

Н. А. ЦОВЬЯНОВ

**УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ,
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ
МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ
МЕТОД ВЕДЕНИЯ РОДОВ
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

МЕДГИЗ — 1954

Проф. Н. А. ЦОВЬЯНОВ

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ,
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ
МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ
МЕТОД ВЕДЕНИЯ РОДОВ
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ, ИСПРАВЛЕННОЕ

Государственное издательство
медицинской литературы
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Метод ведения родов при тазовом предлежании (ягодичном и ножном), разработанный доктором медицинских наук Н. А. Цовьяновым, при правильном его использовании дает возможность предупредить мертворождаемость в подавляющем числе случаев родов.

Управление акушерско-гинекологической помощи и комиссия родовспоможения Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР рекомендуют родильным домам использовать указанный метод Н. А. Цовьянова для ведения родов в тазовом предлежании в соответствующих случаях.

Начальник Управления акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения РСФСР

О. Д. Мацпанова

Председатель комиссии родовспоможения Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР профессор

И. Ф. Жорданиа.

Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения РСФСР доцент

А. А. Лебедев

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Метод ведения родов при тазовом предлежании (ягодичном и ножном), разработанный доктором медицинских наук Н. А. Цовьяновым, при правильном его использовании дает возможность предупредить мертворождаемость в подавляющем числе случаев родов.

Решением III и IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР метод ведения родов при ягодичных предлежаниях рекомендован для массового применения в акушерской практике.

Управление акушерско-гинекологической помощи и комиссия родовспоможения Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР считают, что второе издание настоящего руководства, исправленного и дополненного, будет способствовать овладению акушерами-гинекологами методом ведения родов при тазовом предлежании, предложенным Н. А. Цовьяновым.

Начальник Управления акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения РСФСР

Е. И. Станцо

Председатель комиссии родовспоможения Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР профессор

И. Ф. Жордания

Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения РСФСР профессор

А. А. Терехова

ВВЕДЕНИЕ

Исторический Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» явился дальнейшим проявлением заботы партии и советского правительства о матери и ребенке.

Для претворения в жизнь этой важной государственной задачи в Советском Союзе созданы соответствующие условия. Беременной женщине, роженице и родильнице предоставляются все возможности, чтобы довести благополучно беременность до конца, получить бесплатную квалифицированную помощь при родах и воспитать родившегося ребенка.

В связи с Указом значительно повысилась роль врача-акушера, на котором лежит ответственность за течение беременности и исход родов у женщины.

С древних времен было известно, что плод может иногда родиться тазовым концом. Такие роды считались небезопасными для жизни роженицы и плода.

Классическое акушерство отводит большое место родам в тазовом предлежании, являющимся одной из основных причин, способствующих повышению мертворождаемости и ранней детской смертности.

Над проблемой снижения мертворождаемости при родах в тазовом предлежании тщательно трудились не одно поколение наших предшественников-акушеров, но мертворождаемость в начале текущего столетия все еще оставалась высокой и колебалась, по некоторым авторам, даже в учреждениях клинического типа от 10 до 42⁹/о. Несмотря на значительные успехи акушерской науки, мертворождаемость при родах в тазовом предлежании

была в пять раз выше, чем при родах в головном предлежании. Ранняя детская смертность также оставалась высокой.

После Великой Октябрьской социалистической революции, благодаря широкому развитию научно-исследовательской и практической работы в области акушерства и гинекологии, удалось добиться значительного снижения мертворождаемости и ранней детской смертности при родах в тазовом предлежании.

Основная причина высокого процента мертворождаемости, как известно, зависела от осложнений, которые надолго задерживали рождение второй половины плода. Попытки ускорить окончание родов потягиванием за родившуюся часть плода (ягодицы или ножки) нередко приводили к запрокидыванию ручек или к более серьезному осложнению — ущемлению головки (шеи плода) в сужающемся зеве шейки матки.

Долголетние наблюдения и изучение причин мертворождаемости при родах в тазовом предлежании убедили нас в необходимости изменения существующей стандартной техники оказания ручного пособия.

Вначале новый метод ведения родов нашел применение при родах в ягодичном предлежании главным образом у первородящих, у которых наблюдался до этого по вполне понятным причинам (неподатливость родовых путей) значительный процент мертворождаемости¹.

В 1949 г. был предложен и с успехом применен на практике технически простой и весьма эффективный метод ведения родов при ножных предлежаниях².

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Уроки истории всегда поучительны. Изучение ее дает возможность не только избежать повторения ошибок прошлого, но и критически отнестись к ранее предложенным методам, которые с небольшими изменениями применяются еще и до сих пор некоторыми из современных акушеров.

Мы считаем целесообразным остановиться в самых

¹ Течение и ведение родов при ягодичном предлежании. Доклад на заседании Московского акушерско-гинекологического общества 5/XII 1928 г. Напечатан в журнале «Акушерство и женские болезни», Ленинград, 1929, № 3, стр. 372.

² Журнал «Акушерство и гинекология», 1949, № 2, стр. 24.

кратких чертах на главных этапах развития методов оказания помощи при родах в тазовом предлежании.

Акушерство является одной из древнейших отраслей медицины. В египетских папирусах Эберса, относящихся к третьему-второму тысячелетию до н. э., имеются указания на различные приемы оказания помощи при трудных и осложненных родах. В священных книгах индусов (Аюр-Веда) затрагиваются вопросы диететики беременных, а также применявшиеся тогда методы оперативного пособия при трудных родах.

О родах в тазовом предлежании впервые упоминается в «Книге жизни» индусского врача Сусруты (жил в VIII веке до н. э.). Сусрута относил тазовое предлежание, как и поперечное положение плода, к опасным осложнениям родов и советовал назводить обе ножки и извлекать плод.

Более полные сведения о родах в тазовом предлежании имелись у Гиппократ (460—377 гг. до н. э.). Гиппократ первый обратил внимание на то, что роды в тазовом предлежании отличаются большой продолжительностью, в результате чего могут возникнуть различные осложнения. предусмотреть и предупредить которые не всегда удается. Поэтому Гиппократ советовал ставить прогноз родов при тазовом предлежании с большой осторожностью — совет, не утративший своего значения и в наше время.

Для улучшения исхода родов Гиппократ рекомендовал путем операции поворота переводить тазовое предлежание в головное как более безопасное для плода. При неудавшемся повороте — приступать к рассечению плода в матке и удалять его по частям (эмбриотомия).

Благодаря авторитету и тому влиянию, которым пользовался Гиппократ не только у себя на родине, в Греции, но и далеко за ее пределами, рекомендованные им методы ведения родов при тазовом предлежании применялись врачами в течение последующих веков и сохранили свое значение до начала новой эры.

Дальнейшему развитию акушерской науки содействовал Цельс (пятидесятые годы н. э.), который считал, что при тазовом предлежании плода возможен благополучный исход родов. При ягодичных предлежаниях Цельс рекомендовал операцию низведения ножки с последующим извлечением плода.

Павел Эгинский (VII век н. э.) расценивал ножные предлежания как нормальные. Он советовал извлекать плод за ножки и подробно описал технику выполнения этой операции.

В дальнейшем центром науки и культуры становится Аравия. Начинается новый расцвет медицины, однако для акушерства настал период застоя, продолжавшийся около девяти веков. Это объясняется тем тяжелым положением, в котором находилась женщина ближнего Востока. Врачи не занимались акушерством, и дело родовспоможения было сосредоточено в руках малосведущих бабок.

Новый, исключительный по своему значению толчок в развитии медицинской науки вообще и акушерства в частности связан с именем знаменитого таджикского врача и философа Абу-Али ибн-Сины, известного в Европе под именем Авиценны¹.

Несмотря на существовавшее в то время положение, что роды в тазовом предлежании должны быть закончены оперативным путем, Авиценна высказывался за возможность предоставления этих родов силам природы. Наиболее близкими к головным предлежаниям Авиценна считал ножные предлежания. Однако, если во время родов ручки плода отходят от груди (запрокидываются), роды становятся очень опасными для роженицы и плода. Авиценна предложил петлю для извлечения застрявших в тазу ягодич.

Французский акушер А. Паре (1510—1590) предлагал при трудных родах в головном предлежании производить операцию поворота плода на ножку. Он считал нецелесообразным перевод ягодичного предлежания в головное.

Морисо (1637—1709) относил тазовое предлежание плода к нормальному. Операцию извлечения плода за ножку он считал безопасной для плода и роженицы. При нормальных размерах таза Морисо находил возможным предоставить роды силам природы; при застрявших в тазу ягодичах он рекомендовал извлекать их пальцами, введенными в паховые сгибы плода.

¹ 12 ноября 1952 г. весь культурный мир отметил тысячелетие со дня рождения этого гениального человека. Капитальный труд его «Канон медицины», состоящий из пяти томов, представляет собой итог тысячелетнего развития медицины. «Канон медицины» более 600 лет служил настольной книгой для врачей всего мира.

В 1668 г. Морисо предложил метод ручного пособия для выведения последующей головки — метод, не утративший своего значения до настоящего времени. Однако предложенный Морисо метод в тот период не получил распространения, был забыт и вновь рекомендован только в 1747 г. французским акушером Левре (1703—1780). Им же впервые было предложено наложение обычных (головных) щипцов на ягодицы плода. Ляшапель внесла некоторое изменение в этот метод и предложила вводить в ротик плода не два, а один палец. Поэтому метод правильнее было бы именовать методом Морисо-Левре-Ляшапель.

При трудном извлечении ягодиц Смелли (1680—1763) советовал пользоваться тупым крючком.

Разновидности крючков, а также специально предлагавшиеся различные модификации ягодичных щипцов не вошли в употребление, так как применение их наносило большую травму плоду.

Таков путь, по которому шло развитие методов оказания помощи при родах в тазовом предлежании.

Изучение акушерства в России началось со времени открытия первых акушерских школ — одной в Москве, а другой в Петербурге (1757).

Основоположителем отечественного научного акушерства по праву считается Нестор Максимович Максимович (Амбодик).

В первом отечественном руководстве по акушерству «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1786) Амбодик подразделяет тазовые предлежания на ягодичные, полные и неполные ножные и коленные предлежания. Роды в тазовом предлежании Амбодик относил к «сверхъестественным», но не трудным, которые в случае необходимости могут быть закончены с помощью акушерского искусства. Для благополучного исхода родов Амбодик считал необходимым наличие следующих условий: обширный таз роженицы, не слишком крупный плод и правильное его положение (передний вид). Амбодик высказывался за возможность самопроизвольных родов в большинстве случаев при тазовом предлежании плода.

Начиная с первой половины XIX столетия, тазовое предлежание большинством акушеров было признано нормальным, а вопрос об оперативном вмешательстве

решался в зависимости от показаний со стороны роженицы или плода.

Проводниками идеи консервативного ведения родов при тазовом предлежании были корифеи отечественного акушерства — И. П. Лазаревич, Г. И. Кораблев, А. Я. Красовский, Н. Н. Феноменов и др.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Тазовое предлежание встречается приблизительно в 3% всех родов.

Среди современных акушеров нет единого отношения к родам в тазовом предлежании. Одни относят роды в тазовом предлежании к нормальным, другие, наоборот, к патологическим. Многие акушеры склоняются к тому, что роды в тазовом предлежании граничат с патологией.

При отсутствии отягощающих моментов (о которых будет сказано ниже) исход родов при тазовом предлежании (при правильном применении нового метода) мало чем отличается от исхода родов при головном предлежании.

Диагноз тазового предлежания может быть установлен даже при одном наружном исследовании роженицы на основании определения крупной, мягкой, небаллотирующей предлежащей части плода, стоящей высоко над входом в малый таз, ощупывания головки в дне матки, чаще отклоненной от средней линии в сторону, противоположную позиции плода, более отчетливого прослушивания сердцебиения плода выше уровня пупка. Наиболее надежным признаком является определение баллотирующей головки в дне матки, которую, однако, не всегда удается легко прощупать, особенно если она расположена у места прикрепления к матке детского места и прикрыта им.

К этим диагностическим признакам мы добавили бы, что высокое стояние дна матки, упирающегося в мечевидный отросток, также характерно для тазового предлежания.

Более точную диагностику тазового предлежания дает влагалищное исследование роженицы. Предлежащий тазовый конец резко отличается от характерной по форме

и консистенции головки. Прощупываются седалищные бугры, копчик и заднепроходное отверстие, по которым возможно определить не только предлежание плода, но его позицию и вид. При ножных предлежаниях прощупываются пятки и короткие пальчики ножек плода.

Тазовое предлежание может быть смешано с лицевым и поперечным положением, особенно при вставившемся плечике плода.

Дифференциальным признаком для исключения поперечного положения плода может служить высота стояния дна матки.



Рис. 1. Чистое (неполное) ягодичное предлежание, первая позиция, передний вид.



Рис. 2. Смешанное ягодичное предлежание, вторая позиция, задний вид.

Прежде чем перейти к описанию предложенного нами метода ведения родов при тазовом предлежании, необходимо остановиться на некоторых подробностях, которые отличают роды в тазовом предлежании от родов в головном предлежании, а также указать на принцип ведения родов при тазовом предлежании.

Тазовое предлежание принято делить на ягодичные и ножные предлежания. Ягодичные предлежания в свою очередь подразделяются на чистое ягодичное, наблюдаемое, как правило, у первородящих при доношенной беременности, и смешанное — ягодично-ножное, встречающееся обычно у повторно- и многородящих (рис. 1 и 2).

Среди ножных предлежаний различают неполное и полное (выпадение одной или обеих ножек).

Период изгнания разделяют на четыре момента: рождение плода до пупочного кольца, до нижнего угла передней лопатки, рождение плечевого пояса и ручек и, наконец, рождение головки. Наиболее опасными для плода являются третий и четвертый моменты, правильным ведением которых удастся достигнуть значительного снижения процента мертворождаемости.

Высокое стояние ягодиц не ведет к достаточному сглаживанию шейки матки, которое наблюдается в конце беременности у первородящих при опускающейся в малый таз головке. Общеизвестен также факт преждевременного излития при тазовом предлежании легко сообщающихся между собой передних и задних вод. Это связано с недостаточным обхватыванием неровной предлежащей части плода в области нижнего сегмента матки. Отсюда — все неблагоприятные последствия сухих родов; кроме этого, роды при тазовом предлежании плода обычно более продолжительные, чем при головных предлежаниях.

Основным условием ведения родов вообще, особенно же родов при тазовом предлежании, является сохранение целостности плодного пузыря до наступления полного или почти полного открытия маточного зева.

Профилактика осложнений при родах в тазовом предлежании должна начинаться с появления первых схваток. Для предупреждения раннего отхождения вод роженицу укладывают в постель и рекомендуют принять положение, при котором ее меньше всего беспокоят схватки. Наблюдение показывает, что роженица предпочитает лежать на том или ином боку с пригнутыми к животу бедрами. Целесообразнее укладывать роженицу на тот бок, где находится спинка плода. При таком положении роженицы матка в силу своей тяжести отклоняется в сторону, на которой лежит роженица; уменьшается давление предлежащей части на шейку матки, что ведет к ослаблению родовой деятельности, а это предохраняет плодный пузырь от раннего разрыва. Кроме того, указанное положение, уменьшая наклонение таза роженицы, способствует синклитическому вставлению предлежащей части и предохраняет пуповину от выпадения.

Сохранение целостности плодного пузыря на более длительный срок необходимо для более полного раскрытия

маточного зева и для укорочения продолжительности безводного периода, не всегда безразличного для плода, особенно у пожилых первородящих. Как показали наши многолетние наблюдения, продолжительность первого периода родов при тазовом предлежании и целом плодном пузыре почти не отражается на состоянии плода.

Несмотря на целостность плодного пузыря, родовая деятельность у роженицы начинает постепенно усиливаться. С каждой последующей схваткой нижний сегмент матки, плотнее охватывая предлежащую часть тазового конца плода, препятствует выпадению пуповины, так часто отмечаемому при родах в тазовом предлежании.

Хорошая родовая деятельность, развившаяся у роженицы к началу второго периода, — залог благополучного исхода родов.

Основное правило ведения родов при тазовом предлежании заключается в том, чтобы дать возможность самостоятельно родиться первой половине плода до пупочного кольца, а при энергичной родовой деятельности — и до нижнего угла передней лопатки.

Необходимо учитывать, что после рождения плода до пупочного кольца неизбежно наступает сдавление пуповины и некоторое нарушение циркуляции крови, особенно в пупочной вене. Остановка продвижения плода, родившегося до пупочного кольца, чаще наблюдается при чистом ягодичном предлежании (обычно наблюдаемом у первородящих) и объясняется все увеличивающимся по направлению к плечевому поясу объемом плода. Поэтому, если при очередной схватке в течение 2—3 минут не происходит дальнейшего продвижения плода, мы считаем целесообразным приступить к так называемому ручному пособию.

Следует отличать ручное пособие от извлечения плода. К ручному пособию приступают лишь после рождения первой половины плода, к извлечению же плода за ягодицы или ножки приступают значительно раньше. Ручное пособие в интересах плода следует производить только во время схваток и потужной деятельности у роженицы.

Однако и при ручном пособии может образоваться запрокидывание ручек и ущемление головки в сокращающемся зеве шейки матки. Эти обстоятельства были и остаются основной причиной высокого процента мертворождаемости при родах в тазовом предлежании.

Об этих возможных осложнениях всегда должен помнить акушер, проводя роды в тазовом предлежании.

Учитывая особенности течения родов при тазовом предлежании, легко представить себе ряд осложнений, которые при них возникают и влияют на повышение процента мертворождаемости (черепные кровоизлияния, прижатие пуповины), а также наблюдаемые при этих родах различные повреждения плода (переломы ручек и др.). Поэтому основная задача акушера при ведении родов в тазовом предлежании плода сводится к тому, чтобы по возможности избежать этих осложнений.

Отхождение мекония, столь грозный признак для плода при головном предлежании, при родах в тазовом предлежании не имеет большого значения и объясняется сдавлением кишечника плода. Однако отхождение мекония при ягодицах, еще не вступивших в полость малого таза, обычно указывает на начинающуюся асфиксию плода.

29 лет назад мы решили проверить целесообразность применения обычно рекомендуемых в руководствах по акушерству методов ручного пособия.

При применении различных методов ведения родов в тазовом предлежании не всегда удавалось избежать вышеописанных осложнений.

Свои наблюдения мы проводили сначала при самопроизвольных родах у первородящих. Мы остановились на первородящих не только потому, что у них наблюдался наибольший процент мертворождаемости, но главным образом в связи с тем, что неподатливые родовые пути первородящих замедляли изгнание плода. Это давало возможность лучше наблюдать и подробнее изучить механизм родов в тазовом предлежании.

Ведение родов при ягодичных предлежаниях

Переходим к описанию методики ведения неосложненных родов при тазовом предлежании¹.

¹ К осложнениям относятся: сужение таза больше первой степени, различные деформации его, выпадение пуповины, «старая» первородящая, гигантский плод, кровотечение; при этих и других осложнениях и настоятельном требовании роженицы иметь живого ребенка в соответствующей обстановке показано кесарево сечение.

Чтобы избежать возможных ошибок при ведении родов, каждую поступающую в родовспомогательное учреждение роженицу следует подвергнуть влагалищному исследованию и повторить его сразу после отхождения вод. При влагалищном исследовании определяют открытие маточного зева, степень сглаженности и ригидности его краев, есть ли предлежание или выпадение пуповины, позицию и вид тазового предлежания, диагональную конъюгату, высоту симфиза и все имеющиеся аномалии таза. Точное выяснение позиции плода при неотошедших водах не имеет существенного значения, если не предполагается оперативного вмешательства. Повторные исследования роженицы во избежание возможного повреждения половых органов плода должны быть ограничены.

Необходимо отметить, что независимо от вида позиции (передний или задний), определяемого в течение родов при влагалищном исследовании, первой из половой щели роженицы показывается та ягодица, которая соответствует позиции плода (при первой позиции — левая, при второй — правая ягодица). В дальнейшем механизм родов совершается, как правило, в переднем виде той позиции плода, какую он имел до этого момента родов.

При неправильном ведении родов может нарушиться механизм родов, свойственный тазовому предлежанию, и образоваться задний вид; рождение плода в заднем виде может наблюдаться лишь при значительной его недоношенности.

* * *

Начнем с ведения родов у первородящих при чистом ягодичном предлежании.

Касаясь членорасположения плода при ягодичном предлежании у первородящих, мы считаем необходимым отметить наблюдаемое у них, как правило, при доношенном плоде характерное членорасположение: ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах (вытянутые и прижатые к животу).

Такое расположение ножек плода у первородящих вполне понятно и объясняется сильным сжатием ягодиц при прохождении их через малоподатливые родовые пути и главным образом через шейку матки. Это приводит к сгибанию ножек в тазобедренных и разгибанию их в

коленных суставах. Необходимо особо отметить исключительную важность указанного расположения ножек для благополучного исхода родов как для роженицы, так особенно и для плода. Ножки, прижимая скрещенные ручки к грудной клетке плода, предохраняют их от запрокидывания; концы же ножек, прикрывая личико плода, препятствуют разгибанию головки даже при извлечении плода в случае возникшей необходимости.

Такое расположение ножек превращает тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. Конус этот достигает своего максимального объема на уровне плечевого пояса. Объем этот, слагающийся из грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек плода (плеч и предплечий) и прижатых к ним ножек, намного превышает объем последующей головки. Так, при среднем весе плода в 3 000 г окружность на уровне плечевого пояса достигает 42 см и более, между тем как наибольшая окружность головки при прохождении по родовому каналу не превышает 34—36 см.

При указанном положении ножек не образуется запрокидывания ручек даже тогда, когда при необходимости ускорить рождение плода его извлекают за тазовый конец. В этих случаях легко выводится плечевой пояс, освобождаются ручки и без труда проводится головка через наиболее неподатливый участок родового канала — шейку матки.

Ягодицы плода обычно вставляются своим поперечным размером в одном из косых размеров входа в таз. При этом копчик является ведущей точкой и устанавливается по оси таза.

Проследим течение этих родов при переднем виде первой позиции, как наиболее часто встречающейся. Ягодицы плода, установившись своим поперечным размером в левом косом размере входа в таз (рис. 1), опускаются в том же косом размере в полость таза. Первым опускается в таз тот участок подлежащей части плода, который находится спереди, у лонных костей. Объясняется это наклоном таза, которое колеблется в пределах 55—60°. Приближаясь к выходу, ягодицы переходят в прямой размер, в котором они и прорезываются.

Одновременно с рождающейся передней (верхней) ягодичей показываются и наружные половые органы плода, по которым уточняется его позиция (рис. 3). На пози-

цию плода мы обращаем особое внимание, так как весь дальнейший механизм родов будет совершаться в строгой зависимости от нее.

После рождения из-под лонной дуги передней ягодицы быстро прорезывается при боковом сгибании позвоночника плода и задняя (нижняя) ягодица, которая устремляется кпереди (кверху) по проводной оси родового канала (рис. 4). Особенно наглядно это можно наблю-



Рис. 3. После рождения передней ягодицы по половым органам плода уточняется его позиция.



Рис. 4. Прорезавшиеся в прямом размере таза ягодицы плода направляются косо кпереди (кверху).

дать у первородящих с высокой промежностью, у которых рождающиеся ягодицы устремляются не только косо кпереди в направлении оси родового канала, но почти перпендикулярно к горизонтальной плоскости.

После прорезывания ягодиц в прямом размере туловище затем переходит в левый косой размер (рис. 5), а к моменту рождения первой половины плода устанавливается в поперечном размере выхода таза спинкой кпереди (кверху) (рис. 6).

Мы считаем необходимым, в отличие от общепринятого метода оказания ручного пособия, захватывать ягодицы уже в момент их прорезывания. Поддерживая рождающиеся ягодицы и не производя при этом никаких попыток к извлечению плода, мы ослабляем пружинящее действие вытянутых ножек. Направляя ягодицы кверху, мы тем самым способствуем самостоятельному рождению первой половины плода. Глав-

нейшая же цель, которую мы преследуем при поддерживании рождающихся ягодич, — препятствовать ножкам преждевременно родиться (выпасть) из влагалища (рис. 5 и 6).



Рис. 5. Туловище плода переходит в левый косой размер таза. Большие пальцы акушера прижимают бедра плода.



Рис. 6. Туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди (кверху).

В отличие от общепринятого (старого) метода захватывания ягодич мы располагаем большие пальцы не на крестце, а на задней поверхности бедер плода; остальные четыре пальца — на крестце. Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы рук акушера по мере рождения плода передвигаются по ножкам по направлению к задней спайке, постоянно касаясь ее (рис. 7).

Сохранение на весь период изгнания плода его ножек вытянутыми и прижатыми к грудной клетке обеспечивает благоприятный исход родов у первородящих.

При обильной сыровидной смазке у плода мы рекомендуем прикрывать родившиеся ягодичи не пеленкой, а стерильной тканью размером 40×15 см. Прикрывая ягодичи пеленкой, мы не только не можем наблюдать за механизмом родов, но, что несравненно важнее, лишаемся возможности передвигать большие пальцы по бедрам и голням плода.

Более удобным для этой цели оказалось применение натянутых перчаток, хранящихся стерильными в биксах. Перчатки с успехом могут быть заменены варежками, сшитыми из хлопчатобумажной ткани. При возникновении не-

обходимости освободить ручки или вывести головку плода варежки снимают.

Плечевой пояс плода входит в поперечный размер таза и, опускаясь ниже, переходит в левый косой размер. Момент этот соответствует рождению нижнего угла передней лопатки. В дальнейшем плечевой пояс устанавливается в прямом размере выхода таза.



Рис. 7. Родившиеся ягодицы устремляются вверх. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигают по ножкам к задней спайке.



Рис. 8. Родившиеся ягодицы акушер направляет несколько на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить рождение передней (верхней) ручки из-под лонной дуги.

Необходимо отметить, что при новом методе ведения родов в чистом ягодичном предлежании у первородящих несколько затрудняется рождение плода до нижнего угла передней лопатки. Это обусловливается пружинящим действием ножек, вытянутых и прижатых к брюшной стенке плода.

С появлением нижнего угла передней лопатки мы считаем целесообразным направлять ягодицы на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги передней ручки (рис. 8). Для рождения задней ручки плод снова приподнимают кпереди (кверху) и из крестцовой впадины выводят заднюю ручку, если она сама не выпадет.

Приступать к освобождению первой задней ручки, как это рекомендуется некоторыми авторами, по нашему мне-

нию, нет оснований. Наблюдения за самопроизвольно заканчивающимися родами в ягодичном предлежании показывают, что первой всегда рождается передняя ручка. Тем более нецелесообразно вращать плод на 180° для перевода передней ручки в крестцовую впадину, так как это нарушает естественный механизм родов и может в отдельных случаях привести к установлению головки подбородком к лону.

Однако при запрокинувшихся ручках первой необходимо освободить заднюю, обращенную к крестцовой впадине, куда легче и глубже может проникнуть не только палец, но и полурука акушера.

Во избежание перелома ручки необходимо помнить, что выведение ее производится давлением указательного пальца на область локтевого сгиба.

Согнутая головка плода вступает в таз в поперечном или косом размере (при первой позиции в правом, при второй — в левом косом размере). Под защитой вытянутых ножек она проходит беспрепятственно через наиболее опасный для нее участок родового канала — шейку матки и опускается до тазового дна. В это время ножки плода (пятки) выпадают из влагалища, и в глубине зияющей половой щели роженицы можно увидеть подбородок, ротик и ноздри плода.

С выведением головки, опустившейся до тазового дна, можно теперь не торопиться, так как плод имеет возможность дышать. При энергичной родовой деятельности головка рождается самостоятельно, без всякой помощи со стороны акушера. Извлечение головки может быть произведено одним из многочисленных приемов. Наиболее физиологичным, удобным, а потому и менее опасным как для роженицы, так и для плода надо признать метод Морисо-Левре-Ляшапель. При этом способе плод сажают «верхом» на предплечье акушера, одноименное с позицией плода (при первой позиции — на левое предплечье), ногтевая фаланга указательного пальца той же руки вводится в ротик и устанавливается на нижней челюсти плода, чтобы воспрепятствовать разгибанию головки в момент ее выведения. Указательный и средний пальцы правой руки акушера (при первой позиции), захватив сверху плечевой пояс плода, располагаются вилоч-

образно по боковым сторонам шеи (рис. 9). При выведении головки тракции производятся исключительно правой рукой по направлению оси родового канала косо кпереди (кверху). Первым рождается подбородок, затем личико, лобик и в последнюю очередь из-под лонной дуги выкатывается затылок.

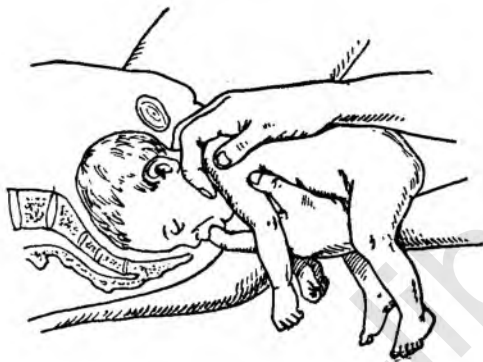


Рис. 9. Выведение последующей головки по способу Морисо-Левре-Ляшапель.

Во избежание разрыва промежности головку следует выводить как можно медленнее малым косым размером и вне схватки и потуги.

Для выведения головки ее наименьшим размером необходимо предварительно подвести подзатылочную ямку под лонную дугу и фиксировать ее здесь. С этой целью первая тракция производится на себя и несколько косо кзади (книзу). В дальнейшем ягодицы плода направляются косо кпереди (кверху), и головка выводится, вращаясь вокруг неподвижной точки опоры у лонной дуги. При выведении головки необходимо следить за тем, чтобы подведенная под лонную дугу подзатылочная ямка вновь не отошла назад, за лонные кости, и тем не увеличился бы размер прорезываемой головки. При этом методе, в противоположность пражскому приему, головка не разгибается и не травмируется, лучше сохраняется целостность промежности, а также исключается возможность растяжения и травмы шейного отдела позвоночника плода.

Идущие впереди ягодицы плода медленно и бережно расправляют слизистую влагалища и промежность. Кли-

нообразно расширяющееся вверх тело плода к моменту рождения плечевого пояса растягивает промежность больше, чем это требуется для выведения последующей головки. Поэтому разрывы промежности у первородящих при чистом ягодичном предлежании плода наблюдаются при ведении родов по вышеуказанному методу реже, чем при родах в головном предлежании.

Для благополучного исхода родов в тазовом предлежании важное значение имеет наличие у роженицы хороших схваток и энергичной потужной деятельности.

Усиление потуг может быть достигнуто путем обеспечения роженице устойчивых точек опоры для верхних и нижних конечностей.

Не меньшее значение для усиления потуг мы придаем полусидячему положению роженицы, при котором уменьшается угол наклонения таза и трение головки о заднюю поверхность лонных костей, чем облегчается изгнание плода (рис. 10 и 11).

При ягодицах, опустившихся в полость таза, необходимо часто выслушивать сердцебиение плода. При выслушивании легко определить опасность, грозящую плоду, так как при ягодичных предлежаниях, в отличие от головных, схватки мало влияют на изменение характера сердцебиения плода.

Характерной особенностью детей, родившихся в ягодичном предлежании, является отсутствие у них деформации черепа и стремление ножек в течение первых нескольких дней раздвигаться и пригибаться к брюшной стенке. Зависит это от чрезмерного растяжения в течение продолжительного времени сумки тазобедренного сустава плода.

Сущность нового метода ведения родов при чистом ягодичном предлежании сводится, таким образом, к следующему: ягодицы плода по мере их прорезывания захватывают вышеуказанным способом и направляют не кзади (книзу), как это рекомендовалось в руководствах по акушерству, а все время косо кпереди (кверху) по направлению оси родового канала. Другим важным условием мы считаем сохранение на весь период изгнания обычно наблюдаемого у первородящих расположения ножек плода (вытянутых и прижатых к брюшной стенке).

Принцип ведения родов у повторно- и многородящих тот же, что и у первородящих. Необходимо ожидать са-

мостоятельного рождения первой половины плода. В то время как у первородящих в момент изгнания образуется,

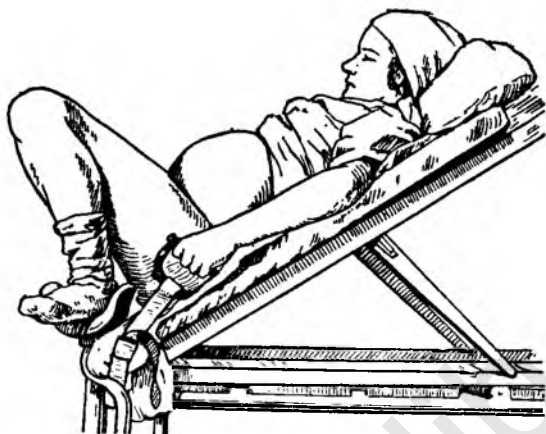


Рис. 10. Полусидячее положение роженицы на рахмановской кровати (с помощью подставки).

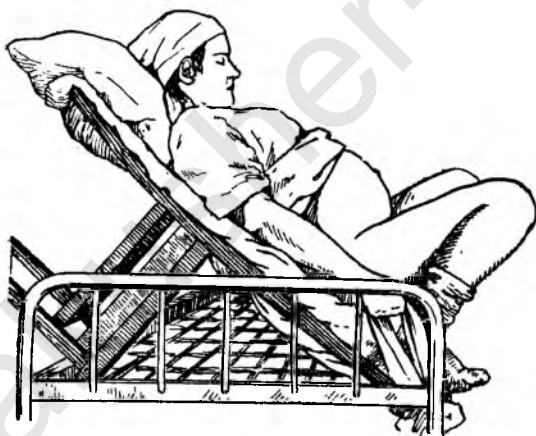


Рис. 11. Полусидячее положение роженицы на обычной кровати (с помощью стула).

как правило, чистое ягодичное предлежание, роды у повторно- и многородящих совершаются обычно при смешанном (ягодично-ножном) предлежании. Идущая впереди

при смешанном ягодичном предлежании объемистая часть плода (ягодицы и ножки) сильно растягивает податливые родовые пути роженицы, что способствует более быстрому и беспрепятственному изгнанию всего плода. Оказываемое при этих родах ручное пособие по большей части ограничивается выведением последующей головки. Для благополучного исхода родов как у первородящих, так и у многородящих необходимо при всех манипуляциях считаться с позицией плода и не проявлять поспешности при извлечении второй половины плода.

При ослаблении или прекращении родовой деятельности у рожениц, если стимуляция не дала эффекта, приходится для ускорения родов приступить к извлечению плода, что нередко приводит к запрокидыванию ручек со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями. Поэтому извлечение плода безопаснее производить во время схватки и потуги.

Ведение родов при ножных предлежаниях

Переходим к наиболее опасным для плода родам — к родам в ножных предлежаниях. Опасность особенно велика при полном ножном предлежании и притом у первородящих, у которых это осложнение встречается чаще.

Мертворождаемость при ножных предлежаниях значительна и колеблется, по различным авторам, от 15 до 35 и более процентов.

При родах как в ягодичных, так и в ножных предлежаниях основная опасность заключается в возможности запрокидывания ручек плода и ущемления извлекаемой головки в зеве шейки матки. Поэтому для благополучного исхода родов в ножных предлежаниях особенно важно, чтобы рождение второй половины плода совершалось не только при полном открытии шейки матки, но и при наличии у роженицы энергичной родовой деятельности. При ножных же предлежаниях чаще наблюдается раннее отхождение вод и слабая родовая деятельность. Кроме того, вслед за излитием вод нередко, еще при недостаточном открытии шейки матки, выпадают одна или обе ножки — обстоятельство, объясняющее высокий процент мертворождаемости при родах в ножных предлежаниях.

Однако и при ножных предлежаниях нам удалось найти технически простой и весьма эффективный метод, обес-

печивающий предварительное полное открытие маточного зева. Этот метод основан на использовании известного свойства мускулатуры матки реагировать на препятствие, встречаемое предлежащей частью плода, усилением и учащением родовой деятельности. Чем больше препятствие, встречаемое плодом при его продвижении, тем сильнее начинает сокращаться матка и брюшной пресс.

«Сокращения брюшного пресса повышают внутрибрюшное давление, противодействуют чрезмерному подъему всей матки кверху, гонят ее вместе с ее содержимым по направлению к тазовой полости и этим удерживают контракционное кольцо на допустимом уровне» (Г. Г. Гентер).

Выше указывалось, что вслед за разрывом плодного пузыря необходимо произвести влагалищное исследование роеницы. При установлении ножного предлежания за роженицей устанавливается особое наблюдение с тем, чтобы не допустить рождения (выпадения) наружу ножек плода. Когда в глубине влагалища показываются ножки плода, половая щель роженицы немедленно прикрывается стерильным материалом размером 12×15 см, акушер же ладонной поверхностью правой руки, приставленной к вульве, не давая на промежность, систематически, при каждой схватке, оказывает противодействие ножкам, препятствуя рождению их раньше времени.

Для удобства выполнения этой, иногда весьма продолжительной манипуляции мы рекомендуем акушеру сесть лицом к роженице, с правой стороны от нее или непосредственно перед ней, локоть правой руки положить на кровать между раздвинутыми бедрами роженицы и ладонной поверхностью той же руки, приставленной к вульве, систематически во время схваток оказывать противодействие ножкам, не давая им родиться раньше времени (рис. 12).

По мере открытия шейки матки ягодицы плода начинают опускаться во влагалище и образуют вместе с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. Опустившиеся в полость таза ягодицы, оказывая давление всей своей массой и тяжестью на крестцово-маточное нервное сплетение, вызывают усиление родовой

деятельности. В результате шейка матки полностью раскрывается, влагалищные своды расправляются и в дальнейшем оттягиваются вверх. Родовой канал роженицы — шейка матки и влагалище — превращаются в одну сплошную трубку. Продолжающееся противодействие ведет в дальнейшем к растяжению промежности и широкому раскрытию половой щели роженицы. В это время ножки пло-



Рис. 12. Противодействие, оказываемое акушером, преждевременному рождению ножек плода.

да, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. С этого момента дальнейшее противодействие ножкам прекращается. При очередной схватке плод, не встречая препятствий со стороны родовых путей роженицы, большей частью в ту же потугу весь изгоняется наружу.

О наступлении полного открытия маточного зева можно судить и по высоте стояния пограничного кольца, а также по поведению роженицы, начинающей болезненно реагировать на растяжение у нее влагалищных сводов.

Естественно возникает вопрос: как долго задерживать ножки плода? Этот вопрос разрешается главным образом на основании сопоставления данных предварительно произведенного влагалищного исследования и характера родовой деятельности (частоты и силы схваток). Наблюдения показывают, что продолжительность задерживания

плода может быть различной и колеблется в больших пределах — от 30 минут до нескольких часов.

При проведении родов в ножных предлежаниях необходимо в периоде изгнания плода систематически, после каждой схватки, выслушивать сердцебиение плода для принятия мер к ускорению родов в случае необходимости (начинающаяся асфиксия плода).

Необходимо отметить, что метод ведения родов при ножных предлежаниях может быть с успехом использован и при смешанном (ягодично-ножном) предлежании в тех случаях, когда недостаточно эффективная родовая деятельность вызывает у акушера сомнение в благополучном исходе родов.

* * *

Забота о снижении процента мертворождаемости при родах в тазовом предлежании должна начинаться задолго до родов. Помимо общего наблюдения за беременной и соответствующих указаний и советов, необходимо всех беременных с тазовым предлежанием плода брать на особый учет.

Надо помнить, что тазовое предлежание может переходить в головное не только в течение беременности, но даже и в начале родов, что подтверждается рентгеновскими снимками. Поэтому при малом сроке беременности женщине не следует сообщать о имеющемся у нее тазовом предлежании, чтобы не травмировать ее психику. За месяц до родов при установившемся тазовом предлежании необходимо поставить об этом в известность беременную для соблюдения ею особого режима. В целях предупреждения преждевременного или раннего отхождения вод беременной следует избегать подъема тяжестей и работы, связанной с большим напряжением брюшного пресса. Следует указать женщине на сравнительную безопасность течения родов в тазовом предлежании в связи с достигнутыми в нашей стране успехами. Примерно за 1—1½ недели до родов желательно поместить беременную в стационар — в отделение патологии беременности, где ей может быть обеспечен покой, надлежащий режим, а при начале родовой деятельности своевременная квалифицированная акушерская помощь.

В заключение отметим, что, работая в отдаленных районах Советского Союза, акушерка вынуждена иногда, в отсутствие врача, самостоятельно принимать роды при тазовом предлежании. Новый метод ведения родов при тазовом предлежании, не требуя большого акушерского опыта (особенно при ножных предлежаниях), может быть с успехом проводим и акушерками.

Усвоение и правильное применение нового метода дадут возможность акушеркам уверенно и успешно проводить роды при тазовом предлежании, снизить как мертворождаемость, так и смертность новорожденных.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к первому изданию	3
Предисловие ко второму изданию	4
Введение	5
Краткие исторические сведения	6
Течение и ведение родов при тазовом предлежании	10
Ведение родов при ягодичных предлежаниях	14
Ведение родов при ножных предлежаниях	24

Наполеон Аркадьевич Цовьянов.

**Усовершенствованный, предупреждающий мертворождаемость
метод ведения родов при тазовом предлежании.**

Техн. редактор К. А. Попрядухин.

Корректор М. Н. Веревкина.

Сдано в набор 15/VII 1954 г. Подписано к печати 19/VIII 1954 г.

Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бум. л. 0,44, печ. л. 1,44, уч.-изд. л. 1,36.

Тираж 22000 экз. Т05955. Тип. «Гудок», Москва. Заказ 2181.

Бесплатно.

О П Е Ч А Т К И

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
18	3 снизу	натянутых перчаток	нитяных перчаток