, расстояние между вертелами — расстояние между вертелами бедренных костей. Эти три измерения производятся тазомером Мартина в горизонтальном (лежащем) положении измеряемой. Тазомер Мартина — специально приспособленный для таких измерений циркуль с утолщениями на концах и градуированной дугой, на которой видно, на сколько сантиметров раздвинуты концы тазомера (рис. 27). Измеряющий стоит сбоку измеряемой, к ней лицом. Концы тазомера ставятся на наружные точки верхне-передних остей, полученное на шкале число будет выражать расстояние между осями (26 см). Концы тазомера (обеими руками) передвигают по наружному краю гребешков подвздошных костей и отмечают тот момент, когда сначала расходящиеся концы тазомера начнут сходиться, — в этом месте будет наибольший размер между гребешками, расстояние между гребешками (29 см). Для измерения расстояния между вертелами концы тазомера устанавливаются на выдающиеся точки вертелов бедренных костей (31 см). Если эти точки вертелов плохо прощупываются, предлагают исследуемой подвигать бедрами, сделать ротацию, повернуть ступни кнутри и кнаружи, тогда эти точки яснее выступают. Эти размеры относятся к большому тазу. К нему же относится так наз. боковая конъюгата Кернера, для измерения которой

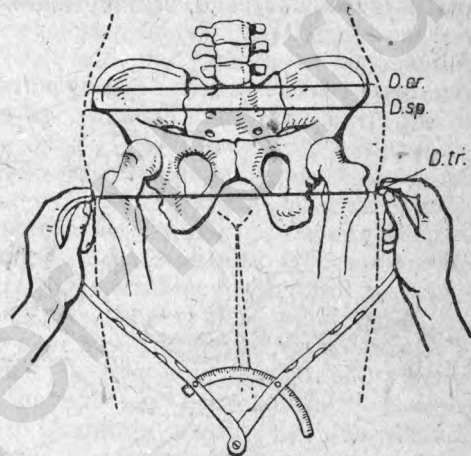


Рис. 27. Измерение таза тазомером Мартина. *D. cr* — расстояние между гребешками; *D. sp* — расстояние между костями; *D. tr* — расстояние между вертелами, на которых расположены пуговки тазомера.

концы тазомера ставят на верхние ости (переднюю и заднюю) подвздошных костей; величина боковой конъюгаты—14—14,5 см. Для измерения наружной конъюгаты (рис. 28) исследуемая лежит на левом боку, нижняя нога, левая, несколько согнута в тазобедренном и коленном суставах, верхняя, правая, выпрямлена. Измеряющий стоит (сбоку) сзади. Один конец тазомера ставится на середину верхнего края лонного сочленения, другой—в ямку между последним поясничным позвонком и крестцом. Если эта ямка плохо выражена (у полных женщин), конец тазомера ставится на 1 см ниже середины линии, соединяющей задне-верхние ости подвздошных костей, на месте которых всегда имеются ясно выраженные ямки. Это будет наружная конъюгата, размер Боделока, прямой размер входа в таз снаружи (21 см). О значении этих измерений см. гл. XI «Значение наружного измерения таза».

Внутреннее исследование. Роженица принята без внутреннего исследования. Как известно, всякая манипуляция над половыми органами таит

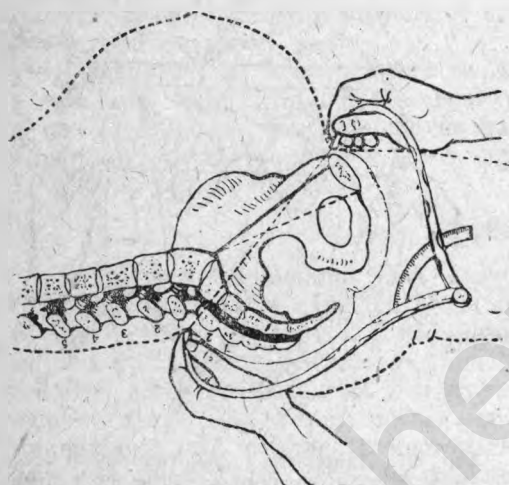


Рис. 28. Измерение наружной конъюгаты обозначенной пунктиром. тазомером Мартина. Черная линия и другой пунктир означают диагональную конъюгату.

в себе риск инфекции, и потому внутреннее исследование не должно производиться без показаний к тому. Были ли показания для внутреннего исследования при приеме роженицы В. в родильный дом? Наружное исследование дало все данные, которые могли нас интересовать. Мы знаем, что положение продольное, 1-я позиция, предлежание затылочное, таз правильный, плодный пузырь цел, сердцебиение плода хорошее. Ввиду того, что роженица находилась под наблюдением консультации и в карточке консультации нет указаний на какие-либо неправильности, могут быть обнаруженными при внутреннем исследовании (опухоли таза, рубцы влагалища

или шейки и т. п.), нет необходимости производить внутреннее исследование для определения состояния половых путей.

Какие дополнительные данные может нам дать внутреннее исследование?

Внутреннее исследование покажет нам состояние шейки, т. е. степень сглаживания и открытия. Ввиду того, что головка стоит во входе плотно, а плод, судя по сердцебиению, чувствует себя хорошо, мы предлежание пуповины можем исключить.

Настолько ли нам необходимо знать состояние шейки, чтобы производить внутреннее исследование? Схватки начались недавно, кроме некоторой слабости ничем ненормальным не отличаются. Показаний к внутреннему исследованию нет. Даже при подвижной головке, когда не исключена возможность предлежания пуповины, внутреннее исследование не является безусловно необходимым, надо только очень внимательно следить за сердцебиением, чтобы по его нарушению в самом начале уловить явления сдавления пуповины уста-

навливающейся головкой. Правда, такое наблюдение требует неустанного внимания; значительно проще путем внутреннего исследования убедиться, что все обстоит благополучно, а к стати и диагностировать по состоянию шейки, насколько подвинулись роды.

Вопрос о внутреннем исследовании вызывает много споров. Несколько лет назад считалось нужным при всяких родах обязательно производить внутреннее исследование. В настоящее время взгляд на это несколько изменился.

Может ли исследование в стерильной перчатке гарантировать полную безопасность внутреннего исследования?

Нет. Всегда существует риск занести инфекционное начало из ниже лежащих половых путей, более загрязненных. Маточная полость во время родов и в первые часы послеродового периода как правило стерильна.

Принимая во внимание опасность внутреннего исследования, был поставлен вопрос о возможности проведения родов без внутреннего исследования, заменяя его наружным. Так как наружным исследованием нельзя определить состояния маточной шейки, а иногда и точно выяснить положение подлежащей части, было предложено для этих целей прибегать к ректальному исследованию, которое тоже имеет ряд недостатков.

Ректальное исследование. Ректальное исследование чрезвычайно неприятно роженице, вызывает раздражение прямой кишки и заднего прохода, особенно в связи с тем, что слизистая кишки в последние месяцы беременности изменена благодаря застойным явлениям (геморроидальные шишки). Это может повести в дальнейшем к осложнениям воспалительного характера. Основной же недостаток ректального исследования заключается в том, что оно часто не дает данных, для которых оно производилось, так как шейка и подлежащая часть ощущаются не непосредственно, как при влагалищном внутреннем исследовании, а через несколько слоев тканей, через стенки кишки и влагалища. Ректальное исследование можно производить только одним пальцем, а вагинальное двумя; это обстоятельство тоже имеет большое значение для точности получаемых при ощупывании результатов. Кроме того необходимо при применении ректального исследования иметь несколько пар резиновых перчаток. Без перчатки ректальное исследование производить нельзя, так как оно сопряжено с загрязнением исследующей руки содержимым кишки. Ввиду всего вышеизложенного ректальное исследование не получило всеобщего распространения и пришлось все же остановиться на применении внутреннего исследования, но только в строго показанных случаях и по принятии всех возможных мер предосторожности.

Разберем, в каких случаях считается показанным внутреннее исследование.

Показания к внутреннему исследованию. Р. Шредер и большинство других акушеров считают, что производство внутреннего исследования является показанным при следующих обстоятельствах:

1. Точный диагноз является обязательным условием правильного проведения акушерского случая, и внутреннее исследование необходимо там, где нет полной ясности относительно положения плода, подлежащей части, состояния зева и размеров таза, несмотря на применение наружного и ректального исследований.

2. Если воды отходят при высокостоящей и подвижной головке, при некотором открытии зева, когда возможно выпадение пуповины или какой части.

3. При двойнях, когда после рождения первого плода второй вскоре не родится, так как неправильное вставление и выпадение пуповины и мелких частей второго плода встречаются нередко, а наружным и ректальным исследованием эти неправильности часто определить не удается.

4. Если при хорошей родовой деятельности в периоде изгнания роды не подвигаются и ректальным исследованием не удается выяснить причину задержки (неправильное вставление, аномалии мягких и твердых родовых путей).

5. Кровотечения. В большинстве случаев ректальным исследованием не удается установить наличия предлежания места, полипов и других новообразований шейки.

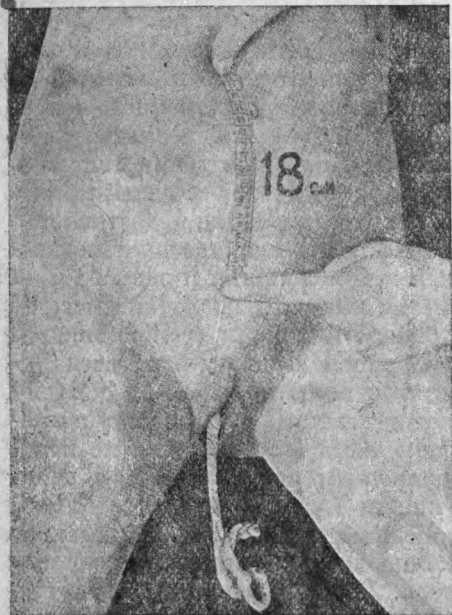


Рис. 29. Последовый период. Измерение высоты стояния дна матки лентой (тотчас после рождения плода).



Рис. 30. Измерение ширины матки тазометром в последовом периоде (тотчас после рождения плода).

6. Только внутреннее исследование может выяснить все детали случая, почему оно безусловно необходимо перед каждым оперативным вмешательством.

Можно не производить внутреннего исследования, если при поступлении роженицы под ваше наблюдение с помощью наружного исследования обнаружено, что предлежащая часть плотно установилась во входе в таз или уже опустилась в полость таза независимо от того, прошли воды или нет, если случай никаких отклонений от нормы не представляет и нет показаний, указываемых Шредером.

Что делать в данном случае?

Кроме несколько слабой родовой деятельности наш случай никаких отклонений от нормы не представляет, и к вмешательству нет никаких показаний ни со стороны матери, ни со стороны плода.

Причины слабой родовой деятельности. Чем вызывается в нашем случае слабая родовая деятельность?

Роженица анемична (бледна, анемический шум в шейных сосудах), до самых родов она несла утомлявшую ее тяжелую домашнюю работу по обслуживанию семьи, до родов не отдыхала. Нужно думать, что причина ослабленной родовой деятельности лежит именно в этой усталости организма, так как никаких других причин, могущих вызвать (ослабление) слабость родовой деятельности, ни из анамнеза, ни при исследовании найти не удастся. К тому же эта слабость выражена нерезко, роды продолжаются около 5 часов—срок небольшой, опасений не внушающий. Будем проводить случай консервативно.

Через два часа по поступлении в роддом прошли воды (довольно много), головка стала опускаться в полость, появились потуги, и через 7 часов после начала родов родился ребенок, живая девочка, длиной 51 см, весом 3 100 г.

По рождении ребенка матка сократилась, дно ее на 2 см выше уровня пупка, 18 см выше лона, ширина матки 12 см, незначительные кровянистые выделения (рис. 29 и 30).

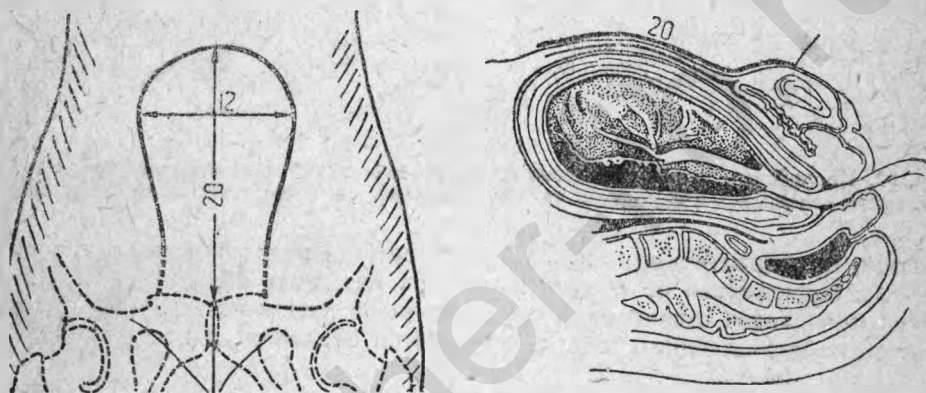


Рис. 31. Последовый период. Высота стояния дна матки и ее ширины в начале послеродового периода; место еще не отделилось.

Что делать?

Никаких показаний к вмешательству нет. Матка сократилась, кровотечения нет. Предоставим матке полную самостоятельность и будем ждать, не оставляя наблюдения за роженицей.

Ведение послеродового периода. Как надо проводить послеродовый период?

Многолетний опыт показал, что послеродовый период тогда правильно протекает, дает всего менее осложнений, когда мы не вмешиваемся без показаний, не трогаем матки, а только наблюдаем за ее состоянием и зорко смотрим, нет ли кровотечения. Кровотечение в послеродовом периоде может быть не только наружное, но и внутриматочное. В первом случае кровь будет вытекать из наружных половых органов, и мы ее увидим на подстилке, которую мы подложили под роженицу по рождении ребенка. В некоторых родовспомогательных учреждениях вместо подстилки под роженицу подставляют продолговатый сосуд (биде), в который попадает вытекающая из половых органов кровь, и таким способом можно довольно точно определить ее количество. При внутриматочном кровотечении кровь наружу не изливается, а растягивает матку.

Течение послеродового периода. Итак мы проводим послеродовый период по принципу: руки прочь от матки.

Обычно после выхождения плода наступает некоторый перерыв родовой деятельности, схватки и потуги прекращаются приблизительно минут на 15—30, затем возобновляются. Первая появляющаяся после выхождения плода схватка сопровождается большим или меньшим выделением кровянистой жидкости (воды, окрашенные кровью). Затем схватки повто-

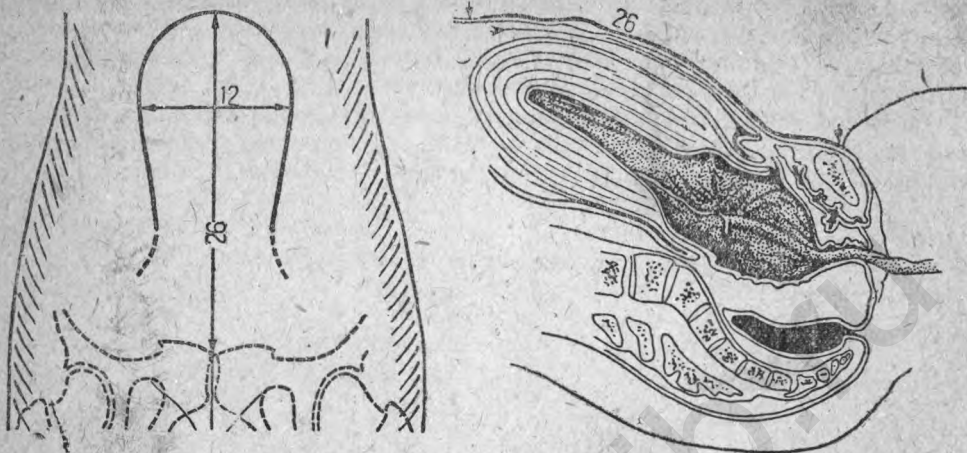


Рис. 32. Последовый период. Высота стояния дна матки и ее ширина после того как место отделилось и находится частью в нижнем сегменте, частью во влагалище.

ряются, приблизительно каждые 5 мин., иногда несколько чаще, иногда реже, в зависимости от общего характера маточных сокращений. В это время происходит отделение детского места от стенок матки. После этого наступают изгоняющие схватки, отделяются оболочки, и послед протал-



Рис. 33. Последовый период. Высота стояния дна матки и ширина матки по выхождении последа во влагалище. Матка сократилась.

кивается во влагалище. Дно матки постепенно приподнимается на 6—8 см, ширина матки уменьшается сантиметров до 9 и над лоном появляется мягкая припухлость (это находящееся во влагалище детское место) (рис. 31, 32, 33, 34).

Затем послед выталкивается из влагалища наружу сокращением матки и брюшного пресса (потуг).

Значение опорожнения мочевого пузыря в последовом периоде. Наполненный мочевой пузырь может служить препятствием к сокращениям матки, вызывающим отделение и выделение последа. Это обстоятельство довольно часто недостаточно учитывается и ведет к задержке выделения последа.

Признаки отделения последа. Имеется целый ряд признаков, по которым мы судим об отделении последа, а именно:

1. Выступающий из половых частей матери конец пуповины становится длиннее, т. е. пуповина начинает выходить из влагалища, с началом отделения места (это признак Альфельда). Признак надо считать положительным, если пуповина удлинилась на 10 см; меньшее удлинение недостаточно доказательно.

2. Матка, дно которой по рождении плода находилось несколько ниже уровня пупка на (16—18 см. выше лона), начинает приподниматься, делается длиннее и уже, ширина ее уменьшается до 9 см; это признак Шре-



Рис. 34. Последовый период. Высота стояния дна матки и ширина матки по выходе последа наружу. Матка сократилась и опустилась.

дера, который указывает, что место уже отделилось и выталкивается из тела матки. Образовавшаяся при этом над лоном мягкая опухоль (детское место) указывает, что место уже вышло из матки и находится во влагалище.

3. Если во время последового периода при надавливании вертикально поставленной кистью руки на лоно, конец пуповины втягивается внутрь во влагалище, то это означает, что детское место еще не отделилось; если же пуповина при таком надавливании выходит наружу и обратно не возвращается по прекращении надавливания, значит место уже во влагалище, оболочки при этом могут еще быть в матке (признак Кюстнера).

4. При выходе места во влагалище роженица ощущает и нередко отмечает давление на прямую кишку (признак Кальмана и Микулича). В тех случаях, когда плацентарный конец пуповины перевязан пока место не отделилось, докормление концами пальцев по дну матки передается в виде толчка в перевязанную пуповину (признак Штрасмана).

5. Пока место или только оболочки находятся в связи с маткой, потягивания (подергивания) за пуповину передаются матке, т. е. ощущаются рукой, ладонью, положенной на дно матки, аналогично тому, как дергание за крючок удочки передается поплавку; отсутствие передачи матке дер-

гания за пуповину указывает, что место и оболочки вполне от матки отделились (признак Фабра).

Высота дна матки в различные моменты послеродового периода. Во время послеродового периода дно матки в разные моменты его находится на разном уровне. По выхождении плода дно матки опускается и находится сантиметров на 14 выше лона (см на 4 ниже уровня пупка), матка при этом опускается на вялый нижний сегмент. В течение последующих 10—30 мин. дно матки постепенно приподнимается на 2, 3, 4, 5 см; в это время детское место из тела матки переходит в нижний сегмент, заполняя его, что и вызывает приподняtie матки. Подняtie дна резко выражено при механизме отделения по Шульце. Затем, когда детское место переходит во влагалище, дно матки вновь опускается и стоит сантиметров на 15 выше лона. Когда же послед выходит наружу, дно матки еще опускается на 1—3 см (рис. 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Итак путем наблюдения за высотой стояния дна матки также можно судить о том, что происходит с последом, как он продвигается и где находится.

Все эти признаки дают возможность определить, какой момент механизма послеродового периода имеется, что важно, чтобы не вмешаться раньше времени и не нарушить нормально протекающий процесс.

Перевязка плацентарного конца пуповины. Относительно перевязки плацентарного конца пуповины мнения авторов расходятся: одни говорят, что при неперевязанной пуповине отделение происходит быстрее; другие считают, что детское место, наполненное кровью, в силу тяжести может скорее отделиться, чем обезкровленное. Я никакой пользы от перевязки плацентарного конца пуповины не вижу и не нахожу оснований рекомендовать производство такой перевязки. Перевязка пуповины обязательна при двойнях.

После рождения ребенка прошел час, послед не вышел. Кровотечения нет. Что делать? Сколько времени можно без вреда для роженицы послед оставлять в ее половых путях?

Опыт показал, что если в течение (приблизительно) двух часов послед не вышел, несмотря на опорожненный мочевой пузырь и потуживание роженицы, он самопроизвольно не выйдет, почему и надо что-нибудь предпринимать. Обычно применяют метод выдавливания по Креде, а если он не дает результата, приходится прибегнуть к ручному удалению места. Не следует ждать выхода послета дольше 2—3 часов; лучше проделать эту операцию, пока полость матки стерильна, что конечно имеет громадное значение в смысле профилактики послеродовых заболеваний. Надо иметь в виду, что удаление послета и контрольное обследование матки, произведенное в течение первых 2—3 часов после родов, в огромном большинстве случаев проходит благополучно, тогда как такое же обследование, произведенное позже—во время послеродового периода—является чрезвычайно серьезным и нежелательным вмешательством. Это понятно: в первом случае приходится работать в стерильной матке, во втором во всем половом канале уже имеются патогенные микроорганизмы, а наше вмешательство, как бы бережно оно ни производилось, нарушает целостность не вполне заживших ссадин, трещин и т. п. и дает возможность инфекции проникнуть в глубь организма.

Всегда ли при отсутствии кровотечения надо ждать выхождения послета в течение двух часов?

Конечно нет. Если имеются признаки, что место уже во влагалище и оболочки отделились, нет никакого смысла ждать. Надо позаботиться об опорожнении мочевого пузыря и предложить роженице потужиться посильнее; обычно этого бывает достаточно; если же нет, то надо выдавить послед по Креде. При этом сокращающаяся от легкого массажа матка служит тампоном, с помощью которого наша рука выталкивает послед из влагалища (рис. 23).

Как протекает у нас последовый период?

Дно матки приподнялось на 24 см выше лона, над лоном имеется мягкая опухоль, при надавливании на которую пуповина выходит из половых путей и по прекращении давления обратно не возвращается, т. е. имеются признаки Шредера и Кюстнера. Значит место во влагалище, может быть его задерживают оболочки. Движения матки на пуповине не отражаются и потягивания за пуповину матке не передаются. Послед отделился вполне (признак Фабра).

Роженице предложено потужиться, но она очень устала, несмотря на небольшую продолжительность родов, и послед вытолкнуть не в состоянии.

Надо ей помочь. Вызвав легким поверхностным массажем дна матки ее сокращение, мы надавливаем на матку по направлению к выходу таза, отчего выходит вывороченное место, увлекая за собой оболочки, но последние задержались. Повидимому они были еще в матке, и сократившаяся шейка их зажала и держит. Тянуть не будем, нет смысла спешить и обрывать оболочки, хотя их за-

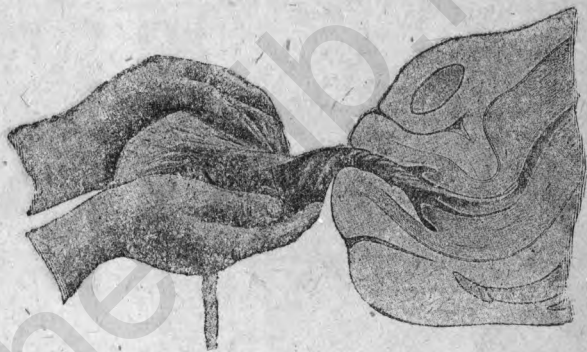


Рис. 35. Приемка последа. Путем вращения последа невышедшие из половых частей оболочки скручиваются в жгутик, предохраняющий их от разрыва.

держание в матке большого значения не имеет, они обычно выходят с лохиями на 3—4-й день после родов. Иногда они могут быть причиной образования лохиометры вследствие закупорки ими шейного канала. Подождем расслабления матки, а пока повернем несколько раз вышедшее место вокруг его продольной оси, благодаря чему оболочки закрутятся, и образовавшийся при этом из них жгутик предохраняет их от разрыва (рис. 35).

Оболочки держатся, матка сокращена. Легкое постукивание пальцем по нижнему сегменту матки через брюшные стенки часто вызывает ее расслабление. Действительно несколько легких ударов концами пальцев левой руки вызвали расслабление матки. Матка через брюшную стенку отодвинута от лона и оболочки выскользнули из половых путей.

Осмотр оболочек. Теперь приступим к осмотру последа. Как это сделать? Сначала осматриваем оболочки. Намотав пуповину на одну руку, мы приподнимаем детское место так, чтобы оболочки свисали вниз, а другой рукой входим через отверстие в оболочках в полость плодного пузыря; при этом, если отверстие ровное и плодный пузырь образует целый мешок, значит оболочки все; если же края отверстия рваные и явно недостает

части оболочек, значит часть оболочек задержалась (оболочки под сомнением). Можно осматривать оболочки, не приподнимая места за пуповину, а оставив его в лотке, оболочки же приподнять рукой, введенной в полость плодного пузыря через отверстие разрыва (рис. 36 а и б). Осмотр оболочек, показал, что в нашем случае целостность их сомнений не вызывает. Оболочки целы; возможно, что произведенное закручивание по выделении места способствовало сохранению их целостности.

Осмотр детского места. Для осмотра детского места откидывают оболочки так, чтобы обнажить наружную маточную сторону детского места, берут его на соединенные ладони рук и смотрят, нет ли дефектов в детском месте, все ли дольки налицо (рис. 37). Если какая-либо долька надорвана, приводят в соприкосновение края разрыва, чтобы выяснить, имеется ли только разрыв дольки или дефект ткани. При осмотре вышеописанным способом место дефекта ткани нам обнаружить не удалось. Очень важно при осмотре места внимательно просмотреть края его, где чаще всего бы-

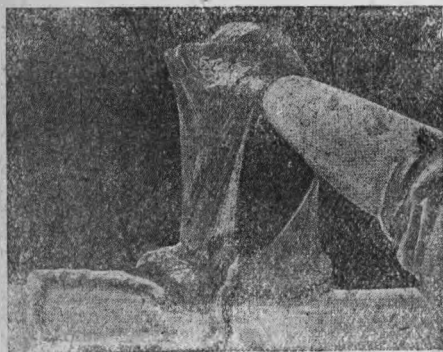


Рис. 36а. Осмотр оболочек с помощью введенной в полость плодного пузыря руки; оболочки целые.



Рис. 36б. Осмотр оболочек. Оболочки разорваны.

вают дефекты. Кроме того необходимо внимательно осмотреть со стороны водной оболочки, нет ли по краю детского места оборванных кровеносных сосудов. Если на этот счет возникают сомнения, следует просматривать оболочки на свет. Наличие таких оборванных сосудов указывает, что были добавочные дольки, к которым шли оборвавшиеся сосуды, и что возможно эти дольки задержались в матке.

Если можно без риска оставить в матке части оболочек, то задержания в матке частей детского места нельзя допускать. Некоторые считают необходимым производство контрольного обследования маточной полости даже в случае сомнения или хотя бы отсутствия уверенности в том, что в матке ничего не осталось. К этому вопросу мы еще вернемся при подходящем случае. В нашем случае осмотр последа никаких сомнений не вызывает; будем считать, что место вышло целиком.

Роды закончились, можем ли мы оставить родильницу без наблюдения?

Наблюдение за родильницей в первые часы послеродового периода. Первые часы после родов могут осложниться кровотечением вследствие недостаточного сокращения матки. Наиболее угрожающими в этом отношении являются первые два часа после родов, почему в родовспомогательных учреждениях родильниц на это время оставляют в родильне,

где более организовано наблюдение, и только по истечении 2 часов, если нет кровотечения и матка хорошо сокращена, родильницу переводят в послеродовое отделение, в палаты.

Сон в первые часы послеродового периода. Я останавливаюсь на этом вопросе потому, что у акушеров существует обычай запрещать родильницам спать в первые часы после родов из тех соображений, что в случае каких-либо осложнений, например кровотечения, бодрствующая родильница заметит его своевременно. Уставшая от родов, часто сопровождавшихся бессонной ночью, а иногда и несколькими, родильница чрезвычайно нуждается в отдыхе, и мотивы для запрещения сна являются совершенно неосновательными, так как наблюдение должно вестись акушеркой, а не поручаться утомленной и недостаточно опытной в этом деле родильнице.

В нашем случае наблюдение должно вестись очень внимательно, учитывая усталость родильницы и некоторую вялость сократительной деятельности матки. Для усиления сокращения матки назначим лед на живот.

После родов прошло 2 часа, кровотечения нет, матка сокращена хорошо, можно родильницу перевести в палату.

Послеродовой период протекал нормально. Первое мочеиспускание—самопроизвольно—через 10 час. после родов. Максимальная температура $37,7^{\circ}$ на третий день вечером, при пульсе 78 в минуту. Количество и характер лохий нормальны. Высота дна матки на 3-й день 13 см выше лона, на 7-й день—7 см выше лона. Родильница выписалась.



Рис. 37. Осмотр детского места, расположенного на ладони наружной стороны вверх; место целое.

Краткий обзор случая

У нормальной повторнорожающей произошло задержание последа без кровотечения в зависимости от слабости потуг. Отделившийся и находящийся во влагалище послед выдавлен по Креде. Место и оболочки целы. В дальнейшем—случай без осложнений.

Поскольку слабость родовой деятельности могла зависеть от отсутствия предродового отдыха, случай показывает, какое громадное значение имеет дородовой отпуск беременных. Консультация должна воздействовать на беременную в таком смысле, чтобы для нее было вполне ясно, что отпуск дается для того, чтобы ее организм мог отдохнуть, набраться сил перед предстоящими родами—и в это время домашняя работа должна быть сведена к минимуму. Женщина после родов должна вернуться на производство полная сил, энергии и бодрости, а это может ей дать только отпуск до и после родов, причем этот отпуск она должна проводить под руководством консультации.

ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА

Г-ка Г., 36 лет, канцелярская работница; поступила в роддом 3/VIII 1928 г. в 15 часов по поводу схваток и кровянистых выделений.

Анамнез. Менструации с 13 лет, установились в течение $\frac{1}{2}$ —1 г., ходят по 3 дня через $2\frac{1}{2}$ нед. Замужем с 22 лет, с замужества менструации обильнее, по 4 дня, без боли, через $3\frac{1}{2}$ нед. Было трое родов, срочных, без осложнений. 2 детей живы, 1 умер от легочного заболевания. Последние роды 5 лет назад, послеродовой период нормальный. Детей кормила, во время кормления в течение 10 мес. не менструировала. Последние 2 беременности закончились искусственными абортами. 1-й прошел без осложнений 4 года назад, второй был 3 года назад, причем в послеоперационном периоде были недели $1\frac{1}{2}$ кровянистые выделения, температура доходила до $37,8$ — $37,9^\circ$, отмечались боли в области левого яичника. Эти боли существовали около года, сопровождалась белыми, необильными и неедкими, усиливавшимися перед и после менструации. Лечилась спринцеваниями и ихиоловыми тампонами. Последняя менструация 25/X 1927 г., с тех пор считает себя беременной. Первая половина беременности сопровождалась тошнотой, изредка рвотой, белка в моче не было. Самочувствие удовлетворительное. Движения плода стала ощущать в конце февраля 1928 г. С 6-го месяца беременности стали появляться кровянистые выделения, 1-й раз кровотечение появилось после поднятия ребенка, продолжалось несколько часов. Последующие кровотечения появлялись без видимой причины с промежутками в 2—3 нед., продолжались от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ суток, приходилось лежать. В результате кровопотери стала чувствовать слабость и появились головокружения. Роженица в отпуску по беременности уже 6 недель, отпуск дан несколько ранее декретного срока ввиду кровотечений и общего состояния. Схватки начались часов 5 назад. В детстве перенесла корь, никаких других инфекций не было. Указаний на сифилис, туберкулез и бленоррею нет.

Состояние в настоящее время. Сложение удовлетворительно, питание среднее, бледна, анемична. Пульс 80, наполнение недостаточное, тоны сердца несколько глуховаты, нерезко выраженный анемический шум у верхушки сердца и в шейных сосудах. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Незначительные отеки ног у лодыжек. По карточке консультации, которую посещала аккуратно не реже 1 раза в месяц со 2-й половины беременности, в моче белка нет. Окружность живота 93 см, пупок выпячен. Рубцы от прежних беременностей и немного свежих. Дно матки 31 см выше лона. Спинка плода слева, мелкие части справа. Предлежит голова над входом, подвижна, затылок слева. Сердцебиение слева ниже пупка, 12 см выше лона, 10 см от средней линии, глуховато, 140 в минуту. Кровянистые выделения в порядочном количестве, кровь алая, течет струйкой, сильнее во время схватки. Схватки слабые и редкие через 10—15 мин., продолжительностью с $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ минуты. Размеры таза: расстояние между осями 25 см, между гребешками—28 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата 19,5 см, боковая—14 см.

Что делать?

Роды начались несколько раньше срока, со стороны таза матери, размеров и положения плода все в порядке (бывшие 3 родов протекали правильно). Налицо кровотечение, которое уже повторялось несколько раз во время беременности и довело роженицу до малокровия. Диагноз до-

вольно прост. Ясно, что кровотечение происходит от отслойки детского места, а учитывая, что кровотечение начало показываться рано, когда только что появляются так наз. предварительные безболезненные, не ощущаемые беременной схватки, надо думать, что имеется предлежание места частичное, а может быть и полное центральное, так как краевое предлежание, а тем более низкое прикрепление не дало бы таких ранних и пожалуй таких обильных кровотечений. В анамнезе у гр. Г. имеется гинекологическое заболевание, как осложнение истинного выкидыша, были бели, повидимому эндометрит. Под влиянием лечения она настолько оправдалась, что могла забеременеть, но слизистая матки оказалась не вполне нормальной и в результате получилось предлежание места.

Этиология. Вопрос об этиологии предлежания места окончательно не решен, но большинство считает эндометрит при-

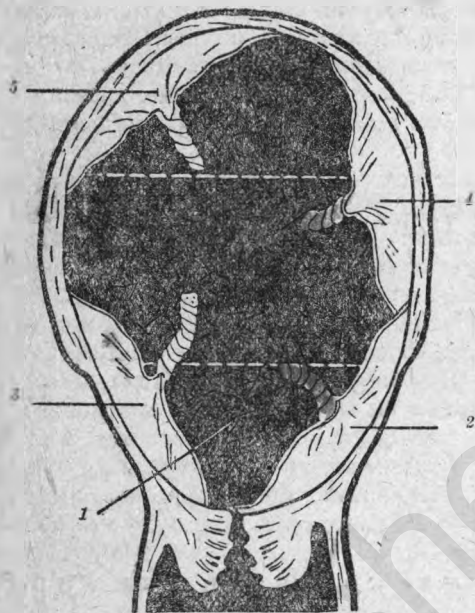


Рис. 38. Схема расположения детского места в матке.
1—полость плодного яйца; 2—частичное предлежание; 3—низкое прикрепление при большом открытии может оказаться краевым предлежанием; 4 и 5—нормальное место прикрепления плаценты.

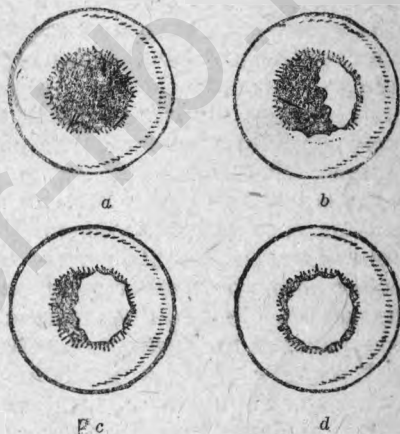


Рис. 39. Схема расположения предлежащего места при осмотре со стороны зева.

а—полное предлежание; б—частичное предлежание; в—краевое предлежание; г—детского места в зеве нет.

чиной заболевания. Прикрепление детского места в нижней трети матки является уже низким прикреплением. По Барнесу зона 10 см от внутреннего зева считается опасной зоной для прикрепления детского места.

Номенклатура предлежаний. Предлежания детского места называются различно: в зависимости от того, все ли отверстие внутреннего зева закрыто предлежащим местом—полное предлежание, или не все—частичное предлежание (рис. 38 и 39); если прощупывается край детского места у края зева, то имеется краевое предлежание, а если край детского места расположен ближе 10 см от внутреннего зева, имеется низкое прикрепление места. Эта номенклатура будет точной при полном открытии. Если же полного открытия нет, то внутренний зев может оказаться закрытым полностью при малом открытии, а по мере увеличения открытия зева может оказаться только частичное предлежание и даже краевое. Для клинических целей

важно, как закрыт внутренний зев в данный момент, полностью или со всех сторон прощупывается ткань детского места или где-либо у края внутреннего зева имеются оболочки, а не детское место. Это имеет значение для нашего вмешательства. Степень закрытия внутреннего зева имеет клиническое значение еще в том отношении, что чем центральнее расположено детское место относительно внутреннего зева, т. е. чем более совпадает центр детского места с центром внутреннего зева, тем раньше появляются кровотечения и тем они интенсивнее. Кровотечение появляется от того, что при маточных сокращениях (подготовительных) детское место отслаивается от матки, что раньше всего происходит в области центра внутреннего зева, при самом начале его растяжения, открытия. Если же центр внутреннего зева тканью детского места не закрыт, то отслоение наступает позднее, когда начнет раскрываться, растягиваться уже нижний сегмент матки. Клинические явления в нашем случае, ранние и обильные кровотечения указывают скорее на центральное расположение предлежания места.

Дифференциальная диагностика. Отчего могут еще быть кровотечения в начале родов и в конце беременности?

О каких-либо разрывах шейки в нашем случае говорить не приходится, роды только что начались, а кровотечения начались уже во время беременности, когда разрывов шейки не бывает. Также исключаются разрывы сосудов при плевистом прикреплении пуповины, которые могут разорваться при разрыве оболочек. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места сопровождается очень бурными явлениями, каких в нашем случае нет. На основании вышеизложенного мы можем с громадной степенью достоверности поставить диагноз предлежания места, вероятно полного. Для того чтобы окончательно установить диагноз, необходимо произвести внутреннее исследование, ибо только оно может определить степень предлежания. Полученные результаты будут руководить нашими дальнейшими действиями.

Имеются ли в нашем случае показания для производства внутреннего исследования?

Безусловно. Уже одно наличие кровотечения является показанием для внутреннего исследования, так как только с помощью последнего мы можем точно диагностировать источник или причину кровотечения для принятия соответствующих мер.

Можем ли мы подождать с нашим исследованием, т. е. с вмешательством?

Нет. Случай требует немедленного вмешательства, здесь имеется довольно сильное кровотечение, а потеря крови у анемичной ослабленной женщины может быть для нее губительной.

Делаем внутреннее исследование, которое обнаружило: шейка не сглажена, укорочена; шейный канал свободно пропускает два пальца, вся область внутреннего зева закрыта мягкой шероховатой тканью детского места. Через своды по всей периферии зева в нижнем сегменте прощупывается мягкая ткань детского места; на шейке двусторонние зарубцевавшиеся небольшие разрывы; мыс не достигается. Сквозь ткань детского места и через передний свод определяется подвижная над входом головка плода.

Что делать?

Наше предположение целиком подтвердилось: имеется полное предлежание детского места; через своды повсюду прощупывается ткань детского места, повидимому предлежание центральное, т. е. центр детского

места расположен над центром внутреннего зева. Необходимо срочно принять меры к остановке кровотечения.

Терапия. Кровотечение остановится, если матка будет опорожнена и сможет, сократившись, сжать кровоточащие маточно-плацентарные сосуды или мы сможем каким-либо способом прижать эти кровоточащие сосуды. Закончить роды, опорожнить матку в данный момент не представляется возможным, для этого нет подходящих условий, нет достаточного открытия, подлежащая часть находится высоко и т. п., так что этот способ остановить кровотечение отпадает. Единственный способ, которым можно относительно быстро закончить роды при условиях нашего случая,—это

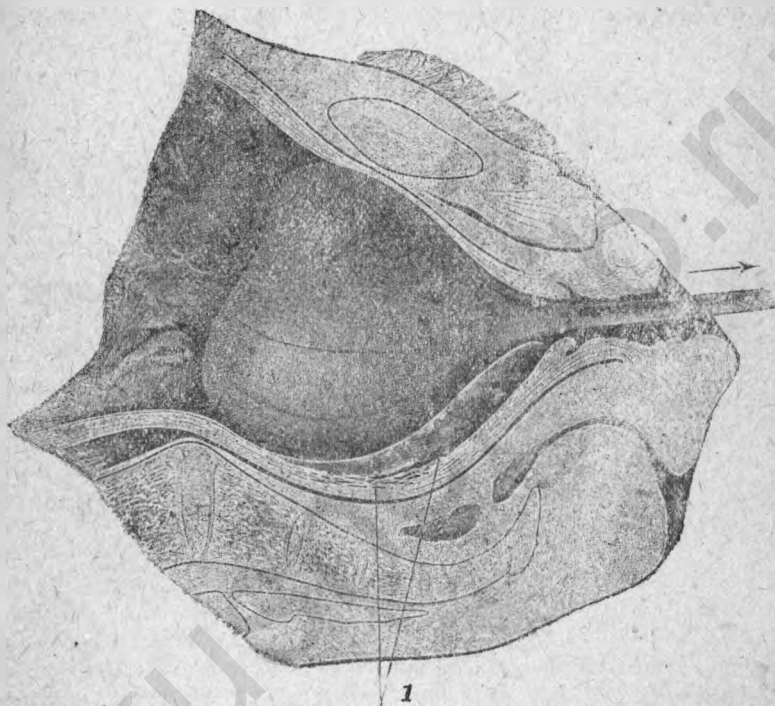


Рис. 40. Предлежание места. Метрейринтер, введенный в полость плодного яйца, придавливает отслоившееся детское место и останавливает кровотечение.
1—вскрытые вследствие отслоения детского места кровоточащие маточно-плацентарные сосуды.

Кесарское сечение, к которому все чаще и чаще прибегают в случаях, аналогичных нашему. Прижать маточно-плацентарные кровоточащие сосуды можно путем давления на них со стороны маточной полости. Давление (тампонация или кольпейриз) со стороны маточной шейки и влагалища кровотечения не остановит, наоборот такое давление будет способствовать дальнейшему отслоению предлежащего места. Кровь через тампон наружу вытекать не будет, но кровотечение не остановится, получится кровотечение внутреннее, что нас конечно ни в коей мере не удовлетворит. Остановить кровотечение путем давления со стороны матки мы можем двумя способами: или введя в матку метрейринтер (рис. 40) Шампетье де Риб или сделав поворот. Низведя ножку, мы сдавим кровоточащие маточно-плацентарные сосуды ягодицами плода (рис. 41).

Какой способ при данных условиях лучше?

Как я уже сказал, давление должно производиться со стороны маточной полости, точнее со стороны полости плодного яйца. Чтобы туда проникнуть, надо пройти через маточный зев и подлежащую ткань детского места. Шейка в нашем случае еще не сглажена, но укорочена и свободно пропускает 2 пальца. Если обладать хорошей техникой, можно пройти через шейку и ткань детского места в полость плодного яйца, с помощью наружной руки отодвинув головку (влево), сделать так наз. комбинированный поворот на ножку по Бракстон Гиксу, а затем захватить и низвести ее. На низведенную ножку надо надеть марлевую петлю, к которой привесить груз, достаточный для того, чтобы давление ягодичек на подлежащее место остановило кровотечение. Груз, привешенный к низведенной

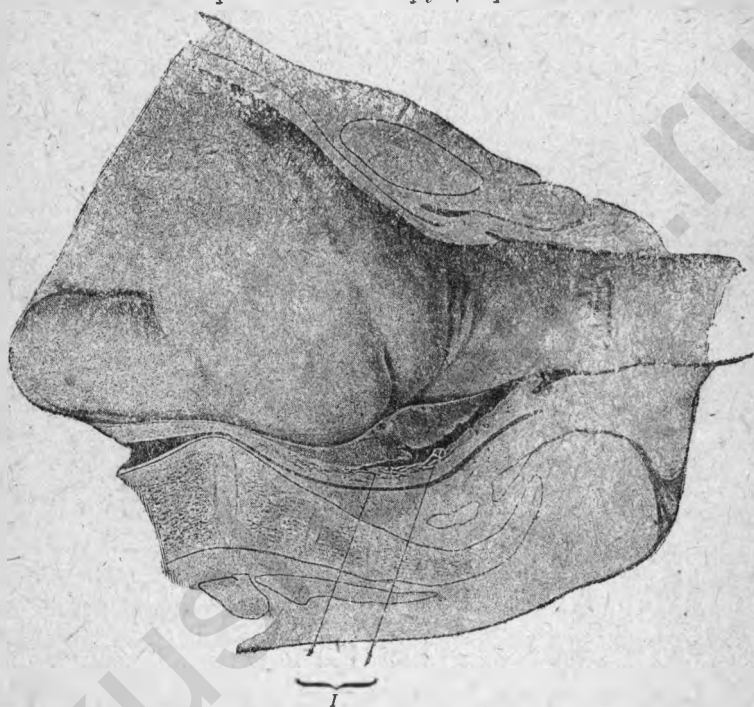


Рис. 41. Предлежание места. Тампонация отслоившегося места ягодичками плода после низведения ножки.

I—кровоотчащие вскрытые маточно-плацентарные сосуды.

ножке, не должен быть слишком большим, чтобы не вызвать разрыва шейки. Для недостаточно опытного я бы не рекомендовал применять вышеописанный метод. Надо иметь в виду, что поворот по Бракстон Гиксу технически труден, требует обязательно наркоза. Шейка при предлежании места очень хрупка, легко рвется, что может получиться при малой опытности и недостаточной осторожности во время проведения через шейку ножки (стопы) плода. При более подходящих условиях мы подробнее остановимся на технике поворота, а сейчас рассмотрим другой способ действия, более пригодный для данных условий, а именно тампонацию интравулярную (внутри полости плодного яйца) метрейринтером Шампетье де Риб (рис. 40).

Предлежание места, особенно полное, является чрезвычайно серьезным осложнением беременности и родов. При метрейризе смертность матерей 11—12%, смертность детей 16—17%, при повороте смертности матерей

7—8%, смертность детей до 50%. Ставя интересы матери выше интересов плода, мы должны предпочесть при подходящих условиях поворот метрейринтеру, но в нашем случае ввиду вышеизложенных соображений я рекомендую метрейриз.

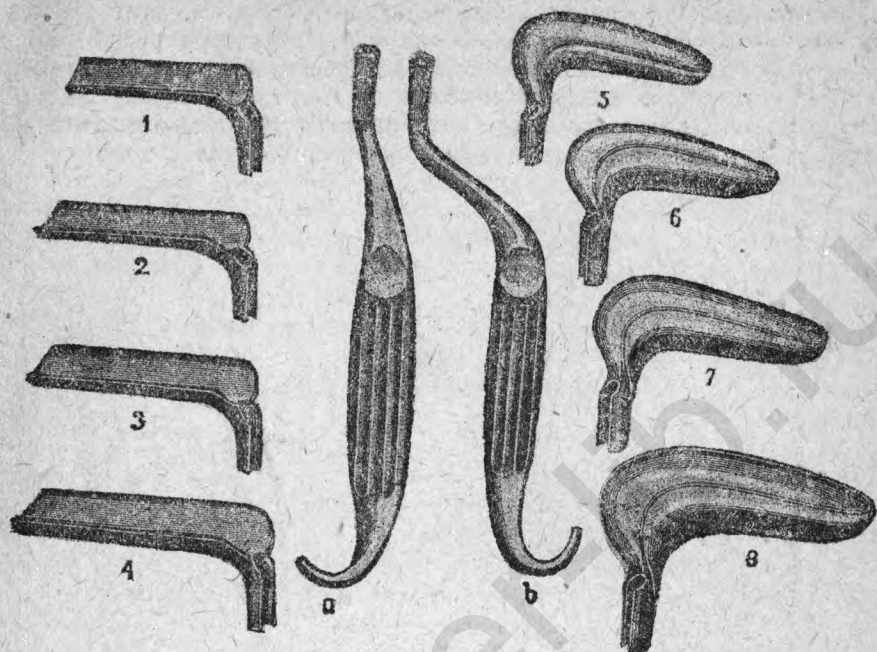


Рис. 42. Набор зеркал Симона.

a—нижняя ручка; *b*—верхняя ручка; 1, 2, 3, 4—верхние плоские ложки; 5, 6, 7, 8—нижние ложки.

Метрейриз. При производстве каждой операции мы должны установить показания для нее и наличие условий, необходимых для ее производства. Показания мы уже установили—это кровотечение при полном предлежании места. Условия, оказавшиеся не вполне подходящими для производства поворота, вполне нас удовлетворяют для метрейриза. Для возможности производства этой операции необходимо, чтобы шейка пропускала расширитель Гегара приблизительно № 20—№ 22.

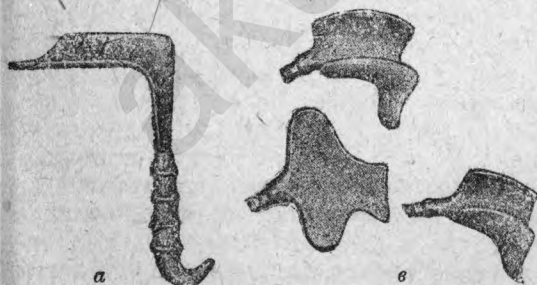


Рис. 43. *a*—маточное зеркало, модель Дуазна, *b*—ложки зеркала модели Фритча.

Инструментарий для производства метрейриза: набор ложкообразных зеркал Симона (рис. 42) или другие (рис. 43)

и т. п., 2 корнданга (рис. 44), 2 щипцов Мюзо (рис. 19) или пулевых (рис. 18), 2 метрейринтера (на случай, если один лопнет), щипцы для введения метрейринтера, шприц на 100 г или баллон для наполнения метрейринтера, 2 кровоостанавливающих пинцета (Кокер, Бильрот),

перевязочный материал (вата, марля, 8-см бинт). Учитывая относительно большое открытие, можно взять крупный номер метрейринтера Шампетье де Риб (№ 14—15). До стерилизации необходимо проверить целостность и вместимость метрейринтера. Очень важно заранее определить нужное для растяжения метрейринтера количество жидкости. Во время стерилизации (кипячение 30 мин.) метрейринтер надо завернуть в марлю, так как от непосредственного прикосновения к металлическим стенкам стерилизатора он портится. Имея в виду, что для применения метрейриза могут быть экстренные показания, как напр. в нашем случае, целесообразно

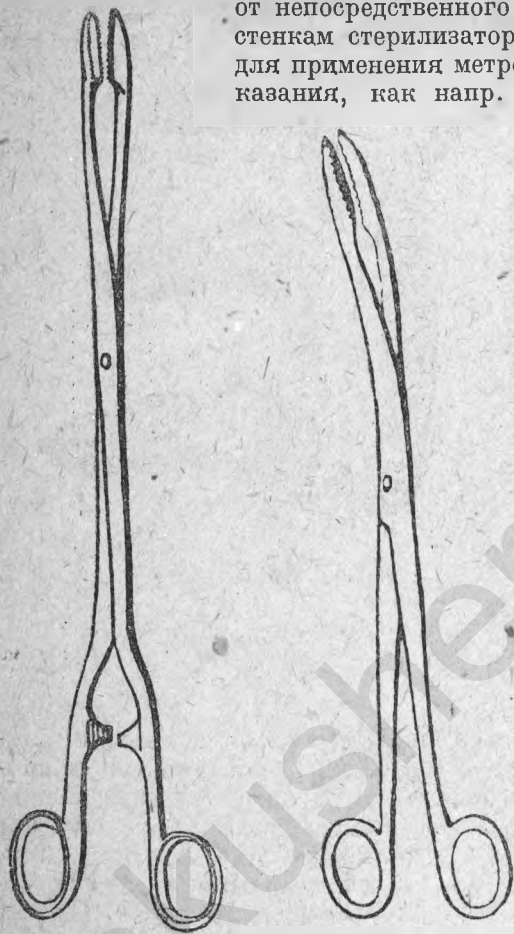


Рис. 44. Слева—корнцанг прямой; справа—корнцанг изогнутый.

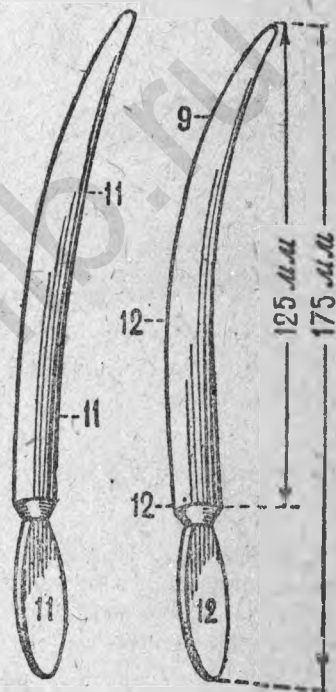


Рис. 45. Расширители Гегара: *a*—№ 11, цилиндрическая модель, *b*—№ 12, модель коническая.

иметь готовые стерилизованные наборы вышеперечисленных инструментов, в которые полезно включить несколько номеров метрейринтеров и набор расширителей Гегара (кончая № 20) (рис. 45).

Если готового набора нет, не теряя времени займемся необходимой стерилизацией, а пока готовится инструментарий, позаботимся о приготовлении роженицы и операционной обстановки.

Что делать, если кровотечение настолько сильно, что рискованно ждать окончания приготовления метрейризу, на что требуется около $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа?

Тампонация влагалища. В таких случаях приходится применить как временную меру тугую тампонацию влагалища, кото-

рая будет придавливать нижний сегмент матки к детскому месту. Шейку тампонировать нельзя, так как тампонация шейки будет способствовать большому отслоению места. Можно еще применить придавливание аорты к поясничным позвонкам, на чем мы в дальнейшем остановимся подробнее.

Относясь отрицательно к тампонации влагалища как методу проведения случаев предлежания детского места и остановки кровотечения при нем, считая тампонацию методом неверным, неправильным и рискованным в смысле инфекции, все же допускаем временное его применение в случаях, когда необходимо срочно транспортировать роженицу с кровотечением в лечебное учреждение.

Кровотечение стало слабее, может быть покойное положение роженицы дало возможность образоваться сгусткам, несколько прикрывшим кровоточащие сосуды, и вместе с тем нет новых схваток, отслаивающих место. Попытаемся обойтись без тампонации, внимательно наблюдая за общим состоянием роженицы (внутреннее кровотечение) и наружным кровотечением (подстилка).

Кровотечение уменьшается, инструменты готовы.



Рис. 46. Метрейринтер, захваченный щипцами для введения в матку.

Несмотря на уменьшение кровотечения, ждать оснований нет, даже если бы кровотечение совсем прекратилось. С одной стороны, мы не гарантированы, что кровотечение не возобновится; даже, наоборот, можно неверное сказать, что кровотечение неизбежно, и роженица при вновь наступившей схватке потеряет много крови, пока мы соберемся притти ей на помощь метрейризом, а всякая потеря крови при данных условиях недопустима. Введенный же в матку метрейринтер усилит родовую деятельность и непосредственным давлением будет способствовать сглаживанию и раскрытию маточной шейки. Операция должна производиться достаточно бережно, чтобы не повредить шейки, и с минимальным риском инфекции.

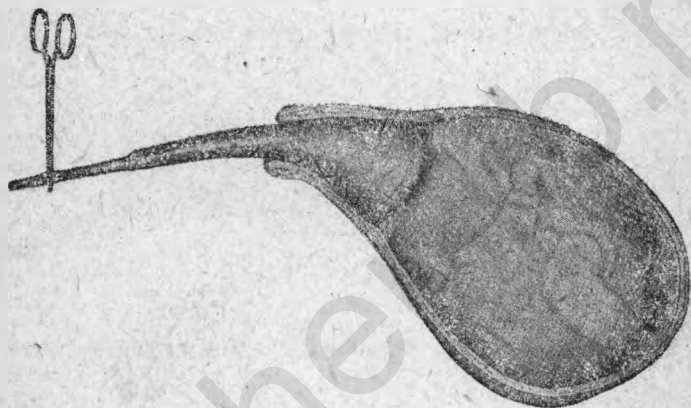
Техника метрейриза. Метрейриз производится следующим образом. Положение и подготовка — обычные, как для всякой операции. Наркоз необязателен. Ложкообразными зеркалами обнажаем влагалищную часть, захватываем обе губы щипцами Мюзю, протираем шейку влажным тампоном на корнцанге, промазываем шейку иодной настойкой, другим чистым корнцангом проходим через шейку, проникаем через ткань детского места и оболочки. Если корнцанг плохо идет, продвижение вперед облегчается вращательными движениями. Можно захватить ткань детского места концом корнцанга и, повернув его, окрутить этот кусок ткани, таким путем проникнуть вглубь и пройти в полость плодного яйца. Ткань детского места настолько мягка, что для ее прободения

можно обойтись без инструмента, проткнув ее пальцем. Затруднение встречается только при протыкании покрывающих детское место оболочек.

Корнцанг легко прошел в полость плодного яйца, через поврежденную ткань детского места вытекают воды, окрашенные кровью (кровь плода).

Извлекаем корнцанг несколько приоткрытым, чтобы увеличить образовавшееся отверстие, в которое вводим специальными щипцами сигарообразно свернутый метрейринтер (рис. 46) Шампетье де Риб № 15. Затем раскрываем щипцы и, поддерживая метрейринтер корнцангом, чтобы он не выскочил из матки, осторожно извлекаем щипцы. Затем наполняем метрейринтер стерильным физиологическим раствором (38° 250 см^3). Если даже в метрейринтере окажется течь и раствор примешается к оставшимся водам, то это осложнение будет вполне безопасным. Кран закрыт, потягиванием за трубку мы убеждаемся, что метрейринтер плотно держится (рис. 47).

Кровотечения нет. Введенный метрейринтер придавливает вскрытые и кровоточившие маточно-плацентарные сосуды в области внутреннего



Метрейринтер находится в матке

зева. Давление это зависит от тонуса матки, в случае ослабления которого кровотечение может возобновиться, поэтому тщательное наблюдение за состоянием роженицы и действием метрейринтера в смысле остановки им кровотечения обязательно.

Если бы метрейринтер лопнул, мы бы это сразу заметили по появлению кровянистых выделений.

Нужно ли к метрейринтеру привешивать груз? Пока кровотечения нет, не нужно. В интересах ребенка давление метрейринтера не должно быть слишком большим, условия кровообращения плода и так неблагоприятны, часть детского места не функционирует, сильное сдавление детского места (при применении груза) настолько нарушит кровообращение плода, что он наверное погибнет. Конечно, если появится кровотечение и придется для его остановки привесить к метрейринтеру груз, мы с интересами ребенка особенно считаться не сможем, жизнь матери дороже жизни плода, но если нет опасности для матери мы должны максимально заботиться и о жизни ребенка.

Образ действия после произведенного метрейриза. Общее состояние роженицы по окончании метрейриза удовлетворительное. Пульс 78—80, слабоват, температура $37,2^{\circ}$. Сердцебиение плода без перемен. Со стороны общего состояния роженицы показаний к вмешательству нет: если бы тако-

вые были (явления острого малокровия), можно без риска ввиду того, что кровотечение остановлено, применить сердечные средства (камфора, дигален, гитален и т. п.) и вливание раствора Рингера. Последний можно применить профилактически (200—300 г под кожу передней поверхности бедер), имея в виду неизбежную в дальнейшем потерю крови. Влило 250 г раствора Рингера (температура 38°). Наполнение пульса стало удовлетворительным, частота без перемен.

Через 4 часа метрейринтер вышел (родился), появилось кровотечение. Самочувствие роженицы хорошее. Пульс удовлетворительный, 78 ударов в минуту. Сердцебиение плода слева ниже пупка 160. Родовая деятельность все время недостаточно энергична, схватки редки и слабы. Голова ребенка попрежнему находится над входом в таз.

Что делать?

Прежде всего мы должны остановить кровотечение. Если бы родовая деятельность была достаточно интенсивна, можно было бы несколько подождать, рассчитывая на то, что под влиянием хороших схваток и потуг подлежащая головка опустится, придавит детское место и кровотечение остановится, но и при достаточной родовой деятельности такое ожидание может оказаться чреватым неприятными осложнениями. Нельзя быть уверенным, что родовая деятельность будет все время достаточно интенсивна, чтобы не допустить кровотечения. Если же родовая деятельность несколько ослабнет, что весьма возможно и даже вероятно при наличии значительного ослабления организма роженицы, и появится кровотечение, мы окажемся в довольно затруднительном положении с необходимостью быстро закончить роды. Это будет возможно сделать только с помощью щипцов, накладывать которые акушерке право не предоставлено. При настоящих обстоятельствах мы имеем возможность применить другую операцию, для которой имеются и показания и необходимые условия, а именно поворот на ножку. Выхождение метрейринтера № 15 возможно только при таком открытии, через которое свободно сможет пройти рука оперирующего. Сделав поворот и низведя ножку, мы будем вполне хозяевами положения, т. е. в случае необходимости мы сможем, привесив груз к низведенной ножке, увеличить давление ягодиц на детское место до необходимой для остановки кровотечения степени; за низведенную ножку мы будем иметь возможность быстро закончить роды, если для этого явятся показания со стороны матери или плода, и наконец низведенная ножка и давление ягодиц на нижний сегмент матки явятся факторами, усиливающими благодаря раздражению матки родовую деятельность.

Итак мы решаем сделать так наз. внутренний поворот на ножку, т. е. поворот введенной в полость матки рукой. Как уже указано выше, необходимые для этого условия имеются: достаточная для проведения в полость матки руки проходимость шейки и достаточная подвижность плода. Хотя воды прошли, т. е. пузырь был разорван уже 4 часа назад, но присутствие метрейринтера значительное количество вод задержало, матка вялая, над плодом не сократилась, и подвижность плода вполне достаточная.

Нужен ли наркоз?

Как правило при производстве поворота надо применять наркоз, благодаря которому получается необходимое для удобного и безопасного оперирования расслабление брюшных стенок и маточной мускулатуры. Учитывая ослабленное состояние роженицы, вряд ли встретится сопротивление со стороны брюшного пресса; матка тоже вялая; попробуем начать оперировать без наркоза с тем, чтобы прибегнуть к нему в случае

надобности. Приготовим на всякий случай все, что нужно для эфирного наркоза, так как анемичное состояние нашей роженицы противопоказует хлороформный наркоз.

Наркоз, проводимый акушеркой. Очень неясно и пожалуй нелогично стоит вопрос о праве акушерки давать наркоз. По закону она этого права не имеет и, если ей поручается наркоз, то ответственность лежит на оперирующем враче. С другой стороны, ей предоставляется право, точнее говоря обязанность, производить различные операции, как то: поворот, отделение места, производство которых без наркоза может оказаться невозможным. В этот вопрос должна быть внесена определенная ясность, а пока решение его в каждом отдельном случае будет зависеть от индивидуальности оперирующего. Лучше всего, если, как в нашем случае, представится возможным обойтись без наркоза. Если же наркоз явится безусловно необходимым при операции с жизненными показаниями, а большинство разрешаемых акушеркам операций является именно таковым, то вряд ли применение наркоза с соблюдением необходимых предосторожностей будет акушерке поставлено в вину.

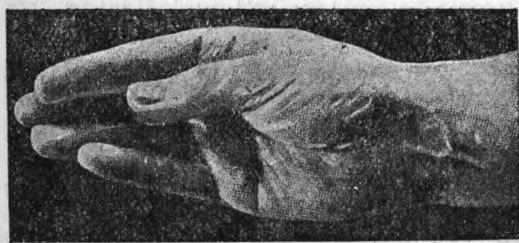


Рис. 48. Рука, сложенная конусом для введения во влагалище (и в матку).

Операция производится после обычной подготовки на операционном столе при спинно-ягодичном положении оперируемой. Правой рукой раздвигаем половые губы, раскрываем вход во влагалище, а левую, сложенную конусом (рис. 48), проводим во влагалище, оттуда свободно проникаем в матку через маточный зев и отверстие в ткани детского места. Правой рукой без труда головка отодвинута влево, левая рука продвинулась по направлению ко дну матки и захватила переднюю правую ножку. Влечением за ножку, одновременно приподнимая и продвигая головку ко дну матки наружной рукой, делаем поворот, который удается легко.

Какую ножку захватывать?

Надо захватывать ту ножку, при извлечении за которую ребенок будет выходить в переднем виде, т. е. в нашем случае правую (переднюю). Не было бы большой беды, если оказалась захваченной левая ножка, только для выхождения ребенку пришлось бы повернуться так, чтобы эта ножка оказалась передней (верхней), иначе лежащая сверху (левая) ягодича (и согнутая конечность) задержалась бы над лонным сочленением и мешала бы выхождению.

Необходимо захватить ножку, а не ручку.

Как их отличить?

Отличие ручки от ножки. Казалось бы невозможным смешать ручку с ножкой, однако это бывает, и для избежания такой в высшей степени неприятной ошибки рекомендуется обращать внимание

Производство внутреннего поворота. Выбор руки. Для производства поворота на ножку в случае черепного предлежания рекомендуется оперировать той рукой, которая соответствует положению ножек, т. е. если ножки вправо—левой рукой, ножки влево—правой рукой. В общем выбор руки большого значения не имеет; можно оперировать той рукой, которой хирург лучше владеет.

на характерные для ножки признаки, именно пятку и лодыжки, а для ручки—длинные пальчики и большой палец. Кроме того предлагается идти к ножкам не прямо, а по туловищу, переходя постепенно на бедро, голень, и захватывать стопу. По этому способу—французскому—путь несколько длиннее, чем прямой немецкий, но он гарантирует захват ножки, а не ручки и притом желательной. Способ захвата ножки особого значения не имеет, важно только плотно держать ножку. Ясно, что если в полость матки введена не вся рука, а два пальца—захват делается двумя пальцами (обо всем этом значительно подробнее сказано в главе XIV, см. там рисунки).

По совершении поворота ножка по колено извлечена из половых органов матери и на нее надета марлевая петля. Возможность извлечь ножку по колено указывает на то, что поворот совершился и ягодицы находятся во входе в таз. Кровотечение остановилось. Самочувствие роженицы удовлетворительное, пульс 78—80 ударов в минуту, достаточного наполнения. Сердцебиение плода 180 в минуту, справа выше пупка (2-я позиция), схватки слабые и редкие.

Что делать?

Со стороны матери показаний к вмешательству больше нет. Ребенок чувствует себя нехорошо, для его спасения надо роды скорее закончить.

Принесем ли мы этим вред матери? Шейка матки при предлежании места богата сосудами, очень хрупка, легко рвется. Это в дальнейшем служит не только источником послеродового кровотечения, но и воротами для инфекции, поэтому бережное отношение к такой шейке должно стать законом для оказывающего помощь роженице. В данном случае открытие полное, можно приступить к извлечению без риска для матери. Некоторые акушеры рекомендуют вообще после поворота, сделанного при полном открытии, не медлить с извлечением, а отпустить ножку на несколько минут, для того чтобы плод мог вернуться к своему нормальному положению, нарушенному во время поворота, а затем произвести извлечение, не дожидаясь особых для этого показаний. При выведенной наружу ножке мы можем в любой момент закончить роды, заменяя отсутствующую или недостаточную родовую деятельность тракциями за ножку. Важно производить эти тракции во время схватки, так как извлечение за ножку вне схватки легко ведет к запрокидыванию ручек за головку, что является очень неприятным осложнением, чрезвычайно затрудняющим выведение головки.

Вызвав поглаживанием дна матки схватку, в одну тракцию средней силы мы извлекаем ребенка до пупка. Пуповина едва пульсирует, вытягиваем ее несколько наружу, чтобы в дальнейшем при извлечении ребенка не получилось ее натяжения.

Повидимому травматизация детского места вызвала значительное нарушение плацентарного кровообращения. Времени терять нечего. Ребенок может родиться живым (или при асфиксии быть оживленным) только в том случае, если прошло не более 10 минут со времени прекращения плацентарного кровообращения. Надо еще иметь в виду, что недостаток кислорода в крови ребенка рефлекторно возбуждает дыхательный центр, ребенок делает вдох, причем в легкие аспирируются околоплодные воды, это в дальнейшем может повести к пневмонии, очень опасной для новорожденного. Во избежание дыхательного рефлекса от температурного раздражения родившаяся часть плода завертывается в пеленку.

Будем продолжать извлечение, уверенно, спокойно, но без промедления. В следующую схватку ребенок извлечен до углов лопаток. Тогда,

приподняв его правой рукой за ножки (ножки захватываются у лодыжек тремя пальцами, указательный помещается между ножками), отводим туловище ребенка к левому бедру матери, а двумя пальцами левой руки идем по лопатке и левому плечу ребенка до локтя, легким надавливанием на который мы выводим находившуюся в крестцовой впадине левую ручку. Затем, взяв ножки в левую руку, приподнимаем и отводим их к правому бедру матери, повертывая туловище так, чтобы правая ручка попала в крестцовую впадину, которая при этом самопроизвольно вышла наружу. Если бы это не произошло, пришлось бы правую ручку освободить таким же способом, как была освобождена левая, но только правой рукой.

Выведение головки

Французский способ. Как выводить головку?

Захватив шейку ребенка правой рукой (сзади и между большими средним пальцами), указательным надавливаем на затылок, вызывая сгибание головки. Туловище ребенка в это время лежит на левом предплечье оперирующего (верхом). Указательный палец (или указательный и средний) левой руки вводится ребенку в ротик и, слегка надавливая на нижнюю челюсть, также помогает сгибать головку. Производя сгибательные движения, головку осторожно проводим по проводной линии таза и выводим ее из половой щели. Перерезаем пуповину. Из пуповины вытекло некоторое количество темной крови. Ребенок синий, не кричит и не дышит.

Что делать?

Во время извлечения все было приготовлено для оживления ребенка (ведра с горячей и холодной водой, трахеальный катетер для отсасывания слизи, камфора для подкожного впрыскивания). Это должно делать во всех случаях, когда можно ожидать, что ребенок может родиться в асфиксии. К этому прибегнуть не пришлось, так как под влиянием механического раздражения, похлопывания по ягодицам (в положении вниз головой, держа его за ножки) ребенок вскоре закричал. Ребенок — девочка длиной 48 см, весом 2800 г, немного недоношенный. В нашем случае для выведения головки нами был применен французский способ Морисо Леврета или мадам Лашапель, который наичаще применяется.

Английский способ.

Существуют еще английский и немецкий способы выведения последующей головки. Английский отличается от французского тем, что вместо надавливания на нижнюю челюсть плода введенным ему в рот пальцем оперирующего сгибание производится двумя пальцами — указательным и средним, расположенными на собачьих ямках личика плода. Механическое действие при этом получается хорошее, приложение сгибающей силы на верхнюю челюсть вместо нижней является вполне рациональным, так как непосредственно действует на головку, а не через нижнюю челюсть, которая может отгибаться и на которую вообще давить не рекомендуется, а только направлять, но при этом способе имеется опасность повредить ребенку глаза, если пальцы соскользнут, а это вполне возможно, почему ему и предпочитают французский метод.

Пражский способ.

Немецкий, или пражский, способ применяется следующим образом. Правая рука охватывает шейку плода, как при французском способе, левая захватывает обе ножки у лодыжек. В то время как правая рука тя-

нет за шею и сгибает головку, левая приподнимает ножки и запрокидывает их на живот матери; при этом личико ребенка показывается в половой щели, выходит оттуда, после чего выходит и затылок. В легких случаях можно вывести головку с помощью только одной руки, запрокидывающей ножки на живот матери. Недостаток этого способа заключается в том, что вся влекущая сила передается на головку через шею, и при грубом проведении метода (в трудных случаях) можно повредить шейную часть позвоночника плода.

Благоприятное проведение родов в нашем случае зависело от того, что мы имеем повторнородящую, у которой ни со стороны таза, ни со стороны мягких частей полового канала никаких препятствий к извлечению ребенка не было, да и ребенок несколько недоношен. Будь наша роженица первородящая, весьма вероятно, что роды не закончились бы так благоприятно для ребенка.

Минут через 10 по рождении плода появилось кровотечение. Осмотр показал, что никаких повреждений со стороны наружных половых частей и промежности нет, кровь течет из влагалища.

Кровотечение в последовом периоде. Несомненно кровотечение происходит от того, что часть места отделилась. Кровотечение от повреждения половых частей (наружных) исключается произведенным осмотром, также мы должны исключить повреждение матки и влагалища как источник кровотечения, так как в этом случае кровотечение появилось бы немедленно после родов.

В нашем случае мы могли ожидать кровотечения. Детское место расположено ненормально—в области зева; весьма возможно местами более тесное прикрепление, что будет препятствовать полному отделению и необходимому для остановки кровотечения сокращению матки. К тому же и самая родовая деятельность вялая, схватки все время слабы. Можно ожидать еще атонического кровотечения тотчас после родов, что было бы очень опасно, принимая во внимание ослабленное общее состояние и обескровленность роженицы. Пока никаких признаков отделения места нет. Нет ни признака Альфельда, ни Кюстнера, ни Шредера (см. признаки отделения места). Не будем пробовать Креде, матка достаточно травмирована, закончим быстрее роды ручным удалением последа, произведя которое мы будем уверены, что матка пуста и сможем прибегнуть к сокращающим матку средствам, которые до опорожнения матки применять не рекомендуется. Матка вялая, нарков не понадобится, температура $37,1^{\circ}$ пульс 78—80, слабоват.

Ручное отделение и удаление места. На операционном столе после опорожнения мочевого пузыря и соответствующей дезинфекции в спинно-годовалном положении роженицы в матку введена (сложенная конусом) правая рука. Оказалось, что часть детского места, расположенная в левой части матки, совершенно отделена и место держится в нижнем сегменте в правой половине матки, от которой оно не без труда отделено и удалено. Контрольным обследованием полости матки никаких частей места и оболочек не обнаружено. Также не оказалось никаких повреждений шейки.

Определение целости маточной шейки. Как убедиться при ощупывании, что шейка цела?

В случае целости шейки введенные в зев два пальца со всех сторон прощупывают ровный край, в случае разрыва прощупывались бы лоскуты. Впрыснуто под кожу 2 см³ эрготина и 1 см³ питуитрина, положен лед на живот и делается легкий массаж матки.

Необходимость применения указанной терапии вызывается тем, что на хорошее самостоятельное сокращение матки рассчитывать особенно не приходится, а для родильницы всякая потеря крови может стать роковой. Сверх наших ожиданий матка сократилась удовлетворительно.

После родов был зноб. Первый вечер (через 3 часа после родов) температура $37,8^{\circ}$, пульс 82, самочувствие удовлетворительное. В дальнейшем инволюция матки шла правильно; лохии до 3-го дня с незначительным запахом. Больная получала жидкий экстракт спорыньи по 20 кап. 3 раза в день и лед на живот. На третий день дано 30,0 касторового масла, температура вечером $37,4^{\circ}$. Мочеиспускание все время самопроизвольно, неболезненно. Температура больше не поднималась. Выписалась на 7-й день с ребенком.

Краткий обзор случая

У повторнобеременной с двумя искусственными абортми в анамнезе, из которых последний протекал не совсем гладко, страдавшей во время беременности белями, а со второй половины кровотечениями, роды начались несколько раньше срока и осложнились кровотечением при открытии в 4 см. Диагноз: полное предлежание места. Ребенок жив. Метрейринтер остановил кровотечение и вышел наружу при почти полном открытии. Возобновившееся кровотечение потребовало поворота плода на ножку, после которого было произведено ввиду явлений нарушения внутриутробного кровообращения плода извлечение с целью его спасти. Ребенок родился в легкой асфиксии, оживлен применением механических раздражителей. Послед, ненормально плотно прикрепленный в области нижнего сегмента матки, удален введенной в полость матки рукой; назначены сокращающие матку средства (препараты спорыньи и лед). Послеродовой период без осложнений. Выписалась на 7-й день с ребенком.

В данном случае известное значение имели бывшие у 6-ной аборты. Широкое распространение противозачаточных средств, проводимое в профилактических кабинетах наших консультаций, в значительной мере снизит количество искусственных абортов, что даст несомненно определенный результат и возможно уменьшит количество предлежаний.

ГЛАВА V

ЧАСТИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА

Г-ка Д., 32 л., домашняя хозяйка, поступила в роддом 29/VIII 1929 г. в 10 час. по поводу кровотечения и схваток. Схватки начались часа 3 назад, а кровотечение около получаса.

Анамнез. Менструации с 14 лет, установились сразу, ходят через 3 нед. по 3—4 дня, умеренно, без боли. Замужем с 18 лет с тех пор менструации несколько обильнее, по 4 дня через 3 нед. Было 3 родов с промежутками в 2—3 года, последние 6 лет назад. Роды все проходили благополучно, рожала легко и быстро (6—7 часов). Последний послеродовой период осложнился каким-то заболеванием с повышенной температурой, пролежала в постели недели 3, месяца $2\frac{1}{2}$ были кровянистые выделения (повидимому были эндометрит и субинволюция). Кормила всех детей месяцев по 10: во время кормления не менструировала. Дети живы. После последних родов 4 года не беременела. Последние две беременности закончились искусственными выкидышами; на 3-м лунном месяце бывали бели, от которых лечилась спринцеваниями. Со стороны мочеиспускания ничего ненормального не

отмечается. Последняя менструация 17—21 ноября 1928 г.; с тех пор считает себя беременной (6-я берем.). Первые 2 месяца беременности слегка поташнивало. Бели в небольшом количестве, не разъедающие, во все время беременности. Движения плода ощущает с конца марта 1929 г. Посещала консультацию, во 2-ю половину беременности 3 раза, последний раз 3 недели назад. В карточке консультации отметка об отсутствии белка в моче. Последнюю неделю отмечает небольшие отеки ног к вечеру. Все время обслуживала свою семью с помощью детей (старшей дочери 13 лет), не уставала. Слабые схватки начались часа 3 назад, с полчаса назад при усилении их появилось кровотечение, почему поторопилась в родильный дом.

Состояние в настоящее время. Сложение и питание удовлетворительные. Указаний на сифилис и туберкулез нет. Пульс 76 в минуту, наполнение достаточное. Тоны сердца чисты. В легких ничего ненормального обнаружить не удалось. Органы пищеварения в порядке. Небольшое расширение вен обеих голеней (с первых родов), отеков нет. Окружность живота 101 см, пупок выпячен. Рубцы беременности старые и свежие. Живот несколько отвислый (бандаж не носила), мягкий, не вздут и не болезненен. Дно матки на 32 см выше лона. Спинка плода слева, мелкие части справа. Предлежит голова во входе плотно, затылок слева. Сердцебиение слева ниже пупка на 10 см выше лона и на 8 см от средней линии, ясное, 120—130 ударов в минуту. Кровянистые выделения в порядочном количестве, кровь алая. Схватки каждые 5—7 минут, продолжительность около полминуты, при схватке кровотечение усиливается. Воды не проходили. Таз: расстояние между осями 26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—32 см. Наружняя конъюгата 22 см, боковая—14,5 см.

Разбирая анамнез нашей роженицы, мы можем отметить одно патологическое явление—бели, довольно упорные, но не разъедающие. В остальном ничего ненормального не обнаружено. Повидимому эндометрит, вызывающий бели, появился в послеродовом периоде последних родов и перешел в хроническое состояние. Возможно он и был причиной отсутствия беременности в течение 4 лет. Наступившая последняя беременность указывает, что в половой системе серьезных ненормальностей нет, ибо наличие патологического процесса часто ведет к бесплодию. Наличие беременности не исключает целого ряда патологических процессов, как то: новообразований (раки, фибромиомы подсерозные и даже межтучные), опухолей, пороков развития в смысле удвоения или перегородок, небольшого искривления и других процессов. Беременность указывает на сравнительное благополучие в половой системе со стороны маточной слизистой, проходимость хотя бы одной фаллопиевой трубы и достаточную овуляционную функцию по крайней мере одного яичника.

Откуда же кровотечение и как на него реагировать?

Кровотечение во время беременности, дифференциальная диагностика. В громадном большинстве случаев причиной кровотечений во время беременности и родов является преждевременное отделение детского места. Кровотечение в первые месяцы беременности чаще всего вызывается отделением детского места (плодного яйца) при выкидыше. В первую половину беременности кровотечения бывают также при пузырьном заносе. Во вторую же половину беременности приблизительно в 6-го месяца кровотечения большей частью зависят от преждевременного отделения детского места, чаще ненормально расположенного, т. е. от отделения места при его предлежании.

Кровотечение в первом периоде родов. При дифференциальной диагностике надо иметь в виду возможность кровотечений от разрывов шейки и от наличия ракового новообразования шейки, дающего кровотечения при ее раскрытии. В первом периоде родов разрывы шейки могут произойти и дать кровотечения, если имеются рубцы шейки от бывших больших разрывов при прежних родах, от оперативного вмешательства или травмы. В анамнезе ничего подобного не отмечается, также нет никаких указаний на поражение шейки раковым новообразованием [не было кровянистых и дурнопахнущих выделений (белей), наблюдаемых в случаях ясно выраженного рака шейки]. Карточка консультации тоже ничего патологического со стороны шейки, осмотренной в первую половину беременности, не отмечает, внутреннее исследование было произведено при 3-месячной беременности.

Симптомы при преждевременном отделении нормально расположенного детского места, если не считать кровотечения, совершенно отличны от наблюдаемых в нашем случае. При преждевременном отделении нормально расположенного детского места наряду с резко выраженными симптомами внутреннего кровотечения—слабый пульс, тяжелое состояние больной—имеется большая, растянутая кровью, напряженная и болезненная матка, не дающая возможности прощупать части плода, а сердцебиение плода обычно плохо или совсем не прослушивается. В нашем случае несмотря на кровотечение явлений острого малокровия нет, матка не напряжена, не растянута, части плода хорошо прощупываются и сердцебиение его ясно прослушивается. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места мы можем решительно отвергнуть. Останавливаемся на диагностике: кровотечение в зависимости от отделения места при его предлежании. Имея в виду, что во время беременности кровотечений не было, надо предполагать краевое предлежание или низкое прикрепление детского места, т. е. нижний край детского места расположен ближе 10 см от внутреннего зева, захватывая по терминологии французских авторов опасную зону. В таких случаях детское место начинает отделяться только тогда, когда имеется уже некоторое открытие и выпячивающийся во влагалище плодный пузырь оттягивает детское место, отслаивая его от маточной стенки, чем и вызывается кровотечение. Для точной установки диагноза и окончательного исключения кровотечения от разрыва шейки и ракового новообразования необходимо произвести внутреннее исследование влагалищное, ибо ректальное не даст нам требуемых результатов.

Что мы будем делать, если наш диагноз предлежания места подтвердится?

Этот вопрос ставится сейчас же для того, чтобы тотчас после исследования, не извлекая пальцев из половых частей роженицы, произвести необходимые для остановки кровотечения манипуляции.

Что же мы должны сделать для остановки кровотечения при частичном краевом предлежании места или низком его прикреплении?

Терапия кровотечения при частичном краевом предлежании и низком прикреплении детского места. Так как отслаивание места зависит от натягивания оболочек, при напряжении плодного пузыря во время схваток, надо плодный пузырь разорвать, тогда детское место при схватке не будет оттягиваться, отслаиваться, кровотечение прекратится, а в дальнейшем нижняя часть детского места будет придавливаться предлежащей частью плода, что также будет останавливать кровотечение. Если бы сверх ожи-

дания оказалось, что место предлежит не краем, а имеется частичное предлежание, т. е. детское место закрывает часть раскрывшегося зева, разрыв пузыря может оказаться недостаточным для остановки кровотечения, а придется прибегнуть к чему-нибудь более решительному, как пришлось поступить при полном предлежании детского места.

В нашем случае показанием для производства внутреннего исследования является необходимость выяснить причину кровотечения для принятия соответствующих мер к остановке такового, чего мы без точного диагноза сделать не можем, а установить его возможно только с помощью внутреннего исследования. Ввиду того, что при нашем предположительном диагнозе краевого предлежания детского места для остановки кровотечения разрыв плодного пузыря не всегда удастся сделать пальцем, следует приготовить на всякий случай (простерилизовать) пулевые щипцы. После соответствующего приготовления роженицы произведено внутреннее исследование. Найдено следующее: шейка сглажена, открытие около 6 см (3 пальца), плодный пузырь цел, при схватке хорошо наливается, у края зева справа сзади прощупывается отделившийся край детского места. При схватке плодный пузырь натягивает и отслаивает край детского места, причем кровотечение усиливается. Предлежит голова плотно во входе, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева впереди. Следовательно имеется первое затылочное предлежание (передний вид). Наша предположительная диагностика вполне подтвердилась, и для остановки кровотечения достаточно будет разорвать плодный пузырь.

Искусственный разрыв плодного пузыря (техника). Технически эта операция может представить некоторое затруднение только при очень плотных оболочках. Если оболочки достаточно тонки, то достаточно во время схватки надавить пальцем на напряженный плодный пузырь, чтобы вызвать его разрыв; при более плотных оболочках приходится прибегнуть к инструменту, лучше всего к пулевым щипцам. Не извлекая пальцев исследующей руки из влагалища, берут другой рукой стерильные пулевые щипцы и по пальцам исследующей руки подводят их в закрытом виде к плодному пузырю. Щипцы немного приоткрывают во время схватки, когда плодный пузырь несколько выпячивается, чтобы не поранить предлежащей части, захватывают ими оболочки плодного пузыря и, потянув или повернув щипцы раза два вокруг продольной оси, разрывают оболочки. Можно разорвать пузырь, применяя только 1 браншу пулевых щипцов, надавливая острием которой на плодный пузырь его разрывают.

Давление пальца для разрыва пузыря оказалось недостаточным, пулевые щипцы у нас были приготовлены и, вышеописанным образом введя щипцы и захватив оболочки, легким потягиванием вызываем разрыв оболочек (рис. 49) в захваченном месте. Вытекло около $\frac{1}{2}$ л мутных вод. Кровотечение остановилось. Схватки продолжаются.

Полчаса спустя начались потуги, а через $1\frac{1}{2}$ часа после разрыва плодного пузыря родился живой мальчик 3 650 г весом, длиной 51 см. Дно матки на 17 см выше лона, ширина матки 12 см. Пульс 72.

Наступил последовый период.

Как он будет протекать?

Низкое прикрепленье места не всегда осложняется какими-либо патологическими явлениями в последовом периоде, но бывший эндометрит и два искусственных выкидыша, которые могли послужить причиной низкого прикрепленья детского места, могут также сказаться на большей крепости прикрепленья детского места к маточной стенке, т. е. повести

к его задержке, а также повлиять на функцию матки в смысле недостаточного ее сокращения. До сих пор матка сокращалась хорошо и роды протекали быстро, но это не исключает возможности плохого сокращения, измененного благодаря краевому прикреплению места нижнего сегмента матки.

Этиология предлежания места. Почему в этом случае образовалось краевое предлежание детского места?

На этот вопрос мы можем ответить только очень предположительно. Этиология образования предлежаний детского места еще твердо не установлена.

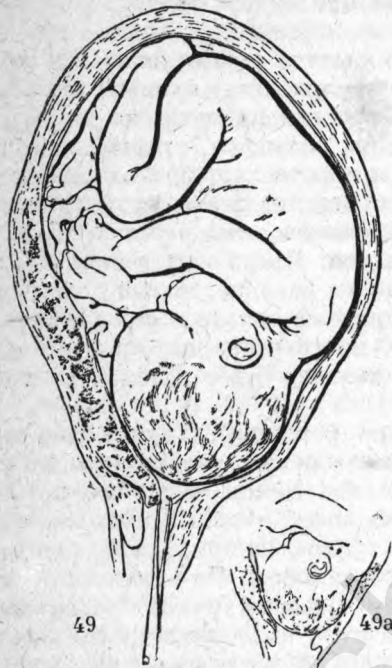


Рис. 49. Разрыв плодного пузыря пулевыми щипцами при краевом предлежании места.

Рис. 49а. После разрыва плодного пузыря детское место отошло несколько кверху, головка опустилась и придавила кровоточащие маточно-плацентарные сосуды.

все же должны это иметь в виду и обязаны указать больным на необходимость лечения эндометрита, могущего в случае беременности дать такое тяжелое и опасное осложнение как предлежание детского места. Также мы должны предупредить наших больных об опасности половых сношений в течение первого месяца беременности. Это особенно актуально ввиду повышения полового чувства, отмечаемого в этом периоде беременности.

Нашу больную с этой точки зрения не расспрашивали; вряд ли мы ошибемся, если предположим, что половые сношения действительно были. Трудность профилактики в смысле ограничения сношений заключается еще в том, что опасность таких сношений будет больше всего в начале беременности, когда наличие беременности еще не может быть установ-

Поскольку предлежание места встречается почти одинаково часто у первородящих и у повторнородящих (у первородящих 46,6%, у повторнородящих 53,4%), теория эндометрита как причины образования предлежания места не является безусловно доказательной, так как у первородящих эндометрит встречается значительно реже, чем у повторнородящих. Некоторые авторы считают, что половые сношения во время первого месяца беременности как местная травма могут помешать правильной фиксации плодного яйца, особенно при эндометритах. Исключить эту причину мы тоже не можем. Мы не имеем в нашем случае других обстоятельств, на которые указывают как на причину предлежания места, именно пороков развития матки, миом, почему мы все же должны предположить, что низкое приращение детского места в нашем случае получилось в зависимости от эндометрита, не исключая возможности влияния половых сношений в первые месяцы беременности.

Какие мы должны сделать выводы из этих соображений? Явился ли эндометрит действительно причиной предлежания места или он только может быть такой причиной, мы

лено. Во всяком случае, если в результате наших указаний беременная будет от сношений воздерживаться, кроме пользы ей это ничего не даст. Очень важно по вопросам половой гигиены вести санпросветработу не только среди женщин, но и среди мужчин. Только тогда могут получиться действительные результаты.

Кровотечение в последовом периоде. Через 15 минут после рождения плода началось кровотечение, дно матки несколько поднялось.

Почему появилось кровотечение и что делать?

Кровотечение может вызываться или разрывами шейки, влагалища, наружных половых частей или начавшимся отделением детского места. Так как кровотечение началось не тотчас по рождении плода, а спустя 15 минут, надо думать, что оно вызывается не разрывами, которые бы дали кровотечение тут же по рождении плода. Однако могут быть случаи разрыва шейки матки, которые до отхождения последа не дают кровотечения, так как последний своей тяжестью придавливает разорванное место. Некоторое количество крови при отделении детского места должно выделяться из наружных половых частей, особенно при отделении последа по способу, описанному Дунканом, но налицо кровотечение, превышающее нормальную кровопотерю. Надо думать, что место отделилось только частично, маточно-плацентарные сосуды вскрыты, а матка сократиться и сжать их не может. По рождении плода роженица опорочила мочевой пузырь, над лоном ничего похожего на наполненный мочевой пузырь или выделившееся во влагалище детское место не обнаруживается. Плацентарный конец пуповины вышел несколько из влагалища, см на 5; этого недостаточно, чтобы считать признак Альфреда положительным, но это все же указывает на начавшееся отделение места. Дно матки приподнялось незначительно, форма матки не изменилась, признак Шредера отсутствует. Надавливание над лоном (признак Кюстнера) вызывает стягивание пуповины во влагалище. По всем признакам отделения места не произошло, а кровотечение требует вмешательства.

Нельзя ли применить выдавливание по Креде?

Если бы в нашем случае не было низкого прикрепления места, указывающего на ненормальность взаимоотношений последа и матки, мы могли бы предположить, что место уже отделилось, но задержалось в матке вследствие отсутствия схваток (при этом признаки отделения ясно выражены не будут, их мы встречаем полностью только в том случае, если детское место находится во влагалище). Но мы имеем основание заподозрить, что место не отделилось вследствие более тесного его соединения с маткой.

Что мы получим, если применим выдавливание по Креде?

Если выдавливание производить с достаточной силой, а без этого ничего выдавить не удастся, мы пожалуй сможем выдавить послед, но почти наверное не полностью: более плотно прикрепленные дольки детского места оторвутся, останутся в матке, матка из-за этого сократиться не сможет, кровотечение не остановится, придется прибегнуть к ручному отделению и удалению последа, и окажется, что матка только бесполезно была травмирована.

Итак, исходя из вышеизложенных соображений, мы решаем, что необходимо прибегнуть к ручному отделению и удалению последа.

Ручное отделение и удаление последа. Сможем ли мы проделать операцию без наркоза? Применение наркоза, понижая сопротивление роженицы (напряжение брюшного пресса) и уничтожая

болезненность, несомненно облегчит производство операции, но наркоз имеет достаточно отрицательных сторон, чтобы его по возможности избегать. Прежде всего наркоз представляет сам по себе определенную опасность, которую мы не всегда можем в точности учесть и которая возрастает при заболеваниях сердца, легких и почек. Затем наркоз, действуя расслабляющим образом на маточную мускулатуру, может повести к кровотечению атоническому или, как его правильнее назвать, гипотоническому (от недостаточного сокращения). Кроме того для проведения наркоза нужны помощники. На всякий случай, если операция окажется очень болезненной и вызовет со стороны больной энергичную реакцию, приготовим все необходимое для дачи наркова. Надо отметить, что отделение места—операция, безусловно в достаточной степени болезненная, и поэтому в случае не очень терпеливой больной наркоз может оказаться необходимым. Попробуем все же обойтись без него.

После соответствующей подготовки больной и рук во влагалище больной, находящейся в спинно-ягодичном положении, введена рука. Поскольку половые части растянуты прошедшим плодом, введение руки во влагалище не представило затруднений.

Пройдя через влагалище, четыре пальца свободно проникли в матку и обнаружили, что в нижней своей части детское место от маточной стенки отделилось, но верхняя часть его (около $\frac{2}{3}$) еще прикреплена к матке. Отслаивающими движениями пальцев детское место без особого труда было отделено от задней стенки матки, дно матки при этом фиксировалось наружной рукой.

По окончании отделения наружной рукой была захвачена пуповина, потягиванием за которую послед извлечен, причем кисть внутренней руки помогала извлечению, продвигая детское место из матки, сдвигая к выходу его верхний край. По освобождении маточной полости внутренней рукой сделано обследование маточной полости, т. е. пальцами ощупаны все стенки маточной полости, на которых ничего не было найдено кроме небольшого количества стустков, удаленных тут же при извлечении руки. Больная не особенно реагировала на операцию, не очень напрягала брюшной пресс, и операция прошла без наркоза. Матка сократилась удовлетворительно, кровотечения нет. Назначим лед на низ живота и спорынью внутрь по 20 капель, 3 раза в день (жидкий экстракт спорыньи или секален). Эти назначения делаются ввиду некоторой вялости матки.

Зноб после родов. Приблизительно через час после родов у родильницы был небольшой зноб, при температуре $37,1^{\circ}$ и пульсе 78. Такой зноб после родов явление нередкое, повидимому он зависит от всасывания продуктов обратного развития матки; мы ему особого значения не придали, базируясь на хорошем пульсе и нормальной температуре, и действительно дальнейший послеродовой период протекал вполне удовлетворительно как в смысле сокращения матки, так и по температуре, и родильница выписалась на 7-й день с ребенком.

Краткий обзор случая

Роженица беременна 6-й раз, первые 2 родов протекали нормально, 3-и роды осложнились послеродовым заболеванием, в зависимости от которого она 4 года не беременела. 4-я и 5-я беременности—искусственные выкидыши. Страдала белями, на бленоррею указаний нет. Роды осложнились кровотечением, появившимся при открытии зева около 6 см. Крово-

течение вызвано краевым предлежанием места. Разрыв плодного пузыря оказался достаточным для остановки кровотечения, но последнее возобновилось в последовом периоде от задержания места ввиду частичного более прочного, чем в норме, его прикрепления. Пришлось рукой отделить и удалить место, что удалось без наркоза. Послеродовой период—без осложнений.

ГЛАВА VI

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Гражданка Е., 43 лет, рабочая, ткачиха, обратилась в родильный дом 15 января 1930 г. с жалобой на кровотечение.

Анамнез. Менструации с 15 лет, ходят через месяц число в число по 4 дня без боли, последние полгода путаются; когда были последний раз, точно не помнит. Замужем с 18 лет, от беременности никогда ничем не предохранялась. Было четверо родов в срок, рожала «хорошо», быстро, дети живы, всех кормила, во время кормления не менструировала приблизительно месяцев 6—7. Последние роды были 6 лет назад, после родов с неделю чем-то хворала, были жар, зноб, повышенная температура, недели 3—4 кровянистые выделения. С последних родов менструации стали несколько обильнее, иногда бывают бели, не едкие, а также боли в пояснице. Месяцев 8 назад самопроизвольный выкидыш, начавшийся без видимой причины; лежала в родильном доме, где ввиду кровотечения было сделано выскабливание. Температура все время была нормальной. Послеоперационный период без осложнений. От женских болезней не лечилась. Рези при мочеиспускании не отмечает. Последние 1½ недели мочеиспускание стало несколько учащенным.

Состояние в настоящее время. Сложение хорошее, питание вполне удовлетворительное, несколько бледновата, усталый вид. Пульс 76 в минуту, наполнение хорошее, ритмичен. Температура 36,5°. Со стороны легких ничего ненормального не обнаружено. Диспептических явлений нет, отмечается склонность к запорам, страдает геморроем. Живот не вздут, небольшая чувствительность внизу живота, над лоном некоторая резистентность. Отеков нет. Небольшое расширение вен на голенях. Груды несколько нагубли. Недели 1½ кровянистые выделения без видимой причины, то несколько больше, то меньше. Последние два дня временами небольшие схваткообразные боли. Сейчас выделение крови небольшое, несколько больше чем при менструации, кровь грязноватая, с небольшим запахом. По поводу кровотечения никуда не обращалась и до сегодняшнего дня работала.

Какие мы можем сделать заключения из данных анамнеза?

Со стороны половой системы до последнего послеродового периода ничего ненормального не отмечается. После последних родов было какое-то послеродовое заболевание, возможно эндометрит и недостаточное обратное развитие (субинволюция); на последние указывают продолжительность кровянистых выделений в послеродовом периоде и появление временами белей, явления хронического эндометрита. Возможно, что в зависимости от этого заболевания около 5 лет было бесплодие, и последняя беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, потребовавшим выскабливания для удаления остатков плодного яйца.

Что же сейчас происходит с нашей больной?

Выдающийся симптом, заставивший больную обратиться за помощью, — кровотечение, точнее грязновато-кровянистые выделения с небольшим запахом.

На что они могут нам указывать?

Такие выделения могут быть при менструации, геморрагическом эндометрите, при нарушающейся беременности, внутриматочной и внематочной, при пузырьном заносе, при опухолях матки, подслизистых фибромиомах и злокачественных опухолях матки (ее шейки и слизистой тела).

Больная не помнит, когда у нее была последняя менструация; поэтому мы не можем исключить беременность и ее начавшееся прерывание, несмотря на отсутствие субъективных признаков беременности. Нагрубание груди, к тому же очень слабо выраженное, недоказательно для беременности, оно бывает и при менструации.

Чтобы иметь диагностические данные со стороны состояния матки, необходимо произвести внутреннее исследование, что и сделано после соответствующей подготовки больной (бритье, клизма, опорожнение мочевого пузыря, подмывание) и рук исследующего. Осмотр наружных половых органов ничего характерного не обнаружил. При внутреннем исследовании на гинекологическом кресле при спинно-ягодичном положении больной найдено: шейка плотная, консистенция неракового новообразования, пропускает палец, за внутренним зевом прощупывается какая-то мягкая ткань. Матка увеличена почти как при 3-месячной беременности, диаметр тела около 8 см, признака Гегара нет, консистенция плотная, напряженная. Придатки не прощупываются.

Дифференциальная диагностика. Менструацию нормальную и геморрагический эндометрит мы можем исключить, также и внематочную беременность ввиду величины матки и наличия какой-то ткани в ее полости. Рака шейки нет, шейка хотя плотна, но нет язв и раковой хрупкости, скорее хронический цервицит, хроническое воспаление шейки. Выкидыш должен был быть по величине матки 3-месячный, но консистенция ее совершенно неподходящая для выкидыша, нет тестоватости, размягчения, диагноз выкидыша мало вероятен. Мы не можем исключить злокачественной опухоли маточной слизистой. В первое время развития злокачественного новообразования характерные для него признаки — какексия, землистый цвет лица — могут отсутствовать, ввиду чего исключить злокачественное новообразование мы не можем. Остается еще пузырьный занос. Для него кроме имеющихся в нашем случае кровянистых выделений характерна еще величина матки, которая бывает значительно больше предполагаемого срока беременности. Этот симптом мы не можем использовать ни в положительном, ни в отрицательном отношении, так как ввиду путаных анамнестических данных мы срока предполагаемой беременности не знаем. Консистенция матки для пузырьного заноса нетипична, при пузырьном заносе она обычно мягче, но если началось изгнание пузырьного заноса, а на это могут указывать боли схваткообразного характера, то матка при этом может быть и плотной. Диагностика пузырьного заноса делается тогда несомненной, когда выходят пузырьки — кистозно перерожденные ворсинки, — но это бывает не так уж часто.

Итак диагноз в нашем случае колеблется между злокачественным новообразованием и пузырьным заносом. Можно еще допустить, что прощупываемая в матке ткань — это фиброзный полип, омертвевший и злокачественно переродившийся. При нем тоже будут кровянистые выделения, грязноватые, пожалуй только с более сильным запахом, небольшие

схваткообразные боли. Этот диагноз менее вероятен, для полипа мал срок заболевания и слишком мягкая консистенция прощупываемой в матке ткани.

Как же установить диагноз?

Надо микроскопически исследовать содержимое матки, материал для исследования добыть путем выскабливания, которое надо делать в высшей степени осторожно большой кюреткой или тупой ложкой, так как мы не знаем, насколько глубоко проникла прощупываемая в матке ткань в толщу маточной мускулатуры.

Поскольку такое вмешательство выходит за пределы компетенции среднего медперсонала, встает вопрос: что при таких обстоятельствах должен делать средний медперсонал?

Конечно надо направить больную к врачу, но ввиду возможности появления сильного кровотечения следует предварительно произвести тампонацию влагалища больной, стерильным марлевым бинтом, смоченным в слабом растворе спирта или лизоформа (с помощью зеркала, техника описана выше). Больная на предложенное выскабливание с диагностической целью согласилась, но, когда она сходила с гинекологического кресла, у нее из влагалища выпал кровяной сгусток с типичными пузырьками пузырьного заноса (штук 6 небольшого размера), благодаря чему был установлен несомненный диагноз пузырьного заноса. Выше уже было указано, что выхождение пузырьков при пузырьном заносе происходит не так уж часто. В нашем случае диагноз был достаточно труден, у нас не было данных о сроке беременности, и консистенция матки не была характерна. В типичных случаях пузырьного заноса диагноз устанавливается с достаточной достоверностью по имеющимся налицо признакам, и пузырьки заноса являются только последним моментом, окончательно удостоверяющим диагностику.

Что за заболевание пузырьный занос и как с ним поступить?

Пузырный занос (рис. 50 а и б) это миксоматозное (слизистое), кистозное перерождение ворсинок хориона, в результате которого получается гибель зародыша, все плодное яйцо представляет массу пузырьков разной величины, наполненных прозрачной жидкостью, и делается несколько похожим на гроздь винограда. Жидкость пузырьков содержит соли, белок, слизь. Этиология пузырьного заноса не выяснена, есть указания на взаимо-

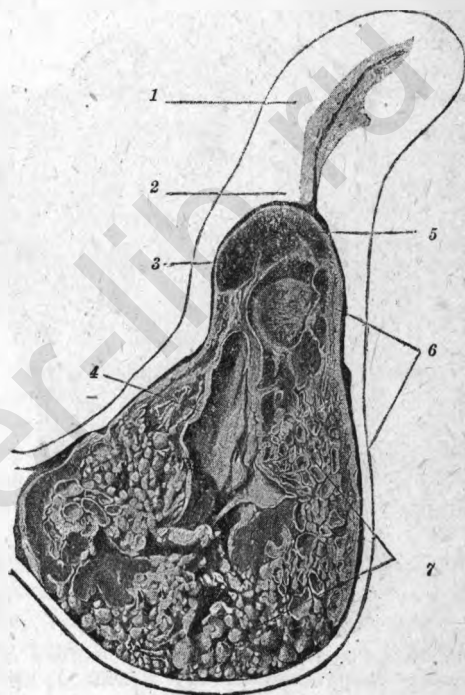


Рис. 50а. Пузырный занос, извергнутый целиком.

1—тело матки; 2—внутренний зев; 3—шейка матки; 4—полость плодного яйца; 5—кровяной сгусток; 6—отпадающая оболочка; 7—масса пузырного заноса.

отношения с кистами яичника, при которых возможно выделяются в кровь вещества, способствующие перерождению ворсинок хориона и образованию пузырного заноса. С другой стороны, существует какое-то влияние пузырного заноса на кисты яичника, так как последние с изгнанием пузырного заноса уменьшаются в размере. Отсутствие уменьшения величины кисты яичника по изгнанию пузырного заноса является плохим прогностическим моментом, к этому мы еще вернемся в дальнейшем.

Пузырный занос чаще встречается у повторнородящих, повидимому в зависимости от более частого у них наличия хронического эндометрита. В нашем случае эндометрит был, но кист яичника не было. Частота пузырного заноса по различным статистикам—1 : 800, 1 : 1 300, 1 : 2 000. Чаще

он встречается у пожилых женщин, при этом не исключается влияние дисфункции (нарушенной функции) яичников. Есть указания на влияние наследственности.

Симптомы. Какие мы имеем в типичных случаях симптомы?

1. Токсические явления, встречающиеся при беременности, выражены резко: птолизм, рвота, острые отеки, эклампсия, желтушное окрашивание склер и кожи, альбуминурия.

2. Кровотечение, появляющееся без видимой причины, внезапно, без предвестников, продолжающееся несколько часов, иногда дней. В промежутках, свободных от кровотечений, бывают серозные, серозно-кровянистые выделения с запахом,

Рис. 50б. Пузырный занос. Ворсинки пузырного заноса разрушили стенку матки и проникли в брюшную полость.

1—шейка матки; 2—внутренний зев; 3—сосуды основной оболочки; 4—венозные сосуды; 5—разрушенная ворсинками стенка матки.

разъедающие. Кровотечение начинается со 2—3-го месяца беременности, иногда с первых недель, редко с 4-го месяца.

3. Размеры матки значительно превосходят размер, соответствующий сроку беременности. В 2—2½ месяца матка по величине равняется матке нормально беременной в 5—7 месяцев; в 3 месяца дно матки отстоит от лона на 20—24 см. Части плода не прощупываются, сердцебиения плода конечно нет. Консистенция матки мягкая, несколько флюктуирующая, напоминает наполненный мочевой пузырь, с плохо контурирующейся верхней границей или резко плотная в случаях, когда матка сократилась над кровяным сгустком. Шейка мягкая: иногда хронический цервицит не дает возможности маточной шейке стать очень мягкой. Через шейный канал при исследовании ощущивают мягкую ткань, напоминающую ткань последа.

Течение. Пузырный занос самопроизвольно изгоняется между 2-м и 6-м месяцами беременности (заболевания), иногда в первые недели, иногда же очень поздно—через 12—13 месяцев; чаще целиком, иногда по частям в течение довольно продолжительного срока—до года. Задержавшиеся остатки вызывают кровотечения и, разлагаясь, могут повести к септицемии.

Прогноз серьезный, смертность около 13—15% от кровотечений, инфекции, перфорации матки прорастающей опухолью, от метастазов, от хорионэпителиомы, развивающейся из оставшихся в матке после изгнания частей пузырного заноса. При сопутствующем поражении яичника наблюдается понижение сопротивления маточной ткани прорастающему действенно пузырного заноса. От потери крови развивается анемия.

Как лечить пузырный занос?

Лечение. По установке диагноза обязательно оперативное удаление опухоли. Операция должна производиться очень бережно, так как легко перфорировать стенку матки, поэтому выделение пузырного заноса пальцем должно предпочитаться инструментальному. В крайнем случае делается выскабливание, которое надо производить быстро, но осторожно большой кюреткой.

Поскольку диагноз установлен (благодаря случайному выхождению пузырьков опухоли), надо пузырный занос удалить. При производстве предполагаемого с диагностической целью выскабливания диагноз был бы сразу установлен макроскопически, и выскабливание явилось бы вполне соответствующим болезни лечебным оперативным вмешательством. После обычной подготовки больной и хирурга пальцем, введенным в матку, отделен и удален пузырный занос, однако ввиду сомнения в полном освобождении от него матки решено контрольно, очень осторожно проверить тупой ложкой, все ли удалено. Приготовлены инструменты: 2 зеркала ложки бравных, 2 тупых ложки, большая и несколько поменьше, 2 щипцов пулевых, зонд Мартина и 2 зонда Плейфера, обмотанные на 12 см марлей.

Больная уложена на гинекологический операционный стол. Влагалищная часть обнажена зеркалами Симона, нижняя губа у правого и левого краев захвачена двумя пулевыми щипцами, шейка несколько подтянута ко входу во влагалище для выпрямления угла между телом и шейкой. Через шейный канал свободно проведена тупая большая кюретка, которой осторожно сделано контрольное выскабливание. Для лучшего сокращения матки полость ее смазана иодной настойкой с помощью вонда Плейфера, обмотанного марлей, смоченной в иодной настойке. Учитывалось при производстве иодного смазывания также начавшееся разложение пузырного заноса, что было причиной запаха выделений (такое смазывание не является обязательным).

После удаления заноса надо исследовать яичники и наблюдать за ними. Обычно они сначала несколько увеличиваются, затем в течение недель 6 как бы подвергаются обратному развитию. Если через 2 месяца после удаления пузырного заноса кисты яичника еще налицо,—показано удаление матки. Также следует удалять матку в случае последующих даже незначительных кровотечений, так как это указывает на развитие в матке чрезвычайно злокачественной, быстро ведущей к смерти хорионэпителиомы, образующейся из остатков переродившихся ворсинок. Ввиду вышеизложенного больную после удаления пузырного заноса надо держать под наблюдением (так же, как после удаления злокачественного новообразования), и при первом появлении кровянистых выделений

немедленно направить к врачу. После удаления пузырного заноса не исключена возможность нормальной беременности.

Некоторые авторы рекомендуют после выскабливания тампонировать матку марлей (часов на 12) для остановки кровотечения и лучшего сокращения, другие вводят для той же цели в полость матки марлевую полоску, облегчающую отток, и третьи ничего в матку не вводят, ограничиваясь назначением препарата спорыньи и льда на живот (на сутки). Мы придерживаемся последнего способа и применяем тампонацию матки только в случаях сильного кровотечения после выскабливания, что случается довольно редко.

Послеоперационный период протекал вполне нормально, температура 36,4—36,7°, пульс 78, незначительные выделения, несколько кровянистые первые 1½ суток, затем серозно кровянистые. После 2 суток выделения почти прекратились, и больная на 4-е сутки выписана из родильного дома. Предложено ей зайти через дней 12—15 показаться для определения состояния матки и придатков. Мы считаем, что без особо серьезных показаний не стоит производить внутреннего исследования после выскабливания или выкидыша раньше 2 недель.

Больная зашла через 2 недели, самочувствие хорошее, выделений нет, матка сократилась хорошо, она немного больше нормы, шейка закрыта, придатки не прощупываются. Больной указано, что она должна быть не менее года под врачебным наблюдением ввиду угрожающей ей возможности развития злокачественного новообразования, да и после года в случае появления сукровичных выделений или кровотечения она должна немедленно обратиться за врачебной помощью, так как каждый день промедления может оказаться роковым.

Описанный случай является интересным не только по сравнительной редкости заболевания, но и с точки зрения затруднения установки диагноза ввиду недостаточности анамнестических данных и нетипичной, более плотной консистенции матки, что давало основание предполагать злокачественное новообразование. В более типичных случаях рост матки при пузырном заносе чрезвычайно энергичен, и развитие в столь короткий срок новообразования такого размера исключается.

Краткий обзор случая

У многорожавшей женщины 43 лет появились кровянистые выделения. Анамнестические данные относительно менструаций были очень путанные и на них нельзя было базироваться. По размеру матки, консистенции, проходимости шейки и наличию в матке какой-то мягкой массы диагноз колебался между пузырным заносом и злокачественным новообразованием. Пузырный занос был диагностирован благодаря выхождению пузырьков заноса, если бы этого не случилось, пришлось бы для постановки диагноза прибегнуть к диагностическому выскабливанию с микроскопическим исследованием при недостаточных макроскопических данных. Произведено удаление пузырного заноса при помощи пальца с последующим контрольным выскабливанием большой тупой ложкой. Тампонация матки не производилась. Послеоперационный период нормальный. Больной разъяснена необходимость быть в течение года под врачебным наблюдением.

При наших консультациях имеются сейчас гинекологические кабинеты, под наблюдением которых такие больные должны находиться.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОГО ДЕТСКОГО МЕСТА

В родильный дом доставлена каретой скорой помощи гр-ка Ж., 26 лет, домашняя хозяйка, жена кустика. Обслуживает свою семью с помощью старой матери, от домашней работы очень устает.

Анамнез. Менструации с 13½ лет, установились сразу, ходят через 3½ нед., по 3—4 дня, без боли, количество крови среднее. Замуж вышла 21 года. С замужества менструации несколько обильнее, иногда с болью в пояснице. Последняя менструация 9 лунных месяцев назад, с тех пор беременна. Настоящая беременность 3-я. Были 2 нормальных родов, вторые роды 2 года назад, кормила, не менструировала 8 месяцев. Женских болезней не было, также не было белей и кровотечений. Мочеиспускание не болезненно и не учащено. Из общих заболеваний кроме детских инфекций, кори и ветреной оспы ничем не хворала. Указаний на рахит нет.

С год назад захворала пиэлитом (воспаление почечных лоханок), боли в пояснице, субфебрильная температура, изменения в моче. Консультацию посетила в первый раз месяц назад для получения декретного отпуска. В карточке отметка: белок в моче, рекомендована молочная диета. В остальном беременность протекала нормально, шевеление ребенка в срок.

Симптомы. Сегодня с утра появились небольшие схватки и головная боль, с час назад внезапно резкая боль внизу живота, головокружение, бледность, обморок, небольшие кровянистые выделения, перестала ощущать движения плода. Была вызвана карета скорой помощи, доставившая больную в родильный дом.

Состояние в настоящее время. Больная бледна, самочувствие плохое, пульс 98 слабоватого наполнения, легко сжимаем. Тоны сердца чисты. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Наклонность к запорам. Отеки ног и лица (появились месяца 1½ назад, усилились недели 1½ назад). Температура 36,1. Указаний на сифилис и туберкулез нет. Таз: расстояние между остями—26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата—21 см, боковая конъюгата—14 см, окружность живота—98 см. Пупок сглажен, дно матки у мечевидного отростка. Матка резко напряжена, консистенция деревянистая, части плода не прощупываются, сердцебиения плода не прослушивается; небольшие кровянистые выделения.

В анамнезе имеются указания на неполадки со стороны почек: был пиэлит, в моче белок, отеки; в остальном уклонений от нормы нет. Сегодня начались схватки, раньше срока, что нередко бывает при почечных заболеваниях (возможно, что и в нашем случае от этого роды наступили преждевременно), внезапная резкая боль, обморок, плохой пульс, явления внутреннего кровотечения при незначительном наружном крововыделении.

В чем дело? Что может дать такие резко выраженные острые явления?

Диагностика. Кровотечения в последнее время беременности и во время родов могут получиться от преждевременного отделения детского места или от каких-либо разрывов полового тракта. Отделение места, низко расположенного, происходит в зависимости от маточных сокращений, причем чем ниже расположено детское место, тем раньше такое отделение начинается; раньше всего это бывает при центральных предлежаниях.

В случаях центрального предлежания кровотечение бывает главным образом наружное, у нас же наружное кровотечение очень незначительно, а ясно выражены явления острого малокровия, повидимому здесь кровотечение внутреннее. Так бывает при преждевременном отделении нормально расположенного детского места и при разрывах матки.

На разрыв матки нет никаких других указаний. Разрывы матки происходят тогда, когда матка после усиленной родовой деятельности не может вытолкнуть своего содержимого—плода—в зависимости от непреодолимых препятствий для родов через естественные пути. Схватки у нашей больной только что начались, никаких препятствий со стороны таза или неправильностей предлежания плода из анамнеза не видно (по карточке консультации отметка—таз нормальный, положение продольное). Нет весьма характерного для разрывов матки защитного сокращения брюшной стенки, вызываемого раздражением брюшины плившейся в брюшную полость кровью. При разрывах матки части плода обычно прощупываются, а в случае выхождения плода через разрыв матки в брюшную полость даже особенно ясно прощупываются, а матка уменьшается и сократившаяся прощупывается в стороне отдельно от плода. У нашей больной воды не проходили; разрывы матки при целых водах могут произойти только в случае каких-либо послеоперационных рубцов или перерождений маточной мускулатуры, на что тоже никаких указаний нет. Сказанного по поводу симптомов при разрывах матки достаточно, чтобы диагноз разрыва матки исключить.

Пока наш предположительный диагноз—преждевременное отделение нормально расположенного детского места.

Соответствуют ли наблюдающиеся в нашем случае симптомы симптомам преждевременного отделения детского места, нормально расположенного?

Без внутреннего исследования мы диагноза окончательно установить не сможем, кроме того внутреннее исследование необходимо для определения степени открытия, предлежания и т. д., без чего мы не можем составить плана нашего лечебного вмешательства.

После соответствующей подготовки рук исследующего и больной (моча спущена катетром, клизму не ставили ввиду тяжелого состояния больной и необходимости быстрой установки диагноза и плана лечения) произведено внутреннее исследование. Найдено: шейка сглажена, открытие 6 см (3 пальца). Пузырь цел, оболочки напряжены, предлежит над входом маленькая подвижная голова плода, детское место не обнаруживается.

Правильна ли наша предположительная диагностика? Предлежания детского места нет, разрыв матки мы уже отвергли, к тому же и головка плода предлежит над входом в таз. Целость плодного пузыря и напряженность оболочек вполне соответствует нашему предположительному диагнозу. Произошло преждевременное отделение нормально расположенного детского места, матка наполнена кровью, резко тетанически сократилась над излившейся кровью, плод, лишенный питания, погиб.

Что делать?

Надо возможно быстрее освободить матку от содержимого, что даст ей возможность сократиться и остановить кровотечение из вскрытых маточно-плацентарных сосудов. К счастью условия для быстрого родоразрешения налицо, шейка сглажена, открытие большое, роженица повторно-

родящая. мягкие ткани половых путей препятствий для родов не представят тем более, что плод небольшой. Разорвем плодный пузырь.

Нажав указательным пальцем внутренней руки на напряженный плодный пузырь, поддерживая дно матки наружной рукой, мы легко разорвали оболочки плода. Хлынули воды с небольшой примесью темной крови, маленькая предлежащая головка плода опустилась в таз и через 10 минут родился мертвый ребенок длиной 46 см, весом 2000 г, за которым непосредственно вышло детское место по Шульце с большим сгустком посередине, под которым местами оказались небольшие темные старые сгустки. Пуповина 55 см, обмотана 3 раза вокруг шеи плода. Вся кровопотеря, считая и сгусток детского места, — около 300 г. Матка сократилась, пульс улучшился, 82 в минуту.

Что было у больной и что делать дальше?

Наш диагноз подтвердился. Несомненно в нашем случае имелось преждевременное отделение нормально расположенного детского места.

Чем оно было вызвано?

Этиология. Причинами такого преждевременного отделения места считаются: альбуминурия, короткость пуповины, плотность оболочек и травма. Альбуминурия вызывает внутриплацентарное кровотечение, кровь, проходя между маткой и детским местом, отслаивает детское место от маточной стенки, что в свою очередь вызывает дальнейшее кровотечение. Излившаяся кровь скопляется между маточной стенкой и оболочками, это ведет к увеличению объема матки (матка больше нормальной, соответствующей сроку беременности, величины, что было и в нашем случае) и к тетаническому ее сокращению, при чем консистенция матки получается твердая, как дерево. Если детское место прикреплено у передней поверхности матки, в этом месте ощущается размягчение. Конечно при тетанически сокращенной матке частей плода прощупать нельзя. Плод при достаточной отслойке погибает. Короткость пуповины, абсолютная или относительная, а также сильное напряжение оболочек (при целом плодном пузыре) может, механически оттягивая детское место, отслоить его от маточной стенки. Непосредственная травма матки в области детского места может тоже вызвать кровотечение с дальнейшим отслоением детского места от маточной стенки. В нашем случае имелись альбуминурия и относительная короткость пуповины. Оболочки вряд ли в нашем случае играли какую-нибудь роль в этиологии отслойки, так как полного открытия не было и они не образовывали так наз. колбасовидного пузыря, при котором напряжение оболочек может быть действительно резко выражено.

Какая терапия должна проводиться при преждевременном отделении нормально расположенного детского места?

Лечение. Прямое показание опорожнить матку, для чего при достаточном открытии надо разорвать пузырь и в большинстве случаев благодаря этому небольшому вмешательству, как это и было в нашем случае, роды быстро заканчиваются. Если же открытие мало, шейка не сглажена, тверда, то приходится прибегать к кесарскому сечению (брюшному или влагалищному). Если шейка мягка, растяжима, ее растягивают пальцами по Бонеру, разрывают пузырь, низводят ножку плода (после поворота) и плод извлекают.

В нашем случае удачно оказалось открытие в 6 см, что трудно было ожидать, судя по слабым схваткам, но это у повторнородящих встречается не так редко, и очень трудно делать выводы о размере открытия во времени начала схваток, отмечаемому роженицей. Иногда схватки

длится трие суток, а шейка еще несглажена, а в другом случае схватки начались как будто недавно, а открытие 6—8 см, а то и полное. Обращаю на это внимание для того, чтобы не говорить роженице: схватки начались недавно, можете еще сходить домой и т. п. Без исследования всегда есть риск грубо ошибиться.

Прогностика. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места по справедливости считается одним из наиболее тяжелых осложнений родов. Смертность матерей 60%, смертность детей 100%, если отслойка настолько велика, что ее можно диагностировать. Бывают случаи небольшой отслойки, которые ничем не сказываются ни для матери, ни для плода и диагноз которых ставится на том основании, что детское место вышло тотчас после рождения плода и на нем имеются плотные, темные почти черные старые сгустки. Такие небольшие отслойки на почве альбуминурии, ничем не вредя плоду и матери, все же достаточны, чтобы вызвать преждевременную родовую деятельность, преждевременные роды.

Обычно после родов общее состояние и пульс улучшаются, но опасность еще не миновала. Тяжелое общее состояние больной не соответствует относительно небольшой потере крови (сгусток в 250—300 г) и объясняется интоксикацией от всасывания излившейся в маточную полость крови. Бывает, что больная как будто оправилась, но через 2—3 часа после родов она погибает от внезапного смертельного обморока.

Последующая терапия. Больных после преждевременной отслойки нормально расположенного детского места надо рассматривать и как обескровленных и как страдающих болезнью почек, почему целесообразно профилактически (в смысле эклампсии, рекомендуется французскими авторами) применять клизмы из хлоралгидрата, а для сердца—эфир, камфору, вливание глюкозы (45 г на л), щелочное питье. Кофеин не рекомендуется ввиду краткости его действия, а заболевание почек противопоказует вливание солевого раствора, которого в последнее время стали вообще избегать, заменяя его глюкозой и изотоническими растворами (Тироде и др.).

Кроме вышеуказанных средств рекомендуется в качестве хорошего восстановителя крови кислород (вдыхание).

Поведение среднего медперсонала. В нашем случае средний медперсонал должен был поступить так же, как мы поступили, т. е. разорвать плодный пузырь. Ввиду жизненных показаний при мягкой шейке можно было бы попытаться низвести ножку и извлечь плод, если медработник достаточно опытен. Поскольку кесарское сечение в компетенцию среднего медперсонала не входит, в случаях, где оно показывается, надо срочно вызывать врача или транспортировать к нему больную, что конечно опаснее. Давать возбуждающие и поднимающие кровяное давление средства нельзя.

Наша больная после родов оправилась; хотя крови она потеряла немного, все же вольем ей профилактически 500 г раствора глюкозы и впрыснем под кожу 1 шприц 20% камфоры (в масле или в эфире). Явления эклампсизма у нее не было, кроме головной боли, почему от хлоралгидрата воздержимся, тем более что в этом вопросе не все единодушны. Лед на живот. Тепло к конечностям. Голову поместим невысоко, но ни тепла (ввиду малокровия), ни холода (при эклампсии) назначать не будем.

Осмотр детского места. Детское место овальное, прикреплению пуповины центральное. Вся середина детского места покрыта большим кровавым сгустком, по снятии которого найдены в различных местах небольшие темные плотные старые сгустки. По всей маточной поверхности детского места беловатые уплотнения и более темные несколько выбуха-

ющие узлы. При разрезе обнаружено, что темные узлы являются геморрагическими очагами сравнительно свежими, а белые узлы—очаги старые. Это черные и белые альбуминуритические инфаркты с переходными по цвету формами. Наощупь инфаркты более или менее плотны; чем светлее, тем плотность больше. Отверстие в оболочках 15 см от ближайшего края места, что исключает даже низкое прикрепление места. Вес 420 г (меньше нормы—460 г). Место плоское, как бы атрофировано.

Послеродовой период протекал без осложнений. На 3-й день температура 37,8; нагрубание грудей. Груды с первого дня туго забинтованы. После действия слабительного, данного на 3-й день, температура 36,7, нагрубание грудей меньше. Обратное развитие матки, без применения спорыньи протекало правильно. Выписалась на 7-й день. В моче белок и лейкоциты, направлена для амбулаторного лечения.

Краткий обзор случая

У 26-летней повторнородящей с заболеванием почек на 9-м месяце беременности внезапно обморок и явления внутреннего кровотечения; доставлена в родильный дом, где по установке диагноза преждевременной отслойки нормально расположенного детского места, при открытии 6 см, был разорван плодный пузырь. Через 10 минут родился мертвый плод и вышел послед. Послеродовой период без осложнений.

В задачи консультации для беременных входит выяснение состояния почек у каждой беременной. Профилактически необходимо создать для беременной такую обстановку, чтобы это заболевание минимально отразилось на течении беременности и родов. В результате предпринятых консультацией мероприятий (назначение соответствующей диеты, гигиенических мероприятий, образа жизни и пр.) удается в большинстве случаев предупредить преждевременную отслойку детского места, гибель плода и возможность гибели самой больной.

ГЛАВА VIII

ДВОЙНИ, АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

В родильный дом 13/VII 1930 г. поступила гр-ка З., 32 лет, крестьянка, по поводу схваток.

Анамнез. В анамнезе отмечается малокровие и запоры. На сифилис, туберкулез, гоноррею и рахит указаний нет. В семье мужа две двойни.

Менструации с 14 лет через 3½ недели по 4 дня с небольшими болями в пояснице и внизу живота в течение второго дня менструации. С замужества боли при менструации несколько сильнее, последние крови 1/X. От беременности не предохранялась.Abortов не было. Кровотечений не было. По временам в умеренном количестве неразъедающие бели и боли в пояснице, появившиеся после 4-х родов и усилившиеся после 5-х (последних). Со стороны мочеиспускания неправильностей не было.

Замужем 12 лет, было 5 родов, после каждых родов кормила 14 месяцев, не менструировала. По окончании кормления наступала беременность. Четверо родов прошли благополучно, протекали быстро, послеродовые периоды без осложнений. Последние роды—5-е, 2 года назад, осложнились атоническим кровотечением, от которого роженица до сих пор не вполне оправилась. После родов всегда рано принималась за работу, вставала на 3-й день, с четвертого—делала всю домашнюю работу. Послеро-

довой период последних родов, протекавших в родильном приюте при провинциальной больнице, осложнился недостаточным обратным развитием матки. Родильнице говорили, что матка велика, и выделения были кровянистые. Выписалась она по собственному желанию на 6-й день после родов.

Настоящая беременность, как и все предыдущие, протекала относительно гладко; небольшая тошнота, изредка рвота до 3 мес., шевеление с 15/II (несколько раньше срока), но общее самочувствие было не совсем удовлетворительное: легко уставала, тяжело было ходить, легко появлялась одышка. Схватки начались часа 3 назад, воды не проходили.

Состояние в настоящее время. Сложение правильное, питание ослабленное, бледна. Пульс 78. На обеих голених расширенные вены. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Запоры. Мочеиспускание учащено-неболезненно.

Окружность живота 120 см, живот отвислый. Дно матки на 6 см ниже мечевидного отростка. Пупок выпячен. Рубцы беременности старые и новые в порядочном количестве, пигментирована белая линия и около сосковых кружки. Таз: расстояние между осями—26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—31 см; наружная конъюгата—21 см, боковая—14,5 см. Прощупывается во входе плотно небольшая головка и на уровне пупка справа вторая головка. Сердцебиение слева н/п., второе сердцебиение немного более частое по средней линии, несколько выше пупка.

Что имеется и что делать?

Диагноз затруднений не представляет: во входе прощупывается маленькая головка при окружности живота 120 см—это одно являлось бы очень серьезным угрозам на двойни при отсутствии многоводия, которого в нашем случае нет. Мы кроме того имеем и другие признаки, делающие диагноз двоен вполне достоверным: прослушиваются два сердцебиения различного ритма. Справа на уровне пупка прощупывается вторая головка. Каждый из этих признаков достаточен для вполне достоверной диагностики двоен. Первый ребенок расположен продольно в головном предлежании, первая позиция, второй лежит поперечно, позиция вторая (головка вправо).

Постановка диагноза двоен в громадном большинстве случаев довольно трудна и такие благоприятные условия, как в нашем случае, встречаются нечасто. Достоверным признаком двоен является наличие двух сердцебиений разного ритма (лучше всего, если двое одновременно выслушивают и считают по часам, иначе легко впасть в ошибку, так как частота сердцебиения может меняться на несколько ударов, что может ввести в заблуждение) или ощущение 3 крупных частей. Если вполне ясно прощупываются две головки, конечно этого достаточно. Для отличия головки от плотного иногда тазового конца надо ощупать ясны переход головки в шейку. Также можно диагностировать двойни, если 2 крупные части прощупываются на большом расстоянии друг от друга. Если нет одного хотя бы из этих признаков, диагноз достоверным считаться не может. Выслушивание двух сердцебиений в разных местах одинаковой частоты не исключает возможности двоен, так как частота сердцебиения у двух плодов может быть одинакова, но чрезвычайно редко синхронична (удары одновременно), что можно определить, выслушивая одновременно оба сердцебиения с помощью двух стетоскопов с резиновыми трубками. Для характеристики трудности диагностики двоен может служить заявление одного очень авторитетного акушера, что диагноз двоен можно наверное устано-

вить не редко только тогда, когда один плод уже родился, а другой прощупывается в матке.

Этиология. Частота двоен от 11 до 15 на 1000. У славянских национальностей двойни встречаются чаще, чем у романских и германских, т. е. частота двоен является как бы расовой особенностью. Влияние наследственности не подлежит сомнению. Влияние наследственности приблизительно одинаково со стороны отца и матери. Из 100 случаев двоен около 70% двуяйцевые, 30% однойяйцевые. При однойяйцевых двойнях плоды всегда одного пола, при двуяйцевых в 50% однополые, в 50% разнополые плоды.

Некоторые авторы считают двуяйцевые двойни явлением нормальным, физиологическим. Однойяйцевые двойни образуются в результате неправильности зародышевого материала в зависимости от туберкулеза, алкоголизма, сифилиса, при которых имеется больший процент неправильно развитых сперматозоидов (с 2 головками, 2 хвостиками и т. д.), оплодотворение которыми может быть причиной однойяйцевых двоен. Течение беременности при двойнях естественно несколько более тяжело ввиду большего общего веса плодов и большего объема живота, вызывающего в большей степени механические затруднения в функциях внутренних органов. Отмечаются также более резко выраженные токсические явления, рвоты, альбуминурия и эклампсия. Чаще встречается преждевременное прерывание беременности, главным образом от развивающегося многоводия. Поскольку в нашем случае этого нет, мы на этом останавливаться не будем.

В анамнезе нашей роженицы нет указаний ни на алкоголизм, ни на туберкулез, сифилиса по видимому тоже не было (не было выкидышей, сыпи и т. п.). Реакция Вассермана не производилась. Наследственность в смысле двоен имеется со стороны мужа.

Какова прогностика в нашем случае?

Прогностика. Повторнородящая, хороший таз, небольшой относительно ребенок—все это говорит за то, что мы можем ожидать быстрых и легких родов, с другой стороны, большое растяжение матки и брюшной стенки могут повести к слабым схваткам, что при вышеупомянутых соотношениях между тазом и плодом вероятно большого значения иметь не будет, но является угрозой другого осложнения—атонического кровотечения в результате плохого сокращения маточной мускулатуры. Это надо иметь в виду и особенно внимательно наблюдать за последовым периодом и в первые часы послеродового. Пока кроме обычного наблюдения от нас ничего не требуется, никакое вмешательство не показано.

Нужно ли внутреннее исследование?

Сердцебиение плода хорошее, головка во входе, следовательно предложения пуповины нет, в противном случае она была бы прижата головкой, и сердцебиение плода было бы нарушено. Можно вполне обойтись без внутреннего исследования, так как нет данных, указывающих на что-либо патологическое, а определение величины открытия и состояние шейки для нас в данный момент значения не имеют.

Рождение первого плода. Через 10 минут после поступления роженицы в родильню у нее прошли воды в небольшом количестве и через 5 минут родился мальчик весом в 2420 г, длиной в 48 см, окружность головки 31 см (по прямому размеру).

Перевязывать плацентарный конец пуповины или нет?

Какие у нас двойни?

заранее определить, какие двойни,—одно- или двуяйцевые, не представляется возможным. Это имеет практическое значение, так как при двуяйцевых двойнях имеются два детских места, а при однойяйцевых одно. В последнем случае, если после рождения первого плода плацентарный

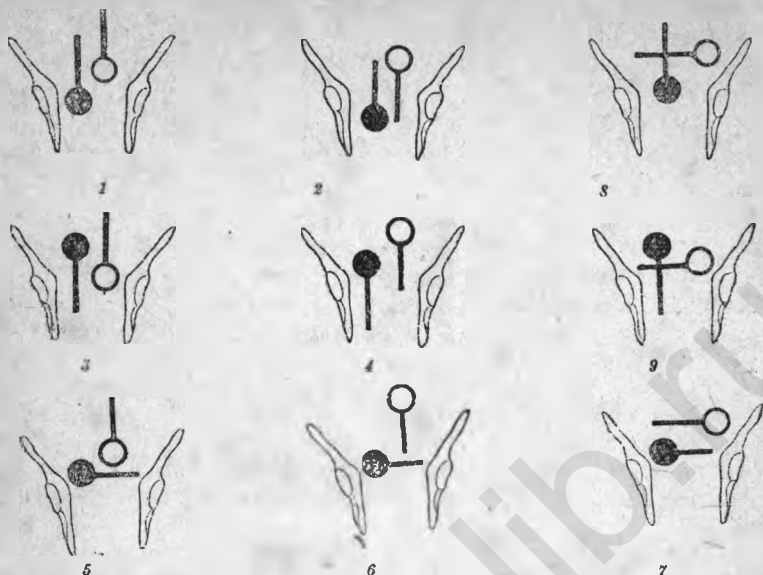


Рис. 51. Схема расположения двоен в матке.

предлежат 1—две головы; 2—голова и тазовой конец; 3—тазовой конец и голова; 4—два тазовых конца; 5—один плод расположен горизонтально, над ним голова другого плода или (6) тазовой конец другого плода; 7—оба плода расположены горизонтально; один плод расположен горизонтально, другой вертикально в тазовом предлежании (8) или в головном (9).

конец пуповины не перевязать, второй плод может истечь кровью через перерезанную пуповину первого плода, почему в случае двоен плацентарный конец пуповины первого плода надо обязательно на всякий случай перевязывать.

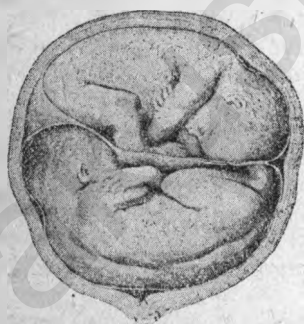


Рис. 52. Расположение двоен в матке горизонтально один над другим.

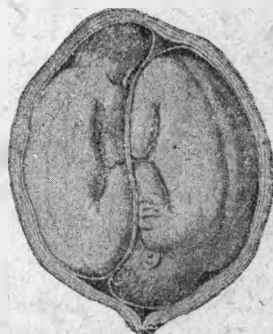
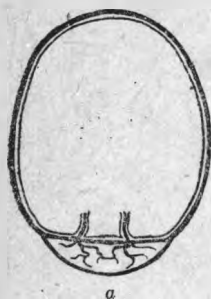


Рис. 53. Расположение двоен в матке вертикально один вниз головой, другой тазовым концом.

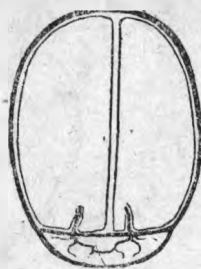
Как располагаются в матке плоды при двойнях? (рис. 51, 52, 53).

Расположение плодов при двойнях. Один плод может быть впереди другого, они могут быть расположены рядом и наконец один может быть над дру-

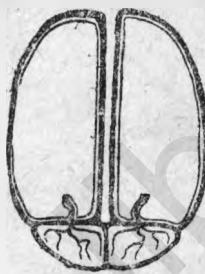
гим. Чаще встречается продольное расположение плодов. В смысле расположения частей плода могут быть внизу: 1) 2 головы; 2) голова и тазовой конец; 3) тазовой конец и голова; 4) 2 тазовых конца; 5, 6) один плод может быть расположен вертикально, 2-й горизонтально; 7) оба плода могут быть расположены горизонтально и 8, 9) при расположении одного впереди другого один может быть расположен вертикально, а другой горизонтально. Наиболее часто встречаются первые 4 расположения. Нередко во время родов второй плод по выходе первого принимает поперечное положение. Определение после родов, имеются ли однояйцевые двойни или двуяйцевые, труда не представляет. При однояйцевых (рис. 54) имеется 1 детское место и общая ворсистая, при двуяйцевых (рис. 55)—2 детских места, 2 ворсистых оболочки; водные оболочки, как образовавшиеся из кожных покровов плода, всегда 2 отдельных. Иногда при однояйцевых двойнях, расположенных в одной вористой оболочке,



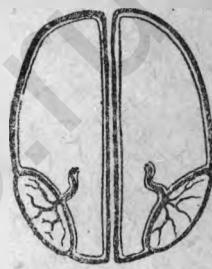
a



b



a



b

Рис. 54. Детское место при однояйцевых двойнях.

a—детское место и ворсистая оболочка, одна водная оболочка между плодами атрофировалась; b—детское место и ворсистая оболочка, водных оболочек две.

Рис. 55. Двужайцевые двойни. Два детских места, две ворсистых и две водных оболочки.

a—детские места расположены рядом вплотную, что может симулировать наличие одного детского места; b—детские места расположены отдельно.

соприкасающиеся части водной оболочки могут атрофироваться и может получиться ложное впечатление, что плоды были расположены в одной общей водной оболочке (рис. 54,а).

Как мы и предполагали, несмотря на схватки средней силы ввиду небольших размеров плода, при хорошем тазе и отсутствии сопротивления со стороны мягких тканей полового канала роды первого плода произошли очень быстро. Продолжались они всего часа $3\frac{1}{2}$. После рождения первого плода родовая деятельность совсем прекратилась. Положение второго плода не изменилось, сердцебиение хорошее, на прежнем месте. Дно матки несколько ниже, см на 4, во входе в таз ничего не прощупывается.

Что делать?

Перерыв родовой деятельности на некоторое время не может считаться патологическим. Второй плод может родиться вскоре после первого, меньше чем через 5 минут, и роды второго плода могут произойти через несколько часов и даже дней, при этом шейка матки сформировывается и закрывается до наступления родов второго плода. Бывает, что послед первого плода выходит до рождения второго, но это бывает редко (0,5—1,3%), обычно послед первого плода выходит по рождении второго плода, перед выходением второго последа или после него.

Какие же осложнения могут встречаться при родах двойнями?

Осложнения. Наиболее частое осложнение, вызываемое растяжением матки, это ослабленная родовая деятельность, что имеется и в нашем случае. Нередки также неправильные предлежания и выпадения пуповины и членов плода (ручки). Также встречаются случаи, когда оба плода вступают в таз одновременно, что может повести к невозможности родоразрешения без оперативного пособия.

Если бы предлежание второго плода было правильным, мы могли бы спокойно ждать, предоставив роды их естественному течению, не будучи за сердцебиением плода, состоянием роженицы и т. д., но имеется поперечное положение и слабая родовая деятельность. Рационально ли ждать?

Поперечное положение второго плода.

Поворот, низведение ножки. Полное открытие и целостность пузыря при поперечном положении создают благоприятные условия для исправления неправильного положения поворотом на ножку, на что мы и ре-

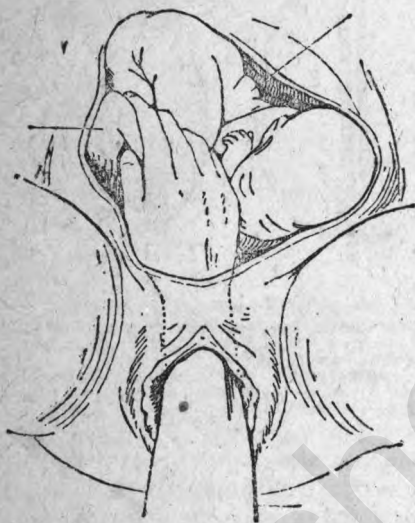


Рис. 56. Захватывание правой рукой правой (верхней) ножки при заднем виде первого поперечного положения, для производства поворота.

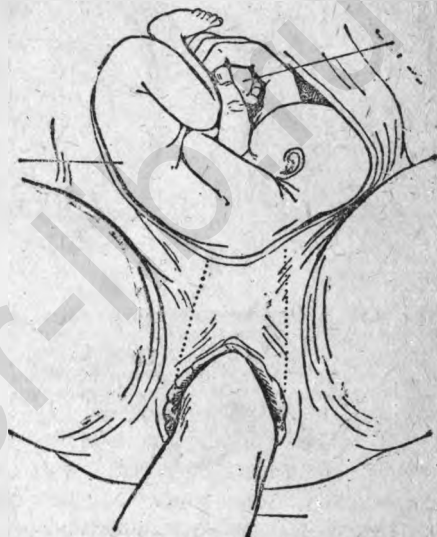


Рис. 57. Захватывание правой рукой правой (нижней) ножки при переднем виде первого поперечного положения для производства поворота.

шаемся, так как это кстати даст возможность в случае появления к тому показаний быстро закончить роды, почему мы решаем сделать поворот на ножку.

Нужен ли наркоз и какой рукой делать поворот?

Повторнородящая, родовой деятельности нет, воды целы, плод подвижен, размер его небольшой, поворот легко сделать без наркоза, который очень нежелателен ввиду его расслабляющего в дальнейшем действия на маточную мускулатуру, что может повести к атоническому кровотечению. Для производства поворота при поперечном положении удобнее захватить ножку рукой, одноименной с той частью таза, где находятся ножки (тазовой конец), потому что эта рука в положении среднем между пронацией и супинацией легко может захватить ножку (рис. 56, 57, 58, 59). Вообще же можно оперировать той рукой, которой лучше владеете.

Какую ножку захватывать?

Захватывать надо ту ножку, при влечении за которую спинка плода повернется вперед. При передних видах это будет ножка одноименная с предлежащим плечом, при задних видах ножка разноименная с предлежащим плечом. Ножка соответствует при таких условиях тому бедру, которое будет верхним (передним). У нас позиция вторая, ножки в левой половине таза, поворот удобнее производить левой рукой, но если кто привык работать правой рукой, не полагаясь на свою левую руку, не будет большой ошибки использовать и в нашем случае правую руку, которой захватить ножку будет конечно менее удобно. Надо будет руку провести с наружной стороны ножки между ней и маткой, чтобы тыльная сторона руки была обращена к матке, а ладонная к ножке. Разорвав пузырь, мы легко определим, какое плечо предлежит и имеется ли передний или зад-

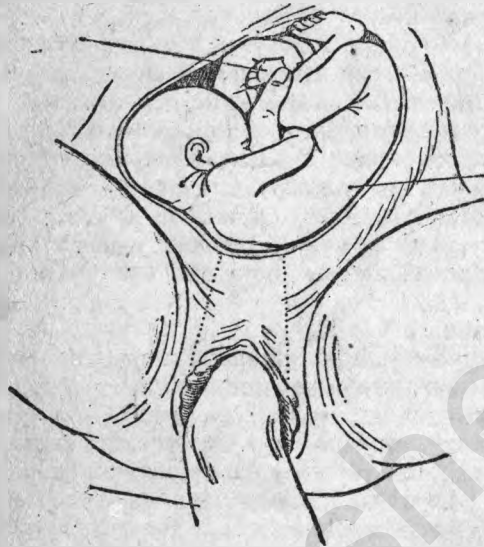


Рис. 58. Захватывание левой рукой левой (нижней) ножки при переднем виде второго поперечного положения для производства поворота.

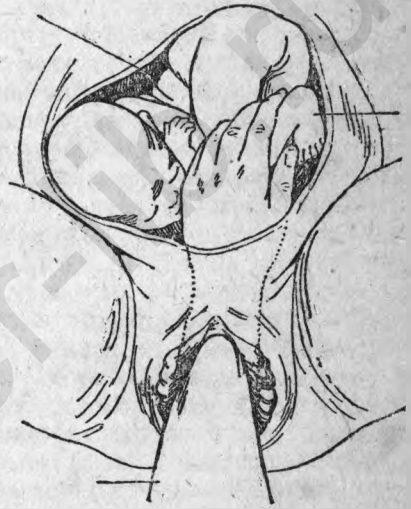


Рис. 59. Захватывание левой рукой левой (верхней) ножки при заднем виде второго поперечного положения для производства поворота.

ний вид, сообразно с чем и будем выбирать ножку. Если же нужная ножка не попадет под руку, то чем ее искать, лучше извлекать ту ножку, которую удалось легко захватить, так как влечение за менее удобную ножку заставит плод повернуться на 180° вокруг его продольной оси, что обычно особых затруднений не вызывает, а в нашем случае, при небольшом ребенке, произойдет легко.

После обычной подготовки к операции правой рукой разводим половые губы, а левую, сложенную конусом, без затруднений вводим во влагалище. Найдено: шейка раскрыта на 8 см (несколько спалась), прощупывается напрягающийся плодный пузырь, который захвачен введенными по руке пулевыми щипцами и влечением за щипцы разорван. Щипцы пулевые извлечены. Дно матки фиксируется правой рукой оперирующего, левая рука проходит в полость матки; предлежат левый бок и левое плечо, спинка вперед, имеется передний вид правого (2-го) поперечного положения, следовательно надо захватить левую ножку. Рука оперирующего по

боку плода продвигается к тазовому концу, переходит на бедро, голень и захватывает левую ступню, указательный и средний пальцы охватывают голень выше лодыжек, большой палец на подошве. Низводим захваченную стопу из матки во влагалище и наружу; наружная рука отодвигает при этом головку кверху. Поворот совершился легко, как и предполагалось, учитывая благоприятные для его производства условия: отсутствие родовых сокращений, малый плод, его значительная подвижность (воды).

Когда мы можем считать поворот законченным?

Тазовый конец будет во входе в таз; если голень выведена до появления колена из половых частей, тогда мы можем считать поворот законченным.

Наружное исследование: головка у дна, у входа ягодицы, спинка влево, сердцебиение слева выше пупка (1-е ножное предлежание, передний вид).

Что делать дальше?

Поперечное положение исправлено, плод в неполном ножном предлежании, никаких неправильностей нет, а также нет никаких показаний к окончанию родов. Операция поворота, исправляющая неправильное положение плода или заменяющая неблагоприятное предлежание более удобная при данных обстоятельствах, совсем не должна немедленно сопровождаться операцией извлечения (операцией родоразрешающей). Если явятся показания, мы без труда сумеем извлечь за ножку ребенка, так как необходимое для производства извлечения условие—достаточное открытие—имеется.

Сколько времени ждать?

Производя поворот, мы несомненно нарушили нормальное членорасположение плода, головка могла разогнуться, ручки отойти от груди, запрокинуться за головку. Надо отпустить выведенную ножку и предоставить плоду некоторое время для того, чтобы он мог вернуться к своему нормальному членорасположению (минут 10—15). За это время может начаться родовая деятельность, и нам извлечение делать не придется. Если же родовая деятельность будет недостаточна, то мы должны проводить случай так, если бы нашего поворота не было, т. е. если бы имелось неполное ножное предлежание с вышедшей до колена ножкой. После излития вод нормально происходит ретракция маточной мускулатуры, полость матки уменьшается, матка охватывает плод, что в свою очередь раздражает маточную мускулатуру и усиливает родовую деятельность. Вместе с тем маточно-плацентарные сосуды несколько сдавливаются, что ухудшает условия кровообращения плода и может повести к его асфиксии, почему должно после излития вод внимательно следить за сердцебиением плода, чтобы во-время вмешаться. Если все будет в порядке, мы можем не спешить с извлечением полчаса-час, желательно дать матке, растянутой двойнями, возможность произвести определенную сократительную работу, отсутствие которой может усилить и без того угрожающую атонию матки, о чем было сказано выше.

Прибегать ли к средствам, вызывающим или усиливающим родовую деятельность?

Наиболее действительными средствами, вызывающими маточные сокращения, являются препараты мозгового придатка, питуитрин и т. п., но после их отмечается нередко последующая атония матки, почему лучше от этих препаратов воздержаться.

Действие хинина и сахара на сокращения матки. О средствах, вызывающих маточное сокращение, поговорим подробнее при разборе случая

слабости схваток, здесь упомянем только о сокращающем матку действии хинина и сахара. Оба эти средства действуют довольно слабо, но побочного вредного действия они не имеют, почему мы можем их применить, не считывая особенно на успех, но без всякого риска повредить роженице и ребенку. Назначим солянокислого хинина 0,3 и отдельно сахару 50,0.

Механические раздражители (массаж) также вызывают сокращение матки, но достаточного механического эффекта в виде правильных родовых схваток не дают.

Прошел час, схватки редкие и слабые, сердцебиение плода слабеет и замедляется, силы роженицы истощены, пульс 86, температура 37,2°, роды не подвигаются.

Что делать?

Роды не подвигаются и есть данные, указывающие на угрожающую асфиксию плода и на ухудшение состояния роженицы (пульс и температура), ждать больше нечего, надо закончить роды. Ножка низведена, будем за нее извлекать ребенка. При таком извлечении можем нарушить нормальное членорасположение плода, ручки могут запрокинуться за головку, что значительно затруднит ее выведение. Чтобы этого избежать, будем производить тракции только во время схваток, помощник при этом будет надавливать рукой на дно матки, на головку, действуя аналогично потугам и схваткам.

Извлечение второго плода. Роженица взята на край кровати (кровать Рахманова сдвинута, укорочена на $\frac{1}{3}$), положение спиннойголичное, ноги на подставках. Помощник легким массажем вызывает схватку и давит на дно матки, извлекающий тянет за ножку по направлению книзу. Ввиду малых размеров плода одной тракцией оказалось достаточно, чтобы извлечь ребенка до пупка; пуповина натянута, надо освободить натяжение, чтобы в дальнейшем при освобождении ручек и головки не дергать за пуповину, но это не удастся. Вторая ножка, согнутая в тазобедренном и коленном суставах, вышла самостоятельно со стороны промежности, без всякого вмешательства с нашей стороны, во время выхождения ягодиц в прямом размере. Следующей тракцией (в горизонтальном направлении), обернув вышедшую наружу часть плода теплой стерильной пеленкой, плод извлекаем до шейки, при этом спинка, бывшая спереди, повернулась влево и задняя ручка (левая) выскользнула наружу. Повернув туловище на 180° и оттянув плод за ножки к правому паху матери, мы получили выхождение правой (теперь задней) ручки. Захватив после этого одной рукой обе ножки, оперирующий опрокинул туловище ребенка на живот матери, благодаря чему головка вышла наружу из половой щели. Был применен пражский способ выведения головки (рис. 173). Такое легкое извлечение получилось потому, что плод небольшой, а мягкие ткани повторнорожающей родильницы сопротивления извлечению не оказывали. Извлечен живой мальчик 47 см длиной, 2360 г весом. Пуповина оказалась 2 раза закрученной вокруг шеи плода, возможно от этого и получилось ослабление и замедление его сердцебиения. Перед извлечением головки пуповина перерезана, натяжение не давало возможности ее снять. Для оживления ничего приготовлено не было, у нас была уверенность получить живого ребенка без асфиксии. Наша уверенность основывалась на вялости матки, которая не могла защемить шейку плода, что может случиться в результате раздражения при быстром извлечении, на достаточной растяжимости тканей полового канала и на малых размерах плода. Дно матки опустилось до уровня на 4 см выше пупка, матка вялая.

Через полчаса место отделилось, и послед самостоятельно вышел. По осмотру: 2 отдельных места, не соприкасающиеся. Оболочки все, целостность мест сомнений не вызывает. По выхождении последов появилось кровотечение.

От чего зависит появление кровотечения и что делать?

Атопическое кровотечение, причины, дифференциальная диагностика. К сожалению наши опасения оправдались, матка плохо сокращается, она велика, вяла, налицо атоническое (гипотоническое) кровотечение. Причины—растяжение матки двойнями, слабость маточной мускулатуры от повторных родов и в зависимости от ослабления организма роженицы, а также от быстрых родов, ввиду краткости которых матка не смогла хорошо развить своей сократительной способности. Одним из моментов, мешающим сокращению матки, является наполнение мочевого пузыря, почему в таких случаях надо прежде всего позаботиться о его опорожнении, а затем принять меры, вызывающие маточные сокращения.

Мы можем вполне уверенно исключить возможность кровотечения от разрывов кровеносных сосудов полового канала, так как не было во время родов моментов, могущих вызвать такие повреждения. Открытие было полное, на шейке матки никаких рубцов не обнаружено, никакого оперативного вмешательства, могущего вызвать разрыв шейки, не было, извлечение было легкое, не форсированное. Точно так же в остальном половом тракте, не представлявшем никакого сопротивления к прохождению и первого и второго плодов, не могло получиться кровоточащих разрывов. О разрыве матки тоже говорить не приходится: нет никаких симптомов, указывающих на такую возможность, нет и этиологических моментов; кроме того кровотечение из разрывов скорее всего обнаружилось бы до выхождения последов, а в нашем случае оно появилось после их выхождения.

Имеются признаки атонии матки: матка большая, вялая, плохо сократившаяся. Несомненно кровотечение началось с началом отделения детских мест, но кровь могла наружу не выходить, задержаться и даже свернуться в матке, встречая препятствие к выхождению в оболочках и в ниже расположенном последе. Когда же последы вышли наружу, вскрытые сосуды плацентарных площадок, не сдавливаемые плохо сократившейся мускулатурой матки, закровоточили и кровь стала изливаться наружу.

Терапия. Больная самостоятельно помочилась, ей сделано подкожное впрыскивание 1,0 питuitрина и 2,0 эрготина (10% раствора), на живот положен лед, применяется массаж матки, под влиянием которого она сокращается, но вновь распускается: постоянного хорошего сокращения, дающего твердый шар, «шар безопасности» не получается. Кровотечение не прекращается, хотя стало несколько слабее. Матка все время большая, вялая. Несомненно в ней имеются сгустки крови, которые могут мешать ее сокращению. Хотя целостность выделившихся детских мест не вызвала сомнений, но все же нельзя ручаться за то, что никаких частей, могущих мешать сокращению, в матке не осталось. Больная потеряла порядочно крови, она бледна, жалуется на потемнение в глазах, зевает, пульс слабый, 90 в минуту. Это явление острого малокровия.

Что делать?

Пока кровотечение не остановлено, нельзя применять каких-либо средств, возбуждающих сердечную деятельность и повышающих кровяное давление. Для увеличения притока крови к мозгу для борьбы с явлениями его малокровия (потемнение в глазах, зевота) надо опустить голову (вынуть подушки) и положить к голове пузырь с горячей водой.

Прижатие аорты к позвоночнику. Важно, чтобы больная не теряла крови, пока мы будем подготавливаться к контрольному обследованию маточной полости; для этого поручаем помощнику концами пальцев прижать аорту к позвоночнику на уровне пупка. Прижатие аорты останавливает всякое кровотечение из сосудов, расположенных ниже прижатого места, и образующееся малокровие матки вызывает ее сокращение. При таком способе прижатия аорты придавливающие пальцы быстро устают, можно им помочь надавливанием на них пальцами другой руки или производить прижатие аорты тыловой стороной основных суставов пальцев сжатой в кулак руки (рис. 60). Такое придавливание аорты можно без вреда для сосудистой системы и питания обескровливаемых органов производить в течение четверти-получаса.

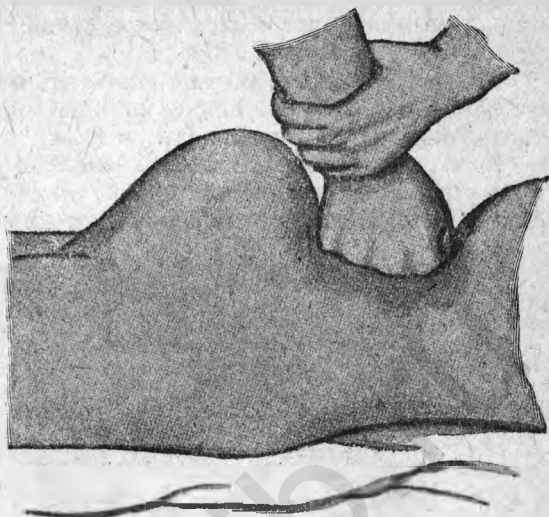


Рис. 60. Прижатие брюшной аорты к позвоночнику для остановки кровотечения при атонии матки. Кулак правой руки придавливает аорту, левая рука облегчает работу правой руки.

Контрольное обследование маточной полости. Контрольное обследование, произведенное после тщательной дезинфекции рук и смазывания кончиков пальцев йодной

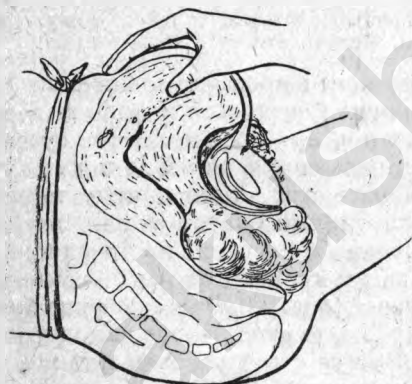


Рис. 61а. Атоническая матка, дно матки выше пупка, полость ее наполнена кровью.

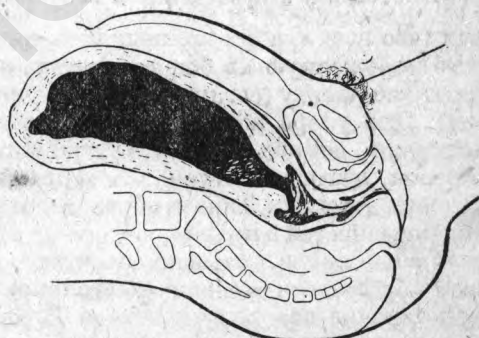


Рис. 61б. Сократившаяся (после атонии) матка прижата к лонному сочленению и фиксирована бинтом, наложенным вокруг туловища. Вялые стенки маточной шейки придавлены влагалищным тампоном.

настойкой, обнаружило наличие в матке большого количества кровяных сгустков и отсутствие кольца сокращения (последнее указывает на атонию матки). Кровяные сгустки удалены, матка сократилась.

Придавливание матки к лону. Чтобы закрепить полученные результаты, тело матки при помощи руки, приподнявшей ее с задней поверхности, опрокинута на лонное сочленение передней стороной и нижний сег-

мент матки придавлен к верхнему краю лонного сочленения приблизительно на уровне внутреннего зева и матка фиксирована бинтом (рис. 61, а и в).

Кровотечения нет, матка сокращена хорошо. Через четверть часа прижатие прекращено, и хорошо сокращенная матка осторожно водворена на свое место в малый таз.

Пульс 82, полнее, но еще слабоват, общее состояние лучше, больная жалуется на слабость. Родильница потеряла много крови, и, несмотря на опущенное положение головы, к мозгу притекает крови недостаточно.

Аутотрансфузия. Чтобы еще несколько усилить приток крови к голове, надо уменьшить количество крови, протекающее к нижним конечностям, для чего приподнимем таз больной, подложим под него твердую подушку

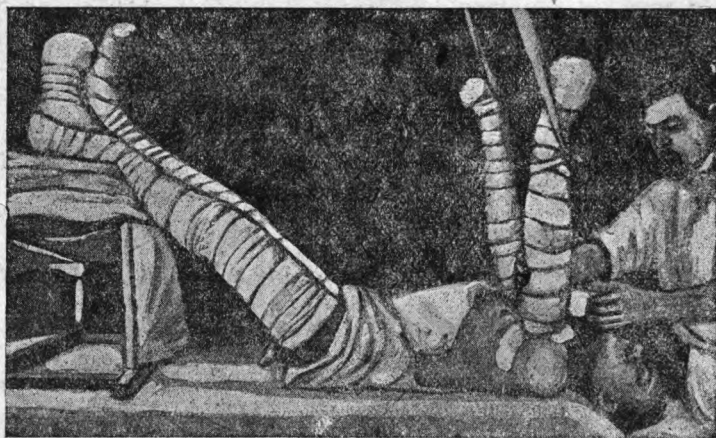


Рис. 62. Аутотрансфузия (рис. из учебн. Кружкова). Положение больного с опущенной головой и приподнятыми конечностями. Конечности туго забинтованы.

или (что еще лучше) приподнимем нижний конец кровати, подложив под него положенную на бок табуретку, а нижние конечности поднимем вертикально кверху (согнув их в тазобедренных и выпрямив в коленных суставах). Для упора ног к бедрам подставим положенную на ребро подушку, подложив ее под матрац. Обе нижние конечности, приподнятые таким образом, туго забинтуем вязаным или полотняным бинтом от пальцев до паховых складок. Таким образом мы получаем вытеснение крови из нижних конечностей в кровяную систему туловища; происходит как бы самопереливание крови, называемое аутотрансфузией (рис. 62). Работа сердца при этом облегчается (меньше расстояние) и кровяное русло более наполнено.

Вливание под кожу раствора Тироде. Вместе с тем вливаем под кожу живота (или под грудные железы) с помощью аппарата Боброва с двумя иглками 500 г теплого 38° раствора Тироде¹ (или раствора глюкозы 5%,

¹ Раствор Тироде готовится следующим образом: к 100 см³ первого раствора добавляется 800 см³ дистиллированной воды, 20 см³ второго раствора, 1,0 глюкозы и дистиллированной воды до 1000,0. Раствор стерилизуют.

Раствор № 1	
10% хлористого натрия	80 см ³
4% хлористого калия	5 см ³
4% хлористого кальция	5 см ³
(приготовленного из кристаллического хлористого кальция).	
1% хлористой магнeзии	10 см ³
	<hr/> 100 см ³

Раствор № 2	
1% раствора кристаллической двууглекислой соды	10 см ³
0,5% фосфорнокислого натрия	10 см ³
	<hr/> 20 см ³

изотонического сыворотке крови). Можно для подкожных вливаний применять раствор Рингера следующего состава:

Natrii chlorati	6,0
Kalii chlorati	0,42
Calcii chlorati	0,25
Natrii bicarbonici	0,3
Aq. destillatae	1000,0
D. S. Sterilis для подкожного вливания	

Солевой раствор вливать не следует, так как он содержит один хлористый натрий, неизотоничен крови и вреден для почек.

Пульс 82 в минуту при нормальной температуре, это следует в нашем случае объяснять потерей крови, а не наличием инфекции.

Получившийся при вливании раствора инфильтрат тут же рассосался под влиянием массажа; через 30 мин. вливание и всасывание влитой жидкости закончилось. Пульс 76, полный, самочувствие хорошее. Можно медленно разбинтовать конечности и их опустить, голову еще часа 2 поднимать не будем, чтобы больная вполне оправилась.

Зноб. У больной появилась потрясающийзноб, пульс опять участился до 80. Зноб получился от всасывания из матки. Надо на время снять лед с живота, обложить больную грелками и укутать одеялом, что и сделано. Зноб прошел, самочувствие хорошее, пульс 74, полный, спокойный, температура 36,7°, кровотечения нет, матка сократилась хорошо.

Показания к применению сердечных средств: камфоры, эфира, кофеина и т. п. при слабом пульсе. Мы не давали этих средств, потому что слабость пульса зависела от недостатка жидкости в организме, что можно было исправить только проведенной нами терапией, аутоотрансфузией и вливанием под кожу; в более экстренных случаях надо делать вливание в вену. Пульс не был настолько слаб, чтобы явилась необходимость поднять деятельность сердца. В данный момент кроме покоя больная ни в чем не нуждается. Дадим ей горячего чая с сахаром в качестве возбуждающего и пополняющего потерю жидкости (таких больших обычно беспохит жажда) и оставим ее под наблюдением ввиду возможности рецидива. Для сокращения матки назначим лед на живот (с перерывами, чтобы не вызвать ознобления) и настойку спорыньи (инфузум) из 10,0 на 200,0 с 4,0 кислого эликсира Галлера (этот эликсир как кислота повышает свертываемость крови) по столовой ложке 4 раза в день.

Прогноз. Больная потеряла много крови, организм ее ослаблен, кроме того было сделано контрольное обследование маточной полости, связанное с значительным риском внесения инфекции; потеря крови понижает сопротивляемость организма инфекции. Опыт показывает, что несмотря на теоретические соображения, дающие большие шансы на послеродовое заболевание, последнее развивается нечасто. Повидимому тут играет роль бактерицидное действие вытекающей крови. Это дает нам основание и право производить без особого страха, но с достаточной осторожностью контрольное обследование маточной полости в ближайшее время после родов, когда маточная полость бактерий не содержит, а тщательная дезинфекция рук относительно гарантирует от занесения инфекции. Надо иметь в виду, что с каждым часом в полость матки проникают бактерии из нижележащих частей полового канала и находят благоприятную для своего размножения почву на мертвых тканях, кровяных сгустках, обрывках оболочек и т. п. и следовательно с каждым часом внутриматочные вмешательства делаются все опаснее и опаснее, так как ими нарушается образуемый лей-

коцитами защитный вал и тем открываются ворота для проникновения инфекции в глубь тканей. Таким образом контрольное обследование маточной полости, произведенное тотчас после родов, сравнительно с таким же обследованием, произведенным на вторые и третьи сутки после родов, является сравнительно невинным вмешательством, почему в случае сомнений в целостности вышедшего детского места при кровотечении лучше обследование делать тотчас после родов с небольшим риском, чем подвергать роженицу этому в дальнейшем очень опасному вмешательству, если появится кровотечение.

Все наши вмешательства вызывались жизненными показаниями и у нас, как указано выше, имеются данные предполагать, что наша больная их перенесет без ущерба для своего здоровья.

Нам сравнительно легко удалось остановить кровотечение.

Что же мы должны были бы предпринять, если бы кровотечение не остановилось?

Пришлось бы затампонировать матку (технику изложим при случае, где придется тампонацию применить); но бывает, что и тампонация не помогает, тогда приходится прибегнуть к зажатию через влагалище сосудов широкой связки матки (так наз. абклемунг) и даже как последнее средство—удаление матки (гистерэктомия) через брюшную стенку или влагалище.

Поведение среднего медперсонала при атоническом кровотечении. Эти операции не входят в компетенцию среднего медперсонала и так как ни в каком случае атонического кровотечения нельзя с уверенностью сказать, как удастся его остановить, средний медперсонал, начав применение мероприятий для остановки атонического кровотечения в пределах своей компетенции, одновременно должен озаботиться о вызове врача или подумать, нельзя ли случаи, угрожающие атоническим кровотечением в роде нашего (описываемого), своевременно переправить в лечебное учреждение.

В послеродовом периоде обратное развитие матки было недостаточно. Матка была больше нормальной средней величины (дно на 4-й день 16 см выше лона) и в течение 5 дней выделения были кровянистые, несмотря на то, что больная все время получала по 4 ложки настойки спорыньи с кислотой, а двое первых суток, имея в виду противовоспалительное и сокращающее действие, у нее на животе лежал лед. Выделения первые два дня были обильные, потом их количество стало приблизительно соответствовать норме, но характер, как уже было указано, был резко кровянистый. Со стороны мочеиспускания осложнений не было. На третий день было дано слабительное—25,0 касторового масла. Набухание грудных желез небольшое, больную не беспокоило, трещин на сосках не было. Пульс достаточного наполнения, первый день около 80 ударов в минуту, а затем приблизительно 76—78. Температура на третий день вечером 37,3°, остальные дни ниже 37°.

Больная выписалась на 7-е сутки с недостаточно сократившейся маткой по собственному желанию ввиду необходимости ухаживать за детьми.

Советы больной относительно ее поведения после выписки. Особенно против выписки возражать не пришлось, учитывая, что небольшие физические упражнения—домашняя работа—могут способствовать сокращению матки, но больной было указано, что ввиду расслабления брюшных стенок и мускулатуры таза тяжелая физическая работа является для нее особенно опасной.

Дан совет носить бандаж и делать гимнастические упражнения, укрепляющие брюшную стенку и мускулатуру тазового дна (2 раза в день по 10 упражнений).

Упражнения следующие:

1) медленно из лежачего положения без помощи рук садиться и из сидячего—ложиться;

2) в лежачем положении медленно поднимать ноги до вертикального положения и опускать;

3) втягивать задний проход.

Особенно рассчитывать на то, что больная будет аккуратно исполнять наши предписания ввиду ее невысокого культурного уровня не приходится, но у нас имеется возможность наладить необходимое наблюдение за такими больными на дому с помощью патронажных сестер консультаций, которым и будут даны соответствующие распоряжения.

Последний вопрос, который возникает при изучении данного случая.

Что делать в случае новой беременности?

Конечно для нашей больной беременность противопоказана, почему мы ее своевременно, не рассчитывая на предохраняющее от беременности кормление грудью, направим в профилактический кабинет консультации, где ей укажут способ предохранения, наиболее подходящий к анатомо-физиологическим особенностям ее половой системы.

Что делать, если бы, несмотря на предохранение, получилась бы беременность?

Ведь предохранение от беременности, даже аккуратно проводимое, не дает гарантии на 100%. Если нашей больной удалось этот раз не без существенного вреда для ее организма перенести атоническое кровотечение, то можно с громадной степенью вероятности сказать, что следующие роды могут окончиться катастрофой, даже если не будет двоен. Поэтому будет вполне показанным прервать беременность, сделать искусственный выкидыш на 2-м или в начале 3-го месяца беременности, когда мы сможем легче справиться с недостаточной сократительной способностью мускулатуры матки, чем после родов.

Что можно предпринять, если в подобном случае женщина захотела бы все же иметь ребенка?

Единственно, что можно ей предложить, это кесарское сечение с последующим (тут же) удалением матки.

Краткий обзор случая

Повторнобеременная, с ослабленным общим состоянием и с наследственностью на беременность двойнями. При слабых схватках первый ребенок быстро родился в затылочном предлежании. Положение второго, поперечно расположенного, исправлено поворотом. Еще большее ослабление родовой деятельности и угрожающая асфиксия плода явились показаниями для его извлечения. Послед выделился самостоятельно, но после его выхода появилось атоническое кровотечение, для остановки которого были применены горячие спринцевания, лед, эрготин, питуитрин, контрольное обследование маточной полости, прижатие аорты и прижатие антефлексированной матки к лону, тепло к голове, аутотрансфузия и вливание раствора Тироде. Послеродовой период без осложнений. Больной указана опасность повторения беременности и дан совет обратиться в профилактический кабинет консультации. Наблюдение за послеродовым периодом больной на дому поручено патронажной сестре консультации.

Патронажное наблюдение, проводимое средним медперсоналом консультации, является очень ценным фактором в смысле профилактики во избежание повторения описанных в нашем случае осложнений в дальнейшем.

Наши консультации полностью проводят патронажное наблюдение в жизнь и достигают в этом отношении больших результатов.

ГЛАВА IX

РОДЫ И КИСТА ЯИЧНИКА

Гр-ка И., 29 лет, поступила в роддом 4/X 1930 г. в 18 часов по поводу родовых схваток, начавшихся с утра.

Анамнез. Замужем 13 лет, было 6 родов, 2 самопроизвольных выкидыша на 3-м мес. (3-я и 5-я беременности). Выкидыши и роды происходили в деревне без медицинской помощи, с бабкой, послеродовые и послеродовые периоды протекали без видимых осложнений. Вставала после родов на 3-и сутки и принималась за работу. От беременности не предохранялась. Во время кормления не менструировала в течение месяцев 10. Менструации с 13 лет установились сразу, ходят через $3\frac{1}{2}$ —4 недели по 4 дня с небольшими болями в пояснице и внизу живота. Количество выделяемой крови и боли с каждым годом несколько увеличивались. Последняя менструация 25/I 1930 г., с тех пор считает себя беременной. Со стороны анамнеза ничего патологического не отмечается. Наследственность нормальная. Инфекционных заболеваний кроме детских (корь, ветряная оспа) не было. Указаний на сифилис, туберкулез, гоноррею, рахит нет. Мочеиспускание бывало по временам учащено, болезненности, рези не было никогда. Иногда бели, не разъедающие. Кровотечений кроме выкидышей не было. Данные анализа указывают, что, несмотря на неблагоприятные условия (работа во время всей беременности, отсутствие квалифицированной медицинской помощи) организм был настолько крепок, что особенно не пострадал. Организм в результате грубого несоблюдения правил гигиены беременности, родов и послеродового периода несколько пострадал. Менструации делаются все обильнее и более болезненными, повидимому от развивающихся явлений хронических воспалений половой системы дистрофического характера. Учащенное по временам мочеиспускание может зависеть от опущения внутренних стенок и влагалищных стенок (cystocele), которое весьма вероятно должно было развиться в зависимости от отсутствия забот о брюшной стенке и достаточного наблюдения консультации за женщиной во время беременности и в послеродовом периоде.

Роженица-колхозница приехала из деревни к родным, всегда выполняла тяжелую крестьянскую работу, с каждой беременностью работать становилось труднее. С первой беременности живот остался большим. С переходом в колхоз условия работы значительно улучшились, так что ухудшения в состоянии здоровья за последнее время не отмечается.

Состояние в настоящее время. Сложение правильное, питание среднее, бледна, вид усталый. Пульс 80 ударов в минуту, тоны сердца чисты, в шейных сосудах малокровные шумы. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Диспептических явлений нет, часто запоры, мочеиспускание учащено, не болезненно, в моче следы белка. Живот большой, окруж-

ность 120 см (живот всегда был большой, с первой беременности), за последние 4 месяца значительно увеличился. Месяца 2½—3 одышка. Расширены вены на ногах и половых органах. На животе старые и свежие рубцы беременности. Пулок выпячен, дно матки ощупыванием определить не удается, части плода не прощупываются. Ясно выражена флюктуация. При перкуссии звук везде тупой. Опускание стенок влагалища, половая щель зияет, старый разрыв промежности. Сердцебиение плода прослушивается очень глухо, слева ниже пупка 140 ударов в минуту, движения плода ощущает слабо. Таз: расстояние между остями—26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14,5 см. Беременность с 25/I, в начале беременности несколько поташнивало (месяц-два), движения плода отмечает с конца мая. Схватки слабые. Воды целы.

Какой диагноз и что делать?

Имеется беременность, по менструации на 10-м лунном месяце; по шевелению срок беременности совпадает с данными менструации. Срок родов—начало ноября. Объективных данных для определения срока беременности у нас нет; мы не можем руководствоваться ни высотой стояния дна матки, ни размерами плода (величиной головки), так как ничего прощупать не удастся. Это обстоятельство в связи с имеющейся флюктуацией и окружностью живота в 120 см показывает, что налицо патологическое состояние.

Что же именно осложняет данную беременность?

Флюктуация и большой объем живота указывают, что в брюшной полости имеется скопление жидкости. Эта жидкость может находиться в свободной брюшной полости в виде водянки живота, в матке многоводия и наконец в виде кисты яичника. Водянку живота мы можем исключить, так как при наличии жидкости в свободной брюшной полости в лежачем положении больной тупой звук при перкуссии был бы в нижних отделах брюшной полости, а в подложечной области над маткой—тимпанический от приподнятых петель кишок, кроме того матка была бы приподнята к брюшной стенке и можно было бы прощупать ее дно и части расположенного в ней плода.

Наблюдаемые симптомы могут быть и при многоводии (гидрамнион) и при большой яичниковой кисте, расположенной впереди матки. Анамнез скорее говорит за многоводие, так как четыре месяца, во время которых живот особенно увеличился,—срок для кисты менее подходящий, чем для многоводия.

Необходимо сделать внутреннее исследование, которое нам укажет, что предлежит, даст представление о величине предлежащей части и укажет, имеется ли по степени напряжения плодного пузыря многоводие.

Что мы должны предпринять, если диагноз будет склоняться к многоводию?

У нас имеется кроме предполагаемого многоводия или кисты еще слабость родовой деятельности. В данном случае первичная слабость схваток к тому же абсолютна, т. е. схватки слабы сами по себе, а не то, что они недостаточно сильны для преодоления каких-либо механических препятствий, которых нет (таз вполне хорош).

Отчего же получилась первичная слабость родовой деятельности?

Первичная слабость схваток. Для образования первичной слабости родовой деятельности оснований слишком достаточно; общее истощение организма роженицы, повторные роды, повлекшие за собой ослабление мускулатуры матки (возможно еще пострадавшей от хронического метрита в связи с недостаточной послеродовой инволюцией), значительное растяжение матки, если имеется многоводие. Кроме того мы имеем значительное растяжение мускулатуры брюшных стенок, что несомненно даст слабую потужную деятельность (во втором периоде родов).

Поскольку предполагаемое большое количество околоплодных вод вызывает слабую родовую деятельность и вызывает нарушение общего состояния (одышка), имеются достаточные показания для разрыва плодного пузыря. Надо думать, что, несмотря на слабую родовую деятельность, первый период родов—период раскрытия—все же сколько-нибудь продвинулся. Поэтому мы перед производством внутреннего исследования подготовим инструмент для разрыва оболочек на случай, если они окажутся слишком плотными для возможности разорвать их пальцами.

Первичная слабость схваток

Является ли первичная слабость схваток в периоде раскрытия серьезным осложнением родов и как мы должны на нее реагировать?

Пока воды целы, ни матери, ни ребенку при слабости схваток в первом периоде ничто не угрожает, и вмешательство может потребоваться только в случае истощения сил роженицы при затянувшихся родах. Но в нашем случае слабость схваток зависит очевидно главным образом от чрезмерного растяжения матки многоводием, что безусловно требует вмешательства. Если при слабости схваток в зависимости от общих и неустрашимых причин мы можем ждать и прибегать к искусственному разрыву плодного пузыря как средству, усиливающему родовую деятельность, только при наличии достаточного открытия и плотно установившейся подлежащей части, многоводие заставляет нас быть более активными и разрывать пузырь с целью опорожнения матки от излишка околоплодных вод, не считаясь с открытием маточного зева, чтобы вызвать усиление сократительной деятельности матки и облегчить общее состояние роженицы, работу ее сердца и функцию легких.

После соответствующей подготовки роженицы (опорожнение мочевого пузыря, дезинфекция наружных половых частей), рук исследующего и пулевых щипцов сделано внутреннее исследование. Найдено: шейка сглажена, края толстые, открытие 6 см, пузырь хорошо наливается, предлежит голова во входе плотно, не большая, через плодный пузырь швы и роднички прощупать не удается. На основании вышеизложенного решено разорвать пузырь, что без особого труда удалось сделать, надавив на него пальцем, когда плодный пузырь напрягся под влиянием схватки. По разрыве пузыря вышло около 2 стаканов вод, слегка мутноватых, и головка опустилась, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок впереди.

Что делать дальше?

Вод вытекло немного, размеры живота не изменились, также не улучшилось общее состояние роженицы. Сердцебиение плода без перемен. Показаний к вмешательству пока нет.

Диагностика не установлена. Вытекание небольшого количества вод заставляет заподозрить возможность наличия двоен и многоводия второго

плода. Это явление далеко нередкое, но поставить точный диагноз мы сможем только после рождения ребенка. Пока будем ждать.

Через час родился мальчик весом 2650 г, длиною 46 см (на случай двоен плацентарный конец пуповины был перевязан), кровотечения нет. Через брюшные покровы матку прощупать нельзя. Окружность живота 116 см.

Для выяснения диагноза необходимо внутреннее исследование, которое покажет, имеется ли второй плодный пузырь, т. е. имеются ли двойни. Невозможность ощупать матку через брюшные покровы лишает нас всяких данных о наличии второго ребенка или о ходе последового периода.

С исследованием можно подождать, не возобновится ли родовая деятельность, совсем прекратившаяся по рождении ребенка, или не выйдет ли послед. Через полчаса после рождения ребенка вышел по Шульце послед, целость детского места и оболочек сомнения не вызывает. Выходение последа и отсутствие кровотечения говорят за то, что матка сократилась и второго плода в ней нет. Этим исключается возможность многоводия второго плода и диагноз склоняется к наличию большой кисты яичника, осложняющей беременность.

Описаны редкие случаи, когда послед первого плода выделялся до рождения второго, но полное прекращение родовой деятельности, отсутствие кровотечения и сердцебиения плода дают нам достаточные основания считать роды закончившимися. Установить это в нашем случае можно только путем внутреннего исследования, к которому никаких показаний кроме диагностических нет. Если бы вопреки всем нашим соображениям в матке оказался второй плод, мертвый с многоводием, мы ничего не упустим, если сделаем внутреннее исследование по возобновлении родовой деятельности или по излитии вод.

В следующие сутки нормальные кровянистые лохии в несколько большем против нормы количестве. Отправление мочевого пузыря нормальное, пульс 86, температура 36,2°, самочувствие без перемен, одышка. Окружность живота 117 см (увеличилась на 1 см). Нужно думать, что в нашем случае действительно имеется киста, очень быстро растущая.

В следующие двое суток окружность живота достигла 120 см, одышка сильнее. Пульс 90, температура 36,1°. Решено ввиду быстрого роста опухоли и вызываемых ею расстройств общего состояния удалить ее, не дожидаясь окончания послеродового периода, что и было сделано путем чревосечения под эфирным наркозом. Послеоперационный период без осложнений.

Разбирая наш случай, надо отметить, что мы были введены в заблуждение необычно быстрым ростом опухоли, достигшей особенно больших размеров в течение 4 месяцев, вызвавшей одышку и подозрение на многоводие.

По выяснении диагноза кисты яичника для нас стало ясно, почему мы не могли прощупать матку и находящийся в ней плод (она была расположена позади кисты). Киста же была причиной преждевременного наступления родов и слабой родовой деятельности. Описанный случай является редким и может встретиться только при недостаточном обслуживании населения квалифицированной медицинской помощью. Наша больная, несмотря на тяжелое общее состояние, за помощью не обращалась, хотя в колхозе и был средний медперсонал, а в Москве, где она находилась 2 недели до родов, тем более была доступна врачебная помощь.

С повышением культурности населения, с охватом его санпросветработой такие случаи встречаться не будут. Киста яичника существовала

у больной вероятно лет 10, во время каждой беременности ее рост ускорялся в связи с большим притоком крови (во время беременности) к половым органам, и наконец в последнюю беременность она стала особенно быстро развиваться. Благоприятным надо считать, что киста, когда она была меньше, не явилась препятствием для родов, что вполне могло случиться при длинной ножке. Наш случай мог кончиться очень плохо и это лишний раз подтверждает колоссальное значение распространения среди трудящихся санитарного просвещения и правильных представлений о гигиене беременности.

Кроме того этот случай ярко демонстрирует важность для каждой женщины сознания необходимости периодически и систематически подвергаться медицинскому гинекологическому осмотру, чтобы во-время обнаружить начавшееся заболевание, не дать ему развиваться и уже ни в коем случае не допустить болезнь до такого состояния, когда мы с ней справиться не можем, что особенно важно при различных опухолях, главным образом злокачественных, как например раки и хорионэпителиомы.

Краткий обзор случая

В роддом поступила по поводу родовых схваток повторнородящая с очень большим животом, причем наружное исследование никаких данных для установки диагноза не давало. Диагноз колебался между многоводием и кистой яичника. Искусственный разрыв пузыря показал, что многоводия нет, и возникло подозрение на наличие двоен с многоводием второго плода. После рождения плода и выхождения последа при отсутствии родовой деятельности диагноз кисты стал наиболее вероятным. При наружном исследовании попрежнему ничего прощупать не удавалось.

Ввиду нарастания объема живота и ухудшения общего самочувствия было сделано чревосечение и удалена громадная киста яичника. Послеоперационный и послеродовой период без осложнения. Случай интересен выдающимся размером опухоли, своевременно не диагностированной ввиду того, что до последних родов в течение многих лет больная к медицинской помощи не обращалась.

Одной из основных обязанностей консультации является привлечение всех трудящихся женщин в свои кабинеты; научить их серьезно следить за своим здоровьем, привить им правильно санитарно-гигиенические навыки.

ГЛАВА X

ДВОЙНИ, МНОГОВОДИЕ

Гр-ка К., 26 лет, кондуктор трамвая, поступила 10/1 1931 г. в 14 час. в роддом по поводу схваток, начавшихся с предыдущего вечера.

Анамнез. Наследственность отмечается со стороны матери на двойни (у бабушки, тетки и сестры). В детстве перенесла корь и плеврит. Указаний на сифилис, туберкулез и рахит нет. Гинекологических заболеваний не было, указаний на гоноррею нет. Замужем 9 лет.

Менструации с 14 лет, ходят через 3 недели по 4 дня умеренно, без боли, с замужества менструации несколько продолжительнее — дней до 5.

Было 2 родов, последние 7 лет назад были двойни. Роды протекали легко, послеродовые периоды без осложнений. Было 2 самопроизвольных выкидыша 6 лет и 4 года назад; причину выяснить удалось. После первого аборта стала предохраняться от беременности. Последняя менструация 30/IV, шевеление плода ощущает с 5—6 сентября 1930 г.

Эта беременность протекала как обычно, до середины 3-го месяца несколько поташнивало, общее состояние было удовлетворительное. Последние два месяца—небольшие отеки ног, одышка, боли в животе, пояснице, иногда рвота. Посещала консультацию, на карточке отмечены за последний месяц в моче следы белка.

3 месяца назад живот стал резко увеличиваться, окружность его на уровне пупка—119 см, пупок выпячен, кожные вены ясно выражены, видны рубцы беременности старые и свежие в большом количестве. Дно матки у мечевидного отростка. Частей плода прощупать не удастся из-за напряжения брюшных стенок и матки, сердцебиение плода глухо прослушивается справа ниже пупка, 160 ударов в минуту, движения плода ощущает слабо. Ясно выражена флюктуация. Матка все время несколько напряжена. Роженица жалуется на постоянную боль в пояснице и в животе. Схватки слабые, воды целы.

Состояние в настоящее время. Сложение и питание вполне удовлетворительные. Тоны сердца глуховаты. Пульс 90 в минуту, среднего наполнения, ритмичен. Расширение вен на ногах, небольшие отеки на голенях; одышка. В легких ничего ненормального не обнаружено. Со стороны органов пищеварения—рвота и запоры. Мочеиспускание неболезненно, учащено, в моче следы белка. Таз нормальный; расстояние между остями 25 см, между гребешками—28 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14 см.

Диагноз многоводия. Имеются роды, преждевременные, если судить по менструации и времени начала ощущения движений плода, но живот не соответствует сроку беременности (окружность 119 см); имеется флюктуация и не прощупываются части плода. Несомненно наличие жидкости в брюшной полости.

Присутствие свободной жидкости в брюшной полости исключается ввиду того, что опухоль, содержащая жидкость, ясно прощупывается. Эта опухоль может быть маткой с многоводием или кистой яичника, расположенной впереди беременной матки. Быстрое увеличение живота в течение 3 месяцев говорит против кисты яичника и вполне подходяще при развивающемся остром многоводии. Не исключена возможность двоен, которые нередко осложняются многоводием, отсутствие второго сердцебиения наличия двоен не исключает, так как сердцебиение плода, лежащего позади, очень часто не слышно. Усилившиеся за последние два месяца симптомы интоксикации, как-то: рвота, а также боли в животе и пояснице и одышка, довольно характерны для многоводия. По данным анамнеза и наружного исследования мы склоняемся к диагнозу многоводия.

Ввиду неясности подлежащей части надо сделать внутреннее исследование, которое поможет нам установить диагноз, определить подлежащую часть, и если диагноз многоводия подтвердится или обнаружено будет большое открытие, можно будет разорвать плодный пузырь.

Имеется еще одно осложнение, нередкое при многоводии,—слабость родовой деятельности. Как было сказано в предыдущей беседе, причиной слабой родовой деятельности следует считать растяжение матки (двойни

или многоводие, а может быть то и другое). Мы уже выяснили, что слабая родовая деятельность (первичная слабость схваток) в 1-м периоде родов при целых водах особого значения не имеет.

Внутреннее исследование, выявив степень открытия, покажет нам, требуется ли какое-нибудь вмешательство для усиления родовой деятельности.

После соответствующей подготовки роженицы и рук исследующего при спинно-ягодичном положении исследуемой произведено внутреннее исследование. Открытие полное, пузырь наливается хорошо, предлежит небольшая голова в полости таза в правом косом размере, малый родничок вправо кзади, вторая позиция, задний вид затылочного предлежания.

Полное открытие является достаточным показанием для искусственного разрыва плодного пузыря, так как его механическая роль в смысле способствования открытию шейки закончена, он следовательно больше не только не нужен, но может быть и вредным, так как, если он начнет выпячиваться во влагалище и тянуть за собой оболочки, это может повести к преждевременной отслойке детского места со всеми вытекающими из этого грозного осложнения последствиями для матери и ребенка. При наличии многоводия рекомендуется воды спускать понемногу, не сразу, чтобы не вызвать шока от резкого изменения внутрибрюшного давления и также потому, что воды, вытекающие сильной струей, могут увлечь за собой пуповину или мелкие части плода. В нашем случае об этом беспокоиться не приходится: головка в полости, и воды, задерживаемые ею, будут вытекать понемногу. Надавливая во время схваток указательным пальцем на плодный пузырь, вызываем его разрыв; вытекло стакана полтора околоплодной жидкости. Дальнейшее вмешательство не нужно, будем ждать.

Через 40 минут родился в заднем виде ребенок,—живая девочка весом 2650 г, длиной 47 см; плацентарный конец пуповины перевязан на случай однойцевых двоен, так как живот в своем объеме почти не изменился, а вод (задних) вытекло стакана 3—4. Наше предположение о двойнях повидимому подтверждается. Глухое сердцебиение родившегося плода зависело не от многоводия, а от заднего вида. Наружный осмотр живота показал, что дно матки опустилось сантиметра на 2, окружность живота 116 см, слева выше пупка прослушивается глуховато сердцебиение плода (160 в минуту).

Во входе неясно прощупывается какая-то крупная часть, напряжение матки меньше, флюктуация ясная.

Какой диагноз и что делать?

Имеются несомненно двойни и многоводие второго плодного пузыря. Ввиду неясности предлежащей части надо произвести внутреннее исследование. Если бы не было многоводия, можно было бы подождать некоторое время самопроизвольных родов второго плода, который повидимому расположен продольно, но многоводие является показанием к разрыву плодного пузыря для облегчения общего состояния роженицы и чтобы уменьшить напряжение и растяжение матки. Если предлежащая часть будет во входе, как нам представляется по наружному исследованию, сделаем в плодном пузыре небольшое отверстие, чтобы воды вытекали медленно.

Судя по месту выслушивания сердцебиения и по предлежащей части, предлежат повидимому ягодицы, но уверенным в этом быть нельзя, так как предлежащая часть высоко и прощупывается неясно.

Ощупывание и определение позиции при тазовых предлежаниях во время внутриснежного исследования

Как производится исследование и определение позиции при тазовых предлежаниях.

Для установки диагноза тазовых предлежаний надо прощупать копчик ребенка и линию, идущую к его лобку (межягодичную складку). Методически исследующий палец нащупывает у передней дуги безымянной линии таза матери мягкую припухлость, переднюю ягодицу, продвигаясь кзади, попадает в глубокую складку, а потом нащупывает другую мягкую припухлость—заднюю ягодицу (рис. 63—64). Ощупывая глубину складки, находят там отверстие—задний проход, с одной стороны которого имеется твердый выступ—копчик, с другой—мягкие части половых органов. С боков (в стороны) от этой складки прощупываются симметрично расположенные седлащные бугры. Ягодичные предлежания можно смешать с лицевыми, диагноз которых устанавливается наличием носа и рта. Местонахождение копчика устанавливает позицию и вид: копчик влево—позиция первая, если копчик кпереди—вид передний. Ощупывание надо производить осторожно, чтобы не повредить отечных половых органов.

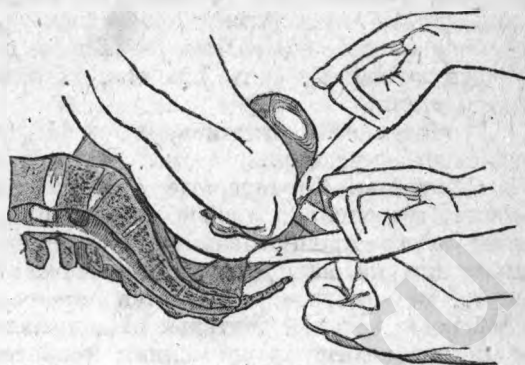


Рис. 63. Ощупывание при неполном ягодичном предлежании (первая позиция, передний вид) (1). Указательный палец правой руки ощупывает переднюю ягодицу (левую), продвигаясь кзади (2) он переходит через межягодичную складку на заднюю ягодицу. Перейдя из супинации в легкую иронацию (3), производится ощупывание крестцово-копчиковой области плода.

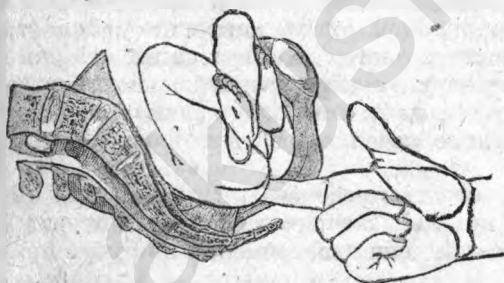


Рис. 64. Ощупывание при полном ягодичном предлежании (первая позиция, задний вид) удобно производится указательным пальцем правой руки. При второй позиции ощупывание удобнее производится левым указательным пальцем.

Этиология. Остановимся несколько на этиологии, течении и терапии многоводия.

До сих пор окончательно не установлено, откуда и как образуются околоплодные воды. Различных гипотез и теорий по этому вопросу мы перечислять и разбирать не будем. Отсутствие точных данных о происхождении околоплодных вод чрезвычайно затрудняет изучение причин аномалии количества их, т. е. маловодия и многоводия. Нормальное количество вод—1—2 л—может увеличиться до 30 л. Частота многоводия

по разным авторам—от 0,6 до 2,91%. У многоплодных многоводие встречается в 6—7 раз чаще, чем у первородящих. Различают острый гидрамнион (многоводие) и хронический. Острый гидрамнион развивается на 4—6-м месяце беременности как осложнение однойяцевых двоен; хронич-

ческий гидрамнион развивается позднее. Причиной образования многоводия считают уродства или сифилис плода, аномалии его сердечно-сосудистой системы, при однойцевых двойнях—оболочечное прикрепление пуповины и сужение пупочных сосудов. Некоторые как на причину многоводия указывают на альбуминурию матери и на диабет. При однойцевых двойнях может развиваться гидрамнион и отечность более слабого плода: сердце более сильного нагоняет в излишке кровь в кровеносную систему более слабого, благодаря чему получают многоводие и отеки.

В общем надо отметить, что в 44% случаев этиологию гидрамниона выяснить не удастся.

Симптомы. Характерные симптомы образуются в зависимости от количества околоплодной жидкости, а именно: живот напряженный, части плода плохо прощупываются, сердцебиение часто не прослушивается, и движения не ощущаются. Механические расстройства, отеки тем тягостнее, чем быстрее развивается многоводие. Родовой акт осложняется слабостью родовой деятельности, выпадениями пуповины и конечностей и последующими атоническими кровотечениями ввиду плохой ретракции маточной мускулатуры. При многоводии часто встречаются неправильные положения плода. Шейка матки растягивается, она полуоткрыта уже до начала родовой деятельности, что в связи с часто наблюдающимися болями и напряжением матки может дать ложное впечатление начала родов. Нередко бывает рвота, количество мочи уменьшено, моча с осадком, содержит белок, мочеиспускание затруднено, запоры.

Терапия. Во время беременности, при тяжелых расстройствах общего состояния рекомендуется прокол оболочек через влагалище или через брюшную стенку при помощи троакара по средней линии живота ниже пупка. Прокол считается безопасным и может быть повторен в случае надобности. Ясно, что средний медперсонал проколов делать не будет, а в случаях, где заподозрит многоводие, направит больную к врачу. Если окажется у больной не многоводие, а киста, то направление к врачу будет также вполне целесообразно.

Во время родов применяется (против слабости схваток) искусственный разрыв плодного пузыря с регулированием рукой истечения жидкости для предохранения от выпадения мелких частей или пуповины, что нами и было проделано. Как лечебные мероприятия при развивающемся многоводии рекомендуется: иодистый калий, даже при отсутствии признаков сифилиса, молочная диета, ахлоридное лечение, особенно при наличии отеков у матери.

Предсказание. В хронических случаях предсказание для матери хорошее; в острых могут быть плохие исходы в зависимости от механических нарушений кровообращения и дыхания, если своевременно не будут приняты соответствующие меры.

Для ребенка предсказание серьезное: плохая жизнеспособность, часто дети атрофичны, отечны, с уродствами, смертность 25%.

Внутреннее исследование обнаружило резко напряженный, выпяченный плодный пузырь, высоко над входом стоящие ягодицы, крестец плода слева впереди, справа мелкая часть (ступня?). Заранее приготовленными пупевыми щипцами, введенными по исследующей руке, захвачен плодный пузырь и легким потягиванием в нем образовано отверстие (рис. 49), через которое хлынула сильная струя вод, задержанная исследующей рукой. В течение 15 минут вытекло около 5 л околоплодной жидкости, ягодицы опустились во вход,

Как будут протекать роды дальше?

Рассчитывать на усиление родовой деятельности максимально растянутой матки особенно не приходится. Несмотря на повидимому небольшие размеры плода и хороший таз, роды могут затянуться, явится опасность для живого плода и показания к его извлечению.

Что же мы тогда должны будем предпринять?

Если бы предлагалась головка, можно было бы прибегнуть к щипцам. Назначение питуитрина нежелательно ввиду того, что его действие нередко осложняется в дальнейшем атонией матки, которая и без того угрожает при растянутой двойнями и многоводием матке. При тазовом предлежании щипцы накладывать очень неудобно, особенно при небольшом размере тазового конца. Кроме того среднему медперсоналу щипцы накладывать не разрешается. Гораздо целесообразнее свести ножку, тогда мы будем хозяевами положения и в случае надобности сможем без труда произвести извлечение. Сведение ножки ввиду небольших размеров плода, его подвижности и достаточных размеров таза затруднений не представит, тем более, что какая-то мелкая часть, повидимому ступня, прощупывается в правой стороне таза.

Извлечение ножки при тазовом предлежании. Вновь продезинфицированная рука, сложенная конусом (рис. 48), проведена во влагалище, оттуда в полость матки к правой стороне, где оказалась левая ступня, она захвачена тремя пальцами и без применения особенной силы, чтобы не травмировать нижнего сегмента матки и влагалища, выведена наружу до колена. Левая ступня оказалась ниже правой, это удачно потому, что при левой позиции левая ножка является верхней, т. е. как раз той, за которую удобнее будет извлекать. Если бы близлежащей ступней оказалась правая, надо было ее извлекать, потому что поиски другой ступни являются более опасным вмешательством (травма и инфекция), чем извлечение за нижнюю ножку. Мы себя обезопасили возможностью в случае появления показаний быстро извлечь ребенка, а до тех пор можно подождать, чтобы матка хотя несколько сократилась и самостоятельно поработала, так как это является лучшим профилактическим средством против атонии матки.

Через полчаса после изведения ножки начались небольшие схватки, сердцебиение плода 150 в минуту, ясное на уровне пупка, дно матки на 10 см выше пупка, матка сократилась. Еще через полчаса без всякого с нашей стороны вмешательства родился ребенок, мальчик, живой, 2 300 г весом, 45 см длиной. Родовые пути матери настолько растянуты, что не пришлось даже оказывать ручного пособия, ручки вышли сами, и когда туловище ребенка было приподнято, головка свободно выскользнула из половой щели. Дно матки опустилось до уровня пупка, показаний к вмешательству нет. Будем ждать.

Изведенную ножку нам использовать не понадобилось, но все же изведение не было излишней операцией, так как возможно, что изведенная ножка явилась раздражителем, вызвавшим наступившую родовую деятельность.

Минут через 20 после рождения второго плода начались слабые схватки, появились кровянистые выделения в небольшом количестве, конец пуповины вышел из половой щели сантиметров на 10, дно матки несколько поднялось вверх и вправо. Через 5 минут дно матки еще несколько поднялось, кровотечение стало сильнее.

Что делать?

Наличие кровотечения—всегда достаточное показание к вмешательству. Кровотечение не остановится, пока матка не сократится, а сокра-

тается она тогда, когда освободится от своего содержимого, почему следует послед из матки удалить. Имеются некоторые данные, что детское место уже отделилось (без этого не было бы кровотечения). Может быть не полностью, вероятно даже часть детского места вышла из матки, тело которой, освободившись от детского места, стало подниматься на вышедшей частью места. Попробуем применить способ Креде; если он не удастся, придется прибегнуть к ручному удалению последа.

Вызвав легким массажем сокращение матки сильным давлением на дно, послед выдавлен из половых частей матери, предварительно опорожнен мочевой пузырь. Детское место одно большое, ворсистая оболочка одна, водных—две. Дефектов в детском месте незаметно, оболочки целы. По выхождении последа появилось кровотечение, матка вялая.

Какой диагноз и что делать?

Диагноз незатруднителен, кровотечение атоническое, матка вялая, она была растянута двойным и многоводием. С самого начала сократительная функция маточной мускулатуры была слабая, почему мы и предполагали, что получится атония матки; предположение это оправдывается.

Что мы предпримем для остановки кровотечения?

Предполагать кровотечение из разрывов нет никаких данных. Хотя целостность последа не вызывает сомнений, все же необходимо произвести контрольное обследование маточной полости.

Никогда, на основании даже самого тщательного осмотра последа, нельзя ручаться за то, что в матке никаких частей детского места не осталось, особенно в таких случаях, когда послед пришлось выдавливать по Креде. Кроме частиц детского места в матке при плохом ее сокращении скопляются кровяные сгустки, наличие которых мешает матке сокращаться и удаление которых чрезвычайно полезно для вызывания сократительной деятельности матки и остановки кровотечения.



Рис. 65. Массаж матки на кулаке. В матку введена правая рука и сжата в кулак; левая рука массирует матку через брюшную стенку.

Терапия атонического кровотечения. Обычно борьбу с атоническим кровотечением мы начинаем с назначения льда, массажа матки и подкожного применения сокращающих матку средств (эрготин, секакорнин, питуитрин), изредка применяем горячее влагалищное спринцевание и только при безуспешном применении вышеуказанного приступаем к контрольному обследованию матки и дальнейшим более энергичным мероприятиям.

Наш случай легким считать нельзя, достаточно резко выражены были причины, вызывающие атонию матки, почему мы вприснем по 2 см³ секакорнина и питуитрина и будем подо льдом поверхностно массировать матку, но спринцевания влагалища делать не будем, оно недостаточно эффективно для таких случаев, а приступим к контрольному обследованию маточной полости. Пока производится подготовка рук для контрольного обследования маточной полости, больной вприснуто под кожу

по 2 см³ секакорнина и питуитрина. На дно матки положен пузырь со льдом, под ним матка массируется, но результат мало утешителен, матка временно твердеет, но почти тотчас распускается и кровотечение продолжается.

После подготовки больной и рук оперирующего приступаем к контрольному обследованию маточной полости; сложенная конусом рука оперирующего проведена в полость матки, где кроме кровяных сгустков в большом количестве ничего не оказалось. Сгустки удалены, но матка попрежнему сокращается плохо, по временам совсем распускаясь. Решено применить двойной массаж матки (рис. 65). Рука, находящаяся в матке,

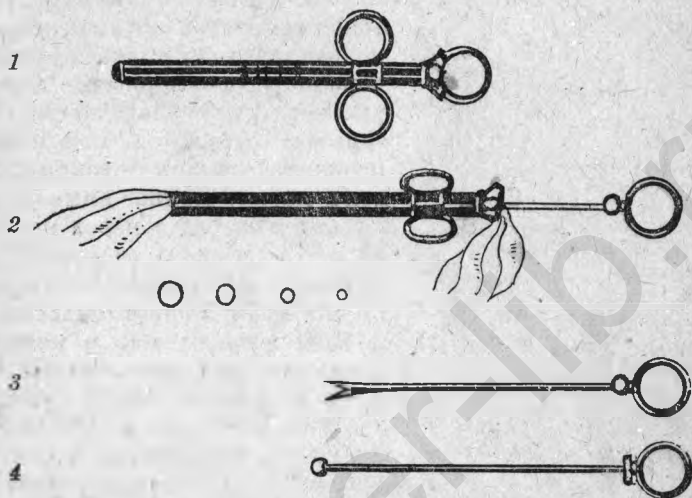


Рис. 66. Тампонатор Рэпид. 1—тампонатор в собранном виде для введения в матку, мандрен (4) всавлен в трубку; 2 тампонатор в действии, мандрен удален, вилочка (3) захватывает полоску марли и проталкивает ее через трубку тампонатора в полость матки.

сжата в кулак, наружная рука массирует матку на кулаке, вместе с тем помощник придавливает аорту к позвоночнику (на уровне пупка). Под влиянием вызванной сдавлением аорты анемии в связи с массажем матки на кулаке, а также действия впрыснутых под кожу сокращающих средств матка стала значительно тверже и хотя по временам делается несколько мягче, но совсем не распускается, кровотечение остановилось. Рука из матки извлечена, прижатие аорты прекращено, продолжается массаж матки подо льдом. Общая потеря крови была невелика, мы стали бороться с атоническим кровотечением с самого момента его возникновения, пульс вполне удовлетворительный—84 удара в минуту, общее состояние хорошее.

Тампонация матки. Минут через 10 кровотечение возобновилось, матка опять вялая. Решено произвести тампонацию матки. Аорта вновь придавлена к позвоночнику. Больная сдвинута на край кровати, разведенные согнутые в тазобедренных и коленных суставах ноги подставлены на подножки. Для тампонации нужны набор зеркал Симона (можно Фритча, Дуазэна и Симса), 2 пулевых щипцов, корнцанг обыкновенный и корнцанг узкий гладкий для введения марли, тампонатор Рэпид средней и большой размер. В родильных домах имеются всегда наготове простерилизованные в автоклаве наборы для экстренных случаев, как-то: тампонации, выскабливания, наложения щипцов, наложения швов на разрывы шейки,

для краниотомии и для лапаротомии. Берем готовый стерильный набор для тампонации.

Техника тампонации. Шейка матки обнажена зеркалами, захвачена с боков двумя пулевыми щипцами (можно захватить за середины передней и задней губ) и низведена (рис. 67). Введенный в матку большой тампонатор обнаружил, что матка вновь выполнена кровяными сгустками. Зеркала и щипцы удалены, дно матки фиксировано рукой и двумя пальцами, введенными в матку, сгустки удалены. По удалении сгустков вновь введены зеркала, захвачена шейка, в матку до дна введен тампонатор Репид (рис. 66). Стерильный бинт шириною в 4 см смочен 20% раствором ферро-

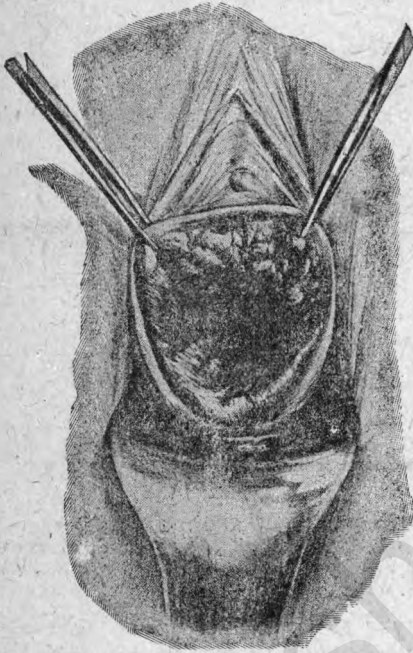


Рис. 67. Подготовка к тампонации матки с помощью нижнего докообразного зеркала Дуазна, шейка захвачена двумя пулевыми щипцами и раскрыта, а матку за щипцами в поперечном размере.

Пulse удовлетворительный, явлений острого малокровия нет. К голове и конечностям, учитывая все же потерю крови, положено тепло, на матку лед.

Внутри назначено по столовой ложке настойки спорыньи из 10:200 4 раза в день, горячий чай с лимоном.

Ввиду возможности рецидивов кровотечения установлено внимательное наблюдение.

Сон в первые часы послеродового периода. Больная очень устала, просит разрешить ей спать, против чего мы не возражаем, считая, что наблюдение за больными в смысле возможного кровотечения должно лежать на обязанности ухаживающего среднего медперсонала, а на усталых больных в этом деле полагаться нельзя, и сон, отдых кроме пользы им ничего не принесет.

Вечером температура $37,4^{\circ}$, пульс 86, знобило, кровотечения нет, матка плотная.

Спущена моча катетром, самопроизвольно родильница помочиться не смогла; это было вызвано плотной тампонацией влагалища. Утром температура $36,8^{\circ}$, пульс 78, самочувствие хорошее, ночь спала. Извлечен тампон из влагалища и из матки, маточный тампон (бинт) наполовину смочен кровью, половина чистая.

Дальнейший послеродовой период протекал с нормальной температурой, но кровянистые выделения с запахом продолжались дней 7, т. е. имелись эндометрит и недостаточное обратное развитие.

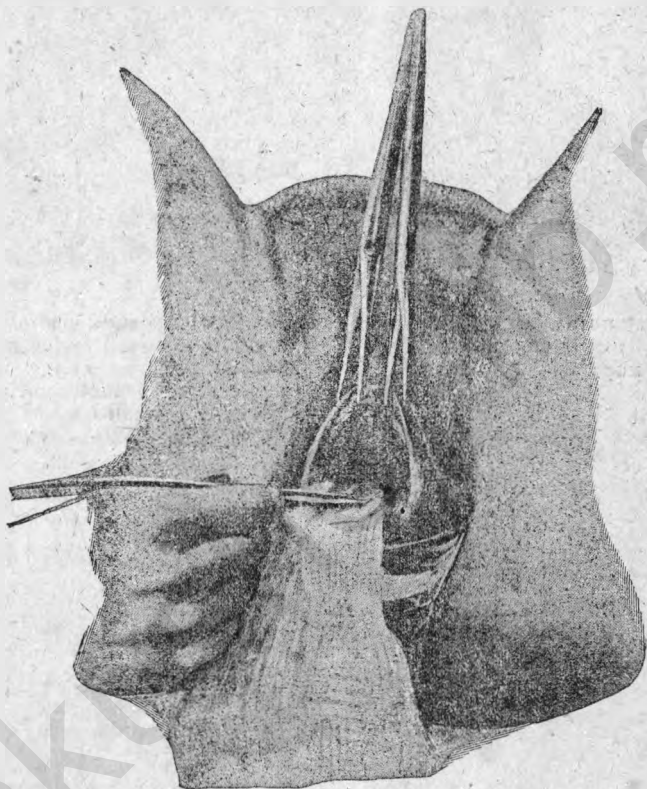


Рис. 68. Тампонация матки марлей с помощью пинцета, вводящего марлевую полоску через низведенную и раскрытую маточную шейку в полость матки (подготовка см. рис. 67).

Выписалась по собственному желанию на восьмой день, причем дно матки было на 12 см выше лона.

Назначен патронаж консультации, откуда нам было впоследствии сообщено, что никаких осложнений больше не было и к 6 неделям, когда больная лично посетила консультацию, у нее уже имелось (суперинволюция) чрезмерное обратное развитие матки кормящих.

Наш случай интересен тем, что при типичном остром гидрамнионе второго плода оба плода не пострадали и атоническое кровотечение хоть и не без труда все же удалось ликвидировать.

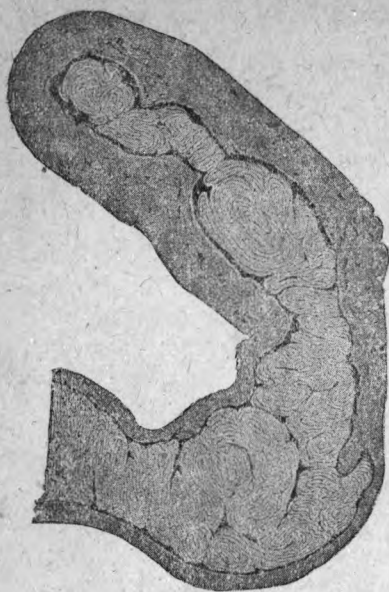


Рис. 69. Правильно затампонированная полость матки, вся полость заполнена марлей.

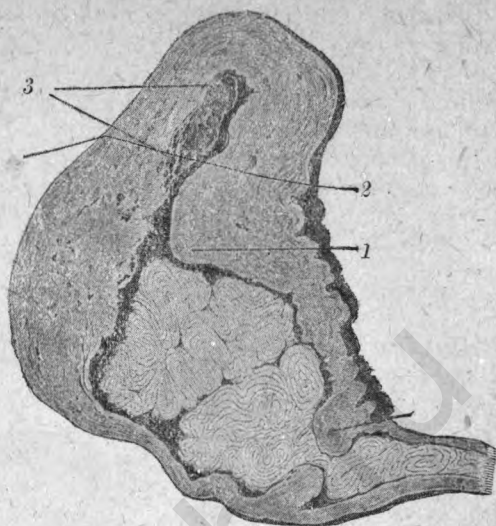


Рис. 70. Неправильно произведенная тампонация матки. Марлей выполнен только шейный канал и влагалище; маточная полость не затампонирована, в ней остался кусок детского места (3). 1—наружный зев; 2—внутренний зев.

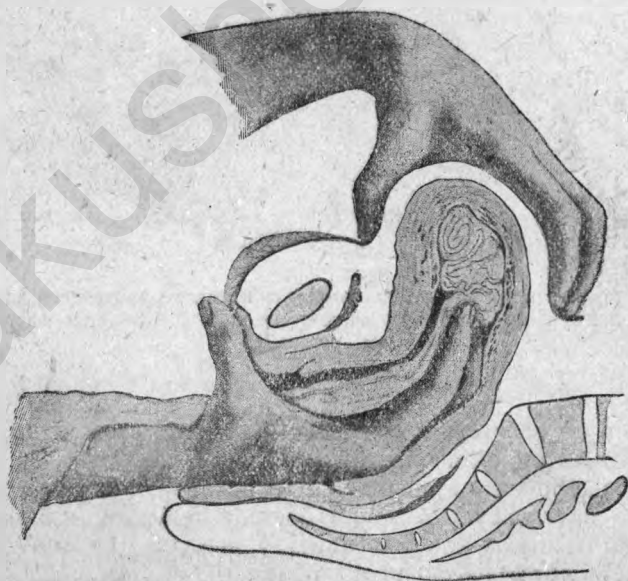


Рис. 71. Тампонация матки, производимая рукой. Во влагалище введено полпальцевой руки, в матку два пальца; они плотно заполняют марлей маточную полость, начиная со дна, которое фиксируется левой наружной рукой через брюшную стенку.

Краткий обзор случая.

У повторнородящей наступили роды на 10-лунном месяце в зависимости от развившегося за последние 3 месяца острого гидрамниона. Диагноз колебался между кистой яичника и многоводием и затруднялся тем, что оказались двойни с многоводием второго плода. Оба ребенка в продольном положении родились без оперативного вмешательства, но для рождения второго потребовались искусственный разрыв оболочек, спуск вод и профилактическое сведение ножки. Послед по Креде; появившееся атоническое кровотечение после ряда мер остановлено прижатием аорты и тампонацией матки и влагалища. В послеродовом периоде—недостаточное обратное развитие и небольшой эндометрит. К концу послеродового периода родильница вполне оправилась.

ГЛАВА XI.

ПЛОСКИЙ ТАЗ.

Гражданка Л., 20 лет, конторщица, поступила в родильный дом 5/V 1931 г. в 20 час. по поводу родовых схваток, начавшихся с утра (воды прошли дома 2 часа назад).

Анамнез. Со стороны наследственности ничего ненормального не отмечается. В детстве перенесла корь и скарлатину. Ходить стала в возрасте около двух лет. Росла слабым ребенком в деревне, семья была большая, была одной из старших, приходилось с детства работать по хозяйству, нянчить младших ребят, ухаживать за скотом, носить тяжелые ведра.

Менструации с 15 лет, через 2½ недели по 2 дня, количество крови умеренное, с небольшой болью внизу живота и в пояснице перед появлением крови; за два-три дня до менструации беловатые в умеренном количестве неразъедающие бели. Замужем 2 года, от беременности не предохранялась. Менструации с замужества несколько продолжительнее, обильнее, реже и боли слабее, последний год менструации через 3 недели по 3 дня умеренно почти без боли. Последняя менструация 10/VIII 1930 г., с тех пор считает себя беременной. Женских болезней не было.

Течение беременности. Первые два месяца бывала тошнота, изредка рвота, капризный аппетит, сонливость. Отсков не было. Шевеление плода ощущает с конца декабря 1930 г. В листе консультации отмечено: моча без белка, диагональная конъюгата 11,5 см. С шестого месяца носила бандаж.

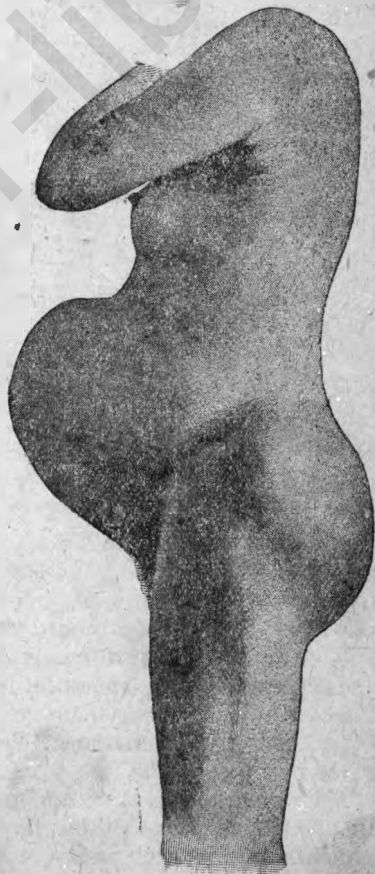


Рис. 72. Торчащий живот (ср. рис. 148 и 149).

Состояние в настоящее время. Бытовые условия удовлетворительны; живет вдвоем с мужем, дома не обедают, по хозяйству работы немного, не уставала. Сложение правильное, несколько слабое, рост 150 см, питание среднее. Пульс 80 в минуту, тоны чисты, малокровный шум в шейных сосудах.

Со стороны легких отклонений от нормы не обнаружено. Органы пищеварения нормальные, склонность к запорам. Мочеиспускание не болезненно, последний месяц учащено. Моча белка не содержит.

Родовые схватки систематические, определенной продолжительности и частоты, начались с утра, до этого приблизительно уже дней 5 были небольшие боли. Схватки средней силы, но в достаточной степени болезненны, через 4—5 минут, продолжительностью секунд 40—50, несколько судорожного характера. В промежутках между схватками матка не совсем расслабляется. Воды прошли 2 часа назад.

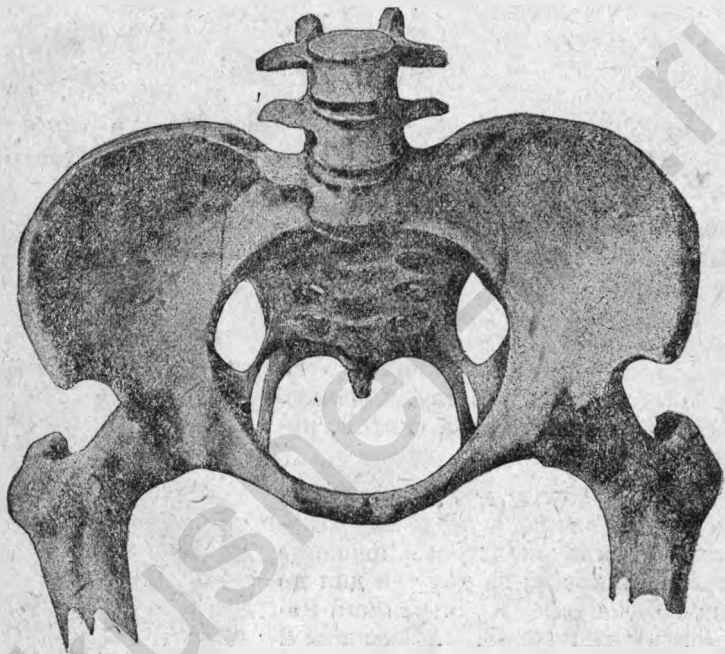


Рис. 73. Нормальный женский таз.

Осмотр живота. Мускулатура брюшной стенки удовлетворительная. В стоячем положении выпячивается верхняя часть живота (между пупком и мечевидным отростком), торчащий живот (остроконечный, рис. 72). Пупок несколько выпячен, окружность живота на уровне пупка 96 см. Белая линия пигментирована. Ясно выражены рубцы беременности.

Наружное исследование. Дно матки почти под мечевидным отростком. Спинка плода прощупывается слева. Голова во входе плотно, лобик на одной высоте с затылком. Сердцебиение плода ясное слева ниже пупка, 6 см от средней линии и на высоте 8 см от лона, 140 ударов в минуту.

Таз. Расстояние между остями 26 см, между гребешками—27 см, между вертелами—30 см, наружная конъюгата 17,5 см, боковая—13,5 см, диагональная конъюгата по данным консультации—11,5 см. Ромб Михаэлиса—широкий, верхний угол тупой (немного больше прямого).

Какой диагноз?

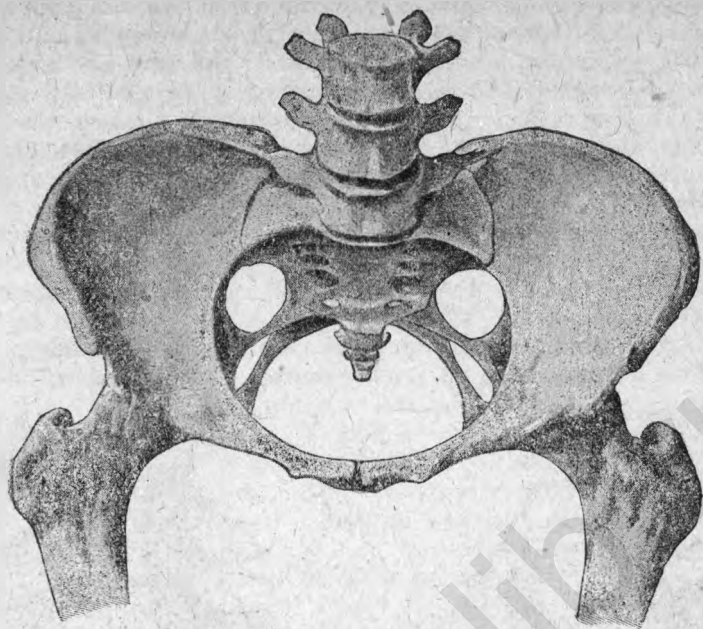


Рис. 74. Простой плоский таз. Сужены все прямые размеры.

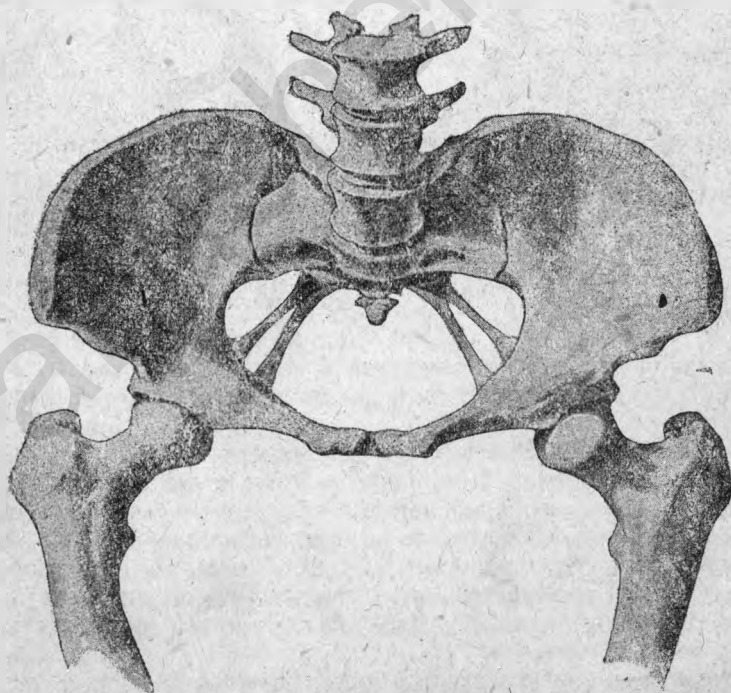


Рис. 75. Рахитический плоский таз. Сужен прямой размер входа, прямой размер выхода увеличен. Сравни положение крестца и копчика на рис. 74 и 75.

Признаки рахита. В анамнезе имеются указания на рахит, роженица начала ходить в возрасте около 2 лет. Это одно из наиболее типичных анамнестических данных для рахита. Для рахита у ребенка характерны: большая голова с мягкими, как бы пергаментными костями (затылок), большой живот, кривые конечности, куриная грудь и реберные четки. Последние три признака остаются и у взрослого. У нашей больной мы имеем только указания на то, что она поздно начала ходить, остальные признаки отсутствуют.

Это указывает, что рахит был слабо выражен, хотя на тазе несколько сказался.

Как отражается рахит на тазе, т. е. каким образом изменяется форма таза под влиянием рахита?

Механизм образования рахитического таза. Благодаря рахиту все кости, а в том числе и кости таза не имеют достаточной прочности и под влия-



Рис. 76. Сагиттальный разрез нормального женского таза.

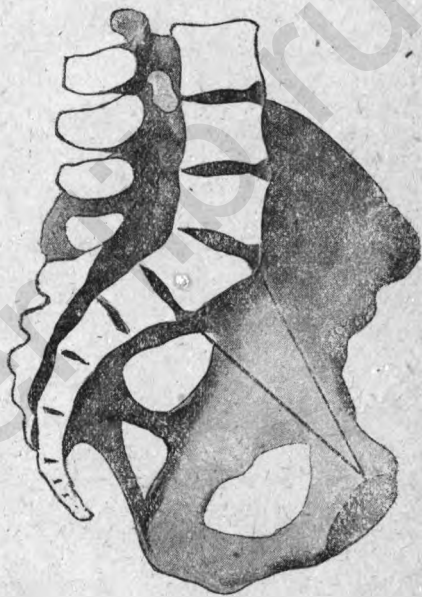


Рис. 77. Сагиттальный разрез простого плоского таза с двойным мысом.

нием веса тела, а особенно в зависимости от тяжелой работы в детском возрасте (до 14 лет) подвергаются деформации, т. е. их нормальная форма нарушается.

После 14 лет деформации таза не получается.

Под влиянием давления позвоночника (веса туловища) на недостаточное окрепший таз крестец делает поворот вокруг поперечной оси, проходящей на уровне соединения второго крестцового позвонка с третьим; при этом мыс крестца поддается вперед, т. е. приближается к лонному сочленению, получается уменьшение прямого размера входа в таз истинной конъюгаты, а нижний конец крестца отходит назад, увеличивается прямой размер выхода таза.

Напрягающиеся при таком перемещении крестца задние крестцово-подвздошные связки тянут крылья подвздошных костей назад и в сторону, отчего крылья подвздошных костей уплощаются, отвертываются в стороны,

получается развернутый низкий широкий таз. Влияние веса туловища на таз сказывается еще в том, что седалищные кости расходятся и лонная дуга делается шире (действие веса в сидячем положении). Рахит влияет и на форму крестца, который становится шире и короче, его вогнутость сглаживается, иногда вместо нее получается некоторое выпячивание, а копчик резко под углом загибается кпереди (рис. 73, 74, 75, 76, 77, 78).

В результате всех этих изменений расстояние между остями подвздошных костей увеличивается, оно приближается по величине к расстоянию между гребешками и иногда его превосходит. В нормальном тазу расстояние между остями должно быть на 3 см больше расстояния между гребешками, и уменьшение этой разницы является характерным для рахитического таза. Плоскость входа в таз имеет почкообразную форму с большим поперечным размером и малым прямым (истинной конъюгатой). Плоскость широкой части, проходящая через место соединения 2-го и 3-го крестцовых позвонков, не меняет своей формы, и ее размеры остаются приблизительно нормальными. Размеры выхода таза как прямые в зависимости от отклонения нижнего конца крестца назад, так и поперечные — от расхождения седалищных бугров — увеличиваются. Таким образом плоский рахитический таз сужен только в прямом размере входа, но это сужение может быть настолько велико, что роды через естественные пути делаются невозможными. В зависимости от рахита изменяется форма крестца, он делается между прочим шире и короче, что отражается на так наз. ромбе Михаэлиса.

Ромбом Михаэлиса называется ромб (рис. 79, 80), расположенный на крестце и видимый при осмотре женщины сзади. Его боковые точки расположены на месте задних верхних остей подвздошных костей, они ясно видны даже у полных женщин, так как в этом месте всегда имеются вдавления, ямки (от сращения кожи с фасцией). Остистый отросток 5-го поясничного позвонка образует верхний угол ромба, а крестцово-копчиковое сочленение или вершина ягодичной складки — нижний угол.

Ромб Михаэлиса имеет довольно правильную форму ромба. При нормальных тазах горизонтальный диаметр его равен 10 см, он несколько короче вертикального, равного 11 см, который делится горизонтальным диаметром на неравные части, верхняя — 4 см, нижняя — 7 см. По форме ромба Михаэлиса мы можем составить себе представление о типе имеющегося таза. При общеравномерно суженном тазе, т. е. если все размеры таза уменьшены равномерно на 3 см и более, суживается горизонтальный диаметр ромба.¹

При рахитическом плоском тазе верхний угол ромба очень велик, он приближается в зависимости от степени уплощения к 150° , так что ромб делается похожим на треугольник, обращенный вершиной вниз (рис.

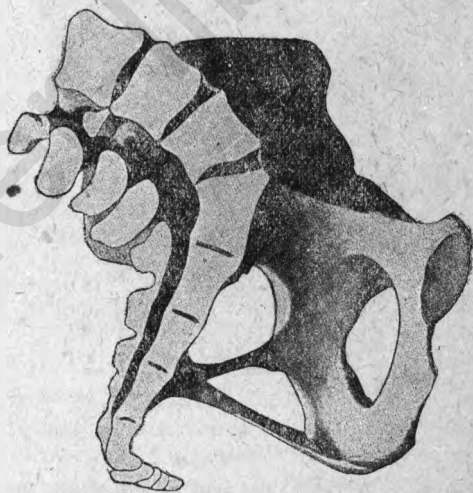


Рис. 78. Сагиттальный разрез плоского рахитического таза. Прямой размер входа сужен, прямой размер выхода увеличен. Изменена форма крестца (изгиб); копчик согнут кпереди.

81, 82), поясничная часть позвоночника при этом втянута, а нижняя часть крестца выступает назад.

Итак, по всем данным мы имеем плоский рахитический таз. Хотя наружная конъюгата уменьшена против нормы (21 см) на $3\frac{1}{2}$ см, диагональная р вн 11,5 см, т.е. сужение всего на 1,5 см. Удивляться э ому не приходится. В дь в 21 см величины нормальной наружной конъюгаты, от ямки м жду поясничным (последним) позвонком и крестцом до передне-верхнего края середины лонного сочленения, входит кроме величины истинной конъюгаты толщина крестцовой кости, лнно сочленения и мягкие ткани, п крывающие эти кости. У нашей роженицы при среднем питании слой мягких тканей, покрывающий эти кости, не толст, и с ми кости тоже не толсты, что дает при разнице от нормальной наружной конъюгаты, 3,5 см уменьшение диагональной всего на 1,5 см.

Т ким образом истинная конъюгата повидимому уменьшена против средней нормы на $1-1\frac{1}{2}$ см.

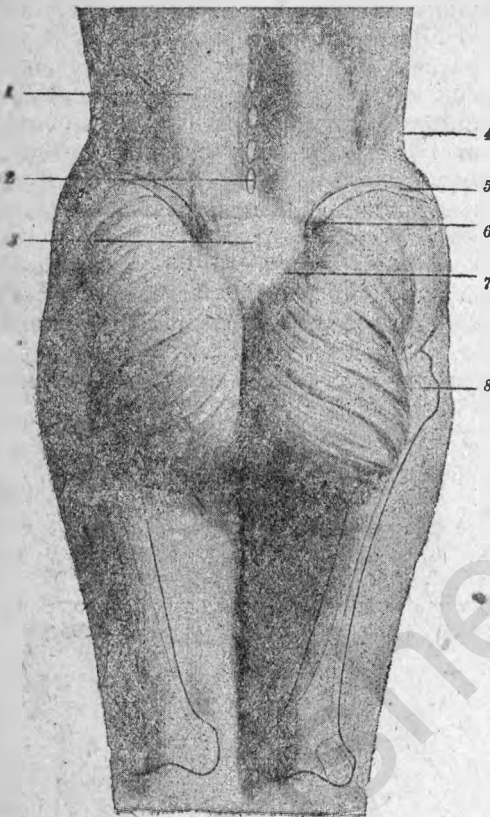


Рис. 79. Ромб Михаэлиса при нормальном женском тазе.

1—мышечный валик спинных разгибателей. 2—остистый отросток пятого поясничного позвонка; 3—Ромб Михаэлиса; 4—Талия; 5—Гребешок правой подвздошной кости; 6—задняя верхняя ость правой подвздошной кости; 7—линия прикрепления ягодичных мышц; 8—вертел правой бедренной кости.



Рис. 80. Ромб Михаэлиса на скелетированном тазу. Расстояние между задними костями 10 см, вертикальный диаметр—11 см, делится горизонтальным диаметром на 2 отрезка—верхний—4 см, нижний 7 см. На рис. 80 изображен тот же таз, что на рис. 79, но скелетированный, на нем видны все точки, которые образуют ромб Михаэлиса.

Значение наружного измерения таза. На нашем случае мы видим, как в сущности мало дает общепринятое наружное измерение таза для определения самого важного для таза размера, прямого размера истинной конъюгаты.

Некоторые авторы очень скептически относятся к получаемым при наружном измерении данным и говорят, что они никакого значения не имеют, представляя только исторический интерес. Если нельзя не согласиться, что измерения таза действительно дают мало «абсолютно» существ-

венного для определения величины истинной конъюгаты, надо все же признать, что они дают ориентировочные данные, особенно ценные для характеристики типа таза. Так, в нашем случае по относительной величине расстояний между остями и гребешками мы знаем, что у нас имеется плоский рахитический таз, а такое указание настолько ценно и важно, что не дает нам право отказываться от измерения таза, несмотря на очень небольшое абсолютное значение получаемых цифр. Действительно разве для нас важны абсолютные размеры таза? Для нас важно взаимоотношение размеров таза с размерами головки плода.

Как же это сделать?

Определение функциональной проходимости таза.

Ясно, что при очень большой головке средний нормальный таз может оказаться недостаточным и, наоборот, порядочно суженный таз не будет служить препятствием для прохождения маленькой головки. У нас имеются два фактора, указывающие на некоторую функцио-

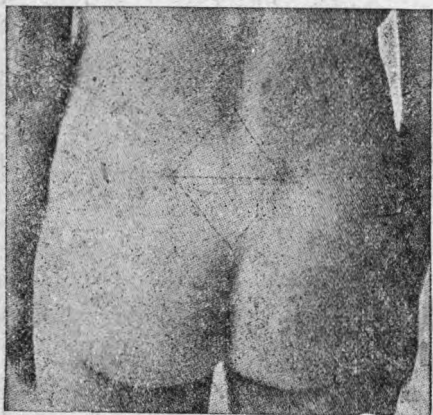


Рис. 81. Ромб Михаэлиса при нормальном тазе. Почти правильная форма ромба.



Рис. 82. Ромб Михаэлиса при плоском тазе. Форма ромба приближается к треугольнику, верхний угол ромба приближается к 180° .

нальную недостаточность. У первородящих головка опускается в таз обычно до начала родов. Высокое ее стояние является указанием на функциональную недостаточность таза, на то же указывает торчащий живот.

Точное определение взаимоотношений величины таза матери и головки плода пытались получить путем рентгеновских снимков. Этот метод, несмотря на всю его заманчивость и достаточную для практических целей точность, не получил распространения ввиду его сложности и недоступности вне обстановки очень хорошо оборудованных лечебных учреждений, тем более он не подходит для его использования средним медицинским персоналом.

Метод Мюллера. Есть другой метод, очень простой, легко применимый, дающий достаточные данные для практического применения, предложенный Генкелем—Вастеном—Мюллером. В спинно-ягодичном положении исследуемой определяют, как расположена головка по отношению к лонному сочленению, проводя руку (ладонь) с лонного сочленения на предлежащую головку. Если головка стоит ниже лонного сочленения (глубже), несоответствия нет. Если головка находится на одном уровне с лонным сочленением, есть некоторое несоответствие, но при хорошей

родовой деятельности и конфигурации головки роды возможны. Если же головка выстоит над лоном, с лона переводимая на головку рука поднимается кверху, несоответствие значит настолько велико, что головка через вход в таз пройти не сможет. Этот прием дает достаточные данные только во время родов, когда головка стоит плотно, до родов выстояние

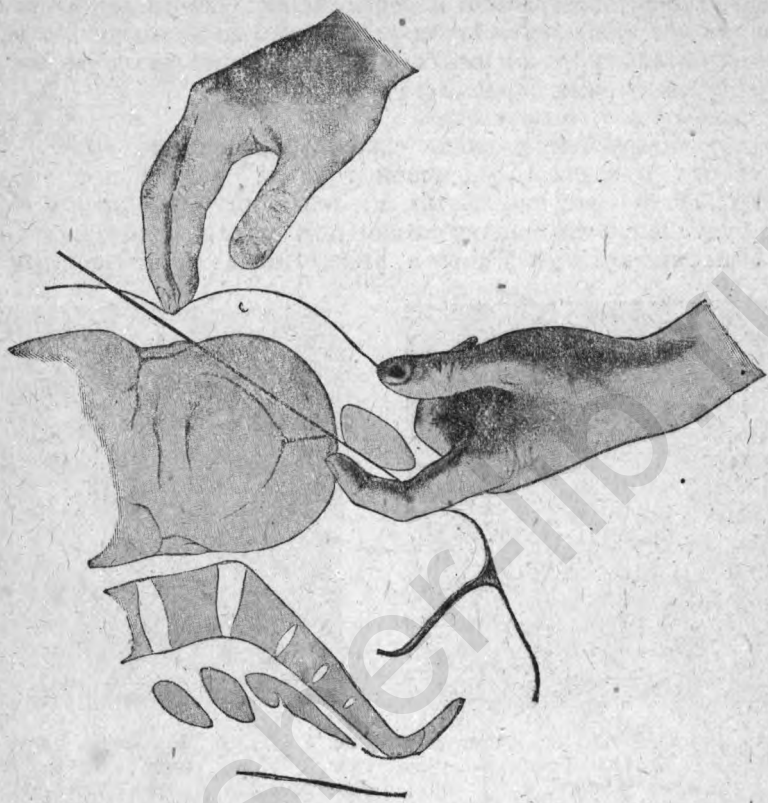


Рис. 83. Вдавливание головки по Мюллеру. Правая рука надавливает на головку через брюшную стенку, указательный палец левой руки, введенный во влагалище, контролирует опускание головки. Головка в затылочном предлежании, заднетеменное лицмановское склонение значительно выступает над краем симфиза при вдавливании по Мюллеру в суженный вход рахитического плоского таза. Несоответствие большое.

подвижной головки не доказывает наличия несоответствия. Для большей доказательности этого приема Мюллером рекомендуется во время схваток попробовать (через брюшную стенку) втолкнуть головку в таз. Если головка нисколько не вталкивается, то это указывает на непреодолимое препятствие (рис. 83 и 84).

Итак, в нашем случае имеется плоский рахитический таз, степень сужения небольшая, но этим не исчерпываются наблюдаемые в разбираемом случае патологические явления. Мы из анамнеза знаем, что менструации у нашей роженицы появились довольно поздно, до замужества продолжались по два дня, выделений было мало и перед наступлением менструации бывали боли схваткообразного характера. Все это указывает на какое-то недоразвитие матки, дисменоррею механического характера. По выходе замуж, с началом половой жизни повидимому матка доразвилась,

так как менструации стали более продолжительными, более обильными и боли прекратились. Подтверждается наше предположение о наличии недоразвития матки также тем, что долго не наступала беременность. Такое недоразвитие половой системы могло иметь связь и с неправильным развитием таза. Наступление беременности и отсутствие ее раннего преждевременного нарушения, выкидыша, показывают, что недоразвитие это в значительной степени ликвидировано. Все же роды наступили несколько преждевременно, родовая деятельность неправильная, налицо чрезмерно болезненные схватки судорожного характера.

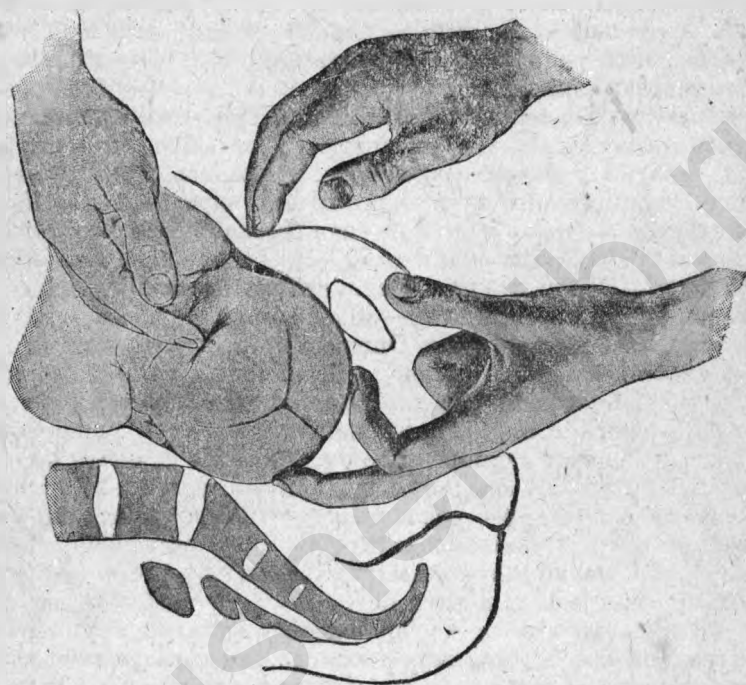


Рис. 84. Вдавливание головки по Мюллеру в суженный вход простого плоского таза. Правая рука исследующего и рука помощника вдавливают головку, указательный и средний пальцы, введенные во влагалище, контролируют опускание головки. Головка в затылочном предлежании усановилась синклитически, над симфизом выступает незначительно, несоответствие небольшое.

От чего зависят такие схватки и что при них делать?

Схватки (маточные сокращения). Маточные сокращения могут считаться ненормальными, если наблюдающееся уклонение от нормы отражается на ходе родовой деятельности.

Нормальные схватки продолжаются от 30 до 60 секунд с промежутками минуты в 3. Схватки усиливаются, постепенно доходят до максимума и, постепенно ослабевая, проходят. В промежутках между схватками мускулатура матки должна совершенно расслабляться. Сокращения маточной мускулатуры носят перистальтический характер, перистальтическая волна идет от дна матки к шейке. Сила маточных сокращений различно определяется различными авторами, она колеблется от 600 г до 6 кг во время периода раскрытия, доходя до 10—15 и даже 25 кг во время периода изгнания. Маточные сокращения бывают во все время бе-

ременности, но они неритмичны, неболезненны и беременной не ощущаются. С пятого месяца они легко определяются рукой, положенной на матку. Во время родов схватки ритмичны и болезненны, причем боль начинает ощущаться через несколько секунд после начала схватки, что может быть легко определено ощупыванием. Сначала матка начинает твердеть, а ощущение боли появляется тогда, когда сокращение достигло уже определенной степени. В начале периода раскрытия, приблизительно до открытия в 1—2 см, боли легкие. Они вполне терпимы и переносятся легко. Степень болезненности постепенно усиливается, доходя до максимума ко времени полного открытия. После того как головка прошла шейку, болезненность делается меньше, роженица переносит боли легче и реагирует на них слабее. В начале родов схватки происходят с большими промежутками, минут в двадцать; в дальнейшем они делаются все короче и приблизительно через 3—4 часа после начала систематических схваток продолжительность промежутков между схватками уменьшается до 5 мин., к концу периода раскрытия схватки делаются еще чаще, появляясь минуты через три. В периоде изгнания промежутки удлиняются минут до пяти. Продолжительность схваток сначала очень короткая (несколько секунд), постепенно увеличивается в начале раскрытия до 20—30 сек., доходя к концу периода раскрытия до 50—60 сек. Во время периода изгнания продолжительность схваток вновь укорачивается до 20—30 сек. Боль ощущается главным образом внизу живота и в пояснице. Ощущаемые во время схваток боли вызываются сдавлением нервных окончаний мускулатуры матки при ее сокращении. Степень болезненности даже в нормальных случаях чрезвычайно различна и зависит от индивидуальных особенностей роженицы. Одна ощущает сильную, почти невыносимую боль, другая ее почти не ощущает. Известную роль играют выносливость к боли и терпение, но несомненно степень болевых ощущений в различных случаях чрезвычайно различна. Уклонение схваток от нормы может отразиться на степени болезненности, ритме и силе сокращений мускулатуры. Редко встречаются чрезмерно сильные и недостаточные (слабые) схватки.

При неправильных схватках различные мускульные группы сокращаются с различной силой, ритм неправильный, продолжительность схваток неодинакова, промежутки то короче, то продолжительнее. Такие неправильные схватки сопровождаются очень интенсивными болевыми ощущениями внизу живота и в поясничной области, непрекращающимися вполне и вне схватки, на которые роженица резко реагирует (криками). В промежутках между схватками матка может полностью не расслабляться. Самым характерным для таких неправильных чрезмерно болезненных схваток является ничтожность их механического действия. Роды подвигаются очень медленно, раскрытие затягивается, силы роженицы падают, в результате может погибнуть ребенок и развиться инфекция.

Чрезмерно сильные схватки характеризуются слишком большой продолжительностью, большой силой, почти отсутствием промежутков между схватками. Они тоже сопровождаются усиленной болезненностью в зависимости от энергии сокращения. Вызываются такие схватки усиленным давлением головки на нижний сегмент матки, они часто встречаются у перипартующих при патологических тазах, при чем сых внутренних исследованиях. В случае отсутствия препятствий со стороны таза в результате чрезмерно сильных схваток получают быстрые роды со всякими осложнениями (разрывами маточной шейки, влагалища, промежности, асфиксией плода, переломом черепа, внутричерепными кровоизлияниями, разрывами пуповины, выворотом матки, уличными родами

с атоническими кровотечениями) и последующей инфекцией матки в послеродовом периоде. При наличии чрезмерно сильных схваток и препятствий со стороны таза возникает угроза разрыва матки.

Наиболее резкой степенью чрезмерно сильных схваток является столбняк матки (тетанус). Прием матки все время напряжена, плотна, болезненна, плодный пузырь (если воды целы) всё время напряжен. Столбняк матки никакого механического эффекта не дает, так как спазм захватывает всю матку и тело, и нижний сегмент и шейку. Развиваясь столбняк матки от искусственного раздражения ее, инструментами, приемми спорыньи и даже питуитрина.

В нашем случае имеется неправильность маточных сокращений, выражающаяся в резкой болезненности, нарушении ритма сокращений и несколько тетаническом характере схваток (в промежутках между схватками нет полного расслабления). Это может зависеть от того, что имелось



Рис. 85. Наружное исследование по Леопольду. 1-й прием. Определение высоты стояния дна матки. Исследующий стоит сбоку исследуемой, лицом к голове, обе его руки на животе исследуемой, ограничивая дно сверху.



Рис. 86. Наружное исследование по Леопольду. 2-й прием. Определение места расположения спинки. Руки исследующего с дна матки (см. рис. 85) переходят на боковые стороны матки. Правая ощупывает плотную спинку, левая — мелкие части.

некоторое недоразвитие маточной мускулатуры, отразившееся на характере сокращений, а моментом производящим может быть плоский таз и усиленный прилив влиев вие головкой и нижнего сегмента.

Какова терапия таких неправильных, чрезмерно болезненных и чрезмерно сильных схваток. Надо понизить раздражение маточной мускулатуры. Дают наркотические, причем некоторые акушеры отдают предпочтение опию (опийной настойки 20 капель) в клизме в начале родов (повторить через 2—3 часа) и хлоралгидрату, как регулирующим неправильные маточные сокращения (по 1,0 в 4% растворе каждый час до 6—10,0 внутрь или в клизмах), другие рекомендуют морфий (под кожу 0,01—0,02 сразу). При столбняке матки приходится прибегать к общему наркозу. О применении наркотических болезненность схваток стихает, они делаются значительно продуктивнее и, несмотря на полусонное состояние роженицы, роды (открытие) хорошо подвигаются. Я подчеркиваю открытие потому, что при боль-

шом открытии наркотические надо применять очень осторожно, так как обычно болезненные ощущения с наступлением периода изгнания стихают, а наркотические, введенные в организм, могут повести к значительному ослаблению потужной деятельности (слабости сокращений брюшного пресса) и тяжело отразиться на ребенке. Конечно чрезмерно сильные схватки, а тем более столбняк матки являются безусловным показанием для применения наркоза.

Некоторое несоответствие между головкой ребенка и тазом матери в нашем случае подтверждается тем, что головка находится во входе в таз, а не в полости, как это обычно бывает у первородящих, а также формой живота (торчащий живот), о чем уже было сказано выше.

Для выяснения всех особенностей нашего случая надо сделать внутреннее исследование, которое должно определить величину открытия, предлежание, какой вырабатывается механизм родов, а также способность

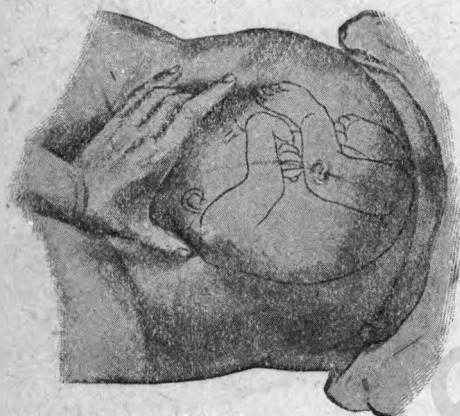


Рис. 87. Наружное исследование по Леопольду. 3-й прием. Определение предлежащей части. Исследующий стоит с левой стороны исследуемой, его левая рука ощущает предлежащую головку (подвижную над входом) со стороны таза (снизу).



Рис. 88. Наружное исследование по Леопольду. 4-й прием. Определение предлежащей части, вступившей в таз. Обе исследующие руки ощупывают головку справа и слева, продвигаясь в полость таза. Левая рука, ощупывающая затылок, опускается при этом несколько глубже правой, ощупывающей лоб.

головки конфигурироваться. Не будь чрезмерно болезненных схваток, мы могли бы удовлетвориться данными наружного осмотра, на которых мы сейчас остановимся несколько подробнее.

Наружное исследование. Приемы Леопольда. Общеизвестные приемы наружного исследования Леопольда определяют высоту стояния дна матки (срок беременности), положение, позиции, предлежащую часть, где она находится (над входом, во входе, в полости) (рис. 85, 86, 87, 88). При благоприятных обстоятельствах со стороны брюшной стенки можно определить лицевое предлежание по выступу затылка, являющегося продолжением спинки, и при затылочном предлежании отличить затылок от лобика (со стороны затылка исследующая рука глубже проникает в таз, чем со стороны несколько выступающего лобика (рис. 88).

При затылочных предлежаниях можно по наружному исследованию определить переднее плечико (с 7-го месяца беременности). Исследующая рука, опускаясь по спинке ко входу в таз, попадает в углубление, образу-

мое шей! плода; плечо находится между спинкой и углублением, над которым оно возвышается. Можно ощупать плечо, продвигая несколько загнутые пальцы от затылка вверх, при этом зацепляют акромиальный выступ (рис. 89). Если мочевой пузырь и кишечник опорожнены, обычно нахождение плеча трудностей не представляет: плечико можно смешать с локтем или коленом, но локти и колена более подвижны, или с опухолью матки, последняя бывает расположена более поверхностно. Плечо прощупывается с трудом при задних видах или малом плоде и совсем не прощупывается при многово-

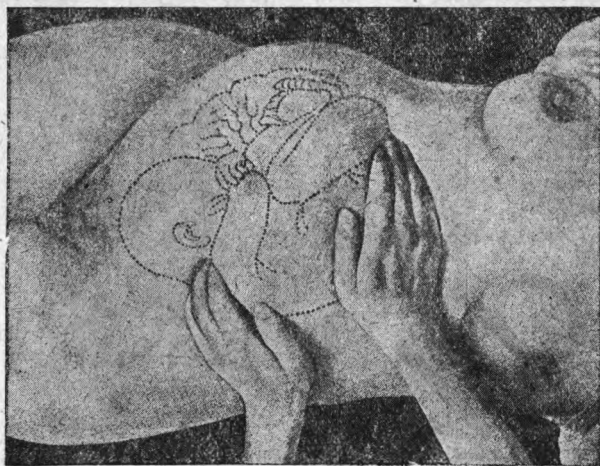


Рис. 89. Наружное исследование. Определение плеча. Левая рука исследующего, передвигаясь с головки ко дну матки, попадает в углубление между головкой и туловищем и наталкивается на (правое) плечо ребенка.

дии, двойнях и мертвом плоде. Сердцебиение плода лучше всего прослушивается на месте акромиального выступа плеча. Место, где находится плечо, определяется измерением с помощью сантиметровой ленты расстояния этой точки от средней линии и от лонного сочленения (рис. 90а и 90б).

Что дает определение места расположения плеча? Чем ближе плечо к средней линии, тем к ней ближе спина и



Рис. 90а. Измерение расстояния плечика от средней линии. Начало измерительной ленты ставится на место плечика и фиксируется указательным пальцем правой руки. Левая рука располагает измерительную ленту перпендикулярно к средней линии.

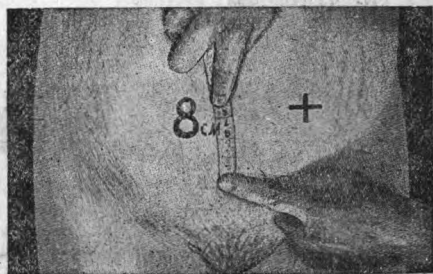


Рис. 90б. Измерение высоты стояния плечика. Левый указательный палец фиксирует начало измерительной ленты на уровне верхнего края симфиза, правый указательный отмечает то место по средней линии, где была расположена измерительная линия при предыдущем измерении.

затылок, т. е. тем более выражен передний вид положения. Чем выше расположено плечо, тем выше находится головка над входом. При средней степени сгибания головки при предлежании теменными костями плечо отстоит приблизительно на 7 см от большого поперечного размера головки, следовательно головка своим большим диаметром прошла вход в таз, если расстояние плеча от лона меньше 7 см. На рис. 91, 92, 93, 94 видно, какое расстояние плеча от средней линии и от лона соответствует какому положению головки относительно таза.

Так, при вертикальном расстоянии (от лона) в 12 см и горизонтальном (от средней линии) в 10 см головка подвижна над входом.

При вертикали 10 см и горизонтали 8 см головка подвижна во входе.

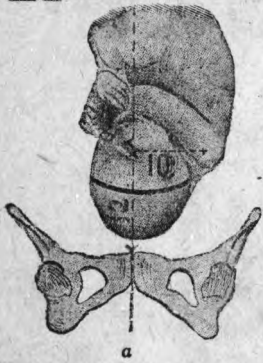


Рис. 91. Головка над входом, подвижна, плечико расположено на 10 см влево от средней линии и на 12 см выше лона.

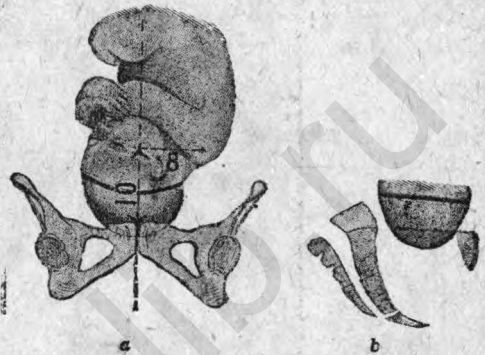


Рис. 92. Головка во входе, подвижна, большая окружность головки (соответствующая малому кривому размеру) выше прямого размера входа (см. рис. b, сагиттальный разрез), плечико на 8 см влево от средней линии и на 10 см выше лона.

При вертикали 8 см и горизонтали 6 см головка фиксирована во входе.

При вертикали 6 см и горизонтали 4 см головка большим сегментом прошла вход и находится в полости таза.



Рис. 93. Головка фиксирована во входе, большая окружность во входе чуть-чуть выше уровня прямого размера входа (см. b), плечико на 6 см влево от средней линии и на 8 см выше лона.

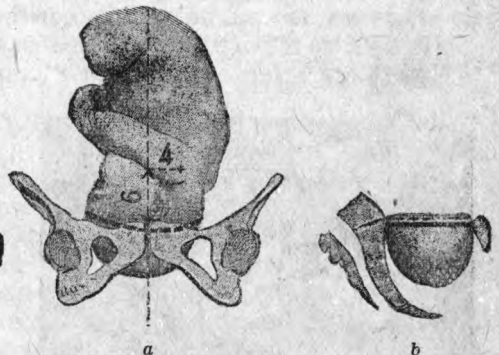


Рис. 94. Головка прошла вход, большая окружность ниже уровня прямого размера входа (см. b), плечико на 4 см влево от средней линии и на 6 см выше лона.

По мере опускания плечо поворачивается все более и более кпереди. На рис. 95—96 видно, как, опускаясь, плечо перемещается, кроме того на них отмечена частота различных видов и позиций. Левая (1-я) позиция

при затылочных предлежаниях встречается в 65,5% случаев, из них 65% — передний вид, 0,5% — задний, правая (2-я) позиция встречается в 34,5% случаев, из них передний вид 1,5% и задний — 33%. Пока плечо расположено высоко (при 1-й позиции) — 12—15 см от лона — всегда имеется задний вид, сердцебиение выслушивается на 10—12 см от средней линии. Затем в случае образования переднего вида сначала получается расположение спинки поперечно прямо влево, ни кпереди, ни кзади; сердцебиение прослушивается на высоте 8—10 см от лона и 6—8 см от средней линии. Настоящий передний вид устанавливается при расположении плеча на 6 см выше лона и 4 см от средней линии.

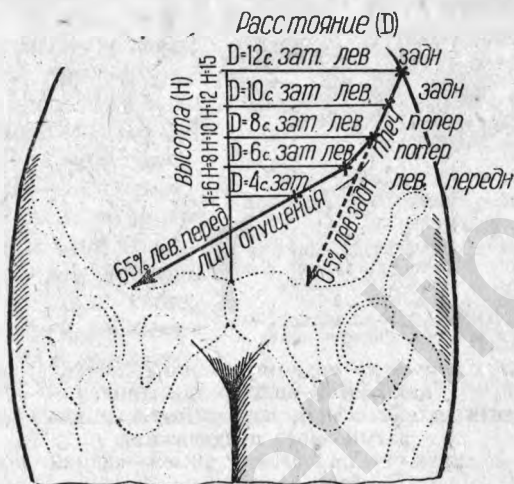


Рис. 95. Перемещение плечика по мере опускания головки. Левые (первые) позиции затылочных предлежаний, сердцебиение перемещается вниз по линии опущения. Расстояние от средней линии 12 см, высота 15 см — задний вид первого затылочного предлежания.

Расстояние от средней линии 10 см, высота от лона 12 см — задний вид первого затылочного предлежания.

Расстояние от средней линии 8 см, высота 10 см — поперечный вид первого затылочного предлежания.

Расстояние от средней линии 6 см, высота 8 см — поперечный вид первого затылочного предлежания.

Расстояние от средней линии 4 см, высота 6 см — передний вид первого затылочного предлежания.

По мере опускания головки задний вид переходит в передний.

При второй позиции в большинстве случаев сохраняется задний вид и, как уже было указано выше, только в 1,5% имеется переход в передний вид.

Признак Унтербергер-Шац. Унтербергер-Шац отмечает, что по высоте расположения кольца сокращения можно определить величину открытия.

Кольцо сокращения — это, как известно, перетяжка, образующаяся между работающей частью мускулатуры матки, полным мускулом и почти пассивно растягивающимся нижним сегментом. Если кольцо сокращения выражено неясно — открытие не больше 2 см (1 палец).

На сколько сантиметров кольцо сокращения выше лона, на столько сантиметров открытие (диаметр). При расположении кольца сокращения на 3 см выше лона открытие должно быть полным. Если бы такое взаимоотно-

шение между высотой расположения кольца сокращения и величиной открытия было твердо установлено, мы во многих случаях могли бы обойтись без внутреннего исследования.

К сожалению признак Унтербергер-Шац не всегда достоверен и им можно пользоваться только ориентировочно.

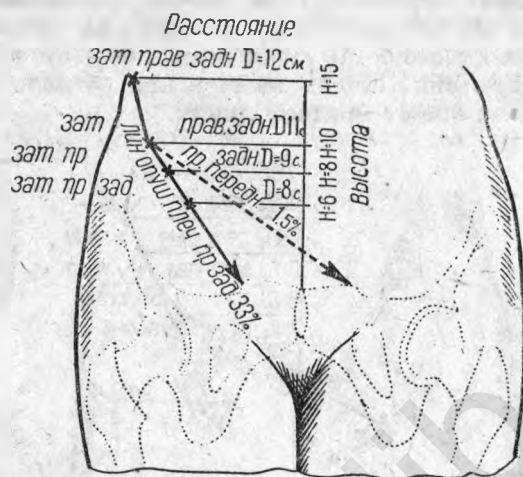


Рис. 96. Перемещение плечика по мере опускания головки. Правые (вторые) позиции затылочных предлежаний. Расстояние от средней линии 12 см, высота от лона 15 см—задний вид второго затылочного предлежания. Расстояние от средней линии 11 см, высота 10 см—задний вид второго затылочного предлежания. Расстояние от средней линии 9 см, высота 8 см—задний вид второго затылочного предлежания. Расстояние от средней линии 8 см, высота 6 см—задний вид второго затылочного предлежания—задний вид сохраняется.

Вполне достоверно и очень важно то, что косое расположение кольца сокращения указывает на неравномерное (косое) растягивание нижнего сегмента, а это сигнализирует угрожающий разрыв матки.

Из вышеизложенного видно, что наружное исследование при внимательном проведении может дать много ценных диагностических данных и ограничивает необходимость производства внутреннего исследования.

Применим вышеизложенные способы наружного исследования. Спинка плода определяется слева, головка во входе плотно, затылок слева, лобик справа.

Плечо на 8 см выше лона, 6 см влево от средней линии, там же яснее всего выслушивается сердцебиение, ясное 140 ударов в минуту. Это значит: головка во входе стоит плотно, первая позиция, передний вид. Определение соответствия размеров головки размерам входа в таз (по Мюллеру) показало, что небольшое несоответствие имеется, рука с лона переходит на головку, незначительно опускаясь, можно рассчитывать, что при конфигурации головки родовая деятельность с этим несоответствием справится.

Признаком Унтербергер-Шац воспользоваться не удастся. Кольцо сокращения не определяется, возможно, что открытие небольшое, но необходимо в этом убедиться, для чего придется произвести внутреннее исследование.

Как производится внутреннее исследование для диагностики путем ощупывания затылочного предлежания. Исследующие пальцы мякотью кверху (рис. 97, 98, 99) методически обследуют предлежащую часть, расположенную у передней дуги безымянной линии, при этом они обязательно натолкнутся где-нибудь или в поперечном размере или в косых или прямою на стреловидный шов. Надо иметь в виду, что при конфигурации головки теменные кости заходят друг на друга и обе на затылочную, благодаря чему швов уже прощупать нельзя и малого родничка тоже, а прощупываются выступающие гребешки нижних костей. Попав на шов, пальцы, передвигаясь по нему, доходят до родничков, обычно нижерасположенного малого и вышерасположенного большого. Для малого родничка характерно соединение трех швов, для большого—ромбовидное пространство на соединении 4 швов. Для определения предлежания надо установить, в каком размере таза расположен стреловидный шов и где лежит малый родничок.



Рис. 97. Ощупывание головки при внутреннем исследовании.

Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид. Исследующий правый указательный палец вступает под лобную головку, затем, переходя из положения 1 во 2, доходит до стреловидного шва, по которому передвигается к малому родничку (из положения супинации переходит в легкую пронацию (3)).

Для определения предлежания надо установить, в каком размере таза расположен стреловидный шов и где лежит малый родничок.

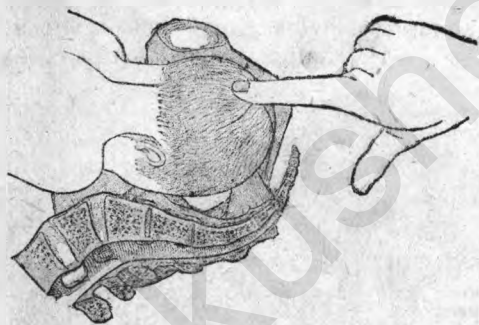


Рис. 98. Ощупывание головки при затылочном предлежании, вторая позиция, передний вид, правым указательным пальцем гребует для определения малого родничка усиленной пронации.



Рис. 99. Ощупывание головки при заднем виде первой позиции затылочного предлежания удобно производится указательным пальцем правой руки в легкой супинации; при задних видах локоть во время исследования приходится меньше опускать, чем при передних видах.

Малый родничок в левой стороне таза матери—позиция первая, малый родничок впереди—вид передний, малый родничок сбоку—стреловидный шов поперечно, малый родничок кзади—вид задний.

Внутреннее исследование, произведенное после соответствующей подготовки и опорожнения мочевого пузыря исследуемой, показало: шейка сглажена, края тонкие, открытие 4 см (2 пальца), пузырь цел, наливается слабо.

Предлежит головка во входе плотно (не сдвигается). К мысу подойти

мешает головка. Стреловидный шов в поперечном размере, несколько ближе к мысу прощупывается слева малый родничок, справа большой, немного ниже малого. Задняя теменная кость начинает заходить под переднюю (рис. 100 а и б) •

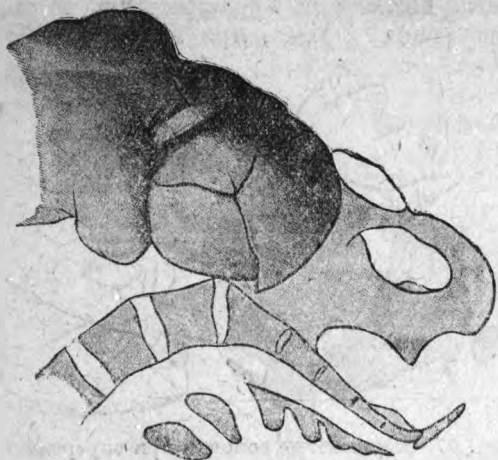


Рис. 100а. Конфигурация головки и асинклитическое вставление (переднетеменное негелевское склонение) при сильно уплощенном плоском рахитическом тазе. Асинклитизм сильнее выражен, стреловидный шов ближе к мысу, чем на рис. 100б, где сужение (уменьшение) прямого размера входа меньше.

ки, а затем начинает раскрываться наружный зев. У повторнорожающих открытие (рис. 102), как известно, происходит иначе: приблизительно за месяц до родов шейка уже пропускает 1—1½ пальца, т. е. открыта на 2—3 см. С наступлением родовой деятельности шейка начинает укорачиваться и параллельно раскрываться, так что при открытии в 5 см шейка бывает еще не совсем сглажена и даже при 6—7 см открытия края наружного зева бывают толстые. Это зависит от того, что шейка под влиянием растяжения во время ранее бывших родов потеряла свою эластичность и сила, растягивающая внутренний зев, раскрывает одновременно и наружный. Такая потеря эластичности маточной шейки встречается не только после родов, но и после выкидышей особенно в поздние месяцы.

Вспомним, как проходит механизм родов при переднем виде затылочного предлежания и сравним его с тем, что имеется в нашем случае.

Механизм родов. Механизмом родов называется тот ряд движений (сгибаний, разгибаний, поворотов), которые продвигают головку при прохождении через таз, правильнее говоря, для прохождения через таз, так

Что все это означает и что делать?

Мы убедились, что открытие небольшое и мы можем без всякого риска применить морфий. Роженице выпрыснуто подкожу бедра 1 см³ 1% раствора солянокислого морфия. В течение десяти минут боли значительно стихли и роженица лежит спокойно, иногда только морщась во время схватки.

На что указывают данные исследования?

Открытие у перво- и повторнородящих.

Шейка сглажена, края наружного зева тонкие—это правильное течение первого периода у первородящих (рис. 101), у которых сначала раскрывается внутренний зев, происходит сглаживание шей-

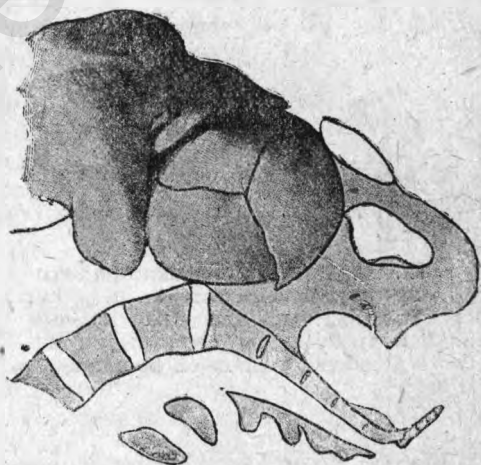


Рис. 100б. Конфигурация головки и асинклитизм при умеренно плоском тазе (ср. рис. 100а).

как все эти движения вызываются механической необходимостью для возможности прохождения, а именно для того, чтобы головка могла итти своим наименьшим размером в наибольшем размере таза. Ясно, что если бы головка имела форму шара или тазовый канал был везде одинаково круглого сечения, никакого механизма родов не существовало бы.

Надо разобраться в размерах и форме головки и таза и тогда мы сможем сказать, что должно происходить с головкой, чтобы она могла пройти через определенное место таза.

Головка (рис. 103 а и б) рождающегося ребенка с акушерской точки зрения выгодно отличается от головы взрослого своей



Рис. 101. Открытие шейки у первородящих.

а—состояние шейки до начала родовой деятельности: шейна цела, закрыта; б—шейка укорочена на $\frac{1}{2}$, внутренний зев не существует, он растянут, наружный зев закрыт; с—шейна почти сглажена, наружный зев все же закрыт; д—шейка сглажена, наружный зев начинает раскрываться.

относительной мягкостью, способностью несколько изменять форму благодаря гибкости костей, а также тому, что кости между собой не сращены, а между костями имеются промежутки, называемые швами, почему кости черепа ребенка могут сближаться и даже заходить одна на другую. На месте соединения 3 и более костей имеются промежутки, закрытые соединительной тканью, они называются родничками. Череп ребенка состоит из костей: 2 лобных, 2 теменных, затылочной и 2 височных и др. Швы: лобный между лобными костями, стреловидный между теменными, лямбдовидный (в виде греческой буквы лямбды) между затылочной и теменными, височный, соединяющий чешую височной кости с другими костями (лобными, теменными, затылочной). Между лобными и теменными костями расположен ромбовидной формы большой родничок, между теменными и затылочной—малый родничок, иногда треу-

гольной формы; в большинстве случаев малый родничок не является промежутком между костями как большой родничок, а только местом соеди-

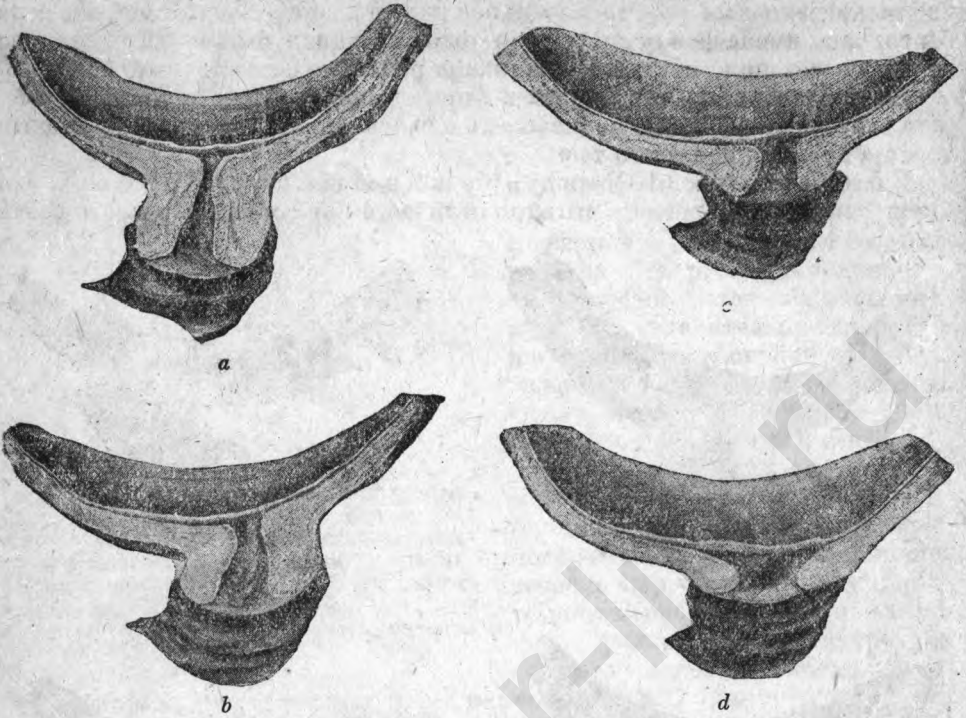


Рис. 102. Открытие шейки у повторнородящих.

a—состояние шейки до начала родовой деятельности: шейка цела, внутренний зев закрыт, наружный пропускает конец пальца; *b*—шейка укорачивается, оба зева, внутренний и наружный, начинают раскрываться; *c*—шейка еще не сглажена, но уже открыта; *d*—шейка еще не совсем сглажена.

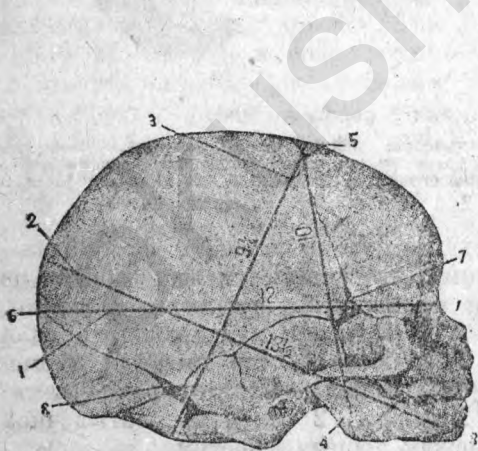


Рис 103а. Череп новорожденного сбоку.

1—прямой размер; 2—большой косой размер; 3—малый косой размер; 4—вертикальный размер; 5—большой родничок; 6—малый родничок; 7—переднебоковой родничок; 8—заднебоковой родничок.

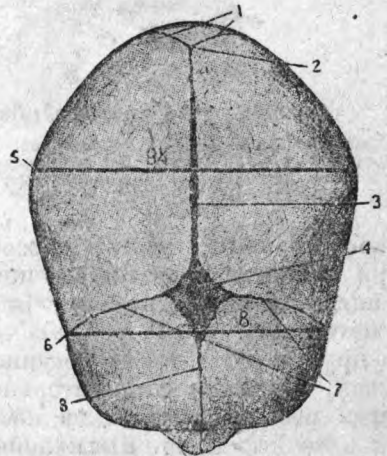


Рис. 103b. Череп новорожденного сверху.

1—лямбдовидный шов; 2—малый родничок; 3—стреловидный шов; 4—большой родничок; 5—большой поперечный размер (бипариетальный); 6—малый поперечный размер (битемпоральный); 7—венечный шов; 8—лобный шов.

нения трех костей. Такого же характера соединения существуют между лобной, теменной, височной и основной костями у переднего конца черепи височной кости—передний боковой родничок—и между теменной, височной и затылочной костями, у заднего конца черепи височной кости—задний боковой родничок. Задний боковой родничок по форме похож на малый родничок и при ощупывании может быть ошибочно принят за таковой, что ведет за собой ошибку в диагностике определения положения головки. Надо помнить, что малый родничок лежит на одном конце стреловидного шва, на другом конце которого имеется большой родничок. Установив диагноз стреловидного шва, мы избежим ошибки смешения малого родничка с задним боковым.

Размеры головки. Головка ребенка имеет размеры: прямые—малый косой от середины большого родничка до края затылочной дыры, равный 9—9,5 см, прямой размер—от переносицы до наиболее отдаленной точки затылка, равный 12 см, большой косой от подбородка до наиболее отдаленной точки затылка, равный 13,5 см и вертикальный от середины большого родничка до передней поверхности шеи, равный 9,5 см; поперечные размеры: малый поперечный (битемпоральный) между наиболее отстоящими точками лобного шва, равный 8 см и большой поперечный (бипариетальный) между теменными буграми, равный 9,5 см.

Таз, его размеры, плоскости, наклонение, подвижность. Как уже было сказано, для акушерства имеет значение главным образом малый таз, через костное кольцо которого во время родов должен пройти

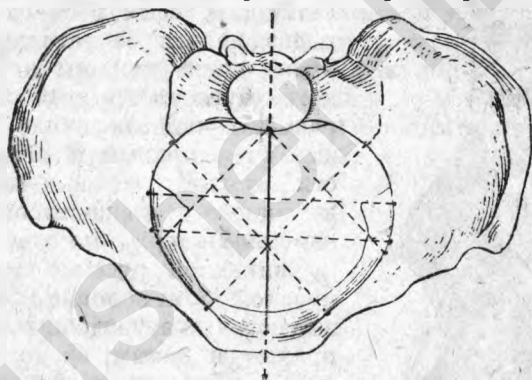


Рис. 104а. Плоскость входа в таз.

Вертикальная линия—прямой размер входа, истинная конъюгата.

Поперечные размеры (пунктир) верхний, наибольший поперечный «анатомический поперечный размер».

Нижний поперечный—рабочий поперечный, средний или «акушерский» поперечный размер.

Пересекающиеся размеры—косые—правый от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошному бугорку, левый—от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку.

От середины мыса расходятся крестцово-суставные или крестцово-вертлужные размеры. Правый от середины мыса к верхнему краю правой вертлужной впадины (сзади). Левый от середины мыса к левой вертлужной впадине.

плод. Малый таз делится на ряд воображаемых плоскостей, что представляется необходимым для полного изучения таза в различных его частях и для удобства определения, где в тазу находится подлежащая часть.

Плоскость входа. Наибольшее практическое значение имеет плоскость входа (рис. 104а), так как чаще всего сужения таза встречаются в этой плоскости. Плоскость входа ограничена безыменной линией с боков, верхним краем лонного сочленения спереди и мысом крестцовой кости сзади.

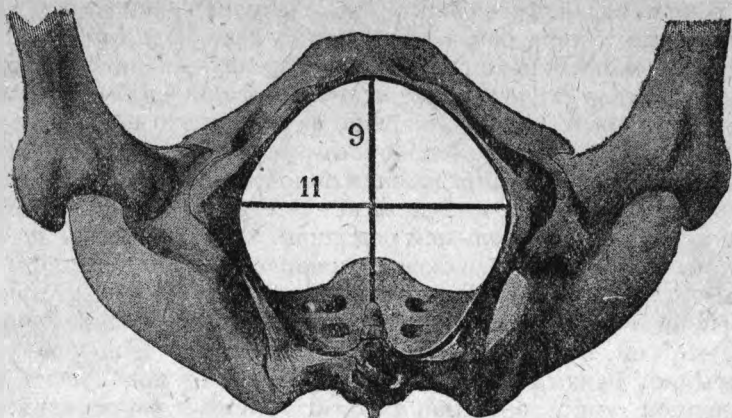


Рис. 104b. Плоскость выхода таза.

9—прямой размер; 11—поперечный размер.

В плоскости входа мы различаем:

1) прямой размер, расстояние между серединой верхнего края лонного сочленения и серединой мыса крестцовой кости, так называемую истинную конъюгату, равную 11 см;

2) два косых размера: от крестцово-подвздошного сочленения (верхнего его края) одной стороны до подвздошно-лонного бугорка другой стороны; косые размеры длиной около 12—12,5 см называются правым и левым в зависимости от того, от какого крестцово-подвздошного сочленения они идут,—это по немецкой терминологии, которой придерживаются русские акушеры; по французской терминологии косые размеры называются по подвздошно-лонному бугорку правым и левым, от которого они идут, таким образом правый косой размер по немецкой терминологии будет левым косым по французской.

3) поперечный размер—большой между наиболее отдаленными точками безыменных линий, он равен 13,5 см. Являясь наибольшим во входе поперечным размером, он акушерского значения не имеет, проходящая головка его использовать не может, так как он расположен не по середине плоскости входа в таз, а ближе к мысу. Акушерский поперечный размер (рабочий) в среднем равен 12 см. Таким образом во входе наибольшие размеры косые.

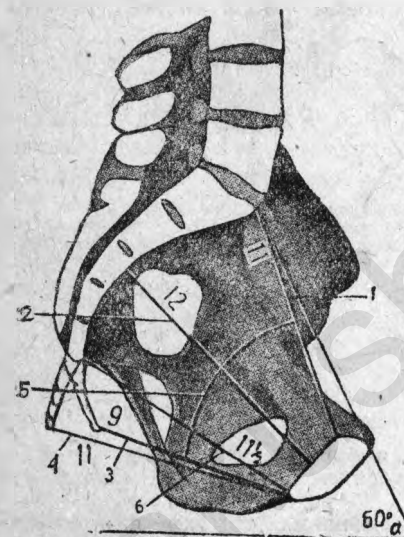


Рис. 105. Сагиттальный разрез нормального таза, показывающий прямые размеры, проводную линию и наклон таза.

1—прямой размер входа (акушерская конъюгата); 2—прямой размер шириной части полости; 3—прямой размер выхода при согнутом колене; 4—прямой размер выхода при разогнутом колене; 5—проводная линия таза; 6—угол наклона таза; 6—прямой размер узкой части.

Наименьший прямой размер таза, так называемая акушерская конъюгата, между серединой верхнего края мыса и несколько выступающим бугорком на внутренней поверхности лонного

сочленения немного ниже верхнего его края; этот размер на $\frac{1}{2}$ см меньше прямого размера входа истинной конъюгаты.

В полости таза проводятся две плоскости: плоскость широкой части полости и плоскость узкой части полости. В первой имеет-

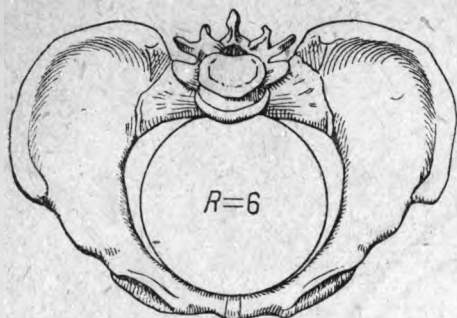


Рис. 106а. Форма входа нормального таза, радиус передней дуги равен 6 см.

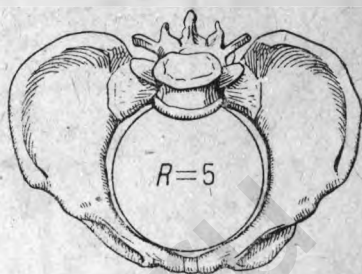


Рис. 106б. Форма входа общеравномерно суженного таза, радиус передней дуги равен 5 см.

ся прямой размер—от середины внутренней стороны лонного сочленения до места соединения второго и третьего крестцовых позвонков, равный 12,5 см, два косых размера от запирающего желобка одной стороны до большой седалищной вырезки другой стороны, равные 13,5 см, и поперечный размер между центрами вертлужных впадин, равный 12,5 см. В плоскости узкой части полости таза имеется прямой размер между нижним краем середины лонного сочленения и нижним краем крестца, равный 11,5 см, и поперечный размер между остями седалищных костей, равный 10,5 см; косых размеров в этой части полости нет, так как эта плоскость не окружена полным костным кольцом.

Параллельная плоскость входа. Принимая во внимание, что ось таза расположена во входе и в верхней части полости перпендикулярно плоскости входа, некоторые акушеры вместо описанной плоскости широкой части полости берут плоскость, параллельную плоскости входа, называемую параллельной плоскостью широкой части таза.

Проходит она через нижний край лонного сочленения и приблизительно через середину второго крестцового позвонка.

Выход таза, так же как и узкая часть полости, не образует полного костного кольца, и в плоскости выхода косых размеров нет. Имеются поперечный размер между седалищными буграми, равный 11 см, и прямой—от нижнего края середины лонного сочленения до нижнего конца копчика (верхушки), равный 9 см, а при отогнутом копчике равный 11,5 см. Плоскости геометрической в выходе не получается, имеются два треугольника е общим основанием (поперечный размер) (рис. 104б).

Кроме рассмотренного нами тазового канала в тазу важно знать о с

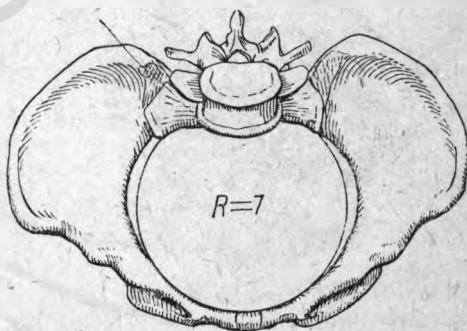


Рис. 106с. Форма входа плоского таза, радиус передней дуги равен 7 см.

таза (рис. 105), по которой движется во время родов плод. Ось таза называется линия, образовавшаяся от соединения середин прямых размеров таза; она соответствует изгибу крестца. Ось таза перпендику-

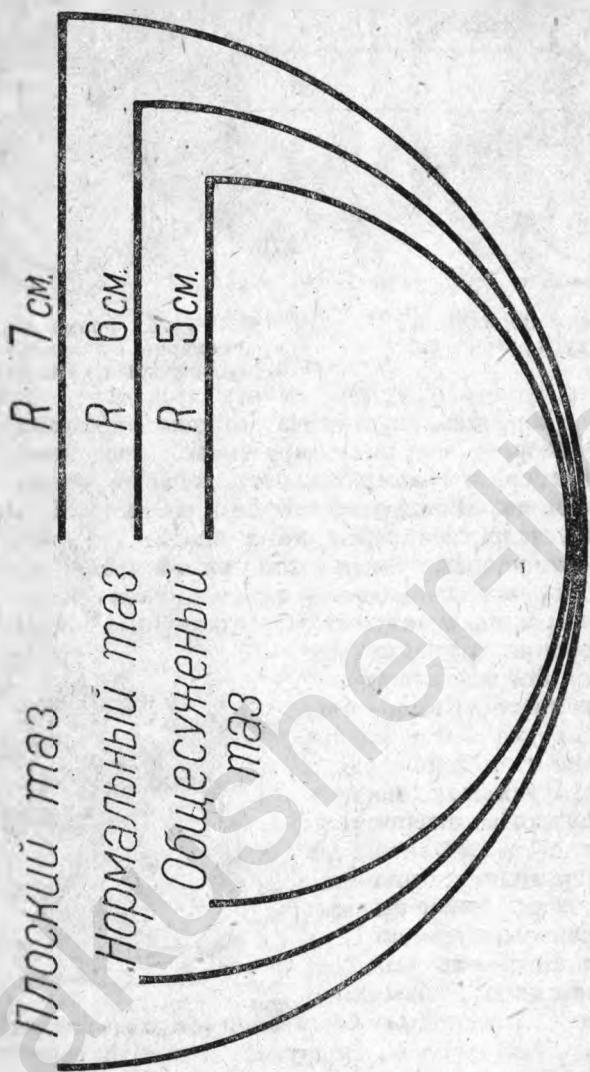


Рис. 107. Схема кривизны передней дуги таза в натуральную величину.

У плоского таза радиус передней дуги — 7 см. Дуга наиболее отлогая (широкая).
 У нормального таза радиус передней дуги равен 6 см.
 У общеравномерно суженного таза радиус передней дуги равен 5 см. Дуга наиболее изогнута.
 Разница между дуги может быть определена при внутреннем исследовании (ср. рис. 108 а и б).

лярна плоскости входа и параллельной плоскости широкой части полости.

Ось выхода образует с осью входа угол в 100° и ее продолжение вверх упирается в мыс.

Форма газового канала приблизительно цилиндрична, причем плоскость входа имеет поперечно-овальную форму. Передняя стенка значительно меньше (ниже) задней.

Определенное значение имеет ширина (величина угла) лонной дуги. В норме угол между лонными костями имеет форму дуги с основанием 11 см и высотой 8 см, ширина дуги на расстоянии 5 см от вершины равна 9 см.

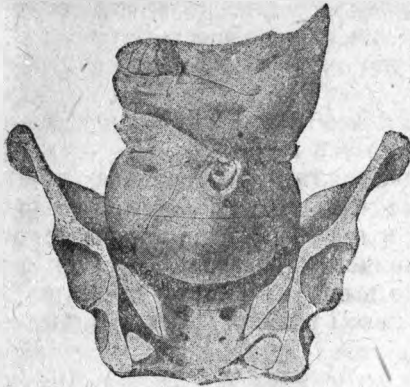


Рис. 108. Механизм родов при затылочных предлежаниях. Позиция первая, вид поперечный. Начало изгнания, головка в теменном предлежании, прямым размером. Стреловидный шов в поперечном размере таза. Оба родничка на одном уровне, малый родничок слева, большой родничок справа.

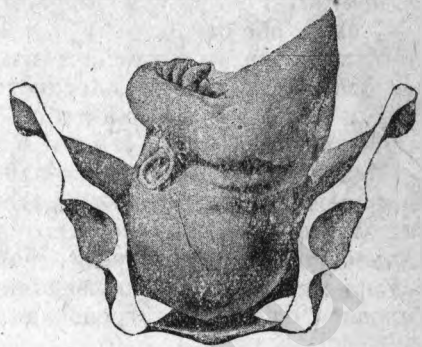


Рис. 110. 2-й момент механизма родов при затылочном предлежании. Внутренний поворот и прохождение через таз. Головка в полости в правом косом размере своим малым косым размером. Малый родничок слева спереди у левого запирающего желобка (которого на рисунке нет).

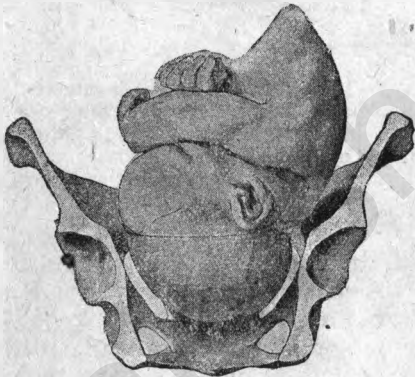


Рис. 109. 1-й момент механизма родов при затылочном предлежании. Сгибание головки. Головка в поперечном размере своим малым косым размером¹. Малый родничок слева, ниже большого.

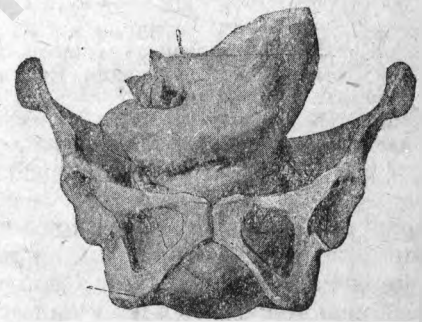


Рис. 111. 2-й момент механизма родов при затылочном предлежании. Внутренний поворот закончен. Головка в прямом размере выхода своим малым косым размером, малый родничок спереди под лонным сочленением.

Изгиб передней кривизны плоскости входа в таз может косвенно служить для определения поперечного размера таза. В нормальном тазу, где радиус этой дуги равен 6 см, поперечный размер будет 12 см; в плоском тазу, где радиус дуги равен 7 см, поперечный размер равен 14 см и в общесуженном тазу радиус дуги равен 5 см, а поперечный размер равен 10 см

¹ На рис. 109 головка стоит не строго в поперечном размере, а несколько косо, приближаясь к левому косому, что дает задний вид, который ко 2-му моменту (рис. 110) перешел в передний.

(рис. 106, а, в, с, 107). При некотором навыке можно при внутреннем исследовании составить себе представление о кривизне передней дуги плоскости входа. При нормальном и тем более при плоском тазе палец, исследующий эту кривизну изнутри со стороны лонного сочленения, прощупывает слегка изогнутую почти прямую линию на протяжении 3—4 см в обе стороны от лонного сочленения. При общесуженном тазе эта линия круто загибается кзади, и представляется возможность обследовать весь контур плоскости входа.

Как должна располагаться во входе в таз головка при различных предлежаниях?

Механизм родов при затылочном предлежании и нормальном тазе. При нормальном механизме родов при затылочных предлежаниях стреловидный шов головки стоит во входе в таз в косом размере входа, чаще малым родничком кпереди, большой родничок прощупывается у подвадно-крестцового сочленения несколько выше, чем малый родничок. Головка расположена стреловидным швом в косом размере, а не в большом



Рис. 112а. 3-й момент механизма родов при затылочном предлежании. Начало разгибания. Головка прошла выход и задерживается мягкими тканями полового канала. Малый родничок снаружи на 7 см вот лона.

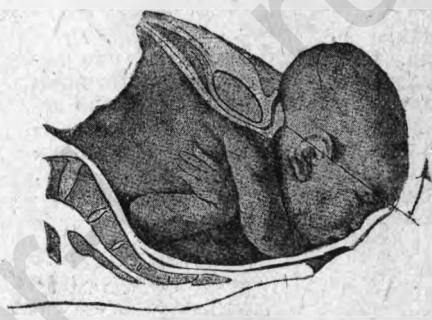


Рис. 112б. Прорезывание головки, разгибание, поворот вокруг поперечной оси. Затылок вышел из-под лона. [Головка прodelывает движение, указанное стрелкой.

поперечном, потому что последний пересекает истинную конъюгату не по середине ее, а ближе к мысу крестца, следовательно стать в этот размер головке мешает, как уже было указано выше, выступ мыса. Стреловидный шов должен был бы устанавливаться не в поперечный максимальный размер «анатомический», а в поперечный средний размер «акушерский», который меньше и большого поперечного и косога, почему обычно головка устанавливается во входе в одном из косых размеров своим прямым размером, т. е. имеется теменное предлежание, что изображено на рис. 108.

Первый момент. Под влиянием давления маточных сокращений, передаваемого на головку через позвоночник плода, затылок, более короткий конец неравноплечего рычага, испытывает большее давление, чем лоб, и начинает опускаться; получается сгибание—первый момент механизма родов при затылочных предлежаниях. Благодаря такому сгибанию головка свой прямой размер—теменное предлежание—заменяет малым косым размером—затылочным предлежанием. При внутреннем исследовании будет прощупываться стреловидный шов в косом размере и обычно спереди низко стоящий малый родничок, а большой родничок отходит кверху и даже не достигается (рис. 109).

Вторым моментом механизма родов будет опускание согнутой головки и прохождение ее через таз, причем малый родничок, расположенный во входе в таз у подвздошнолонного бугорка, т. е. у переднего конца косога размера входа, повертывается кпереди к середине лонного сочленения (рис. 110, 111). Стреловидный шов при этом устанавливается сначала в косога размер широкой части полости, потом в прямые размеры узкой части полости и выхода таза. Таким образом головка (стреловидный шов), проходя через наибольшие размеры полости таза (косога в широкой части и прямые в узкой части полости и в выходе), продельвает внутренний поворот, повертываясь малым родничком кпереди.

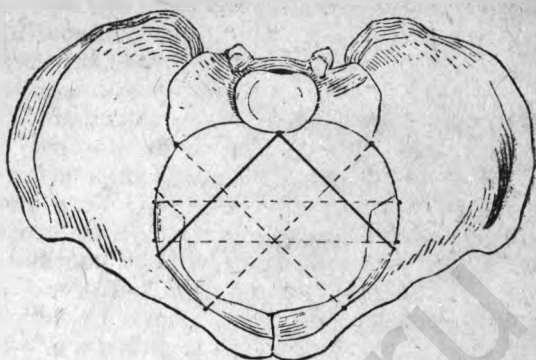


Рис. 113. Крестцово-суставные размеры: правый от середины мыса к правой суставной впадине; левый от середины мыса к левой суставной впадине. Эти размеры параллельны косога размерам (см. рис. 104а).

Во время третьего момента механизма родов головка выходит из таза, огибая лонное сочленение. По выходе из таза неподвижная точка образуется у нижнего края лонного сочленения, в нее упирается место перехода затылка ребенка в шею, нижний конец малого косога размера.

Вокруг этой точки происходит вращение головки затылком вперед. Головка делает разгибание, со стороны промежности выходят лоб и лицо, и вся головка оказывается снаружи (рис. 112а, б).

К этому времени плечики ребенка установились в поперечном размере входа в таз; по мере опускания плечики также продельвают внутренний поворот, переходя из поперечного или косога размера, во входе в наибольшие размеры других частей таза, т. е. в косога в широкой части полости и в прямые в узкой части полости и в выходе. В связи с переходом плечиков в прямой размер узкой части полости и прямой размер выхода головка повертывается, следуя

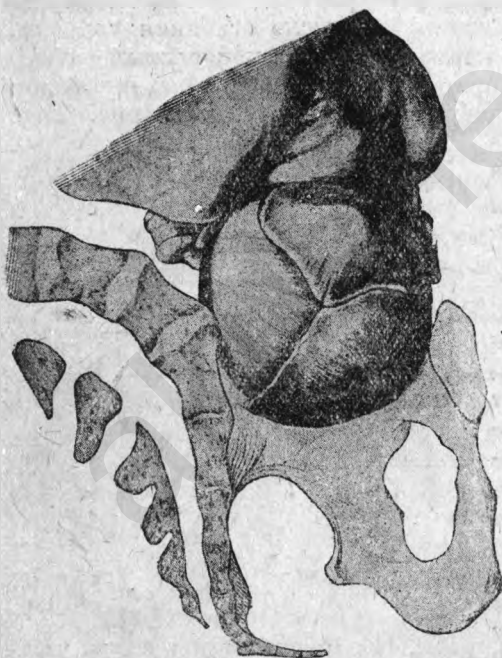


Рис. 114. Конфигурация головки при передне-теменном негелевском склонении, асинклитизме. Таз плоский, рахитический, сужение прямого размера входа значительное. Предлежит передняя (левая) теменная кость.

за движением плечиков затылком к какому-нибудь бедру матери, чаще

к одноименному с позицией предлежания, проделывая при этом так наз. наружный поворот головки.

Что же имеется в нашем случае?

Головка стреловидным швом стоит в поперечном размере, большой родничок прощупывается ниже малого, т. е. имеется предлежание теменное, причем предлежит передняя теменная кость, так как стреловидный шов расположен не по середине между мысом и лоном, а ближе к мысу.

Что это значит?

Все это типично для механизма родов при плоском тазе.

Какой же бывает механизм родов при плоском тазе и какие особенности этого механизма?

В плоском тазе имеется сужение прямого размера входа, истинный и акушерский конъюгат, вследствие чего головка не может пройти через это суженное место тем своим большим поперечным (бипариетальным, равным 9 см) размером, которым она проходит через вход в таз при нормальном механизме после сгибания головки. При нормальном тазе поперечный размер

Рис. 115. Конфигурация головки при переднетеменном негелевском склонении. Таз простой, плоский, сужение небольшое, стреловидный шов расположен ближе к мысу.

головки располагается перпендикулярно косому размеру таза, в котором головка устанавливается. Этот размер крестцово-суставной (рис. 113), равен 9 см и вполне по величине подходит для поперечных размеров головки. При плоском тазе вместо сгибания происходит небольшое разгибание, малый родничок несколько приподнимается, большой опускается, и против суженного места устанавливается малый поперечный (битемпоральный) размер, равный 8 см. Вместе с тем головка стоит во входе в таз несимметрично, большая ее часть находится в той половине таза, где расположен затылок. Кроме того происходит усиленная конфигурация головки, та теменная кость, которая находится у мыса, вдавливается под другую и головка стоит несколько косо, т. е. стреловидный шов расположен не по середине таза, а ближе или к мысу или к лону и предлежащей оказывается или передняя или задняя теменная кость (рис. 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120).

Такое асимметричное расположение стреловидного шва называется склонением головки. Если стреловидный шов лежит ближе к мысу и

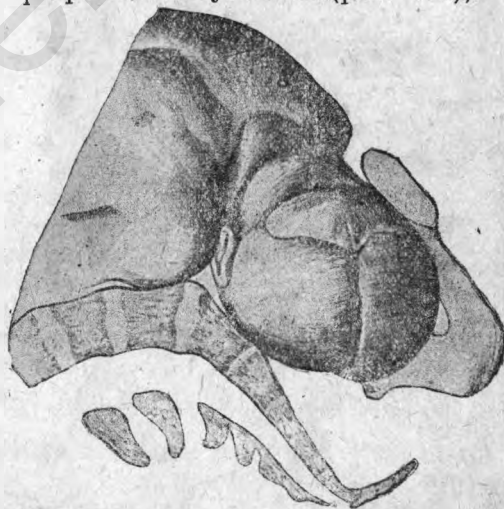


Рис. 116. Прохождение головки через суженный прямой размер входа в таз в переднетеменном склонении (негелевском); край задней теменной кости заходит под переднюю, предлежащую, таз плоский, рахитический.

предлежит передняя теменная кость, имеется переднее теменное склонение или передний асинклитизм (негелевское склонение). Если же стреловидный шов лежит ближе к лонному сочленению, предлежит задняя теменная кость, получается заднее теменное или лицмановское склонение — задний асинклитизм.

Переднетеменное и заднетеменное склонения образуются в зависимости от взаимного расположения мыса крестцовой кости и лонного сочленения. Если мыс расположен выше, головке удобнее проскользнуть в полость таза при переднетеменном склонении, если мыс ниже, то больше удобства представляет заднетеменное склонение. Теменное склонение не есть осложнение механизма родов при плоском тазе, а наоборот, — благоприятное приспособление. При переднетеменном склонении роды протекают с меньшими затруднениями, чем при заднетеменном склонении.

Как уже было указано, во входе в таз при плоском тазе головка большей своей частью расположена в одной половине таза, почему вход в таз недостаточно замыкается головкой, и это является причиной различных осложнений.

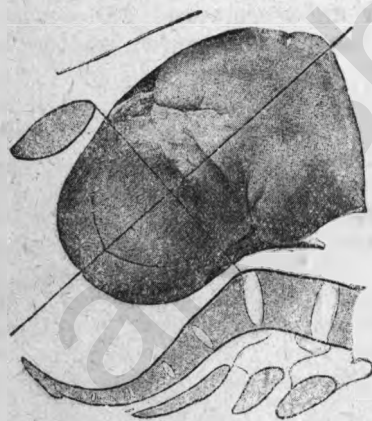


Рис. 118. Синклитическое вставление. Стреловидный шов на середине между лонем и крестцом, предлежат обе теменные кости.

метрично, образуется переднетеменное или заднетеменное склонение. Имеется низкое поперечное стояние головки. Головка использует больше одну половину таза, в связи с чем часто получается преждевременное излитие вод. Головка сильно сдавливается, кон-

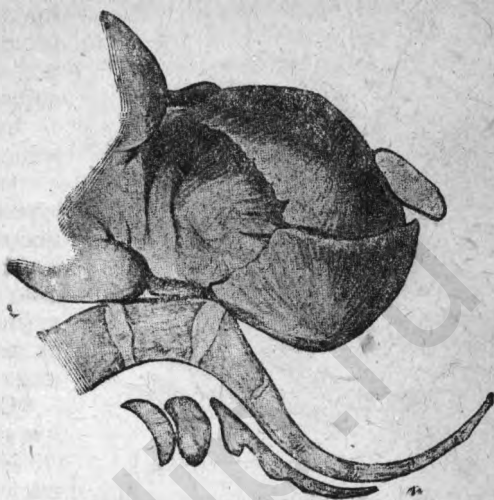


Рис. 117. Конфигурация головки при заднетеменном лицмановском склонении (задний асинклитизм). Предлежит задняя теменная кость, край передней теменной кости заходит под заднюю теменную кость.

При плоском тазе головка проходит через вход в таз в поперечном размере таза, опускаясь довольно глубоко в этом размере таза. Таким образом при плоском тазе механизм будет следующий. Первый момент — не сгибание, а небольшое разгибание — опускается большой родничок, малый отходит кверху и делается недоступным для исследующего пальца. Стреловидный шов располагается несим-

метрично, образуется переднетеменное или заднетеменное склонение. Имеется низкое поперечное стояние головки. Головка использует больше одну половину таза, в связи с чем часто получается преждевременное излитие вод. Головка сильно сдавливается, кон-

При плоском тазе головка проходит через вход в таз в поперечном размере таза, опускаясь довольно глубоко в этом размере таза. Таким образом при плоском тазе механизм будет следующий. Первый момент — не сгибание, а небольшое разгибание — опускается большой родничок, малый отходит кверху и делается недоступным для исследующего пальца. Стреловидный шов располагается несим-

метрично, образуется переднетеменное или заднетеменное склонение. Имеется низкое поперечное стояние головки. Головка использует больше одну половину таза, в связи с чем часто получается преждевременное излитие вод. Головка сильно сдавливается, кон-

Фигурируется, задняя теменная кость подходит под переднюю и нередко травмируется от давления твердого мыса (вдавления, трещины кости, внутрочерепные кровоизлияния). После того как головка прошла суженное место (вход в таз), наступает второй момент механизма родов. Головка сгибается, проходит через полость и выход таза в согнутом виде своим малым косым размером. Во время опускания она прodelьвает внутренний поворот, причем стреловидный шов поворачивается в косой размер, затем в прямой размер малым родничком вперед. Дальнейшие (третий и четвертый) моменты механизма родов при плоском тазе не отличаются от механизма при нормальном тазе.

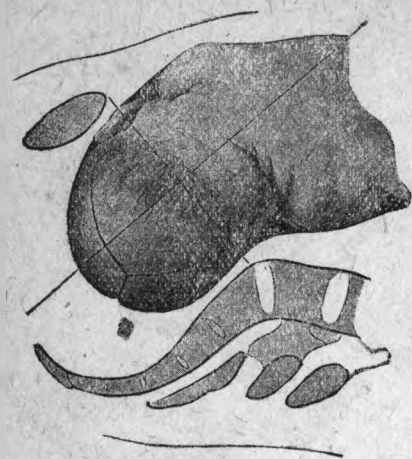


Рис. 119. Асинклитическое вставление. Переднетеменное негелевское склонение. Предлежит главным образом передняя теменная кость. Стреловидный шов расположен не по середине, а ближе к крестцу. Передний асинклитизм.

плоским, почему и роды идут по механизму плоского таза. Разрыв пузыря боковой, нижняя часть пузыря цела, воды подтекают, но все не вылились.

Что же мы должны делать, как проводить роды при плоском тазе?

С одним осложнением — чрезмерно болезненным и схватками несколько судорожного характера — мы справились. Большая успокоилась, схватки протекают нормально.

Проведение родов при плоском тазе находится в полной зависимости от имеющейся степени сужения.

Некоторые акушеры различают 3 степени сужения, другие 4 степени сужения.

Схема в 4 степени сужения. Большинство считает, что при истинной конъюгате в 6 см для плоских тазов и 6,5 см для общесуженных роды через естественные пути невозможны даже при условии оперативного уменьшения размеров ребенка. Это будут тазы с абсолютным сужением, при которых безусловно показано кесарево сечение,

Сравним это с тем, что мы имеем в нашем случае.

Механизм родов несомненно протекает по типу плоского таза: имеется разгибание, большой родничок стоит ниже малого, налицо передний негелевский асинклитизм, головка конфигурируется, преждевременное излитие вод. Перечисленные данные показывают, что по отношению к данной головке таз роженицы функционально является

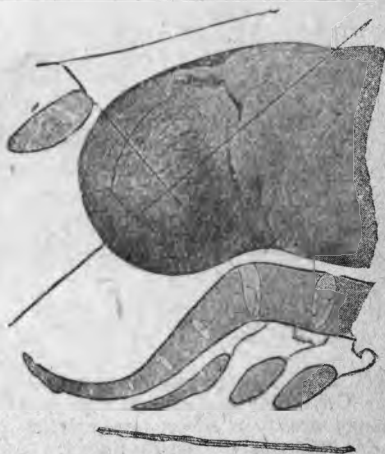


Рис. 120. Асинклитическое вставление. Заднетеменное лицмановское склонение. Предлежит (главным образом) задняя теменная кость. Стреловидный шов расположен ближе к лону. Задний асинклитизм.

При плоском тазе с истинной конъюгатой больше 8,5—9 см возможны при хорошей родовой деятельности роды естественным путем доношенного ребенка.

Для родоразрешения при плоских тазах с истинной конъюгатой между 6 и 9 см требуется оперативное вмешательство. При истинной конъюгате между 6 и 7,5 см живого ребенка можно получить только путем кесарева сечения, но через естественные пути родоразрешение возможно при уменьшении размеров плода (перфорация, эмбриотомия и т. п.). При истинной конъюгате между 7,5 и 9 см можно получить живого ребенка не только с помощью кесарева сечения, но и с помощью искусственных преждевременных родов. Надо иметь в виду, что большой поперечный размер головки плода в сантиметрах приблизительно равен цифре месяца беременности, почему можно прибегнуть к преждевременным родам в 8 месяцев, если истинная конъюгата равна 8 см. Рекомендуется при плоском тазе приступать к прерыванию беременности, когда предлежащая головка плода начинает несколько выступать над лоном.

В настоящее время при хороших результатах, получаемых от кесарева сечения, большинство акушеров не является сторонниками применения преждевременного прерывания беременности в случаях суженных тазов.

Схема в 3 степени сужения следующая: при первой степени истинная конъюгата от 8 до 10 см, возможны роды силами природы при средних размерах ребенка, при второй степени сужения истинная конъюгата—от 6 до 8 см, роды через естественные пути возможны только после уменьшения размеров плода (перфорация, краниоклазия, эмбриотомия), третья степень сужения—истинная конъюгата меньше 6 см, требует обязательного кесарева сечения при доношенном ребенке или заблаговременно искусственного выкидыша не позже 6 месяцев.

Эти схемы должны считаться ориентировочными, это и понятно. В них не учитывается прежде всего величина головки и ее способность к конфигурации. На живой женщине измерить истинную конъюгату очень сложно и приходится вычислять ее величину довольно приблизительно по величине конъюгаты диагональной. На рис. 121 видно, что в зависимости от высоты, толщины и наклона лонного сочленения при той же величине диагональной конъюгаты величина истинной может колебаться на целый сантиметр, что имеет громадное значение в вопросе возможности родов и показаний для терапии.

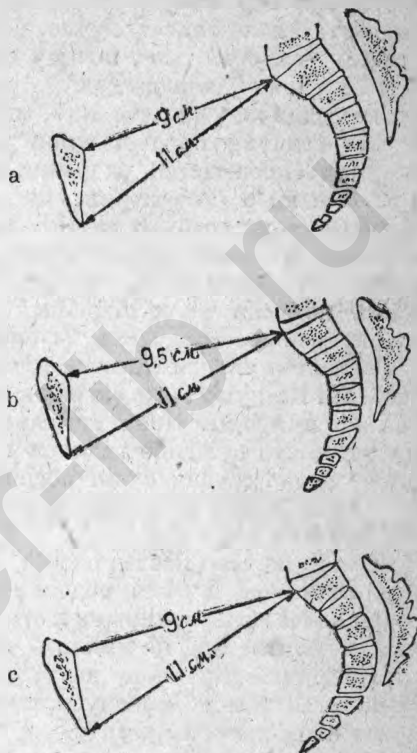


Рис. 121. Взаимоотношение размеров истинной и диагональной конъюгат в зависимости от наклона и высоты лонного сочленения, при более прямостоящем лонном сочленении разница больше (а, б).

Выше был указан прием Мюллера, которым можно руководствоваться для определения функциональной проходимости таза для данной головки. Особенно трудно решить вопрос, сможет ли родиться ребенок через естественные пути при первых родах. При повторных мы можем хоть приблизительно ориентироваться на опыте предыдущих родов.

Пробные роды. Нередко при хорошей родовой деятельности и при хорошей способности головки конфигурироваться (у первородящих способность головки конфигурироваться больше, чем у повторнородящих) роды протекают благополучно, несмотря на безусловно как будто недостаточные размеры таза, почему стал вопрос о так наз. пробных родах. В тех случаях у первородящих, когда у нас возникают сомнения в возможности родов живым ребенком, мы ставим как бы опыт—не прибегаем к кесареву сечению, представляем роды их естественному течению и нередко опыт оказывается удачным, родится живой ребенок, иногда с нашей помощью (питуитрин, щипцы), а иногда даже и без нее. Такие пробные роды требуют внимательного наблюдения, чтобы в случае угрожающего разрыва матки своевременным вмешательством, пожертвовав ребенком, спасти мать. Понятно, что средний медперсонал не должен брать на себя риск подобных родов и во всех сомнительных случаях своевременно направлять беременную в лечебное учреждение (роддом).

В нашем случае имеется плоский рахитический таз—сужение первой степени. Как уже было сказано, можно думать, что роды смогут произойти силами природы. Пока никаких показаний к вмешательству нет. Ввиду того, что сужение имеется в прямом размере входа, во втором периоде родов можно будет воспользоваться вальхеровским положением.

Через 2 часа после впрыскивания морфия прошли воды.

Что делать?

После нашего исследования прошло около 2 часов, надо думать, что под влиянием морфия родовая деятельность урегулировалась, схватки стали более продуктивными и открытие подвинулось настолько (до 6—7 см), чтобы излитие вод не явилось осложняющим моментом.

Повторим наружное исследование; головка несколько ниже, сердцебиение плода ясно прослушивается, 140 в мин. на 7 см выше лона, 5 см влево от средней линии, плечо, прощупывается здесь же еще яснее, следовательно головка несколько опустилась, но узкое место еще не пройдено. По Мюллеру несоответствия между величиной головки и размером входа в таз почти нет. Кольцо сокращения неясно выражено и на нем базироваться для определения степени открытия нельзя. Роды идут правильно, показаний к вмешательству нет. Также нет показаний для производства внутреннего исследования. Сонливость еще не совсем прошла, схватки через 5 минут продолжительностью около минуты, боли в пределах нормы, вне схватки матка расслабляется.

Повидимому нам даже не придется прибегать к вальхеровскому положению.

Через два часа после излития вод: схватки реже и слабее, сверху через брюшную стенку прощупывается только верхний сегмент головки, она опустилась в полость. Сердцебиение плода 120—110 в минуту, на 5 см выше лона и на 3 см влево от средней линии. Во время схватки роженица тужится, но сил у нее мало, схватки недостаточны—вторичная слабость схваток.

Вторичная слабость схваток в данном случае абсолютная, т. е. схватки сами по себе слабы, а не по отношению к той работе, которую они должны проделать. Слабость схваток во втором периоде родов является довольно

неприятным осложнением. Если в первом периоде при целых водах слабость схваток только несколько затягивает течение родов, почти (до известной продолжительности родов) не отражаясь ни на матери, ни на ребенке, и серьезным осложнением не является, то во втором периоде родов слабость схваток является очень нежелательной. Затянувшиеся из-за слабости родовой деятельности роды после излития вод могут оказаться опасными и для матери и для ребенка. Для матери возникает угроза инфекции ввиду возможности при вскрытом плодном пузыре проникновения в матку бактерий из влагалища и эта возможность тем больше, чем дольше затягиваются роды. С излитием вод матка плотнее охватывает плод, объем маточной полости уменьшается, ретракция матки сказывается и на месте прикрепления плаценты, вследствие чего нарушаются условия плацентарного кровообращения и возникает угроза асфиксии плода.

От чего получается вторичная слабость схваток?

Этиология слабости схваток. Чаще всего вторичная слабость схваток получается в результате усталости маточной мускулатуры, которой пришлось преодолевать какое-либо препятствие при проталкивании предлежащей части через таз (при узких тазах или больших головках). Затем играет роль расстройство иннервации матки в зависимости от отсутствия давления предлежащей части на нижний сегмент (при высокостоящей головке, при поперечном положении, ягодичном предлежании, при предлежаниях места, наполненном мочевым пузырем и т. п.). В нашем случае матке пришлось проталкивать головку через суженный вход в таз, отчего могла появиться усталость маточной мускулатуры. Кроме того имеется повидимому и некоторое недоразвитие матки, от чего и небольшая рабочая нагрузка маточной мускулатуры могла вызвать ее недостаточность.

Если бы появились признаки угрожающей асфиксии плода, пришлось бы принять меры к окончанию родов для спасения ребенка, пока никаких позаваний к вмешательству нет, необходимо только тщательное наблюдение за сердцебиением плода, так как замедление сердцебиения до 100 ударов в минуту и меньше в промежутках между схватками является признаком угрожающей асфиксии, так же как и неправильный ритм, ускорение сердцебиения выше 150 ударов в минуту и ослабление сердцебиения. Кроме нарушения сердцебиения признаком угрожающей асфиксии является отхождение мекония (при черепных предлежаниях).

Говорить об угрозе инфекции в связи с прохождением вод приходится только через несколько (около 6) часов после излития вод. Если бы роды не подвигались в течение 6—10 часов, встал бы вопрос о вмешательстве на основании одного этого показания.

Наблюдение за поступательным движением головки. Очень важно иметь возможность следить за поступательным движением головки, не производя внутреннего исследования. Пока головка не опустилась в полость таза, можно непосредственным ощупыванием через брюшную стенку определить, продолжает ли головка опускаться. Кроме того мы имеем указатель опускания головки в опущении и перемещении к средней линии плеча и места выслушивания сердцебиения плода. Когда головка опустилась в полость таза, вышеуказанные способы уже ничего не дают и за поступательным движением головки надо следить с помощью следующих приемов.

Прием Пискачака производится следующим образом: роженица лежит в спинно-ягодичном положении, как для внутреннего исследе-

дования, исследующий стоит с правой стороны (при исследовании правой рукой), проводит правую исследующую руку с выпрямленными указательным и средним (или одним указательным) пальцами и пригнутыми к ладони остальными под правое бедро исследуемой. Исследование производится таким образом, что исследующие пальцы не вводятся во влагалище роженицы, а упираясь в складку, расположенную снаружки от правой большой губы, вдавливают в этом месте мягкие ткани в глубь таза, продвигаясь кнутри от правой лонной кости (нисходящей ветки лонной кости) по направлению к находящейся в тазу головке. Если головка находится в полости, исследующий палец достигает до ее нижнего сегмента и упирается в него. Повторное исследование, произведенное через некоторое время (полчаса-час), покажет, опустилась ли за это время головка, т. е. прощупывается ли она ближе, чем при предыдущем исследовании. Так как это исследование наружное, то опасности оно никакой не представляет. Все же исследование надо производить дезинфицированной рукой, тщательно обмыв половые органы роженицы, так как при недостаточном внимании исследующие пальцы могут соскользнуть через большую губу во влагалище и внести инфекцию.

Аналогичный прием предложен Гентером. Исследование в спинно-ягодичном положении. Исследующий стоит справа, пальцы правой руки исследующего располагаются вокруг заднего прохода роженицы таким образом, что большой палец упирается в промежность, а остальные четыре расположены на задней промежности (которая находится между задним проходом и копчиком). Данные получают такие же, как и при приеме Пискачека, но прием Пискачека технически проще и не связан с риском загрязнения руки из-за близости прямой кишки.

Такое же исследование по Шварценбаху производится в положении исследуемой на левом боку, исследующий стоит сзади, концы исследующих пальцев вдавливают заднюю промежность (между задним проходом и копчиком.) Головка определяется, если большая окружность ее прошла вход.

При исследовании по Пискачеку, произведенному через 2 часа по излитии вод, конец третьего пальца хотя с трудом, но дошел до нижнего сегмента головки, следовательно головка узкое место прошла и почти опустилась в полость. Со стороны таза для дальнейшего продвижения головки препятствий нет. Все дело теперь в том, чтобы усилить до нормы родовую деятельность, тогда роды должны благополучно закончиться. Будем ждать. Иногда, если роженица отдохнет, ослабевшая родовая деятельность усиливается и роды принимают нормальное течение. Рекомендуется для поддержки сил роженицы и усиления родовой деятельности давать сахар (50,0) в растворе (горячий чай), что мы и сделаем. От применения других средств, действующих на маточные сокращения, как-то: хинин, питуитрин и т. п., мы пока воздержимся в расчете, что у отдохнувшей роженицы родовая деятельность самостоятельно восстановится. Будем следить за сердцебиением плода, выслушивая его каждые 5—10 минут.

Через 3½ часа по излитии вод: самочувствие роженицы удовлетворительное, температура 37,6°, пульс 82, сердцебиение плода 110—100, по временам глуховато, родовая деятельность попрежнему слабая, схватки короткие, через 10—15 минут. Сахар повидимому никакого действия не оказал.

Что делать?

Замедление сердцебиения плода и глухие тоны указывают на наступающую (угрожающую) асфиксию плода. Если роды не произойдут в ближай-

шее время, ребенок может погибнуть. Вместе с тем и температура матери несколько повысилась, участился пульс. Для оперативного вмешательства со стороны матери показаний недостаточно, но со стороны плода имеются определенные показания к ускорению (к окончанию) родов.

Повышение температуры во время родов и ее значение. Является ли повышение температуры показанием к оперативному вмешательству? Повышенная температура во время родов в большинстве случаев зависит от так наз. эндометрита во время родов, конечно если причиной повышенной температуры не является какое-нибудь случайное постороннее заболевание. Многие авторы не без основания подчеркивают опасность оперативного вмешательства, травмы родовых путей, с ним связанной, при повышенной температуре, указывающей на наличие инфекции, и рекомендуют ждать в таких случаях самопроизвольных родов, если нет других показаний к окончанию родов со стороны матери или плода.

Прежде чем применить щипцы мы должны попробовать питуитрин 1,0 под кожу, что и сделано (через 3½ часа после излития вод). Показания для питуитрина здесь ясны, необходимо усилить родовую деятельность, чтобы спасти ребенка; если питуитрин не поможет, придется прибегнуть к щипцам, несмотря на наличие эндометрита.

Применение щипцов при узком тазе. От учащих иногда приходится слышать, что здесь плоский таз, приходится накладывать щипцы, как будто плоский таз является показанием для применения щипцов. Это безусловно неправильно. Плоский таз как раз является противопоказанием для наложения щипцов, применение которых при плоском или вообще при суженном тазе допустимо только в случаях легких степеней сужения, когда препятствия для прохождения (извлечения) головки уже нет, головка через суженное место прошла. Если же этого нет, то в громадном большинстве случаев наложение щипцов никаких результатов не дает.

Откуда же образовалось такое неправильное представление о том, что суженный таз является показанием для наложения щипцов?

При суженных тазах нередко развивается вторичная слабость схваток в результате утомления маточной мускулатуры от работы для преодоления препятствия со стороны таза. При этой слабости могут явиться показания для окончания родов щипцами, как напр. угрожающая асфиксия ребенка и т. п., если же таких осложнений не будет, то сами по себе и сужение, и вторичная слабость схваток (до известного времени) наложения щипцов не требуют, а сужение таза, как уже сказано, составляя непреодолимое препятствие для прохождения ребенка, должно рассматриваться как противопоказание для щипцов и показание для других оперативных вмешательств, напр. краниотомия и кесарево сечение в зависимости от степени сужения и особенностей случая.

Показания и противопоказания к применению питуитрина. Нет ли противопоказаний для питуитрина и можем ли мы рассчитывать на его действие? Питуитрин лучше всего действует в периоде изгнания, как раз то, что имеется в нашем случае. Противопоказанием для применения питуитрина является какое-либо препятствие к прохождению ребенка через таз, размеры таза и ребенка, неправильности предлежания и т. п. Ничего такого у нас в настоящий момент нет. Хотя у роженицы таз плоский, рахитический, но головка через узкое место прошла и дальше в тазу сужения нет, он даже относительно увеличен, так что в случае значительного усиления родовой деятельности можно ожидать быстрого окончания родов даже с риском повреждения мягких частей матери,

Через 10 минут после впрыскивания питуитрина у роженицы начались сильные схватки (каждые 5 мин.) и потуги. Исследование по Пискачеву показало, что с каждой схваткой головка опускается и через 15 минут после начала схваток (25 минут после впрыскивания) роженица стала отмечать позыв на низ, зависящий от придавливания головкой прямой кишки. Промежность начала выпячиваться, вскоре стала показываться головка.

Что делать?

Наша задача предохранить промежность от разрыва, как это сделать? От чего происходят разрывы промежности? Какие моменты способствуют разрыву и какие сохранению целости промежности?

Разрывы промежности. Моменты, способствующие разрывам промежности, можно разделить на две группы. Одни—независящие от лица, принимающего ребенка, связанные с индивидуальностью, анатомофизиологическими особенностями данного случая, против которых ничего сделать нельзя, и другие—находящиеся в зависимости от лица, принимающего ребенка, на которые можно оказать определенное влияние.

К индивидуальным особенностям, на которые мы влиять не можем, относятся: 1) узор лонной дуги, вследствие чего при выхождении из таза головка оттесняется к промежности, чрезмерно ее растягивая; 2) индивидуально плохая растяжимость тканей, которая встречается у первородящих вообще, а у старых (за 30 лет) первородящих в особенности. Отмечается, что ткани промежности у блондинок более растяжимы, чем у брюнеток. Вообще промежность лучше растягивается при срочных родах, чем при преждевременных, при которых нередки разрывы промежности, несмотря на относительно небольшие размеры головки ребенка; 3) характер предлежания и величина головки: так, при лицевых предлежаниях, при задних видах затылочных предлежаний головка прорезывается большим размером, чем при переднем виде затылочного предлежания, и следовательно повышаются шансы на разрыв промежности.

Ясно, что чем меньшей окружностью будет проходить головка через половую щель, тем меньше будет растяжение промежности и угроза разрыва. Также чем медленнее будет проходить головка, тем лучше растягиваются ткани и тем меньше шансы на разрыв, такое же значение имеет равномерность растяжения половой щели, т. е. симметричное расположение головки, расположение ее правильно в прямом размере выхода.

Отсюда линия поведения принимающего будет заключаться в том, чтобы выводить головку возможно медленнее, вне схватки и обязательно в прямом размере.

Гарантирует ли правильное выведение головки сохранение целости промежности?

Нет. Мы уже видели, что есть факторы, способствующие (вызывающие) разрывам промежности, на которые мы влиять не можем, но умение и внимание во время прорезывания головки может во многих случаях сохранить промежность или до минимума уменьшить разрыв.

Частота разрывов промежности.

Разрывы промежности встречаются в 8—15% случаев, у повторнородящих в 5%, у первородящих в 20—25%, у старых первородящих в 30%.

Мы не будем останавливаться на значении целости промежности для правильного положения и функции половых органов и необходимости поэтому в случае разрыва правильного восстановления целости разорванных тканей путем наложения швов на разрывы. Это считаем известным.

Техника приемки ребенка с целью сохранения целостности промежности может быть в деталях различна, но в основном она должна вывести головку в согнутом виде, медленно и в прямом размере. Мы рекомендуем вести приемку следующим образом (допуская вполне и другие способы, при которых учитываются все необходимые моменты для сохранения промежности). Роженица лежит в спинно-ягодичном положении. Крестец на краю твердой подушки, ноги разведены, ступни на кровати, с ножного конца которой матрац убран. Принимающий стоит с правой стороны, его левая рука (ладонь) лежит на лонном сочленении, пальцы левой руки (4) лежат на головке ребенка, надавливая во время схватки на теменную область. Этим производится сгибание головки, благодаря чему головка проходит своим малым косым размером. Так как руки принимающего (пальцы) довольно быстро при таком положении устают, на средние фаланги пальцев левой руки кладутся пальцы (концы пальцев) правой руки, которые им помогают. Некоторые помогают левой руке, поддерживая головку правой рукой со стороны промежности (рис. 122). Правая рука с отведенным большим пальцем кладется ладонью на задний проход (подкладывается под ладонь кусок ваты). Напирающую на промежность головку задерживают через

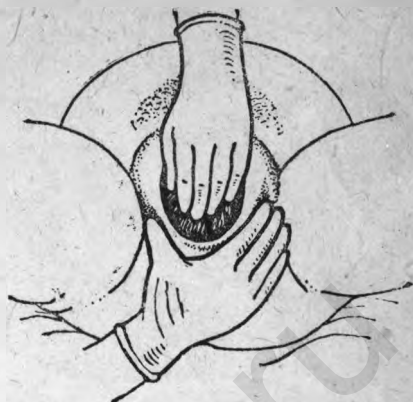


Рис. 122. Техника защитопромежности при спинно-ягодичном положении роженицы. Левая рука действует непосредственно на головку сверху, со стороны лонного сочленения. Правая рука задерживает головку снизу, действуя через ткани промежности.



Рис. 123а. Сильное напряжение тканей половой щели (промежность) при прорезывании головки.

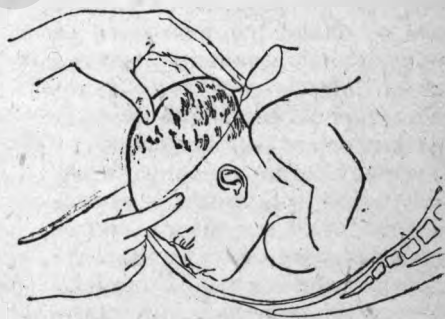


Рис. 123б. Сдвигание левой рукой напряженного края половой щели за затылок перед выведением головки.

кожу промежности у нижнего конца больших губ. Справа расположен большой палец, слева остальные. Край промежности—задняя спайка—должен быть открыт, чтобы было видно, насколько он растягивается и чтобы давлением прикрывающей ее руки не усилить ее обескровливания, способствующего разрыву. Рука, лежащая на лобке, должна несколько задерживать головку, энергично ее сгибая и выпуская постепенно затылок из-под лона (под ладонь).

Выведение головки, разгибание ее можно начинать, когда из половой щели выйдут теменные бугры; в это время малый родничок

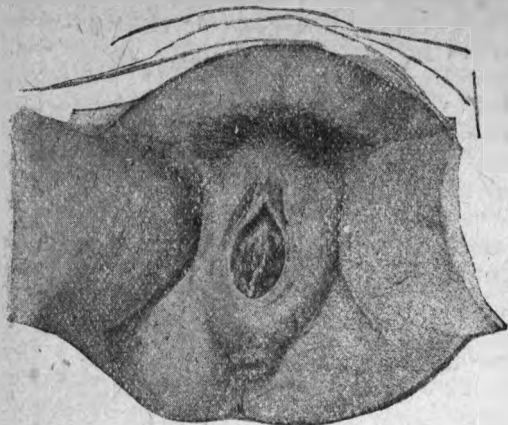


Рис. 124. Врезывание головки. Головка установилась, раскрывая половую щель, вне схватки не скрывается. Задний проход выпячен.

будет на расстоянии 7 см от лонного сочленения. Перед тем как начать разгибание, ткани верхней части половой щели сдвигаются осторожно за затылок ребенка к его шейке, что в значительной степени ослабляет напряжение вульварного кольца (кольца, образуемого половой щелью) и тем уменьшает шансы на разрыв (рис. 123 а и б).

Когда надо приступать к вышеописанной технике приемки?

Приемка у первородящих и х. У первородящих мягкие ткани представляют достаточное сопротивление поступательному движению головки и головка в течение некоторого времени то показывается

в половой щели, то уходит обратно (рис. 124, 125). Это вызывается упру-

гостью копчика, который по прекращении схватки, выталкивающей головку, возвращает ее обратно в таз. Только когда головка пройдет через выход и копчик останется позади большей окружности головки, она уже больше обратно не уходит (она врезалась). После этого ее задерживают только мягкие ткани промежности. До этого момента принимающий вмешиваться со своей помощью не должен. Когда головка врезалась, надо приступить к ее сгибанию вышеописанным способом и задержке ее поступательного движения, чтобы промежность растягивалась медленно и постепенно.

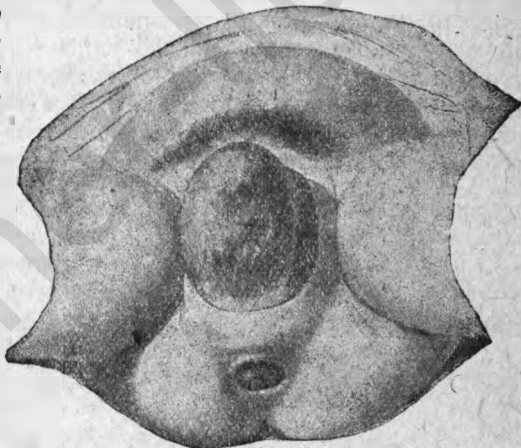


Рис. 125. Прорезывание головки путем разгибания. Затылок вышел из-под лона, со стороны промежности показывается лобик. Задний проход сильно растянут.

При приемке у повторнородящих с ослабленным сопротивлением тканей промежности, у которых головка в одну схватку может прорезаться, принимающий должен быть на чеку с момента, когда промежность начинает выпячиваться и половая щель раскрываться, чтобы быть вполне готовым к приемке.

Выведение головки. Выводить головку надо обязательно вне схватки. Выведение состоит в разгибании головки, для чего левая рука захватывает головку и, пальцами постепенно приподнимая ее, со стороны промежности выводит темя, лоб и личико ребенка, а правая рука в это время сводит край промежности вниз кзади с разгибающейся головки.

Когда головка вышла, подбородок освобожден, предлагают роженице слегка потужиться, если головка не поддается, ее захватывают обеими руками и тянут несколько книзу. Выходящая головка прodelьвает наружный поворот; помогать этому повороту можно только тогда, когда уже ясно будет видно, в какую сторону начинает поворачиваться затылок, так как нередко он поворачивается не в ту сторону, где прослушивалось сердцебиение, что зависит от того, что иногда плечики в тазу прodelьвают чрезмерный поворот на 180° .

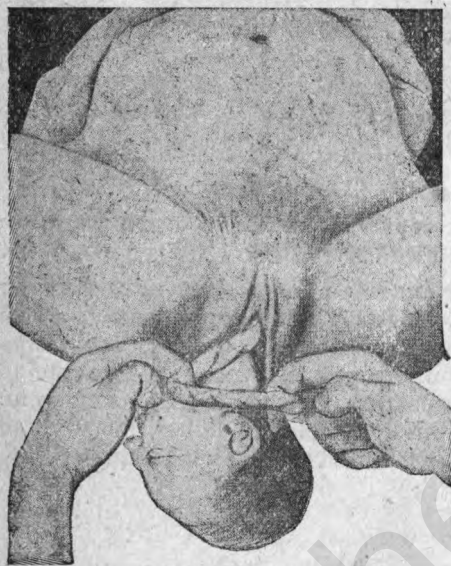


Рис. 126. Пуповина обмотана вокруг шейки, руками кольцо пуповины оттянуто.

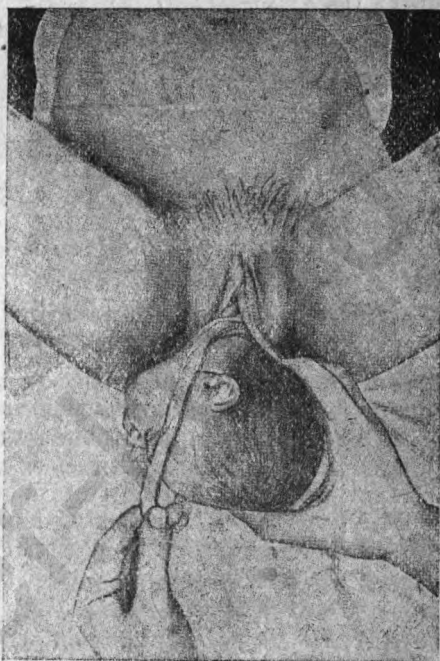


Рис. 127. Оттянутое кольцо пуповины снимается с головки левой рукой, правая рука поддерживает головку за затылок.

Освобождение обвитой пуповины. Во время наружного поворота головки надо посмотреть, нет ли обвития пуповины вокруг шеи, и, если таковое имеется, надо осторожно снять петлю пуповины через головку ребенка (рис. 126, 127) или перерезать ее между 2 зажимами (так как неизвестно, какой конец пуповины плацентарный, в зажатии не нуждающийся). Если этого не сделать, натянутая пуповина задерживает выхождение туловища ребенка, сдавливает его шейные сосуды и может вызвать отслоение детского места и отрывы частей его.

Выведение плечиков. По выхождении головки заботы о сохранении промежности еще не кончились. Разрыв промежности может произойти при выхождении плечиков, почему их надо выводить медленно, осторожно (также вне схватки спешить нечего, разве если ребенок родится в асфиксии, чтобы быстрее приступить к его оживлению). Потягивая за головку книзу, верхнее плечико подводят под лонное сочленение (рис. 128) и выводят до места прикрепления дельтовидной мышцы плеча, тогда головка приподнимается кверху, и со стороны промежности выводят заднее плечико. Головка приподнимается одной рукой (левой), а другая рука сводит промежность с плечика. По выхождении плечиков туловище и ножки ребенка легко извлекают за подмышковые впадины.

Можно при выведении заднего плечика приподнимать головку двумя руками, как изображено на рис. 129.

Наша роженица первородящая с нерастянутой предыдущими родами промежностью; приступим к приемке, когда головка установится, вре-

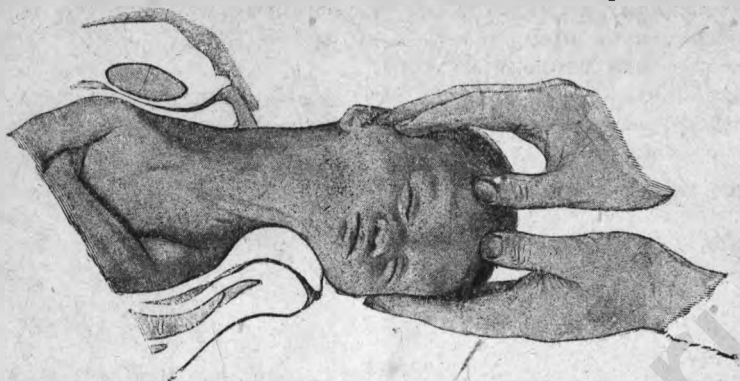


Рис. 128. Подведение верхнего плеча под лонное сочленение для его выведения путем потягивания обеими руками за головку книзу.

жется, но учитывая энергичную родовую деятельность, вызванную питуитрином, и некоторую недоношенность ребенка, не будем оставлять роженицу, а уложив ее и приготовив руки и все, что нужно для перерезки и перевязки пуповины, будем следить за ходом родовой деятельности и за сердцебиением плода, со стороны которого имеются уже дефекты (замедление).

П р и е м к а н а б о к у. Можно ли проводить приемку не в спинно-ягодичном положении роженицы? В большинстве стран женщины рожат



Рис. 129. Верхнее плечико выведено (приемом указанным на рис. 128), для выведения нижнего плечика головка приподнимается кверху.

в спинно-ягодичном положении. В Англии и Америке роды проводятся в положении женщины на левом боку. Левая нога лежит на кровати и несколько согнута в тазобедренном и в коленном суставах, а правая, также согнутая (но сильнее) в этих суставах, стоит вертикально к кровати, ступней упираясь в нее. Принимающий находится позади роженицы,

левая его рука лежит на лобке, а правая под правой ногой роженицы на промежности. Такое положение несколько мешает роженице тужиться, так что оно может оказаться полезным при очень энергичной родовой деятельности (рис. 130).

В общем у каждого медработника вырабатывается своя методика приемки, своя техника, которую он и применяет, важно только, чтобы при этом были соблюдены указанные для сохранения целостности промежности принципы.

После двух схваток головка врезалась, обратно не уходит. Приступаем к вышеописанной технике приемки.левой рукой задерживаем головку, производя сгибание, правой подкрепляем пальцы левой руки. Головку задерживать приходится довольно сильно, матка сокращается очень хорошо, но промежность растягивается недостаточно, край промежности—задняя спайка—сильно натянута и белеет, угрожает разрыв промежности. Вместе с тем сердцебиение плода еще больше замедляется, прослушивается оно над лоном по средней линии 100 в минуту (вне схватки).

Что делать?

Если мы будем стремиться во что бы то ни стало сохранить целостность промежности, мы рискуем получить ребенка в глубокой асфиксии, и неизвестно, удастся ли нам его оживить. С другой стороны, ткани промежности растягиваются плохо, небольшой разрыв по видимому неизбежен, так как роды несколько преждевременны, а при таких условиях ткани промежности не являются достаточно подготовленными, достаточно растяжимыми и легко рвутся. Некоторые акушеры отмечают, что большое количество рубцов беременности, как в нашем случае, вообще указывает на легкую разрываемость тканей. Конечно ребенок для нас дороже целостности промежности, которая может быть восстановлена правильным наложением швов.

Не сделать ли насечки?

Таким путем можно было бы быстро окончить роды и получить более правильную рану промежности, чем при разрыве, следовательно лучше срастающуюся. Если роды проводятся средним медперсоналом при отсутствии врача, вопрос о производстве насечек отпадает, поскольку среднему медперсоналу право делать насечки, разрез промежности, не предоставлено. Следовательно средний медперсонал насечек делать не будет.

Насколько такой образ действия является вредным для роженицы? Мнения ученых в этом вопросе различны. Одни считают, что надо во всех случаях родов делать разрез промежности по шву (по прямой линии), потому что во всех будто бы случаях родов обязательно происходит разрыв промежности, но иногда кожа как более эластичная остается цела, рвутся одни мышцы, а восстановить целостность мышц промежности при целостности кожи нельзя, следовательно надо всегда делать разрез промежности, при котором мы можем восстановить анатомическую структуру промеж-



Рис. 130. Приемка на боку. Защита промежности. Левая рука сгибает головку, действуя сверху (со стороны лона) на темя, правая ей помогает со стороны задней промежности, надавливая большим пальцем.

ности, швивая разорванные мышцы и кожу в отдельности. Другие акушеры прибегают к разрезу промежности только тогда, когда без этого головку извлечь нельзя (бывают и такие случаи) или требуется быстрое извлечение (чаще при последующей головке). Угрожающий разрыв или высокая промежность не являются показанием для рассечения промежности, так как и в таких случаях удается нередко сохранить промежность в целостности, с другой стороны, произведенным разрезом промежности поранение ее не ограничивается, и разрезанная промежность рвется дальше; кроме того нет уверенности, что произведенный разрез не окажется значительно больше будущего разрыва. Точно так же надо отметить, что аккуратно зашитые разрывы промежности срстаются неплохо. Нет яркой разницы в заживлении разрезов и разрывов. Возможно, что это зависит от хорошего снабжения кровью половой области

в связи с беременностью. Я считаю, что надо каждый случай индивидуализировать, склоняясь скорее к консервативному методу, и что отсутствие возможности для среднего персонала делать разрывы промежности ущербом не является.

Итак, насечек делать не будем и, чтобы получить живого ребенка, не будем слишком задерживать головку. Еще через три схватки тазовые бугры оказались вне половой щели, малый родничок почти на 7 см от лона, на задней спайке небольшая трещина. С темени ребенка мягкие части половой щели сведены за затылок, приступлено к выведению головки. Во время выведения (разгибания головки) трещина промежности стала больше и глубже. Выведение плечиков по вышеописанному способу произведено без осложнений и в 14 часов родился ребенок—мальчик—весом в 2840 г, длиной 48 см, окружность головки по прямому размеру 32 см (ребенок немного недоношенный, хрящи ушей и носа мягковаты, ногти за концы пальцев не заходят). Ребенок родился в легкой асфиксии, оживлен через 3 мин. с помощью термических (горячая и холодная вода) и механических (похлопывание по ягодичам) раздражителей.

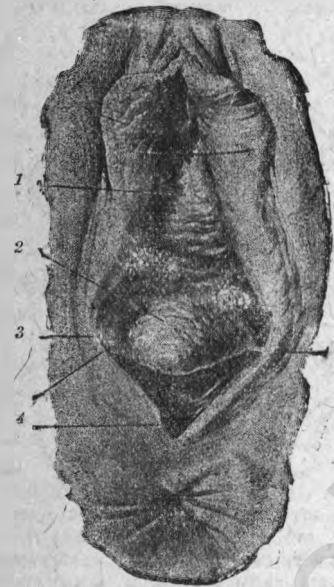


Рис. 131. Разрыв промежности 1-й степени.

1 — передняя стенка влагалища;
2 — задняя стенка влагалища;
3 — задняя спайка; 4 — разорванная кожа промежности.

По осмотре промежности обнаружен небольшой разрыв, захватывающий только кожу, мышцы не затронуты.

Что с ним делать?

Как правило всякий разрыв промежности (рис. 131) должен быть зашит, так как всякая рана полового тракта, не закрытая, важивающая не первым натяжением, а путем нагноения, может явиться источником послеродовой инфекции. Только поверхностные ссадины слизистой можно не зашивать, а ограничиться смазыванием их йодной настойкой. Более глубокие раны промежности, захватывающие кроме кожи мышцы, еще более необходимо зашить, так как целостность промежности является очень важным фактором, поддерживающим все внутренние половые органы. При нарушении целостности промежности половые органы опускаются, могут даже вышсть, что сопровождается целым рядом функциональных

и анатомических нарушений. Остановимся пока на зашивании разрывов одной кожи или слизистой, т. е. разрывов первой степени.

Зашивание промежности (время). Первый вопрос, который при этом возникает,—это когда зашивать. Можно зашивать разрывы промежности и других частей полового канала тотчас после родов, т. е. после выхождения последа, но лучше подождать с полчаса-час, пока не выяснится, что матка хорошо сократилась и не придется делать контрольного обследования, перед производством которого пришлось бы швы снять, так как введение руки во влагалище может повести к тому, что швы прорезутся и во всяком случае нарушится правильное соприкосновение зашитых тканей. Если по каким-либо причинам швы тотчас не наложены (роды в дороге и т. п.), можно накладывать швы с хорошим результатом и в ближайшие часы после родов (даже до 10—12 часов). Некоторые акушеры вообще советуют накладывать швы после того, как пройдет отек половых частей, вызванный родовой травмой, т. е. через 2—6 часов после родов, так как швы, наложенные на отечные ткани, по прекращении отека оказываются недостаточно туго затянутыми и соприкосновение разорванных тканей будет недостаточным. Если случай инфицированный, температура повышена (38° и выше), выделения грязные, с запахом, пульс учащен, язык обложен, шансы на заживление разрыва очень незначительны, разрыв первым натяжением не срастется, швы прорезутся или их придется снять, чтобы раскрыть загрязненный (инфицированный) разрыв. В таких случаях не следует накладывать швов до очищения разрыва, до образования чистых, хороших грануляций. Однако очень многие крупные акушеры держатся и другого мнения: они считают, что следует зашивать и такие разрывы, чтобы они не послужили воротами для новой инфекции. Итак, швы могут быть наложены на разрывы полового канала и тотчас после родов и в ближайшие часы послеродового периода.

Техника зашивания. Основное правило при зашивании разрывов промежности—это обязательное полное аккуратное соприкосновение краев раны и всей раневой поверхности, без оставления мертвых пространств, где может скопиться отделяемое. Для этого шов должен проходить под дном раны, иначе нижняя часть раны, незаваченная швом, не будет затянута и ниже шва останется пустой промежуток (рис. 132, 133, 134). Кроме того края раны не должны заворачиваться внутрь; соприкасаться должны раневые (непокрытые кожей или слизистой) поверхности. Швы поверхностные (на слизистую или кожу без клетчатки) накладываются на расстоянии $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ см один от другого; на более глубокие разрывы швы накладываются с промежутками около 1 см ($1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ см).

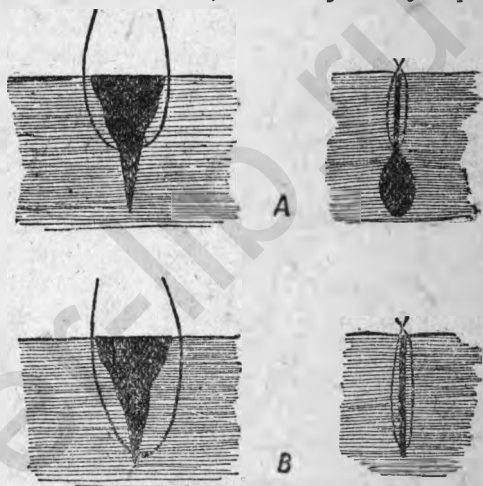


Рис. 132. Зашивание разрыва промежности.

А—неправильно зашитый разрыв. Шов не захватывает всю глубину раны, внизу образовалось мертвое пространство, где края раны не соприкасаются и первым натяжением срастись не могут.

В—правильно зашитый разрыв. Соприкосновение краев раны полное, мертвого пространства нет.

Слишком близко наложенные швы нарушают кровообращение зашиваемых тканей и мешают заживлению. Если при наложении швов на относительно глубокие разрывы останутся где-либо места, где кожа не будет хорошо соприкасаться, там должны быть наложены поверхностные дополнительные швы.

Чем шить?

Материалом для швов на разрывы промежности может служить любой применяемый для швов материал. Обычно шьют шелком—тонким для поверхностных разрывов слизистой и более толстым в зависимости от глубины разрыва, количества захватываемых тканей. Для погружных швов пользуются больше кетгутом. Швы наружные снимают

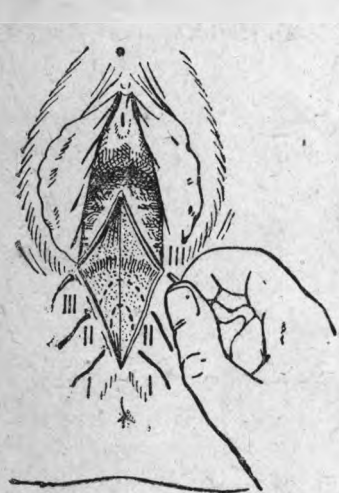


Рис. 133. Зашивание разрыва промежности 2-й степени.

I, II—наложенные швы; пунктиром обозначена линия шва в глубине тканей (под дном раны); III игла, проведенная под дном раны для наложения шва. Порядок наложения шва может быть другой: первым накладывать шов через середину раны (III), а затем II и I.

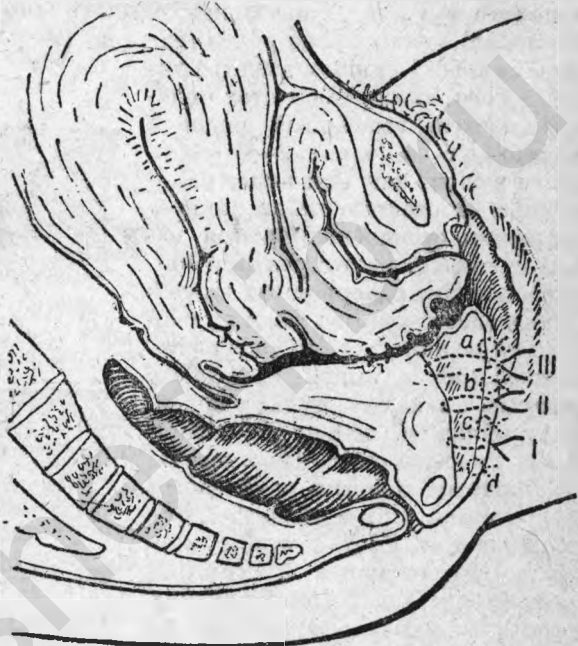


Рис. 134. Разрыв рис. 133 в сагиттальном разрезе. Наложены три глубоких шва—I, II и III и четыре поверхностных—а, b, c, d между ними.

на 6-й день, внутренние (на разрывы влагалищной стенки)—на 10—12-й день. Иглы применяются с механическими ушками, круто изогнутые (в половину окружности) для того, чтобы легко можно было захватить ткани вглубь (пройти под дном раны). Иглы берутся соответствующие по величине размерам разрыва; для маленьких разрывов расстояние от острия до ушка около $1\frac{1}{2}$ см, для средних разрывов—в $2\frac{1}{2}$ см, для больших—в $3\frac{1}{2}$ —4— $4\frac{1}{2}$ см.

Задержание оболочек. Через час после рождения плода вышел послед самостоятельно; роженица перед этим опорожнила мочевой пузырь. Осмотр последа показал: детское место цело, небольшое (недоношенный ребенок), обычной формы, весом 450 г, прикрепление пуповины центральное, длина пуповины 60 см. Несколько большая длина пуповины возможно способствовала обвитию ее вокруг шеи ребенка. Оболочки рваные, часть их оторвалась и осталась в матке. Может быть в связи с некоторым недоразвитием матки и наблюдавшимися выделениями оболочки оказались

более плотно прикрепленными к маточной стенке и, не отделившись, оторвались и остались в матке.

Что делать, чем угрожает задержание оболочек, следует ли их удалить?

По этому вопросу акушеры довольно единодушно считают, что задержание оболочек никакого вмешательства не требует, оболочки обычно на 3—5-й день выходят с лохиями. Надо все же помнить о том, что оболочки задержались в матке, так как в связи с задержкой оболочек могут появиться некоторые осложнения: запах выделений от разложения задержавшихся оболочек под влиянием бактерий, оболочки могут закупорить выходной канал, внутренний зев и вызвать задержку выделений—лохиометру. Если мы знаем, что оболочки задержались, нам будут понятны эти осложнения и мы с ними сумеем справиться.

Через полчаса после выхода послета: пульс 78, температура 37°, самочувствие хорошее, был небольшой зноб. Матка 18 см выше лона, ширина ее 9 см, незначительные кровянистые выделения, консистенция матки плотная, но не очень твердая. Пока ничего ненормального нет, небольшой зноб—явление, довольно часто зависящее от усиленной мышечной работы во время родов (усиленное всасывание продуктов обмена). Учитывая неправильность маточных сокращений, применение питуитрина, после которого наблюдается нередко недостаточная сократительная деятельность матки в послеродовом периоде, небольшое повышение температуры (явления эндометрита во время родов) и задержку оболочек, назначим средства, усиливающие маточные сокращения: лед на живот, жидкий экстракт спорыньи по 20 кап. 3 раза в день и солянокислый хинин по 0,2 3 раза в день. Лед действует противовоспалительно и вызывает сокращение матки. Пузырь со льдом, обернутый в пеленку (или салфетку), кладется на низ живота. Через час-полтора, чтобы не вызвать ознобления кожи, его снимают на 15—20 минут. Если появляется зноб, то до прекращения его лед снимают, дают большой эфирно-валериановых капель (20), укрывают потеплее, к ногам и к бокам пузыря с горячей водой. Вместо валериановых капель можно дать столовую ложку вина или полстакана горячего чая. Хинин тоже действует противовоспалительно и тонизирующе на мускулатуру матки. Назначения эти делаются потому, что хорошо сократившаяся матка легче справляется с попавшей в нее инфекцией.

Мы не можем рассматривать наш случай настолько инфицированным, чтобы это служило противопоказанием для наложения швов. Для наложения швов делается следующая подготовка: половые органы и верхняя часть бедер обмываются теплой водой с мылом при помощи стерильного материала на тампонодержателях, мыло смывается теплым антисептическим раствором (сулема 1:3 000); после обсушивания сухим стерильным материалом разрыв (необязательно) и его окружность смазываются 5% иодной настойкой. Наложение швов производится на операционном столе при спинно-ягодичном положении роженицы.

Нужна ли анестезия?

Анестезия при наложении швов. Хотя наложение швов довольно болезненно, особенно если приходится накладывать швы в области клитора, все же в большинстве случаев (кроме очень больших разрывов—3-й степени) швы накладывают без анестезии, так как общий наркоз представляет известную опасность, риску которой не стоит подвергать больную из-за швов, а местная анестезия (кокаин и т. п.) плохо отражается на заживлении. Если больная очень реагирует на операцию, можно ей дать вдохнуть немного эфира, чтобы несколько затуманить ее сознание.

Инструментарий: иглодержатель Гегара (можно любую другую модель, к которой оперирующий привык), 2 иглы со швами—средняя и малая (для нашего случая достаточно), пинцет анатомический и хирургический, 2 кровоостанавливающих пинцета (Кохер, Пеан и т. п.), ножницы Купера, шелк для швов (рекомендуется шелк кипятить перед каждой операцией), стерильный перевязочный материал (марля или вата).

В положении оперируемой с разведенными ногами края разрыва раздвинуты, получилась ромбовидной формы рана, около 2 см в диаметре. Захватив левый горизонтальный угол ромба хирургическим пинцетом, вкалываем средней величины иглолку со швом на $\frac{1}{4}$ см кнаружи от угла раны, конец нитки держим на руке, чтобы она ни до чего не прикоснулась, проводим иглолку под дном раны и выкалываем ее симметрично на $\frac{1}{4}$ см кнаружи от правого угла ромба (считая правую и левую стороны больной). Завязав хирургическим узлом шов или прилаживания края раны анатомическим пинцетом, чтобы соприкасались окровавленные поверхности, обнаруживалась небольшая щель в нижнем углу зашитой раны. На это место наложен поверхностный (только на кожу) тонкий шов. Линия швов смазана иодной настойкой, обсушена, покрыта слоем иодистого коллодия (1% иода). Такой слой коллодия предохраняет рану промежуточности от загрязнения выделениями. Большой рекомендовано осторожно двигать ногами, чтобы эти движения не отразились на заживлении швов. При больших разрывах может явиться необходимость связать ноги через колена полотенцем. Послеродовой уход обычный, 2 раза в день уборка, внимательное наблюдение за функцией мочевого пузыря, так как в послеродовом периоде нередко бывает задержка мочеиспускания. Разрывы промежуточности и швы благоприятствуют такой задержке мочеиспускания. Наша больная самостоятельно помочилась перед выходением последа, возможно, что осложнения со стороны мочеиспускания не будет, но уверенным в этом быть нельзя. После того как родильница пробыла в родильне 2 часа, ее перевели в послеродовое отделение.

На следующее утро температура $37,2^\circ$, пульс 78, самочувствие хорошее, матка вялая, 20 см выше лона, выделения кровянистые в порядочном количестве с запахом. Живот мягкий неболезненный. Язык влажный, несколько обложен. Функция мочевого пузыря нормальна.

Какой диагноз?

Имеются явления эндометрита (запах выделений) и недостаточного обратного развития матки (субинволюция); эндометрит может быть вызван различными микроорганизмами. Точный диагноз можно получить только при помощи бактериологического исследования лохий. Клинические явления, хороший пульс и самочувствие, небольшое повышение температуры говорят за мало вирулентную инфекцию, но малое развитие болезненных явлений не может вполне исключить возможность наличия инфекции (стрептококковой, стафилококковой и т. п.). В данном случае эндометрит является причиной недостаточности обратного развития матки.

Этиология послеродовых заболеваний. Послеродовые заболевания развиваются от проникновения инфекции в раны половых путей в результате родов. Послеродовая матка со стороны слизистой представляет открытую рану. Обрывки оболочек, кровяные сгустки являются благоприятной средой для развития попавших в матку сапрофитов, а паразиты размножаются там на живых тканях.

Как попадает инфекционное начало в матку?

Различают инфекцию экзогенную и эндогенную. Экзогенная инфекция попадает в организм извне, с исследующей

рукой, руками ведущих приемку, инструментами. Эндогенная инфекция находилась уже раньше в организме, в половой системе или в другом месте организма (ангина, кариозный зуб и т. п.) и, попадая через кровеносную систему в ослабленные родовой травмой половые пути, начинает там развиваться. Во влагалище вполне здоровой женщины имеются микроорганизмы, часто патогенные, которые за отсутствием благоприятных условий не развиваются. Выделяющаяся во влагалище в связи с жизнедеятельностью так наз. палочек Дёдерлейна молочная кислота вызывает гибель находящихся там микроорганизмов, являясь причиной так называемого самоочищения влагалища. Во время беременности происходит усиленное выделение молочной кислоты и повышается бактерицидная сила влагалищной слизи. Все же патогенные микроорганизмы влагалища не вполне погибают и при благоприятных условиях могут дать послеродовое заболевание. Первые часы (3—4 часа) после родов матка стерильна, позже в нее проникают микроорганизмы из влагалища. Внутреннее исследование в этом отношении представляет двойную опасность.

Путем внутреннего исследования при недостаточной дезинфекции исследующей руки микроорганизмы могут быть занесены в половую систему извне, кроме того они могут быть из нижележащих отделов продвинуты в глубь полового канала, в матку полового канала, из влагалища.

Казалось бы, раз нам известна причина, этиология послеродовых заболеваний, мы сможем с ними успешно бороться. В этом отношении значительные достижения получились со времени открытия Земельвейсом микробной причины послеродовых заболеваний и применения при родовспоможении антисептики и асептики, но в дальнейшем, несмотря на все принимаемые меры, процент заболеваемости и смертности (0,1—0,2) не снижается. Одинаков процент заболеваемости и смертности в учреждениях, применяющих внутреннее исследование с теми учреждениями, которые почти совершенно от него отказались. Этот процент заболеваемости и смертности установился при условии ограниченного применения внутреннего исследования и строжайшего проведения антисептики и асептики по отношению ко всему и ко всем проходящим в соприкосновение с роженицами, родильницами и беременными в последнее время беременности (месяца 2). Всякое нарушение установленного в этом отношении порядка угрожает здоровью и жизни женщины.

В чем же заключается профилактика послеродовых заболеваний?

Профилактика послеродовых заболеваний. Все проходящее в соприкосновение с родильницей должно быть стерильно. Инструменты стерилизуются в автоклаве (полчаса при 2 атмосферах) или кипячением (20 мин. кипения в 1% растворе двууглекислой соды). Перевязочный материал и белье стерилизуются в автоклаве. Чистое белье, не стерилизованное в автоклаве, получается в достаточной степени дезинфицированным, если его еще влажным прогладить горячим утюгом. Предметы ухода, кружки Эсмарха, подкладные судна, тазы, кувшины стерилизуются в автоклаве, металлические могут стерилизоваться обжиганием спиртом (о дезинфекции роженицы сказано в главе о подготовке к родам). Помещение дезинфицируется путем мытья стен, полов горячей водой с мылом и последующей обработкой сулемой (0,1%). К уходу за роженицами и родильницами не допускаются лица, имеющие общение с инфекционными больными или у которых где бы то ни было имеется нагноительный процесс (нарывы, фурункулы), а также больные какой-нибудь инфекционной болезнью (ангина, грипп и т. п.).

Такое строгое проведение антисептики и асептики дает все же определенный процент заболеваемости и смертности, вероятно в зависимости от инфекции эндогенной. По отношению к последней борьба поставлена еще недостаточно. Предпринимаются меры к оздоровлению полости рта (лечение зубов). По отношению к хирургическому вмешательству уже ставится задача по возможности дезинфицировать организм перед операцией. Поэтому часто можно до окончания «дезинфекции» операцию отложить. Роды отложить нельзя, почему беременная последние два месяца беременности должна особенно строго соблюдать правила гигиены (общей и личной), чтобы избежать возможности заражения инфекционной болезнью и развития нагноительного процесса где бы то ни было, а в области, прилежащей к половым органам, в особенности, так как инфекция, проникшая в организм беременной, может оказать на нее роковое влияние во время и после родов. Одной из важных, чрезвычайно важных задач среднего медперсонала особенно на участке, в колхозе является внушение всему населению, а особенно женской его части правильных понятий о значении чистоты (обычной и медицинской) для здоровья и даже жизни беременных, рожениц и родильниц, борьбы с чрезвычайно распространенными суевериями, связанными с половой функцией женщины, как напр. смазывание живота и половых органов роженицы маслом из лампы, сношение перед родами и т. п. в результате чего может получиться тяжелое септическое заболевание. Лечение послеродовых заболеваний дает не всегда благоприятные результаты, почему на профилактику послеродовых заболеваний должно быть обращено все наше внимание.

Лечение послеродовых заболеваний не входит в задачи среднего медперсонала. Как только выясняется наличие послеродового заболевания, немедленно случай должен быть передан под наблюдение врача, который при проведении лечения сможет использовать помощь среднего медперсонала. Таким образом средний медперсонал должен поставить диагноз наличия послеродового заболевания, указав врачу, в чем оно выразилось, какие имеются отклонения от нормы, а в дальнейшем в случае надобности вести под руководством лечащего врача наблюдение и уход за больной. Чтобы отмечать отклонения от нормального течения послеродового периода, надо хорошо знать, как должен протекать физиологический послеродовой период.

Что такое послеродовой период и каково его течение?

Послеродовым периодом называется тот продолжающийся (6—8 недель) 4—5½ декад период, во время которого половые органы родильницы возвращаются приблизительно к тому состоянию, в каком они были до наступления беременности, подвергаясь обратному развитию. Каждый роды оставляют некоторый след на половых органах женщины в зависимости от тех изменений, которые с ними произошли во время беременности, и того растяжения, которому они подверглись во время родов. Матка после каждого родов и послеродового периода делается несколько больше, чем была до беременности; влагалище и вульва с каждым родами становятся шире и резче бывают выражены встойные явления в виде расширенных вен.

Высота стояния дна матки. После родов дно матки стоит на 18—20 см выше лона, т. е. длина матки около 20 см ширина 9 см (вес матки 1000—1200 г), длина маточной полости после родов 20 см, на 4-й день 14 см, на 11-й—10 см. В первые дни послеродового периода дно матки опускается на 1—1½ см в сутки (приблизительно) (рис. 137).

Таким образом средние цифры высоты стояния дна матки в послеродовом периоде будут на 3-й день (после действия слабительного) 12—14 см, на 5-й—10—12 см, на 7-й—8—10 см, на 11—12-й—дно матки стоит ниже лонного сочленения.

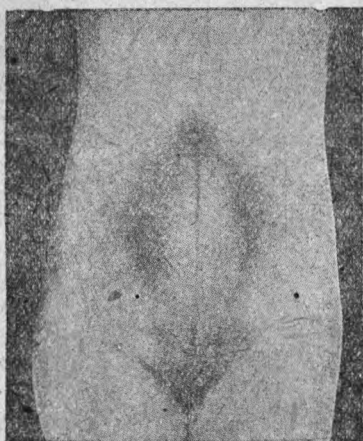


Рис. 135. Высота стояния дна матки в послеродовом периоде через 48 час. (2 суток). Матка по средней линии на 20 см выше лона, матку приподнимает наполненная прямая кишка.



Рис. 136. Высота стояния дна матки в послеродовом периоде через 3 суток. Матка по средней линии на 12 см выше лона, было опорожнение кишечника.

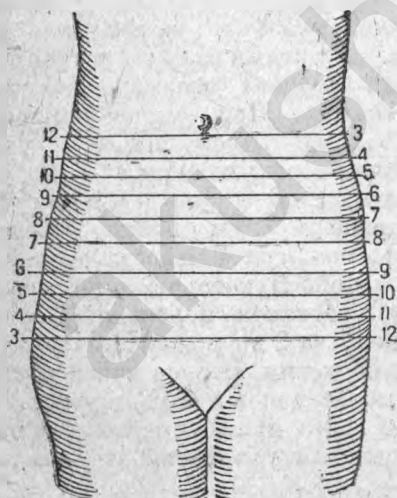


Рис. 137. Высота стояния дна матки в различные дни послеродового периода. Слева—высота стояния дна в сантиметрах; справа—дни после родов. Ежедневно дно матки опускается приблизительно на 1 см.



Рис. 138. Влияние наполнения мочевого пузыря на положение матки и высоту стояния ее дна. Наполненный мочевой пузырь (800 см³ мочи), расположен по средней линии, приподнимает матку, причем она отклоняется вправо и дно ее стоит на расстоянии 26 см от лона (сутки после родов).

Высота стояния дна матки находится в большой зависимости от наполнения мочевого пузыря и кишечника, которые приподнимают матку и задерживают ее обратное развитие (рис. 135, 136, 138).

Наполненный мочевой пузырь (первые сутки после родов) приподнимает значительно матку и отодвигает ее вправо. Каждые 100 см³ наполнения мочевого пузыря приподнимают дно матки на 1 см; наполненная прямая кишка приподнимает матку на 3 см.

До 8-го дня шейка матки проходима для пальца. К 12-му—она вполне сформирована; внутренний зев закрыт, тело матки величиной с апельсин (7—7½ см в диаметре). Всякая задержка в обратном развитии заставляет опасаться наличия инфекции.

Пульс после родов нормально около 72 в минуту. Обычно со 2—3—4-го по 6—16-й день наблюдается замедление пульса до 60 и даже до 50 в минуту. Зависит это от раздражения блуждающего нерва (тормозящее его действие на сердце) в связи с обратным развитием матки и повышением артериального давления при значительном уменьшении кровенаполнения матки. Учащение пульса 90—100 в минуту даже при нормальной температуре является очень серьезным признаком угрожающей инфекции.

Температура в нормальных случаях ниже 37°. Однократное повышение даже до 38° с долями особого значения не имеет; оно может зависеть от усиленного всасывания выделений, что встречается по большей части в 1-й и 3—4-й дни.

Количество выделений, называемых лохиями, приблизительно 300—250 г в сутки, постепенно уменьшаются. Характер лохий: дня 3 кровянистый, дня 3 серозно-кровоянистый, затем серозный и слизистый, к 9—12-му дню выделения слизистые в незначительном количестве. Нередко около 12-го дня вновь на 2—3 дня появляются кровянистые выделения. С 5-го дня к лохиям присоединяются клочки отпадающей оболочки. Кровоянистый характер лохий (дольше 3 дней) указывает на неправильное обратное развитие, задержку в обратном развитии, наличие инфекции. Запах выделений своеобразный. Гнилостный запах указывает на гнилостное разложение, вызываемое бактериями. При стрептококковом эндометрите выделения бывают без запаха, но при смешанных формах заболевания может быть запах и при наличии стрептококков.

В послеродовом периоде нередко нарушается функция мочевого пузыря. Зависит это от родовой травмы шейки мочевого пузыря, понижающей его раздражимость, почему он недостаточно или совсем не реагирует на наполнение его мочой. Некоторую роль играет отсутствие привычки к мочеиспусканию в лежащем положении, ввиду чего рекомендуется заблаговременно (недели за 2 до родов) приучать беременных к мочеиспусканию в лежащем положении. Первое мочеиспускание происходит в течение первых 12 час. после родов в 60% случаев, во вторые 12 часов после родов в 35% случаев. Этих кратких сведений о послеродовом периоде достаточно для определения уклонений от нормального течения послеродового периода.

Что же имеется в нашем случае?

Матка несколько больше нормы, несмотря на нормальную функцию мочевого пузыря, она вяла, выделения с гнилостным запахом, кровянистые, в порядочном количестве. Налицо эндометрит гнилостный, явления эндометрита были обнаружены уже во время родов. Будем думать, базируясь на самочувствии, температуре и главным образом пульсе, что стрептококковой инфекции нет, и продолжаем назначенное раньше лечение: лед на

живот, с указанными перерывами, жидкий экстракт спорыньи по 20 капель 3 раза в день и солянокислый хинин по 0,2 2 раза. Вечером (17—18 час.) температура 37,6°, пульс 78, мочеиспускание нормально, функции кишечника не было, выделения попрежнему кровянистые с запахом. Родильница получает легкую диету: суп, молочную кашу, кисель, молоко, белый хлеб. Уборка обычная 2 раза в день (в 6 и в 18 час.) и после каждого испражнения и мочеиспускания.

Некоторые акушеры (французские) назначают при выделениях с запахом спринцевания (влагалищные) 10% раствором перекиси водорода. В первые дни послеродового периода не считаю целесообразным делать спринцевания. Выделения с запахом идут из матки, на них спринцевания влиять не могут, разве только вызывая сокращения матки, что мы можем получить и другим путем. Между тем всякие манипуляции в половых органах, где в результате родов имеется масса трещин и повреждений, может повести к нарушению образовавшихся склеек раневых поверхностей и открывает ворота для инфекции, почему я считаю допустимым производить какие-либо манипуляции на половых органах только при очень серьезных показаниях, угрожающих жизни (кровоотечение); конечно в нашем случае спринцеваний назначать не буду.

Через 3 часа после родов родильнице разрешено поворачиваться на бок осторожно (чтобы не повредить швов).

Клизма может быть назначена со вторых суток после родов при соответствующих показаниях (вздутие живота). Раньше назначать не приходится, так как перед родами было опорожнение кишечника (клизма). В дальнейшем течении послеродового периода, если не происходит самостоятельного опорожнения кишечника (после примененного слабительного), применяют через день клизмы.

Второе утро (третий день). С утра дано слабительное (30,0 касторового масла), с мятными каплями (для вкуса), которое через 3 часа дало обильное послабление.

Слабительное обыкновенно дается утром (в 7 час.) на 3-й день, кроме случаев, где есть противопоказания к опорожнению кишечника (большие разрывы промежности, в особенности разрывы, захватывающие задний проход и кишку). Самостоятельный стул не исключает назначения слабительного на 3-й день, так как оно не бывает достаточным, кроме того слабительное является средством, отвлекающим на кишечник, что облегчает появляющееся приблизительно в это время довольно тягостное ощущение от нагрубания грудных желез (прилив молока).

В 10 час. при утреннем врачебном обходе: пульс 78, отделяемого несколько меньше, выделения кровянистые с запахом попрежнему. Дно матки 18 см выше лона. Матка сокращена несколько лучше, нечувствительна. Язык влажный, несколько обложен, самочувствие удовлетворительное.

Что делать?

Явления эндометрита без перемен, самочувствие и общее состояние удовлетворительны. Матка сокращается недостаточно, язык обложен возможно в зависимости от принятого слабительного. Угрожающего ничего нет. Назначим несколько более энергичное средство для сокращения матки: настойку спорыньи из 10,0 : 200,0 по 4 столовых ложки в день, хинин и лед попрежнему.

Вечером. Пульс 80, температура 37,8°, выделений меньше. Самочувствие хорошее, назначения прежние. Коллодийная пленка с линии швов сошла, раздражения нет. Края раны спаялись, в дальнейшем в коллодий надобности нет. Ночью вышли задержавшиеся оболочки.

4-й день. Пульс 70, температура 36,8°, матка на 16 см выше лона, выделения кровянистые с значительно меньшим запахом. Язык чист. Функции пузыря и кишечника нормальны. В дальнейшем температура не повышалась, с вечера лед и хинин отменены, спорынья давалась еще один день. В течение двух дней запах выделений прошел, матка сократилась нормально, выделения серозно-кровянистые в нормальном количестве.

Можно считать эндометрит ликвидированным, повидимому он несколько поддерживался задержавшимися оболочками, вызывавшими задержку выделений и мешавшими матке хорошо сократиться. На 6-й день сняты швы.

Техника снимаия: родильница в спинно-ягодичном положении, ногами повернута к свету. Сделано обмывание половых органов (уборка). Под газовую область под подстилку подложено перевернутое подкладное судно. Узлы швов, расположенные вправо от линии разрыва, захвачены анатомическим пинцетом, под приподнятый узел подведены куперовские ножницы, шелковинка перерезается в той части, которая была в глубине ткани, и вытягивается за узел в сторону раны, чтобы не вызвать ее расхождения. Сращение полное. Родильница выписалась на 7-й день с здоровым ребенком.

Краткий обзор случая

Молодая первородящая, с несколько плоским тазом рахитического характера и небольшим недоразвитием матки родила преждевременно на 10-м лунном месяце. Роды осложнились вначале чрезмерно болезненными схватками, которые были урегулированы применением наркотического, но маточная мускулатура переутомилась, что вылилось во вторичную слабость во 2-м периоде. Явления эндометрита во время родов. Питутрин, назначенный ввиду угрожающей асфиксии ребенка для ускорения родов, вызвал очень хорошие сокращения, и роды закончились живым ребенком (в легкой асфиксии). Механизм родов был типичный для плоского таза с передним асинклизмом. Недостаточно растягивающаяся промежность при необходимости спешить с окончанием родов ввиду угрожающей асфиксии ребенка разорвалась и на разрыв наложено 2 шелковых шва. Послед вышел самостоятельно, часть оболочек оторвалась и осталась в матке. Ввиду отсутствия кровотечения от внутриматочного вмешательства воздержались. В послеродовом периоде температура до 37,8°, недостаточное обратное развитие и выделения с запахом. По выхождении оставшихся оболочек (на 4-й день) температура упала, запах выделений постепенно прошел, и матка хорошо сократилась. Лечение: покой, солянокислый хинин 0,2 2 раза в день до падения температуры и препараты спорыньи, три дня жидкий экстракт спорыньи по 20 кап. 3 раза в день, а затем 2 дня настойка спорыньи из 10,0 : 200,0 по 4 столовых ложки в день. Лед на живот до падения температуры. Швы сняты на 6-й день. Заживление первым натяжением (линия швов после наложения была смазана иодистым коллодием, пленки отпали на 3-й день).

ГЛАВА XII

ЗАТЫЛОЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ЗАДНИЙ ВИД

Г-ка М., 35 лет, поступила в роддом 4/III 1931 г. в 9 часов по поводу схваток, начавшихся с 5 часов утра.

Анамнез. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. В детстве перенесла корь и скарлатину, в 1917 г. сыпной и 1918 г. возвратный тиф, других заболеваний не было; указаний на рахит нет.

Гинекологических заболеваний не было. Указаний на гоноррею нет. По временам неедкие бели, больше перед и после менструации. Менструации с 13½ лет, установились приблизительно в течение года, ходят через 3 недели по 4—5 дней, количество выделений среднее, при менструации небольшая боль в пояснице. Замужем 14 лет. С замужеством менструации несколько обильнее и болезненнее. От беременности не предохранялась. Было трое родов, срочных, нормальных, после родов не хворала; последние роды 3 года назад, кормила и не менструировала 1½ года. Было 3 искусственных выкидыша в промежутки между 2 и 3 родами, последний осложнился кровоточивым эндометритом, потребовавшим повторного выскабливания. После этого 1½ года не беременела и во время менструации бывали тянущие боли в пахах. Последняя менструация 22/V 1930 года.

Состояние в настоящее время. Домашняя хозяйка, муж кустарь, есть домашняя работница, материальные условия хорошие. Жилищные условия не вполне удовлетворительны, живет тесно, помещение сыровато. Много хлопот по хозяйству. Общее состояние хорошее, сложение правильное, питание хорошее, небольшие отеки ступней и голеней, расширение вен на голенях. Пульс 76. Тоны сердца чисты. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Указаний на туберкулез и сифилис нет. Appetit хороший, диспептических явлений нет. Запоры дня по 2—3, принимает слабительные (франгулин). Мочеиспускание последние недели две учащено, за последние сутки несколько болезненно. Моча без белка. Консультацию не посещала. В начале настоящей беременности месяца два были тошнота и рвота, капризный аппетит, питалась одними солеными огурцами. Шевеление плода стала ощущать с середины октября. Схватки начались сегодня около 5 часов, в настоящее время схватки через 5 минут, продолжительностью около минуты, характер схваток нормальный. Воды целы. Живот отвислый, бандажа не носила. Рубцы беременности старые и свежие. Пупок выпячен, пигментация белой линии и сосков в пределах нормы. Окружность живота 105 см.

Наружное исследование. Дно матки на 32 см выше дона, спинка справа, мелкие части слева. Предлежит головка во входе плотно, затылок справа, слева лоб. Сердцебиение плода 6 см от лона, 9 см от средней линии вправо. 130 ударов в минуту. Таз: расстояние между осями 26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14,5 см.

Какой диагноз?

Повторнородящая с хорошим тазом: все предыдущие роды протекали благополучно, без осложнений. Предлежание затылочное, головка во входе плотно. Сердцебиение плода хорошее. Все в порядке. Показаний к внутреннему исследованию нет. Кольцо сокращения выражено неясно, но намечается оно симметрично, расположено на 7—8 см выше лона. По этому признаку мы можем предполагать, что открытие полное или почти полное. Потуг еще нет. Возможно, что целость плодного пузыря задерживает течение родов. Клизму ставить роженице не будем, так как при большом открытии в случае разрыва плодного пузыря повторнородящая может разрешиться во время дефекации. Если в течение получаса-часа воды не пройдут, придется сделать внутреннее исследование и пузырь разорвать. Судя по месту выслушивания сердцебиения (9 см от средней линии), имеется задний вид.

Каково будет дальнейшее течение родов?

При правых позициях, которые встречаются в 34½% случаев, мы в громадном большинстве (в 33%) имеем предлежание головки во входе

в заднем виде и только в $1\frac{1}{2}\%$ вид бывает передний. В этом ничего патологического нет.

Вспомним механизм родов при заднем виде второй позиции. Головка во входе в правом косом размере с малым родничком кзади. Первый мо-

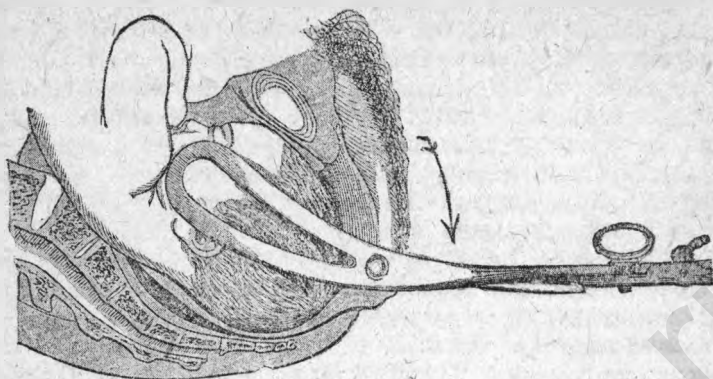


Рис. 139. Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 3-й момент—прорезывание головки. Начало разгибания, головка преодолевает сопротивление копчика. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади¹.

мент—сгибание. Второй момент—прохождение через таз и внутренний поворот головки. При этом головка может повернуться на $\frac{3}{8}$ окружности по направлению часовой стрелки и малый родничок тогда окажется спереди

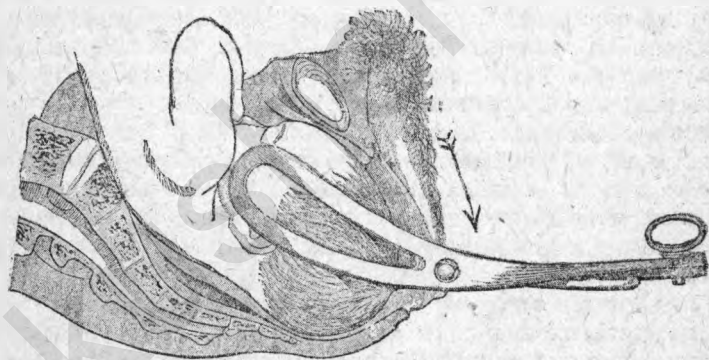


Рис. 140. Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 3-й момент—прорезывание головки. Разгибание продолжается, головка преодолела сопротивление копчика, еще не вышла из костного кольца таза (лоб), затылок растягивает заднюю промежность.

у лона, или головка повернется на $\frac{1}{8}$ окружности в направлении, обратном движению часовой стрелки, и малый родничок расположится кзади у мыса крестца. В первом случае задний вид перейдет в передний и в дальнейшем роды будут проходить в переднем виде, во втором случае зафиксировается задний вид и головка будет прорезываться в заднем виде.

¹ Для извлечения головки, в заднем виде щипцами надо проделать выше описанный механизм (сначала разгибание, затем сгибание). На рис. 139, 143 стрелками указаны направления движения, придаваемого головке щипцами.

Отчего происходит поворот малого родничка (т. е. затылка) кпереди или кзади?

Теорий много, вероятнее всего, что этот поворот происходит в зависимости от положения спинки, причем по некоторым данным повороту кзади способствует отвислый живот и крупный ребенок, головка которого, раз попав в таз в заднем виде, не может перейти в передний.

Третий момент механизма родов в заднем виде несколько сложнее, чем при передних видах, когда головка только разгибается. При задних

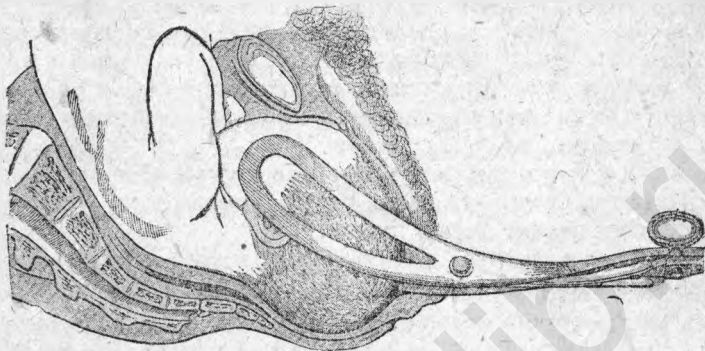


Рис. 141. Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 3-й момент — прорезывание головки. Разгибание закончено, лобик вышел из-под лона.

видах головка идет в средне-согнутом положении до тех пор, пока под лонно не подойдет большой родничок. Здесь получается неподвижная точка, вокруг которой происходит вращение головки; головка сгибается, при

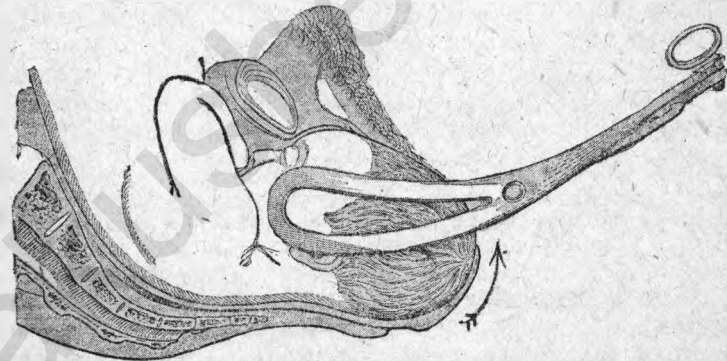


Рис. 142. Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 3-й момент — прорезывание головки. Переносица под лонным сочленением образует неподвижную точку, вокруг которой начинается сгибание головки и выхождение затылка со стороны промежности, невыгодная установка, при которой головка прорезывается прямым размером вследствие того, что сгибание не было начато по установке большого родничка под лонно.

этом со стороны промежности выходит затылок, после чего головка разгибается и из-под лона появляется лицо.

Четвертый момент — наружный поворот головки.

Как проходят роды при задних видах?

Роды протекают медленнее за счет удлинения второго и третьего моментов механизма родов. Продвижение по тазу во втором моменте затрудняется тем, что головка идет в умеренном сгибании, т. е. несколько боль-

шим размером. Третий момент затягивается потому, что головка идет со стороны промежности большим поперечным размером, сильно растягивая промежность, и прорезывание происходит не всегда малым косым размером, как при передних видах, а часто прямым значительно большим. На рис. 139—143 изображен третий момент механизма родов при заднем виде затылочного предлежания, где сгибание головки началось не с того момента, когда под лоно подошел большой родничок, а тогда, когда под лоно подошла переносица, где образовалась неподвижная точка, вокруг которой произошло вращение головки. В этом случае прорезывание головки происходит прямым размером, а если неподвижная точка (вращения) образуется у большого родничка, то прорезывание происходит малым косым размером. Ввиду вышеизложенного при задних видах затылочных предлежаний шансы на разрыв промежности значительно повышаются.

Как пойдут роды в нашем случае?

На это категорически ответить нельзя, возможно, что задний вид предлежания сохранится. Будем ждать.

Через 15 мин. по поступлении роженицы у нее прошли воды и еще через 10 мин. начались энергичные потуги. Головка стала опускаться, но серд-

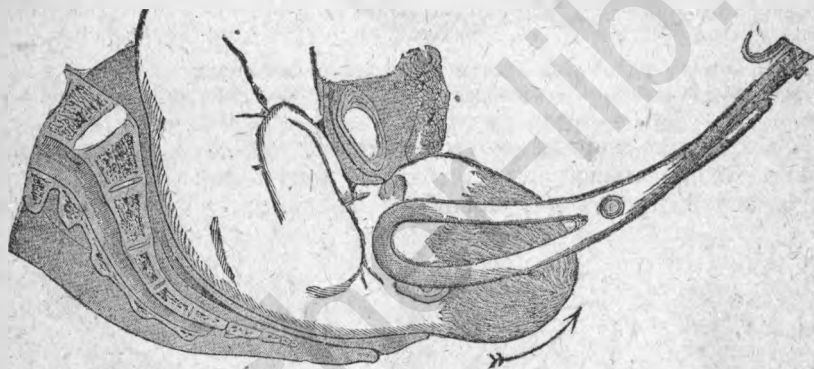


Рис. 143. Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 3-й момент — прорезывание головки. Сгибание закончено, затылок вышел со стороны промежности. Прорезывание головки заканчивается вторичным разгибанием, при котором личико выходит из-под лона.

цебиение плода к средней линии не приблизилось, спинка поворачивается кзади и туда же повернется затылок. Еще через 45 минут промежность стала выпячиваться, сердцебиение плода вправо от средней линии (на 6 см), глухое, 130 в минуту. Глухое сердцебиение зависит от заднего вида.

Как мы будем вести приемку?

Техника приемки при заднем виде затылочных предлежаний. При переднем виде затылочных предлежаний мы должны сгибать головку до момента выхождения теменных бугров, чтобы она выходила малым косым размером. При задних видах головка проходит таз в умеренно-согнутом положении, путем некоторого сгибания затылок отгибает копчик и устанавливается в области задней промежности. После этого головка должна несколько разогнуться, чтобы большой родничок установился под лонным сочленением. Сначала надо дать головке врезаться, заставляя ее медленно растягивать промежность, но нельзя производить того движения осаживания головки к копчику, которым мы сгибаем головку при передних

видах, так как таким образом мы будем разгибать головку и она будет продвигаться невыгодным лобно-затылочным размером. Надавливанием на затылок со стороны промежности кверху и сдвиганием кожи промежности кзади (вниз) будем способствовать выведению головки. Когда затылок выйдет, разгибанием головки вниз из-под лона выводится личико и этим заканчивается третий момент механизма родов.

Важность установки диагноза заднего вида для правильного проведения приемки. Так как техника приема при задних видах и при передних существенно различна, мы должны в каждом случае родов точно знать, с чем мы имеем дело, потому что, производя при заднем виде движение, необходимое для сгибания головки, идущей в переднем виде, мы вызовем разгибание головки, что очень осложнит ее дальнейшее продвижение. При настоящих условиях оно опасности представлять не будет, потому что исследующий палец ощупывает головку, находящуюся в выходе, где прощупывает ее швы и роднички, а в глубь полового канала проходить не должен.

Чтобы выяснить, с чем мы имеем дело, сделаем внутреннее исследование.

Обнаружено, что малый родничок прощупывается у копчика, а большой (задний его угол)—у лонного сочленения; стреловидный шов в прямом размере. Наше предположение о наличии заднего вида оправдалось, и мы теперь точно знаем, как нам надо вести приемку.

Хотя головка прорезывается в заднем виде относительно редко, все же возможность такого случая должна иметься в виду, в особенности если при хорошей родовой деятельности, при хорошем тазе мы наблюдаем, что период изгнания затягивается. Резкое выпячивание промежности тоже может наводить на мысль о заднем виде. Как уже было указано, выяснить этот вопрос существенно необходимо и чрезвычайно просто и легко. Надо только внимательно ощупать головку, приступая к приемке. Мы проводим приемку по вышеуказанному, и через полчаса родилась живая девочка длиной 52 см, весом 4 250 г. Несмотря на правильное проведение приемки, сохранить целостность промежности нам не удалось. Получился разрыв, на который пришлось наложить два шелковых шва. Через час по рождении ребенка вышел самопроизвольно послед. Детское место цело, оболочки тоже.

Послеродовой период протекал нормально, матка была несколько больше средних размеров, что вполне естественно при (7-я беременность) 4 родах. Швы сняты на 6-й день. Сращение полное. Родильница выписалась на 7-й день здоровой с ребенком. Ей дан совет бинтовать живот и не кормить ребенка больше 9—10 месяцев, так как—это момент, истощающий женщину и не всегда предохраняющий от беременности. Если же она хочет от беременности предохраниться, то ей рекомендуется обратиться в профилактический кабинет консультации для беременных.

Краткий обзор случая

Повторнородящая с хорошим тазом и повидимому крупным ребенком поступила в роддом. Несмотря на хорошую родовую деятельность, период изгнания несколько затянулся, что навело на мысль о наличии заднего вида. Подозрение на задний вид уже было ввиду прослушивания сердцебиения далеко от средней линии. Внутреннее исследование подтвердило диагноз заднего вида. Несмотря на правильно проведенную приемку, получился разрыв промежности, вполне объяснимый ве-

личинной ребенка (вес 4 250 г, длина 52 см). Разрыв промежности зашит двумя швами. Послеродовой период без осложнений. Швы срослись хорошо. Родильница выписалась здоровой на 7-й день.

ГЛАВА XIII

КИФОТИЧЕСКИЙ ТАЗ. ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ. ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Г-ка Н., 22 лет, поступила в роддом 10/V 1931 г. в 9 час. по поводу схваток, начавшихся 6 часов назад.

Анамнез. Со стороны наследственности отмечается туберкулез отца и его семьи (его мать и сестра). Роженица росла в деревне, в условиях недостаточно гигиенической обстановки: в избе недостаточная чистота, отсутствие вентиляции, спертый воздух (большая семья, домашние животные, овцы и т. п.). Кровью не кашляла. Лет 14 заметила образование горба в поясничной части позвоночника. Замужем 3 года. Гинекологических заболеваний не было, не было кровотечений, а также белей и болей при мочеиспускании. Менструации с 13 лет, установились сразу, ходят через 3 недели по 4 дня без боли, выделений порядочно, с замужества характер менструаций не изменился. Последняя менструация кончилась 1/VIII 1930 г. Шевеление плода стала ощущать 8—10/XII 1930 г. 1-е роды 2 года назад, недели 2 не доносила. Ребенок умер от туберкулеза. Кормила (2 месяца).

Состояние в настоящее время. Роженица телефонистка, условия труда и быта не вполне удовлетворительны, от работы устает. Ввиду недостаточной материальной обеспеченности питание среднее. Домашняя работа и заботы о снабжении семьи (муж и малолетняя сестра мужа) утомляют. Сложение неправильное: кифоз поясничной части позвоночника. Рост 154 см, вес 53 кг.

Внутренние органы: пульс 76, тоны сердца чисты. В легких верхушечный процесс. Со стороны органов пищеварения отклонений от нормы не отмечается; последние недели две мочеиспускание учащено, неболезненно; моча без белка; отеков нет; температура 37,0°.

Течение настоящей беременности: первые 2½ месяца была тошнота, по временам рвота. Посещала консультацию. Бандаж не носила. Подготовку сосков не проводила.

Роды начались 6 часов назад; в настоящее время схватки правильные, через 5 мин., продолжительность схватки 45—50 сек.; воды прошли по пути в роддом 15 мин. назад.

Живот несколько отвислый, рубцы беременности старые и свежие, белая линия и сосочки кружки пигментированы. Пупок выпячен. Окружность живота 101 см.

Наружное исследование: дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка. Спинка плода несколько влево, головка подвижна во входе, несколько выступает над уровнем лона (по Мюллеру). С обеих сторон ощупывание головки дает приблизительно одинаковое ощущение, место нахождения лба и затылка определить не удается. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту. Место выслушивания: 10 см от лона, 4 см влево от средней линии. Таз: расстояние между осями 23 см, между гребешками—26 см, между вертелами—28 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14,5 см. Ромб Михаэлиса узкий, верхняя часть крестца выступает назад.

Кифотический таз. Механизм образования

Какой диагноз?

У роженицы имеется туберкулез легких и поясничной части позвоночника, вызвавший образование горба, который отражается на форме таза. Изгиб позвоночника в поясничной части, вызванный образовавшимся горбом, требует компенсации со стороны таза, в противном случае женщина не могла бы стоять вертикально, почему верхняя часть крестца в кифотическом тазу отклоняется назад. Поворот крестцовой кости совершается вокруг поперечной оси, проходящей на границе между 2-м и 3-м крестцовыми позвонками. Правильнее говорить об изменении положения безыменных костей, так как крестец (продолжение позвоночника) неподвижен, и движение происходит в крестцово-подвздошных сочленениях, благодаря которому верхний край лонного сочленения отодвигается от мыса, а нижний край приближается к крестцово-копчиковому сочленению.

Таким образом получается увеличение прямого размера входа, истинной (и акушерской) конъюгаты и уменьшение прямого размера выхода. Отклонение верхней части крестца кзади натягивает крестцово-подвздошные связки и ведет к сужению поперечных размеров таза во всех его полостях и к выпрямлению подвздошных костей. Таз получается высокий, с узкой (относительно) (рис. 144) лонной дугой, увеличенным прямым размером входа и суженным выходом, поперечно суженный воронкообразный таз. Он

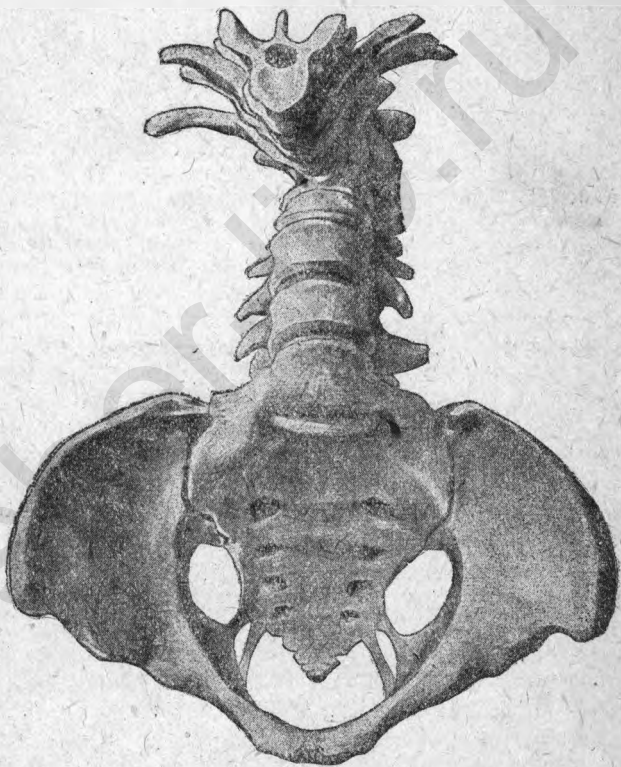


Рис. 144. Кифотический таз. Кифоз грудной части позвоночника. Поперечно суженный воронкообразный таз.

является прямой противоположностью плоскому рахитическому тазу, низкому, с широкой лонной дугой, суженным прямым размером входа и увеличенными (прямыми и отчасти поперечными) размерами выхода. Наружные измерения таза показывают почти нормальную величину (21 см) наружной конъюгаты; для небольшого роста женщины мы можем считать этот размер даже несколько увеличенным, поперечные же размеры явно уменьшены. Ромб Михаэлиса поперечно сужен и соответствует кифотическому поперечно суженному тазу. Для полной характеристики таза надо измерить выход его, что можно сделать на живой женщине.

У Измерение выхода таза производится при спинно-ягодичном положении измеряемой. Для определения прямого размера выхода

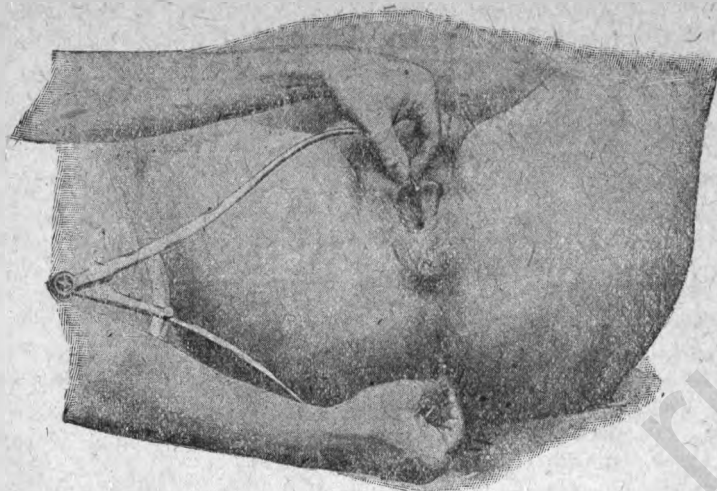


Рис. 145. Измерение прямого размера выхода таза на живой женщине. Спинно-ягодичное положение. Левая рука устанавливает один конец (пуговку) тазомера Мартина у лонного сочленения, правая устанавливает другой конец тазомера у верхушки крестца (крестцово-копчиковое сочленение).

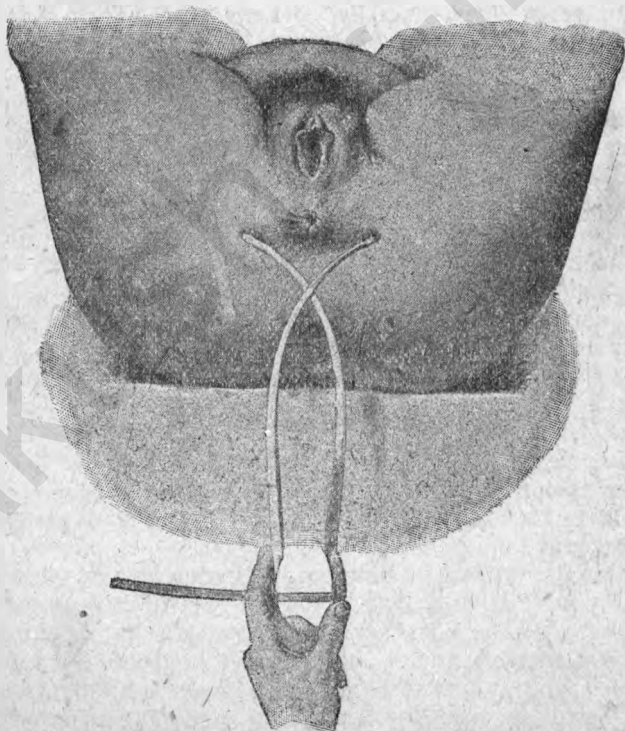


Рис. 146. Измерение поперечного размера выхода таза на живой женщине. Спинно-ягодичное положение. Концы тазомера типа Оссиандера устанавливаются кнутри у седалищных бугров.

один конец тазомера Мартина (рис. 145) ставится на середину нижнего края лонного сочленения, а другой конец—снаружи крестцово-копчикового сочленения, получаемый размер в среднем 13 см, на толщину тканей вычитается 1,5 см, остается 11,5 см.

Для измерения поперечного размера выхода обычный тазомер Мартина непригоден, а нужен тазомер типа Оссиандера, которым можно измерять диаметр трубки изнутри (рис. 146). Концы ножек тазомера ставятся на внутреннюю сторону седалищных бугров в норму, получается около 9,5—10 см, на толщину мягких тканей, вдавленных вглубь к седалищным буграм концами тазомера, надо прибавить 1—1,5 см, так что размер выхода между седалищными буграми в среднем равен 11 см. Произведя измерение выхода таза в нашем случае, получили размер выхода прямой—10,5 см, поперечный—9,5 см.

Изучая полученные измерениями данные, мы определяем, что имеется таз кифотический, несколько суженный в поперечном размере входа и в обоих размерах выхода (прямом и поперечном), (рис. 147 а, б, с).

Отвислый живот (рис. 148, 149) надо думать зависит от сужения таза и уменьшения объема брюшной полости, вызванного кифозом, дно матки стоит выше, чем полагается. Дно, собственно говоря, не стоит выше, а мечевидный отросток расположен ближе к лонному сочленению. Кифотический характер таза выражен нерезко, сужение в выходе небольшое, также невелико и поперечное сужение. Первые роды с очень немного недоношенным ребен-

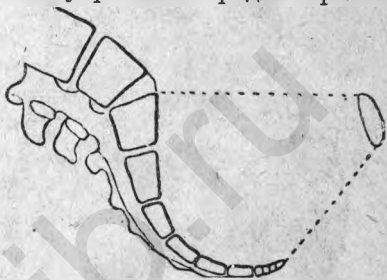


Рис. 147 а. Сагиттальный разрез нормального таза.

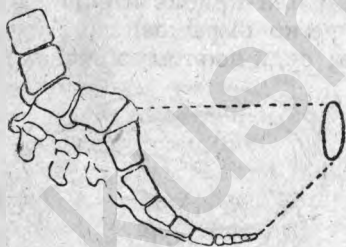


Рис. 147б. Сагиттальный разрез воронкообразного таза, сужение прямого размера выхода.

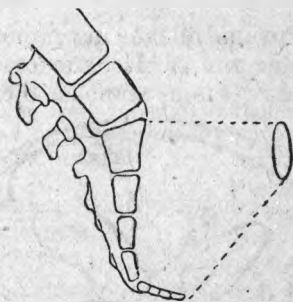


Рис. 147с. Сагиттальный разрез плоского рахитического таза, сужение прямого размера входа.

ком прошли без всяких уклонений от нормы. Предлежащая головка расположена необычно, затылок и лоб не определяются, сердцебиение при подвижной головке прослушивается очень близко к средней линии.

Какое здесь предлежание?

При поперечносуженном тазе наибольшим размером во входе может оказаться прямой размер, в таком случае правильным предлежанием будет расположение во входе в таз сагиттального (стреловидного) шва головки в прямом размере и прохождение головкой таза без внутреннего поворота. В нашем случае поперечное сужение небольшое и надо думать, что косые размеры входа вероятно больше прямого. С такой точки зрения

нормальным предлежанием надо считать затылочное с расположением в правом косом размере входа (спинка влево). Повидимому, судя по наружному исследованию и месту выслушивания сердцебиения плода,

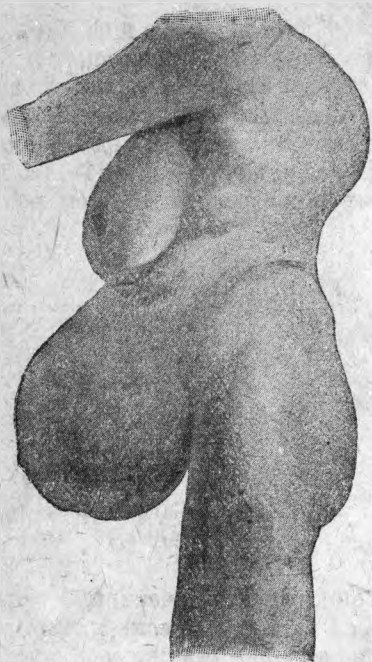


Рис. 148. Отвислый живот.

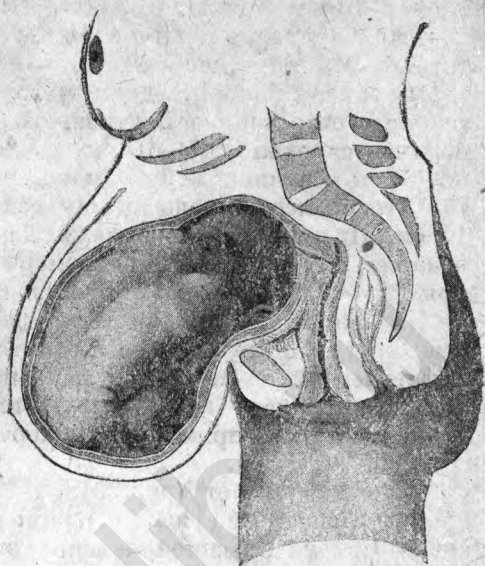


Рис. 149. Отвислый живот, сагиттальный разрез. Матка (в антеверсии) наклонена вперед, ниже всего расположено дно, шейка высоко направлена кзади. Передний свод влагалища сглажен.

стреловидный шов расположен в прямом или приблизительно в прямом размере входа. Кольцо сокращения, резко выраженное, расположено правильно поперечно на 8 см выше лона; судя по этому признаку (Унтер-

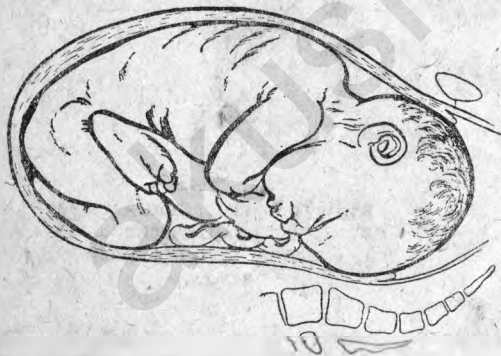


Рис. 150. Высокое прямое стояние головки, передний вид. Стреловидный шов в прямом размере входа в таз, малый родничок кпереди у лонного сочленения, большой родничок кзади у крестца.



Рис. 151. Высокое прямое стояние головки, задний вид. Стреловидный шов в прямом размере входа в таз. Малый родничок кзади у мыса крестца, большой родничок спереди у лонного сочленения.

бергер-Шац), открытие должно быть полным или почти полным. Для точного выявления, какое имеется предлежание, надо сделать внутреннее исследование.

Внутреннее исследование, произведенное в спинно-ягодичном положении роженицы после опорожнения мочевого пузыря и обычной дезинфекции исследуемой и рук исследующего, показало: открытие 8 см, вод нет, головка во входе подвижна, стреловидный шов почти в прямом размере, малый родничок на 1 см влево от середины лонного сочленения, головной опухоли нет.

Какой диагноз?

Высокое прямое стояние головки. Наше предположение о наличии высокого прямого стояния подтвердилось, имеется высокое прямое стояние, передний вид.

Причина образования. В то время когда головка находится над входом (вполне подвижна), не исключается для нее возможность перехода из одной позиции в другую, т. е. стреловидный шов может переходить из одного косого размера в другой. При таком перемещении будет момент, когда стреловидный шов окажется в прямом размере; если в это время пройдут воды, ребенок будет в известной степени зафиксирован в положении спинкой прямо или почти прямо кпереди, а стреловидный шов окажется в прямом размере входа (рис. 150, 151). В дальнейшем головка может повернуться в косой размер и неправильность будет ликвидирована или головка зафиксирована в неправильном положении и тогда роды могут оказаться невозможными, головка пройти вход в таз не сможет. В нашем случае имеется момент, который мог способствовать образованию высокого прямого стояния головки,—это некоторое поперечное сужение входа и относительно увеличенный прямой размер.

Как уже было указано, такое прямое стояние надо было бы считать нормальным, если бы сужение поперечного размера было выражено сильнее и прямой размер был бы во входе наибольшим.

Терапия высокого прямого стояния головки. Можно при вполне подвижной головке попытаться введенной в матку рукой захватить головку и повернуть ее в тот косой размер, в который она будет легче повертываться, в нашем случае вероятно в правый, т. е. отодвинуть малый родничок дальше от средней линии (рис. 152). Такое ручное исправление мне удалось при нормальном тазе проделать 3 раза, без особого насилия, не прибегая даже к наркозу, и после исправления предлежания роды закончились через $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа. Конечно недостаточно опытному за это браться не следует, а лучше при наличии подходящих условий (достаточной подвижности ребенка и открытии) сделать поворот на ножку в зависимости от открытия внутренними приемами или комбинированным по Бракстон-Гиксу. Надо иметь в виду, что высокое прямое стояние может исправиться и без всякого постороннего вмешательства.

Что мы будем делать в нашем случае?

Целесообразно несколько подождать с вмешательством, ведь у нас нет уверенности, что данная установка не является при данном случае



Рис. 152. Поворот головки при высоком прямом стоянии (задний вид). Введена в матку правая рука, захватила головку и поворачивает ее вокруг вертикальной оси, переводя стреловидный шов из прямого размера входа в правый косой. В данном случае на рис. спинка справа, в ту же сторону надо повернуть затылок.

наилучшей, кроме того имеется некоторая наклонность у малого родничка отойти влево. Если положить роженицу на левый бок, то этим можно способствовать повороту стреловидного шва в правый косой размер. Пока от вмешательства (внутреннего) воздержимся, уложим роженицу на левый бок и будем наблюдать, что будет дальше.

Через 15 мин. выстояние головки над лоном стало меньше, по наружному исследованию головка довольно плотно во входе. Через полчаса после производства внутреннего исследования по наружному исследованию можно определенно сказать, что головка опускается в таз, повидимому несколько отклонившись от прямого стояния. Сердцебиение прослушивается на 1 см ниже (9 см выше лона, 4 см влево от средней линии). Точно по наружному исследованию сказать, опустилась ли головка в прямой (почти) размер или стреловидный шов установился ближе к косому, не представляется возможным, это может дать только внутрен-

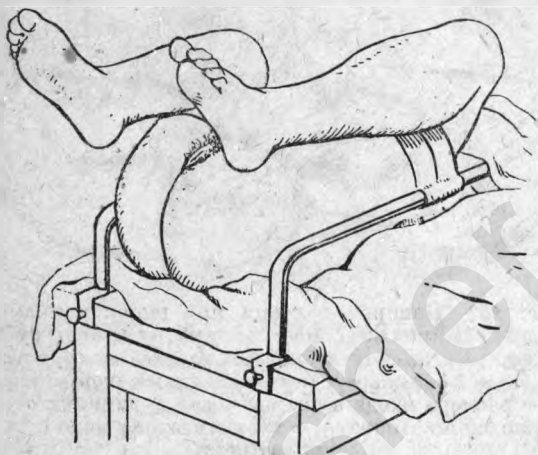


Рис. 153. Положение Лабори-Дункан. Положение на спине. Нижние конечности максимально согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра притянуты к животу.

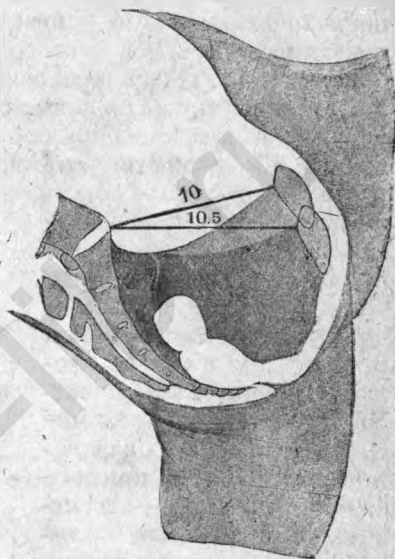


Рис. 154. Изменение размера истинной конъюгаты и прямого размера выхода таза в зависимости от положения бедер. При свисающих бедрах, вальхеровское положение, истинная конъюгата 10,5, выход сужен. При бедрах, согнутых в тазобедренных суставах, истинная конъюгата 10, но увеличен прямой размер выхода таза.

нее исследование, но наш интерес к выяснению этого вопроса не является достаточным показателем для производства внутреннего исследования и мы его делать не будем.

Какой прогноз?

Головка вход прошла, была неправильность предлежания во входе. Высокое прямое стояние головки надо считать ликвидированным, но у нас имеется и другая неправильность—сужение в выходе. Измерение выхода таза дало нам уменьшение против средних размеров на 1 см в прямом размере и на $1\frac{1}{2}$ см в поперечном размере. Сужение небольшое, и поскольку головка не является чрезмерно большой, мы можем рассчитывать на то, что при достаточной родовой деятельности она сможет пройти через несколько суженный выход, так как средние размеры головки, которыми она должна проходить, будут малый косой в прямом размере таза и большой поперечный в поперечном размере таза.

Положение Лабори-Дункан. Мы можем несколько помочь этому прохождению, придав роженице положение с сильно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, при котором прямой размер выхода увеличивается на $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ см благодаря отхождению нижнего края лонного сочленения от крестцово-копчикового сочленения (положение Лабори-Дункан—противоположность вальхеровского положения, рис. 153, 154). Это надо делать только тогда, когда головка пройдет вход и будет в (узкой части) полости, так как при таком положении увеличивается прямой размер выхода и настолько же уменьшается прямой размер входа. Для определения поступательного движения головки будем пользоваться способом Пискачюка.

Поведение среднего медперсонала при установке наличия кифотического таза (поперечносуженного воронкообразного). Если измерения таза показывают какие-либо уклонения от нормы при наличии кифоза поясничной части позвоночника, среднему медперсоналу не следует брать на себя ответственность за такой случай. Если даже таз окажется для данной головки проходимым, как в нашем случае, к концу периода изгнания ввиду воронкообразности таза, сужения выхода может получиться вторичная слабость схваток, которая потребует применения щипцов, что в компетенцию среднего медперсонала не входит, поэтому рациональнее такие случаи передавать заблаговременно врачу. Если же случай попадет под наблюдение во время родов, то в случае сомнения в достаточности размеров таза роды должны проводиться как вообще роды при суженных тазах, т. е. немедленно должны быть приняты меры к вызову врача или к переправлению роженицы в соответствующее лечебное учреждение.

Еще через 10 мин., судя по наружному исследованию, головка опустилась в полость, снаружи небольшой сегмент головки; по Пискачюку свободно достигается нижний сегмент головки. Роженице придано положение Лабори-Дункана (рис. 153), спинно-ягодичное с сильно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (ноги пригнуты к животу). Через 15 мин. головка стала накладываться и в 10 час. 25 мин. родился ребенок, девочка, 50 см длиной, весом 2 850 г, доношенная. На головке опухоли нет, почему определить, какая кость предлежала, нельзя.

Через 15 мин. вышел послед. Осмотр послета по внешнему виду ничего ненормального не обнаружил. Место и оболочки целы. По выходе послета матка сократилась хорошо, кровотечения нет. Промежность цела.

Вес ребенка 2 850 г при нормальной длине 50 см может зависеть от пониженного питания матери и ее туберкулезного заболевания.

Какие взаимоотношения между беременностью и туберкулезом и каково должно быть поведение среднего медперсонала, если под его наблюдение попадает беременная, больная туберкулезом?

Беременность в большинстве случаев отражается неблагоприятно на течении туберкулеза. Бывает иногда, что во время беременности туберкулезный процесс как будто затихает, больная чувствует себя удовлетворительно, даже полнеет, но после родов происходит резкое ухудшение. Особенно плохо отражается беременность на больных с активным туберкулезным процессом, нередко они погибают в ближайшее время после родов. Беременность сильнее влияет на туберкулезный процесс у первобеременных и у молодых женщин. Отсюда ясен вывод, что туберкулезный процесс главным образом в активной стадии является показанием для искусственного прерывания беременности. Такое прерывание беременности показано только в первые 3—4 месяца беременности, пока

вредное действие беременности еще не сказалось на туберкулезном процессе. Прерывание беременности в более поздние сроки бесполезно, с одной стороны, потому, что беременность уже успела оказать свое вредное действие на туберкулез, с другой стороны, потому, что выкидыши после 4 месяцев не менее вредно действуют, чем роды, подстегивая так сказать туберкулезный процесс.

Влияние туберкулеза на беременность незначительно, отмечают некоторую наклонность к преждевременным родам и к более слабому развитию плода (это как раз имеется в нашем случае).

Очень важен практически вопрос о внутриутробном заражении плода туберкулезом. В семенной жидкости больных туберкулезом мужчин даже без заболевания яичек находили туберкулезных бацилл, но трудно допустить, чтобы сперматозоид, пораженный туберкулезом, мог быть способным к оплодотворению женского яйца, почему мы должны исключить возможность передачи туберкулеза плоду со стороны отца. Приблизительно то же самое приходится думать о возможности развития плода из женского яйца, пораженного туберкулезом. Несмотря на то, что туберкулезное поражение детского места встречается нередко, бациллы были обнаружены (микроскопически или бактериологически) приблизительно в 50% исследуемых плацент туберкулезных родильниц, туберкулезное внутриутробное заражение новорожденного является чрезвычайной редкостью и с такой возможностью считаться не приходится. Дети рождаются более слабыми и тем предрасположенными к заболеванию туберкулезом.

Серьезным источником заражения ребенка туберкулезом может явиться молоко матери. В молоке туберкулезных родильниц находили туберкулезных бацилл по некоторым статистическим данным в 85%. Кормление, являясь источником моментом, безусловно противопоказано и для туберкулезных родильниц. Самым же главным и опасным источником заражения туберкулезом новорожденного является туберкулезная среда, в которую он попадает после рождения. Если дети туберкулезных родителей погибают в 25% случаев, это надо приписать главным образом послеродовому заражению от больных родителей (путем поцелуев, прикосновения к загрязненным туберкулезными бациллами предметам и т. п.). Лучше всего ребенка туберкулезных родителей удалить от общения с ними и поставить в соответствующие санитарно-гигиенические условия обстановки и питания (очень желательно женское молоко).

Каковы же задачи среднего медперсонала в борьбе с туберкулезом?

Мы здесь не будем касаться санитарной пропаганды, профилактики туберкулеза и борьбы с ним вообще, а только с точки зрения влияния беременности на туберкулез. Средний акушерский медперсонал, где бы он ни работал, должен быть проповедником здоровых санитарно-гигиенических представлений в области охраны материнства и младенчества. Конкретно к данному случаю он должен указать на опасность беременности для женщин больных туберкулезом и на способы, какими они могут от беременности предохраняться, направляя их в так наз. профилактические кабинеты консультаций (где таковые имеются). Туберкулезных беременных в первые месяцы беременности надо обязательно направлять к врачам для решения вопроса о допустимости для них беременности или для соответствующего вмешательства. Вопрос о производстве искусственного выкидыша решается консилиумом врачей. Беременных после 4 месяцев

также надо направлять к врачу, чтобы, базируясь на его авторитете, создать возможную при данных условиях гигиеническую обстановку. Родильницам же, больным туберкулезом, следует указать на недопустимость для них кормления и необходимость изоляции чрезвычайно predisposed к заражению туберкулезом ребенка из зараженной обстановки его семьи. В случае абсолютной невозможности изолировать ребенка средний медработник должен указать на мероприятия, которые уменьшат шансы заражения (чистота, запрещение поцелуев, отдельная посуда, моющаяся отдельно от другой, отдельные кровати, полотенца и т. п.). В тех местах, где имеются консультации для беременных и тубдиспансеры, все вышеизложенное является их прямой задачей.

Согласно вышеизложенному ребенок молоком матери не кормился и был подвергнут бeseжированию (вакцинация VCG по Кальметту).

Послеродовой период от нормы уклонений не представлял. Температура была в пределах 36,2—36,8°, пульс 68—76, матка сокращалась хорошо, но, учитывая отсутствие кормления ребенка, стимулирующего маточные сокращения, родильница с первого дня получала 3 раза в день по 20 кап. жидкого экстракта спорыньи. Со второго дня грудные железы туго забинтованы (с ватой). На 3-й день как обычно слабительное (насторовое масло). Функции мочевого пузыря и кишечника нормальны. Родильнице разрешено на 5-й день встать, походить по палате; выписалась на 7-й день.

Когда можно разрешить родильнице вставать (садиться и т. п.)?

Режим послеродового периода. В этом вопросе нет полного единодушия среди акушеров, так же как и в вопросе послеоперационного режима. Некоторые акушеры разрешают вставать со 2-го дня, другие держат в постели до 9-го дня. В московских родовспомогательных учреждениях принят приблизительно такой порядок. Через 2 часа после родов разрешается поворачиваться на бок, со следующего дня для кормления присаживаться, не спуская ног с кровати. С 4-го или 5-го дня в зависимости от характера и количества выделений родильнице разрешается осторожно ходить и на 7-е сутки женщина выписывается из родильного дома. Это режим для случаев, когда роды протекали вполне нормально (главным образом в смысле температуры), не требовали никакого оперативного вмешательства и послеродовой период тоже проходил нормально. После родов, потребовавших оперативного вмешательства, наложения швов и т. п., вставать разрешается только на 6-й день (после снятия швов). В случае повышения температуры до 38° и выше вставать и ходить разрешается не раньше, чем после 2—3 суток нормальной температуры.

Д е т а. В первые сутки после родов родильница получает жидкую пищу и белый хлеб. До действия слабительного рекомендуется легкая пища, а после—обыкновенный стол.

Через 2 недели после родов разрешается мыться под теплым душем, баня и ванны не раньше, чем через 6 недель после родов.

Разрешение вставать и ходить совершенно не предполагает разрешения работать. В послеродовом периоде легкая домашняя работа разрешается не раньше 2 недель после родов, а более тяжелая: стирка, мытье полов, а также поднимание тяжестей, ведер и т. п.,—только после 6 недель, т. е. по окончании послеродового периода. Всякое отклонение от нормального течения послеродового периода—зноб, повышение температуры, кровастые выделения—показует немедленное обращение к врачебной помощи.

Половые сношения не разрешаются до полного обратного развития половых органов. Для установления этого рекомендуется посоветоваться с врачом консультации.

Краткий обзор случая

Повторнородящая больная туберкулезом с нерезко выраженным инфотическим тазом поступила в роддом. Было обнаружено высокое прямое стояние головки. Ввиду небольшого уклонения от нормы размеров таза и незначительного несоответствия между тазом и головкой случай проводился консервативно и закончился благополучно; применялось сначала положение на боку, а затем спинно-ягодичное с сильным пригибанием бедер к животу. Дальнейшее течение без осложнений. Ребенок во избежание возможности заражения от матери туберкулезом из семьи изолирован.

Тесная связь учреждений охраны материнства и младенчества с единым диспансером, вхождение консультации в единый диспансер, объединение наблюдения над беременной в одном месте, громадная профилактическая работа по борьбе с туберкулезом у нас в СССР дали исключительные результаты. Смертность от туберкулеза снизилась, количество новых заболеваний заметно падает. Всего этого возможно достигнуть у нас в СССР только потому, что власть находится в руках рабочего класса, который действительно заинтересован в оздоровлении трудящихся. Буржуазия же охраняет здоровье рабочих лишь постольку, поскольку ей необходима резервная армия безработных, солдаты для армии; она также заинтересована в том, чтобы обезопасить от заноса болезней богатые кварталы городов. Об истинном оздоровлении рабочих она и не думает.

ГЛАВА XIV

СЕДЛОВИДНАЯ МАТКА. ОТВИСЛЫЙ ЖИВОТ. ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ. ПРЕДЛЕЖАНИЕ РУЧКИ И ПУПОВИНЫ

Г-ка О., 37 лет, поступила в роддом 1/VI 1930 г. в 7 часов (утра) по поводу схваток, начавшихся рано утром (часов с 4).

Анамнез. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. В молодости (лет 20) перенесла брюшной тиф, и в 1919 г. дивентерию.

Менструации через 4 недели по 5 дней, количество выделений среднее, более не бывает. С тех пор как работает мотористкой (Москвошвей), менструации несколько обильнее, но за пределы нормы не выходят. Было 4 родов срочных, протекали нормально, послеродовые периоды без осложнений, последние роды 7 лет назад. Было 4 искусственных выкидыша (выскабливание), последний года 3 назад, без осложнений. Последние годы предохранялась колпачками. Осенью уезжала в отпуск в деревню, не обратила внимания на отсутствие менструации, когда вернулась была диагностирована беременность на 4-м лунном месяце, и было уже поздно делать искусственный выкидыш. Времени последних менструаций не помнит. Гинекологических заболеваний не было; по временам бели в небольшом количестве (неразъедающие). Указаний на гоноррею нет (рези при мочеиспускании не было). Всех детей кормила до года, во время кормления не менструировала. Живых детей двое, двое детей умерло в младенчестве от кишечных заболеваний (в деревне).

Состояние в настоящее время. Работает на фабрике и обслуживает семью, немного ей помогают дети, но тяжелую работу: стирку, мытье полов,

приходится делать самой. Общее состояние удовлетворительное, питание хорошее, небольшие отеки нижней части голеней, умеренно расширены вены на голенях, нижней половине бедер и половых органах. Указаний на сифилис, туберкулез и рахит нет. Пульс 76, тоны сердца чисты. Со стороны пищеварительных органов наклонность к запорам, во время беременности запоры дня по 2 (без лечения). Мочеиспускание не болезненно, недели две учащено. Течение беременностей (настоящей и предыдущих) без осложнений. Шевеление плода стала ощущать около 10/1 1930 г. Во второй половине беременности посещала консультацию для беременных раз в 3—4 декады. Бандаж не носит, несмотря на указания консультации. На карточке консультации отметка, что в моче белка нет и реакция Вассермана отрицательная.

Месяца два назад в консультации было обнаружено поперечное положение плода, которое было исправлено наружными приемами, но при последнем посещении консультации вновь отмечено поперечное положение, дан совет во-время обратиться в родильный дом. Схватки каждые 5—8 мин., средней силы, продолжительность 35—40 сек., не особенно болезненны. За последние 2 часа усилились. Воды целы.

Осмотр живота. Живот широкий (большой поперечник) и отвислый. Окружность на уровне пупка 106 см, рубцы прежних и настоящей беременности в порядочном количестве. Нормальная пигментация белой линии, сосков и околососковых кружков. Дно матки на середине между пупком и мечевидным отростком, от лона 30 см (тазомером). Дно седлообразно вдавлено. Плод расположен поперечно, головка слева, тазовый конец справа, предлежащей части у входа в таз нет. Таз: расстояние между осями 26 см, между гребешками—29 см, между вертелами—31 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14 см. Сердцебиение плода 140 в мин., яснее всего прослушивается на уровне пупка, на 7 см влево от средней линии.

Какой диагноз и что делать?

Диагноз ясен: 1-е поперечное положение.

Что означает седлообразное вдавление дна матки?

Седлообразная форма матки и ее практическое значение. Вдавление дна матки может быть при седлообразной матке (анатомическая особенность) или зависеть от выпячивания места прикрепления плаценты. Седлообразная матка является аномалией развития, при которой не произошло правильного сращения мюллеровых нитей (из которых образовалась матка), вследствие чего получились некоторое вдавление в середине дна матки. Это самая легкая степень, начало раздвоения. Практическое значение эта аномалия может иметь следующее: поскольку у матки широкое дно с вдавлением—маточная полость не продольно овальная, а сердцевидная. Это обстоятельство может мешать правильному продольному расположению плода и повести к косым и даже поперечным положениям, особенно если на дне матки со стороны полости имеется какое-либо подобие (начальная степень) перегородки. Такая же приблизительно внешняя форма матки может получиться, если детское место будет расположено в каком-нибудь углу матки, растягивая его и образуя выпячивание с одной стороны. В случае такого расположения детского места получается седлообразная форма матки, несимметричная; та часть дна, где находится детское место, выстоит больше. В нашем случае дно матки симметрично седлообразно, что дает основание предполагать наличие анатомических изменений, но полной уверенности в этом нет.

Можем ли мы считать, что имеющееся поперечное положение получилось исключительно в зависимости от седлообразной формы дна матки?

Если бы это было так, то у нашей роженицы должны бы быть поперечные положения и в предыдущие беременности, чего не было. Отвислый живот, плохо поддерживающий матку, тоже является фактором, способствующим неправильному расположению плода, и совокупность обоих этих моментов является вероятно причиной образовавшегося поперечного положения. Расположение детского места в углу дна матки может тоже быть моментом, способствующим неправильному положению плода.

Что еще может быть причиной образования поперечного положения?

Этиология образования поперечного положения плода. Причинами поперечного положения (частота поперечных положений 0,8%) могут быть две категории факторов, к которым относятся и вышеуказанные, т. е. вдавление дна матки, седлообразное дно (французские акушеры называют такие матки «сердцевидными»), расслабленная от повторных родов мускулатура матки и брюшной стенки и расположение детского места в углу ее. Из них одни препятствуют правильной установке подлежащей части, другие способствуют ее ненормальной подвижности, свободе движения подлежащей части. К первой категории относятся: узкий таз, седлообразная форма дна матки, предлежание места, водянка головы, ко второй—многоводие, малый плод (недоноски) и растянутая потерявшая эластичность и упругость мускулатура матки и брюшной стенки. Механизм действия моментов обеих категорий понятен. Ясно, что если предлежит детское место, то это является препятствием для установки головки во входе в таз; аналогично действует и узкий таз. Растянутые стенки живота и матки, также многоводные, дают слишком большую свободу движений плоду; длинного диаметра матки, фиксирующего плод в продольном положении, как бы не существует, и плод с одинаковым удобством может расположиться и поперечно и косо.

Что делать?

Роды при поперечном положении плода невозможны, необходимо поперечное положение заменить продольным.

Как это сделать?

Поворот наружными приемами дает недостаточно устойчивые результаты; во время беременности у нашей роженицы поворот наружными приемами был произведен, но через некоторое время плод вновь оказался в поперечном положении.

Диагноз поперечного положения плода. Наружное исследование дает вполне точные и достаточные данные для постановки диагноза поперечного положения (рис. 155). Матка растянута в ширину, поперечно. С каждой стороны прощупывается крупная часть, головка или ягодицы. Головка более плотна, баллотирует. Между головкой и ягодицами прощупывается спинка (при переднем виде) или мелкие части (при заднем виде). У входа в таз подлежащей части нет, исследующая рука над лоном ничего не находит и может свободно проникнуть в глубину таза к мысу. Сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка, отступя от средней линии в сторону головки.

Внутреннее исследование при целом пузыре обнаруживает или отсутствие подлежащей части или предлежание ручки, пуповины. После разрыва пузыря матка нередко оказывается чрезвычайно напряженной и снаружи ничего прощупать не удается; внутреннее исследование обна-

руживает тогда предлежащее плечо, которое можно смешать с ягодичами. Плечо определяется по ребрам и подмышечной впадине, которая замкнута по направлению к головке. Для определения вида надо нащупать ключицу, лопатку, или полурукой дойти до остистых отростков позвонков, что определяет спинку.

Для того чтобы выяснить наш дальнейший образ действий, нам необходимо знать состояние маточной шейки, величину открытия.

Внутреннее исследование, произведенное с соблюдением требуемых правил антисептики и асептики при спинно-ягодичном положении роженицы, показало: шейка сглажена, открытие 6 см, воды целы, через пузырь прощупываются ясно пульсирующая пуповина и ручка.

Показания для производства поворота имеются, имеются ли необходимые для возможности производства операции условия?

Что необходимо для производства поворота?

Первое условие—достаточная подвижность плода, целостность вод или недавнее их прохождение, затем естественные пути должны быть достаточно проходимы для плода, т. е. не должно быть сужения таза, вызывающего сомнения в возможности родов живого плода через естественные пути. В противном случае операция поворота потеряла бы весь свой смысл, так как невозможность родов через естественные пути показывает применение совершенно других оперативных вмешательств, о чем говорилось в главе о плоском тазе.

В нашем случае кроме поперечного положения имеется еще предлежание ручки и пуповины.

Какое это имеет значение при данных условиях?

Является ли предлежание пуповины осложнением при наличии поперечного положения? В чем опасность предлежания пуповины?

Если пуповина будет прижата предлежащей головкой к костям таза, то получится нарушение плацентарного кровообращения, в результате чего плод погибнет. Понятно, что при черепных предлежаниях необходимо заправить пуповину за головку, а так как такое заправление не дает стойких результатов, т. е. пуповина вновь оказывается через некоторое время впереди головки, то лучше путем поворота заменить черепное предлежание неполным ножным, сделать поворот на ножку. Это лучший наиболее простой и наиболее верный способ избежать осложнений, вызываемых предлежанием или выпадением пуповины. При поперечном положении единственно чем угрожает предлежание пуповины—это возможность ее травматизации при производстве поворота; это обстоятельство

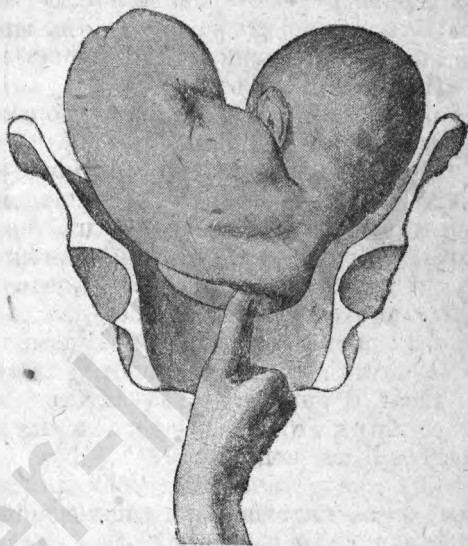


Рис. 155. Поперечное положение, передний вид, первая позиция. Исследующий палец левой указательный ощупывает правую подмышечную впадину, закрытую в сторону головки (на рисунке влево.)

следует иметь в виду при производстве каждого поворота, осложненного предлежанием или выпадением пуповины, т. е. не следует при введении руки в матку грубо дергать или сжимать пуповину.

Относительно предлежания ручки можно сказать приблизительно то же, что сказано о предлежании пуповины. Если при предлежании головки с ручкой ручку надо заправить за головку, то при ягодичных предлежаниях положение ручки (встречается очень редко) никакого лечения не требует, а при поперечном положении предлежание или выпадение ручки—явление вполне естественное и даже облегчающее детальную диагностику, т. е. по выпавшей ручке легко точно определить, где находится спинка и где головка плода.

Правильно ли поступили в консультации для беременных, сделав поворот с помощью наружных приемов? Правильно.

Поворот наружными приемами—безвредное вмешательство, но оно часто не дает стойких результатов. В нашем случае роженица не исполняла очень важного предписания консультации, она не носила бандажа, набрюшника, который возможно зафиксировал бы результаты операции поворота. Когда выяснилась безрезультатность поворота, в консультации был дан совет обратиться в родовспомогательное учреждение с началом схваток (с цельми водами или немедленно по их прохождении), чтобы были налицо условия для производства внутреннего поворота.

Итак, в нашем случае имеется первое поперечное положение, предлежат ручка и пуповина, бок ребенка высоко, открытие 6 см, воды целы.

Мы уже установили необходимость производства поворота для исправления неправильного положения и не придаем значения предлежанию поповины и ручки.

Поворот на ножку внутриматочными приемами.

Когда делать поворот и как?

Показаний к производству поворота немедленно нет, роженица находится под наблюдением и можно с производством поворота подождать до разрыва пузыря и излития вод, но условия для производства поворота вполне благоприятны и сейчас. У повторнородящей при сглаженной шейке и открытии 6 см очень легко пальцами расширить шейку до свободного проведения руки в полость матки. Все же это будет хотя и небольшая, но все-таки травма, связанная с некоторым риском инфекций, почему будем ждать прохождения вод; может быть к тому времени будет полное открытие и расширять шейку не придется.

Наркоз при повороте. Одним из основных условий для производства поворота является полная подвижность плода, достаточное расслабление брюшных стенок и мускулатуры матки, для чего рекомендуется оперировать под общим наркозом, причем наркоз требуется полный. Неполный наркоз, не подавляющий рефлекторных сокращений брюшного пресса под влиянием раздражения введенной в матку руки и болевых ощущений, будет даже вреден, так как оперируемая не сможет при отсутствии сознания подавлять рефлекторные сокращения брюшных стенок.

В нашем случае при полной подвижности плода и значительном ослаблении мускулатуры брюшной стенки и матки можно будет попытаться сделать поворот без наркоза, немедленно прибегнув к нему в случае каких-либо затруднений (все должно быть заранее приготовлено).

Что бы мы стали делать, если бы открытие было сантиметра 2?

В таком случае можно было бы также ждать произвольного излития вод, после чего применить поворот по Бракстон-Гиксу, так называемый комбинированный поворот, который можно будет сделать, если по излиянии вод открытие оказалось бы недостаточным для проведения руки в матку.

Для сохранения целостности плодного пузыря до наступления нужной степени раскрытия у первородящих можно было бы ввести кольпелринтер во влагалище (кольпелринтер Брауна). В случае преждевременного излития вод при малом открытии сохранить остаток воды и тем самым большую подвижность плода можно путем введения в матку метрейринтера, который будет закрывать отверстие, не выпускать вод и вызывать раздражением матки усиление ее сократительной деятельности и тем самым способствовать открытию матки. Надо иметь в виду, что поворот по Бракстон-Гиксу менее благоприятен для плода, а метрейринз ввиду риска инфекции менее благоприятен для матери.

Какой рукой оперировать при производстве внутренне-го поворота и какую ножку захватывать?

Выбор руки. Французские акушеры советуют оперировать рукой, одноименной с той частью таза, где находится тазовый конец плода (его ножки). Немецкие акушеры рекомендуют ту руку, которая при введении в матку будет обращена ладонной стороной к захватываемым частям плода и тылом к стенке матки (рис. 156). Другими словами, французские акушеры советуют захватывать ножку из центра матки (ладонь руки будет обращена к захватываемой ножке, а тыл к маточной полости), а немецкие акушеры захватывают ножку с ее стороны, обращенной к маточной стенке (ладонь руки обращена к ножке, тыл к стенке матки). Понятно, что для захватывания ножки по французскому способу оперировать должна рука, одноименная с половиной таза, где находятся ножки, а по немецкому способу разноименная. В общем это разногласие носит, можно сказать, академический характер, так как большинство акушеров рекомендует в неясных случаях, т. е. где позиция точно не установлена, оперировать рукой, которой больше привыкли работать. Действительно, если будет введена правая рука, то при расположении ножек в правой половине таза ножка будет захвачена со стороны маточной полости (по французскому способу), а если ножка в левой половине таза, ножка будет захвачена со стороны стенки (рис. 157 а, b, с, d) (см. табл. на стр. 174).

В ы б о р н о ж к и. Лучше захватывать ту ножку при потягивании за которую спинка будет повертываться кпереди. Это ножка одноименная с той половиной таза матери, где она находится. При передних видах захватывает (задняя) нижняя ножка, при задних видах (передняя) верхняя ножка.

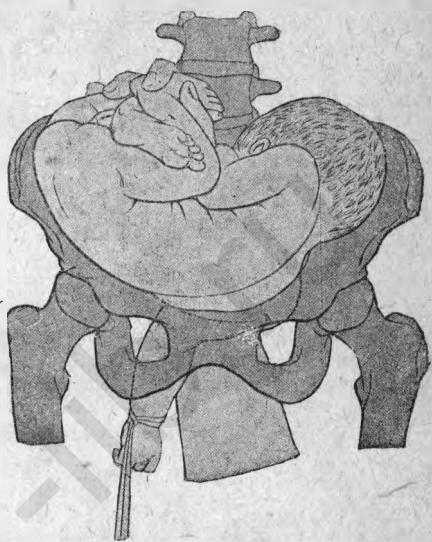


Рис. 156. Поворот при поперечном положении. Первая позиция, передний вид. Выпала правая ручка, на которую надета марлевая петля. Правая рука оперирующего, введенная в матку, захватывает сзади стопу правой (нижней) ножки.

Способ захватывания ножки. Ножку можно захватить или двумя пальцами выше лодыжки или тремя: средний палец на тыл

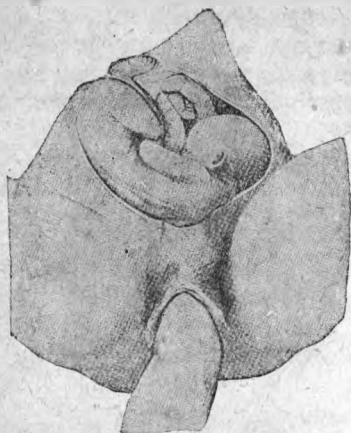


Рис. 157а. Выбор руки и ножки для производства поворота при поперечном положении (см. таблицу). 1-я позиция, передний вид, предлежит правое плечо; правая рука захватывает (сзади) верхнюю левую ножку.

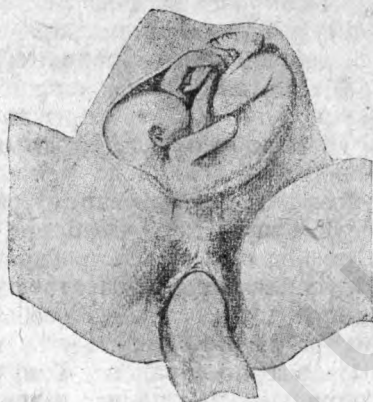


Рис. 157б. 2-я позиция, передний вид, предлежит левое плечо; левая рука захватывает (сзади) левую нижнюю ножку.

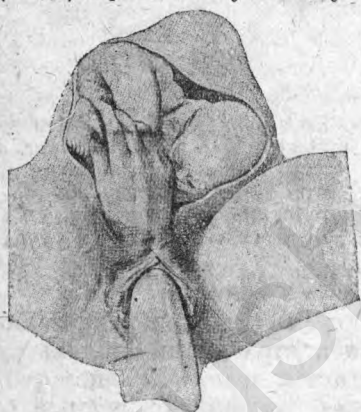


Рис. 157с. 1-я позиция, задний вид, предлежит левое плечо; правая рука захватывает (спереди) правую (верхнюю) ножку.

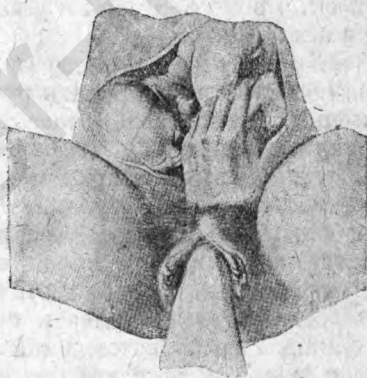


Рис. 157д. 2-я позиция, задний вид, предлежит правое плечо; левая рука захватывает (спереди) левую (верхнюю) ножку.

стопы, указательный на пятку, большой палец на подошву, или всей рукой за голень.

ТАБЛИЦА

Выбор руки и ножки при операции поворота из поперечного положения

В и д	Головка	Ножки	Предлежащее плечо	Надо захватывать ножку	Оперировать рукой
Передний	Влево	Вправо	Правое	Правую	Правой
Передний	Вправо	Влево	Левое	Левую	Левой
Задний	Влево	Вправо	Левое	Правую	Правой
Задний	Вправо	Влево	Правое	Левую	Левой

Способ отыскания ножки. Рука, введенная в полость матки, доходит до бока ребенка (прощупываются ребра), если мешает плечо, его отодвигают в сторону головы, по боку рука идет к ноге при передних видах позади бедра, при задних видах впереди бедра по его передней поверхности. Этот способ отыскания ножки предложен французским акушером и называется французским. По немецкому способу рука, вошедшая в матку с брюшной поверхности плода, непосредственно переходит к пригнутым к брюшку ножкам (прямой путь).

Захватывать одну ножку или обе?

Большинство акушеров советует захватывать одну ножку, считая, что при потягивании за одну ножку поворот происходит легче, чем при потягивании за две ножки, кроме того при извлечении за одну ножку

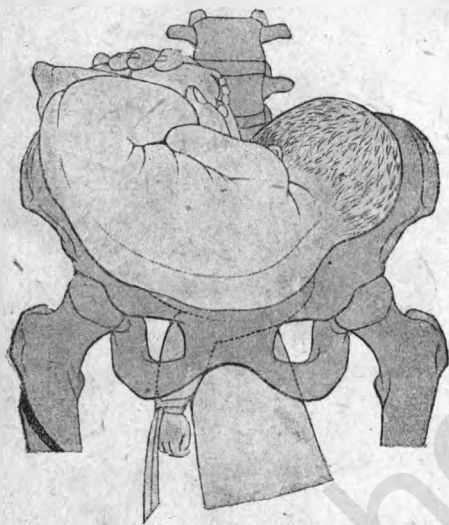


Рис. 158. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Выпала правая ручка. В матку введена правая рука (правильно) и захвачена ближайшая левая верхняя ножка (неправильно); на рисунках 159—162 изображены вызванные этой неправильностью осложнения.

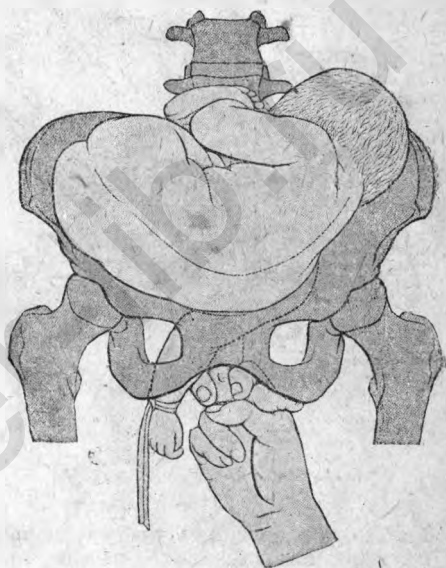


Рис. 159. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Низведена правой рукой захваченная (неправильно) левая ножка (см. рис. 158 и 160).

мягкие ткани матери больше и лучше растягиваются проходящим тазом вместе со второй ножкой и в дальнейшем извлечение головки встречает меньше препятствий.

Что делать, если захвачена не та ножка?

Такой случай несомненно несколько затягивает течение родов, так как другая ножка, согнутая, в таких случаях оказывается расположенной у лонного сочленения над ним и упирается в лонное сочленение, не давая тазовому концу опуститься, пока плод не повернется вокруг своей продольной оси почти на 180° ; тогда выше окажется захваченная ножка и позиция плода изменится (рис. 158—165).

Как отличить ножку от ручки?

Вопрос казался бы праздный, но опыт показал, что для недостаточно опытного оператора нет ничего проще, как захватить и извлечь ручку вместо ножки. Это несчастье небольшое, извлеченная ручка (аналогично выпавшей) дает возможность определить детали случая, но такая неудача ведет к

тому, что оперирующий теряется, не знает, что делать, и принимается вправлять извлеченную ручку, чего как раз делать не следует, даже в случае недостаточного раскрытия. На извлеченную ручку накладывают петлю, чтобы после того как поворот будет сделан, она не могла уйти в матку, а в дальнейшем запрокинуться за головку. Если открытие мало, надо осторожно растянуть зев пальцами до требуемой величины (чтобы прошла рука оперирующего). Обратное запроваживание извлеченной ручки ведет только к лишней травме и риску инфекции.

Ножка от ручки отличается по пятке и по мышелкам, кроме того обращают внимание на более короткие пальцы, и то, что большой палец не

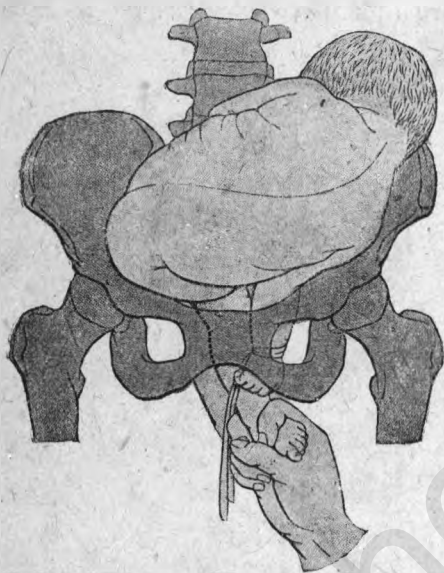


Рис. 160. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Влечение правой рукой за захваченную левую ножку (рис. 158, 159) вызывает приподняtie правого плеча и выпавшей ручки, левое бедро идет кзади, правое бедро вперед и начинается переход в задний вид (см. рис. 161).

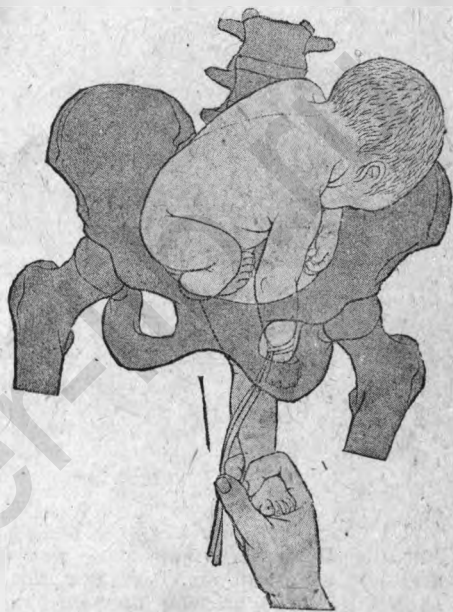


Рис. 161. Поперечное положение, первая позиция. (Дальнейшее ср. рис. 160.) Извлечение правой рукой левой ножки повело к образованию заднего вида, поворот еще не вполне совершился.

противопоставляется остальным. Французский способ отыскания ножки гарантирует от ошибки захватить и извлечь ручку вместо ножки.

Как видно из вышеизложенного, для производства поворота в конце концов в практике можно пользоваться любой рукой и захватывать и извлекать любую ножку, но ни в коем случае не ручку, последнее будет определенной ошибкой.

Противопоказания к производству поворота. Со стороны матери: судорожное сжатие маточной шейки и судорожный характер схваток, (если они не поддаются действию наркотических и не дают достаточной подвижности плоду) и препятствия к родам через естественные пути (недостаточные размеры таза, опухоли, рубцы и т. п.).

Со стороны плода—чрезмерная несоответствующая половому каналу величина плода или его частей, водянка головы и т. п. При неправильных предлежаниях (лобных и т. п. кроме поперечных положений)

установленная смерть плода, напр. непальсирующая пуповина. Отсутствие, т. е. невыслушивание сердцебиения плода недостаточно доказательно, так как при задних видах поперечного положения часто прослушать сердцебиение не удается.

При наличии противопоказаний со стороны матки поворот делать нельзя, так как он связан с риском разрыва матки, и для родоразрешения надо прибегнуть к другим оперативным вмешательствам, в большинстве случаев к операциям, уменьшающим размеры плода, которые средний медперсонал не может и не должен делать.

Образ действий среднего медперсонала, если выяснится наличие какого-либо из вышеперечисленных противопоказаний для производства

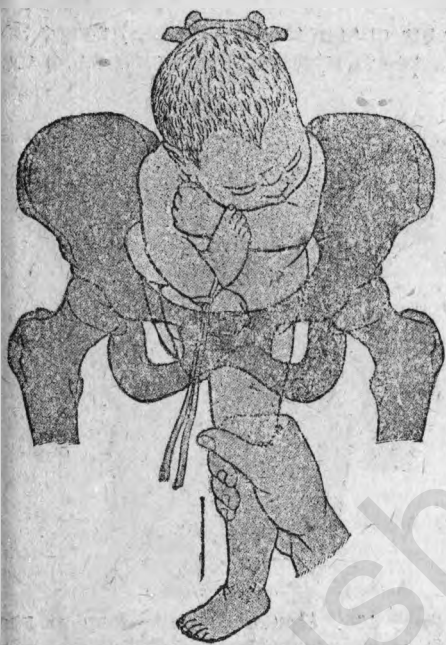


Рис. 162. После произведенного поворота на левую ножку из переднего вида первого поперечного положения, переднего после вращения на 90° (см. рис. 158—161) в задний вид (левая позиция), извлекающая рука поворачивает ножку так, чтобы большой палец ее повертывался в правую сторону (матери) и таким образом путем вращения еще на 90° восстановился передний вид.

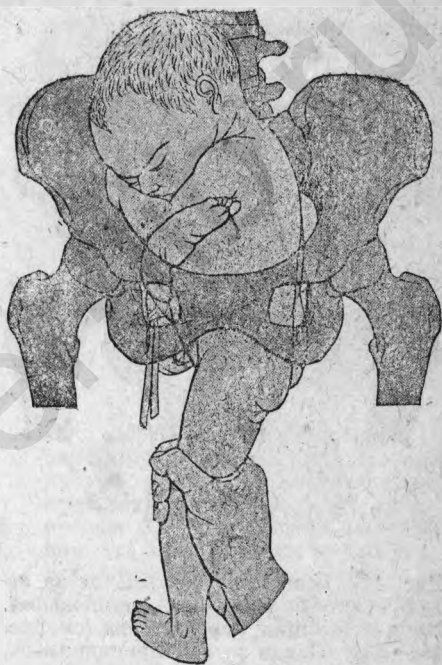


Рис. 163. Поворот на левую ножку из переднего вида первого поперечного положения (см. рис. 158—162), продолженные вращения, начатого на рис. 162, ягодицы выходят в поперечном размере крестец влево.

поворота. Как уже было указано, в большинстве таких случаев имеется несоответствие между размерами таза и плода или нарушены условия, необходимые для возможности родоразрешения через естественные пути, т. е. потребуются или производство кесарского сечения, для которого многие из противопоказаний для поворота тоже являются противопоказаниями, напр. смерть плода, водянка головы, давно прошедшие воды и т. п., или, значительно чаще операции, уменьшающие размеры плода. Следовательно ребенок является обреченным, и из этого должен исходить дальнейший образ действий, надо спасать мать, для чего надо или срочно

вызвать врача или, еще лучше, срочно переправить роженицу в родо-вспомогательное учреждение, где ей сможет быть оказана соответствующая помощь. Необходимо выгадать время, задержать родовую деятельность, чем матка предохранится от возможности разрыва. Достигнуть этого можно проще всего применением морфия в виде подкожного впрыскивания 1 шприца (1 см³) 1½% раствора морфия, отчего сила схваток станет значительно меньше и роженица с меньшей опасностью сможет быть переправлена куда требуется.

Поворот, как выше указано, рекомендуется производить при целых или недавно отошедших водах. При целом пузыре конечно нельзя войти в матку, надо пузырь разорвать.

Как и где это сделать?

Пузырь надо разорвать в зеве (меньше опасность инфекции) и тут же проводить руку в матку. О том, как разорвать пузырь, было сказано в одной из предыдущих бесед.

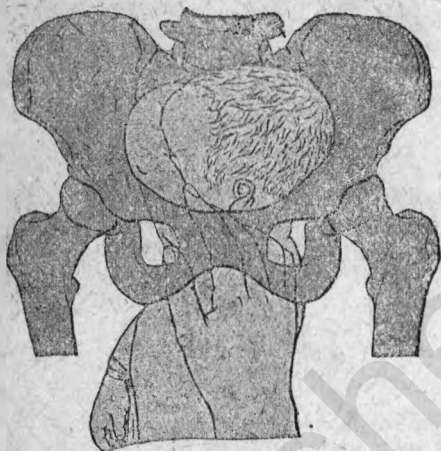


Рис. 164. Поворот и извлечение за левую ножку из поперечного положения. Первая позиция, передний вид (см. рис. 158—163). Левая ручка приподнялась, левое предплечье ущемилось между головкой и тазом во входе. Правая рука направляется к локтю, чтобы его опустить.

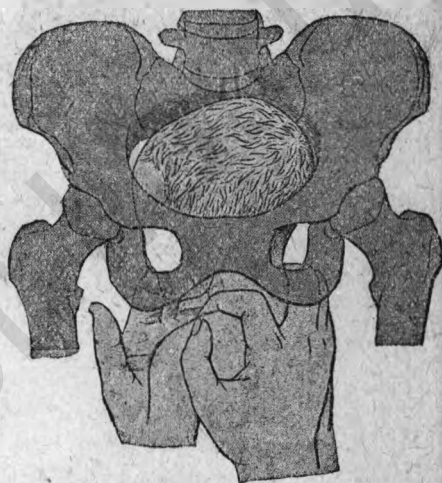


Рис. 165. Прием Морисо-Леврета для выведения последующей головки. Указательный и средний пальцы левой руки введены ребенку в рот и надавливанием на нижнюю челюсть сгибают головку, чему способствует и правая рука, охватившая двумя пальцами сзади шейку ребенка и осаживающая плечики кнутри.

В нашем случае через полчаса после производства вышеописанного исследования прошли воды. Роженица взята в операционную. Температура 36,8°. Пульс 72. Сердцебиение без перемен. После соответствующей подготовки рук оперирующего, при спинно-ягодичном положении роженицы сложенная конусом (рис. 48) правая рука (по рекомендации французских авторов) введена во влагалище, там обнаружена пульсирующая петля пуповины и правая ручка, открытие почти полное, только с левой стороны еще прощупывается край зева.

Диагноз: поперечное положение, первая позиция, передний вид; последнее ясно по выпавшей правой нижней ручке.

Осторожно, чтобы не повредить пуповину, рука оперирующего по нижней поверхности выпавшей ручки, которая взята на петлю, проведена в

полость матки к животу плода, и двумя пальцами под лодыжками захвачена правая ножка (нижняя). Отыскание ножки произведено по немецкому способу. Наружная левая рука оперирующего стала приподнимать

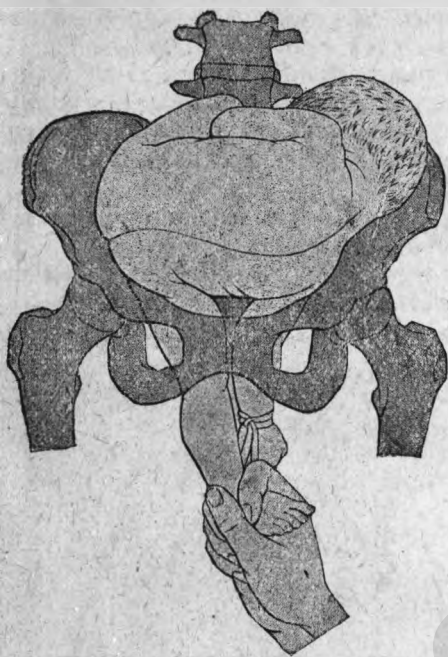


Рис. 166. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Поворот на правую ножку (см. рис. 156). Влечение за правую ножку. Головка приподнимается, извлекаемое бедро делается передним, другое бедро—левое—задним, спинка остается впереди, вид сохраняется (ср. рис. 158—163).

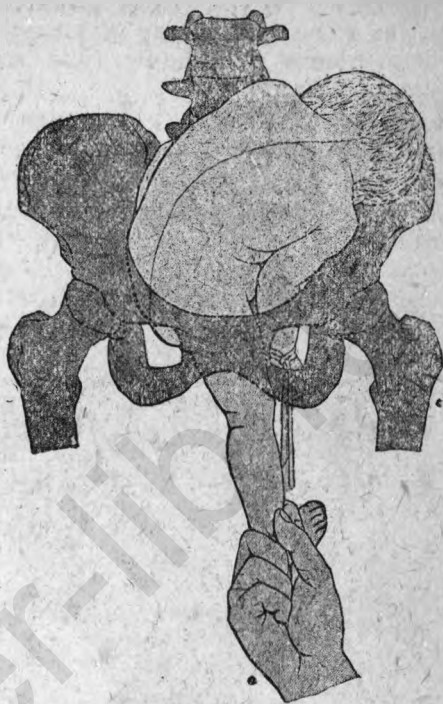


Рис. 167. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Поворот на правую ножку. Поворот совершился, предлежавшее правое плечо (рис. 156) отошло кверху, увлекая за собой выпавшую ручку. Ягодицы вступают в таз крестцом вправо и впереди. Извлекаемое бедро слева спереди, согнутое (левое) кзади справа.

головку ко дну матки, правая рука—тянуть захваченную ножку из матки во влагалище и наружу. На время появившейся схватки влечение за ножку прекращается, чтобы не травмировать матку. По прекращении схватки возобновлено влечение за ножку, которая без труда извлечена наружу, так что колено ребенка оказалось вне половой щели. Это служит показанием того, что поворот совершился. Головка отошла вверх и прощупывается у дна матки, пуповина поперечному во влагалище, кисть руки ребенка, лежавшая у входа во влагалище, несколько приподнялась, часть предплечья ушла в матку (рис. 166—170).

Препятствия для производства поворотов. Так легко поворот происходит не всегда, иногда матка в результате раздражения резко сокращается, фиксирует ребенка и не дает ему повертываться. Необходимо переждать, пока схватка не окончится, а если сокращение держится, прибегают к наркозу (общему), но никоим образом нельзя применять силу, так как это связано с громадным риском разрыва матки. Если поворот не совершается, то можно этому помочь осторожным изведением второй ножки

или применить прием Сигизмундин-Смелли (рис. 171), заключающийся в следующем: на выведенную из матки ножку накладывают петлю, за которую тянет одна рука оперирующего, а другая вводится в полость матки и изнутри приподнимает плечо и головку ко дну матки. Это нужно делать только опытному акушеру очень осторожно, не форсируя, все время помня о том, что при малейшем насилии может получиться разрыв матки.

Надо иметь в виду, что тактильное раздражение, причиняемое плоду при производстве поворота, может вызвать преждевременные дыхательные движения, и потому надо обращаться с ребенком возможно деликатнее.

Поворот в положении роженицы на боку.

Некоторые акушеры рекомендуют делать поворот в положении роженицы на боку.

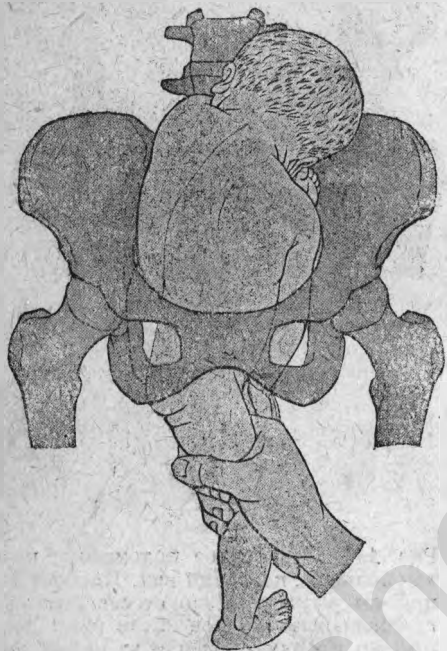


Рис. 168. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Поворот на правую ножку и извлечение (см. рис. 167). Ягодицы выходят из таза в поперечном размере, крестцом вправо.

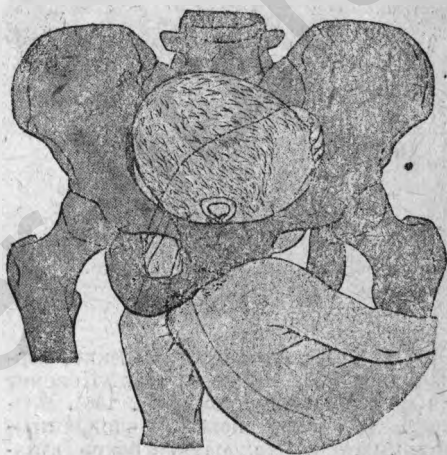


Рис. 169. Левая рука за локоть опускает задерживавшуюся во входе в таз левую ручку (продолжение рис. 168).

ницы на боку. Роженица лежит на том боку, где расположены ножки плода, оперирующий находится сзади роженицы, вводится рука, равноименная с половиной таза, где ножка; в нашем случае роженица должна была бы лежать на правом боку, а в матку вводить надо было бы левую руку.

Поворот был нами произведен при почти полном открытии, показаний к немедленному извлечению нет, но особенно долго ждать тоже нечего. Низведенная ножка, опустившиеся во влагалище ручка и пуповина—несомненно моменты, способствующие проникновению инфекции в матку. Дадим ребенку 5—10 мин. передышки, чтобы он мог восстановить свое нарушенное во время поворота членорасположение, и приступим к извлечению.

У роженицы хорошие схватки, ножка опускается, сердцебиение плода хорошее, не будем вмешиваться до выхождения угла лопаток, как это рекомендуется при родах в тазовых предлежаниях.

По выхождении тазового конца ребенок обернут пеленкой. По выхождении угла лопаток во время схваток производилось влечение за тазовой конец. Освобождать пришлось только 1 ручку—левую—приподниманием туловища вверх и влево, заднюю—потому что после поворота получилась первая позиция. Головка во входе в таз задержалась.

Почему это случилось и что делать?

Задержание последующей головки. Головка может задержаться по нескольким причинам. Она может быть несоответственно велика для данного таза, может установиться в прямом размере вместо правильной установки в поперечном размере входа и наконец ее опусканию может мешать спазм маточного зева вокруг шеи плода. Медлить не приходится, если извлечение продолжается (после выхождения плода до пупка) дольше 5—10 мин., мы рискуем получить мертвого ребенка. Надо быстро выяснить причину задержки головки и принять соответствующие меры. Хотя ребенок крупный, но головка (по наружному исследованию) нормальной величины и соответствует размерам таза, который в нашем случае даже несколько превосходит средние размеры; все предыдущие роды проходили без осложнений и вмешательств. Также нет оснований предполагать спазм зева матки, открытие

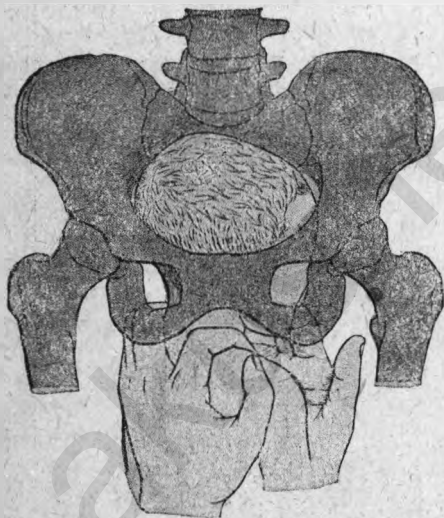


Рис. 170. Прием Морисо-Леврета для выведения последующей головки. За тылок вправо. Указательный и средний пальцы правой руки введены ребенку в рот, шейку охватывает левая рука (продолжение рис. 169).



Рис. 171. Прием Сигизмундин-Смелли. Поворот на ножку из черепного предлежания с изведенной ножкой правой. На ножку наложена петля, за которую тянет левая рука оперирующего. Правая рука оперирующего, введенная в полость матки, приподнимает головку плода.

было почти полное, выхождение плода никакими грубыми манипуляциями не сопровождалось, ручка задняя освободилась при одном приподнимании туловища вверх и влево. Вероятно головка неправильно установилась во входе в таз.

Введя левую руку (полруки) во влагалище, мы обнаружили, что головка задержалась во входе в прямом размере затылком вперед. Пальцами введенной руки подбородок повернут вправо, после чего произведено

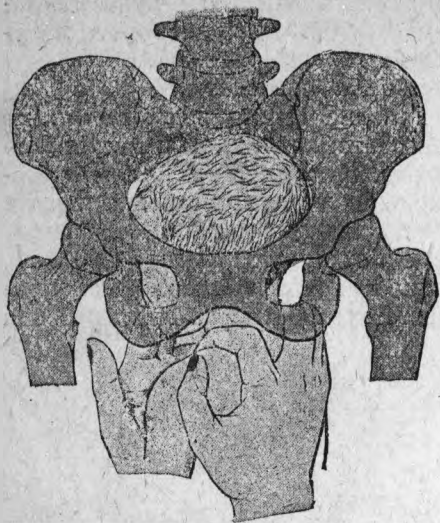


Рис. 172 а. Прием Морисо-Леврета для выведения последующей головки. Первая позиция, стреловидный шов в правом косом размере входа в таз, затылок влево впереди, ротик справа. В ротик вводятся два пальца (указательный и средний или один указательный) левой руки, указательный и средний пальцы правой руки охватывают шейку. Обе руки производят сгибание головки и извлечение.

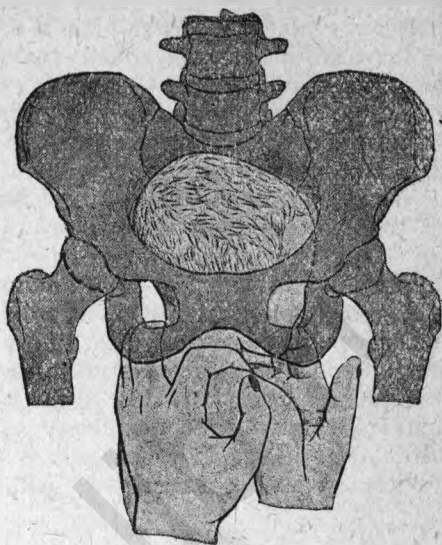


Рис. 172 б. Вторая позиция, стреловидный шов в левом косом размере входа в таз, затылок справа впереди, ротик слева. В ротик вводятся пальцы правой руки, шейку охватывают пальцы левой руки.

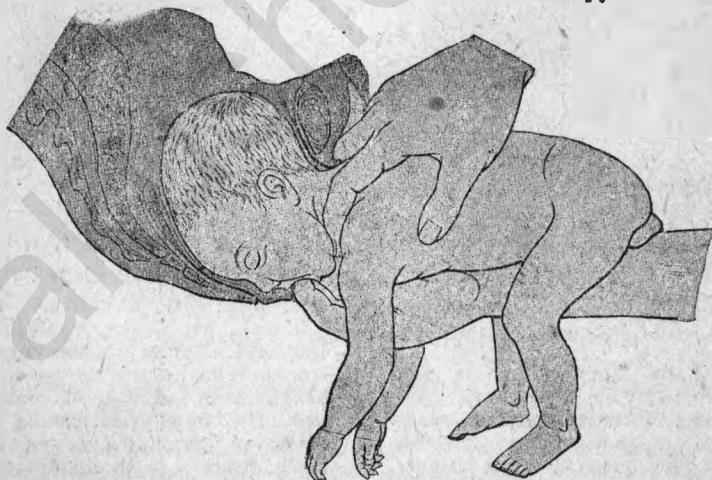


Рис. 172 с. Выведение последующей головки по Морисо-Леврету. Сагиттальный разрез. Стреловидный шов в прямом размере таза. Туловище ребенка расположено верхом на левой руке (предплечьи) оперирующего, два пальца которой введены в ротик ребенка. Правая рука охватывает шейку ребенка.

влечение за туловище плода. Правая рука лежала на шее плода сзади, левая сгибала головку с помощью введенного в ротик ребенка пальца, а

помощник надавливал на головку через брюшную стенку. Такими манипуляциями головка проведена через таз и извлечена (рис. 172 а, б, с). Все это пришлось проделать быстро для спасения ребенка, который родился все же в асфиксии (синей), но в связи с быстрым извлечением получился разрыв промежности второй степени.

Родился мальчик длиной 52 см, весом 4 250 г, окружность головки по прямому размеру 36 см. Для оживления после отсасывания трахеальным катетром (рис. 174, 175, 176) слизи из трахеи (во время манипуляций с головкой у ребенка было дыхательное движение, вставившее нас особенно поспешить и пренебречь сохранением целостности промежности) было применено термическое раздражение—попеременное опускание в горячую и холодную воду. Через 5 мин. ребенок хорошо дышал и громко кричал. Матка сократилась хорошо, кровотечения нет. При таком крупном ребенке и быстрых родах можно ожидать атонии матки, почему надо особенно внимательно следить за роженицей.

За количеством вытекшей крови удобно следить, если уложить роженицу на край чистого биде (скрипкообразный овальный эмалированный или фаянсовый сосуд), в которое будет стекать кровь; это более демонстративно, чем наблюдение за смачиваемой кровью подстилкой.

Через 25 мин. после рождения ребенка было определено, что место уже отделилось, вышло из матки и находится во влагалище (признак Шредера, Кюстнера).



Рис. 174 а—трахеальный катетр, введенный правильно по мизинцу левой руки в трахею ребенка; между введенным катетром и пищеводом виден зонд;



Рис. 173. Пражский метод выведения головки. Правая рука оперирующего захватывает обе ножки у лодыжек, поднимает их вверх и наклоняет к животу матери. Левая рука захватывает шейку свяди и производит извлечение головки, сначала горизонтально, а потом вверх.

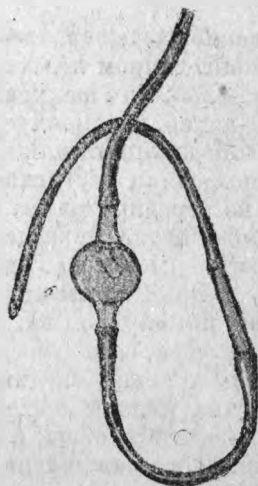


Рис. 174 б—трахеальный катетр с баллончиком, куда попадает отсасываемая из дыхательных путей ребенка слизь. Так как высасывание через баллончик производится через входящую в него загнутую вверх трубку, то содержимое баллончика в эту трубку не попадает, пока баллончик не наполнится на $\frac{3}{4}$.

Роженице было предложено опорожнить мочевой пузырь, в конце мочеиспускания при натуживании послед вышел (по Шульце). Детское место целое, большое, вес 620 г, вышло быстро и часть оболочек оборвалась. Мы уже говорили о том, что задержание оболочек в противоположность задержанию частей места не показывает никакого вмешательства. Матка сокращена хорошо, кровотечения нет.

Через 2 часа после рождения плода приступлено к зашиванию разрыва промежности. Разрыв довольно правильный, по разведении половых губ получается рана в форме ромба около $3\frac{1}{2}$ см ширины и около $4\frac{1}{2}$ см высоты.

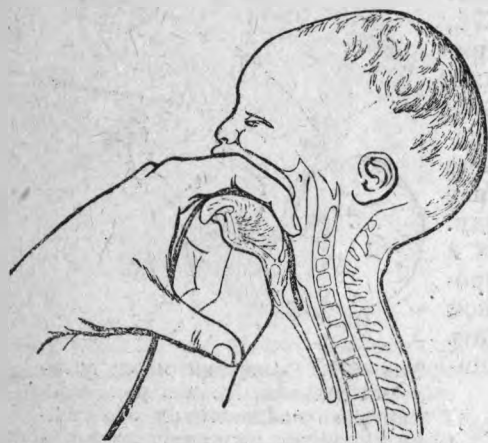


Рис. 175. Трахеальный катетр введен правильно по указательному пальцу левой руки, который отдалвил надгортанник вперед. Позади трахеи—между ней и позвоночником—виден пищевод.

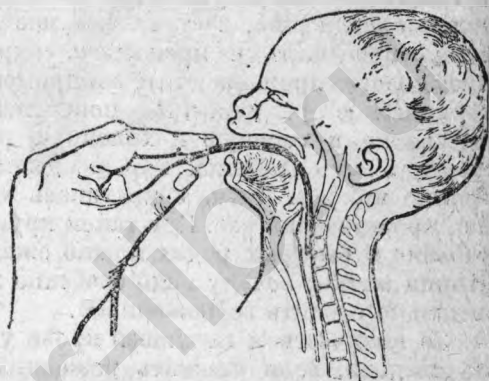


Рис. 176. Трахеальный катетр введен неправильно, конец его попал в пищевод, трахея осталась впереди, вход в нее закрыл надгортанник.

Зашивание разрывов промежности (рис. 177). На операционном столе при спинногочичном положении родильницы (без наркоза) на разрыв промежности наложено 4 шелковых шва. Для того чтобы операционное поле было хорошо видно, рекомендуется развести поперечные углы ромба, захватив их пулевыми щипцами или наложив на них швы с длинными концами, за которые помощник растягивает рану в поперечном размере. Первый шов наложен на середину раны: вкол и выкол на 0,3 см отступа кнаружи от углов ромба, нитка проведена под дном раны. Таким же образом наложены и остальные 3 шва, один выше среднего и два ниже среднего. Швы завязаны обыкновенным хирургическим узлом, узлы сдвинуты и расположены сбоку линии разрыва. Концы всех швов длиной около 5 см завязаны в один общий узел, за которым оставшиеся концы швов срезаны ножницами. Получилось хорошее соединение тканей, высокая промежность. Линия швов смазана йодной настойкой. Родильнице рекомендовано не делать резких движений вообще, а в особенности ногами во избежание нарушения правильного заживления разрыва.

Связывание концов швов общим узлом очень удобно для снятия швов, особенно в тех случаях, когда благодаря некоторой отечности тканей швы через некоторое время оказываются в глубине, как бы погрузились в глубь тканей. Приподнимая общий узел, мы сразу видим всю линию швов и обязательно снимем все швы. Будет полная уверенность, что ни один шов не остался.

Разрывы промежности, неинфицированные и хорошо зашитые, ни в каком последующем лечении не нуждаются и совершенно неважно, будете ли вы их присыпать каким-либо антисептическим порошком или нет, будете ли их обмывать часто или как обычно 2 раза в день. Важно, чтобы родильница лежала спокойно со сдвинутыми ногами, и нет надобности ни трогать, ни осматривать рану промежности без особых показаний. Излишний контроль только вреден, так как раздвигание ног и растягивание половых губ может легко надорвать образовавшиеся уже склейки и нарушить заживление раны.

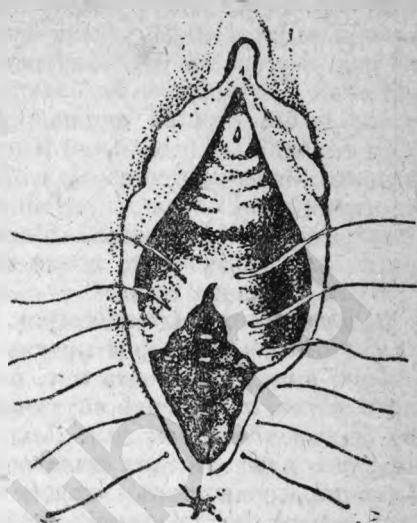


Рис. 177. Зашивание разрыва второй степени на разрыв наложено 6 швов — 3 внутренних и 3 наружных.

Погружные швы. Вышеописанным способом можно зашивать довольно большие разрывы промежности. Если же разрыв очень велик и глубок, надо его уменьшить наложением нескольких погружных швов (2—3—4), которые кожи и слизистой не захватывают, вкол и выкол делаются отступя около 1—2 см от края разрыва кнутри, швы лучше кетгутовые. Эти швы должны также проходить под дном раны, чтобы не получилось мертвых пространств. Когда эти глубокие погружные швы будут завязаны (обрезать их надо коротко, а кетгутовые швы завязывать тройным узлом, иначе они могут развязаться), ширина раны будет уже см 3—4.

После этого наружные швы накладываются обычным вышеописанным способом.

В нашем случае получился разрыв второй степени, т. е. повреждены кожа и мышцы.

Разрыв промежности может захватить, распространиться на задний проход и прямую кишку, — получится разрыв третьей степени, так наз. полный разрыв промежности. Зашивание таких разрывов значительно сложнее (рис. 178). Сначала надо зашить разрыв кишки, швы накладываются таким образом, чтобы не прокалывать насквозь слизистую и чтобы края раны завернулись внутрь кишки. Когда кишка зашита, получается уже неполный, как бы разрыв второй степени, который зашивают обычным способом.



Рис. 178. Зашивание разрыва третьей степени: наложение швов на разрыв кишки. Все швы, наложены таким образом, что проведены в толщу слизистой, чтобы после завязывания в просвете кишки ниток не было.

В послеоперационном периоде при полных разрывах промежности некоторые советуют обязательно задерживать действие кишечника дней на 5 назначением опия (опийная настойка по 10 капель 3 раза в день), а затем дать слабительное и поставить встречную клизму (с маслом или глицерином) при появлении позыва на низ. Другие считают это излишним и назначают жидкую диету и слабительное на 3—4-й день, чтобы получить возможно более жидкий первый стул.

Послеродовой период до 4-го дня протекал вполне нормально. Учитывая быстрые роды и некоторое растяжение матки, а также задержку оболочек в матке, родильница с первого дня послеродового периода получала по 20 кап. 3 раза в день жидкого экстракта спорыньи. Матка сокращалась нормально, первый день были несколько болезненные схватки, со второго дня родильница на болезненность схваток уже не жаловалась. На третий день, как обычно, дано слабительное. Матка к вечеру четвертого дня стала несколько более вялой, дно на 1 см выше уровня, отмеченного утром (утром 12 см выше лона), выделений меньше. С утра нагрубание груди (грудь подвзянана). Вечером температура 37,6°. Пульс 78. Язык чист, влажный. Самочувствие вполне удовлетворительно. На 5-й день утром потрясающий озноб. Температура 39°. Пульс 82. Матка 15 см выше лона, мягкая, выделений почти нет. Язык чист, после зноба самочувствие удовлетворительное.

Какой диагноз?

Задержка лохий (лохиометра). Хорошее самочувствие и пульс, чистый и влажный язык говорят против септического заболевания. Матка стала больше, выделений почти нет, повидимому произошла задержка выделений в матке, повышение внутриматочного давления и всасывание из матки, образовалась так наз. лохиометра, задержка лохий. В результате задержки и всасывания выделений получилось поступление в кровь веществ пирогенных (вызывающих повышение температуры) и зноб. Осмотр швов ничего ненормального не обнаружил.

Почему образовалась лохиометра и что делать?

Лохиометра образуется от механического препятствия к оттоку выделений, вызываемого перегибом матки вперед или назад или закупоркой внутреннего зева частицами децидуальной ткани, оболочек, детского места. Обычно лохиометра образуется на 6—7-й день и позже, когда зев в достаточной мере суживается и когда образуется нормальный перегиб матки впереди (7-й день). Известную роль в образовании лохиометры играет плохая сократимость матки в связи с ее растяжением и быстрыми родами. В нашем случае лохиометра образовалась раньше обычного (4—5-й день), так как оболочки задержались много и они вызвали закупорку выхода. Задержавшиеся оболочки обыкновенно выходят самопроизвольно между 3 и 5-м днями, но в нашем случае их оказалось слишком много для свободного выхода и получилась закупорка. Уменьшение и прекращение оттока выделений является фактором, способствующим проникновению сапрофитов из влагалища в матку, вызыванию ими гнилостного разложения мертвых тканей, находящихся в матке (обрывки децидуальной ткани, оболочек и т. п.) и всасыванию этих продуктов и самих бактерий в кровь, что и вызывает зноб.

С опорожнением матки температура обычно падает, падение температуры сопровождается потом. Назначением спорыньи с первых дней послеродового периода, когда спорынья особенно сильно действует сокращающим образом на маточную мускулатуру, имелось в виду предохранить родильницу от развития лохиометры, но это не удалось. Для лохиометры являются характерными кроме высокой температуры—до 39—40°—хорошее самочувствие, хороший незначительно учащенный пульс, чистый влажный язык, увеличение матки, которая неболезненна, эластичной консистенции и задержка выделений. В нашем случае налицо все эти симптомы, так что диагноз лохиометры сомнений не вызывает и причина образования ее тоже ясна.

Поведение среднего медперсонала при появлении послеродовых заболеваний. Среднему медперсоналу вообще не рекомендуется заниматься

лечением послеродовых заболеваний, с которыми и врачи часто не особенно успешно справляются, но при таких сравнительно невинных заболеваниях, как лохиометра, легко поддающихся лечению, если имеется твердая уверенность в диагнозе, можно попытаться обойтись без помощи и вмешательства врача, при условии немедленного обращения к нему, если бы заболевание не ликвидировалось в течение суток.

Первоначальное лечение всех послеродовых заболеваний, которое в порядке оказания первой помощи должно проводиться средним медперсоналом до прибытия врача, сводится к покою, назначению льда на живот и лекарственных средств, вызывающих сокращение маточной мускулатуры (спорыньи и хинина).

Лечение лохиометры. Для уничтожения лохиометры, зависящей от перегибов матки, иногда достаточно перемены положения, напряжения брюшного пресса, исправления положения матки наружными приемами или, если бы это не удалось, в крайнем случае—с помощью комбинированного исследования. В случаях закупорки оболочками дело несколько сложнее, надо вызвать энергичное сокращение матки, чтобы протолкнуть через зев закупоривающие его оболочки, а если бы это не удалось с помощью лекарственных веществ, то может понадобиться извлечение закупоривающих зев оболочек и инструментальное расширение зева (чаще, когда лохиометра образовалась в более позднее время—после 10-го дня). Некоторые акушеры советуют для избежания рецидивов образования лохиометры промыть матку спиртом для ее сокращения и понижения происходящих там гнилостных процессов и даже сделать спиртовую перевязку (тампонацию) матки, конечно только в тех случаях, где вполне исключено наличие септической инфекции. Считая, что чем мы будем менее активны в смысле вмешательства при послеродовых заболеваниях, тем будет лучше, меньше шансов принести вред, пока от всяких манипуляций через половые пути мы воздержимся, а назначим лед на живот и 3 раза в день по порошку солянокислого хинина 0,2 и по 4 стол. ложки в день настойки спорыньи из 10,0:200,0. Надо всегда иметь в виду, что всякие манипуляции в половом канале, даже самые осторожные, неминуемо нарушают склеившиеся края ссадин и трещин, образовавшихся в результате родовой травмы, и тем открывают ворота инфекции, уже проникшей в матку и не распространяющейся только благодаря закрытию ранений и образованию защитного вала из грануляции. Его мы нарушаем, манипулируя во влагалище, и к манипуляциям этим надо поэтому прибегать только в самых крайних случаях.

В 18 часов самочувствие хорошее, пульс 84, хорошего наполнения, матка плотнее, выделений мало. Температура 39,6°, зноба не было. В 21 час вышел большой кусок оболочек и вылилось с полстакана жидких выделений серовно-кровянистого характера с небольшим гнилостным запахом. В 22 часа сильный пот, после пота температура 37,5°. Лечение продолжаем.

Утром 6-го дня температура 36,7°, пульс 70. Матка плотная, 10 см над лоном.

Можем ли мы считать послеродовое заболевание ликвидированным?

В тех случаях, когда лохиометра образовалась от закупорки перегнувшейся маточной шейки небольшими частицами оставшихся в матке тканей, конечно мы не можем быть уверенными, что рецидива лохиометры не будет, так как вновь могут создаваться условия, вызвавшие задержку

выделений из матки. В нашем случае задержка выделений получилась от закупорки зева сравнительно большим куском задержавшихся в матке оболочек, по выхождении которого вытекли задержавшиеся выделения, матка сократилась. Надо думать, что большая часть задержавшихся оболочек из матки вышли и условий для задержки выделений больше не будет. Будем наблюдать за обратным развитием матки и не выпишем родильницу из роддома до истечения трех суток нормальной температуры, что считается сроком, дающим более или менее достаточную уверенность в ликвидации лихорадочного процесса.

Утром 6-го дня сняты швы, причем общий узел нам оказал существенную помощь, так как верхний шов прорезался и мы его безуспешно искали бы, если бы он не оказался на общем узле. Сращение хорошее, на месте прорезавшегося шва неглубокая чистая ранка. Линия швов смазана iodной настойкой.

Если бы у нашей родильницы не было повышения температуры в связи с лохиометрой, она могла бы быть выписана на следующий день; после снятия швов ей было бы разрешено походить. Но бывшее повышение температуры требует еще постельного содержания. Лед с вечера, когда оказалось, что температура нормальна, отменен и количество назначенной спорыньи убавлено (3 стол. ложки настойки спорыньи вместо 4).

Следующие два дня никаких отклонений течения послеродового периода не дали. На 9-й день матка на 4 см над лонсом, сокращена хорошо, выделения сукровичные, в умеренном количестве. Пульс и температура нормальны, родильница выписана.

При выписке родильнице предложено явиться в родильный дом через 2 недели для выяснения, имеется ли действительно анатомическая аномалия—седлообразное вдавление дна матки, обнаруженное при поступлении. Наружное исследование, ощупывание матки, производимое ежедневно, обнаруживало несколько более широкое дно и некоторое вдавление, но без внутреннего исследования решить этот вопрос окончательно не представлялось возможным, а от внутреннего исследования мы воздержались по вышеизложенным мотивам (риск травмы и инфекции). Родильница в родильный дом не явилась.

Краткий обзор случая

В родильный дом поступила повторнородящая, с диагнозом из консультации—поперечное положение, у которой все предыдущие роды протекали нормально. При поступлении обнаружено первое поперечное положение, отвислый живот и седлообразное вдавление дна матки, воды целы, открытие—6 см, предлежит пуповина и ручка. По прохождению вод при почти полном открытии сделан правой рукой поворот на правую ножку. Во время родов задержалась последующая головка, встав в прямой размер входа в таз; неправильность исправлена введенной рукой, и извлечен ребенок в легкой асфиксии. Место вышло самопроизвольно, оболочки оторвались и задержались. Разрыв промежности 2-й степени зашит. На 4—5-й день—задержка выделений, высокая температура, лохиометра; по выхождении оболочек лохиометра прошла. Сращение разрыва хорошее. Родильница выписана на 9-й день здоровой.

ГЛАВА XV

ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ С РУЧКОЙ И ПУПОВИНОЙ

Г-ка П., 28 лет, поступила в роддом 15/II 1930 г. в 14 часов по поводу схваток, начавшихся с 10 часов утра.

Анамнез. Со стороны анамнеза ничего патологического или имеющего значение с точки зрения акушерства не отмечается. В детстве перенесла корь, в 1918 г.—возвратный тиф. Заболеваний сердца и почек не было. Менструации—через 3 недели по 4 дня умеренно без боли. Последняя менструация—в середине мая 1929 г. Замужем 7 лет, после замужества и родов тип менструации не изменился. Было 2 срочных родов, последние—3 года назад. Роды протекали без осложнений, кормила, не менструировала 6 месяцев. В послеродовом периоде перенесла левосторонний мастит, тянувшийся около двух месяцев. Дети живы. От беременности не предохранялась.

Гинекологических заболеваний не было, указаний на гоноррею нет. Не было ни белей, ни рези при мочеиспускании, муж здоров. Выкидышей и кровотечений не было. Указаний на рахит нет. Настоящая беременность протекала без осложнений, шевеление ощущает с начала ноября 1929 г.

Состояние в настоящее время. Домашняя хозяйка, ведет все хозяйство семьи—муж, двое детей и брат мужа—без домашней работницы. Жилищные условия—удовлетворительные, условия питания—средние. До самых родов несла домашнюю работу. Сложение хорошее, питание удовлетворительное. Со стороны пищеварительных органов отмечается склонность к запорам. Пульс—76 в минуту, правильный, хорошего наполнения, тоны сердца чисты. Температура—36,7°. В легких уклонений от нормы не обнаружено. Мочеиспускание не болезненно, учащено (недели 2). Отеков нет. В моче белка нет. Консультацию посещала редко, не было времени. Бандаж не носила, сосков не подготавливала.

Схватки начались часа 4 назад, с час как приняли вполне правильный систематический характер. Всегда рожала быстро, почему поторопилась в родильный дом. Схватки средней силы и продолжительности. За последние полчаса движения плода стали сильнее. Воды целы. Осмотр живота: живот несколько отвислый, пупок выпячен, рубцы прежних и настоящей беременности в умеренном количестве. Окружность живота—99 см, дно матки на 32 см выше лона. Предлежит голова небольшая, подвижна над входом, затылок—слева. Спинка—слева, мелкие части—справа, ясные толчки от движений плода. Сердцебиение плода—на 12 см выше лона, на 10 см влево от средней линии, 150 ударов в минуту, во время схватки сердцебиение плода резко замедляется. Наблюдение за сердцебиением в течение 13 минут обнаружило замедление до 120 ударов в минуту.

Таз: расстояние между осями—26 см, расстояние между гребешками—29 см, расстояние между вертелами—32 см, наружная конъюгата—21 см, боковая—14,5 см.

Какой диагноз и что делать?

Повторнородящая с хорошим тазом. Первые двое родов были вполне нормальны и прошли быстро. По наружному исследованию ребенок небольшой. Голова небольшая, несоответствия между размерами головки и таза нет, все же голова не опускается. Кроме того имеются данные, указывающие на угрожающую асфиксию плода, замедление сердцебиения, резко выраженное во время схватки, и сильные движения плода. Повидимому имеется какое-то затруднение, препятствие к опущению головки, неправильное вставление, предлежание с головкой ручки и т. п. и, вторых, какое-то обстоятельство, вызывающее затруднение кровообращения плода, особенно при схватке, может быть натяжение пуповины,

узел пуповины, сдавление ее (предлежание). Преждевременная отслойка нормально или низко расположенного детского места сопровождалась бы более бурными явлениями и кровотечением (см. главу IV, V, VII).

Для выяснения, в чем дело, надо сделать внутреннее исследование. Внутреннее исследование, произведенное после соответствующей подготовки роженицы и рук оперирующего, показало: открытие—4 см, края—толстые, пузырь цел, сквозь оболочки прощупываются предлежащая большая петля пульсирующей пуповины и ручка, повидимому левая, голова над ними, швы и роднички прощупать не удается, мешает ручка и пуповина.

Что делать?

Имеются две неправильности: предлежание пуповины и предлежание ручки с головкой. Возможно, что второе осложнение—предлежание ручки, мешая головке опуститься, благоприятно влияло на состояние пуповины, в известной степени препятствуя ее сдавлению.

Если обнаруживается предлежание ручки с головкой, рекомендуется роженицу положить на тот бок, где ручки нет. Иногда благодаря этому ручка отходит от головки вверх. Если бы имелось только предлежание ручки с головкой и положением на боку, это предлежание не исправилось, следовало бы, дождавшись сначала большого открытия, попытаться вправить ручку, действуя на ее локоть, иначе рискуешь ручку сломать.

В случае, если бы ручку завести не удалось, пришлось бы прибегнуть к повороту, условия для которого в смысле достаточной подвижности плода имеются; на ручку накладывается петля, чтобы ручка не ушла в матку (опасность инфекции) и позже не могла запрокинуться. В зависимости от величины открытия к моменту прохождения вод поворот был бы комбинированный по Бракстон-Гиксу или внутренний. У повторно-рождающей шейку нетрудно расширить до возможности проведения руки, конечно при вполне сглаженной шейке, чего у нас пока нет (толстые края при 4 см открытия), но в ближайшее время может быть.

Наличие предлежания пуповины и явлений, указывающих на угрожающую асфиксию плода, не позволяют нам ждать. Надо устранить возможность прижатия пуповины.

Как это сделать?

Чтобы пуповина не придавливалась твердой головкой к костям таза, надо или удалить из этого места пуповину или убрать предлежащую головку, заменив головное предлежание, при котором пуповина может быть придавлена и кровообращение плода нарушено, предлежанием неполным ножным, при котором почти нет наличия условий для сильного сдавления пуповины.

Некоторые акушеры рекомендуют предлежащую пуповину вправить, т. е. завести предлежащую петлю за предлежащую головку, вместе с тем рекомендуют, чтобы избежать возможности выпадения запроваженной пуповины, обмотать ее внутри матки вокруг какой-нибудь мелкой части плода (ножки). Для вправления пуповины были предложены специальные инструменты, которыми предлежащая петля пуповины захватывалась и вводилась в глубь маточной полости. Но для того чтобы фиксировать пуповину, надо войти в матку всей рукой, и при этом далеко не всегда пуповина в дальнейшем остается на своем новом месте. Для удобства вправления, чтобы предлежащая часть отошла от входа в таз, роженице придают коленно-локтевое или коленно-грудное положение, при котором дно матки стоит ниже входа в таз и весь плод и предлежащая часть отходят от входа в таз ко дну матки. Все эти манипуляции очень сложны в изложении и еще бо-

лее сложны в исполнении, а главное не дают стойких результатов. В громадном большинстве случаев после вправления выпавшей пульсирующей пуповины через некоторое время обнаруживается, что пуповина опять во влагалище, но уже не пульсирует, т. е. плод погиб и все наши труды пропали даром. Гораздо целесообразнее заменить головное предлежание неполным ножным, т. е. сделать поворот на ножку. Этим поворотом мы удовлетворим обоим показаниям исправить неправильное положение ручки и пуповины. Противопоказаний для поворота в смысле несоответствия размеров таза размерам головки нет, условия для поворота (подвижность плода) имеются, следовательно поворот делать можно. Если бы не было угрозы асфиксии плода, можно было бы подождать большего открытия, но при имеющихся условиях ждать не следует, надо срочно охранить пуповину от прижатия, сделать поворот по Бракстон-Гиксу, который технически труднее, но имеет преимущество перед внутренним поворотом тем, что при нем меньше риск инфекции.

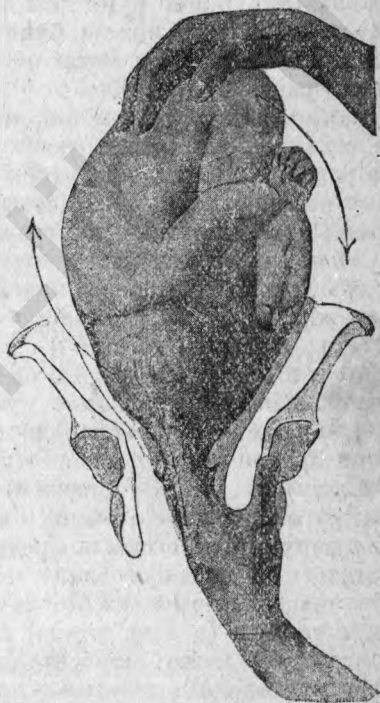
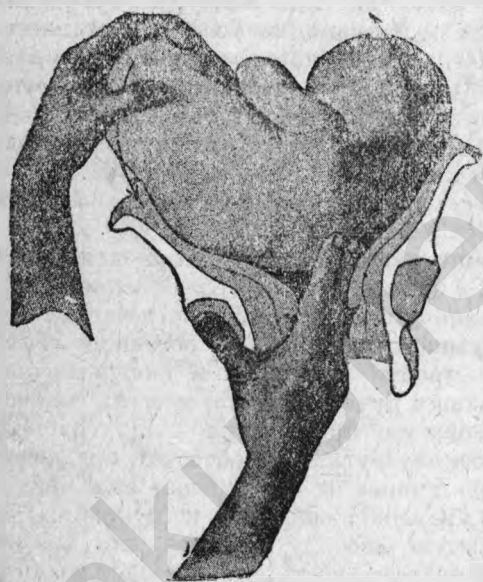


Рис. 179. Поворот по Бракстон-Гиксу. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Открытие 4 см (два пальца). В матку введены два пальца правой руки, которые отталкивают туловище ребенка влево (к головке), левая наружная рука через брюшные покровы опускает тазовой конец ребенка книзу ко входу в таз. Когда тазовой конец подойдет ко входу в таз, введенные в матку пальцы смогут захватить ножку и низвести ее.

Рис. 180. Поворот по Бракстон-Гиксу. Затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид. Открытие 4 см (2 пальца). Введенные в матку два пальца левой руки отталкивают головку вверх вправо. Правая наружная рука отодвигает через брюшные покровы тазовой конец влево и книзу. Ребенок поворачивается по направлению стрелок. Из головного предлежания, таким путем получается сначала поперечное положение, вторая позиция, а затем тазовое предлежание, которое низведением ножки переходит в неполное ножное.

Техника поворота по Бракстон-Гиксу (рис. 179, 180). Роженица готовится как для всякой акушерской операции (кроме того живот смазывается 5% одной настойкой). Надо приготовить пулевые щипцы для

разрыва плодного пузыря, корнцанг на случай необходимости захватить ножку и петлю. Положение—спинно-ягодичное. Во влагалище вводится рука, в матку—2 пальца—указательный и средний. Если открытие очень мало, можно расширить шейку расширителями Гегара до возможности проведения двух пальцев, что удается легко во время родов даже у первородящих, а у повторнородящих к расширению инструментальному прибегать не приходится, у них к началу родов шейка всегда пропускает два пальца. По разрыве пузыря пальцем, а в случае невозможности пулевými щипцами или корнцангом, предлежащая головка отталкивается в сторону спинки. Наружная рука отодвигает головку ко дну матки, а тазовой конец—от дна ко входу в таз.

Захватывание и выведение ножки. Если поворот затрудняется, может понадобиться участие помощника, который помогает действию наружной руки оперирующего по его указаниям. Когда ко входу в таз подойдут ножки, ближайшая ножка захватывается двумя пальцами выше лодыжек и вытягивается через шейку. Если открытие мало—сантиметра на 4, то провести через зев ножку вместе с захваченными ее пальцами очень трудно, можно попробовать наружной рукой (через брюшную стенку) фиксировать ножку и надавливать ее книзу, а внутренняя рука разгибает пятку так, чтобы пальцы направлялись в зев, и надвигает шейку на фиксированную ножку. Когда ножка пройдет через зев во влагалище, ее захватывает внутренняя рука (над лодыжками) и извлекает до колена, чему помогает наружная рука, приподнимая головку плода ко дну матки. Если поворот начинать при целых водах, подвижность плода достаточна и в большинстве случаев можно обойтись без наркоза.

При каких обстоятельствах встречается предлежание (выпадение) пуповины?

Этиология. Предлежание пуповины встречается у повторнородящих в 4—6 раз чаще, чем у первородящих, в зависимости от более позднего опускания предлежащей части. Выпадение пуповины в 40% встречается при плоских тазах, когда головка не замыкает входа в таз и оставляет сбоку промежуток, через который может пройти пуповина: в нашем случае аналогичную роль сыграла предлежащая ручка, которая мешала головке опуститься и способствовала образованию промежутка возле головки, через который пуповина могла проскользнуть. Способствует предлежанию пуповины (и выпадению) длина пуповины абсолютная или низкое прикрепление места (относительно увеличивающее длину пуповины), а также многоводие, дающее чрезмерную свободу перемещения частям плодного яйца. При выпадении пуповины смертность детей доходит до 50%.

Во время подготовки к операции по Бракстон-Гиксу сердцебиение плода еще замедлилось—120 в минуту вне схватки. Ввиду значительной подвижности плода операция начата без наркоза (все нужное для наркоза приготовлено, также приготовлены пулевые щипцы и корнцанг).

В спинно-ягодичном положении роженицы во влагалище введена правая рука, руководствуясь тем, что ею удобно будет отталкивать головку влево в сторону спинки, а наружной левой рукой опускать вправо тазовой конец. Указательный и средний пальцы свободно прошли через маточный зев, края которого стали тоньше и открытие приблизительно на 1 см в диаметре больше. Оболочки оказались довольно плотными, и пальцами их разорвать было невозможно.левой рукой взята бранша пулевых щипцов, введена по правой руке в маточный зев и во время схватки острием конца щипцов легким нажатием разорван пузырь; вышло немного вод, окрашенных меконием. Пулевые щипцы извлечены.

На что указывает примесь мекония в околоплодной жидкости?

Выделение мекония во время родов и его значение. Выделение мекония при головных предлежаниях является симптомом, указывающим на то, что ребенок плохо себя чувствует и что его кровообращение нарушено — ему угрожает асфиксия. Надо иметь в виду, что выделение мекония только при черепных предлежаниях указывает на угрожающую асфиксию. При тазовых предлежаниях выделение мекония происходит от механического выдавливания его в околоплодные воды, и самочувствие плода при этом несколько не страдает. Отхождение мекония может вызываться также действием хины, влиянием инфекционных заболеваний. При нарушении кровообращения плода избытком углекислоты получается раздражение кишечных ганглиев, вызывающих перистальтику кишок и расслабление сфинктера заднего прохода; благодаря этим обстоятельствам меконий и выделяется.

Исследование показало предлежание левой ручки и хорошо пульсирующей пуповины; голова — небольшая, стреловидный шов в правом косом размере над входом в таз, оба родничка — на одном уровне, малый — влево и впереди, голова вполне подвижна. Левая ручка расположена у правого подздошно-лобного бугорка, проходя у правой височной области головки (рис. 181).

Поворот произведен следующим образом: внутренняя рука (пальцы) отодвигала головку в левую сторону матери, наружная рука передвигала тазовой конец в правую сторону матери, поворот медленно совершался. Через 3—5 минут плод оказался уже в поперечном положении, головка отошла, ручка еще у зева. Дальнейшее отталкивание головки пальцами внутренней руки невозможно (слишком высоко). Левая наружная рука продолжала опускать таз плода ко входу, а головку приподнимал помощник. К внутренним пальцам подошли мелкие части, колени плода, нижнее колено захвачено за подколенную впадину, подтягиванием за колено оно приближено к зеву, пальцы, скользя по голени, дошли до лодыжек, стопа протянута через зев, ножка правая. Путем дальнейшего подтягивания за стопу она вытянута до голени, что означает окончание поворота, образовалось второе (правое) неполное ножное предлежание. Петля пуповины через зев не прошла, ручка не прощупывается.

Неправильное предлежание исправлено, пуповина поставлена в такие условия, в каких она бывает при тазовых предлежаниях. Сердцебиение плода несколько выше дупка, справа от средней линии, 130—140 в минуту, плод стал себя чувствовать лучше, угроза асфиксии ликвидиро-



Рис. 181. Головное затылочное, предлежание, осложненное опущением ручки и пуповины. Предлежит левая ручка и пуповина впереди головки. Открытие почти полное, пузырь цел.

вана. Ясно, что нарушение внутриутробного кровообращения действительно зависело от придавливания пуповины, так как только в этом отношении изменились условия. Если бы был узел или отслойка места, явления асфиксии не ослабли бы. В настоящий момент в течении родов никаких отклонений от нормы нет, так как ножное предлежание неправильно считаться не может. Ребенок жив, схватки идут правильно, они усилились (возможно в зависимости от излития вод и раздражения матки произведенным поворотом).

В нашем случае головка была подвижна над входом, и мы легко сделали необходимый для уничтожения осложнений поворот.

Что же делать, если бы выпала петля пуповины при головке в полости?

Выпадение пуповины при головке в полости. Единственная возможность при таких условиях спасти ребенка—это скорее закончить роды, что можно при таких обстоятельствах сделать исключительно с помощью щипцов. Накладывать щипцы средний медперсонал не должен, но если головка будет низко в прямом размере и наложением щипцов будет спасен ребенок, никто этой операции в виду оперирующему не поставит (техника наложения щипцов изложена в гл. XVII). Можно попробовать усилить родовую деятельность в случае невозможности наложить щипцы подкожным впрыскиванием 1 см³ препарата гипофиза питуитрин, питуитрин, питугландоль, валороль и т. п.). Если пуповина не сильно сдавливается, может быть таким путем удастся получить ребенка не мертвого, а в асфиксии и его оживить. Об асфиксии уже было кое-что сказано и будет еще подробнее изложено ниже.

Что делать, если с головкой предлежит ножка?

Предлежание головки с ножкой. При головных предлежаниях в редких случаях может быть предлежание ножки. Образ действия такой же, как и при предлежаниях ручки; ножку надо попытаться заправить за головку. При подвижной головке можно сделать поворот, для чего, удерживая предлежащую ножку, надо оттолкнуть и приподнять головку. Если бы выяснилась невозможность исправить предлежание, а также невозможность родов при создавшихся условиях, придется головку перформировать.

Поведение среднего медперсонала. Средний медперсонал, выяснив невозможность исправить неправильное предлежание вышеописанными способами, должен, впрыснув роженице под кожу морфия для ослабления родовой деятельности, переправить роженицу в соответствующее лечебное учреждение или вызвать врача. Попытка предоставить в таких случаях течение родов силам природы допустима только при возможности в случае неудачи закончить роды перфорацией, почему среднему медперсоналу, который в случае неудачи ничего сделать не сможет, ждать не следует, так как запущенный случай может закончиться разрывом матки.

Через час после поворота ножка стала выходить из половых органов матери, вскоре появились ягодицы в прямом размере, постепенно поворачиваясь в поперечный размер, петля пуповины выходила вместе с ягодицами, пульсирует слабо, повидному она где-то придавливается.

Что делать?

Надо ускорить роды; ребенок небольшой, открытие должно быть полным, препятствий к извлечению быть не должно. Будем извлекать за тазовой конеч, положив обе руки на тазовую область ребенка, большие пальцы—на крестец (рис. 182); направление тракций—книзу. Во мз-

бежание запрокидывания ручек за головку извлечение производить только во время схватки, когда матка, охватив плод, не дает возможности нарушения правильного членорасположения, запрокинуться ручкам. Помощник должен через брюшную стенку надавливать на головку. В две схватки, применяя извлечение в помощь маточной работе, плод извлечен до угла лопаток.

Надо приступить к освобождению ручек. **Освобождение ручек.** Мы считаем наиболее удобным и простым освобождать сначала заднюю ручку. Для этого иногда у повторнородящих достаточно, захватив ножки, приподнять их и наклонить к паху матери, одноименному с освобождаемой ручкой. Если при этом ручка со стороны промежности не вышла, одноименной рукой, двумя пальцами—указательным и средним—с лопатки плода переходят на его

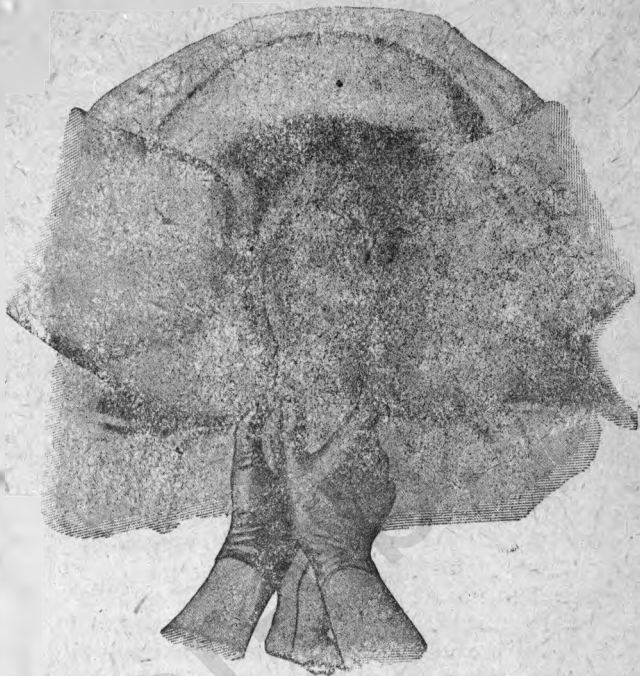


Рис. 182. Извлечение за тазовой конец, обе руки оперирующего охватывают таз ребенка, причем на крестце расположены большие пальцы, а остальные охватывают тазовую область снаружи и спереди.

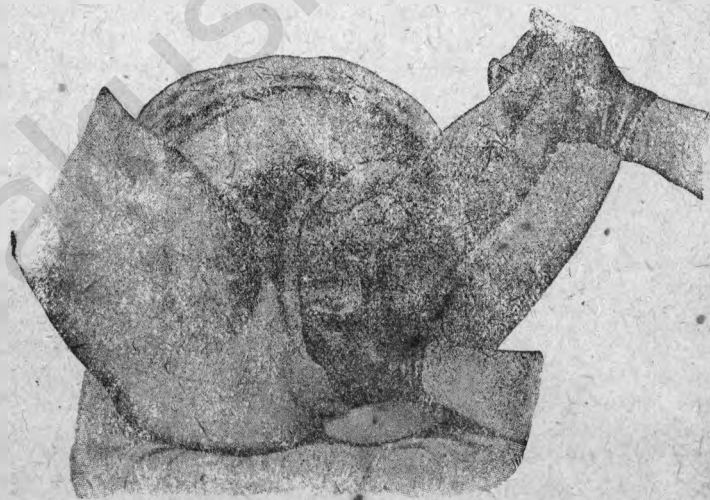


Рис. 183. Освобождение задней левой ручки при извлечении за тазовой конец, вторая позиция, левая рука оперирующего двумя пальцами, введенными во влагалище, влечением за локоть выводит ручку; правая рука оперирующего, захватив обе ножки у лодыжек, приподнимает их и отклоняет к левому паху матери.

плечевую кость, — доходят до локтя и, надавливая пальцами на локтевой сгиб, опускают ручку и, скользя пальцами по предплечью, выводят ручку (рис. 183, 184 а, b). Некоторые авторы рекомендуют сначала выводить, освобождать верхнюю ручку, но это несомненно труднее, так как спереди головки у лонного угла в тазу меньше свободного пространства, чем в крестцовой впадине, и спереди провести руку и маневрировать ею значительно менее удобно. По описанному способу мы освободили левой рукой заднюю ручку, при этом правой рукой туловище ребенка было приподнято за ножки и отклонено к левому паху матери. Для освобождения правой ручки (передней) туловище ребенка повернуто на 180° так, что спинка повернулась в левую сторону матери и передняя ручка стала задней, левой рукой ножки приподняты и отведены к правому паху матери, правая рука извлекающего (2 пальца — указательный и средний), передвигаясь по лопатке, перешла на плечо. При этом выяснилось, что ручка запрокинулась за головку, лежит в том положении, в каком предлежала до поворота, и несколько ущемлена в тазу, так что обычным способом надавливанием на локоть ее извлечь не удастся.



Рис. 184а. Освобождение задней левой ручки при извлечении за тазовой конец. То же, что на рис. 183, но в сагиттальном разрезе; удалена правая половина таза.

Перевод правой ручки (передней) из-под лона в сторону промежности нами сделан потому, что мы считаем более удобным освобождать заднюю ручку, а не переднюю, по вышеизложенным мотивам. Если бы не произошло запрокидывания правой ручки, она была бы без труда освобождена тем способом, как была освобождена левая. Но при запрокинувшейся и несколько ущемившейся за головкой ручкой освободить ее двумя пальцами не удастся. Попробуем ручку освободить всей рукой. Правая рука введена во влагалище; переходя со спинки на плечевую кость и дойдя до локтя, давлением на нижнюю часть плечевой

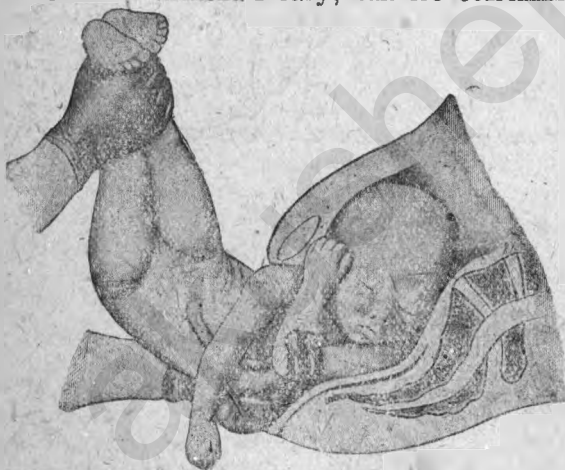


Рис. 184b. Освобождение задней левой ручки при извлечении за тазовой конец. То же, что на рис. 184а, но удалена левая половина таза. На рисунке видны указательный и средний пальцы левой руки оперирующего, сводящие левую ручку ребенка влечением за локоть.

кости (на область локтевого сустава) по направлению, являющемуся продолжением ее, сделана попытка свести плечевую кость с лица по на

правлению к груди, но ущемление нижнего конца предплечья головкой не дало возможности это сделать. Надо иметь в виду, что при освобождении запрокинувшихся ручек нельзя на плечевую кость давить перпендикулярно к ее длиннику, а только параллельно длиннику, так как давление перпендикулярно кости ведет к ее перелому.

Что делать?

Освобождение запрокинувшейся за затылок ручки. Мы поворачиваем туловище ребенка обратно на 180° влево, не вытягивая его, а несколько как бы вталкивая в таз: задняя запрокинувшаяся ручка стала передней и благодаря такому повороту от головки отошла. Для ее освобождения мы поворачиваем плод вновь направо, чтобы таким способом сделать эту ручку опять задней; в это же время введенной полурукой захватываем ручку за локоть и сводим ее через личико на грудь ребенка.

Если поворот туловища на 180° затруднен и его не удается проделать, захвативши ребенка за грудь, рекомендуют освобожденную ручку обернуть спереди через грудь вокруг туловища и тянуть за нее; при этом туловище поворачивается и нередко опускается запрокинувшаяся ручка (предложение французских акушеров, рис. 185).

Если бы на предлежащую с головкой ручку была наложена петля, то запрокидывание ручки за головку конечно не могло бы произойти. Поэтому-то и рекомендуется в случае выпадения ручки накладывать на нее перед производством поворота петлю, о чем уже было сказано выше. В нашем случае петля не была наложена потому, что ручка не выпала, а только предлежала и для наложения на нее петли надо было бы ее из матки извлечь, что было бы явно нерационально.

Перелом плечевой кости для выведения запрокинувшейся за головку ручки. Если бы примененный нами прием не удался, пришлось бы, как некоторые рекомендуют, надавить на плечевую кость, переломить ее, что очень легко сделать, и тогда извлечь ручку. Предложение это исходит из тех соображений, что переломы плеча заживают у новорожденных очень хорошо и лучше получить живого ребенка с переломанной рукой, чем мертвого. Рассуждение конечно правильное, но очень трудно иногда убедить родителей в неизбежности перелома и может случиться, что меньше осложнений для акушера вызовет смерть ребенка, нередкая и понятная при тазовых предлежаниях, чем непривычный перелом плеча.

По освобождении запрокинувшейся ручки головка легко выведена по французскому способу. Ребенок—девочка 2 900 г весом, длиной 50 см, доношенная, но плохо улитанная, небольшая, родилась в глубокой белой асфиксии.



Рис. 185. Освобождение запрокинувшейся левой ручки поворотом туловища вокруг вертикальной оси, получаемым благодаря влечению за правую ручку, перекинутую через живот ребенка. Спина при этом повернется сначала кзади, а потом вправо, перейдет из левой позиции в правую, увлекая за собой левую ручку, локоть которой во время этого поворота опустится. Это даст возможность освободить прижатую головкой ручку.

Что делать?

Ребенок уже раньше—в первом периоде родов—пострадал от сдавления пуповины, и промежутком времени, потребовавшийся для освобождения его запрокинувшейся ручки, повел к тяжелой белой асфиксии.

Чем характеризуются легкая форма асфиксии—синяя и тяжелая форма—белая?

В зависимости от того, как долго продолжается расстройство внутриутробного кровообращения, ребенок рождается в легкой или тяжелой степени асфиксии.

Синяя асфиксия. При синей асфиксии кожа плода сине-красного цвета, сердце бьется медленно, но сильно, сосуды пуповины наполнены кровью, артерии ее пульсируют, плод довольно плотный, мышцы его имеют некоторый тонус. Дыхательный центр хотя не реагирует на недостаток в крови кислорода, т. е. на избыток углекислоты, но раздражимости не потерял.

Белая асфиксия, наступающая при продолжительном расстройстве плацентарного кровообращения, дает значительно более тяжелую картину; ребенок белый, холодный, мышцы лишены тонуса, головка и нижняя челюсть отвисают, рот раскрыт, пуповина спалась, не пульсирует, сердцебиение частое (иногда очень редкое) и слабое. Все это показывает, что плод сильно пострадал, но все же еще жив.

Даже легкое и непродолжительное сдавление пуповины вызывает рефлекторные внутриутробные дыхательные движения, причем в зев ребенка и в его дыхательные пути попадают слизь и околоплодная жидкость, почему всякое оживление надо начинать с очистки дыхательных путей. Надо ребенка приподнять за ножки, головой вниз, и слегка потрясти, жидкость из дыхательных путей стечет вниз в рот. Затем, обернув палец марлей, осторожно вытирают слизь из зева. Если имела место аспирация околоплодной жидкости, жидкость надо отсосать трахеальным катетром (рис. 174, 175, 176). При отсасывании жидкости из трахеи обыкновенным мягким катетром, в случае отсутствия трахеального катетра, надо остерегаться, чтобы отсасываемая жидкость не попала в рот (сосущему).

При тяжелой белой асфиксии рассчитывать на действие кожных раздражителей для вызывания дыхания не приходится, надо действовать прямо на дыхательный центр, возбудимость которого может восстановиться только от оживляющего действия кислорода. Надо приступить немедленно к искусственному дыханию, не теряя времени на всякие другие, в таких случаях бесполезные, манипуляции, так как дорога каждая минута.

Как оживлять?

Техника оживления и искусственного дыхания. В настоящее время метод Шульце—откачивание—большинством педиатров отвергается, так как в случае наличия внутримозговых поражений он их усиливает. Отсосав трахеальным катетром жидкость из дыхательных путей ребенка, приступим к искусственному дыханию по следующему способу, который является наиболее простым и действительным. Кладем ребенка на пеленальный стол, одной рукой захватываем его ножки за середину голени, указательный палец между голени (или снизу за колени), другой рукой таким же образом берем обе ручки. Ручками ребенка, опуская их, придавливаем его грудь и, одновременно пригибая ножки, сгибая их в тазобедренных и коленных суставах, коленками сдавливаем его живот, таким образом получается выдох. Выпрямляя ножки и отводя ручки за головку, получаем вдох. Такие движения делают раз 10—15 в минуту, вместо ручек можно захватить ребенка за шею (рис. 186). Перед началом

искусственного дыхания ребенку впрыснуто 0,2 см³ 10% камфорного масла. Каждые две-три минуты надо опускать ребенка секунд на 5 в теплую воду, чтобы он не охлаждался. Когда появятся дыхательные движения, можно применить кожные раздражители, чтобы их усилить: похлопывания по ягодицам, теплую и холодную воду, в виде окунаний туловища; поливания на грудь холодной воды, растирание спинки спиртом, а потом сухой фланелью и т. п. Вместо описанного способа искусственного дыхания можно применять и общеизвестный способ Сильвестра, применяемый у взрослых, действуя только руками ребенка.

Среднему медперсоналу я бы не рекомендовал применять и н с у ф л я ц и ю (так называется вдувание воздуха в легкие находящегося в асфиксии ребенка с помощью специального инструмента). Введение инструмента



Рис. 186. Искусственное дыхание для оживления родившегося в асфиксии ребенка. а—выдох, левая рука держит ребенка за головку, правая за ножки (колена). Сведение рук, при котором сдавливаются грудная и брюшная полости ребенка, дает выдох. б—вдох, благодаря разведению рук сдавленные грудная и брюшная полости ребенка расправляются—получается вдох.

производится так же, как интубатора, при лечении удушения, вызываемого дифтеритом, и требует довольно развитой техники, без которой инсuffляция принесет больше вреда, чем пользы (травма и потеря времени).

Некоторые видели пользу от ритмических потягиваний за язык, захваченный обернутыми марлей пальцами или щипцами, языкодержателем, но искусственное дыхание все же предпочтительно.

Последнее время рекомендуется при асфиксии для оживления в тяжелых случаях применять у г л е к и с л о т у, которая является энергичным раздражителем дыхательного центра. Поскольку применение углекислоты для целей оживления требует специального инструментария, оно пока не получило широкого распространения.

Получасовое применение искусственного дыхания (с периодическим согреванием в теплой воде) не дало удовлетворительных результатов, сердце ребенка бьется, но он самопроизвольно не дышит и цвет его кожи не изменился.

Сколько времени продолжать искусственное дыхание?

Бывают случаи, когда удавалось оживать ребенка, применяя в течение 1½—2 часов искусственное дыхание, поэтому отчаиваться еще не

следует. Надежда на оживление только тогда потеряна, когда сердце перестает биться. Действительно приблизительно еще через полчаса у ребенка стали по временам появляться дыхательные движения. Продолжая оживление искусственным дыханием и применением периферических раздражителей, мы через 1 ч. 10 м. добились, что ребенок закричал. Тогда была произведена окончательная перевязка его пуповины, и он был направлен в детскую с указанием, что у него была тяжелая белая асфиксия, необходимо за ним наблюдение, так как бывают рецидивы асфиксии.

Через полчаса по рождении ребенка вышел послед; место целое, оболочка тоже все, пуповина—80 см длины, завязана в узел, не туго затянутый.

Какое значение имели большая длина пуповины и узел?

В результате большой длины пуповины образовался узел и вероятно также предлежание пуповины, которое и явилось моментом, потребовавшим производства поворота и вызвавшим в дальнейшем развитие асфиксии. Узел сам по себе, поскольку он не был затянут, вряд ли имел какое-нибудь значение, он бы мог оказаться роковым при короткой или даже нормальной длине пуповины.

Первые 6 дней послеродового периода никаких отклонений от нормального течения не было, с седьмого дня началось учащение пульса—96 в минуту, температура утром 37,2°, вечером 37,8° и боли в левой подвздошной впадине самопроизвольные и при надавливании. Матка нечувствительна, сокращена несколько хуже, чем в предыдущие дни, выделения нормальны. Язык—влажный и чистый.

Какой диагноз?

Повышение температуры указывает, что какое-то обстоятельство нарушает нормальное течение послеродового процесса. Сказать, во что это выльется, нет достаточных данных. Одно надо отметить как неблагоприятный прогностический признак—учащение пульса, не соответствующее температуре. Такое учащение пульса (около 100 в минуту) является симптомом разрывающейся инфекции, более серьезным, чем повышение температуры до 39° и даже больше; при пульсе 80 в минуту.

Что делать?

При всяком случае начинающегося послеродового заболевания терапия одинакова: покой, холод на низ живота и средства, вызывающие сокращение маточной мускулатуры, которое в известной степени мешает проникновению инфекции в глубь мускулатуры матки и окружающие матку ткани (жидкий экстракт спорыньи по 20 кап. 3 раза в день и солянокислый хинин по 0,2 2—3 раза в день).

Параметрит. На 8-й день утром температура 38,5°, знобило. Пульс 96, самочувствие хуже, жалуются на головную боль и разбитость. Вечером опять озноб, температура 39,6°. Пульс 110 в мин. Через брюшную стенку прощупывается в левой подвздошной впадине плотный мало болезненный совершенно неподвижный инфильтрат.

Внутреннее исследование: матка недостаточно сократилась, шейка пропускает палец, слева разрыв шейки почти до свода, выделения грязноватые без запаха. В левом своде от стенки таза до матки, сливаясь с ней, расположена очень плотная мало болезненная совершенно неподвижная опухоль, фиксирующая матку.

Какой диагноз и этиология данного заболевания?

Диагноз прост: имеется левостороннее воспаление тазовой клетчатки, левосторонний параметрит—заболевание, образовавшееся от проникно-

Жидков

вения инфекционного начала из матки по лимфатическим путям в около-маточную клетчатку. Надо полагать, что разрыв шейки сыграл определенную роль в образовании параметрита.

Как получился разрыв?

Возможно, что он образовался в связи с нашим извлечением плода, которое нам пришлось для его спасения провести в ускоренном темпе.

В нашем случае разрыв шейки (рис. 187) не дал никаких симптомов. Так бывает при небольших разрывах. Более глубокие разрывы могут

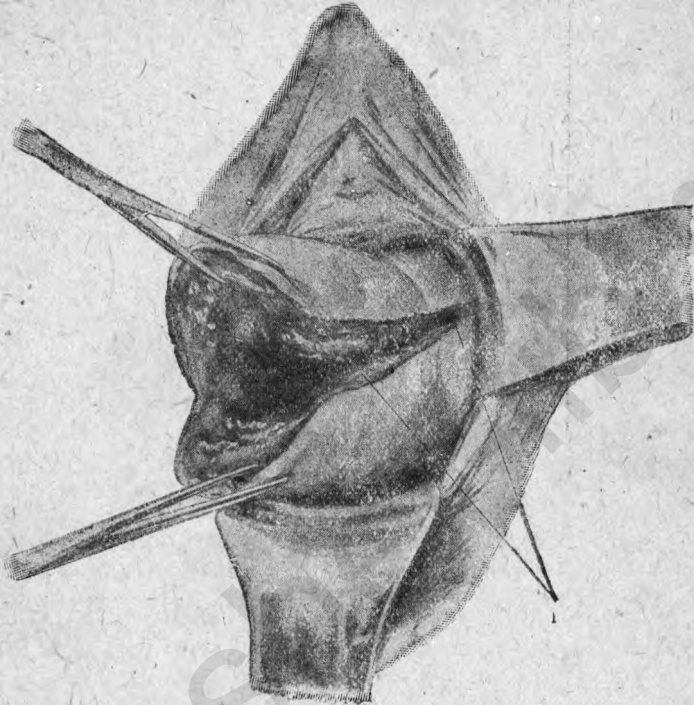


Рис. 187. Разрыв шейки матки. Шейка захвачена за верхнюю и нижнюю губы и выведена наружу. Видны нижнее зеркало и боковой подъемник (левый), шейка несколько оттянута вправо для обнажения левостороннего разрыва (1).

дать и в последовом периоде и в начале послеродового периода порядочное кровотечение, которое отличается от атонического тем, что при нем матка плотна, хорошо сокращена.

Что делать в случае такого кровотечения?

Разрывы шейки матки. Для остановки кровотечения необходимо разрыв шейки зашить.

Подготовка: смазывание йодной настойкой наружных половых частей и прилежащей кожи бедер.

Инструментарий: 2 маточных (влагалищных) широких зеркала, 2 щипцов Мюзе или пулевых, корнцанг, длинный иглодержатель, несколько, 4—6, сильно изогнутых иглол разных размеров и материал для швов.

Для производства зашивания разрывов шейки больная помещается на операционный стол. Положение спинно-ягодичное. Широкими зеркалами обнажается влагалищная часть, на переднюю и заднюю губы накладывают щипцы Мюзе или пулевые и за них низводят

шейку ко входу во влагалище. Благодаря такому нивведезю получается натяжение маточных сосудов, и кровотечение в значительной степени останавливается, но для прочной остановки кровотечения необходимо захватить в швы разорванные сосуды. Зашивание можно начинать или с края разрыва или с глубины, шов накладывается сильно изогнутой иглой на длинном иглодержателе (Гегара) (рис. 188). По окончании зашивания натяжение щипцов ослабляют, чтобы убедиться, что кровотечения нет, затем снимают щипцы, вынимают зеркала. Швы снимают на 8-й день. Послеоперационный уход—обычный. Можно шить кетгутум, тогда не надо будет тревожить половые органы для снятия швов. Такое заши-

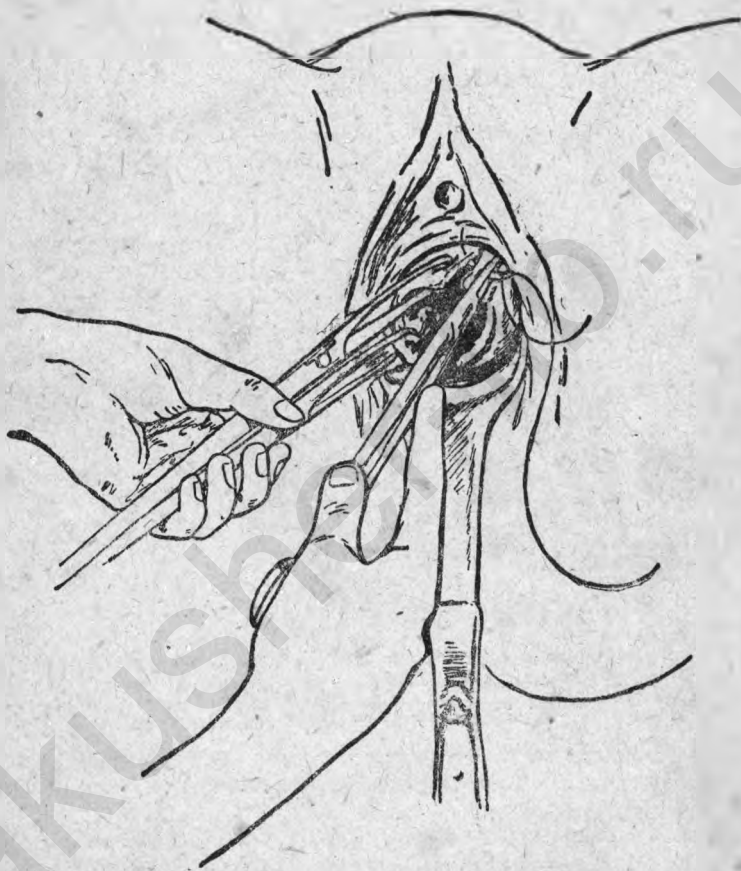


Рис. 188. Наложение швов на левосторонний разрыв маточной шейки. Шейка захвачена пулевыми щипцами за верхнюю и нижнюю губы и извлечена наружу. Первый шов накладывается на начало разрыва у свода сильно изогнутой иглой на иглодержателе Гегара.

вание ввиду его жизненных показаний за отсутствием врача может производить и средний медперсонал. Если же условия обстановки этому мешают (деревенская изба, отсутствие помощников), или средний медработник в своем умении не уверен, то приходится ограничиться временной плотной тампонадой места разрыва и влагалища, для возможности перевезти больной в соответствующее лечебное учреждение.

От чего получается разрыв шейки?

Причины и профилактика разрывов. Разрыв шейки вызывается быстрым извлечением плода при неполном открытии или спазме зева; последнее могло иметь место и в нашем случае. Шейка с рубцами или опухолями конечно к разрывам предрасположена. Профилактика заключается в воздержании от извлечения при недостаточном раскрытии зева, а если такое извлечение безусловно показано, предварительно надо расширить зев (пальцами) или сделать радиальные насечки, что по-моему хуже. После извлечения щипцами при недостаточно раскрытом зеве могут получиться очень глубокие разрывы шейки, с разрывами даже крупных сосудов (маточной артерии). Это может повести к смертельному кровотечению, что нужно иметь в виду в случаях оперирования при недостаточно раскрытом зеве. Кроме того, как это имело место в нашем случае, разрыв шейки открывает ворота для проникновения инфекции из матки в околоматочную клетчатку и ведет к образованию параметрита.

Температура была повышена 5 дней, а инфильтрат в параметрии рассосался в течение 2 декад, от оставшихся тяжелей и смещения матки большая лечилась месяца 4.

У нашей больной в течение послеродового периода было еще одно осложнение—трещины сосков, на котором считаем нужным остановиться. Что такое трещины сосков, отчего они образуются, какая профилактика, опасность и лечение?

Мацерация сосков в связи с кормлением ведет к образованию очень болезненных трещин, которые не только беспокоят кормящую женщину причиняемой болью, но мешают кормлению и могут служить входными воротами для инфекции и образования воспаления грудной железы, мастита. В нашем случае трещины образовались на 3-й день после родов, одновременно с нагрубанием грудных желез. Для облегчения тягостного ощущения, вызываемого нагрубанием грудей, родильнице было назначено подвязывание грудных желез. Это можно делать или бинтом, или полотенцем, или с помощью специального бюстгалтера. Важно, чтобы груди были приподняты, не свисали, но никоим образом не были придавлены. Приподнятые улучшает условия кровообращения и уменьшает боль от натяжения и напряжения. Одновременно родильнице было дано слабительное, которое как отвлекающее на кишечник уменьшает тягостный прилив молока к грудным железам, и ограничено количество питья. Сильнее отвлекающим образом на кишечник действуют солевые слабительные: серноокислый натрий, английская соль и т. п.

Для того чтобы избежать образования трещин, следует с о с к и п о д г о т о в л я т ь к предстоящему кормлению; наша родильница во время беременности этого не делала. Рекомендуется это делать в течение последних 2 месяцев беременности.

В чем заключается подготовка сосков?

Соски трескаются под влиянием мацерации или потому, что они слишком грубы или слишком нежны. Исходя из этого, надо думать, что имеются соски достаточно устойчивые в смысле сопротивления мацерации и в обработке и подготовке не нуждающиеся. Действительно определенный процент сосков, несмотря на отсутствие подготовки, прекрасно переносит связанную с кормлением мацерацию, и трещин на них не получается. В этом вопросе нужна сугубая индивидуализация. Нежные соски (обычно у блондинок) нуждаются в загрублении. Достигается это следующим

образом. Соски два-три раза в день обрабатывают, протирают ваткой или марлей, смоченной в спирту, одеколоне, смеси красного вища с чаем пополам. Кроме того под рубашку на уровне сосков подшивается полоска грубого холста, трение о который делает кожу соска более грубой, чему способствует и проводимое применение высушивающих жидкостей (спирт), дубление. Загрубленный таким образом сосок легче переносит мацерацию, и трещины не образуются. Другой тип сосков—грубый (чаще встречается у брюнеток)—нуждается в размягчении; это достигается смазыванием соска мазью из ланолина пополам с миндальным маслом или применением другой мягчительной мази с маслом какао и т. п. Индивидуализация заключается в том, чтобы не дубить грубый сосок и не размягчать нежный. У нашей родильницы на обоих сосках образовались довольно глубокие трещины у основания соска.

Что с ними делать?

Лечение трещин сосков. Чтобы не раздражать обнаженную от эпидермиса ткань, лучше всего вне кормления держать ее под какой-нибудь несколько антисептической мазью—висмутовой, дерматоловой, борной; хорошо действует мазь Микулича (азотнокислого серебра 0,4, перувианского бальзама 1,0, американского вазелина с ланолином по 5,0 или миндального масла с маслом какао по 5,0)—дезинфицирующе и слегка прижигающе; нужно только, чтобы азотнокислое серебро было очень хорошо растерто, а не выделялось в виде отдельных крупинок, вызывающих в месте приложения более глубокое, чем нужно, прижигание. Глубокие трещины можно смазывать на зонде ваткой, смоченной в 5% растворе ляписа. Особенно важно соблюдение строжайшей чистоты, тщательное мытье сосков борным раствором до и после кормления, а также дезинфекция рук перед дотрагиванием до сосков, так как загрязнение трещины может повести к маститу, воспалению грудной железы, заболеванию продолжительному и тягостному, требующему умелого, упорного хирургического (врачебного) лечения. При появлении красноты, уплотнения, болей в грудной железе, повышения температуры и припухания подмышечных желез больная должна быть немедленно направлена к врачу.

Кормление ребенка. За недостатком места мы не имеем возможности уделить должное внимание уходу за новорожденным и вопросам кормления. Все же считаем необходимым подчеркнуть значение для родильницы и ребенка кормления грудью (молоком) матери. Вызываемое кормлением раздражение сосков рефлекторно вызывает маточные сокращения, и многие родильницы отмечают ощущение сокращений в момент кормления и связанное с ними увеличение количества выделений. Такие сокращения маточной мускулатуры имеют большое значение для правильного обратного развития (инволюции) послеродовой матки, которое протекает значительно хуже, медленнее в тех случаях, когда мать не кормит. О значении молока матери для ребенка говорить не приходится, это всем известно. Вскармливаемые грудью дети крепче, выносливее, правильное развиваются, не подвергаются заболеванию рахитом, и смертность среди них значительно ниже. Как правило каждая здоровая мать должна кормить своего ребенка, потому что это важно для них обоих. Противопоказанием к кормлению является туберкулез матери и общее истощение ее организма. Особенно показано кормление ребенка матерью при сифилисе, о чем уже сказано.

Первое прикладывание к груди производится через 6 час. после родов. В тех случаях, когда были тяжелые роды, надо дать матери подольше отдохнуть. Обычно в таких случаях и ребенок более сонлив и

груди дольше не требует. Молока обыкновенно в это время у матери еще нет, ребенок отсасывает некоторое количество молозива, имеющего для него значение и питательное и несколько послабляющее, повышающее перистальтику кишок, помогающее им освободиться от мекония. Раздражение же сосков способствует приливу крови к грудным железам, образованию молока и вызывает маточные сокращения. Крепких доношенных детей рекомендуется кормить через $3\frac{1}{2}$ часа с перерывом ночью от $23\frac{1}{2}$ до 6 час. утра, слабые дети кормятся каждые $2\frac{1}{2}$ и даже 2 часа с таким же перерывом ночью. Это—метод кормления, применяемый в московских родовспомогательных учреждениях, который нашими педиатрами считается наилучшим. Некоторые французские педиатры не рекомендуют кормить ребенка раньше, чем через 24 часа после родов и в дальнейшем для доношенных здоровых детей устанавливают 3-часовые промежутки между кормлениями, исходя из тех соображений, что у ребенка желудочное пищеварение совершается в течение $2\frac{1}{2}$ час., после чего целесообразно дать желудку полчасовой отдых. Правильное кормление в смысле всасываемого количества молока у первородящих устанавливается приблизительно к пятому дню (около 40 г молока за каждое кормление). У повторнородящих количество высасываемого молока устанавливается раньше, часто со второго дня.

Продолжительность сосания—по пять минут из каждой груди, которые чередуются при каждом кормлении. Если молока мало, продолжительность сосания может быть продолжена до 15—20 мин. (из обеих грудей). Насытившись, ребенок обыкновенно засыпает. Отсасывание молока из обеих грудей при каждом кормлении важно потому, что раздражение соска при кормлении одной грудью вызывает приток молока и в другой груди, которую от этого прилива необходимо освободить. Другие авторы предлагают каждый раз кормить только из одной груди, мотивируя это тем, что за 5—6 час. молоко в груди делается более питательным и более редкое кормление меньше травмирует сосок. Если ребенок сосет плохо, не отсасывает всего молока, полезно молоко сдаивать руками; оставление молока неотсосанным понижает в дальнейшем его образование. Применение молокоотсосов допускается только в случаях, когда руками (массажем грудной железы по направлению к соску) молоко сцедить не удастся, так как молокоотсос травмирует сосок, способствует образованию трещин.

Ребенок в течение первых четырех дней теряет около 10% своего веса; эта потеря неравномерно распределяется по дням. Потеря эта зависит от выделения мекония (около 200 г), слизи и мочи; первоначальный вес восстанавливается к десятому дню.

Техника кормления ребенка следующая. Мать наклоняется на ту сторону, которой грудью она собирается кормить, ребенок лежит параллельно матери. Чистота рук и обтирание соска кипяченой водой или борным раствором обязательны. Носик ребенка не должен быть закрыт грудной железой. При крупных грудных железах мать, придавливая пальцем грудь, освобождает носик ребенка.

Можно ли при трещинах сосков кормить ребенка больной грудью?

Можно. В тех же случаях, когда кормление очень болезненно, рекомендуется кормить через накладку (стеклянная воронка с соской; рис. 189) или молоко сдаивать. Молоко негодно для кормления только в том случае, когда к нему примешивается гной из абсцесса грудной железы (при нагноении мастита).

Чистый уход и бальзамическая мазь, применяемые в течение 7—8 дней, уничтожили трещины сосков ко времени выписки из родильного дома.

Профилактика заболевания грудных сосков среди женщин проводится консультациями. Консультации должны разъяснить женщинам необходимость уже во время беременности подготовки сосков для кормления, опасность, которую представляют трещины сосков как возможные во-



Рис. 189. Накладка для предохранения треснувших сосков от травмы во время кормления.

рота для занесения инфекции в грудную железу, необходимость соблюдения строжайшей чистоты рук при всяком соприкосновении с сосками, особенно если имеются на них трещины, необходимость содержания в чистоте сосков и обращения к врачу немедленно при появлении трещин, красноты, уплотнении грудных желез и т. п. Там же, где консультации нет, вся тяжесть работы и ответственность за нее переносится на работающий в этих местностях средний медперсонал. Обычно средний медперсонал знает население своего участка, он должен взять его под свое медицинское наблюдение и обслуживание, что даст большие и очевидные результаты в смысле профилактики и после родовых заболеваний вообще и заболеваний грудных сосков и желез в частности.

Наша больная выписана после того, как температура была в течение 8 дней нормальной и инфильтрат в параметрии уменьшился приблизительно на $\frac{1}{3}$. За три дня до выписки больной было разрешено ходить, и когда выяснилось, что хождение не вызывает обострения процесса (ни болей, ни повышения температуры), больная выписана из родильного дома, пробывши в нем 20 дней.

Краткий обзор случая

Повторнородящая, 28 лет, с хорошим тазом, поступила в родильный дом. Внутреннее исследование, произведенное ввиду замедления сердцебиения плода, угрожающей асфиксии, обнаружило головное предлежание с предлежанием ручки и пуповины. Поворотом по Бракстон-Гиксу головное предлежание заменено неполным ножным. Сердцебиение плода выправилось, но во время рождения плода вновь появились явления нарушения (плацентарного) кровообращения плода; пришлось прибегнуть к извлечению, которое осложнилось запрокидыванием ручки. Ручка выправлена, ребенок извлечен в тяжелой асфиксии и оживлен только через 1 час. 20 мин. В послеродовом периоде развился левосторонний параметрит в связи с левосторонним разрывом шейки, связанным с ускоренным извлечением плода. Кроме того на сосках образовались трещины, которые удалось без дальнейших осложнений ликвидировать. Больная выписалась из родильного дома через 20 дней после родов с установившейся нормальной температурой, но не вполне рассосавшимся инфильтратом, который долечивался амбулаторно.

ГЛАВА XVI

РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ, ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ. БЛЕНОРРЕЯ.

Г-ка Р., 29 лет, поступила в родильный дом 10/XI 1930 г. в 7 час. по поводу схваток, начавшихся 5 час. назад.

Анамнез. Наследственность хорошая. Никакими инфекционными заболеваниями, кроме кори в детстве, не хворала. В общем была крепкой здоро-

вой женщиной до замужества, замужем с февраля, 10-й месяц. Муж оказался больным хронической гонорреей, которой от него заразилась жена. С первой недели замужества у нее появились симптомы бленорреи. Появилась резь в начале мочеиспускания, гнойные выделения, бели желто-зеленоватого цвета, раздражающие кожу наружных половых органов и прилежащих частей. Менструации с 13 лет, ходят через 4 недели по 3 дня, количество выделяемой крови среднее, болей при менструации не было, последняя менструация—в начале февраля. С замужества менструации не было, наступила беременность. Со второго месяца беременности тошнота изредка, рвота—до 3 месяцев. На 4-м месяце беременности определилось гонорройное воспаление правой бартолиниевой железы. Воспаление перешло в нагноение, получился абсцесс, самопроизвольно вскрывшийся и заживший. Шевеление плода ощущает с 22/VI 1930 г. Последние два месяца—явления цистита: учащенное мочеиспускание, боли спазматического характера в конце мочеиспускания, гной в моче. Указаний на рахит нет.

Состояние в настоящее время. Сложение хорошее, питание не вполне удовлетворительное, синяки под глазами, бледность. Бытовые условия хорошие, жилищные также, живет в семье матери, есть домашняя работница. Роженица счетовод, от работы не устает, около пяти недель находится в декретном отпуску. Рост 155 см, вес 55 кг, стройная. Со стороны внутренних органов кроме мочеполовой системы отклонений от нормы не обнаружено. Пульс—76 в минуту, тоны сердца чисты, мочеиспускание учащено, боль в конце мочеиспускания. Моча по данным консультации содержит белок (соответственно большому количеству лейкоцитов), эпителий мочеполювых путей, реакция щелочная. Отеков нет. Носила бандаж, соски плосковаты, роженица (темная брюнетка) их готовила, вытягивала и обрабатывала мягчительными веществами.

Схватки—через 10 мин. по 25—30 сек., слабоваты, воды целы.

Осмотр. Очень обильные свежие рубцы беременности на животе и верхней половине бедер, пупок сглажен, резкая пигментация белой линии, окружность живота—98 см.

Наружное исследование. Высота стояния дна матки на 32 см выше лона. Матка несколько чувствительна при ощупывании.

Предлежит голова, над входом подвижна, в поперечном размере таза большим размером, слева ясно прощупывается выступ затылка; предлежание на затылочное не похоже. Спинка—слева, мелкие части—справа, сердцебиение справа на 10 см выше лона и на 8 см вправо от средней линии, 140 в минуту, несколько глуховато.

Таз: расстояние между осями—24 см, между гребешками—27 см, между вертелами—29 см, наружная конъюгата 19 см, боковая—13,5 см.

Раздражение кожи наружных половых органов и прилежащих частей бедер. Отверстие уретры покрасневшее, гнойвидные выделения.

Какой диагноз?

В нашем случае имеется несколько отклонений от нормы. Наша роженица, выйдя замуж, заразилась бленорреей, которая сначала вызвала бленорройный уретрит (резь при мочеиспускании), затем эндометрит (гноевидные, едкие бели), в дальнейшем на этой почве развился бартолитит и под конец цистит, воспаление мочевого пузыря, которое существует и в настоящее время.

Прогностика родов и послеродового периода в связи с бленорреей. Бленоррея—очень тяжелое заболевание, могущее сделать женщину инвалидом, но очень редко угрожает ее жизни. Обычным последствием гонокок-

кового поражения половой сферы женщины, матки и труб является бесплодие, иногда окончательное, иногда после нескольких лет страданий и лечения процесс затихает, и наступает беременность. Беременность в нашем случае наступила одновременно с заражением. Заражение может наступить в течение беременности, но при свежем заражении оплодотворение и наступление беременности невозможно—этому препятствуют воспалительные явления специфического, гонококкового, характера, вызванные заражением. Наступившая беременность, несмотря на заражение гонорреей, обычно доходит до конца, но после родов гонококковый процесс получает возможность распространения на трубы, что влечет за собой более или менее стойкое бесплодие. Такое течение беременности, осложнен-

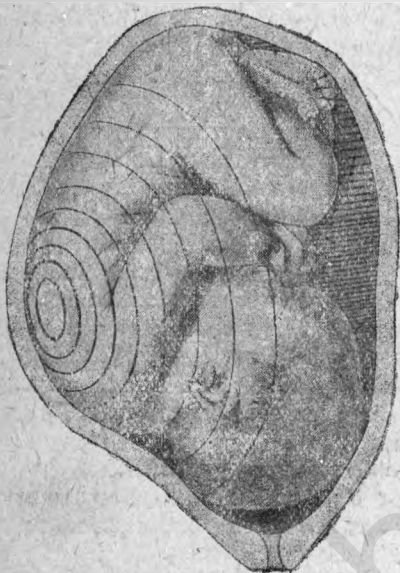


Рис. 190. Согнутое членорасположение. Затылочное предлежание. Сердцебиение выслушивается со стороны спинки плода. Маленький круг—место, где лучше всего выслушивается сердцебиение, соответствует прилегающему к брюшной стенке плечу ребенка.

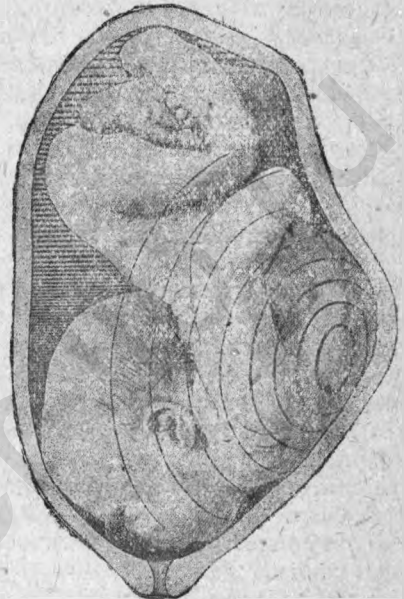


Рис. 191. Разогнутое членорасположение. Лицевое предлежание. Сердцебиение выслушивается со стороны груди ребенка (где прощупываются мелкие части). Маленький круг соответствует месту прилегания к брюшной стенке сердечной области ребенка (и плечу).

ной бленорреей, настолько тишично, что у немецких акушеров существует даже термин «бесплодие с одним ребенком». Обычно после родов процесс обостряется, распространяется. Все это ожидает и нашу роженицу. Мы можем несколько помешать обострению гонококкового процесса строгим постельным содержанием в послеродовом периоде, так как обострение может быть вызвано резкими движениями, всякой травмой, даже внутренним исследованием.

Симптомы разогнутых членорасположений. В смысле предлежания тоже не совсем благоприятно. Головка предлежит большим размером. Сердцебиение выслушивается со стороны мелких частей (рис. 190, 191, 192, 193). Это указывает на разогнутое членорасположение, предлежание лобное или лицевое. То, что у первородящей головка находится над входом, а не в полости, указывает на некоторое несоответствие между

размерами головки и таза, а поскольку ребенок небольшой (высота дна, окружность живота, небольшой рост и роженицы и ее мужа), а размеры таза для данного роста могут считаться вполне нормальными, надо думать, что несоответствие зависит от условий вставления. Имеющиеся данные указывают на то, что имеется разогнутое членорасположение плода, повидимому лобное предлежание. Для выяснения этого необходимо произвести внутреннее исследование.

Техника ощупывания при лицевых предлежаниях. Оpoznательной линией при производстве внутреннего исследования является лицевая линия, т. е. от переднего угла большого родничка до подбородка (рис. 194).

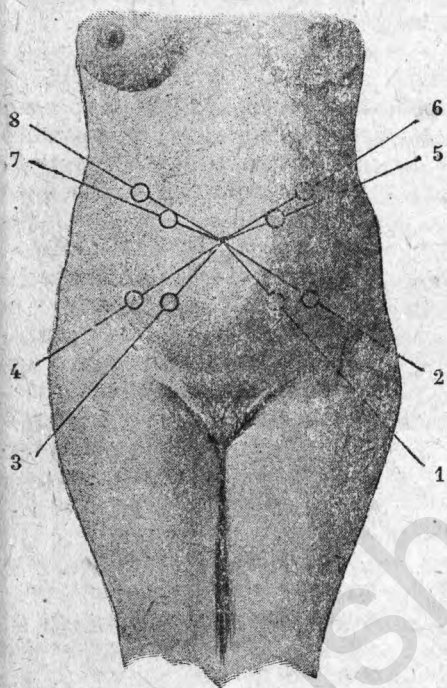


Рис. 192. Место выслушивания сердцебиения плода при согнутых предлежаниях.

1—затылочное предлежание, 1-я позиция, передний вид; 2—затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид; 3—затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид; 4—затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид; 5—тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид; 6—тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид; 7—тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид; 8—тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

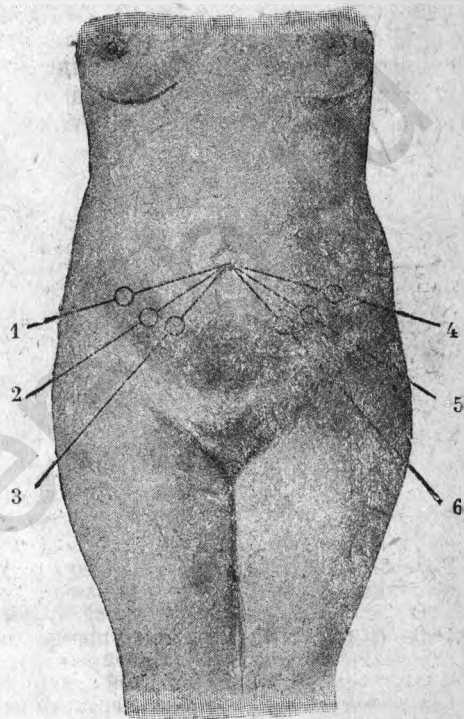


Рис. 193. Место выслушивания сердцебиения плода при разогнутых предлежаниях (лобных и лицевых).

1—лицевое предлежание, 1-я позиция, передний вид; 2—лицевое предлежание, 1-я позиция (спинка влево); 3—лицевое предлежание, 1-я позиция, задний вид; 4—лицевое предлежание, 2-я позиция, передний вид; 5—лицевое предлежание, 2-я позиция (спинка вправо); 6—лицевое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

Носик ребенка в виде выступа с двумя отверстиями у основания никогда значительно не отекает и может быть прощупан даже при значительном отеке лица в глубине складки, образовавшейся между отечными щеками.

При методическом ощупывании вдоль передней дуги безымянной линии исследующий палец сначала попадает на мягкую припухлость (переднюю щеку), от нее он по направлению кзади наталкивается на углубление, складку или неправильные выступы (нос, губы) и затем на вторую мягкую при-

пухлость (заднюю щеку). При значительном отеке между щеками образуется глубокая складка и может получиться впечатление ягодиц. Надо пройти пальцем в глубину этой складки и там нащупать нос, для которого характерны два отверстия, расположенные у основания небольшого плотного выступа, и перегородка между ними. С носа надо перейти через рот и определить местонахождение подбородка. Для рта характерны два твердых края челюстей; введенный в отверстие между ними (в рот) палец нередко чувствует сосание ребенка. Позиция и вид устанавливаются по местонахождению большого родничка или переносицы. Переносица вправо—позиция правая (спинка вправо), переносица кзади—вид задний (подбородок впереди). Ощупывание надо производить очень осторожно, чтобы не повредить глаз, расположенных симметрично по обе стороны переносицы.

Некоторая слабость родовой деятельности может быть объяснена перенесенным нашей роженицей эндометритом.

Произведенное с соблюдением всех требований антисептики и чрезвычайной осторожностью, чтобы минимально травмировать раздраженные и зараженные бленорреей половые органы, внутреннее исследование показало: шейка сглажена, открытие—2 см, воды целы, пузырь наливается, головка небольшая над входом, по середине предлежит лоб, нос—впереди и ниже большого родничка, расположенного кзади, лицевая линия расположена между поперечным и левым косым размером. Мыс не достигается, лонная дуга узкая.

Наш предположительный диагноз, что причиной высокого стояния головки является невыгодное предлежание, именно лобное, подтверждается.

Что делать?

При лобном предлежании, когда головка устанавливается чрезвычайно большим, невыгодным размером, большим косым, роды при обычных размерах таза и головки как правило произойти не могут. Лобное предлежание должно быть заменено другим: или лицевым или с помощью поворота неполным ножным. Надо иметь в виду, что лицевое предлежание в норме образуется из лобного.

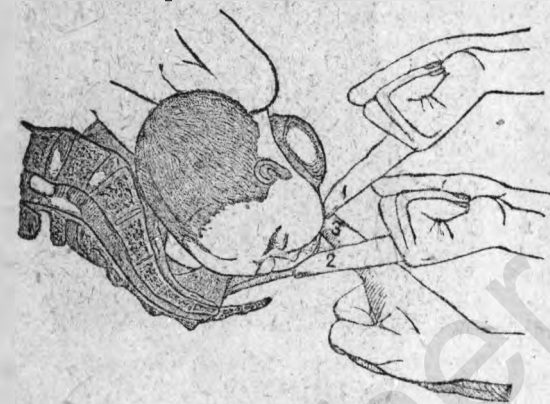


Рис. 194. Ощупывание личика при внутреннем исследовании. Лицевое предлежание, вторая позиция, задний вид. Исследующий правый указательный палец (1) ощупывает переднюю щеку и, переходя в положение (2) к задней щеке, между ними ощупывает углубление (лицевой линии), в котором находится нос. С него палец, переходя из супинации в легкую пронацию, продвигается влево по лицевой линии и доходит до подбородка (3). Лицевая линия в правом косом размере. Лицевое предлежание, вторая позиция, удобнее ощупывается правой рукой (лицевая линия и подбородок), а лицевое предлежание, первая позиция—левой рукой.

Какой механизм родов при лицевых предлежаниях?

Механизм родов при лицевых предлежаниях. Головка при лицевых предлежаниях в начале периода изгнания стоит во входе в поперечном или косом размере входа в лобном предлежании, с подбородком, направленным впереди, т. е. имеется задний вид—как раз то, что мы нашли в нашем случае (рис. 195—202).

В первый момент механизма родов происходит разгибание головки, подбородок опускается, получается настоящее лицевое предлежание, при котором головка устанавливается своим вертикальным размером в косом или поперечном размере таза (рис. 197).

Второй момент механизма родов заключается во внутреннем повороте (лица) головки и прохождении ее через таз; при этом лицевая линия (от подбородка до переносицы) перейдет в прямой размер таза в узкой части полости и в выходе таза (рис. 198, 199).

Во время третьего момента механизма родов происходит сгибание головки, подбородок прорезывается. У лонного сочленения устанавливается подъязычная область, и головка, сгибаясь, отгибает лонное сочленение снизу вверх, причем лоб, темя и наконец затылок выходят со стороны промежности (рис. 200, 201, 202).

Последний, четвертый момент механизма родов заключается в наружном повороте головки. Причины механизма — те же, что при затылочных предлежаниях.

Роды при передних видах лицевых предлежаний. Необходимо отметить, что при затылочных предлежаниях роды возможны при передних и задних видах, бывают несколько более затруднены при последних. При лицевых же предлежаниях, когда головка разогнута, роды возможны только



Рис. 195. Лицевое предлежание, вторая позиция, задний вид.

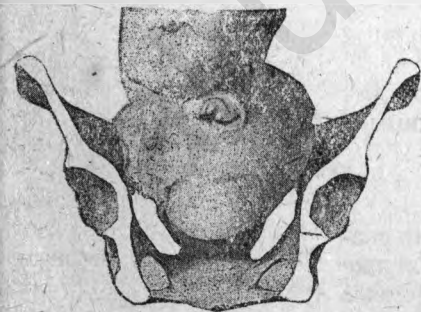


Рис. 196. Механизм родов при разогнутом членорасположении. Лобное предлежание, первая позиция, затылок влево, подбородок вправо, головка предлежит в поперечном размере входа в таз своим большим косым размером.

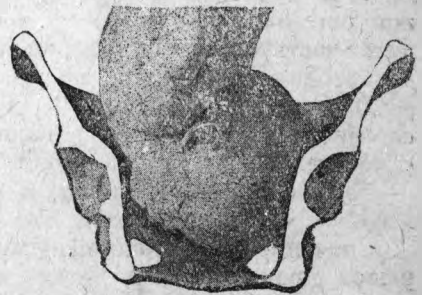


Рис. 197. Механизм родов при разогнутом членорасположении. 1-й момент. Разгибание головки. Образовалось лицевое предлежание, первая позиция, задний вид, лицевая линия в левом косом размере, подбородок вправо кпереди, большой родничок влево кзади. Головка установилась вертикальным размером (заменившим благодаря разгибанию большой косой размер) в левом косом размере входа в таз.

ко при задних видах, подбородок—кпереди, спинка—кзади. При передних видах с подбородком кзади роды проивойти не могут, так как для прорезывания головка должна бы разогнуться еще больше и при этом головке пришлось бы прорезываться вместе с грудью, что невозможно (рис. 204).

Возвращаясь к нашему случаю, мы устанавливаем, что показанный немедленному вмешательству нет. Мы можем подождать отхождения вод и тогда,

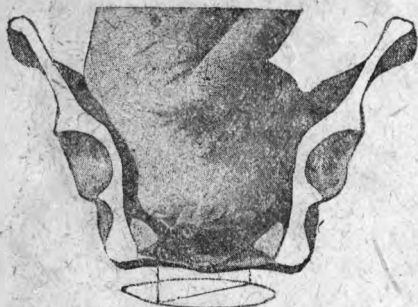


Рис. 198. Механизм родов при лицевом предлежании. 2-й момент. Внутренний поворот и опускание головки в таз. Лицевое предлежание, первая позиция, задний вид. Подбородок справа кпереди продолжает поворачиваться кпереди. Чтобы подойти к лону, он должен повернуться на 45° .

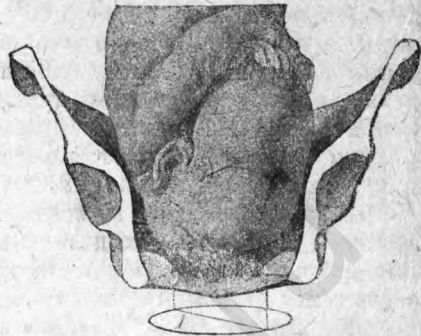


Рис. 199. Механизм родов при лицевом предлежании. 2-й момент. Внутренний поворот и опускание головки в таз. Лицевое предлежание, первая позиция, передний вид. Подбородок справа кзади, чтобы подойти к лону, он должен повернуться на 135° .

если не получится разгибания, не образуется лицевое предлежание, попытаться сделать разгибание головки, чтобы образовать лицевое предлежание и, если бы это не удалось, сделать поворот на ножку. Во время произведенного исследования было установлено, что имеется наклонность к опусканию подбородка (рта) и отхождению большого родничка вверх; он уже стоял несколько выше рта, т. е. начиналось разгибание. Попытаемся этому способствовать, уложив роженицу на ту сторону, тот бок, где находится часть, опущение которой желательно, т. е. на сторону подбородка, на правый бок.

Внутреннее исследование обнаружило одну особенность строения таза нашей роженицы—относительно узкий угол лонной дуги.

Какое это может иметь значение?

Значение узости лонной дуги в этиологии разрывов промежности и другие индивидуальные моменты, способствующие разрывам промежности. При узкой лонной дуге прорезывающая головка должна проходить ближе к копчику, сильнее растягивая промежность, больше угрожая ей разрывом. В нашем случае имеется кроме этого еще несколько моментов, неблагоприятных в смысле разрыва промежности. Наша роженица—брюнетка, у брюнеток ткани в общем менее эластичны, менее растяжимы, чем у блондинок, кроме того ей уже 29 лет, для первородящей—воз-

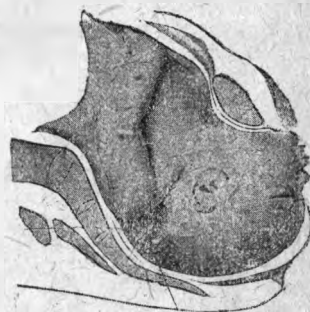


Рис. 200. Механизм родов при лицевом предлежании. 3-й момент—сгибание. Подбородок вышел из-под лона (задний вид).

раст, благоприятствующий разрывам. Есть еще один признак, указывающий на малую эластичность кожи у нашей роженицы,—это обилие рубцов беременности, т. е. легкая разрываемость глубоких слоев кожи на животе и бедрах. Ввиду всего этого мы должны особенно внимательно отнестись

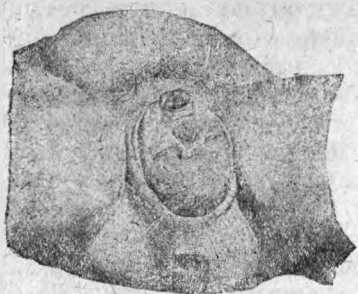


Рис. 201. Прорезывание головки при лицевом предлежании. Подбородок вышел из-под лона, происходит сгибание. Видно отчетное личико и зияющий задний проход.



Рис. 202. Механизм родов при лицевом предлежании. 3-й момент—сгибание—закончено головка прорезалась, затылок вышел со стороны промежности.

к растяжению промежности при прорезывании головки и не удивляться, если, несмотря на все наши старания предотвратить разрыв, он все же случится. Это тем более вероятно, что кроме неблагоприятных условий со стороны тканей и лонного угла имеется еще и неблагоприятное в этом отношении предлежание головки.

Через 2 часа прошли воды, сердцебиение плода—хорошее, схватки усилились. Необходимо точно выяснить предлежание, чтобы иметь возмож-



Рис. 203. Конфигурация головки при лицевом предлежании, уменьшение вертикального размера и увеличение большого косога.

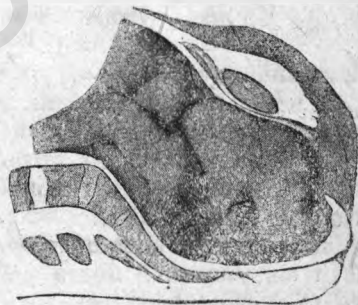


Рис. 204. Опущение головки в переднем виде, внутренний поворот прошел неправильно, подбородок повернулся кзади. Роды дальше подвигаться не могут, так как прохождение через таз затылка вместе с грудью невозможно.

ность, если оно кажется неблагоприятным (лобное), принять меры к его исправлению, пока имеется достаточная подвижность плода, необходимое условие для производства поворота, почему вновь произведено внутреннее исследование.

Внутреннее исследование. Открытие—6 см, подбородок опускается, предлежание переходит в лицевое.

Что делать?

Лицевое предлежание, которое образуется в нашем случае, считается

предлежанием нормальным. Роды при нем проходят при прочих нормальных условиях без всякого вмешательства. Головка идет вертикальным размером, почти равным малому косому, которым головка идет при затылочных предлежаниях.

Частота лицевых предлежаний—1 : 200—250 родов; первая позиция почти вдвое чаще второй позиции. Роды при лицевых предлежаниях и для матери и для ребенка менее благоприятны, чем роды при затылочных предлежаниях. Смертность матерей—3%. Смертность детей—13—15% (от асфиксии вследствие сжатия сонной артерии, от отека мозга и внутривенных кровотечений). Во время приемки не рекомендуется усиленно задерживать прорезывающееся личико ввиду возможности сдавления гортани и трахеи.

При лицевых предлежаниях тазовое дно легко травмируется, и промежность сильно растягивается в поперечном направлении задней частью черепа, которая в среднем имеет $9\frac{1}{4}$ см ширины. Это еще больше повышает шансы на разрыв промежности, о чем говорилось выше. Частота разрывов—28%. Будем проводить роды консервативно, т. е. наблюдать за их течением, предоставив роды силам природы.

Техника приемки при лицевых предлежаниях. У первородящей наше вмешательство при приемке начинается с того момента, когда личико устанавливается в половой щели. Как обычно, левая рука помещается ладонью на лобке, а пальцы этой руки надавливают на прорезывающееся личико, на верхнюю челюсть по направлению к копчику, т. е. производят (способствуют) разгибание. Надо при этом быть очень осторожным потому, что лицо значительно нежнее, чем затылок и темя, на которые производится давление при затылочных предлежаниях, и легко повредить кожу, мягкие части и даже глаза ребенка при недостаточном внимании. Выше было указано, что чрезмерно разгибать головку и задерживать ее не следует, так как это связано с риском повреждения гортани и трахеи.

Травма личика во время родов. Родовая опухоль занимает щеку и угол рта, противоположные позиции, т. е. при первой позиции в нашем случае опухоль будет на правой щеке. Часто наблюдаются кровоподтеки губ, век, иногда отек языка и дна ротовой полости, что некоторое время мешает ребенку сосать. Отек лица держится 4—5 дней.

Когда подбородок выйдет из-под лона, надо выводить головку. Выведение головки происходит путем сгибания. Неподвижная точка образуется в области подъязычной кости ребенка, лоб и череп ребенка выходят со стороны промежности.

В 13 час. (т. е. через 4 часа после произведенного внутреннего исследования) личико стало накладывать. Когда оно врезалось и стало продвигаться, растягивая половую щель, было замечено, что середина промежности очень напряжена и во время схватки белеет.

Что это означает и что делать?

Центральный разрыв промежности. Побеление середины растягивающейся промежности указывает, что в этом месте в зависимости от сильного давления продвигающейся предлежащей части происходит значительное нарушение кровообращения, анемия тканей, понижающая их сопротивляемость растяжению, одним словом намечается центральный разрыв промежности. Выше уже было отмечено, что узкая лонная дуга, отесняя прорезывающуюся часть кзади, способствует и даже является причиной разрыва промежности при благоприятствующих этому данных со стороны головки и тканей промежности.

Какие бывают центральные разрывы промежности и как надо при них поступать?

Центральные разрывы могут быть полными—происходит разрыв всех тканей промежности, кожи, мышц и слизистой влагалища, или неполными, при которых разрывается только кожа или слизистая.

Что произойдет, если при намечающемся или образующемся центральном разрыве промежности не вмешаться?

Набирающая на середину промежности подлежащая часть будет растягивать и увеличивать разрыв вверх и вниз. Последнее (разрывы книзу) очень нежелательно потому, что ведет к разрыву заднего прохода и прямой кишки. В дальнейшем роды происходят через разрыв, который обычно в таких случаях захватывает кишечную стенку.

Чтобы избежать разрыва кишки, необходимо, как только образовался центральный разрыв промежности или выявилась его неизбежность, разрезать во время схватки, когда ткани напряжены, истончены и почти не чувствительны, промежность от задней спайки до места разрыва, что мы и делаем.

Разрез промежности называется перинеотомией. Во время следующей схватки на побелевшем центре промежности образовалась трещина, через которую стала видна кожа плода. Вне схватки одна браиша прямых ножниц плашмя осторожно проведена между личиком плода и напряженной тканью промежности до места образовавшегося разрыва (сверху вниз), ножницы повернуты перпендикулярно к разрезаемой ткани, и замыканием ножниц во время схватки промежность рассечена. Отсутствие дальнейшего сопротивления со стороны разрезанной промежности к продвижению подлежащей части повело к тому, что подбородок тут же вышел из-под лона, а со стороны промежности выкатились лоб, темя и затылок.

Вышедшая головка повернулась подбородком вправо. Обычным приемом, опусканием головки книзу, подведено под лono верхнее плечико, приподнятием головки выведено заднее плечико, и затем извлечен плод. Все это совершалось очень легко и быстро ввиду отсутствия сопротивления со стороны промежности.

Родилась девочка, длина 48 см, вес 2900 г, по всем признакам вполне доношенная. Если средняя длина доношенного ребенка считается 50 см, то для родителей небольшого роста длина ребенка 48 см, особенно для девочек, которые вообще несколько меньше ростом и весом, чем мальчики, может считаться вполне достаточной.

Наличие у нашей родильницы бленорреи заставляет нас обратить особое внимание на предохранение от заражения глаз ребенка и ее половых органов.

Как это сделать?

Предохранение от офтальмобленорреи. Метод Креде. Бленорройное заболевание глаз—наиболее частая причина слепоты у так называемых слепых от рождения. Проблема борьбы с этой слепотой была в значительной степени разрешена введением метода, предложенного Креде, который заключается в том, что каждому новорожденному во время первой уборки вкапывают в каждый конъюнктивальный мешок по 3—4 капли 1% раствора ляписа. Предложенный Креде 2% раствор вызывает резкое раздражение глаз, а 1%, давая такие же хорошие в смысле профилактики результаты, очень незначительно раздражает глаза.

Техника производства профилактического метода Креде против бленорреи очень проста. Ребенка кладут на спину, головка запроки-

нута; одной рукой раздвигают ему веки, а другой рукой с помощью пиветки вкапывают в конъюнктивальный мешок 3—4 капли раствора. Это продельвается с каждым глазом. Вытекший из глаза (на щеки) раствор оттирают чистой ваткой или ваткой, смоченной в физиологическом растворе. Если его не вытереть, то смоченные им места впоследствии чернеют (восстановление металлического серебра под влиянием света). Эта чернота держится некоторое время и производит неприятное впечатление на мать. Метод Креде—профилактика офтальмобленнорреи—ввиду его простоты, верности действия и отсутствия осложнений получил всеобщее распространение. Он тем более действителен, чем раньше его применять, поэтому рекомендуется его применять немедленно по рождении ребенка.

Предохранение от бленнорреи половых органов девочек. Для предохранения от заражения бленнорреей во время родов половых органов девочки, которые ввиду нежности их эпителиального покрова очень восприимчивы к гонококковому заражению, предложено применять тот же способ Креде, но он не получил такого распространения, как предохранение от офтальмобленнорреи, потому что половые органы девочек во время родов не так часто заражаются, как глаза, и заражение не так опасно, а профилактическое применение ляписа вызывает резкое раздражение. В нашем случае, где бленноррея матери вне сомнений, мы должны этот метод применить и по отношению к половым органам новорожденной.

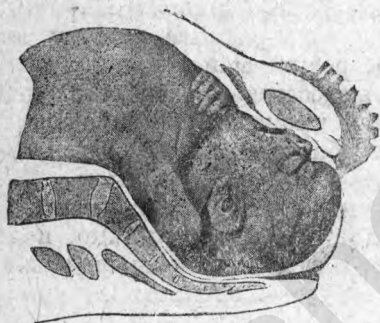


Рис. 205. Врезывание головки при лобном предлежании: сагиттальный разрез, головка идет большим носым размером.

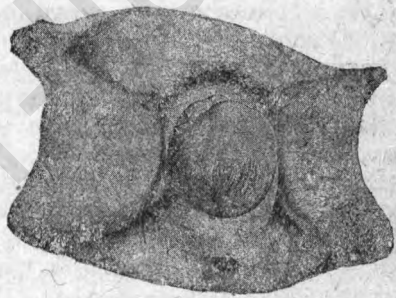


Рис. 206. Прорезывание головки при лобном предлежании.

Через час после рождения ребенка было определено, что детское место отделилось и находится во влагалище. Роженице предложено потужиться и вытолкнуть послед, но это ей сделать не удалось, мешал мочевой пузырь, который она тоже опорожнить не могла. Не желая прибегать к катетру при наличии цистита, предпочли прибегнуть к выдавливанию последа по Креде, не применяя особой силы. Послед выдавлен, пользуясь маткой как тампоном. Детское место целое, оболочки все.

На разрыв промежности по вышеописанному способу наложено 2 погружных шва и 5 на заднюю стенку влагалища, мышцы и кожу промежности.

Осложнившийся наш случай центральный разрыв промежности—явление не частое, по статистике встречается 1 : 20 000; мое впечатление, что центральный разрыв встречается чаще—мне пришлось их наблюдать несколько. Встречаются такие разрывы исключительно у первородящих—при наличии условий, подходящих к нашему случаю.

Что мы должны были бы предпринять, если бы лобное предлежание попало под наше наблюдение с плотно установившейся во входе головкой

при условиях, когда ни исправить положения, перевести в лицевое, ни сделать поворота нельзя?

Роды при лобных предлежаниях. Описаны случаи, когда при особо благоприятных условиях роды происходили при лобном предлежании; хороший таз, хорошая способность головки конфигурироваться и энергичная родовая деятельность обязательны для такой возможности. В результате конфигурации большой косой размер уменьшается на $1\frac{1}{2}$, во время внутреннего поворота нос «овертывается» к лону, прорезывание происходит путем вращения верхней челюсти вокруг лонного сочленения (рис. 205, 206, 207). Ребенок рождается с отодвинутым подбородком и открытым ртом, но кричать не может.

Поведение медперсонала при родах с лобным предлежанием. Ясно, что рассчитывать на счастливую случайность, дающую возможность ребенку родиться при лобном предлежании, нельзя. Если бы роды остановились, во избежание разрыва матки пришлось бы прибегнуть к перфорации и краниоклазии, а раз средний медперсонал этих операций делать не может, то он итти на риск попытки провести роды в лобном предлежании не должен. Надо в таком случае впрыснуть роженице под кожу морфия (1 см^3 $1\frac{1}{2}\%$ раствора) и срочно переправить ее в соответствующее родовспомогательное учреждение. Такой же образ действия должен быть и в случаях переднего вида лицевого предлежания (с подбородком, обращенным кзади), при которых, как уже было сказано, (и указано почему), роды произойти не могут.

В течение 7 дней кроме выделений, которые с 5-го дня усилились, с несколько зеленоватой окраской, раздражающие, без запаха, послеродовой период протекал нормально. Родильнице было указано значение покойного постельного содержания для избежания обострения имеющегося у нее бленнорройного заболевания. Она повидимому к этому отнеслась достаточно серьезно, на 8-й день с утра было небольшое познбливание; вечером температура повысилась до $38,2^\circ$, пульс 90 в минуту, удовлетворительный, несколько напряжен, головная боль, боли в конечностях, разбитость, общее недомогание. На 9-й день утром температура 37° , пульс 80, самочувствие попрежнему, разбитость, головная боль. Вечером температура 39° , пульс 96, самочувствие плохое. На 10-й день с утра резкие боли внизу живота слева, болезненность в области левого угла матки и в области левой фаллопиевой трубы, живот вздут, запор, температура $37,6^\circ$. Вечером явления те же, температура $39,6^\circ$, пульс 100. На 11-й и 12-й дни обострение постепенно стихло и 2 дня температура и пульс были нормальны. На 15-й день после родов новое обострение такого же характера с болями с правой стороны. Острые явления, боли, раздражение брюшины держались 3 дня, потом стихли. После 4 дней нормальной температуры было еще однократное повышение, вечером до $39,2^\circ$, к утру температура спала и больше не повышалась. Родильница пробыла в родильном доме 26 дней. Лечение, покой, холод.

Швы с разрыва промежности наружные сняты на 7-й день, внутренние — на 15-й день, сращение хорошее.

Послеродовое бленнорройное заболевание в нашем случае протекало довольно типично. Для него характерны позднее начало, умеренная лихо-



Рис. 207. Конфигурация головки при лобном предлежании. Уменьшен большой косой размер и увеличены вертикальный и малый косой.

радка. Чаше заболевание протекает в виде эндометрита, обильные выделения без запаха, тягучие, едкие. При переходе на трубы и брюшину появляются бурные явления перитонитического характера, что было и в нашем случае.

Температурная кривая бывает неправильная, ремитирующая и интермитирующая. Обострения появляются от незначительных причин: запоры, резкие движения, внутреннее исследование. Болезнь протекает при удовлетворительном пульсе, учащенном до 100 в минуту, при общем недомогании, разбитости, головных болях, болях в конечностях. Бленорройный процесс распространяется поверхностно на соседние части, непосредственно переходя с матки на трубы, затем на брюшину, где процесс быстро отграничивается спайками.

Предсказание относительно жизни—благоприятное. Процесс склонен к локализации, но нередко уже с конца 2-й декады заболевания прощупывается воспалительная опухоль придатков, величиной с кулак. Для бленорреи характерно двустороннее поражение придатков, при септических заболеваниях воспаление бывает одностороннее. Хотя ни со стороны диагноза, ни со стороны лечения и ухода бленорройное послеродовое заболевание ничего особенного не представляет, все же среднему медперсоналу брать на себя ответственность за такие случаи не следует. Правильнее их передать врачу, тем более, что иногда получается сочетание заражения гонококками и гноеродными бактериями, что сразу определить очень трудно.

Настоящая борьба с бленорреей должна базироваться на профилактике. Прежде всего население путем соответствующей санпросветработы должно получить правильное представление о том, что такое бленорройное заболевание, в чем оно выражается, как происходит заражение. Бленорройное заболевание к смерти ведет только в редких, исключительных случаях, но оно очень часто у женщин ведет к инвалидности, почему к нему надо отнестись с должной серьезностью. Особенно опасно то, что больные очень долгое время являются заразительными, несмотря на отсутствие симптомов.

За недостатком места мы этим ограничимся, укажем только на одно очень важное мероприятие в смысле борьбы с бленорреей и предохранения женщин от заражения мужьями. Лица, желающие вступить в брак, должны были бы представить врачебное свидетельство о состоянии здоровья с указанием, что они не являются заразительными в смысле бленорреи и сифилиса. Выдавать такие свидетельства надо очень осторожно, так как установить незаразительность в хронических случаях очень трудно и у мужчин и у женщин. Если бы такое свидетельство потребовали в нашем случае, молодая женщина была бы избавлена от уродующего ее половую систему заболевания, от которого она скоро избавиться не сможет. Пропаганду борьбы против бленорреи должны вести консультации для беременных, а где их нет—средний медперсонал, который для этого сам должен быть в достаточной степени знаком с клинической и социальной опасностью бленорреи.

Краткий обзор случая

Немолодая первородящая, больная бленорреей, поступила в родильный дом со схватками, начавшимися несколько часов назад, с цельми водами и подвижной над входом в таз головкой. Данные наружного осмотра и сердцебиение указали на разогнутое членорасположение плода. Внутреннее исследование установило лобное предлежание, перешедшее в дальнейшем без вмешательства в лицевое. Роды осложнились центральным разрывом промежности, пришлось сделать рассечение промежности—перинеото-

мию. Наложённые швы срослись хорошо. В послеродовом периоде—обострение гонококкового процесса, поведшее к двустороннему поражению придатков. Родильница выписалась, когда температура установилась. Родившейся девочке сделано профилактическое вкапывание раствора ляписа в глаза и половые органы.

Развитию гонорройных заболеваний чрезвычайно способствует проституция, которая неразрывно связана с капиталистическим строем. У нас, где женщина является экономически и политически равноправной, совершенно нет предпосылок для развития проституции. И мы действительно накануне ее полной ликвидации. Данные наших вендиспансеров говорят за то, что количество гонорройных б-ных все время падает.

Вовлечение в поле зрения консультации всех беременных данного района даст возможность во-время выловить отдельных беременных больных гонорреей, и путем правильного и своевременного лечения еще до наступления родов если не вылечить их, то помешать дальнейшему распространению и обострению процесса.

ГЛАВА XVII

ЭКЛАМПСИЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Гр-ка С., 20 лет, первородящая, поступила 9/IV 1931 г. в 6 час. по поводу схваток, начавшихся с вечера.

Анамнез. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. Никаких серьезных заболеваний не было. Указаний на рахит и бленоррею нет. Заболеваний почек не было. Замужем 11 месяцев. Менструации—на 13-м году, установились сразу, ходили через 3½ недели по 4 дня, количество выделяемой крови—среднее, болей при менструации не бывало. Мер предохранения от беременности не предпринимала. После замужества менструация была два раза, когда была последний раз, не помнит. С последней менструации считает себя беременной.

Состояние в настоящее время. Роженица, приезжая из деревни, строительный рабочий, крепкого, хорошего сложения и питания. Резко выражены отеки нижних конечностей и кожи живота. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы с утра на головную боль и расстройство зрения (темнеет в глазах). Пульс 78 ударов в минуту, напряжен. Тоны сердца чисты. В органах дыхания отклонений от нормы не обнаружено. Указаний на сифилис и туберкулез нет. Со стороны органов пищеварения отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание недели две учащено, не болезненно. Мочи мало. В моче белок. До половины беременности были тошнота, рвота, головная боль. Шевеление плода стала ощущать в конце декабря. Посетила два раза консультацию для получения декретного отпуска. В карточке отмечены отеки голеней (2 месяца назад), несколько напряженный пульс, реакция Вассермана отрицательная, в моче—следы белка. Дан консультацией совет воздерживаться от мясной пищи, носить бандаж и готовить соски. Роженица никакой диеты не соблюдала, бандаж не носила и соски не готовила. С вечера начались схватки, которые сейчас повторяются через 10 минут продолжительностью в 50 секунд. Воды целы.

Осмотр живота. Рубцы беременности не обильные, кожные покровы отчетны, слабая пигментация белой линии (роженица блондинка). Окружность живота—100 см.

Наружное исследование. Высота дна матки над лоном—32 см. Спинка плода—слева, мелкие части—справа. Предлежит голова в полости, заты-

лок—слева, лоб—справа. Сердцебиение плода прослушивается на 6 см над лоном, на 4 см влево от средней линии, 130 ударов в минуту. Таз: расстояние между остями—25 см, расстояние между гребешками—28 см, расстояние между вертелами—30 см, наружная конъюгата—20 см.

Какой диагноз?

Крепкая первородящая, с отеками и белком в моче, жалуется на головную боль, расстройства зрения. Пульс напряжен. Несомненная картина эклампсизма, т. е. эклампсии без припадков.

Этиология эклампсии. Эклампсия, поскольку она наблюдается исключительно в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом, должна рассматриваться как токсикоз беременности, т. е. заболевание, вызываемое отравлением организма матери продуктами, образующимися в связи с беременностью. В нашу задачу не входит разбор различных теорий происхождения эклампсии, мы должны только отметить, что у экламптичек всегда наблюдаются поражения печени и в большинстве случаев поражения почек и белок в моче (90%). Заболевание почек может быть вторичное, аналогичное поражению почек при отравлениях сулемой и т. п.

В нашем случае имеются почти все характерные симптомы преэклампсии, т. е. симптомы предшествующие эклампсии, не отмечаются, только рвота и резкая боль в подложечной области.

Какова же профилактика эклампсии вообще и экламптических припадков в частности?

Профилактика строится на уменьшении продукции токсинов в организме и способствовании выведения их из организма. Первое обстоятельство предписывает назначение молочной диеты, запрещение мясных соусов, дичи, пряностей, алкоголя, который способствует всасыванию токсинов; разрешаются вегетарианская диета, крахмалистые и мучнистые вещества и яйца в умеренном количестве. Для способствования выведению токсинов рекомендуются ванны, свежий воздух (проветривание помещения), слабительные. Вот режим беременных, у которых наблюдаются токсические явления в последние месяцы беременности: головные боли, рвота, отеки, белок в моче, повышение кровяного давления. Эти симптомы были у нашей родильницы и отмечены при посещении консультации, ей была назначена молочная диета, но она к сожалению предписания врача не исполняла, не придавала ему должного внимания, и к нам она явилась уже с полным симптомокомплексом эклампсизма. Некоторые акушеры считают назначение молочной диеты чрезвычайно существенным и утверждают, что 8-дневное проведение молочной диеты (абсолютной) гарантирует большую с белком в моче от заболевания эклампсией.

Кто же заболевает эклампсией?

Частота заболевания эклампсией—1:200, 1:400 родов. Заболевание эклампсией до 6-го месяца беременности—чрезвычайная редкость, чаще заболевание проявляется на 8—9-м месяце. По некоторым статистическим данным эклампсия начинается в 50% случаев во время родов и приблизительно по 25% во время беременности и после родов. Другие акушеры считают, что многие случаи, начавшиеся как будто во время родов, в действительности начались раньше явлениями эклампсизма уже во время беременности, осложнившись во время родов припадками, и они дают цифру частоты эклампсии 54% во время беременности, 30% во время родов и 16% после родов. Первородящие заболевают в 4 раза чаще, чем повторнородящие.

Заболевание эклампсией во время беременности не всегда ведет к прерыванию беременности, даже после смерти плода от эклампсии роды могут наступить только через несколько недель.

Значение эклампсии матери для плода. Плод имеет тем больше шансов родиться живым, чем в более поздний срок беременности и в особенности родов началась эклампсия, чем слабее приступы и чем скорее произойдет изгнание плода.

Во время беременности необходимо наблюдение за количеством мочи и содержанием в ней белка. В случаях, где была альбуминурия и эклампсия во время предыдущих родов, необходимо исследовать мочу почти ежедневно.

Каковы симптомы эклампсии?

Припадок эклампсии наступает редко внезапно, в большинстве случаев налицо вышеуказанные предвестники (преэкламптические).

Течение припадка.

Первый период. В начале припадка наблюдаются быстрые фибриллярные подергивания мышц лица, веки то открываются, то закрываются, глазное яблоко вращается, язык высовывается, на нем тоже появляются фибриллярные подергивания. Легкие движения верхних конечностей. Голова повертывается в стороны, больше влево. Зрачки на свет не реагируют. Этот первый период длится от $\frac{1}{2}$ до 1 минуты.

Второй период припадка—период контрактур, тонических судорог. Все тело больной вытянуто, неподвижно, глаза фиксированы, смотрят вверх, челюсти сжаты, прикусывают высунутый язык, отчего пена, окрашенная кровью. Верхние конечности сведены в экстензии и пронации. Нижние конечности вытянуты. Все тело выпрямлено и несколько выгнуто. Сведение мышц грудной клетки и диафрагмы вызывает задержку дыхания, лицо синее. Этот период продолжается 15—20 сек., во время него может наступить смерть от асфиксии.

Затем наступает третий период—период клонических судорог. Ритмическая судорога всех мышц тела, причем больную иногда так подбрасывает на постели, что она может упасть. Этот период продолжается от 3 до 5 мин. и кончается комой. У больной бывает обычно полная амнезия (не помнит ничего) о бывшем припадке. Сознание и чувствительность возвращаются постепенно. Даже в легких случаях остаются на некоторое время затрудненная речь, сонливость и ослабление памяти. Во время приступа температура может подняться до 38,5—39°, в промежутках между приступами температура падает. Пульс до и после приступа полный, напряженный, 90—100 в минуту, во время приступа слабый, плохо прощупывается, артериальное давление повышено. Чем больше приступов и чем они сильнее, тем тяжелее общее состояние. Мочи мало, она темна и после приступа всегда содержит белок. Маточные сокращения в связи с приступом обыкновенно усиливаются, роды могут произойти во время коматозного состояния. Сердцебиение плода не изменяется или несколько ускоряется, если нет изменений со стороны детского места (отслойки и т. п.).

Различают три формы эклампсии по тяжести.

Легкая форма характеризуется малым числом и короткими приступами, отсутствием комы и повышенной температуры, достаточным количеством мочи с небольшим количеством белка. Бывают abortивные формы эклампсии, 1—2 припадков, без белка в моче.

Средняя форма—10—20 припадков, кома, мочи мало, белка много.

Тяжелая форма—почти непрерывные припадки, абсолютная кома, моча не выделяется, катетром удается добыть несколько капель густой, темной мочи. Склеры и кожа желтушно окрашены. Температура в прямой кишке—39—40°. Дыхание затруднено. Такие формы кончаются смертью в 2—3 дня.

Какой прогноз эклампсии?

Эклампсия—одно из наиболее тяжелых заболеваний, смертность матерей доходит до 30%, смертность детей до 60—70%.

Благоприятными признаками считаются: падение температуры, выделение мочи в достаточном количестве, уменьшение частоты припадков, короткая кома, хорошая функция кишечника. Послеродовая эклампсия дает лучшее предсказание. Прогрессирующее повышение температуры указывает на усиление интоксикации или осложнение со стороны внутренних органов и является неблагоприятным признаком, так же как и падение температуры ниже нормы.

Какие перед нами ставятся задачи при эклампсии и в нашем случае?

Мы должны прежде всего постараться предотвратить развитие приступа.

Как это сделать?

Терапия. Поместим больную в теплую затемненную комнату, дадим ей полный покой. Пищи никакой, дают только кипяченую или щелочную воду, увеличивающую диурез и действующую против ацидоза, на голову—лед, внутрь—бромистый натрий, грелки на область почек.

Что мы должны делать, если появляется припадок?

Прежде всего мы должны так обставить больную, чтобы она себе не нанесла вреда (не упала, не ушиблась). Для этого ее кровать ставится



у стены, и к ней пододвигается другая кровать. Если у больной есть искусственные зубы, их вынимают. Были случаи, когда во время приступа искусственные зубы попадали в трахею. Затем надо приготовить роторасширитель или другой инструмент (шпатель, ложку, ручка которой обернута марлей), который мы могли бы ввести между коренными зубами больной, чтобы помешать прикусыванию языка. Этого можно достичь также с помощью салфетки, край которой закладывается в рот и придавливает язык ко дну ротовой полости (рис. 208).

Рис. 208. Предохранение языка от укусов во время припадка эклампсии введенной между зубами салфеткой, придавливающей язык. Салфетка за края поддерживается руками ухаживающего персонала.

Относительно лечения эклампсии нет единодушия среди акушеров. Мнения расходятся в вопросе о применении наркотических. В то время как одни

широко применяют наркотики—хлоралгидрат, морфий, эфир и даже хлороформ, считая, что в них чуть ли не все спасение, другие совершенно отрицают их применение, указывая, что нерационально в отравленный организм вводить новые яды. Все согласны с тем, что раз причина заболевания—в плодном яйце, то чем скорее оно будет удалено из организма матери, тем будет лучше, но это удаление не должно сопровождаться форсированным родоразрешением. Большинство применяет кровопускание, но некоторые во всех случаях, а другие—только при определенных показаниях (2—3 приступа, полный напряженный пульс, явления прилива к голове).

Какой прогноз в нашем случае?

Явления эклампсии налицо, весьма вероятно появление припадков. Мочи порядочно, белка немного; признаки эти благоприятные. Дадим больной возможный покой, воздержимся от всяких манипуляций, назначим ей бром, Виши, холод на голову, тепло на область почек и будем ждать. Припадок будет показанием к внутреннему исследованию для определения, насколько подвинулись роды.

Как должен поступать в подобных случаях средний медперсонал? На средний медперсонал возлагается очень важная и плодотворная задача профилактики эклампсии. Выше было указано, какое громадное значение в смысле профилактики эклампсии имеет своевременное определение присутствия в моче белка и назначение соответствующего режима (молочной диеты, теплых ванн и т. п.), который может предотвратить развитие эклампсии. Средний медперсонал должен пропагандировать необходимость для всякой беременной посещать консультацию, указывая, какой вред может получиться от пренебрежения назначениями консультации, как это имело место в нашем случае.

В тех же местах, где нет консультации, средний медперсонал выполняет ее работу.

Что же должен делать средний медперсонал, если бы ему пришлось оказывать помощь в случае, подобном нашему?

В зависимости от того, надо ли больную переправлять в лечебное учреждение или врач может быть вызван к ней, образ действия среднего медперсонала будет несколько различен. Если надо больную отправлять, то необходимо выяснить, насколько у нее подвинулись роды, какое состояние маточной шейки, при небольшом открытии лучше всего впрыснуть ей под кожу 1 шприц (1 см³) 1½% раствора морфия или сделать ей клизму из 2,0 хлоралгидрата и отправить в лечебное учреждение. При большом открытии маточной шейки немедленная эвакуация может оказаться нецелесообразной, конечно нежелательно, чтобы роды произошли дорогой без всякой медицинской помощи. Вопрос в том, сможет ли больная до родов доехать до лечебного учреждения. Если да, то ее надо немедленно отправить; если нет, то надо принять те меры, которые мы предприняли по отношению к нашей больной в условиях стационара, т. е. поместить ее в теплое, затемненное, изолированное от шума помещение и учредить за ней внимательное наблюдение. По окончании родов, о проведении которых мы будем говорить при разборе нашего случая, роженицу можно не переправлять в лечебное учреждение только в случае, если бы не было припадков, так как средний медперсонал ни в коем случае не может и не должен брать на себя ответственность за лечение эклампсии.

В 8 час. с больной сделался припадок судорог, продолжавшийся около двух минут. Сначала появились подергивания мышц лица (зуб же больной введен роторасширитель между правыми коренными зубами), затем появились тонические судороги всего тела и наконец клонические. После припадка сознание несколько неясное, жалуется на головную боль, во время схваток морщится, пульс полный, напряженный, 80 в минуту.

Ввиду бывших явлений эклампсии припадок для нас не явился неожиданностью, и диагноз эклампсии сомнений не вызывает. Вообще если мы во время родов или в последние месяцы беременности наблюдаем припадки судорог с потерей сознания, наша первая мысль всегда будет, не эклампсия ли это.

Какой дифференциальный диагноз между припадками эпилепсии, истерии и уремии? Эпилептический припадок очень похож на эclamптический, но после него сознание полное, начинается он с крика и из анамнеза мы узнаем, что такие припадки бывали и раньше. При истерическом припадке нет потери сознания, не бывает после него коматозного состояния. Уремический припадок ничем от эclamптического не отличается, и их раньше не различали, считая эclamпсию уремии беременных. Различить их можно по исследованию мочи, по которому при уремии обнаруживаются значительно более глубокие изменения в почках. Если под наше наблюдение попадает женщина в коматозном состоянии, то дифференцировать приходится между эпилепсией (кома значительно короче, сознание быстро восстанавливается, данные анамнеза указывают на бывшие раньше припадки), опьянением (алкогольный запах), мозговыми кровоизлияниями (явления паралича языка и конечностей) и некоторыми отравлениями (например фосфором—симптомы, свойственные этим отравлениям).

Решено под наркозом сделать кровопускание из левой локтевой вены, воспользовавшись нахождением больной под наркозом для производства внутреннего исследования. Наркоз эфирный, хлороформный наркоз считаем противопоказанным ввиду наблюдающегося при эclamпсии поражения печени, на которую хлороформ особенно вредно действует.

Венесекция (техника производства). Больной дан эфир, жгутом пережато левое плечо на уровне места прикрепления дельтовидной мышцы, так чтобы вызвать венозную застой; пульс должен прощупываться. Локтевой сгиб смазан 5% иодной настойкой, кожный разрез на 3 см вдоль локтевой вены, вена отсепарована, с помощью иглы Дешампа оба конца вены взяты на лигатуры, вена вскрыта продольным разрезом, в $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ см из нее брызнула сильная ровная струя темной крови. Кровь собрана в градуированный сосуд. Выпущено 600 см³ крови, пульс стал мягче и менее напряжен. Жгут снят, лигатуры затянуты, и кожная рана зашита двумя шелковыми швами. Коллодийная повязка, подкрепленная марлевым бинтом ввиду беспокойного состояния больной.

Произведенное в это время внутреннее исследование показало: шейкаглажена, открытие—8 см, края тонкие, воды целы, голова в прямом размере узкой части полости.

Что делать?

Извлечение головки при открытии в 8 см у первородящей было бы насильственным родоразрешением, которое при эclamпсии не рекомендуется, но допускается в случае показаний к немедленному окончанию родов. Таких показаний пока нет. Был один короткий припадок эclamпсии, случай пока легкий, можно ждать. Надо разорвать плодный пузырь, это усилит родовую деятельность, несколько ослабевшую от наркоза. Возможно, что роды закончатся самопроизвольно. Если будут показания (припадки), можно будет извлечь ребенка щипцами, растянув зев пальцами. У первородящей с целым пузырем, открытием в 8 см и ослабленной родовой деятельностью роды самопроизвольно произойдут через час, два и дольше. Если же ей дать наркотическое, то в случае необходимости ее можно транспортировать на расстояние часа езды.

Не извлекая исследующей руки из влагалища, плодный пузырь разорван. Схватки несколько сильнее.

Через 20 мин. после окончания первого припадков—второй припадок, продолжительностью 3 мин. После первого припадков сознание было не вполне ясное, после второго—затемнение сознания сильнее.

Что делать?

Надо кончать роды, наверное открытие за промежуток между двумя припадками несколько увеличилось, можно будет наложить щипцы и закончить роды.

Условия для наложения щипцов подходящие — головка стоит в прямом размере таза, так что щипцы, наложенные в поперечном размере таза, захватят головку вполне симметрично и будут ее держать плотно.

Могло ли бы при данных условиях лицо среднего медперсонала наложить щипцы?

Наложение щипцов средним медперсоналом. По инструкции Наркомздрава о правах и обязанностях акушерки акушерка щипцов накладывать не имеет права, ее права в смысле оперативном ограничены наложением швов и операциями без применения инструментов (поворот, отделение места, разрыв пузыря, пособие при тазовых предлежаниях), но при условиях нашего случая, при жизненных показаниях для спасения жизни матери (и вместе с тем плода), при головке, стоящей в прямом размере, т. е. наиболее благоприятном для операции извлечения щипцами, я полагаю, что наложение щипцов и извлечение ими ребенка не будет поставлено в вину проделавшему это лицу среднего медперсонала. Если случай окончится благополучно, то конечно никто дела по поводу незаконного наложения щипцов, так сказать превышения своих полномочий, не возбудит, но нельзя быть уверенным, что такое обвинение не возникнет при неблагоприятном исходе родов для матери или ребенка. Я бы все же думал, что в таком случае, где имелось в виду спасение двух жизней, при невозможности вызвать врача или транспортировать больную, суд не признает оператора виновным.

Какие щипцы необходимы и как их накладывать?

Поскольку операция наложения щипцов в круг обязанностей среднего медперсонала не входит, мы подробно говорить о ней не будем. Рассмотрим только вкратце различные наиболее принятые типы щипцов, общие условия их наложения и технику наложения в наиболее простых случаях, к которым относится и наш случай.

Акушерские щипцы являются очень ценным инструментом, с помощью которого мы можем срочно извлечь при определенных условиях, о которых скажем дальше, ребенка в случае показаний для быстрого окончания родов со стороны матери или плода, т. е. щипцы—инструмент, заменяющий отсутствующую или недостаточную родовую деятельность.

Первые щипцы были изобретены английским врачом Чемберленом в конце XVI столетия; они были параллельными и без тазовой кривизны. Семья Чемберлена хранила свое изобретение в секрете, и только в середине XVII столетия Леврет, французский акушер, и Смелли, английский акушер, переработали щипцы, построили модель более длинную с перекрещивающимися браншами и тазовой кривизной—приблизительно тот тип, которым мы в настоящее время пользуемся.

В настоящее время существует громадное количество моделей акушерских щипцов, которые могут быть подведены к двум главным типам—щипцы с перекрещивающимися браншами и щипцы с параллельными браншами (рис. 209, 210, 211, 212, 213, 214).

В щипцах различают ложки, охватывающие головку ребенка, ручки, за которые тянут, и замок, который соединяет две бранши щипцов; у браншей имеется еще искривление, соответствующее изгибу таза,—тазовая кривизна. Различают перекрещивающиеся щипцы французские (Леврета—рис. 211), которые отличаются относительной длиной, небольшой головной и тазовой кривизной, замок с винтом,

ручки с крючками, немецкие (Буша, Негеле—рис. 210) с замком в виде пшинька, на который надевается вырезка другой ложки, и наконец английские (Симпсон-Брауна—рис. 209), которые соединяются с помощью одинаковых вырезок на каждой бранше. Из параллельных щипцов отметим русские щипцы Лазаревича и щипцы Киланда (рис. 214). Существуют еще щипцы с очень ценным в механическом отношении приспособлением—это щипцы с осевыми тракциями—французские Тарнье и немецкие Бреуса (см. рис. 212 и 213).



Рис. 209. Акушерские щипцы Симпсон-Брауна, модель английская (английский замок).



Рис. 210. Акушерские щипцы Негеле, модель немецкая (немецкий замок).

По длине отличают высокие щипцы, накладываемые на головку, стоящую высоко во входе в таз, щипцы полостные—для головки, находящейся уже в полости таза, и самые короткие выходные щипцы, накладываемые на головку в выходе таза. Все дальнейшие подробности по вопросу о щипцах как инструменте изложены в описании рисунков щипцов.

Недостаток места не позволяет больше остановиться на этом вопросе. Если акушерка щипцов накладывать не должна, все же она должна знать основные типы щипцов, их отличие по замкам, должна знать, что такое параллельные щипцы и щипцы с осевыми тракциями. Ей также необходимо знать, какая ложка левая (т. е. какая вводится в левую половину таза

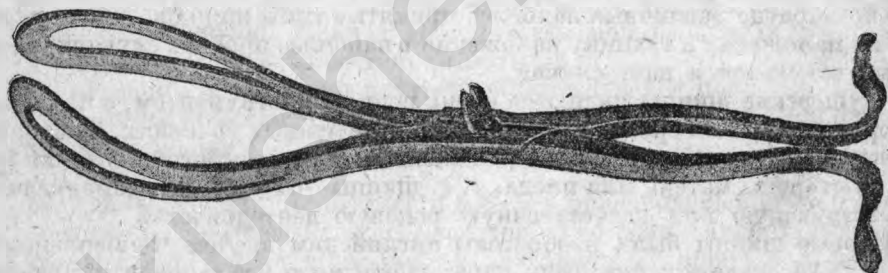


Рис. 211. Акушерские щипцы Леврета, французская модель (французский замок).

матери), какая правая, какая из них вводится раньше, для того чтобы, помогая врачу при операции, подать нужную ложку и приготовить нужную модель.

При накладывании щипцов в нашем случае мы изложим технику наложения щипцов и извлечения, знание которой необходимо для того, чтобы быть сознательным помощником и может быть наложить щипцы в случае, аналогичном описываемому.

Вопрос о щипцах сознательно излагается очень кратко и схематично, учитывая потребности среднего медперсонала.

Для каждой операции, как мы это видели, когда шел вопрос о повороте, существуют показания для ее применения и условия, при которых она может быть применена; так же дело обстоит относительно операции наложения щипцов.

Показания к наложению щипцов—это необходимость закончить быстро роды при головном предлежании при недостаточной родовой деятельности.

Условия для наложения щипцов следующие: живой ребенок (головное предлежание), полное или почти полное открытие, разорванный пузырь и

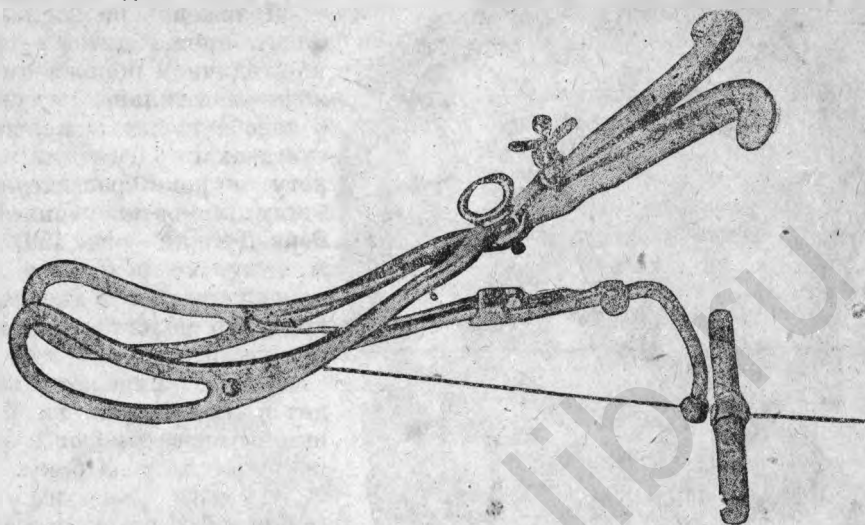


Рис. 212. Акушерские щипцы, французская модель Тарнье, с приспособлением для осевых тракций. Чертой обозначено направление тракций.

возможность выведения ребенка через естественные пути матери, т. е. отсутствие препятствий для прохождения плода со стороны полового канала, т. е. мягких частей и размеров таза. К этому надо добавить еще одно

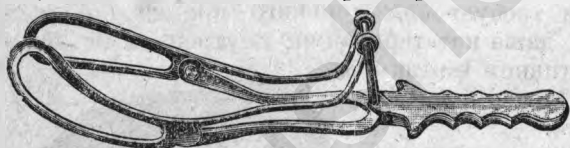


Рис. 213. Акушерские щипцы Бреуса, немецкая модель, с осевыми тракциями. Отличаются от щипцов Тарнье тем, что влечение производится за ручки, которые прикреплены к ложкам с помощью шарнира, дающего возможность ручкам отклоняться книзу от оси ложек.



Рис. 214. Акушерские щипцы Киланда прямые, без тазовой кривизны, с замком, допускающим передвижение по длине, почему одна ложка может быть введена глубже другой.

условие. Щипцы не накладываются на подвижную головку, значит для применения щипцов головка должна быть фиксирована в тазу. Некоторые акушеры еще более ограничивают применение щипцов требованием, чтобы головка стояла в прямом размере таза, что может быть при нормальных условиях только в узкой части полости или в выходе, потому что только при таком положении головки щипцы могут быть наложены в поперечном размере таза и захватить головку ребенка симметрично и плотно. Кроме того головка по своим размерам должна

подходить к размерам щипцов. Маленькие головки недоношенных детей щипцами извлекать нельзя, они выскользнут.

В нашем случае показания ясны; заканчивая роды, мы удаляем источник интоксикации, вызывающий эклампсию. Условия имеются, ребенок

жив, голова—в прямом размере узкой части полости (была при производстве исследования, сейчас возможно еще ниже), пузырь разорван, если нет полного открытия зева матки, его можно будет растянуть до достаточного открытия.

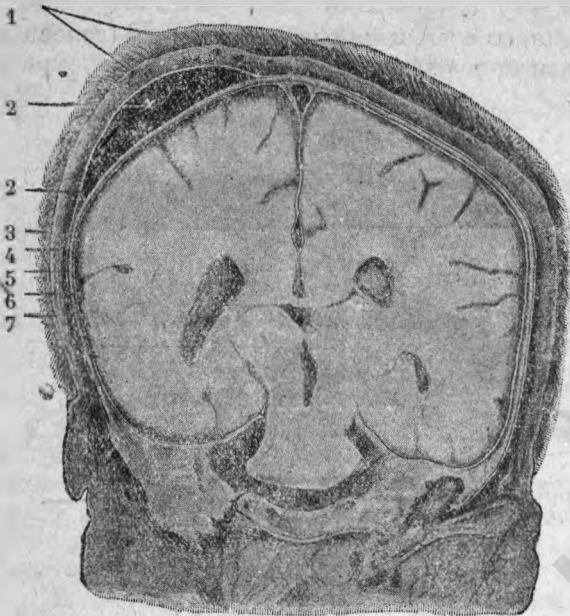


Рис. 215. Кефалогематома правой теменной кости, фронтальный разрез.

1—кровозлияние в апоневроз; 2—кровозлияние под надкостницу; 3—кожа; 4—aponевроз; 5—надкостница; 6—кость; 7—твёрдая мозговая оболочка.

решается. Наличие эклампсии требует обязательного применения наркоза при всякой манипуляции, даже катетеризации, внутреннем исследовании, следовательно об оперативном вмешательстве без наркоза не может быть и речи. В нашем случае наркоз нужен.

А если бы не было эклампсии?

Считая наркоз по существу мероприятием, безусловно вредным для организма, а нередко и опасным, я полагаю, что к нему надо прибегать только в случаях, когда он безусловно показан (поворот, эмбриотомия); относительно операции наложения щипцов я придерживаюсь следующего. Для трудных щипцов там, где придется применять значительную силу (высокие щипцы, сопротивление мягких тканей, высокая прожежность), я считаю наркоз показанным, но охотно обхожусь без него в случаях выходных щипцов, особенно у повторнородящих. Болезненность при наложении щипцов очень невелика, а роженица, находящаяся в сознании, может несколько помочь потуживанием извлечению ребенка. Некоторые советуют накладывать щипцы в полунаркозе, чтобы использовать родовую деятельность, схватки и потуги.

Положение больной. Операция производится в спинно-ягодичном положении роженицы с сильно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и пригнутыми к животу широко разведенными ногами; такое положение (Лабори-Дункан—рис. 153) дает к тому же некоторое увеличение прямого размера выхода, что облегчает извлечение головки.

В Англии, где роды проводят в положении на боку, щипцы накладывают в таком же положении на боку.

Нужен ли наркоз (общий) при операции наложения щипцов и извлечения ими ребенка?

Для нашего случая вопрос очень легко и просто



Рис. 216. Кефалогематома правой теменной кости.

Какой наркоз?

В большинстве случаев применяется общий эфирный наркоз, хлороформом пользуются только при противопоказаниях к эфиру со стороны легких. При эклампсии хлороформ безусловно противопоказан наличием поражения печени, о чем уже было сказано.

Какие осложнения встречаются наиболее часто при наложении щипцов и извлечении ими ребенка?

Ввиду того, что благодаря применению щипцов роды заканчиваются быстро, эта операция сопровождается в очень большом проценте случаев разрывами промежности, которые почти неизбежны у первородящих. Это надо иметь в виду, и при подготовке инструментария для наложения щипцов всегда класть все необходимое для зашивания промежности. Мы не будем здесь останавливаться на разрывах шейки, если накладывают щипцы при недостаточном открытии зева, и об иногда очень больших повреждениях мягких частей матери при соскальзывании щипцов с головки. Эти случаи надо считать осложнением, зависящим в известной степени от недостаточно умелого или недостаточно осторожного применения инструмента.



Рис. 217. Желобоватое вдавление от давления мыса при прохождении головки через суженный вход плоского таза (вторая позиция). Извлечение последующей головки после поворота.



Рис. 218. Ложкообразное вдавление от давления мыса в суженном входе плоского таза (вторая позиция). Самопроизвольные роды.

Травма головки ребенка при извлечении щипцами. Щипцы несколько травмируют головку ребенка, на которой образуются вдавления (на коже) и ссадины от ложек щипцов. Эта травма большого значения не имеет, если не инфицируется, все эти повреждения быстро заживают. Иногда получают параличи лицевого нерва, трещины черепных костей, глубокие вдавления (рис. 217, 218) и кровоизлияния под надкостницу (рис. 215, 216) и в мозг, но эти повреждения зависят не от щипцов, а от насильственного извлечения головки при ее несоответствии размерам таза. При очень трудных щипцах, потребовавших применения большой силы для извлечения относительно твердой мало податливой головки, может получиться и травма таза матери, чаще лонного сочленения. Этим мы ограничимся за недостатком места, а главное потому, что трудных щипцов акушерка уже наверное накладывать не будет. Надо еще упомянуть, что в результате некоторого

сжатия головки щипцами ребенок может родиться в а с ф и к с и и, надо поэтому приготовить на всякий случай все, что нужно для оживления.

Операция наложения щипцов относительно безопасна для матерей, но далеко не безразлична для детей. Смертность матерей $\frac{1}{2}\%$. Детская смертность непосредственная 20%, в течение первых 10 дней—10%, в течение первых лет—27%. Мозговые явления наблюдаются в 5%.

Подготовка к операции. Обязательно опорожнение мочевого пузыря и в случае наполнения и кишечника (клизмой). Если роженица сама опорожнить мочевого пузыря не может, надо мочу спустить катетром, лучше всего

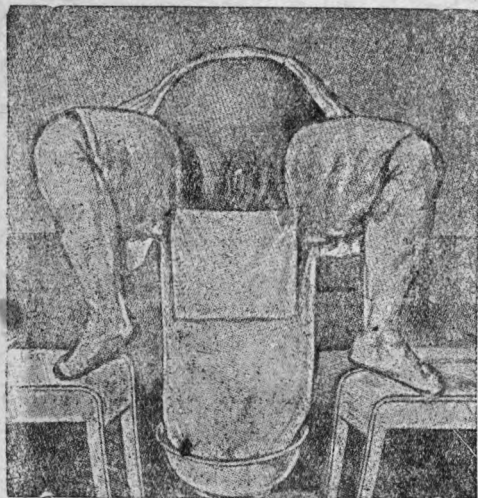


Рис. 219. Спивно-ягодичное положение на поперечной кровати. Больная расположена на кровати поперек, ступни упираются в табуретки. Область заднего прохода изолирована стерильной салфеткой, бедра закрыты стерильными салфетками, под тазовой областью стерильная подстилка, по которой выделения могут стекать в подставленный сосуд.

полутвердым (из шелковой покрытой лаком ткани), металлическим можно повредить мочеиспускательный канал, а мягкий иногда не удастся ввести в зависимости от придавливания мочеиспускательного канала к лону предлежащей головкой. В случаях затруднения при введении катетра можно попытаться отодвинуть мешающую головку пальцем через влагалище. Имея в виду чрезвычайную ранимость мочевого канала и мочевого пузыря и легкую инфицируемость последнего в связи с родовой травмой, при катетеризации требуется особенно тщательное проведение асептики по отношению к катетру и антисептики по отношению к рукам медперсонала и отверстию мочеиспускательного канала, который необходимо тщательно протереть ваткой, смоченной сулемовым раствором (1 : 2 000) или, как рекомендуют французские акушеры, ваткой со спиртом.

Дезинфицировать влагалище, как показал опыт, не

является необходимым. Некоторые акушеры перед операцией наложения щипцов в случае обильных влагалищных выделений применяют спринцевание влагалища, но большого значения это иметь не может, влагалище таким путем дезинфицировано не будет, будут только несколько удалены из него выделения, зато имеется риск занести струей воды содержимое влагалища в матку.

Необходимо хорошо изолировать операционное поле. На ноги оперируемой надевают стерильные чулки (мешки, доходящие до паховых складок), на живот кладется стерильная подстилка; такая же подстилка, спускающаяся со стола вниз, подкладывается под таз; область заднего прохода изолируется салфеткой, прикрепленной пинцетами к чулкам или к коже (рис. 219).

Инструментарий. Щипцы (для нашего случая выходные)—короткая модель Симпсон-Брауна. Это—очень удобный инструмент, но обладающий неприятной особенностью сильно растягивать промежность местом перехода ручек в ложки. Выбор щипцов зависит главным обра-

вом от привычки оперирующего; я применяю выходные щипцы Симпсон-Брауна, короткую модель, а для полостных и высоких щипцов пользуюсь щипцами Тарнье, совершенно не отрицая применения всяких других моделей. Кроме щипцов должно быть приготовлено все необходимое для наложения швов, для наркоза и оживления.

Техника операции. Больной дан эфирный наркоз. Моча спущена катетром (мочи—50 см³). Наружные половые органы и незакрытые чулками части бедер смазаны 5% иодной настойкой.

Оперируемая—на операционном столе, ноги—на подпорках или поддерживаются помощником. Можно оперировать и на поперечной кровати. Больная тогда помещается на краю кровати, ноги (ступни) поставлены на расположенные у кровати с двух сторон табуретки (рис. 219) или поддерживаются помощниками. Оперирующий располагается перед половыми органами родильницы, инструменты разложены на столике с правой стороны оператора.

Оперировать стоя или сидя?

Это зависит от высоты операционного стола или кровати, на которой оперируют. Мы оперируем на высоком операционном столе стоя. Хотя оперирующий должен хорошо заранее изучить инструмент, который он будет применять, и конечно должен знать и знает, что первой вводится левая ложка левой рукой в левую половину таза, умеет вполне отличить нижнюю левую ложку от правой, которая накладывается после, поверх левой, все же рекомендуется начинающим операторам, вполне естественно волнуясь, приступая к операции, сначала взять обе ложки, замкнуть их, а потом разнять их и взять нижнюю левую.

Надо ли смазывать чем-нибудь щипцы для скользкости?

Я не смазываю, но некоторые акушеры советуют смазывать; можно для этого пользоваться раствором лизоформа, лизола, мыльно-лизоловым раствором (раствор зеленого мыла с лизолом), стерильным глицерином, вазелиновым маслом и т. д.

Перед операцией необходимо произвести внутреннее исследование, чтобы вполне точно определить положение подлежащей части и все подробности случая. Если это не удастся сделать, исследуя двумя пальцами, надо произвести исследование полурукой (снаружи остается один большой палец).

Сердцебиение плода хорошее—130 в минуту, почти по средней линии на 4 см выше лона, пульс—72, не напряжен, температура—37,1°.

Внутреннее исследование. Открытие почти полное, край зева прощупывается только спереди. Голова—в выходе, стреловидный шов—в прямом размере с малым родничком под лонным сочленением. Небольшая головная опухоль. Условия для наложения щипцов подходящие, приступаем к операции (рис. 220—225).

Два пальца правой руки введены во влагалище и направились к левой стенке таза.левой рукой взята левая ложка щипцов, как пишчее перо (рис. 220), положена параллельно правому паху матери, нижний край ложки щипцов скользит по указательному пальцу правой руки, путем подведения ручки щипцов к средней линии и опускания ее книзу ложка щипцов расположилась на левой стороне головки ребенка. Ложка (ручка) передана помощнику. Затем левая рука (два пальца) введена во влагалище в правую половину таза, и правая ложка щипцов, взятая правой рукой, аналогичным образом введена в правую половину таза и легла на пра-

вую сторону головки плода (рис. 221). Ложки замкнуты без затруднений (рис. 222). Для того чтобы ложки легко замкнулись, надо, чтобы они были расположены на головке вполне симметрично, параллельно друг другу. Если этого нет, надо поставить правую ложку в правильное

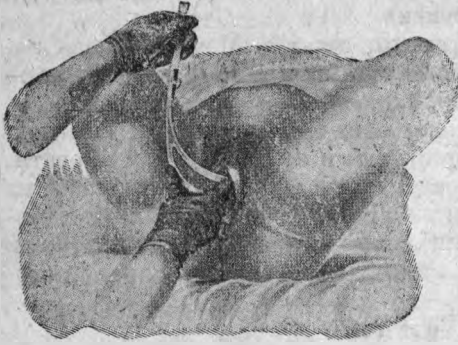


Рис. 220. Техника наложения щипцов. Спинно-ягодичное положение, акушерские щипцы Негели. Введение левой ложки левой рукой в левую половину таза по пальцам правой руки, введенным во влагалище. Ручка щипцов лежит параллельно правому паху матери.

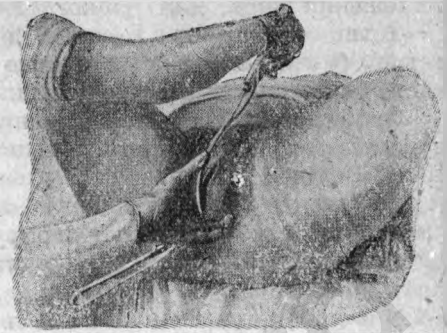


Рис. 221. Техника наложения щипцов. Левая ложка введена в левую половину таза. Введение правой ложки правой рукой в правую половину таза.

положение с помощью пальцев левой руки, надавливанием на ее нижний край. Сложенные ручки сошлись вплотную, головка соответствует головной кривизне щипцов.

Проверим, хорошо ли лежат ложки. Стреловидный шов оказался по середине между ложками, значит ложки расположены вполне симметрично (рис. 223а, б). Потянув за ручки щипцов в то время, как исследуемый палец лежит на стреловидном шве, мы удостоверились, что щипцы двигаются вместе с головкой, не соскальзывают. Это была пробная тракция (рис. 224).



Рис. 222. Техника наложения щипцов. Замыкание ложек при правильно симметрично наложенных ложках щипцов; замыкание происходит легко, так как вырезка верхней правой ложки устанавливается соответственно шпильку нижней левой ложки.

Если бы по замыкании между ручками щипцов оставался промежуток, это означало бы, что головка несколько больше головной кривизны щипцов, и для того чтобы при сжатии ручек и извлечении головки не испытывала ненужного сдавливания щипцами, в промежуток между ручками щипцов надо было бы заложить полотенце или целенку.

Как тянуть, в какое время и в каком направлении?

Тракция. Тянуть нужно, подражая схватке и по возможности во время схваток, которые обычно возобновляются, как только несколько ослабляется степень наркоза. Сила тяги должна увеличиваться прогрессивно, постепенно и так же постепенно ослабевать. Это

необходимо, чтобы дать передышку ребенку, который без передышек в тракциях погиб бы от асфиксии. Никоним образом нельзя тянуть рывком. Рекомендуются тракцию проводить исключительно силой двуглавых мышц плеча, а не весом всего туловища. Продолжительность тракции—



Рис. 223а. Расположение ложек щипцов на головке при затылочном предлежании, передний вид. Ложки располагаются вполне симметрично, окно ложки захватывает теменной бугор (P), скуловую кость (M) и угол нижней челюсти (a). Выпуклый край (нижний) ложки доходит до глазницы (орбиты), вогнутый (верхний) край прижимает ухо, которое не должно попадать в окно щипцов, так как уши расположены не диаметрально противоположно, а несколько ниже.



Рис. 223 б. Расположение ложек щипцов на головке при лицевом предлежании, задний вид. Ложки расположены вполне симметрично, в окно ложки помещаются теменной бугор (P) и скуловая кость. Выпуклый нижний край касается глазницы, вогнутый верхний придавливает ухо, которое при правильном симметричном расположении ложек щипцов в окно ложки попасть не может, так как уши не расположены диаметрально противоположно.

около 50—60 сек. Влечение за щипцы вызывает рефлексорно схватку и потуги, которые помогают оперирующему. При извлечении приходится иногда применять порядочную силу, надо только помнить, что тяга силь-

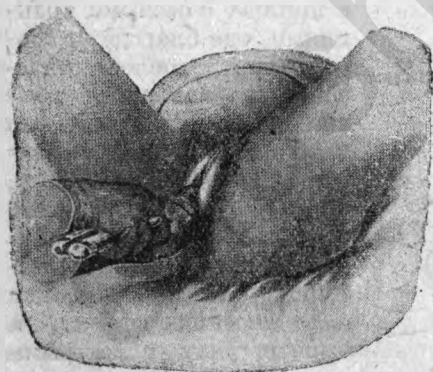


Рис. 224. Техника наложения щипцов. Щипцы наложены и замкнуты. Правая рука сверху, средний палец между рукоятками щипцов, указательный и четвертый (и пятый) охватывают рукоятки с обеих сторон. Левая рука захватывает полной рукой рукоятку щипцов снизу.

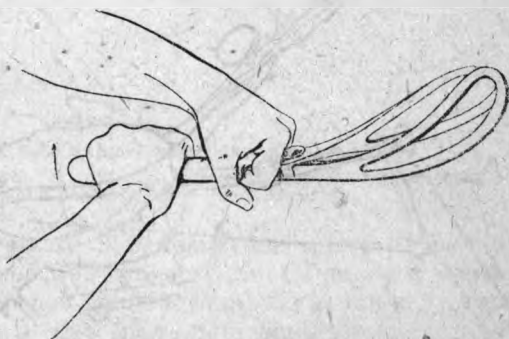


Рис. 225. Механизм действия щипцов (без осевых тракций). Левая рука фиксирует щипцы в области замка, работу производит правая рука, захватившая рукоятки щипцов полной рукой, влекущая и одновременно приподнимающая их (по направлению стрелки).

нее 25 кг опасна для ребенка, а сильнее 50 кг опасна и для матери (травма таза).

В каком направлении тянуть?

Щипцы без осевых тракций в этом отношении построены неудачно, ось таза, по которой должна идти головка, с осью—направлением—ручек не совпадает, а образует некоторый угол, почему тяга должна произ-

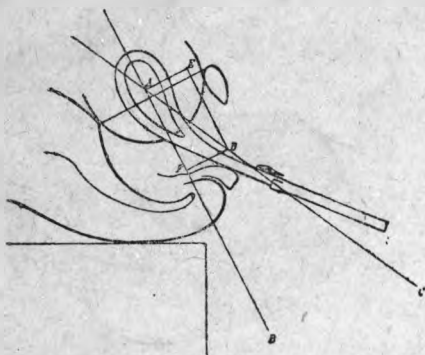


Рис. 226 а. Щипцы наложены на высокостоящую головку. Направление тракций AC значительно отклоняется от направления пути головки AB . Сила тракции AD разлагается на силу AF , дающую полезное действие, и силу AE , вредную, прижимающую головку к лону и тем задерживающую ее движение.

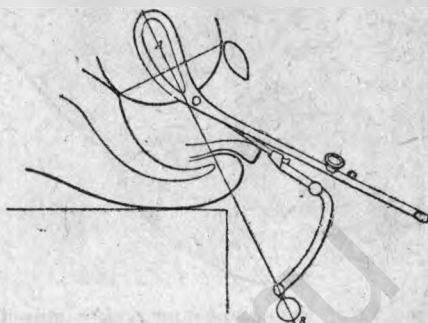


Рис. 226 б. На высокостоящую головку наложены щипцы с осевой тракцией Тарнье. Направление тракций вполне совпадает с направлением пути головки, что дает экономию в силе сравнительно с простыми щипцами.

водиться таким образом, чтобы щипцы работали несколько на перегиб, как бы делая место замка неподвижным. Ложки тянут головку книзу, а ручки при этом двигаются по направлению несколько вверх (рис. 225).

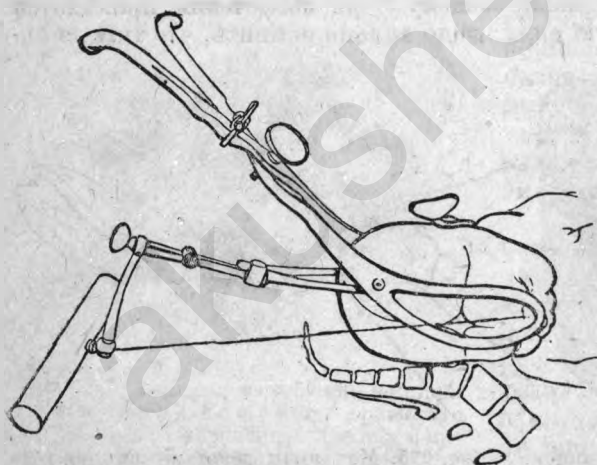


Рис. 226 в. Наложение щипцов Тарнье на головку, стоящую стреловидным швом в поперечном размере таза. Направление тракций совпадает с направлением пути головки.

Этот механический недостаток щипцов устранен в щипцах с осевыми тракциями, где благодаря особому приспособлению влечение производится правильно по той линии, по которой должна передвигаться головка (рис. 226 б, в). Особенно важно такое приспособление для случаев трудных щипцов, высоких; оно дает большой механический эффект, и при щипцах с осевыми тракциями приходится применять меньшую силу для получения того же результата. При обыкновенных щипцах значительная часть

и описанное неудобство обыкновенных щипцов в случае головки в выходе ощущается в незначительной степени.

Направление тракций должно соответствовать оси таза, по которой должна двигаться головка; следовательно (при горизонтальном положении женщины), если головка во входе, ее надо тянуть прямо вниз, головку из широкой части полости надо тянуть вниз под углом в 45° к горизонту, из узкой части полости влечение производится в горизонтальном направлении, а в выходе головку надо тянуть вверх под углом к горизонтальной линии, постепенно доходящим до 45° (рис. 227). Такая перемена направле-

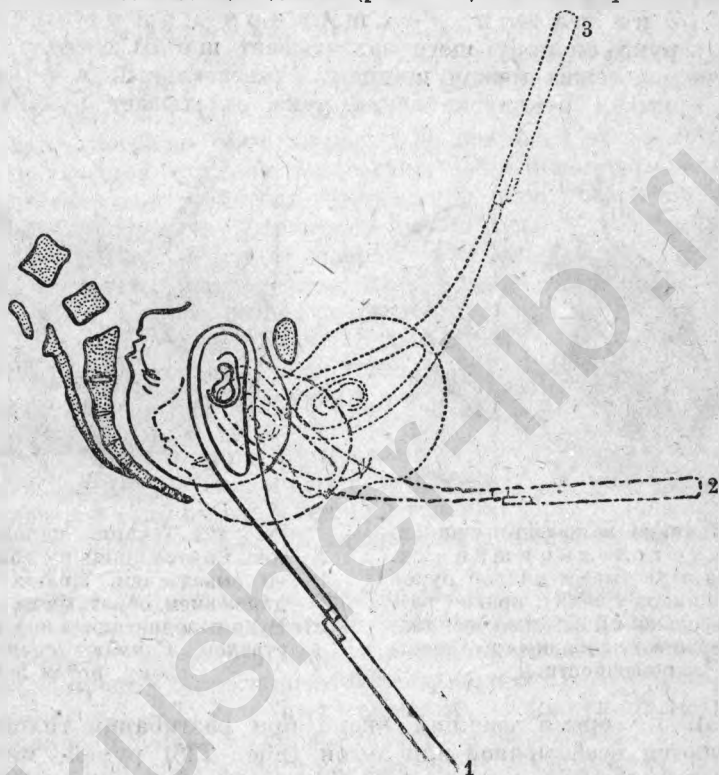


Рис. 227. Направление тракций при извлечении головки щипцами.

1—головка в полости тракции книзу; 2—головка в выходе таза—тракции в горизонтальном направлении; 3—для выведения головки разгибание, тракции кверху.

ния происходит постепенно. В нашем случае направление тракций должно быть под незначительным углом вверх от горизонтали. Слишком ранний перевод направления вверх более вреден, чем более поздний, так как рано направляя тракции выше того, что нужно, мы только усиливаем давление на лонное сочленение. Слишком ранним переходом вверх из горизонтального направления можно кроме того вызвать преждевременное разгибание головки, которое должно начаться только по выходе теменных бугров, когда малый родничок будет на 7 см от лонного сочленения.

Выводить ли головку в щипцах (рис. 228) или перед выведением головки щипцы снять?

В большинстве случаев головку лучше выводить без щипцов, сняв щипцы, движением обратным тому, каким они были наложены (рис. 229); это уменьшает опасность разрыва промежности.

Вопрос о направлении тракции при щипцах Тарнье решается очень легко. Тракции производятся влечением за специальную ручку-стержень, который должен быть расположен вдоль рукоятки щипцов см на 2 ниже ее. По мере извлечения головки рукоятки щипцов поднимаются кверху. Для того чтобы тракции производились в правильном направлении, надо только следить, чтобы между рукоятками щипцов и стержнем влекущего приспособления расстояние оставалось равным 2—3 см, для чего по мере поднятия рукоятки щипцов надо приподнимать и влекущий аппарат.

Как должны быть расположены руки оперирующего на рукоятках щипцов при извлечении?

Правая рука оперирующего захватывает щипцы сверху; при этом средний палец лежит между щипцами, указательный и четвертый—на боковых крючках рукояток; левая рука охватывает рукоятки снизу

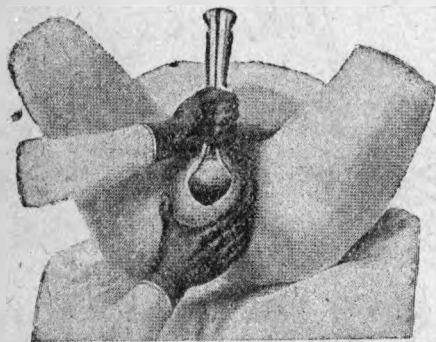


Рис. 228. Техника наложения щипцов. Выведение головки в щипцах. Левая рука захватывает полной рукой рукоятки щипцов у замка, правая разведенными большим и остальными пальцами поддерживает головку со стороны промежности.

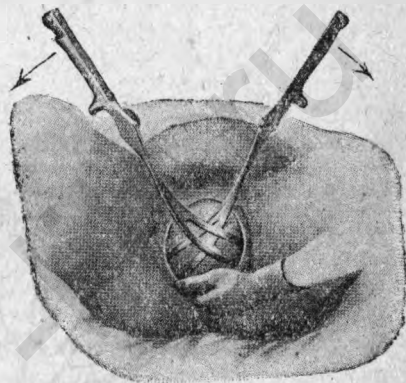


Рис. 229. Техника наложения щипцов. Снятие щипцов с головки перед ее выведением. Ложки снимаются движением, обратным их наложению. Рукоятки двигаются по направлению стрелок. Снимают сначала правую ложку, потом левую.

(рис. 225). Во время тракций вверх при разгибании головы щипцы захватываются всей правой или левой (рис. 228) рукой, мизинец помещается между ложками, а левая (правая) рука поддерживает промежность.

Операция произведена следующим образом: рукоятки щипцов взяты двумя руками, как указано выше; щипцы захватили головку так, что ось ложек щипцов расположена по линии большого косога размера (между подбородком и затылком) (рис. 223а). После первой тракции головка стала видна из половой щели (тракция производилась в горизонтальном направлении); второй и третьей тракциями (в том же направлении) головка выведена до прорезывания, т. е. теменные бугры оказались уже вне половых органов и малый родничок отстоял от лонного сочленения на 7 см. Щипцы сняты (сначала правой рукой снята правая ложка, отклонением рукоятки к левому паху матери, затем левой рукой, аналогичным движением, снята левая ложка). Осторожно головка выведена наружу ручными приемами. До выведения головки был обнаружен небольшой разрыв промежности. Выведение плечиков, туловища и ножек—по обычному способу. Пуповина перевязана и перерезана. Ребенок—мальчик, длина 50 см, вес 3 025 г, дышит хорошо, но не кричит, цвет кожи розовый.

В чем дело?

Если внимательно присмотримся к ребенку, то заметим, что от него пахнет эфиром (выдыхаемый им воздух). Он подвергся эфирному наркозу через кровь матери и этим объясняется его сонное состояние. Такое воздействие наркоза матери через кровь на ребенка наблюдается не только при общем наркозе матери, но и при применении морфия, хлорал-гидрата и т. п., почему надо быть осторожным при назначении беременным наркотиков, учитывая их вредное действие на ребенка. Наблюдаемое в нашем случае сонливое состояние никакого лечения не требует. Если бы появились показания, можно прибегнуть к камфоре под кожу, искусственному дыханию и вдыханию кислорода.

Что бы мы стали делать, если бы открытие было таким, что накладывать щипцов нельзя,— 4—5 см у первородящей?

Поведение наше было бы различным в зависимости от тяжести случая. В легких и средних случаях можно было бы подождать наступления достаточного открытия, действуя против припадков применением хлорал-гидрата. В тяжелых случаях пришлось бы прибегнуть к форсированному родоразрешению (влагалищное кесарево сечение и т. п.).

Профилактически кроме диеты, ванны, свежего воздуха и слабительных, о чем было сказано выше, рекомендуется при альбуминурии абсолютная молочная диета—в день 2—3 л молока, безразлично—кипяченого или сырого, горячего или холодного, по 200—250 г каждые два часа; после приема молока прополаскивать рот простой водой. Несколько раз в день чистить зубы.

При наличии преэкламптических симптомов, т. е. при эклампсизме, назначаются на 24—48 час. водяная диета, 4,0 хлорал-гидрата в сутки и слабительная клизма. При улучшении симптомов разрешается немного молока, продолжая применение хлорал-гидрата и слабительного.

Во время припадков: непрерывное наблюдение, предохранять от падения, укусов языка. Катетеризация по мере надобности. Полный покой, тишина, полумрак. Показания к удалению токсинов из кишечника и желудка, из крови удовлетворяются назначением 1) клизмы из настойки листьев сенны 5,0 : 125,0, с прибавлением сернокислого натрия 25,0, 2) промывания желудка, 3) кровопускания и 4) ванн 38—40°.

Для понижения продукции токсинов: 1) голодная диета: 300 г воды каждые 3 часа, всего в день 3 л; 2) каждые 3 часа по 2,0 тополевого угля (поглощает токсины).

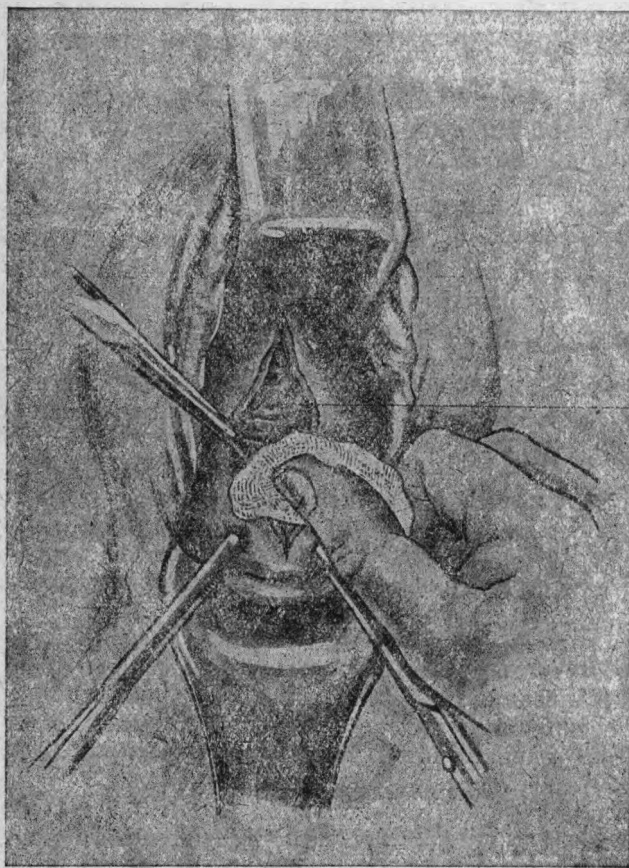
Кроме этого назначается хлорал-гидрат, считая, что хлорал-гидрат не ядовит, на печень не действует и его можно давать в течение продолжительного времени. Хлорал-гидрат назначается немецкой школой по 2,0—4,0—6,0 в день внутрь. Французы назначают хлорал-гидрат в клизмах. Они дают при легких формах эклампсии хлорал-гидрат первый день по 2,0 3 раза в день всего 6,0, второй день 3,0, третий день и несколько дней по окончании припадков по 2,0 в день.

При случаях средней тяжести: первый день 12,0 хлорал-гидрата (по 2,0 каждые 4 часа), второй день 6,0, третий день и до стихания припадков по 4,0 в день, в дальнейшем при альбуминурии до месяца по 2,0 в день.

В тяжелых случаях: первый день—18,0—20,0 хлорал-гидрата, второй день—10,0, третий день—6,0, дальше по 4,0. Для возможности

назначения хлорал-гидрата в таких больших дозах его надо давать в разведении 1 : 150—200, рекомендуется предварительное промывание желудка. При таком лечении по статистическим данным смертность—9%.

Если медикаментозное лечение не дает результатов, т. е. припадки не стихают, больная в сознание не приходит, надо роды закончить, при отсутствии условий для наложения щипцов при установившейся головке



Гис. 230. Влагалищное кесарское сечение. Влагалищная часть обнажена зеркалами, передняя губа захвачена 2 пулевыми щипцами и низведена ко входу влагалища. Слизистая передней губы рассечена продольным разрезом. Большим пальцем правой руки с помощью марлевого компресса мочевой пузырь отодвигается вверх.

и отсутствии препятствий со стороны таза путем влагалищного кесарского сечения. При наличии препятствий со стороны костей таза, если воды целы, нет указаний на инфекцию и ребенок жив, показано классическое кесарское сечение. В случае противопоказаний для кесарского сечения (отсутствие вышеперечисленных условий) приходится делать перфорацию головки ребенка.

Ни одной из этих операций средний медперсонал делать не будет, но помогать при них ему несомненно придется, почему укажем, какие инструменты приготовить для этих операций, и вкратце изложим ход операций.

Влагалищное кесарское сечение—операция, подготавливающая родовые пути для извлечения ребенка через естественные пути матери. Обязательное условие—возможность легко провести ребенка через естественные пути, т. е. отсутствие каких-либо

препятствий со стороны таза, несоответствия его размерам ребенка. Извлечение после влагалищного кесарского сечения производится щипцами при головных предлежаниях или за ножку после ее низведения или поворота. Задача операции—дать искусственно полное открытие.

Подготовка, как к влагалищным операциям, состоит в дезинфекции влагалища обтиранием его стенок тампонами с антисептическим раствором и последующим смазыванием 5% иодной настойкой. Мытье, применяемое при влагалищных гинекологических операциях, не может быть проведе-

но у беременных ввиду чрезвычайного разрыхления слизистой влагалища в последние месяцы беременности. Наркоз обязателен.

Инструменты: широкие влагалищные зеркала (Дуайена, Фритча), боковые подъемники, катетер женский, 4 пулевых щипцов, расширители Гегара, скальпели, ножницы, иглодержатель, иглы, швы, акушерские щипцы (соответствующие месту нахождения головки).

Положение больной—спинно-ягодичное.

Ход операции: влагалищная часть обнажается зеркалами, шейка захватывается пулевыми щипцами. В мочевой пузырь вводится катетер. Поперечный разрез (или продольный) слизистой шейки, отсепаровка мочевого пузыря тупым путем. Продольный разрез нижнего сегмента (или шейки). Если разрез недостаточен, делается дополнительный разрез задней стенки шейки. Плод извлекается. Рана зашивается. Послеоперационный уход—обычный. Швы снимают на 6—8-й день (рис. 230, 231, 232).

Классическое кесарское сечение. Подготовка, как для чревосечения. Инструментарий—обычный для лапаротомий. Разрез брюшной стенки по средней линии, от пупка на 10 см вверх и вниз, обходя пупок слева, или дугообразный разрез по Пфанненштилю (выпуклостью книзу) в нижней части живота по кожной складке. По разрезу кожи дальнейшие слои брюшной стенки разрезаются по средней линии. Матка извлекается из брюшной полости или вскрывается на месте (обкладывается салфетками, чтобы воды не попали в брюшную полость). Матка вскрывается по средней линии продольным разрезом (рис. 233). (Мы не даем деталей, отсылая интересующихся к соответствующим учебникам, даем только

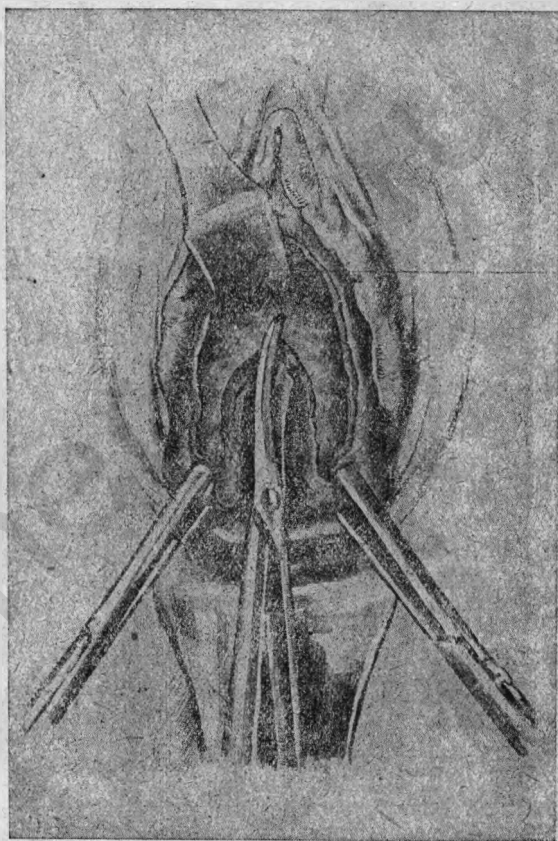


Рис. 231. Влагалищное кесарское сечение. Верхней ложкой зеркала, введенной в разрез слизистой передней губы (рис. 230), мочевой пузырь приподнят кверху и захваченная передняя губа рассечена продольным разрезом.

ход, схему операции.) Плод извлекается или за ножку (рис. 234) или щипцами. На пуповину—зажим, перерезка, ребенок передается другому лицу для уборки. Профилактика офтальмобленнореи не обязательна. На разрез матки и брюшной стенки накладываются швы. Повязка. Послеоперационный уход, как после лапаротомии и в послеродовом периоде.

Краниотомия (рис. 235) или **перфорация** головки плода, о которой мы упомянули выше, имеет целью уменьшением головки плода, его наиболее

крупной и неподатливой части, дать возможность извлечь плод при некотором несоответствии размеров таза размерам головки. В случаях необходимости извлечь ребенка при недостаточном открытии (особенно применимо, если ребенок мертвый) уменьшение размеров головки облегчает извлечение, понижая риск разрыва шейки. Оперирует врач, помогает средний персонал. Подготовка, как к операции наложения щипцов: наркоз обязателен. Инструментарий: 1) перфоратор (инструмент, которым проделывается от-

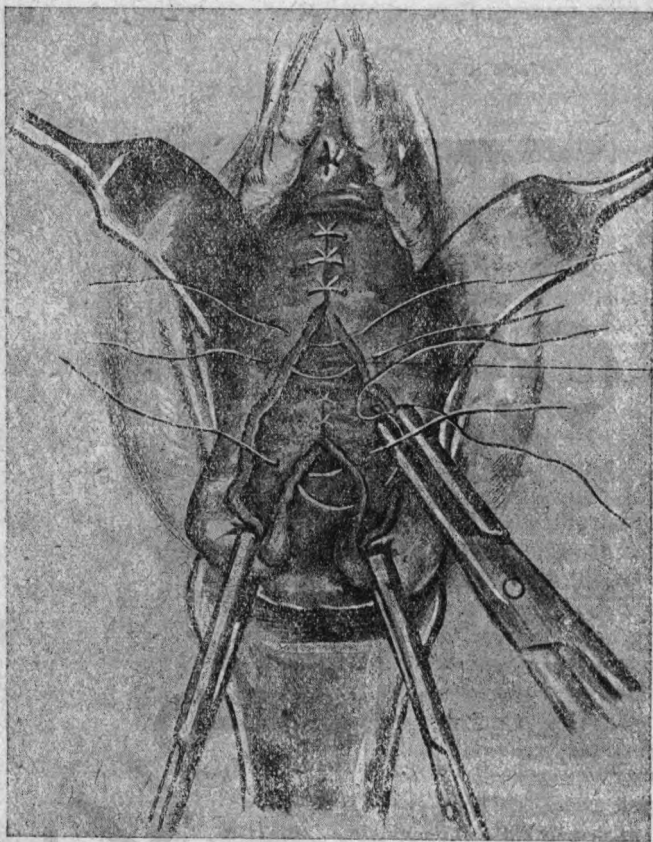


Рис. 232. Влагалищное кесарское сечение. По извлечении ребенка вновь введены зеркала и шейка матки у нижнего края разреза захвачена пулевыми щипцами. Наложение швов. На рисунке на слизистую влагалища наложено пять швов, из которых три завязаны, на шейку один шов наложен, иглодержателем Гегара накладывается второй шов.

верстие в головке ребенка; моделей очень много, наиболее принятые— это перфораторы Бло, Смелли, Феноменова, см. рис. 240—243). Средний персонал должен знать их устройство и технику применения, т. е. как ими работают, как они раскрываются, чтобы в случае неисправности заменить исправным экземпляром до операции); 2) большая ложечка для удаления из головки ребенка мозга через перфорационное отверстие; 3) краниокласт, род очень крепких щипцов, которыми головка крепко захватывается и извлекается. Краниокласт состоит из двух частей, соединяющихся при перекрещивании. Одна часть—увкая ложка—вводится в

отверстие, сделанное перфоратором в головке ребенка, откуда предварительно удален мозг большой тупой ложечкой. Вторая часть, более широкая

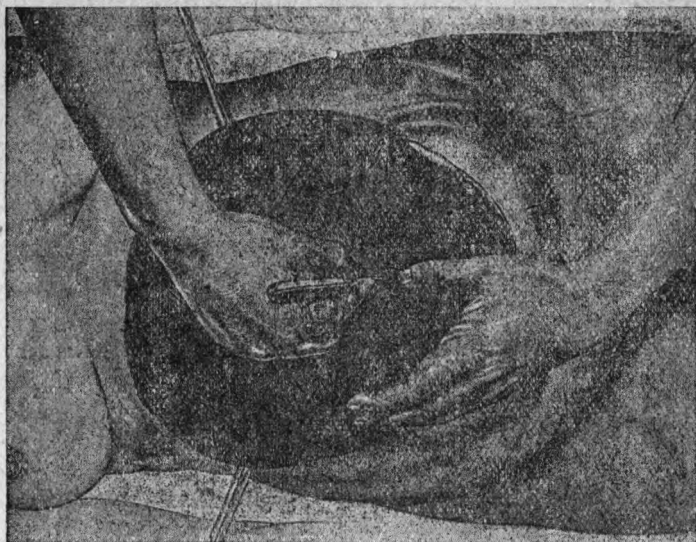


Рис. 233. Классическое кесарское сечение. Через продольный разрез брюшной стенки матка выведена наружу из брюшной полости. Передняя стенка матки вскрывается продольным разрезом.

наружная ложка, должна накладываться на личико ребенка. Кости лица наиболее прочны, и наложение краниокласта на лицо гарантирует от

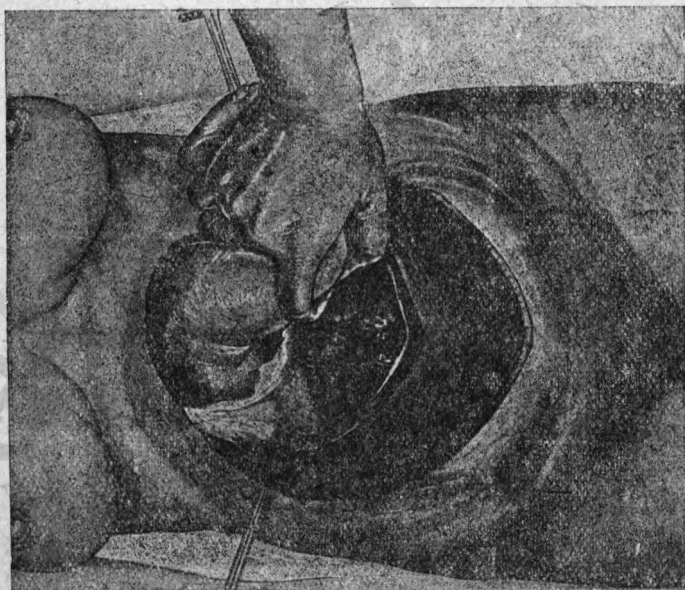


Рис. 234. Классическое кесарское сечение. Выведенная из брюшной полости матка вскрыта, плод захвачен за левую ножку и извлекается.

отрывания отдельных костей при извлечении ребенка, что нередко бывает при наложении наружной ложки на затылок. Обе части перфоратора после замыкания стягиваются до отказа специальным стягивающим концы

ручек винтом. Задача краниокласта—извлекать головку, почему было бы правильнее назвать его краниотрактором (рис. 236, 237, 238, 239).

Перфорация производится или наощупь по введенным во влагалище пальцам левой руки (рис. 235) или на-глаз по обнажении подлежащей части широкими влагалищными зеркалами, которые должны быть приготовлены, если оперирующий будет делать перфорацию на-глаз. В этом случае надо еще приготовить скальпель и 2 пулевых щипцов—для фиксации кожи головки. Хотя извлечение перфорированной головки не должно сопровождаться разрывами шейки матки и промежности, но на всякий случай надо приготовить все, что требуется для зашивания таких разрывов.

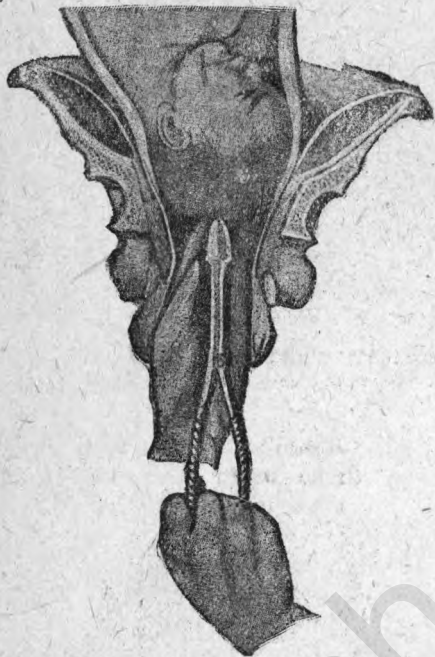


Рис. 235. Перфорация головки плода. По пальцам левой руки введен во влагалище перфоратор Негели и, вращая его правой рукой, делается в головке ребенка отверстие.

На лечении эклампсии мы больше останавливаться не будем, указав, что основная задача среднего медперсонала в борьбе с эклампсией сводится к ее профилактике, как это было сказано выше, а лечить развившееся заболевание—дело врача.

Через час по выхождении последа короткий—около 70 сек.—припадок. Состояние больной—без перемен. Уже через 12 час. сознание стало проясняться, через сутки сознание—почти ясное, больная отвечает на вопросы, но еще вяло. Температура и пульс нормальны. Матка вялая, кровянистые выделения в порядочном количестве. Моча выводилась катетром 2 раза в сутки, суточное количество 1100,0. Самостоятельно (произвольно) мочиться не может. В моче следы белка. Отеки меньше.

Что делать?

Вялость матки—естественное последствие родов оперативных и под наркозом, при которых матка мало сокращалась; еще хорошо, что не было послеродового и послеродового атонического кровотечения. Давать эрготин

Послед выжат по Крете через 15 мин. (под наркозом дано еще немного эфира), и тут же на разрыв промежности наложено 2 шва. Больная помещена в изолированную затемненную комнату, на голову—холод, на область почек—тепло. Сознание после прекращения действия наркоза—не полное. Температура—36,8^с, пульс 78, не напряжен, но полный.

Что делать?

Плод, источник интоксикации, удален, случай сравнительно легкий, можем надеяться, что припадков больше не будет. Если бы припадок появился, пришлось бы прибегнуть к хлоралгидрату.

Мы не останавливаемся здесь на изложении метода лечения эклампсии, предложенного Строгановым, который им называется профилактическим, потому что, во-первых, его можно найти в любом русском учебнике акушерства, а во-вторых, он является слишком схематичным и механистичным, чтобы его можно было полностью рекомендовать.

и препараты спорыньи в первые дни после эклампсии надо осторожно, потому что резкие сокращения матки могут вызвать рефлекторно новый припадок, почему от назначения спорыньи пока воздержимся.

У нас имеется еще одно осложнение—задержка мочеиспускания (отсутствие самопроизвольного мочеиспускания).

Задержка мочеиспускания в послеродовом периоде. Отчего это



Рис. 236. Наложение краниокласта. В отверстие, сделанное в головке ребенка перфоратором, по пальцам левой руки введена внутренняя ложка краниокласта Брауна.



Рис. 237. Наложение краниокласта. Введенную в перфорационное отверстие головки внутреннюю ложку краниокласта Брауна держит помощник. Наружная ложка по пальцам левой руки накладывается на личико ребенка.

происходит и что делать? Во время родов шейка мочевого пузыря и мочеиспускательный канал подвергаются травме, они отекают, в результате—пониженная возбудимость мочевого пузыря; с другой стороны, прикосновение мочи к поврежденной слизистой оболочке шейки мочевого пузыря и канала болезненно и вызывает рефлекторно спазм шейки и тем задержку мочеиспускания. Известную роль в затруднении мочеиспускания, в задержке его играет необходимость мочеиспускания в лежащем положении и растянутые, расслабленные брюшные стенки. Хотя в послеродовом периоде количество мочи бывает увеличено, все же можно в большинстве случаев, если пузырь не растянут чрезмерно, дождаться без всякого

риска 12—18 час. Дно растянутого пузыря может, не вызывая позыва на мочеиспускание, доходить до уровня пупка, так что при недостаточном внимании мочевой пузырь можно принять за матку. В большинстве случаев пузырь бывает отклонен вправо. Такое положение мочевого пузыря сдвигает матку и приподнимает ее, чрезвычайно плохо отражаясь на ее обратном развитии. Матка остается большой, и выделения кровянистые, обильные, почему мы должны заботиться о своевременном систематиче-



Рис. 238. Наложение краниокласта. Замыкание ложек краниокласта и заворачивание стягивающего барашка.



Рис. 239. Наложение краниокласта. Ложки краниокласта заворачиваются до откава. Извлечение головки. Обе руки тянут за краниокласт.

ском опорожнении мочевого пузыря в послеродовом периоде (см. рис. 138). Что же делать, если роженица не может самостоятельно мочиться?

Как уже было указано, это иногда может зависеть от отсутствия привычки мочиться в лежащем положении. По отношению к гинекологическим больным, находящимся в подобных же условиях, применяется предоперационное приучивание их мочиться в лежащем положении. Что касается

родильниц, то если они не приучались мочиться в лежащем положении, мы можем разрешить им для мочеиспускания присаживаться. Если это не помогает, кладут на низ живота грелку (пузырь с горячей водой) или согревающий компресс, поливают на наружные половые органы теплую воду—это ведет к расслаблению спазма шейки мочевого пузыря, и таким образом восстанавливается возможность самопроизвольного мочеиспускания. Кроме того дают внутрь экстракт белладонны по 0,015 и настойку индийской конопли 7—10 кап. 3 раза в день. Для поднятия тонуса мочевого пузыря дается внутрь настойка рвотного ореха по 7 кап. 3 раза в день и питуитрин под кожу 0,5 см³. Определенное значение имеет внимательное отношение к этому вопросу со стороны ухаживающего персонала, который должен следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и напоминать об этом родильницам, у которых нет позыва на мочеиспускание или же он недостаточен. Бывает, что все эти мероприятия не помогают и приходится все-таки прибегать к катетеризации, что очень нежелательно, так как мочевой пузырь в послеродовом периоде легко инфицируется и поражается циститом. Предотвратить мочевой пузырь от заражения пользованием абсолютно стерильным катетром еще недостаточно, надо тщательно очистить ваткой, смоченной в дезинфицирующем растворе (сулеме или спирте), отверстие мочеиспускательного канала. Все же остается риск инфекции от переноса в мочевой пузырь бактерий из нижних отделов мочеиспускательного канала. Во избежание заражения рекомендуется после каждой катетеризации промывать мочевой пузырь теплым борным раствором или вливать 1 раз в день в мочевой пузырь 20 см³ 10% борного глицерина или 10 см³ 10% раствора ксероформа или иодоформа в глицерине. Если все же разовьется цистит, то его лечат молочной диетой, щелочными водами, салолом, уротропином, гельминтолом, теплом на живот, экстрактом белладонны в свечах, а после стихания острого периода—промываниями мочевого пузыря теплыми растворами ляписа возрастающей крепости от 1 : 4 000 до 1 : 400.

Назначаем нашей больной грелку на живот, щелочную воду, питуитрин по 0,5 под кожу 2 раза в день для повышения тонуса мочевого пузыря и для сокращения матки. Через 12—18 час., смотря по наполнению мочевого пузыря, применим поливание на наружные половые органы теплой воды и попробуем родильницу посадить для мочеиспускания.

Прошло 18 час., припадков эклампсии больше не было. Сознание—ясное, зрение—в порядке. Б-ная жалуется на некоторую тяжесть в голове. Отеки меньше, но лицо бледное и одутловатое. Пульс—78, температура—36,8°. Не мочилась, мочевой пузырь доходит почти до уровня пупка, отклонен вправо, позыва на мочеиспускание не ощущает. Матка влево почти под ребрами, вялая, кровянистые выделения в порядочном количестве. Хотя со времени последнего (слабого) припадка прошло 18 час., а считается, что эклампсия закончилась, когда прошло после припадка 24 часа, но, учитывая хорошее состояние родильницы, достаточное выделение мочи, можно думать, что эклампсии больше не будет, и назначим для сокращения матки настойку спорыньи 10,0 : 200,0 по 4 столовых ложки в день и стиптицин 0,05 3 раза в день. Необходимо опорожнить мочевой пузырь. Поливание теплой воды на половые части и присаживание не помогло, пришлось мочу спустить катетром со всеми предписываемыми антисептикой и асептикой предосторожностями. Получено 1600,0 мочи (реакция кислая, моча мутна, но без запаха, разложения мочи нет).

Надо отметить, что мы немного были слишком консервативны, следовало спустить мочу часа на 2—3 раньше, но персонал был занят на вра-

чебном обходе, а до обхода пузырь был растянут умеренно. Запускать конечно так не следовало, имея в виду недостаточную сократимость матки. Еще раз повторено распоряжение следить за функцией мочевого пузыря и вечером во время обхода доложить об этом дежурному ординатору. Лечение продолжать.

К вечернему обходу родильница в сидячем положении помочилась самостоятельно, и в дальнейшем с этой стороны все было в порядке, но матка оставалась большой, вечером—на 20 см выше лона (сутки после родов). Все время пребывания в роддоме родильница получала настойку спорыньи по 4 столовых ложки в день, выделения были даже последние 2 дня, несколько кровянистые. На седьмой день сняты швы, сращение—полное. Разрешено немного походить, несмотря на кровянистый характер выделений, в расчете на лучшее сокращение матки при движениях. На восьмой день—матка на 12 см выше лона, сокращена не совсем хорошо, выделения в нормальном количестве, но несколько кровянисто окрашены. Ввиду того, что от хождения ухудшения не было, больная по ее настоятельной просьбе отпущена домой, ей даны указания поменьше ходить, особенно по лестницам (живет на 4-м этаже), не работать по дому. Назначен эрготин (жидкий экстракт спорыньи по 20 кап. 3 раза в день) и патронаж консультации.

Из консультации получили сообщение, что родильница, придя домой, принялась за стирку и мытье полов, которые она нашла в запущенном состоянии. К вечеру появилось кровотечение, заставившее ее слезть в постель. Зноба и жара не было, но б-ная испугалась и пролежала день. На следующий день пошла в консультацию, где диагностировано недостаточное обратное развитие матки (послеродовая субинволюция); мы повторили наши наставления, добавив стиптицин по 6 табл. (по 0,05) в день.

В дальнейшем выделения понемногу теряли свою кровянистую окраску и через 10 дней (в начале 3-й декады после родов) отмечены удовлетворительное сокращение матки и отсутствие выделений.

Кроме слишком ранней работы у отпущенных домой родильниц в очень многих случаях имеет место очень раннее начало половой жизни. Это может представлять большую угрозу для здоровья и даже жизни родильниц. К сожалению на наши указания и предписания в этом отношении обращают слишком мало внимания. Может быть наша ошибка заключается в том, что мы всю агитацию по санпросвету ведем среди женщин, а по видимому надо очень серьезно просветить и проагитировать и мужчин—тогда получатся лучшие результаты. Пока от женщин приходится очень часто слышать, что вина слишком раннего начала половых сношений лежит не на них, а на мужьях, которые якобы ничего не знают или не хотят знать. Такая возможность не может быть исключена. Половые сношения разрешаются по окончании (не раньше) послеродового периода, т. е. через 4—4½ декады, когда врач консультации определит, что половая сфера вполне закончила свое обратное развитие. До этого травматизация половых органов при сношении может повести к инфекции незаживших разрывов и к кровотечениям. Часто мы видим чрезвычайно грубые нарушения гигиенических правил в этом отношении.

Что бы мы стали делать, если бы, несмотря на покой и применение эрготина, кровотечения не прекратилось, и отчего это могло бы зависеть?

Плацентарные полипы и геморрагический эндометрит после родов. Кровотечения в послеродовом периоде бывают от недостаточного обрат-

ного развития матки, субинволюции, причем такая субинволюция может поддерживаться образованием так называемых плацентарных полипов. Как уже было указано выше, в главе III, даже самый тщательный осмотр детского места, со всякими пробами не дает полной гарантии в том, что в матке не осталось никаких частей детского места. Эти оставшиеся в матке куски в большинстве случаев отходят самопроизвольно, но иногда из такого кусочка образуется плацентарный полип, который мешает обратному развитию матки и является причиной кровотечения. Кроме того кровотечения могут получиться в результате неправильного восстановления



Рис. 240. Перфоратор Негели.



Рис. 241. Перфоратор Бло.



Рис. 242. Трепановидный перфоратор.

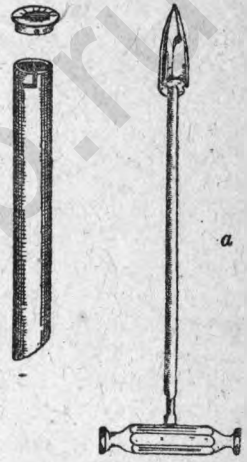


Рис. 243. Перфоратор Феноменова в разобранном виде. а—внутренний стержень.

маточной слизистой образования геморрагического кровоточивого эндометрита. Как в том, так и в другом случаях лечение заключается в удалении (выскабливании) маточной слизистой. Следовательно, если бы покой, сокращающие матку средства (эрготин, стиптицин и горячие спринцевания) результатов не дали, кровотечение бы продолжалось, пришлось бы прибегнуть к контрольному выскабливанию стенок маточной полости. В нашем случае кровотечение остановилось, значит ни геморрагического эндометрита, ни плацентарного полипа не было, а кровотечение вызывалось только недостаточным обратным развитием матки.

Краткий обзор случая

Первородящая с отеками и явлениями эклампсизма поступила в роды в родильный дом. Предписаний консультации о молочной диете не исполняла. Во время родов—припадок эклампсии, сделано кровопускание. После второго припадка оказались налицо условия для наложения щипцов. Под эфирным наркозом щипцами извлечен живой, несколько наркотизированный ребенок. Послед выделен по Креде. На разрыв промежности—2 шва.

После родов—1 легкий припадок эклампсии. Послеродовая субинволюция матки и задержание мочи; против последнего пришлось прибегнуть к катетеризации за безуспешностью применения других мероприятий.

После выписки у родильницы было кровотечение, которое можно было связать с нарушением гигиены послеродового периода (стирка и мытье полов). Своевременным лечением и соблюдением предписаний врача кровотечение ликвидировано. Случай оказался очень демонстративным в смысле развития двух осложнений в зависимости от несоблюдения предписаний врачей: эклампсия во время родов и кровотечение на 8-й день послеродового периода.

акusher-lib.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие	3
Глава I. Выкидыш на 3-м лунном месяце	5
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Подготовка поступающей в роддом и перед производством внутреннего исследования	—
Внутреннее исследование	—
Техника внутреннего исследования	6
Обследование стенок влагалища	8
Опознавательные пункты при различных предлежаниях	9
Диагноз беременности	11
Признаки достоверные	—
Признаки менее вероятные	—
Признаки более вероятные	—
Признак Гегара	12
Признак Пискачюка	—
Новый признак Гегара	—
Способность матки сокращаться	—
Соответствие роста матки сроку беременности	13
Симптомы выкидыша	14
Тампонация влагалища	17
Задержание последа при выкидыше	—
Пальцевое отделение и удаление последа	—
Подготовка к оперативному вмешательству	18
Послеродовой период	—
Краткий обзор случая	19
Глава II. Выкидыш на 7-м лунном месяце. Сифилис	—
Анамнез	20
Состояние в настоящее время	—
Сифилис и беременность	—
Лечение сифилиса у беременных	21
Признаки внутриутробной смерти плода	—
Частичное отделение последа	—
Физиология последового периода	22
Отделение места по Шульце	23
» » по Дункану	—
Выжимание последа по Креде	24
Ручное отделение последа	25
Рукав Окинчица	26
• Пальцевое отделение места	27
Зноб после внутриматочных манипуляций	28
Краткий обзор случая	—
Глава III. Задержание последа	28
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	29
Техника измерения таза	—

	Стр.
Внутреннее исследование	30
Ректальное исследование	31
Показания к внутреннему исследованию	—
Причины слабой родовой деятельности	32
Ведение последового периода	33
Течение послеродового периода	—
Значение опорожнения мочевого пузыря	35
Признаки отделения последа (Альфельд, Шредер, Кюстнер, Кальман— Микулич, Штрасман, Фабр)	—
Высота дна матки в различные моменты последового периода	—
Перевязка плацентарного конца пуповины	36
Осмотр оболочек	37
Осмотр детского места	38
Наблюдение за родильницей в первые часы послеродового периода	—
Сон в первые часы послеродового периода	39
Краткий обзор случая	—
Глава IV. Полное предлежание детского места	40
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Этиология	41
Номенклатура предлежаний	—
Дифференциальная диагностика	42
Терапия	43
Метрейризм	45
Инструментарий	—
Тампонация влагалища	46
Техника метрейриза	47
Образ действия после произведенного метрейриза	48
Наркоз, проводимый акушерной	50
Производство внутреннего поворота	—
Выбор руки	—
Какую ножку захватывать	—
Отличие ручки от ножки	—
Выведение головки	52
Французский способ	—
Английский способ	—
Пражский способ	—
Кровотечение в последовом периоде	53
Ручное отделение и удаление места	—
Определение целостности маточной шейки	—
Краткий обзор случая	54
Глава V. Частичное предлежание детского места	—
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	55
Кровотечение во время беременности, дифференциальная диагностика	—
Кровотечение в первом периоде родов	56
Терапия кровотечений при частичном, краевом предлежании и низком прикреплении детского места	—
Искусственный разрыв плодного пузыря (техника)	57
Этиология предлежания места	58
Кровотечение в последовом периоде	59
Ручное отделение и удаление последа	—
Зноб после родов	60
Краткий обзор случая	—
Глава VI. Пузырный занос	61
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Дифференциальная диагностика	62

Симптомы	64
Течение	65
Прогноз	—
Лечение	—
Краткий обзор случаев	66
Глава VII. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места	67
Анамнез	—
Симптомы	—
Состояние в настоящее время	—
Диагностика	—
Этиология	69
Лечение	—
Прогностика	70
Последующая терапия	—
Поведение среднего медперсонала	—
Осмотр детского места	—
Краткий обзор случаев	71
Глава VIII. Двойни, атоническое кровотечение	—
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	72
Диагностика	—
Этиология	73
Прогностика	—
Рождение первого плода	—
Расположение плодов при двойнях	74
Осложнения	76
Нужен ли наркоз и какой рукой делать поворот	—
Какую ножку захватывать	77
Когда считать поворот законченным	78
Сколько времени ждать с извлечением после поворота	—
Действие хинина и сахара на сокращение матки	79
Извлечение второго плода	—
Атоническое кровотечение, причины, дифференциальная диагностика	80
Терапия	—
Прижатие аорты к позвоночнику	81
Контрольное обследование маточной полости	—
Придавливание матки к лону	82
Аутотрансфузия крови	—
Вливание под кожу раствора Тироде	—
Зв'яб	83
Показания к применению сердечных возбуждающих	—
Прогноз	—
Поведение среднего медперсонала при атоническом кровотечении	84
Советы больной относительно ее поведения после выписки	85
Краткий обзор случаев	—
Глава IX. Роды и биета яичника	86
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	87
Первичная слабость схваток	88
Краткий обзор случаев	90
Глава X. Двойни, многоводие	—
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	91
Диагноз многоводия	—
Слабость родовой деятельности	—

Ощупывание и определение позиции при тазовых предлежаниях во время внутреннего исследования	93
Этиология	—
Симптомы	94
Терапия	—
Предсказание	—
Низведение ножки при тазовом предлежании	95
Терапия атонического кровотечения	96
Тампонация матки	97
Техника тампонации	98
Краткий обзор случая	99
Глава XI. Плоский таз	101
Анамнез	—
Течение беременности	—
Состояние в настоящее время	—
Осмотр живота	—
Наружное исследование	—
Таз	—
Признаки рахита	—
Механизм образования рахитического таза	104
Значение наружного измерения таза	106
Определение функциональной проходимости таза	107
Метод Мюллера	—
Схватки	109
Нормальные схватки	—
Чрезмерно сильные схватки	110
Столбняк матки	111
Терапия неправильных схваток	—
Наружное исследование	112
Приемы Леопольда	—
Определение места расположения плеча	113
Признак Унтербергер-Шац	115
Ощупывание при ватылочном предлежании	117
Открытие у перво- и повторнородящих	118
Механизм родов	—
Головка ребенка	119
Размер головки	121
Таз, его размеры, плоскости, наклонение, подвижность	—
Плоскость входа	—
Акушерская конъюгата	122
Полость таза, плоскость широкой части, узкой части, параллельная плоскость	123
Выход таза	—
Ось таза	124
Лонная дуга	125
Механизм родов при ватылочном предлежании и нормальном тазе	126
I момент	—
II момент	127
III момент	—
Механизм родов при плоском тазе, его особенности, разгибание, деинклинизм, негелевское и лицмановское склонения, преждевременное излитие вод, низкое поперечное стояние головки	128
Проведение родов при плоском тазе	130
Схема в 4-й степени сужения	—
Схема в 3-й степени сужения	131
Пробные роды	132
Вторичная слабость схваток	133
Этиология	—
Признаки угрожающей асфиксии плода	—
Наблюдение за поступательным движением головки	—
Прием Пискачкова	—
Прием Гентера	134

Прием Шварценбаха	134
Повышенная температура во время родов и ее значение	135
Применение щипцов при узком тазе	—
Показания и противопоказания к применению питуитрина	—
Разрывы промежности, частота	136
Техника приемки ребенка	137
Приемка у первородящих	138
Приемка у повторнородящих	—
Выведение головки	—
Освобождение обвитой пуповины	139
Выведение плечиков	—
Приемка на боку	140
Насечки	141
Зашивание промежности (время)	143
Техника зашивания	—
Материал для швов	144
Задержание оболочек	—
Анестезия при наложении швов	145
Инструментарий	146
Этиология послеродовых заболеваний	—
Инфекция экзогенная и эндогенная	—
Профилактика послеродовых заболеваний	147
Послеродовой период	148
Высота стояния дна матки	149
Пульс	150
Температура	—
Выделения	—
Нарушения функции мочевого пузыря	—
Диета	151
Спринцевания	—
Клизмы	—
Слабительные	—
Техника снятия швов	152
Краткий обзор случая	—
Глава XII. Затылочное предлежание, задний вид	—
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	153
Наружное исследование	—
Механизм родов при заднем виде	154
Техника приемки при заднем виде затылочных предлежаний	156
Важность установки диагноза заднего вида для правильного проведения приемки	157
Краткий обзор случая	—
Глава XIII. Кифотический газ. Высокое прямое стояние головки. Туберкулез и беременность	158
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Кифотический газ. Механизм образования	159
Измерение выхода таза, прямого и поперечного размеров выхода	160
Высокое прямое стояние головки	163
Причина образования	—
Терапия высокого прямого стояния головки	—
Положение Лабори-Дункан	164
Поведение среднего медперсонала при наличии кифотического таза	165
Беременность и туберкулез	—
Внутриутробное заражение плода туберкулезом	166
Опасность заражения молоком матери	—
Задачи медперсонала по борьбе с туберкулезом беременных	—
Режим послеродового периода	167
Вставание	—

Диета	167
Работа	—
Краткий обзор случая	168
Глава XIV. Седловидная матка. Отвислый живот. Поперечное положение. Предлежание ручки и пуповины	168
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Осмотр живота	169
Седлообразная форма матки и ее практическое значение	—
Этиология образования поперечного положения плода	170
Диагноз поперечного положения плода	—
Предлежание пуповины при поперечном положении	171
Предлежание ручки при поперечном положении	172
Поворот наружными приемами	—
Поворот внутриматочными приемами	—
Наркоз при повороте	—
Выбор руки	173
Выбор ножки	—
Способ захватывания ножки	174
Способ отыскания ножки, французский и немецкий	175
Отличие ножки от ручки	—
Противопоказания к производству поворота	176
Образ действий среднего медперсонала при противопоказаниях к производству поворота	177
Диагноз	178
Препятствия для производства поворота	179
Поворот в положении на боку	180
Задержание последующей головки	181
Зашивание разрывов промежности	184
Погружные швы	185
Полные разрывы промежности	—
Задержка лохий (лохиометра)	186
Поведение среднего медперсонала при появлении послеродовых заболеваний	—
Лечение лохиометры	187
Краткий обзор случая	188
Глава XV. Головное предлежание с ручкой и пуповиной	188
Анамнез	189
Состояние в настоящее время	—
Техника поворота по Бракстон-Гиксу	191
Захватывание и выведение ножки	192
Этиология	—
Выделения мекония во время родов и его значение	193
Выпадение пуповины при головке в полости	194
Предлежание головки с ножкой	—
Поведение среднего медперсонала	—
Освобождение ручек	195
Освобождение запрокинувшейся за затылок ручки	197
Перелом плечевой кости для выведения запрокинувшейся ручки	—
Синяя асфиксия	198
Белая асфиксия	—
Техника оживления и искусственного дыхания, инсуффляция, ритмические потягивания за язык	—
Углекислота	199
Значение длины пуповины и узла	200
Параметрит	—
Разрывы шейки матки	201
Зашивание	—
Причины и профилактика разрывов	203
Трещины сосков	—
Подвязывание грудных желез	—
Подготовка сосков	—

	Стр.
Лечение трещин сосков	204
Кормление ребенка	—
Техника кормления ребенка	205
Кормление через накладку	—
Профилактика заболевания сосков	206
Краткий обзор случая	—
Глава XVI. Разогнутые предлежания. Центральный разрыв промежности. Бленоррея	206
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	207
Осмотр	—
Наружное исследование	—
Прогностика родов и послеродового периода при бленоррее	—
Симптомы разогнутых членорасположений	208
Техника ощупывания при лицевых предлежаниях	209
Механизм родов при лицевых предлежаниях	210
Роды при передних видах лицевых предлежаний	211
Значение узости лонной дуги в этиологии разрывов промежности	212
Внутреннее исследование	213
Частота лицевых предлежаний	214
Техника приемки при лицевых предлежаниях	—
Травма личика во время родов	—
Центральный разрыв промежности	—
Разрыв промежности (перинеотомия)	215
Предохранение от офтальмобленорреи	—
Метод Креде	—
Техника производства	—
Предохранение от бленорреи половых органов девочек	216
Роды при лобных предлежаниях	217
Поведение среднего медперсонала при родах с лобным предлежаением	—
Послеродовая бленоррея	—
Профилактика бленорреи	218
Краткий обзор случая	—
Глава XVII. Эклампсия во время родов	219
Анамнез	—
Состояние в настоящее время	—
Осмотр живота	—
Наружное исследование	—
Этиология эклампсии	220
Профилактика эклампсии и припадков	—
Частота	—
Значение эклампсии матери для плода и течение	221
Симптомы эклампсии	—
Формы эклампсии: легкая, средняя, тяжелая	—
Прогноз	222
Терапия	—
Роль среднего медперсонала в случаях эклампсии	223
Дифференциальный диагноз	224
Венесекция (техника производства)	—
Наложение щипцов средним медперсоналом	225
Акушерские щипцы	—
Показания к наложению щипцов	227
Положение больной	228
Наркоз при щипцах	—
Осложнения при щипцах	229
Травма головки ребенка и таза матери	—
Подготовка к операции	230
Дезинфекция влагалища	—
Инструментарий	—
	256

Техника операции	231
Наложение ложек	—
Тракции	232
Расположение рук	236
Действие наркоза на ребенка	237
Профилактика эклампсии	—
Диета и лечение припадков	—
Влагалищное кесарское сечение, подготовка, инструментарий	238
Ход операции	239
Классическое кесарское сечение	—
Кранiotомия (перфорация) головки плода	—
Задержка мочеиспускания в послеродовом периоде	243
Раннее начало половой жизни после родов	246
Плацентарные полипы и геморрагический эндометрит после родов	—
Краткий обзор случая	247

Редактор С. Б. Рафалькес.

Техн. редактор А. Н. Троицкая

Сдано в набор 7/V 1932 г. Подп. к печати 19/III—1933 г. Медгиз. № 91. МД—37.
Формат 62×94¹/₁₆. Печ. лист. 16. Печ. знаков в 1 п. л. 53.568.

Москва. Уполномоченный Главлита Б 24887.

Зак. № 631.

5000 экз.

16-я типография треста «Полиграфкнига», Трехпрудный, 9.