

Приложение к „Врач. Газ.“ № 6 за 1928 г.

„КЛИНИЧЕСКИЕ МОНОГРАФИИ“

Prof. Dr. V. KRÖNIG

Проф. Б. КРЕНИГ

АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ

В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Перевод с 2-го немецкого издания
д-ра И. И. ГОЛЬДВАССЕРА

Prof. Dr. V. KRÖNIG. Der geburtshilfliche Phantomkurs in Frage und Antwort

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Ленинград, 11, ул. Лассалья. № 2

1928

„КЛИНИЧЕСКИЕ МОНОГРАФИИ“

Prof. Dr. V. KRÖNIG

Проф. Б. КРЕНИГ

АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ

В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Перевод с 2-го немецкого издания
д-ра И. И. ГОЛЬДВАССЕРА

Prof. Dr. V. KRÖNIG. Der geburtshilfliche Phantomkurs in Frage und Antwort

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

Ленинград, 11. ул Лассаля, № 2

1928

ПРЕДИСЛОВИЕ.

В течение многих лет я подвергал статистической обработке наичаще встречающиеся ошибочные ответы на акушерском экзамене на фантоме. Эти ответы показывали ту закономерность, что ошибочные ответы концентрируются на совершенно определенных вопросах, независимо от высшей школы, в которой экзаменуемый проходил свой курс оперативного акушерства. Экзаменатор может различно относиться к этим фактам. Будучи фаталистом, можно примириться с этими неверными ответами как с неизбежным злом, с немой покорностью судьбе, или же, в качестве оптимиста, испробовать новые пути.

Германия особенно богата учебниками по оперативному акушерству. Я упомяну только о превосходных учебниках Döderlein'a, Fehling'a, Guggisberg'a и многих других. Они все, каждый в своем роде, блестяще достигают своей цели

Этот маленький *Vademecum*, не претендуя ни на полноту, ни на научность, предлагает вниманию учащихся некоторые вопросы применительно к указанным руководствам. По сравнению с подробным изложением в специальных руководствах, ответы даны очень сжато.

Автор вполне сознает, что некоторые акушеры несколько иначе ответили бы на некоторые вопросы. В интересах краткости и цельности, я отказался от всякой дискуссии по поводу еще неразрешенных вопросов.

Издание этой брошюры как раз в тяжелое военное время, потому казалось мне необходимым, что некоторые из экзаменуемых вследствие неблагоприятно складывающихся обстоятельств принуждены возможно быстро восстановить в памяти для экзамена усвоенное во времена студенчества.

Автор.

I. Затылочное положение.

Образ действия при затылочном положении и при наличии соответствующих условий.

Вопросы.

Ответы.

- Предлежащая часть? Головка.
- Как вы узнаете головку? По шву.
- Где находится проводная точка головки? На 2 поперечных пальца ниже L. interspinalis.
- Как мы определяем понятие „проводная точка“? Это самая глубокая точка предлежащей части плода, находящаяся по проводной оси таза.
- Что мы понимаем под „проводной осью таза“? Линию, которая соединяет середину прямых размеров различных плоскостей таза.
- Сколько плоскостей таза мы представляем себе, для ориентировки, в малом тазу женщины? Четыре.
- Какие именно?
1. Плоскость входа в таз.
 2. Параллельная широкая плоскость таза.
 3. Узкая плоскость таза.
 4. Плоскость выхода таза.
- Какой точкой, соответственно какой линией ограничивается плоскость входа в таз? Спереди—верхним краем симфиза, с боков—L. innominata и сзади—мысом.
- Что такое параллельная широкая плоскость таза? Это плоскость, которую мы мыслим себе проходящей через нижний край симфиза параллельно плоскости тазового входа.
- Чем ограничивается узкая плоскость таза? Спереди—нижним краем симфиза, сбоку—Spinae ischiadicae, сзади—Articulatio sacrococcygea.

- Чем ограничивается плоскость выхода таза? Спереди—нижним краем симфиза, сбоку —седалищными буграми, сзади — верхушкой копчика.
- Чтобы иметь представление о соотношениях размеров различных плоскостей таза, мы мыслим себе различные размеры в каждой тазовой плоскости. Каков прямой размер плоскости тазового входа? 11 см.
- Косой? 12 см.
- Поперечный размер? 13 см.
- Каковы размеры параллельной широкой плоскости таза? Прямой и поперечный почти одинаковы, оба косых представляют собою наибольшие размеры.
- Возьмем узкую плоскость таза. Какой размер самый большой? Прямой.
- А в плоскости тазового выхода какой размер самый большой? Прямой размер, при условии отдавливания копчика кзади головкой плода, проходящей через плоскость тазового выхода.
- Какие роднички и швы прощупываете Вы в данном случае? Малый родничок спереди, большой — сзади, стреловидный шов—в прямом размере таза.
- Как Вы узнаете малый родничок? Это щель в костях, где сходятся 3 шва.
- А большой? По щели в костях, где сходятся 4 шва.
- Как отличаются от большого родничка оба боковых, которые также представляют собою ямку в костях, где встречаются 4 шва? Непосредственно, по соседству бокового родничка, мы находим ухо.
- Как располагается малый родничок в отношении большого? Малый родничок стоит глубже большого.
- Какое положение ребенка в данном случае? Затылочное положение.

- Сколько поворотов в механизме родов при затылочном положении уже произошло, если считать основными 3 поворота?
- Два: 1—опущение малого родничка сравнительно с большим и 2—поворот стреловидного шва из первоначального положения в поперечном размере таза через косой в прямой размер.
- Какой поворот должен еще произойти при естественном механизме родов?
- Поворот вокруг поперечной оси головки, с упиранием затылка в нижний край симфиза и прорезывание над промежностью лба, носа и подбородка.
- Может ли этот последний, третий поворот, который здесь еще не произошел, совершиться самопроизвольно?
- Да.
- Что Вы будете делать, если Вас позвуют на роды и Вы найдете подобное положение?
- Выждать.
- А когда Вы приступите к оказанию помощи?
- При опасности со стороны матери или ребенка.
- Как Вы определяете опасность для ребенка в утробе матери?
- а) По продолжительному падению сердцебиений плода ниже 100 ударов в минуту и по продолжительному учащению свыше 160 ударов.
б) По отхождению мекония.
- Какие опасности со стороны матери требуют возможно быстрого окончания родов?
- а) Слишком продолжительное и интенсивное давление на половые части матери, выражающееся в отечности мягких родовых путей.
б) Давление на соседние органы, пузырь и прямую кишку, что выражается в отходе кровавой мочи или стула с кровью.
в) Начинаящаяся инфекция, проявляющаяся повышением у матери температуры выше 38,5°.
д) Общие заболевания матери, 1) пороки сердца, 2) нефрит:

3) эклампсия, 4) инфекционные заболевания, пневмония и т. д.

Предположим, что существует опасность со стороны матери или ребенка или со стороны обоих, можете ли Вы тогда сразу приступить к быстрому родоразрешению?

Нет.

Отчего это зависит?

От наличия известных условий.

О каком инструменте для извлечения ребенка мы должны подумать?

При живом ребенке—только о щипцах.

Какие условия для наложения щипцов должны быть в данном случае?

- a) Общие условия для наложения щипцов: 1) не должно быть несоответствия между головкой и тазом, 2) должно быть полное открытие зева.
- b) Должны быть налицо условия, вытекающие из относительного несовершенства щипцов.

Какие это условия?

Условия, которые вытекают из головной и тазовой кривизны щипцов:

- a) Соответственно головной и тазовой кривизне щипцов стреловидный шов должен проходить в прямом размере таза.
- b) Соответственно головной кривизне щипцов головка ребенка не должна быть ни слишком малой, ни слишком большой и не гнилой.
- c) Ребенок должен быть живым, так как мертвого ребенка мы лучше извлечем посредством краниокласта.
- d) Пузырь должен быть вскрытым.

Все ли эти условия имеются налицо?

Да.

- О каком наложении щипцов мы говорим при наличии всех условий, как здесь?
- О типичных щипцах или о типичном наложении щипцов.
- Какие общие положения Вы можете применить к оперативному акушерству?
- По возможности подражать естественному механизму родов.
- В каком размере таза Вы замкнете щипцы, если будете поступать соответственно этому правилу?
- В поперечном.
- Долго ли Вы будете производить тракции в 1-ой позиции?
- До тех пор, пока затылок детской головки не упрется в нижний край симфиза.
- Какой 2-ой поворот головки Вы совершите при помощи щипцов?
- Я перейду щипцами во 2-ую и 3-ью позицию, пока рукоятки щипцов не приблизятся к животу матери, и пока постепенно не прорежутся над промежностью лоб, нос и подбородок.
- Какой самый большой размер головки, которым она проходит через половую щель?
- Малый косой размер.
- Каков он у доношенного ребенка?
- 9,5 см.
- Какова окружность детской головки в этом размере, другими словами, чему равняется плоскость прохождения головки?
- 32 см.
- При введении щипцов в половые части женщины какую ложку Вы вводите сначала?
- Левую.
- Какой рукой и в какую сторону матери Вы вводите левую ложку щипцов?
- Левой рукой в левую сторону матери.
- Что делает правая рука при введении левой ложки щипцов?
- Она проходит 2-мя или 4-мя пальцами, по возможности, высоко, чтобы, таким образом, воспрепятствовать возможному ущемлению мягких частей матери между головкой и щипцами.

При введении щипцов, Вы поднимаете сначала рукоятку. Почему?

Затем Вы опускаете рукоятки щипцов в 1-ю позицию. Почему?

Как Вы вводите правую ложку щипцов?

В каком размере материнского таза Вы замкнете щипцы?

А как Вы это узнаете?

Как Вы производите извлечение по замыканию щипцов?

Какой момент наиболее угрожает целости промежности?

Как Вы производите защиту промежности?

Чтобы сначала ввести ложку щипцов влево назад, так как в тазу в области articulationis sacroiliaca относительно много места и, таким образом, щипцы вводятся легче всего.

Чтобы ложка щипцов перешла слева сзади налево вбок, где она окончательно и будет лежать.

Аналогично левой.

В поперечном.

Если рукоятки щипцов будут лежать соответственно поперечному размеру таза.

Сначала я делаю пробную тракцию. В то время как я тяну правой рукой, мякоть большого пальца левой руки я кладу на замок щипцов и кончик указательного пальца приблизительно на проводную точку головки. Головка следует за тракцией щипцов, если при тракции правой рукой кончик указательного пальца левой руки не удаляется от головки.

Прорезывание большого родничка.

a) Или таким образом, что я даю головке под влиянием щипцов постепенно прорезываться над промежностью или

b) снимая щипцы непосредственно перед прорезыванием наибольшего размера головки и способствуя ее рождению по способу Ols-hausen-Ritgen'a, т.-е., вводя указательный палец в пря-

- Как Вы снимаете щипцы?
- Размыкая щипцы, снимаю сначала правую ложку, а затем левую.
- Как вы будете извлекать плечевой пояс и туловище ребенка после рождения головки?
- Буду и здесь подражать естественному механизму родов.
- Как прорезывается через плечевую щель плечевой пояс при самопроизвольных родах?
- Плечики вставляются в прямом размере таза, причем одно плечо, в качестве *rimatum fixum*, упирается в нижний край симфиза, а другое постепенно прорезывается над промежностью, совершая поворот вокруг сагитальной оси плечевого пояса.
- Если Вы хотите этому подражать, то как Вы будете поступать при 1-м затылочном положении?
- Я поверну лицо ребенка в сторону правого бедра матери. Головку ребенка я буду оттягивать к промежности, пока переднее плечо не упрется в нижний край симфиза, затем со стороны спинки ребенка я войду обращенной к ней рукой, в данном случае правой, в заднюю подмышечную впадину и, подтягивая за плечевой пояс и головку, буду способствовать постепенному прорезыванию над промежностью заднего плечика.
- Как Вы будете извлекать туловище плода?
- В прямом размере таза, а тазовый пояс плода—аналогично плечикам его.

Образ действия при затылочном положении и отсутствии соответствующих условий.

- Предположим, что при исследовании мы нашли бы то же, что и в только что описанном случае вставления головки, но зев был бы открыт только на 2 пальца, что Вы будете делать вне клинической обстановки при существующей угрозе жизни плода? Выждать.
- Что Вы будете делать в клинической обстановке или вообще при наличии ассистенции и освещения? Посредством насечек на шейке я должен расширить зев до полного открытия.
- Почему мы не производим этого в обыкновенных условиях своей деятельности? Потому что слишком велика опасность разрыва шейки и вытекающего отсюда кровотечения.
- Что Вы будете делать в случае опасности со стороны матери при наличии надлежащих условий и гнилой головки? Я наложу не щипцы, а краниокласт и извлеку ребенка.

II. Лицевое положение.

- Что Вы прощупываете в качестве предлежащей части? Лицо.
- С чем можно смешать ротовое отверстие? С отверстием заднего прохода.
- Чем отличается отверстие рта от отверстия заднего прохода? Отверстие рта окружено твердой каймой нижней и верхней челюстей.
- Где находится проводная точка головки? На 3 поперечных пальца ниже L. interspinalis.
- Где находится, таким образом, личико ребенка своим наибольшим размером? В плоскости тазового выхода.
- Каково открытие зева? Полное.
- Где находится подбородок? Спереди под симфизом.

- Где находится большой родничок? Сзади на копчике.
- Что лежит глубже, подбородок или лоб? Подбородок.
- Как проходит лицевая линия? В прямом размере таза.
- Что мы разумеем под лицевой линией? Линию, соединяющую середину подбородка с серединой большого родничка.
- Сколько поворотов в механизме родов при лицевом положении здесь уже произошло? 2 поворота.
- Какие именно? В начале родов подбородок и большой родничок находятся на одном уровне, лицевая линия проходит в поперечном размере таза. При первом повороте подбородок опускается ниже большого родничка. При втором повороте лицевая линия переходит из поперечного размера через косой в прямой размер таза и, таким образом, подбородок становится спереди.
- Какой поворот должен еще произойти? Механизм прорезывания.
- Как происходит он при физиологических обстоятельствах? Лицо ребенка опускается до тех пор, пока угол между подбородком и шеей не упрется в нижний край симфиза. Затем следует поворот вокруг поперечной оси головки, пока не прорежутся над промежностью лоб, теменные бугры и затылок.
- Какой плоскостью прорезывается головка в данном случае? Плоскостью, которую мы представляем себе проходящей через вертикальный размер (Diameter submentooccipitalis).
- Чему равняется вертикальный размер у доношенного ребенка? 9,5 см.

- Могут ли роды произойти самопроизвольно при вышеописанном лицевом предлежании? Да.
- Что Вы будете делать, если найдете у роженицы подобное положение? Выждать.
- А когда Вы вмешаетесь? В случае опасности со стороны матери или ребенка.
- В случае угрозы для жизни со стороны матери или ребенка или обоих сразу имеются ли здесь условия для наложения типичных щипцов? Да, так как головка стоит плотно и глубоко, зев совершенно открыт, лицевая линия проходит в прямом размере таза, ребенок жив и нормальной величины.
- Что Вы будете делать в случае опасности со стороны матери или ребенка? Буду извлекать щипцами.
- В каком размере Вы замкнете щипцы? В поперечном.
- В каком направлении Вы будете производить тракции? Соответственно естественному механизму родов я буду извлекать до тех пор, пока угол между подбородком и шеей не упрется в нижний край симфиза. Затем я перейду во вторую и третью позицию, пока не прорежется над промежностью головка до подзатыльной ямки.
- Какую предосторожность Вы будете иметь ввиду при замыкании щипцов? Замыкая щипцы, я немного приподниму рукоятки.
- Почему? Потому что, только тогда, соответственно имеющейся в щипцах головной кривизне, щипцы ложатся на головке достаточно плотно.
- Больше ли повреждается промежность при прорезывании головки в лицевом положении, чем в затылочном? Нет, так как плоскость прорезывания в лицевом положении не больше, чем в затылочном.

Когда Вы снимете щипцы?

Когда при третьей позиции щипцов родится затылок.

Как Вы будете извлекать туловище ребенка?

Точно также, как и при затылочном положении. При первом лицевом положении я поверну личико младенца к правому бедру матери и приведу туловище в прямой размер. Посредством соответствующего поворота вокруг сагиттальной оси плечевого пояса и туловища я буду способствовать прорезыванию над промежностью заднего плечика и заднего бедра.

Предположим, что у нас при исследовании то же, что и выше, только с той разницей, что зев совсем открыт, а лишь на 3 пальца. Что Вы будете делать в своей практической деятельности в случае угрозы для жизни плода?

Выждать.

А когда Вы вмешаетесь?

При полном открытии.

III. Задний вид затылочного положения.

Что Вы находите при исследовании?

Предлежащая часть—головка.

Где находится проводная точка?

На 3 поперечных пальца ниже 1. interspinolis.

Каково открытие?

Полное.

Вскрылся ли пузырь?

Да.

Где находятся большой и малый роднички?

Большой родничок—спереди, малый—сзади в тазу.

Какой родничок лежит глубже?

Большой лежит глубже малого.

В каком положении головка в данном случае?

В заднем виде.

Как мы можем рассматривать задний вид?

Как аномалию поворота при затылочном положении, заключающуюся в том, что

при переходе стреловидного шва из поперечного в прямой размер малый родничок вращается не вперед, а назад.

Могут ли роды произойти самопроизвольно при данной аномалии?

Да.

Как происходят роды головки?

При самопроизвольных родах таким образом, что еще в плоскости тазового выхода или в родовом канале происходит поворот головки, при котором большой родничок идет спереди назад и головка родится в переднем виде, или же головка родится в заднем виде.

Какой тогда будет механизм прорезывания?

Головка будет опускаться до тех пор, пока передний угол большого родничка не упрется в нижний край симфиза. Затем следует поворот вокруг поперечной оси головки, пока не прорежется над промежностью затылка до подзатыльной ямки. После прорезывания этой половины головки неподвижная точка придется на промежности. Теперь снова происходит поворот вокруг поперечной оси головки, пока из под симфиза не прорежутся лицо и подбородок.

Происходят ли естественнороды ребенка при заднем виде также легко, как и при переднем?

Нет, обыкновенно роды длятся гораздо дольше.

Отчего это происходит?

Согласно представлений *Sellheim*'а о механизме родов, в данном случае нет тех благоприятных для поворота головки условий, как при переднем виде.

- Больше ли повреждается промежность при родах в заднем виде, чем в переднем?
- Нет, так как и здесь плоскость прорезывания головки лежит в малом косом размере.
- Что Вы будете делать, если Вас позовут на роды и при внутреннем исследовании Вы найдете вышеупомянутое положение?
- Выждать.
- А когда Вы вмешаетесь?
- В случае опасности со стороны матери или ребенка или со стороны обоих.
- Имеются ли здесь условия для наложения типичных щипцов?
- Да. Так как головка стоит в тазу плотно и глубоко, зев совершенный, стреловидный шов проходит в прямом размере таза.
- Если в случае показаний со стороны матери или ребенка Вы наложите щипцы и будете извлекать, какому из двух вышеприведенных механизмов родов Вы будете подражать?
- Тому или иному:
- a) я могу попытаться при помощи щипцов произвести поворот головки таким образом, чтобы большой родничок пошел назад, а малый вперед. Я могу сделать так наз. поворот по Lange;
- b) я могу родоразрешить в заднем виде.
- Какую акушерскую операцию Вы предпочтете?
- Выведение в заднем виде, так как щипцы по своему устройству весьма плохо приспособлены в качестве вращающего инструмента.
- В каком размере таза Вы замкнете щипцы при выведении головки в заднем виде?
- В поперечном.
- В каком направлении Вы будете извлекать?
- Я буду извлекать в первой позиции до тех пор, пока передний угол большого родничка не упрется в нижний край симфиза, затем я перейду во вторую и третью позицию, пока не прорежется над промежностью затылок до подзатыльной ямки. После этого я переведу рукоятки щипцов обратно из третьей

позиции в первую, пока не прорежется из-под симфиза лицо до подбородка.

Так же ли безопасны щипцы для мягких частей матери при заднем виде, как при переднем?

Нет.

Почему?

Хотя плоскость прорезывания головки при заднем виде не больше, чем при переднем, но все таки иногда очень трудно поставить передний угол большого родничка, в качестве *punctum fixum*, как раз у нижнего края симфиза, так как здесь *punctum fixum* находится на дуге в противоположность переднему виду, где *punctum fixum* устанавливается сам собою; здесь он представляется в виде верушки тупого угла между затылком и шеей.

Если при заднем виде будешь извлекать в первой позиции дольше, чем следует, то плоскостью прорезывания является плоскость, соответствующая прямому размеру, которая в своей окружности почти на 3 см больше, чем желательная плоскость прорезывания, проходящая через малый косой размер.

Как вы извлекаете туловище ребенка?

Так же, как и при переднем виде.

IV. Низкое поперечное стояние стреловидного шва. Первая позиция.

Что Вы находите при исследовании?

Предлежащая часть—головка, определяется она по шву.

Где находится проводная точка?

На 3 поперечных пальца ниже 1. *interspinalis*.

- Где находится, таким образом, самая большая окружность головки?
- Где находится малый и где большой родничок?
- Как проходит стреловидный шов?
- Каково открытие?
- Как мы обозначаем это стояние детской головки?
- Как мы можем представить себе возникновение низкого поперечного стояния стреловидного шва?
- В чем заключается уклонение от нормы?
- Может ли еще произойти самопроизвольный внутренний поворот в плоскости тазового выхода или во влагалищной трубке при низком поперечном стоянии стреловидного шва?
- Итак, что Вы будете делать, если Вас позовут на роды, где Вы найдете низкое поперечное стояние стреловидного шва?
- А когда Вы вмешаетесь?
- Имеются ли здесь условия для типичных щипцов?
- Почему?
- В плоскости тазового выхода.
- Малый родничок стоит слева сбоку, большой — справа сбоку. Оба на одном уровне.
- В поперечном размере таза.
- Полное.
- Низкое поперечное стояние стреловидного шва.
- Как результат неправильного поворота затылка при переднем виде.
- Обычно, при переднем виде, к моменту прохождения головки наибольшей окружностью через выход таза, оба первых ее поворота уже закончены. Здесь же наоборот—головка прошла своей наибольшей окружностью до плоскости тазового выхода, не совершив поворота.
- Да.
- Выждать
- При опасности со стороны матери или ребенка.
- Нет.
- Стреловидный шов проходит не в прямом размере таза, а в поперечном.

- Можете ли Вы, несмотря на отсутствие соответствующих условий, наложить щипцы и извлечь ребенка? Да.
- О каких щипцах в противоположность типичным мы говорим тогда? Об атипических щипцах.
- Что такое атипические щипцы? Это такие щипцы, которые не могут быть наложены на головку поперечно (бипаритально) соответственно их головной кривизне не могут быть замкнуты в поперечном размере таза соответственно их тазовой кривизне.
- Каковы будут последствия? Щипцы будут хуже лежать на головке и мягкие части матери будут больше подвергаться опасности, чем при типичных щипцах.
- Будем ли мы в интересах ребенка считаться с подобными отрицательными сторонами? Да.
- Как происходят самопроизвольные роды при низком поперечном стоянии стреловидного шва? В то время когда головка своей наибольшей окружностью будет находиться в выходе таза, она совершит такой поворот, что стреловидный шов станет в прямом размере и головка прорежется, как при обычном затылочном положении.
- Как бы Вы наложили щипцы по показаниям со стороны матери или плода, руководствуясь лишь головной кривизной инструмента? В прямом размере таза, в то время, как головная кривизна щипцов приспособлена только к поперечному размеру таза.
- Возможно ли это? Нет, так как это противоречит тазовой кривизне щипцов.
- Как бы Вы наложили щипцы, если бы имели ввиду только тазовую кривизну щипцов? В поперечном размере таза.

- А это возможно? Нет, так как это прямо противоречит головной кривизне щипцов.
- Как Вы выйдете из положения? Я наложу щипцы в косом размере таза.
- При замыкании щипцов куда должна быть обращена их тазовая кривизна? Влево вперед, так как щипцы должны быть так повернуты, чтобы малый родничок пришелся спереди.
- Где будет лежать левая ложка? Сзади слева.
- Где правая? Справа спереди.
- Какую ложку Вы наложите сначала? Правую.
- Почему Вы отступаете здесь от правила наложения сначала левой ложки соответственно строению щипцов? Правую ложку, которая приходится здесь справа спереди, тяжелее наложить, чем левую, так как между головкой и тазом справа спереди мало места. Поэтому мы накладываем сначала правую, переднюю ложку, прежде чем еще теснее станет в тазу вследствие введения левой ложки.
- Если Вы накладываете сначала правую ложку, а затем левую, можете ли Вы сразу замкнуть щипцы? Нет, сначала я должен перевернуть рукоятки.
- Что Вы будете делать после замыкания щипцов? Замкнув щипцы, я буду их вращать до тех пор, пока малый родничок не переместится слева кпереди.
- Как вы поступите дальше? Как при типичном затылочном положении, я буду извлекать в первой позиции до тех пор, пока затылок не упрется в нижний край симфиза, затем переведу рукоятки во вторую и третью позицию, пока не прорежется вся головка.
- Может ли тракция всегда следовать непосредственно за поворотом? Нет. Часто после поворота головки щипцы должны быть заново наложены, так как

иногда после поворота они приходится почти в прямом размере таза. В этом же положении щипцов извлечение невозможно.

В каком размере таза Вы замкнете щипцы после того, как Вы их снимали, совершив поворот головки?

В поперечном.

Где, главным образом, становятся заметными повреждения мягких частей матери после поворота щипцов?

На боковых стенках влагалища?

Как рождается туловище ребенка?

Так же, как и при обыкновенном затылочном положении.

V. Низкое поперечное стояние стреловидного шва. Вторая позиция.

Что Вы нашли при исследовании?

Проводная точка головки стоит на 3 поперечных пальца ниже 1. interspinalis, малый родничок — справа сбоку, большой — слева сбоку. Стреловидный шов — в поперечном размере. Оба родничка — на одном уровне. Открытие — полное.

В каком размере Вы замкнете щипцы, если, в случае показаний со стороны матери или плода, должно быть произведено извлечение щипцами?

В косом размере таза.

Где будет лежать левая ложка щипцов?

Слева спереди.

Где правая?

Справа сзади.

Какую ложку щипцов введете Вы сначала?

Левую.

Как Вы будете держать рукоятку при введении вперед левой ложки щипцов?

Я буду вводить ложку щипцов при опущенной рукоятке и держать ее наподобие смычка.

Должны ли Вы и здесь переводить ложки при замыкании щипцов? Нет.

Как Вы будете производить поворот и извлечение? Я буду до тех пор вращать щипцы по направлению часовой стрелки, пока малый родничок не будет спереди. Затем я буду извлекать в первой позиции, пока затылок ребенка не упрется в нижний край симфиза, и перейду во вторую и третью позицию, пока не прорежется головка.

VI. Головное положение при высокостоящей головке и несоответствии между головкой и тазом.

Что вы находите?

Проводная точка головки ребенка стоит на 2 поперечных пальца выше 1. interspinalis, малый родничок прощупывается слева сбоку, большой — справа сбоку. Большой родничок стоит немного глубже малого. Головка плотно вставилась малым сегментом в тазовый вход, зев совершенный, пузырь вскрыт.

Имеется ли здесь нормальный механизм родов? Нет.

Почему?

При наличии, как в этом случае, периода изгнания с совершенным зевом и вскрытым пузырем головка должна была бы проходить плоскость тазового входа своей наибольшей окружностью.

Чем может быть обусловлено неопущение головки в малый таз?

- a) Несоответствием между головкой и тазом.
- b) Неправильным вставлением головки.

Какое неправильное вставление головки могло бы быть принято во внимание?

Выраженное передне-или задне-темянное вставление.

- Имеется ли здесь такое вставление? Нет, так как стреловидный шов проходит в поперечном направлении на одинаковом расстоянии между симфизом и мысом.
- Имеется ли здесь несоответствие между головкой и тазом? Да.
- Слишком велика головка? Нет.
- Слишком узок таз? Да. Мы имеем здесь просто плоский таз.
- Чему равняется истинная кон'югата? 8,0 см.
- Как Вы измерили? Она определена:
 а) прямым измерением истинной кон'югаты посредством тазомера Gauss-Vylick'a,
 б) непрямым измерением и определением величины истинной кон'югаты на основании легко определяемой диагональной кон'югаты с вычитанием приблизительно 1,5—2 см.
- Могут ли произойти самопроизвольные роды головки при просто плоском тазе с истинной кон'югатой в 8,0 см? Да.
- Что Вы поэтому будете делать, если Вас позовут на роды и Вы найдете такое вставление? Выждать.
- Долго ли Вы будете ждать? Могут быть две возможности:
 1) головка плода скоро опускается глубже. Тогда ее проводную точку можно прощупать ниже l. interspinalis. Головка преодолевает плоскость тазового входа своей наибольшей окружностью, и в дальнейшем роды продолжают естественным путем.
 2) проводная точка не опускается, несмотря на имею-

- Что Вы будете делать, если несмотря на интенсивную родовую деятельность после вскрытия пузыря головка со своей проводной точкой не опускается?
- Что Вы будете делать вне клиники?
- Что Вы будете тогда делать?
- Что Вы будете делать, если во время ожидания появится опасность не со стороны матери, а со стороны плода?
- Почему, в случае угрозы для жизни ребенка, Вы не будете накладывать щипцов на высокостоящую головку?
- Почему при высокостоящей головке Вы не произведете поворота на ножку с последующим извлечением?
- Что Вы будете делать в условиях акушерской клиники?
- щиея после вскрытия пузыря продолжительные и сильные потуги.
- Образ действия здесь различен в зависимости от клинической или внеклинической обстановки.
- Я буду ждать, пока не появится опасность со стороны матери в виде отечности наружных половых частей, кровавой мочи, повышения t° и т. д.
- Я сделаю перфорацию и краниоклазию даже при живом ребенке.
- Если головка будет стоять в кольце тазового входа только малым сегментом, я буду спокойно выжидать дальше.
- Так как щипцы не представляют собою инструмента, который бы уничтожил несоответствие между головкой и тазом.
- Потому что спустя много времени после вскрытия пузыря и интенсивной родовой деятельности подвижность плода в матке ограничена.
- Если после ожидания в течение многих часов и наблюдения за ходом родов в периоде изгнания, после вскрытия пузыря, у меня получится убеждение, что головка не опускается далее своим большим сегментом, я сделаю, как можно скорее, перикальное кесарское сечение до наступления опасности со стороны матери.

Почему Вы не будете так долго выжидать, как во внеклинической деятельности, т.е. до наступления опасности со стороны матери?

Какова, основанная на опыте, крайняя степень сужения просто плоского таза, допускающая возможность самопроизвольного прохождения нормального доношенного плода?

Что Вы будете делать при истинной кон'югате в 7,0 см. если головка вставилась в тазовый вход только малым сегментом, при совершенном зеве и вскрывшемся пузыре?

Что Вы будете делать при истинной кон'югате в 5,5 см?

Почему Вы не можете во внеклинической деятельности заметить кесарево сечение перфорацией и краниоклазией ребенка?

Потому что % смертности при цервикальном кесарском сечении у лихорадящей матери значительно повышается.

При истинной кон'югате приблизительно в 7,5 см.

а) Вне клиники при отсутствии уверенности в правильной оценке истинной кон'югаты, вычисленной из диагональной, я буду ждать прежде всего вскрытия пузыря. Если затем, несмотря на потуги, головка не опускается и, если я не могу передать роженицу в клинику, я произведу перфорацию и краниоклазию даже живого ребенка, не дожидаясь опасности со стороны матери.

б) В условиях клиники мне не нужно ждать вскрытия пузыря. Предположим, что я точно определил величину истинной кон'югаты при помощи тахомера Gauss-Bylick'a, я могу использовать здесь благоприятные обстоятельства и сделать кесарево сечение при целом пузыре.

Как в клинике, так и вне ее я сделаю кесарево сечение.

Потому что при истинной кон'югате ниже 6,0 см нельзя получить через родовой канал даже и раздробленного на части ребенка без значительных повреждений матери:

Что Вы будете делать при истинной кон'югате в 5,5 см, если Вас позовут на роды к уже лихорадящей женщине при зловонных водах?

Как в клинике, так и вне ее я сделаю кесарево сечение по Roggo, чтобы, по возможности, исключить септическую инфекцию, которую с большой вероятностью следует ждать в послеродовом периоде.

VII. Ягодичное положение.

Что Вы находите при исследовании? Предлежащая часть—ягодицы.

Как Вы узнали ягодицы? а) При целом пузыре и отсутствии опухоли на ягодицах — по крестцовой кости и по кончику копчика.
б) При вскрывшемся пузыре и образовании опухоли на ягодицах—по отверстию заднего прохода.

С чем Вы можете смешать отверстие заднего прохода? Со ртом.

Чем они отличаются друг от друга? Отверстие рта окружено челюстными костями, отверстие заднего прохода—мягкими частями.

Где находится проводная точка ягодиц? На 2 поперечных пальца ниже 1. interspinalis.

Где находятся, таким образом, ягодицы плода самой большой окружностью? Приблизительно в узкой части таза.

Как проходит меж'ягодичная складка? В поперечном размере таза.

Что Вы понимаете под меж'ягодичной складкой? Линию, которая соединяет середину копчика с серединой симфиза.

Как проходит поперечная ось бедер? В прямом размере таза.

Каково открытие? Полное.

Могут ли самопроизвольно произойти роды в ягодичном положении? Да.

- Что Вы будете делать, если Вас позовут на роды и при исследовании Вы найдете вышеприведенные данные? Выждать.
- Когда Вы вмешаетесь? В случае опасности со стороны матери или ребенка.
- В чем состоят опасности со стороны матери? Те же, что и при головном положении.
- Как Вы узнаете опасности со стороны ребенка? По продолжительному падению сердцебиений ребенка ниже 100 и продолжительному повышению свыше 160.
- Почему в данном случае отход вод, содержащих меконий, не является признаком угрозы для жизни ребенка подобно тому, как при головном положении?
- Потому что при тазовых положениях меконий может быть механически выжат вследствие давления эластической влагалищной трубки на брюшную стенку ребенка.
- Как происходят самопроизвольные роды ягодич?
- Ягодицы опускаются до тех пор, пока переднее бедро не упрется в нижний край симфиза. Затем следует поворот вокруг прямой оси детского таза, пока заднее бедро не прорежется над промежностью.
- Каков механизм родов при прорезывании живота?
- Окружность живота так незначительна, что живот не прорезывает никакого особенного механизма родов.
- Как происходит прорезывание плечевого пояса?
- Плечевой пояс опускается до тех пор, пока переднее плечо не упрется в нижний край симфиза, затем следует поворот вокруг сагиттальной оси, пока заднее плечо не прорежется над промежностью.
- Как происходят роды последующей головки?
- При вставлении головки своей наибольшей окружностью в плоскость тазового входа стреловидный шов идет соответственно поперечному размеру плоскости тазового входа. Затем при вступлении

головки в узкую часть таза и в плоскость тазового выхода стреловидный шов совершает поворот из поперечного размера через косой в прямой размер таза. Подзатыльная ямка упирается в нижний край симфиза. Теперь происходит поворот вокруг поперечной оси головки, пока не прорежутся над, промежностью подбородок нос и лоб.

Какой наибольший размер проходит через половую щель матери?

Малый косой.

В чем заключаются условия при извлечении за тазовый конец?

- a) Зев должен быть совершенным;
- b) не должно быть несоответствия между головкой и тазом;
- c) пузырь должен отсутствовать.

Налицо ли эти условия в данном случае?

Да.

Как Вы технически произведете извлечение за тазовый конец при ягодичном положении при надлежащих показаниях и условиях?

При первом ягодичном положении я войду указательным пальцем левой руки в передний паховый сгиб и буду до тех пор низводить ягодицы, пока переднее бедро не упрется в нижний край симфиза. Затем я войду указательным пальцем правой руки в задний паховый сгиб и буду выводить ягодицы над промежностью.

При одновременном надавливании на живот роженицы, я извлекаю туловище пилящими движениями, пока в половой щели не появится нижний край передней лопатки. Затем я смотрю, сохранили ли ручки свое нормальное положение, т.е. скрещены ли они

Как Вы будете производить извлечение, если ручки ребенка сохранили нормальное положение?

Что Вы будете делать, если вследствие тракции за туловище ручки ребенка потеряли свое нормальное положение на груди и запрокинулись за голову?

Какую ручку сначала Вы будете извлекать?

Как вы освободите переднюю ручку?

Почему Вы не можете освободить ручку в тот момент, на груди или запрокинулись при тракции за ягодицы.

Туловище ребенка я буду оттягивать сильно назад по направлению к промежности, пока передняя лопатка не упрется в симфиз. Затем я приподыму туловище, пока заднее плечо до шеи не прорежется над промежностью.

Я буду их освобождать.

Заднюю. Входя вверх большим, указательным и средним пальцами обращенной к спинке, т.-е. правой, руки по заднему боку ребенка, я ввожу большой палец в подмышечную впадину плода, затем медленно с помощью указательного и среднего пальцев я пробираюсь до локтевого сгиба и низвожу ручку омывающим движением мимо лица.

Я захватываю двумя руками бока ребенка до плечевого пояса, отодвигаю затем ребенка немного назад и перемещаю на 90° переднее плечико плода вокруг его продольной оси. При этом спинка ребенка должна все время смотреть в сторону симфиза. Затем я вхожу точно так же, как при освобождении правой ручки, большим, указательным и средним пальцами левой руки и низвожу левую ручку.

Потому что там, в тазу, нет достаточно места, когда ручка лежит спереди у симфиза?

Как Вы будете производить извлечение, если ручки ребенка сохранили нормальное положение?

Туловище ребенка я буду оттягивать сильно назад по направлению к промежности, пока передняя лопатка не упрется в симфиз. Затем я приподыму туловище, пока заднее плечо до шеи не прорежется над промежностью.

Что Вы будете делать, если вследствие тракции за туловище ручки ребенка потеряли свое нормальное положение на груди и запрокинулись за голову?

Я буду их освобождать.

Какую ручку сначала Вы будете извлекать?

Заднюю. Входя вверх большим, указательным и средним пальцами обращенной к спинке, т.-е. правой, руки по заднему боку ребенка, я ввожу большой палец в подмышечную впадину плода, затем медленно с помощью указательного и среднего пальцев я пробираюсь до локтевого сгиба и низвожу ручку омывающим движением мимо лица.

Как вы освободите переднюю ручку?

Я захватываю двумя руками бока ребенка до плечевого пояса, отодвигаю затем ребенка немного назад и перемещаю на 90° переднее плечико плода вокруг его продольной оси. При этом спинка ребенка должна все время смотреть в сторону симфиза. Затем я ввожу точно так же, как при освобождении правой ручки, большим, указательным и средним пальцами левой руки и низвожу левую ручку.

Почему Вы не можете освободить ручку в тот момент, на груди или запрокинулись при тракции за ягодицы.

Потому что там, в тазу, нет достаточно места, когда ручка лежит спереди у симфиза?

Как Вы извлекаете головку?

Так как вследствие извлечения за туловище, несмотря на давление на головку со стороны брюшных покровов, последняя обыкновенно немного запрокидывается, я вхожу указательным пальцем левой руки, т.-е. руки, которой я освободил вторую ручку, в рот ребенка и оттягиваю вниз подбородок. Теперь я кладу указательный и средний палец правой руки на плечики ребенка, тяну головку вниз при одновременном вращении подбородка назад до тех пор, пока подзатыльная ямка не упрется в нижний край симфиза. Затем я становлюсь сбоку и, ротируя головку вокруг ее поперечной оси, я постепенно вывожу над промежностью подбородок, нос и лоб.

Как мы называем этот прием?

Прием по Veit-Smellie.

Каков недостаток этого приема?

При взятии за плечики ребенка кончики указательного и среднего пальцев могут прийтись при недостаточной осторожности в подключичную ямку плода. Вследствие прижатия нервного сплетения к первому ребру может произойти так наз. паралич Erb'a.

С помощью какого приема мы можем этого избежать?

Посредством приема по Martin-Wiegan'd'y.

В чем он состоит?

Я не извлекаю за плечевой пояс, как при приеме Veit-Smellie, указательным и средним пальцами правой руки, а кладу свою руку сверх симфиза на головку и через брюшные покровы выдавливаю эту последнюю из таза в то время, как левая рука

Легкая ли задача ручное извлечение при ягодичном положении?

Что Вы сможете тогда предпринять для извлечения ягодиц?

Какой недостаток имеет эта помощь инструментами в сравнении с пальцевым извлечением?

Как еще можно помочь инструментами, которые бы не влекли за собой этих последствий?

В каком размере таза Вы замкнете щипцы, если ягодицы будут находиться в выходе таза своей наибольшей окружностью и меж'ягодичная складка будет проходить в поперечном направлении?

Как Вы будете извлекать?

производит ротацию подборodka назад.

Нет: Оно может наткнуться на почти непреодолимые трудности при узких мягких частях матери и больших ягодицах плода.

1. Вместо указательного пальца левой руки при первом ягодичном положении я могу наложить тупой крючок спереди, через передний паховый сгиб ребенка, и извлекать посредством этого крючка.

2. Я могу провести с помощью проводника Bunge петлю из эластической резины через передний или через оба паховых сгиба и извлечь с помощью этой петли.

Скорее могут быть произведены повреждения пахового сгиба ребенка вплоть до повреждения *n. femoralis*.

Щипцы на ягодицы.

В поперечном размере таза.

Я буду извлекать ягодицы, пока переднее бедро не упрется в нижний край симфиза, затем я переведу рукоятки щипцов из первой во вторую и третью позицию, пока ягодицы своим задним бедром не прорежутся над промежностью.

Представляет ли собою правильную акушерскую операцию наложение щипцов при ягодичном положении? Нет, так как щипцы своей головной кривизной приспособлены к поперечнику головки, а не к ягодичам плода.

VIII. Тазовое положение. Ножное положение.

Предлежащая часть? Ножка.

Как Вы узнаете ножку? По пальцам.

С чем можно смешать ножку? С ручкой.

Чем отличается ручка от ножки? Большой палец ручки можно прижать к ладони, в то время, как большой палец ножки нельзя прижать к подошве.

Куда смотрит здесь подколенная ямка? Влево.

Итак, какое тазовое положение в данном случае? 1-ое тазовое положение.

Куда обращен большой палец и куда мизинец? Мизинец обращен вперед, большой палец назад.

Какая ножка, таким образом, лежит спереди? Левая.

С каким тазовым положением мы имеем дело? С первым неполным ножным положением с выпадением передней ножки.

Что Вы будете делать? Выждать.

Как Вы технически произведете извлечение, если Вы прибегнете к нему при надлежащих условиях и в случае угрозы для жизни плода? Я буду до тех пор извлекать за ножку плода левой рукой в первой позиции, пока переднее бедро не упрется в нижний край симфиза; затем, по возможности быстро, я войду указательным пальцем правой руки в задний правый паховый сгиб и обеими руками буду постепенно выводить над промежностью правое бедро.

Как происходит дальнейшее извлечение ребенка? Так же, как и при ягодичном положении.

Какое извлечение легче, при ножном положении или при ягодичном? Извлечение при неполном ножном положении.

Можете ли Вы использовать этот опыт при наличии ягодичного положения?

Да. При еще подвижностоящих над входом в таз ягодичах мы можем получить относительное показание к созданию неполного ножного положения с выпадением передней ножки. Мы можем войти при высокостоящих ягодичах плода и низвести переднюю ножку. Этот прием так прост, что он может быть применен и без особых показаний со стороны матери или плода для улучшения положения ребенка.

IX. Поперечное положение.

Что Вы находите?

Малый таз пуст.

Что Вы прощупываете в качестве предлежащей части при дальнейшем продвижении исследующей руки?

Плечико.

Как Вы это определяете?

По трехугольной кости лопатки и по трубчатой кости ключицы.

Куда смотрит подмышечная впадина?

В левую сторону матери.

Где лежит, таким образом, головка?

На правой подвздошной кости.

Как мы называем такое положение?

2-ое поперечное положение.

Как лежит лопатка по отношению к ключице?

Лопатка лежит спереди, ключица—сзади.

Какой вид 2-го поперечного положения мы имеем здесь?

Передний вид поперечного положения.

Каково открытие?

На 3 поперечных пальца.

Пузырь еще цел?

Да.

Угрожает ли опасность матери или ребенку?

Нет.

Могут ли самопроизвольно произойти роды в поперечном положении?

Нет.

- Что Вы должны тогда сделать? Я должен перевести поперечное положение в продольное—будь то головное или тазовое положение, при котором роды могут произойти самопроизвольно.
- Будете ли Вы, таким образом, думать о каком-нибудь вмешательстве при отсутствии показаний со стороны матери или ребенка? Да. Положение ребенка само по себе служит показанием для вмешательства.
- Будете ли Вы в данном случае немедленно переводить поперечное положение в продольное? Да. Я использую подвижность ребенка при целом пузыре, чтобы с помощью наружных приемов сделать из поперечного положения головное.
- Как мы называем этот поворот? Наружным поворотом.
- Почему при наружном повороте Вы переводите поперечное положение в головное, а не в тазовое? Потому что при наружных приемах мы имеем в головке более удобную опору, чем в ягодицах, и поэтому мы можем направлять головку туда, куда хотим, а именно в тазовый вход.
- Что подсказывает Вам опыт после произведенного наружного поворота на головку? Опыт говорит нам, что головка имеет постоянную тенденцию снова уйти туда, где она была, таким образом, в данном случае в правую подвздошную впадину.
- Как Вы можете помешать этому отклонению головки в правую подвздошную впадину? Соответствующим положением роженицы.
- Как Вы положите женщину в данном случае? На правый бок.
- Если положение женщины на боку само по себе недостаточно, что Вы будете делать для фиксации головки во входе? Произведя поворот на головку, я вскрыю пузырь.
- Можете ли Вы тогда оставить роженицу, имея ввиду, что налицо теперь нормальное головное положение? Нет.

Когда же Вы сможете оставить роженицу?

Когда головка, благодаря по-тужной деятельности, настолько опустится, что ее проводная точка будет прощупываться ниже 1. interspinalis.

Представляет ли собою безразличное вмешательство для матери и ребенка вскрытие пузыря при открытии в три поперечных пальца?

Нет. Преждевременное вскрытие пузыря немного затягивает роды и делает схватки более болезненными.

Будете ли Вы все-таки считать ся этими отрицательными сторонами по сравнению с преимуществами фиксированного головного предложения?

Да.

Что Вы будете делать, если Вам не удался наружный поворот при зеве в 3 поперечных пальца и целом пузыре, как это часто бывает у жирных и напрягающих живот женщин?

Сначала я буду выжидать.

Долго ли Вы будете ждать?

Если возможно до тех пор, пока зев не будет открыт на 5 поперечных пальцев или совершенно.

Почему Вы будете так долго выжидать?

Потому что при неудавшемся наружном повороте обычно вслед за ним при помощи внутренних приемов должно быть создано тазовое положение. При этом внутренней, делающей поворот, рукой легко может быть прижата пуповина или она может выпасть, угрожая жизни плода. И лишь при полном открытии мы в состоянии тотчас же после поворота извлечь ребенка, которому грозит опасность.

Какие обстоятельства могут Вас заставить произвести поворот до полного открытия?

Самопроизвольное вскрытие пузыря до полного открытия зева.

Почему Вы не должны больше медлить с поворотом после вскрытия пузыря?

Потому что околоплодные воды вытекают в большом количестве и стенки матки теснее облегают плод. Вследствие этого значительно затрудняется поворот из поперечного положения в тазовое.

Предположим, что при исследовании мы нашли, что зев совершенно открыт, пузырь вскрылся, и имеется задний вид 2-го поперечного положения. Что Вы будете делать?

Я немедленно произведу внутренний поворот?

Что мы понимаем под внутренним поворотом.

Поворот, при котором мы входим во влагалище и матку всей рукой.

Какое положение Вы создадите посредством внутреннего поворота из переднего вида 2-го поперечного положения?

Тазовое положение.

Почему не головное положение, а тазовое?

Так как внутренняя, главным образом манипулирующая, рука может удобно ухватиться за тазовый конец, чтобы низвести его в малый таз.

Какой рукой Вы входите во внутренние половые органы при переднем виде 2-го поперечного положения?

Правой.

Какую ножку Вы низводите?

Я вхожу внутрь правой рукой вдоль нижнего бока до ягодиц и захватываю нижнюю, левую ножку.

Если Вы низвели ножку, какое тазовое положение Вы, таким образом, получили?

Из переднего вида 2-го поперечного положения — 1-ое неполное ножное положение с выпадением передней ножки.

В чем состоят манипуляции наружной руки?

Она имеет по существу три функции. Первый, наружный прием заключается в отодвигании наружной рукой головки от крестцовой впади-

ны, что облегчает внутренней руке приподнимание плечика из плоскости входа в таз. Как только внутренняя рука дошла вдоль бока ребенка до ягодиц, наружная рука будет низводить ягодицы ребенка навстречу внутренней руке. Это будет 2-ой наружный прием. А как только внутренняя рука захватит нижнюю ножку и низведет ее в тазовое кольцо, наружная рука выполняет третий наружный прием, по возможности, энергично отодвигая головку ко дну матки, чтобы облегчить внутренней руке поворот ребенка из поперечного положения в продольное.

Будете ли Вы производить извлечение вслед за поворотом?

Нет.

Почему?

Так как вследствие создания продольного положения из поперечного уже достаточно сделано в отношении акушерского показания.

А когда же Вы будете извлекать?

В случае опасности со стороны матери или плода и при наличии надлежащих условий для извлечения ребенка.

Почему Вы не стремитесь создать из поперечного положения ягодичное?

Потому что при неполном ножном положении в случае необходимости гораздо легче может быть произведено извлечение, чем при ягодичном.

Почему Вы не стремитесь создать полное ножное положение, а только лишь неполное?

Потому что мягкие части матери при неполном ножном положении будут лучше расширены при запрокинутой ножке в случае быстрого прорезывания последующей головки.

Почему Вы не стремитесь к неполному ножному положению с выпадением передней, а не задней ножки?

Как Вы поступите, если при переднем виде 1-го поперечного положения пузырь вскрыется при открытии только в 3 поперечных пальца, и Вы не сможете, таким образом, войти в матку всей рукой?

Как мы называем такой поворот, при котором мы можем ввести в матку только 3 пальца или меньше?

При комбинированном повороте Вы будете поворачивать на головку или на тазовый конец?

Как в остальном Вы будете поступать при комбинированном повороте?

Будете ли Вы извлекать тотчас же после поворота?

Почему?

Будете ли вы извлекать вслед за поворотом, если жизни ребенка угрожает опасность, а зев открыт только на 3 поперечных пальца?

Как Вы поступите при переднем виде 1-го поперечного положения?

Так как в случае необходимости извлечения при создании неполного ножного положения с выпадением задней ножки может возникнуть затруднение именно в том, что при низведении задней ножки переднее бедро с запрокинутой ножкой сможет сесть верхом на симфиз.

И теперь, непосредственно за вскрытием пузыря, я приступлю к повороту, войдя всей рукой во влагалище и 3-мя пальцами в матку.

Мы называем этот поворот комбинированным.

Вообще на тазовый конец, так как и здесь внутренняя рука имеет больше влияния на создание продольного положения, чем наружная; внутренняя же рука может лучше ухватить тазовый конец, нежели головку.

Точно так же, как и при внутреннем повороте.

Нет.

Ввиду отсутствия надлежащих условий.

Нет, так как обычно извлечение при неполно открытом зеве представляет собою для матери очень большую опасность.

Точно так же, как и при переднем виде 2-го поперечного положения, только при соответствующей замене рук.

Что Вы будете делать, если будет предлежать не плечико и, по вскрытии пузыря, выпадет ручка? На ручку я надену петлю, в остальном же я буду поступать, как и при плечевом предлежании.

Х. Поворот при заднем виде поперечного положения.

Что Вы находите? Таз пуст.

А если Вы входите выше? Тогда я наталкиваюсь на плечико.

В какую сторону смотрит подмышечная ямка? Направо. Таким образом, у нас 1-ое поперечное положение.

Где находится лопатка в отношении ключицы? Лопатка—сзади, ключица—спереди.

Как Вы теперь точнее определяете это положение? Задний вид 1-го поперечного положения.

Каково открытие? На 4 поперечных пальца.

Пузырь еще цел? Нет, он недавно вскрылся.

Угрожает ли опасность матери или ребенку? Нет.

Что Вы будете делать? Я произведу комбинированный поворот.

Сейчас или будете еще выжидать? Нет, сейчас же, опасаясь запущенного поперечного положения.

Какой рукой Вы войдете во внутренние половые части?левой.

Какую ножку Вы низведете? Верхнюю, правую ножку.

К какому тазовому положению из заднего вида 1-го поперечного положения Вы, таким образом, стремитесь? Из заднего вида 1-го поперечного положения я хочу создать 2-ое неполное ножное положение с выпадением передней ножки.

На что особенно Вы должны обращать внимание при повороте заднего вида поперечного положения в тазовое? Чтобы до низведения ножки отодвигать от подвздошной впадины плечико и головку плода.

Почему это здесь особенно важно? Потому что легко может произойти перекрещивание конечностей.

- Когда поворот считается законченным?
Как только из половой щели покажется подколенная ямка.
- Будете ли Вы извлекать вслед за поворотом?
Нет.
- Почему?
Потому что нет никаких показаний ни со стороны матери, ни со стороны ребенка.
- Будете ли Вы извлекать, если после поворота сердцебиения плода будут продолжительное время ниже 100?
В данном случае нет, так как еще нет полного открытия и, таким образом, еще отсутствует условие для извлечения за тазовый конец.

XI. Поворот из головного положения в тазовое при выпадении пуповины.

- Что вы находите?
Таз пуст.
- А если Вы входите исследующим пальцем выше?
Тогда я наталкиваюсь на головку.
- Где находится проводная точка?
На 2 поперечных пальца выше l. interspinalis.
- Плотно ли вколочена головка во вход в таз?
Нет, она подвижна.
- Где находятся малый и большой роднички?
Малый родничок—слева сбоку, большой—справа сбоку, стреловидный шов в поперечном размере таза.
- Какое здесь положение?
Первое затылочное.
- Каково открытие?
3 поперечных пальца.
- Пузырь еще цел?
Нет, только что вскрылся.
- Что Вы находите в зеве?
Пульсирующую пуповину.
- Что Вы будете делать?
Я попытаюсь вправить пуповину.
- Удается ли это?
Да, легко. Но так как неподвижно стоящая над входом в таз головка не плотно ограничивает полость таза, то обыкновенно, при следующей волне отходящих вод, петля пуповины снова выпадает.
- Как Вы можете это предотвратить?
Тем, что я плотнее заполню зев какой-нибудь частью пло-

- да, чем это достигается предлежащей подвижной головкой.
- Как Вы это сделаете? Посредством неполного ножного положения.
- Какой рукой Вы входите, если хотите произвести поворот?левой.
- Сколькими пальцами Вы входите во влагалище?Всей рукой.
- Сколькими пальцами Вы входите в матку?Двумя пальцами.
- Что выполняет наружная рука?То же самое, что при комбинированном повороте в случае поперечного положения.
- Какую ножку Вы низведете?Переднюю.
- К какому тазовому положению вы стремитесь?К созданию из 1-го головного положения 2-го неполного ножного положения с выпадением передней ножки.
- Что вы делаете с пуповиной?Двумя исследующими пальцами я вправляю ее по возможности выше по направлению ко дну матки и затем быстро низвожу ножку.
- Когда поворот считается законченным?Когда из половой щели покажется подколенная ямка.
- Будете ли Вы извлекать вслед за поворотом?Нет.
- Но угрожает ли ребенку опасность вследствие выпадения пуповины?Да, но я не могу извлекать, так как зев еще не совсем открыт.
- Будете ли Вы делать насечки на шейке?В клинических условиях да, вне клиники—нет.
- Что Вы будете делать при скором появлении потуг и совершенном зеве?Извлеку, по возможности, быстрее.

XII. Поворот из головного положения в тазовое при placenta praevia.

- Что Вы находите? Таз пуст.
- Каково открытие? На 3 поперечных пальца.
- Что находится в зеве? Губчатый мясистый кусок последа.
- Прощупываете ли Вы через послед предлежащую часть? Да, головку, и определяю, что она еще подвижно стоит над входом в таз. Малый родничок прощупывается справа сбоку, большой—слева сбоку.
- Что Вы видите? Роженица сильно кровоточит.
- Отчего может быть сильное кровотечение у роженицы в периоде раскрытия? В общем при 2-х осложнениях: 1) при placenta praevia, 2) при преждевременной отслойке последа.
- С чем мы имеем дело в данном случае? С предлежанием последа.
- Почему? Я отчетливо прощупываю часть последа.
- Что Вы будете делать в своей практике для остановки кровотечения? Я применю комбинированный поворот по Braxton-Hicks'у.
- Какой рукой Вы войдете в данном случае? Правой.
- Как Вы положите роженицу при повороте? Или на поперечной кровати на спине или на продольной кровати на левом боку. Во втором случае я стану со стороны спины роженицы.
- Какую ножку Вы низведете? Переднюю, т.е. левую ножку.
- К какому тазовому положению Вы стремитесь? К созданию из 2-го головного положения в 1-е неполное ножное положение с выпадением передней ножки.
- Будете ли Вы извлекать по окончании поворота? Ни в коем случае, даже и тогда, если ребенку будет угрожать опасность.

Почему Вы в данном случае так сдержанны?

Так как опыт учит, что при совсем открытом зеве и Placenta praevia даже легкое подтягивание за ножку достаточно, чтобы вызвать глубокие разрывы в стенке шейки с последующим сильным кровотечением.

Таким образом Вы будете спокойно выждать, несмотря даже на опасность, что ребенок погибнет при совсем открытом зеве?

Да. Так как при Placenta praevia мать находится в такой тяжелой опасности, что нужно ее избавить от какой бы то ни было кровопотери.

Всегда ли останавливается кровотечение по окончании поворота?

Да.

Устранена ли тогда для матери опасность истечь кровью?

Нет. Как показывает опыт, вследствие патологического прикрепления яйца в нижнем сегменте часто бывают осложнения — отслойка последа, последовые кровотечения. Кроме того, после изгнания последа также может произойти опасное для жизни кровотечение, вследствие недостаточного сокращения нижнего сегмента, который особенно поврежден из-за ненормального прикрепления яйца.

XIII. Поворот из головного положения в тазовое при наличии угрыз для жизни плода.

Что Вы находите? Таз пуст.

Каково открытие? Полное.

Что Вы находите в зеве? Головку, проводная точка которой находится на 3 поперечных пальца выше l. interspinalis.

- Вставилась ли головка плотно, или она еще подвижна над входом в таз? Она находится над входом в таз и подвижна.
- Во время исследования вскрылся пузырь и отходят воды с примесью мекония. О чем это свидетельствует? Об угрожающей плоду опасности.
- Какое показание, таким образом, имеется налицо? Показание к возможно быстрому извлечению ребенка.
- Какой способ извлечения Вы примените? Щипцы.
- Нет! Почему? Потому, что самое важное условие для извлечения щипцами здесь отсутствует, головка еще не плотно стоит в полости таза.
- Каким еще способом извлечения Вы можете воспользоваться для спасения плода? Только ручным извлечением.
- Существуют ли в данном случае условия для ручного извлечения? Да.
- Почему? Зев совершенный, нет видимого несоответствия между головкой и тазом.
- Как Вы произведете ручное извлечение? Прежде всего я произведу поворот из головного положения в тазовое, так как лежащая головка неудобна для ручного извлечения.
- Какое головное положение налицо? Первое головное положение.
- Почему? Малый родничок прощупывается слева сбоку, большой—справа сбоку.
- Какой рукой Вы входите?левой.
- Какую ножку Вы низводите? Переднюю.
- Какое тазовое положение Вы создаете? Из первого головного положения—второе неполное ножное положение с выпадением передней ножки.

Произведете ли Вы извлечение непосредственно за поворотом?

Да.

Почему в данном случае, в противоположность предыдущим, Вы будете производить извлечение непосредственно за поворотом?

Потому что: 1) налицо условия для извлечения и 2) я создал тазовое положение, чтобы как можно быстрее извлечь ребенка, жизни которого угрожает опасность.

акusher-lib.ru