

Лекції  
по  
Оперативному Акушерству.

Н. С. Каннегисера.

Привать-Доцента С.-Петербуржскаго женскаго Медицинскаго Института.

---

Съ предисловіемъ проф. П. Садовскаго.

Съ 45 рисунками.

---

С-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Изданіе К. Л. Риккера  
Невскій пр., 14.

1910.

akusher-lib.ru

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Типографія Э. Ф. Мексъ, Забалканскій просп. № 22.  
1910 г.

## Предисловіе.

Предлагаемое руководство представляет собой изложение лекцій по оперативному акушерству, читанных покойнымъ авторомъ слушательницамъ 9-го и 10-го семестровъ С.-Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института.

Главной существенной цѣлью этого изданія было созданіе руководства, которое въ краткомъ видѣ давало бы возможность молодымъ неопытнымъ врачамъ легко разбираться въ ихъ практической дѣятельности въ выборѣ методовъ, а главное установкѣ показаній къ примѣненію того или иного оперативнаго вмѣшательства. А разрѣшеніе этихъ вопросовъ представляется наиболѣе труднымъ въ акушерской дѣятельности и не только начинающимъ, но и вполне сложившимся специалистамъ.

Читая эти лекціи приходится согласиться, что авторъ вполне достигъ намѣченной имъ цѣли.

Теоретическія данныя приведены въ лекціяхъ лишь настолько, насколько они необходимы для объясненій практическихъ выводовъ; группировка отдѣловъ и разборъ показаній составлены такъ практично и изложены до того рельефно и вмѣстѣ съ тѣмъ сжато, что даютъ ясную выпуклую картину необходимой для каждаго случая терапіи.

Эти качества лекцій даютъ мнѣ право высказать глубокую увѣренность, что эта небольшая книжка можетъ помочь многимъ врачамъ, даже специалистамъ, не говоря о начинающихъ, разбраться въ тяжелыхъ запутанныхъ случаяхъ акушерской практики и они поблагодарятъ за нее покойнаго Николая Самойловича.

*П. Садовскій.*

# Оглавление.

Предисловіе.

## ЛЕКЦІЯ I.

Введеніе. Первый періодъ родовъ. Второй періодъ родовъ. Механизмъ родовъ. Измѣненія въ положеніи предлежащей части при родахъ. Механизмъ при лицевомъ предлежаніи. Механизмъ при предлежаніи ягодиць. Конфигурація головки. Механизмъ при плоскомъ тазѣ. Механизмъ при общесъуженномъ тазѣ. Третій періодъ родовъ. Условія для нормальнаго теченія родовъ. . . . . Стр. 1—13

## ЛЕКЦІЯ II.

Изслѣдованіе. Анамнезъ. Объективное изслѣдованіе. Опредѣленіе беременности. Опредѣленіе мѣста развитія яйца. Измѣненіе таза. Ромбъ Михаэлиса. Изслѣдованіе плода. Положеніе плода. Наружное изслѣдованіе по Leopold'у. Внутреннее изслѣдованіе. Предлежащая часть. Степень опущенія предлежащей части. Положеніе предлежащей части. Изгоняющія силы. Общее состояніе больной. Сердцебиеніе плода. . . . Стр. 14—26

## ЛЕКЦІЯ III.

Неправильности родовъ. Аномаліи таза. Вліяніе узкаго таза въ періодъ раскрытія. Вліяніе узкаго таза въ періодъ изгнанія. Вліяніе узкаго таза на плодъ. Вліяніе на послѣродовой періодъ. Неправильное положеніе плода. Аномаліи яйца и плода. Аномаліи изгоняющихъ силъ. Несоотвѣтствіе между тазомъ и плодомъ. Абсолютное суженіе таза. Способы для достиженія факультативной стерильности. Законный искусственный выкидышъ. Осложненія при производствѣ выкидыша. Влажлищное кесарское сѣченіе. Повторное кесарское сѣченіе. . . . . Стр. 27—40

## ЛЕКЦІЯ IV.

Относительное несоотвѣтствіе между тазомъ и плодомъ. Walcher-овское положеніе. Nebotomia. Искусственные преждевременные роды. Способъ Krause. Способъ Tarnier, Ribemont и др. Перфорация головки. Показанія къ перфорации. Базіотрибъ. Щипцы. Условія для наложенія щипцовъ. Техника наложенія щипцовъ. Техника при атипическомъ наложеніи щипцовъ. Щипцы съ осевымъ влеченіемъ. Предсказаніе при щипцахъ. . . . . Стр. 41—65

## ЛЕКЦІЯ V и VI. (Цифра V пропущена).

Поворотъ. Репонированіе выпавшихъ частей. Извлеченіе за тазовой конецъ. Освобожденіе ручекъ. Выведеніе головки. Перфорация послѣдующей головки. Профилактическое захватываніе ручки петлей. Осложненія при извлеченіяхъ. . . . . Стр. 66—80

## ЛЕКЦІЯ VII.

Препятствія для родового акта со стороны мягкихъ родовыхъ путей. Неправильности въ сглаживаніи шейки и раскрытіи зѣва. Терапія при неправильностяхъ раскрытія цервикальнаго канала и зѣва. Аномалии влагалища. Механизмъ прорѣзыванія. Нарушеніе цѣлости тазового дна и промежности. Профилактика разрывовъ. Perineotomia. Терапія разрывовъ промежности и тазового дна. Разрывы матки. Профилактика разрыва матки. Терапія разрывовъ матки. . . . . Стр. 81—91

## ЛЕКЦІЯ VIII.

Неправильное положеніе плода. Исправленіе косыхъ положеній. Наружный поворотъ. Неправильныя вставленія. Неправильныя положенія. Внутренній поворотъ. Эмбриотомія. Выпаденіе частей плода. Низведеніе ножки. Затрудненія при родахъ отъ уродствъ и аномаліи плода. Затрудненія при родахъ въ зависимости отъ неправильности изгоняющихъ силъ. Неправильности схватокъ въ первый періодъ родовъ. Терапія въ первомъ періодѣ родовъ. Неправильности изгоняющихъ силъ во второмъ періодѣ. Способъ Kristeller'a. Неправильности изгоняющихъ силъ въ послѣдовомъ періодѣ. Способъ Crede'. Терапія послѣродовой атоніи. Показанія къ оперативному вмѣшательству со стороны общаго состоянія матери. Туберкулезъ. Пороки сердца. Заболѣванія половой сферы. Операции при заболѣваніи яйца. Mola Hydadiosa. Chorrio-epithelioma. Hydramnion. Placenta praevia. Преждевременное отдѣленіе нормально сидящаго послѣда. Неправильности въ отдѣленіи послѣда въ третьемъ періодѣ родовъ . . . . . Стр. 92—126

## Опечатки.

Стр.	5 послѣдн. строчка	напечат. въ	слѣд. къ
12	рисун. 12-й	кифоскологическій	кифотическій
30	строчка 24-ая сверху	изгоняемыхъ	изгоняющихъ
33	" 2-ая снизу	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>
50	" 7-ая сверху	ve'su	vésu
54	" 7-ая "	Tamer	Tapier
58	" 19-ая "	показаніе	показаніемъ
75	" 8-ая "	обычного	обычно
79	" 15-ая "	Прифилактическое	Профилактическое
79	" 25-ая "	извеченіи	извлеченіи
90	" 29-ая "	оживленіе	заживленіе
105	" 21-ая "	послѣродовомъ	послѣдвовомъ

# Лекціи по оперативному акушерству.

## I.

М. Г. Оперативное акушерство есть искусство, съ помощью котораго мы стремимся освободить плодовмѣстилище отъ плоднаго яйца въ тотъ моментъ, когда это является необходимымъ въ интересахъ матери или ребенка, а силами природы изгнаніе плода почему либо совершиться не можетъ. Какъ въ основѣ всякаго искусства, такъ и здѣсь лежитъ цѣлый рядъ техническихъ приѣмовъ, исполненіе которыхъ зависитъ въ значительной степени отъ индивидуальности, я бы сказалъ — отъ таланта каждаго оператора. Одинъ примѣняетъ ихъ болѣе ловко и быстро, другой медленнѣе, но въ общемъ нужно сознаться, что техника всѣхъ акушерскихъ операций настолько проста, что всякій съ легкостью можетъ освоиться съ ней и произвести любую изъ операций безъ особаго труда.

Рядомъ съ технической стороной оперативнаго акушерства стоитъ чисто научная сторона, которая основана какъ на точномъ наблюденіи естественныхъ родовъ, такъ и на анализѣ этого сложнаго акта, анализѣ, который требуетъ серьезныхъ знаній не только анатоміи и физиологіи, но и другихъ вспомогательныхъ наукъ, какъ на примѣръ, механики. Путь, которымъ шли изслѣдователи акушерства, вамъ знакомъ изъ курса нормальнаго акушерства. Я не стану вновь затруднять вашего вниманія всѣми тѣми теоріями и гипотезами, которыя приводились различными учеными изслѣдователями для объясненія отдѣльныхъ фактовъ, а въ главныхъ чертахъ позволю себѣ привести тѣ моменты, которые будутъ имѣть значеніе при разсмотрѣніи того или другаго акушерскаго пособія. Остановимся прежде всего на тѣхъ явленіяхъ, которыя наблюдаются при нормальныхъ родахъ и точное знаніе которыхъ поможетъ намъ при распознаваніи и леченіи патологическихъ случаевъ.

**Первый періодъ родовъ.** Родами мы называемъ освобожденіе плодовмѣстилища отъ плоднаго яйца и изверженіе послѣдняго наружу. Плодовмѣстилищемъ, какъ вы знаете, можетъ служить какъ матка, такъ и труба, а въ рѣдкихъ случаяхъ яичникъ или брюшина.

Пока мы остановимся на болѣе частномъ случаѣ, т. е. на родахъ при внутриматочной беременности. Если мы посмотримъ на беременную матку въ концѣ беременности, то увидимъ, что она представляетъ собою почти закрытый мышечный мѣшокъ, наполненный водою, въ которой плаваетъ плодъ. Плодъ прикрѣпленъ къ маткѣ съ помощью послѣда и пуповины. При началѣ родовъ стѣнка матки начинаетъ сокращаться. Раздраженіе вызывающее эти сокращенія, намъ пока точно неизвѣстно. Мнѣнія авторовъ на этотъ счетъ еще расходятся. Но каковъ бы ни былъ источникъ раздраженія, мы знаемъ, что мышцы въ это время начинаютъ періодически сокращаться.

Изъ физиологіи мы знаемъ, что мышца при сокращеніи становится толще и короче. Но мы видѣли, что полость матки въ началѣ родовъ выполнена пузыремъ съ жидкостью, слѣдовательно, болѣе или менѣе сократится вся маточная мышца цѣликомъ не можетъ, такъ какъ, благодаря несжимаемости жидкости, объемъ матки остается почти постояннымъ. Если мышечная стѣнка матки была бы вездѣ равномерной толщины, то сокращеніе болѣе или менѣе значительное не могло бы произойти, несмотря на раздраженіе, подобно тому, какъ въ физиологическомъ опытѣ при раздраженіи перегруженной мышцы; несмотря на энергичное раздраженіе, мышца не сокращается, если фиксирована въ одномъ концѣ, а къ другому концу ея подвѣшенъ грузъ болѣе тяжелый, чѣмъ она можетъ поднять. Подобнаго рода фактъ мы встрѣчаемъ при многоводіи. Матка вся растянута, шаровидна и при схваткахъ она почти не измѣняетъ своей формы. Другое мы видимъ при нормальныхъ родахъ. Здѣсь мышца матки неравнобѣрна; въ верхнемъ отдѣлѣ она толще, а главное, мышечные волокна лежатъ тамъ гуще; въ нижнемъ отдѣлѣ стѣнка тоньше и количество соединительно-тканыхъ прослоекъ между мышечными пучками значительно больше. При раздраженіи матка сокращается, но, собственно говоря, сокращается она не вся, а только верхній ея отрѣзокъ, т. е. болѣе сильный; нижній же, болѣе слабый, несмотря на стремленіе сократиться, напротивъ, пассивно растягивается. Благодаря этому форма матки при сокращеніи измѣняется. Верхній отрѣзокъ становится толще, а нижній утончается.

Если бы матка представляла собой сплошной мѣшокъ, съ неравнобѣрно толстыми стѣнками, то результатомъ сокращенія въ концѣ

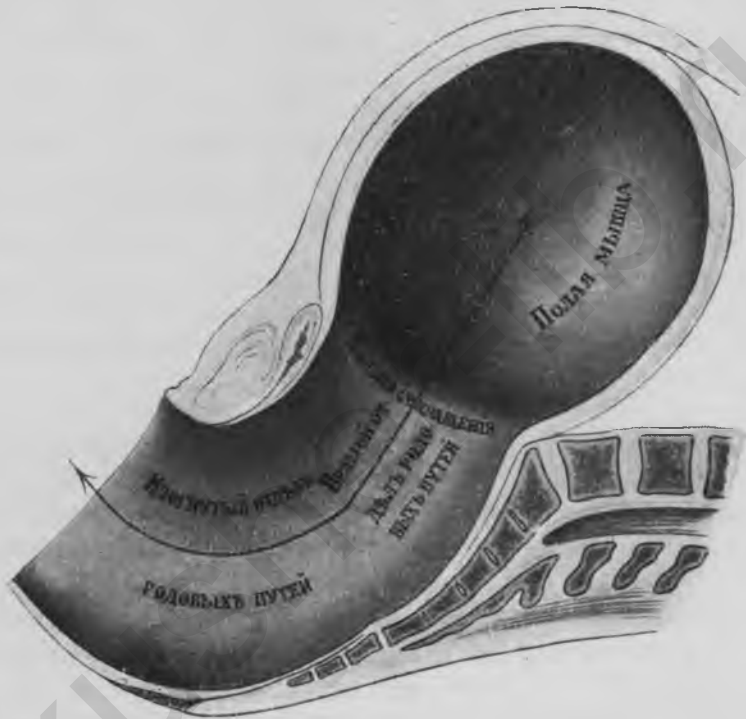


концовъ, было бы все большее растяженіе болѣе слабого сегмента, которое должно было бы окончиться разрывомъ его, или же при значительной устойчивости его, утомленіемъ верхняго отрѣзка и прекращеніемъ схватокъ. Такого рода явленіе мы наблюдаемъ при рубцевомъ зарощеніи наружнаго зѣва. Но мы знаемъ, что нормально въ центрѣ болѣе слабого участка находится отверстіе, которое, по мѣрѣ растяженія его, все болѣе расширяется. Такимъ образомъ мы видимъ, что первый періодъ родовъ заключается въ томъ, что, благодаря сокращенію матки, нижній сегментъ его растягивается. Растяженіе это ведетъ къ сглаживанію шейки, а затѣмъ къ раскрытію зѣва. Для того чтобы этотъ актъ произошелъ правильно, необходимы слѣдующія условія: во первыхъ, какое либо раздраженіе вызывающее сокращеніе маточной мышцы; второе — правильно развитая мускулатура матки; третье — растяжимость нижняго сегмента; четвертое — наполненіе матки жидкостью или какимъ нибудь несжимаемымъ тѣломъ. При наличности всѣхъ этихъ условій періодъ раскрытія протечетъ правильно; если же онъ не течетъ правильно, то, значитъ, одно изъ данныхъ условій не соблюдено и прежде чѣмъ подавать какое нибудь пособіе, мы естественно должны разобраться, какое изъ вышеприведенныхъ условій отсутствуетъ.

**Второй періодъ родовъ.** Вторымъ актомъ родовъ, такъ называемымъ вторымъ его періодомъ, мы называемъ изгнаніе плода. Для начала этого періода прежде всего нужно, чтобы была нарушена цѣлость той оболочки, въ которой лежитъ плодъ, что бы разорвался пузырь, и чтобы выходъ изъ матки т. е. зѣвъ былъ совершенно раскрытъ.

Если мы посмотримъ на доношеннаго ребенка и на тазовой каналъ женщины, то станетъ очевиднымъ, что ребенокъ можетъ пройти сквозь этотъ каналъ только при извѣстномъ положеніи, а именно, если длинныя оси ихъ совпадутъ. Если длинныя оси таза и плода не совпадаютъ, то живой доношенный ребенокъ силами природы родиться не можетъ. При ранней стадіи беременности, когда разница между величиной плода и объемомъ таза очень велика, понятно, плодъ можетъ пройти сквозь тазъ въ любомъ положеніи; но при доношенномъ плодѣ даже при совпаденіи длинныхъ осей мы часто увидимъ рѣзкія затрудненія при прохожденіи головки, самой крупной части плода, сквозь тазовое кольцо. При сравненіи размѣровъ головки съ размѣрами таза, вы увидите, что только немногими своими размѣрами головка можетъ помѣститься въ тазу. Благодаря этому въ различныхъ частяхъ таза положеніе головки мѣняется.

**Механизмъ родовъ.** Тѣ измѣненія положенія подлежащей части, которыя продѣлываетъ плодъ при прохожденіи черезъ родовые пути, называется механизмомъ родовъ. Очевидно, что механизмъ совершается только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ между величиной плода и размѣромъ таза есть нѣкоторое соотвѣтствіе; тамъ гдѣ тазъ обширенъ, а плодикъ очень малъ, механизмъ родовъ не совершается, такъ какъ плодъ выжимается изъ родовыхъ путей въ любомъ положеніи; тамъ, напротивъ, гдѣ плодъ несоразмѣрно великъ, механизма родовъ не можетъ быть, такъ какъ головка не можетъ



1.

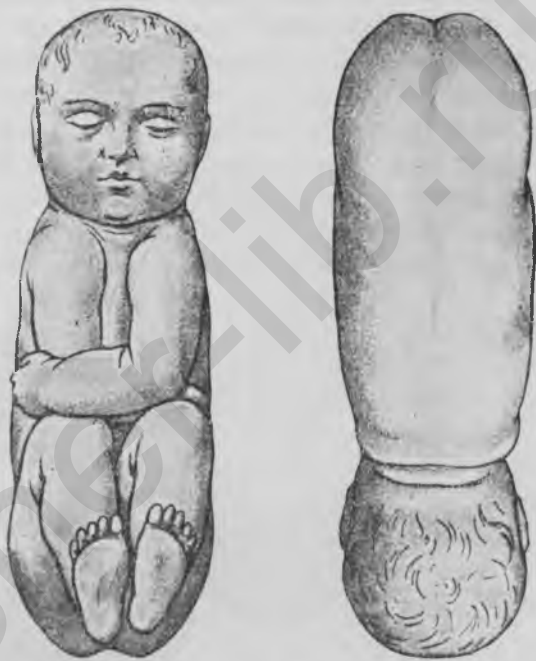
Родовые пути въ моментъ прорѣзыванія головки.

войти въ тазъ. Въ зависимости отъ формы таза и величины подлежащей части механизмъ родовъ будетъ различенъ, но въ главныхъ чертахъ онъ будетъ имѣть много общаго.

Для объясненія механизма родовъ предложено очень много различныхъ теорій; наиболее правдоподобной намъ кажется теорія Sellheim'a. Онъ объясняетъ измѣненіе въ положеніи плода при прохожденіи черезъ родовые пути слѣдующимъ образомъ: сдѣлавъ разрѣзъ сквозь родовые пути женщины въ моментъ прорѣзыванія головки, мы увидимъ, что они представляютъ изъ себя изогнутую трубку, нижнее колѣно которой образуется изъ мягкихъ родовыхъ путей.

Для прохождения сквозь колѣно этой трубки плодъ, который подъ вліяніемъ внутриматочнаго давленія принимаетъ форму цилиндра, естественно долженъ изогнуться. Способность сгибанія плода будетъ различна въ различныхъ отрѣзкахъ его, и вотъ, изгоняющія силы ставятъ плодъ въ различныхъ частяхъ родовыхъ путей въ такое положеніе, чтобы, проходя сквозь колѣно ихъ, онъ становился въ него тою поверхностью, которая легче всего сгибается. Если вы взглянете на прилагаемый рисунокъ, то увидите, что для

того, чтобы принять форму цилиндра, двѣ крупныя части плода— туловище и головка, соединенные подъ острымъ угломъ должны стать параллельно своими длинными осями. Это можетъ быть достигнуто или сильнымъ сгибаніемъ головки, или же, наоборотъ, рѣзкимъ разгибаніемъ ея. Мелкія части вплотную прижимаются къ туловищу и ложатся по передней его поверхности. Наибольшая способность сгибанія этого цилиндра у головки будетъ находиться спереди назадъ въ шейныхъ позвонкахъ. Благодаря этому, проходя сквозь



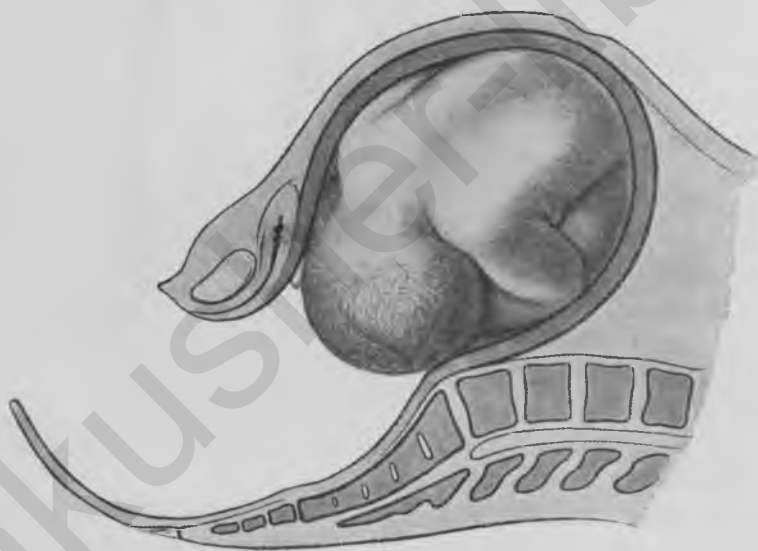
2.

Плодъ принявшій подъ вліяніемъ внутриматочнаго давленія форму цилиндра (Döderlein).

колѣно родовыхъ путей, головка должна своимъ прямымъ размѣромъ стать въ прямой размѣръ таза. Наибольшая сгибаемость туловища соотвѣтствуетъ бокамъ его, благодаря этому при прохожденіи послѣдняго, ребенокъ долженъ стать въ прямомъ размѣрѣ таза своимъ поперечнымъ размѣромъ.

Если мы возьмемъ для примѣра наиболѣе частый случай, т. е. затылочное предлежаніе при первомъ положеніи, то увидимъ, что механизмъ выразится въ слѣдующемъ: въ большемъ тазу головка стоитъ своимъ прямымъ размѣромъ въ поперечномъ размѣрѣ таза; до начала схватокъ длинная ось головки стоитъ подъ острымъ угломъ въ длинной оси туловища. При началѣ схватокъ

подъ вліянієм внутриматочнаго давленія оси эти становятся параллельно, т. е. происходит сгибаніе. Оба родничка, стоявшіе раньше на одномъ уровнѣ при этомъ измѣняютъ свое положеніе. Маленькій родничекъ опускается ниже, большой, наоборотъ, поднимается выше; головка въ такомъ положеніи опускается во входъ малаго таза. Прямоу размѣру таза при этомъ соотвѣтствуетъ большой поперечный размѣръ головки. Въ нормальномъ тазу, гдѣ величина прямого размѣра равняется 11 сант., головка не встрѣчаетъ съ его стороны препятствія для своего поступательнаго движенія. Опускаясь ниже и подходя къ колѣну, образуемому родовыми путями, головка, оставаясь въ томъ же положеніи, относительно туловища, т. е. образуя вмѣстѣ съ нею цилиндръ, пройти не можетъ: между нею и туловищемъ долженъ образоваться уголъ, равный углу упомянутаго колѣна. Но такъ какъ максимумъ сгибаемости лежитъ въ шейныхъ позвонкахъ спереди назадъ, то головка, разгибаясь, должна стать въ прямой размѣръ таза; при этомъ малый родничекъ, стоявшій слѣва отъ проводной линіи,



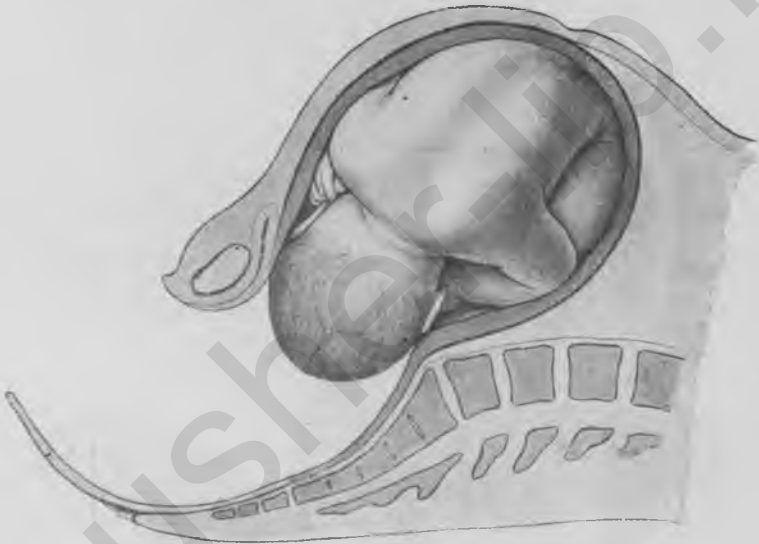
3.

Головка надъ входомъ (Sellheim).

опускаясь, подвигается впередъ и становится по самой проводной линіи таза. Совершается внутренній поворотъ головки. Затѣмъ начинается разгибаніе ея, соотвѣтственно изгибу родовыхъ путей. Малый родничекъ при этомъ постепенно поднимается вверхъ, головка прорѣзывается; въ это время къ изгибу родовыхъ путей подходит туловище плода. Для того чтобы пройти черезъ этотъ

изгибъ, туловище точно также должно согнуться; но такъ какъ максимумъ сгибанія у него лежитъ въ боковомъ направленіи, то плечики своимъ прямымъ размѣромъ должны стать въ прямой размѣръ таза; головка при этомъ совершаетъ свой наружный поворотъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что проходя сквозь родовые пути, плодъ прѣдлалъ слѣдующія измѣненія въ своемъ положеніи; 1) во все время родового акта наблюдалось поступательное движеніе; 2) у входа въ малый тазъ къ поступательному движенію присоединилось сгибаніе головки; 3) въ полости таза рядомъ съ поступательнымъ движеніемъ и сгибаніемъ произошелъ внутренній поворотъ головки; далѣе головка, продолжая опускаться стала 4) разгибаться и, наконецъ, послѣ рожденія головки, благодаря



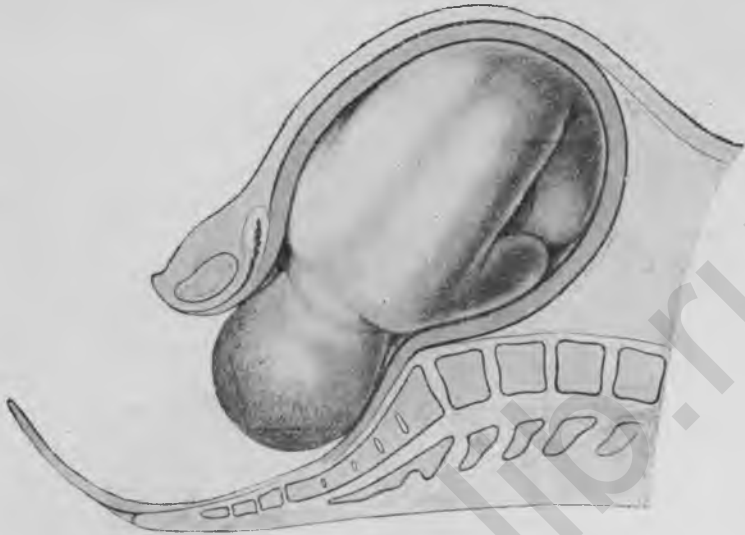
4.

Головка малымъ сегментомъ въ входѣ (Sellheim).

внутреннему повороту плечъ, головка совершила свой 5) наружный поворотъ.

**Измѣненія въ положеніи предлежащей части при родахъ.** Если мы станемъ наблюдать за теченіемъ родовъ, то дѣлая цѣлый рядъ изслѣдованій при нормальныхъ родахъ, при затылочномъ предлежаніи наблюдаемъ слѣдующее: 1) начало родовъ—головка надъ входомъ въ тазъ, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ, роднички на одномъ уровнѣ; 2) головка прижата ко входу, — стрѣловидный шовъ въ томъ же поперечномъ или слегка косомъ, но малый родничекъ сталъ легче достижимъ; 3) головка опустилась небольшимъ сегментомъ во входъ, — стрѣловид-

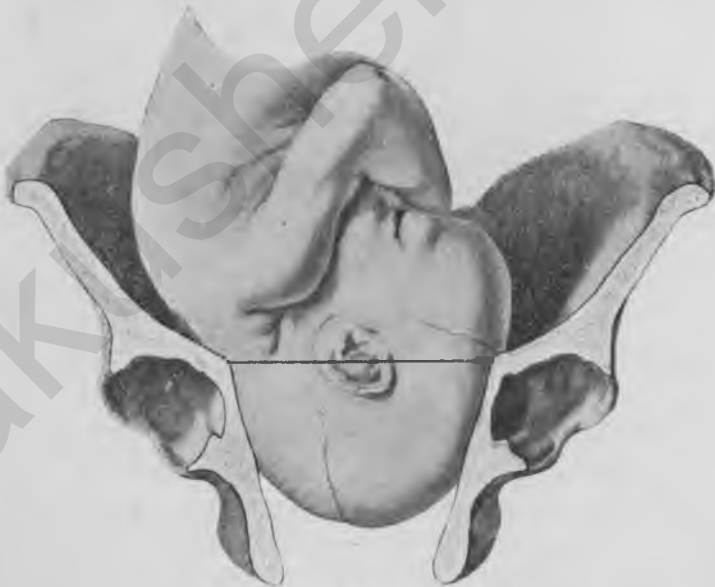
ный шовъ стоитъ слегка въ косомъ, маленькій родничекъ нѣ-  
сколько ближе къ лону; 4) головка большимъ сегментомъ во входѣ,



5.

Головка большимъ сегментомъ во входѣ (Sellheim).

стрѣловидный шовъ въ діагональномъ размѣрѣ, маленькій родни-



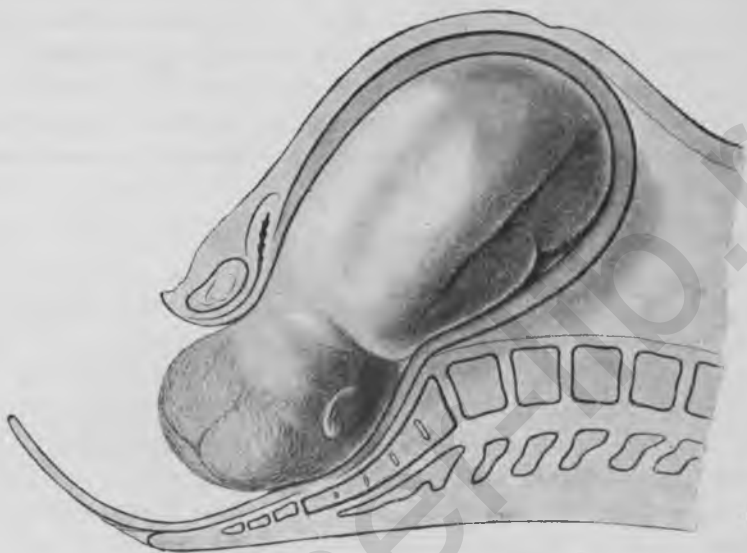
6.

Головка большимъ сегментомъ во входѣ (Vimn).

чекъ приближается къ проводной линіи таза; 5) головка въ по-  
лости, — стрѣловидный шовъ приближается къ прямому размѣру,

къ большому родничку не подойти; 6) головка въ выходѣ, — стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ, маленькій родничекъ поднимается вверхъ; 7) головка внѣ таза, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ.

Если вставляется затылокъ, то только что описанный механизмъ наблюдается только въ тѣхъ случаяхъ, когда спинка ле-



7.  
Головка въ полости (Sellheim).

жить къ [переди; при заднихъ видахъ маленькій родничекъ долженъ продѣлать значительно большій поворотъ, подходя къ лону. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ подлежащая часть не особенно велика, подъ лоно подходитъ большой родничекъ.

**Механизмъ при лицевомъ предлежаніи.** Тамъ, гдѣ цилиндрическая форма плода достигается не сгибаніемъ, а разгибаніемъ головки, теченіе родовъ чрезвычайно похоже на только что описанное, съ той только разницей, что тѣ измѣненія, которыя при затылочномъ предлежаніи дѣлають стрѣловидный шовъ и маленькій родничекъ, здѣсь соотвѣтственно наблюдается у линіи лица и подбородка. Передне-головное и лобное вставленіе обычно переходитъ въ затылочное или лицевое. Въ отдѣльныхъ случаяхъ исправленіе не наблюдается и тогда лобъ поворачивается къ переди.

**Механизмъ при предлежаніи ягодицъ.** То же самое по существу мы видимъ и при ягодичномъ вставленіи; но здѣсь стрѣловидному шву соотвѣтствуетъ бѣльякальная линія. Ягодицы вставляются во входъ въ косомъ размѣрѣ, причемъ передняя

опускается нѣсколько ниже (сгибаніе), а задняя отстаётъ вертлугъ становится ведущей точкой, гребешокъ подходитъ подѣ лоно, (внутренній поворотъ) вторая ягодица прорѣзывается (разгибаніе). Затѣмъ ягодица поворачивается въ поперечный размѣръ (наружный поворотъ).

**Конфигурація головки.** Кромѣ измѣненія положенія головки и вообще подлежащей части по мѣрѣ подвиганія родовъ мы видимъ также измѣненія ея формы (конфигурація головки). Кости приближаются другъ къ другу, причемъ могутъ въ случаѣ значительной конфигураціи заходить другъ на друга, а тамъ, гдѣ давленіе на головку равномерно со всѣхъ сторонъ, она вытягивается и удлиняется.

**Механизмъ при плоскомъ тазѣ.** При только что описанномъ механизмѣ родовъ мы видѣли, что прямой разрѣзъ таза не являлся препятствіемъ для вставленія головки. Въ нормальномъ скелетированномъ тазу онъ равняется приблизительно 11 сант. Мягкихъ частей здѣсь почти нѣтъ, такъ что акушерскій его размѣръ будетъ почти не меньше. Въ него вставляется головка своимъ большимъ поперечнымъ размѣромъ, который при нормальной величинѣ ребенка равенъ отъ  $8\frac{1}{2}$  до 9 сант. Очевидно, мѣста достаточно. Но вы помните, что намъ часто приходится встрѣчать тазы не совсѣмъ нормальные, а такіе, гдѣ прямой разрѣзъ укороченъ, (плоскіе тазы).

Въ этихъ случаяхъ головка, вставляясь во входъ въ тазъ, встрѣчаетъ препятствіе въ прямомъ его размѣрѣ. При нормальномъ сгибаніи головки большой поперечный размѣръ ея, подходя къ прямому размѣру таза, въ немъ не помѣщается. И вотъ мы видимъ, что головка начинаетъ слегка разгибаться и такимъ образомъ въ прямой размѣрѣ таза вставляется не большой поперечный размѣръ головки, а средній, — между большимъ и малымъ, или даже малый поперечный размѣръ. Тогда при изслѣдованіи мы находимъ, что опускается не малый родничекъ, а большой.

При еще большемъ уплощеніи таза и малый поперечный размѣръ не можетъ войти въ прямой размѣръ таза. Тогда мы видимъ, что головка вставляется во входъ ребромъ, причемъ стрѣловидный шовъ лежитъ не посрединѣ входа (синклитически), а приближается къ лону (Litzman'овское склоненіе) или къ мысу (Naegel'евское склоненіе). Такого рода ассинклитизмъ вставленія даетъ въ своемъ результатѣ передне- или же заднетемянное вставленіе. Продавливаясь такимъ образомъ сквозь узкое мѣсто, головка, понятно, сжимается, кости приближаются другъ къ другу, находятъ



одна на другую, причемъ какъ правило къпереди лежащая кость находится на заднюю и такимъ образомъ уменьшаясь въ размѣрѣ соответствующемъ наибольшему суженію, головка увеличиваетъ свои остальные размѣры. Но затѣмъ, какъ только головка пройдетъ сквозь входъ, какъ только прекращается на нее вліяніе суженнаго прямого размѣра, механизмъ принимаетъ свое обычное теченіе.



8.  
Переднетемянное вставленіе (Витт).

### Механизмъ при общесуженномъ тазѣ.

При общеравномѣрно суженномъ тазѣ, когда невозможно компенсировать уменьшеніе одного размѣра головки увеличеніемъ остальныхъ, мы видимъ, что механизмъ въ общемъ остается такой же, какъ и при нормальномъ тазѣ, съ тою только разницею, что конфигурація головки гораздо болѣе выражена, причемъ замѣчается рѣзкое удлиненіе и соответственное уменьшеніе ея окружности. При неравномѣрно суженныхъ тазахъ головка приспособляется каждый разъ къ даннымъ формамъ таза, производя иной разъ самыя сложныя движенія. Само собой разумѣется, что чѣмъ меньше сопротивленія костный тазъ представляетъ подлежащей части, тѣмъ менѣе затраты силъ нужно матери, чтобы вытолкнуть плодъ.

При благопріятномъ соотношеніи между родовыми путями и головкой у многородящихъ, гдѣ мягкія части очень податливы, мы часто видимъ, что роды проходятъ съ одной — двухъ потугъ; но тамъ, гдѣ головкѣ приходится протискиваться сквозь узкій тазъ, работа брюшнаго процесса бываетъ подчасъ коллосальна.

**Третій періодъ родовъ.** Когда ребенокъ родился, начинается такъ называемый третій періодъ родовъ: выдѣленіе послѣда и оболочекъ. Этотъ періодъ состоитъ собственно изъ двухъ актовъ: отдѣленія послѣда отъ маточной стѣнки и изверженія его наружу. Первый актъ совершается слѣдующимъ образомъ: освободивъ свою полость отъ плода и отъ околоплодныхъ водъ, стѣнка матки получаетъ возможность значительно сократиться. Послѣдъ къ ней прикрѣпленный, не обладая сократительною способностью,

приятномъ отъ нея отрывается. Но такъ какъ въ центрѣ онъ прикрѣпленъ къ маткѣ болѣе рыхло, чѣмъ по периферіи, то онъ отрывается обыкновенно въ центрѣ. Здѣсь образуется мѣшокъ, въ который изливается кровь изъ плацентарныхъ сосудовъ. Кровь створаживается, образуетъ ретро-плацентарный сгустокъ, который тампонируетъ кровотокащее мѣсто и такимъ образомъ способствуетъ остановкѣ кровотока. При послѣдующихъ схваткахъ послѣдъ совершенно отдѣляется отъ матки, лежитъ, какъ свободное тѣло въ ея полости и легко извергается наружу. Въ другихъ случаяхъ послѣдъ отрывается отъ маточной стѣнки гдѣ нибудь на периферіи. Изливающаяся изъ плацентарныхъ сосудовъ кровь не задерживается на мѣстѣ, а вытекаетъ наружу. Ретро-плацентарный сгустокъ не образуется и кровотечение бываетъ значительно болѣе рѣзкое. Итакъ для правильнаго протеканія послѣродового періода необходимо, чтобы было нѣсколько сокращеній матки, которыми послѣдъ отдѣлился бы цѣликомъ отъ ея стѣнки. Послѣдъ вытолкнутый маткою во влагалище извергается наружу потугой, т. е. сокращеніемъ брюшного пресса.

**Условія для нормальнаго теченія родовъ.** Прослѣдивъ теченіе родовъ, мы должны придти къ заключенію, что для того, чтобы роды прошли нормально, необходима наличность цѣлаго ряда условій. Для того, чтобы роды начались, должны установиться правильныя сокращенія матки. Правильнымъ сокращеніемъ ея обуславливается и нормальное теченіе перваго періода родовъ, т. е. періода раскрытія. Кромѣ того нужно, чтобы въ верхнемъ отдѣлѣ матки мускулатура была сильнѣе, чѣмъ въ нижнемъ и чтобы ткани были достаточно эластичны.

Періодъ изгнанія въ первую голову стоитъ въ связи съ соответствіемъ пространственныхъ отношеній между тазомъ и плодомъ; ясно, что если ребенокъ великъ, онъ не пройдетъ даже черезъ нормальный тазъ, но и нормальный ребенокъ не можетъ пройти черезъ чрезмѣрно суженный тазъ. Вспомнивъ механизмъ родовъ, мы убѣдимся, что не только величина ребенка и таза играютъ здѣсь роль, но что еще необходимо, чтобы ребенокъ проходилъ черезъ тазъ извѣстнымъ образомъ. Если длинная ось ребенка не будетъ совпадать съ длинной осью матери, т. е. если онъ будетъ лежать въ поперечномъ или косомъ положеніи, то роды не совершатся даже въ тѣхъ случаяхъ, если ребенокъ будетъ меньше нормы, а тазъ обширный. Затѣмъ во второмъ періодѣ родовъ необходима хорошая родовая дѣятельность, т. е. правильныя и сильныя схватки и потуги. Значеніе сильныхъ потугъ усиливается съ ухудшеніемъ пространственнаго отношенія между родовыми

путями и плодомъ. Въ третьемъ періодѣ родовъ также важное значеніе принадлежитъ сократительной дѣятельности матки, но существенную роль здѣсь играетъ еще и строеніе самого послѣда. Само собой разумѣется, что кромѣ всего вышесказаннаго или, вѣрнѣе, важнѣе всего этого общее состояніе роженицы и плода, какъ бы ни были идеальны пространственные отношенія между тазомъ и плодомъ, какъ бы ни была хороша родовая дѣятельность, мы не можемъ считать роды нормальными, если мать погибнетъ отъ эклямпси, или ребенокъ родится мацерированнымъ.

акusher-lib.ru

## II.

**Изслѣдованіе. Анамнезъ.** М. Г. Будучи призваны къ роженицѣ для веденія родовъ, мы естественно хотимъ прежде всего опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ нормальнымъ случаемъ, или представляется что нибудь патологическое. Распросы больной въ данномъ случаѣ даютъ намъ полезное указаніе только относительно срока беременности (когда были послѣдніе регулы, когда первое движеніе плода). Если имѣемъ дѣло съ многородящей, то существеннымъ является вопросъ о томъ, какъ протекали ея прежніе роды. Конечно, и здѣсь точно собраннымъ анамнезомъ можно установить многія детали даннаго случая, на примѣръ, при вопросѣ о развитіи таза (былъ ли рахитъ и т. п., о дѣятельности почекъ и т. д.), но по горькому опыту долженъ сказать, что по скольку охотно рассказываетъ вамъ женщина о всѣхъ подробностяхъ своей болѣзни въ нормальное время, въ особенности во время беременности, постольку нетерпѣлива она при распросахъ во время родовъ и готова утверждать или отрицать все, что вамъ угодно, лишь бы вы отъ нея поскорѣй отстали.

**Объективное изслѣдованіе.** При родахъ для выясненія случая приходится болѣе всего рассчитывать на объективное изслѣдованіе. Приступая къ нему, вы прежде всего должны себѣ намѣтить тѣ вопросы, на которые ищите отвѣта. Для того, чтобы не пропустить чего нибудь, необходимо составить себѣ схему, по которой по порядку и вести изслѣдованіе. Мы ведемъ его слѣдующимъ образомъ: въ первой половинѣ беременности 1) есть ли беременность; 2) внутри ли матки развилось яйцо; 3) правильно ли положеніе матки; 4) нѣтъ-ли осложненій (киста, миома, ракъ и т. п.) 5) общее состояніе больной. Во вторую половину беременности: 1) есть ли беременность, 2) начались ли роды, 3) живъ ли плодъ, 4) положеніе и число плодовъ, 5) предлежащая часть, механизмъ ея вставленія, 6) размѣры таза, 7) мягкія половыя части матери, 8) сила и частота схватокъ, 9) общее состояніе матери. На часть этихъ вопросовъ мы получаемъ отвѣтъ при осмотрѣ и наружномъ изслѣдованіи, для опредѣленія другихъ необходимо внутреннее изслѣдованіе.

Комбинируя всѣ данныя внутренняго и наружнаго изслѣдованія и дополняя ихъ, въ случаѣ нужды, повторнымъ анамнезомъ, можно поставить прогнозъ родовъ и въ случаѣ патологическомъ также и набросать себѣ планъ дѣйствій.

Конечно, часть данныхъ, которыя мы получили при первомъ изслѣдованіи, какъ напримѣръ, сила и частота схватокъ, сердцебиеніе плода, общее состояніе матери и т. п., могутъ измѣниться въ теченіи родовъ, а вмѣстѣ съ ними измѣнится какъ предсказаніе, такъ и предположенный образъ дѣйствій.

**Опредѣленіе беременности.** Определеніе беременности въ первую половину бываетъ не всегда легко. Первые симптомы, которые сопровождаютъ беременность, заключаются прежде всего въ размягченіи матки и въ измѣненіи ея формы. Она въ днѣ изъ плоской становится кругловатой. Размягченіе при беременности идетъ неравномѣрно во всей маткѣ; оно начинается главнымъ образомъ въ надвлагалищной части ея, такъ что получается такое ощущеніе, будто между шейкой и тѣломъ матки вставленъ шарниръ (симптомъ Hegar'a). Консистенція тѣла матки также не вездѣ одинакова. По обимъ бокамъ матки у мѣста подхода къ ней маточныхъ артерій явственно чувствуется ихъ биеніе. Влагалище и входъ пріобрѣтаетъ нѣсколько ціанотическую окраску; околососковое поле темнѣетъ, монгломеровы железы на немъ явственно выступаютъ.

Изъ анамнеза мы узнаемъ, что менструація не явилась въ срокъ, субъективно больная чувствуетъ цѣлый рядъ нервныхъ явленій (тошнота, рвота, сонливость и т. п.). Каждый изъ этихъ симптомовъ въ отдѣльности встрѣчается часто и внѣ беременности, но весь ихъ комплексъ обыкновенно указываетъ на послѣднюю. Опытный акушеръ часто ставитъ распознаваніе самой ранней стадіи беременности единичнымъ изслѣдованіемъ. Но для того, чтобы съ большей увѣренностью опредѣлить этотъ вопросъ, слѣдуетъ черезъ промежутокъ недѣли въ 2 посмотрѣть больную вторично и наступившее за это время соотвѣтственное увеличеніе матки обычно выясняетъ дѣло. Начиная съ третьяго мѣсяца мы часто діагнозъ можемъ поставить безошибочно по баллотированію плода, которое обычно удается опредѣлить при комбинированномъ изслѣдованіи. Очень характернымъ признакомъ является сокращеніе матки при изслѣдованіи.

**Опредѣленіе мѣста развитія яйца.** Кромѣ разрѣшенія вопроса, есть ли на лицо беременность, врачъ обязанъ каждый разъ, когда ему приходится изслѣдовать раннія стадіи ея, отвѣтить себѣ на вопросъ, гдѣ развилось яйцо. Рѣшеніе этого вопроса очень трудно;

часто отъ происшедшей ошибки на карту ставится жизнь матери. Измѣненіе матки при внѣматочной беременности въ первые 2 мѣсяца не отличаются отъ измѣненій при внутриматочной, такъ какъ увеличеніе объема стоитъ внѣ зависимости отъ роста яйца, а идетъ концентрически, поэтому для разрѣшенія вопроса о внѣматочной беременности необходимо тщательно изслѣдовать придатки и при каждомъ измѣненіи, совпадающемъ съ отсутствіемъ менструаціи, вы должны тщательно слѣдить за больной и повторными, черезъ нѣкоторые промежутки, изслѣдованіями опредѣлить, увеличивается ли объемъ придатковъ, такъ какъ при единичномъ изслѣдованіи поставить дифференціальнѣй діагнозъ между хроническимъ воспаленіемъ придатковъ и внѣматочной беременностью прямо невозможно.

Установивъ наличность внутриматочной беременности, необходимо уяснить себѣ, нѣтъ ли какихъ либо осложнений со стороны матки (неправильное положеніе, новообразование) или со стороны придатковъ. Кромѣ того мы должны рѣшить вопросъ, каково общее состояніе беременной, можетъ ли она безъ опасности для жизни перенести беременность и роды, достаточно ли вмѣстительны ея родовые пути для того, чтобы доношенный плодъ могъ черезъ нихъ пройти. Отклоненія со стороны мягкихъ родовыхъ путей бываетъ сравнительно рѣдки. Гораздо большее значеніе имѣетъ костное кольцо, т. е. тазъ.

**Измѣреніе таза.** Изслѣдованіе размѣровъ тазоваго кольца можетъ быть сдѣлано отчасти непосредственно при внутреннемъ изслѣдованіи, отчасти же мы судимъ о величинѣ ихъ по наружнымъ размѣрамъ большого таза. Измѣреніе таза обычно производится слѣдующимъ образомъ: раздѣвъ больную, мы кладемъ ее на спину съ притянутыми ногами, затѣмъ устанавливая концы тазомѣра сзади на гребешки подвздошныхъ костей, ведемъ ихъ по гребешкамъ кпереди. Концы тазомѣра въ началѣ все расходятся, а затѣмъ начинаютъ опять сходиться. И вотъ въ мѣстѣ наибольшаго расхожденія отмѣчаютъ показанія стрѣлки тазомѣра, что и будетъ наибольшимъ разстояніемъ гребешковъ. *Distantia cristarum*—нормально 28 сант. Затѣмъ измѣряютъ разстояніе между передними остями. Для этого прежде всего пальцемъ вы отыскиваете у передняго конца гребешковъ мѣсто прикрѣпленія сухожилія *Musculi sartorii* и нѣсколько кнаружи отъ него ставите концы тазомѣра *Distantia spinarum*. Нормальное разстояніе между остями будетъ 25 сант. Затѣмъ вы ставите концы тазомѣра на оба вертлуга. У жирныхъ особъ послѣдніе иной разъ трудно найти. Тогда нужно больную заставить двигать ногами. Во время

движенія вертлуги ясно ощущаются. Нормальный размѣръ этотъ *Distantia trochanterica* равенъ 30 сант. Наконецъ изслѣдуютъ такъ называемую наружную конъюгату, т. е. разстоянiе между ямкой, образуемой остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка и серединой лоннаго сочлененiя — *Conjugata externa*. Размѣръ этотъ равняется 20 сант. При внутреннемъ изслѣдованiи обычно измѣряется только *Conjugata Diagonalis*, т. е. размѣръ между мысомъ и нижнимъ краемъ лоннаго сочлененiя. При нормальномъ тазѣ мысъ еле достижимъ. Для того, чтобы дойти до него, необходимо сильно опустить локоть изслѣдующей руки и отдалить промежность. Нормальный размѣръ *Conjugata diagonalis* 13 сант.

Дать намъ точное указанiе на размѣръ малаго таза измѣренiя эти не могутъ. Даже наиболѣе важныя изъ нихъ, какъ *conjugata externa* и *diagonalis*, по которымъ мы судимъ о прямомъ размѣрѣ входа, даютъ намъ цифры только приблизительныя; но, не получая абсолютныхъ цифръ, мы по этимъ измѣренiямъ можемъ составить себѣ ясное представленiе о строенiи таза. Мы видѣли, что разница разстоянiя между гребешками и остями нормально равняется тремъ сант. При плоскихъ тазахъ, гдѣ мысъ опускается ниже и подвигается впередъ, подвздошныя кости разворачиваются и переднiе края ихъ, а слѣдовательно и ости, удаляются другъ отъ друга. Поэтому при плоскихъ тазахъ, т. е. при тазахъ съ укороченнымъ прямымъ размѣромъ, разница въ разстоянiи между гребешками и остями измѣняется. Изъ этого мы видимъ, что главное указанiе на неправильность таза мы получаемъ не изъ абсолютной величины разстоянiя между гребешками и остями, а изъ ихъ взаимнаго отношенiя. Особенное значенiе многiе авторы придаютъ наружной конъюгатѣ, но это едва ли правильно. Размѣръ этотъ составляется изъ слѣдующихъ отдѣловъ: 1) толщина кожи и подкожнаго слоя, 2) толщина позвонка, 3) разстоянiе отъ мыса до лона, 4) толщина лонной кости и наружныхъ мягкихъ частей. Уклоненiе размѣра каждой изъ этихъ составныхъ частей отразится на суммѣ, а тамъ гдѣ вопросъ идетъ о такой незначительной величинѣ, какъ 2—3 сант., уклоненiя эти могутъ оказать значительное влiянiе. Даже точное измѣренiе *Conjugata diagonalis* имѣетъ только относительную цѣну, такъ какъ для опредѣленiя прямого размѣра отъ него въ зависимости отъ большаго или меньшаго наклоненiя таза приходится отсчитывать отъ 1 до 2 сантиметровъ.

Для непосредственнаго измѣренiя входа въ малый тазъ существуетъ цѣлый рядъ измѣрителей, большинство изъ нихъ очень сложно и примѣненiе ихъ сопряжено съ порядочной болѣзненностью, такъ что они не вошли въ общее употребленiе. Въ по-

слѣднее время Бесѣдицкій предложилъ очень простой и остроумный аппаратъ, который легко примѣнимъ. Аппаратъ этотъ состоитъ изъ двухъ пластинокъ, изъ которыхъ одна ходитъ въ пазу другой. Сдвинутыя вмѣстѣ эти пластинки вводятся въ рукавъ; одинъ конецъ ихъ упирается въ мысь, а другой вытягивается до тѣхъ поръ, пока упрется въ заднюю стѣнку лоннаго соединенія.

**Ромбъ Михаэлиса.** Для опредѣленія формы таза мы обычно пользуемся еще другимъ признакомъ, а именно, такъ называемымъ



9.  
Нормальный тазъ (Vishn).



10.  
Равномѣрно обще-сѣуженный тазъ  
(Bumm).

ромбомъ Михаэлиса. Вы помните, что ромбъ Михаэлиса образуется четырьмя точками: 1) ямкой, образуемой остистымъ отрост-



комъ послѣдняго поясничнаго позвонка, 2) точкой расхожденія ягодиць, 3 и 4) ямками, образуемыми на кожѣ на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ заднимъ остямъ подвздошныхъ костей. При нормальныхъ тазахъ линіи, соединяющія эти точки, образуютъ правильный ромбъ, причемъ размѣры діагоналей равны приблизительно 10 и 8 сант. При равномерно обще-сѣуженныхъ тазахъ правильность ромба не нарушается, но діагонали его значительно укора-



11.

Плоскій рахитическій тазъ (Bumm).

12.

Кифоскологическій тазъ (Bumm).

чиваются. При плоскомъ тазѣ верхній отрѣзокъ ромба уплощается и въ экзсизитныхъ случаяхъ плоскаго таза ромбъ переходитъ въ треугольникъ, такъ какъ остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка лежитъ на одной линіи съ задними остями. При неправильно сѣуженныхъ тазахъ всегда соотвѣтственно измѣ-

няется и ромбъ Михаэлиса и, глядя на него, мы безошибочно опредѣляемъ форму таза, но опять таки получается только приблизительное представленіе о его размѣрахъ.

Да, въ сущности, измѣряя тазы беременныхъ, намъ не очень важно знать точный ихъ размѣръ. Намъ существенно главнымъ образомъ уяснить себѣ, не представляетъ ли данный тазъ абсолютнаго препятствія для родовъ, такъ какъ объ относительномъ его несоотвѣтствіи съ плодомъ мы можемъ судить только въ концѣ беременности или при началѣ родовъ, т. е. тогда, когда мы знаемъ размѣръ, а отчасти и способность приспособленія подлежащей части.

**Изслѣдованія плода.** Покончивъ съ изслѣдованіемъ таза и половыхъ частей, намъ необходимо тщательно ознакомиться съ общимъ состояніемъ больной и главнымъ образомъ состояніемъ ея сердца и легкихъ и съ дѣятельностью почекъ, такъ какъ съ этой стороны чаще всего мы можемъ встрѣтить показаніе къ какому нибудь оперативному вмѣшательству во время беременности.

Если намъ приходится изслѣдовать больную въ концѣ беременности или уже при началѣ родовъ, то, кромѣ изслѣдованія матери, мы подробно должны оцѣнить данныя относительно плода.

**Положеніе плода.** Прежде всего мы опредѣляемъ положеніе плода. Какъ вы помните, всѣ положенія плода могутъ быть раздѣлены на двѣ главныя, съ практической точки зрѣнія, категоріи: 1) продольное, когда длинная ось плода совпадаетъ съ осью таза или 2) поперечное, когда оси пересѣкаются подъ какимъ нибудь угломъ. Правильнымъ положеніемъ является только продольное. Опредѣлить положеніе плода мы можемъ очень легко наружнымъ изслѣдованіемъ. Если найдемъ одну изъ крупныхъ частей вставившейся во входъ въ тазъ, или лежащей надъ нимъ, а другую въ днѣ матки, то положеніе плода правильно. Если крупныя части отклонены отъ входа въ тазъ, то положеніе будетъ косо или поперечное. При продольномъ положеніи плода намъ важно узнать, которая изъ крупныхъ частей его предлежитъ. Это обыкновенно также легко узнается при ощупываніи снаружи. Головка представляется болѣе твердой и лучше баллотируетъ, чѣмъ ягодицы. Опредѣливъ подлежащую часть, мы стараемся узнать еще, куда отклонена спинка: влѣво или вправо, такъ какъ это отражается на механизмѣ родовъ. Спинка чаще лежитъ слѣва въ такъ называемомъ первомъ положеніи. Это опредѣляется лучше всего при отысканіи мелкихъ частей. Кромѣ этого наружнымъ изслѣдо-

ваніємъ можно опредѣлить и степень вставленія подлежащей части. Для успѣшнаго производства наружнаго изслѣдованія лучше всего держаться схемы предложенной Leopold'омъ.

**Наружное изслѣдованіе по Leopold'у.** Садясь на край кровати, гдѣ лежитъ больная, вы прежде всего устанавливаете матку посрединѣ живота. Затѣмъ кладете руки плашмя на переднюю стѣнку и кончиками пальцевъ толкаете на дно матки. Если вы при этомъ ощущаете баллотированіе, то значитъ здѣсь лежитъ крупная часть. Затѣмъ, придерживая одной рукой бокъ матки, вы второй рукой энергично ощупываете другой ея бокъ, стараясь такимъ образомъ найти мелкую часть. Третій приемъ состоитъ въ томъ, что, растопыривая большой и указательный пальцы, вы вдавливаете складку между ними параллельно лону и концами пальцевъ ощупываете подлежащую часть и опредѣляете степень ея подвижности. Четвертый приемъ состоитъ въ томъ, что повернувшись спиной къ лицу больной, вы кладете обѣ руки по бокамъ матки на уровень переднихъ остей и стараетесь проникнуть во входъ малаго таза. При этомъ вы ясно ощущаете, какъ степень вставленія, такъ и то, произошло ли сгибаніе головки.

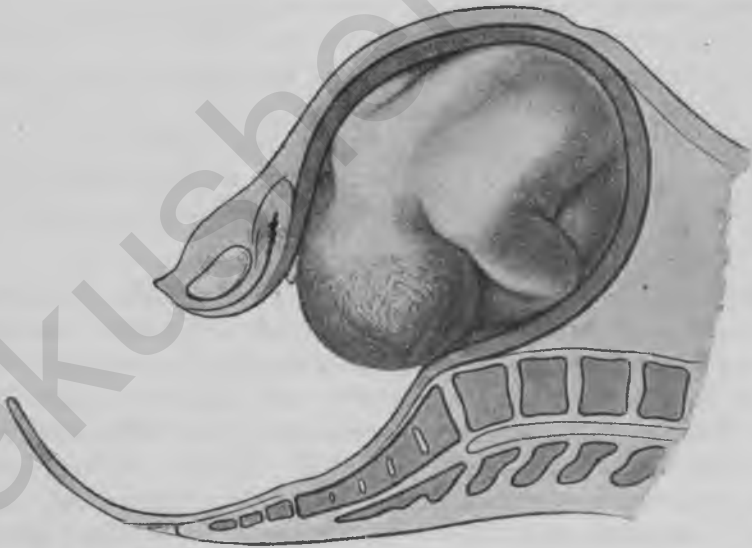
Кромѣ этого наружное изслѣдованіе даетъ намъ возможность выяснитъ положеніе послѣда. О немъ мы можемъ судить по расположенію круглыхъ связокъ и трубъ. Если послѣдъ развился на передней стѣнкѣ матки, то эта стѣнка развивается болѣе сильно и мѣсто прикрѣпленія круглыхъ связокъ и трубъ отдаляются другъ отъ друга. Благодаря этому круглыя связки въ этомъ случаѣ идутъ отъ дна матки къ тазу, конвергируя; въ противномъ случаѣ, т. е. если послѣдъ расположенъ у задней стѣнки, круглыя связки идутъ дивергируя.

**Внутреннее изслѣдованіе.** Если при помощи наружнаго изслѣдованія вы не получили вполне яснаго и точнаго представленія о положеніи плода, о степени вставленія подлежащей части и т. п., если вамъ нужно опредѣлить, въ какомъ періодѣ находятся роды, нѣтъ ли предлежанія послѣда или пуповины, наконецъ, если вы хотите представить себѣ точныя данныя относительно механизма родовъ и пространственнаго отношенія между тазомъ и подлежащей частью, то вы прибѣгаете къ внутреннему изслѣдованію.

Напуганные возможностью инфицировать больную при внутреннемъ изслѣдованіи, многіе авторы совѣтуютъ, по возможности, избѣгать его и производить только при извѣстномъ показаніи, такъ какъ смотрятъ на него какъ бы на акушерскую операцію. Теперь, освоившись съ методами дезинфекціи рукъ и на-

ружныхъ половыхъ органовъ, имѣя возможность даже инфицированныя руки сдѣлать асептичными съ помощью перчатокъ, мы должны сказать, что такое строгое отношеніе къ внутреннему изслѣдованію преувеличено. Мы можемъ его сдѣлать безвреднымъ при двухъ условіяхъ: самая тщательная дезинфекція изслѣдующей руки и половыхъ частей и второе, — самое быстрое и нѣжное производство изслѣдованія.

Оставляя въ сторонѣ опасность внутренняго изслѣдованія, мы должны во всякомъ случаѣ помнить, что оно чрезвычайно тягостно для роженицъ и потому, производя его по возможности рѣже, мы должны его полностью использовать. Для достиженія послѣдняго необходимо при каждомъ изслѣдованіи получить отвѣтъ на всѣ тѣ вопросы, которые у насъ могутъ возникнуть и такимъ образомъ избѣжать необходимости дальнѣйшихъ осмотровъ. Схема изслѣдованій, которой мы придерживаемся, слѣдующая: 1) входъ во влагалище и наружныя половыя части, степень сопротивленія тазоваго дна и промежности, 2) влагалище: врожденныя и пріобрѣтенныя аномаліи его: (воспаленіе, перегородки, рубцы, свищи, и т. п.) 3), влагалищная часть шейки, положеніе ея, степень ея сглаживанія, раскрытіе зѣва, податливость его краевъ, 4) оболочки,



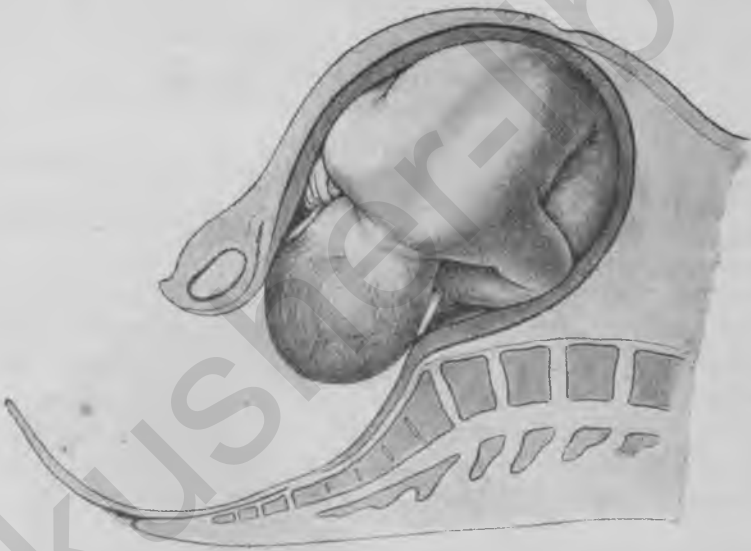
13.

Головка надъ входомъ (Sellheim).

цѣлость воднаго пузыря, предлежаніе послѣда, 5) подлежащая часть, положенія ея въ тазу, механизмъ, способность приспособляться и 6) ощупываніе и измѣреніе костнаго таза.

**Предлежащая часть.** При опредѣленіи предлежащей части необходимо руководствоваться не формою ея, которая подъ вліяніемъ давленія часто бываетъ обманчива, а тѣми опознавательными признаками, которые присущи каждой отдѣльной части. Такъ для затылочнаго предлежанія опознавательными признаками служатъ роднички и швы; для лицевого — надбровныя дуги, носъ и подбородокъ; для лобнаго — лобныя бугры; для ягодичнаго — крестецъ, заднепроходное отверстіе; для ножнаго — ступня; для поперечнаго — подмышечная впадина, лопатки, ребра.

**Степень опущенія предлежащей части.** При опредѣленіи степени опущенія предлежащей части мы разсматриваемъ слѣдующіе этапы: 1) предлежащая часть надъ входомъ, весь входъ въ малый тазъ свободенъ и легко можетъ быть обойденъ; 2) предлежащая часть малымъ сегментомъ во входѣ — часть входа ста-

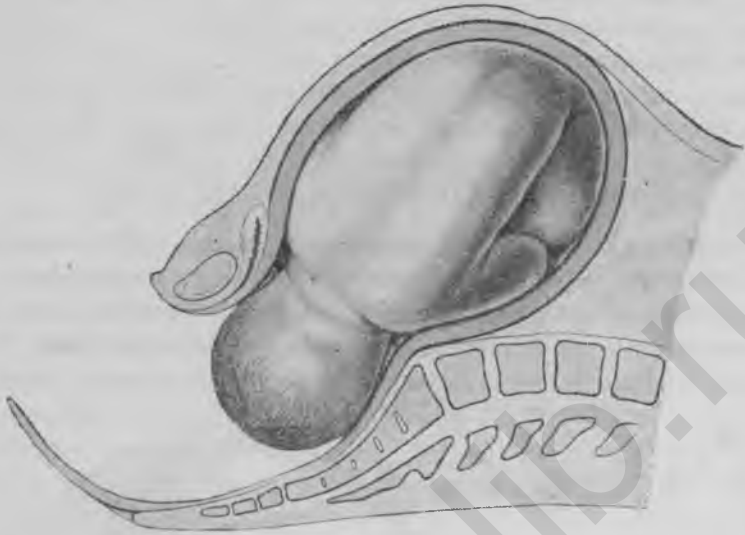


14. Головка малымъ сегментомъ въ входѣ (Sellheim).

новится недоступной, но до мыса дойти можно; 3) предлежащая часть большимъ сегментомъ во входѣ, до мыса дойти нельзя, не оттолкнувъ предлежащей части, но въ крестцовую впадину войти еще можно; 4) предлежащая часть опустилась въ полость таза, — въ крестцовую впадину болѣе проникнуть нельзя, но копчикъ еще ощупывается, 5) если нельзя ощупать больше копчика, то значить, предлежащая часть уже у выхода таза.

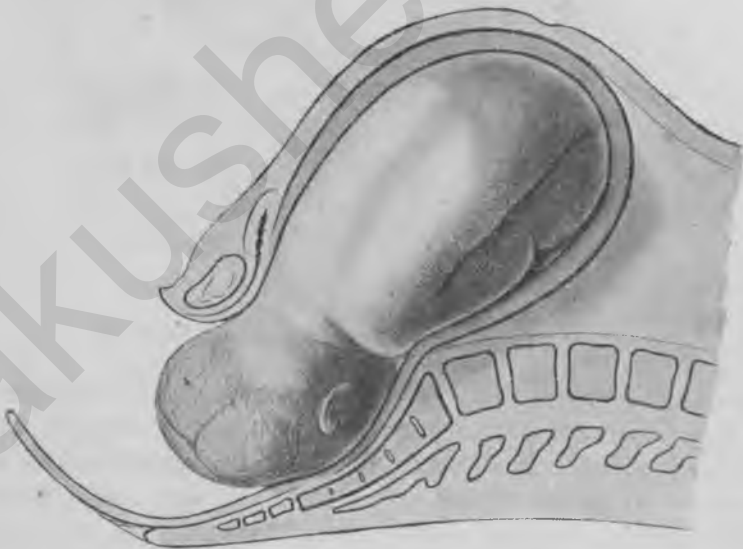
Всѣ опредѣленія вродѣ того, что головка стоитъ низко или высоко, близко или далеко, являются очень неточными и могутъ

привести къ большимъ затрудненіямъ, такъ какъ при образованіи головной опухоли, головка можетъ стоять еще малымъ сегментомъ



15.

Головка большимъ сегментомъ во входѣ (Sellheim).  
во входѣ, а опухоль вы можете ощупать, едва введя палецъ во  
влагалище.



16.

Головка въ полости (Sellheim).

**Положеніе подлежащей части.** О механизмѣ родовъ можно  
лучше всего судить по положенію стрѣловиднаго шва при затылоч-

номъ предлежаніи и соотвѣтствующихъ ему линіяхъ при другихъ предлежаніяхъ (средняя линія лица при лицевомъ и більякальная— при ягодичномъ). Если предлежащая часть вставляется своей средней линіей въ одинаковомъ разстояніи отъ мыса и лона, если затѣмъ она послѣдовательно въ соотвѣтствующихъ частяхъ таза переходитъ въ соотвѣтствующій его размѣръ, то имѣется механизмъ правильный; въ противномъ случаѣ, очевидно, есть какая либо ненормальность. Поэтому при изслѣдованіи при затылочномъ, напримѣръ, предлежаніи, нельзя ограничиться вопросомъ, съ какой стороны малый или большой родничекъ, но необходимо отыскать стрѣловидный шовъ, опредѣлить его отношеніе къ мысу и выяснитъ, соотвѣтствуетъ ли его положеніе общему положенію головки въ тазу.

Если головка стоитъ надъ входомъ, а стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ, то это нормально, но если онъ остается въ поперечномъ размѣрѣ въ то время, когда головка стоитъ уже большимъ сегментомъ во входѣ, то это намъ указываетъ, что имѣется механизмъ плоскаго таза и т. п.

**Изгоняющія силы.** Для того чтобы покончить съ объективнымъ изслѣдованіемъ больной, намъ необходимо еще ознакомиться съ ея изгоняющими силами. Слѣдя за схватками, мы отмѣчаемъ ихъ силу, т. е. большую или меньшую сократимость маточныхъ мышцъ, продолжительность, частоту и болѣзненность. Дѣлается это такимъ образомъ, что вы съ часами въ рукахъ садитесь около роженицы, кладете одну руку на дно матки и слѣдите за дѣятельностью послѣдней. Необходимо обратить вниманіе также на форму, которую матка принимаетъ во время схватокъ и на степень напряженія круглыхъ связокъ, такъ какъ рѣзкое напряженіе послѣднихъ указываетъ на значительное растяженіе нижняго сегмента.

**Общее состояніе больной.** Не могу не напомнить вамъ, что кромѣ вышесказаннаго чрезвычайно существенно слѣдить за общимъ состояніемъ больной во время самыхъ родовъ. Вы должны не рѣже чѣмъ черезъ два часа измѣрять ея температуру, слѣдить за пульсомъ; при затянувшихся родахъ повторно изслѣдовать мочу и т. п. Слѣдя такимъ образомъ, вы часто своевременнымъ вмѣшательствомъ можете предотвратить серьезныя осложненія, какъ напр., эклампсію, разрывъ матки и т. п.

**Сердцебіеніе плода.** Само собой разумѣется, что нельзя оставлять безъ вниманія также и плодъ. Необходимо почаще выслушивать его сердцебіеніе. Сердцебіеніе плода выслушивается непосредственно ухомъ, приложеннымъ къ животу больной или же съ

помощью стетоскопа, который въ акушерствѣ употребляется нѣсколько иной формы.

Точное опредѣленіе мѣста, гдѣ лучше всего слышно сердцебіеніе плода, даетъ иной разъ возможность судить о поступательномъ движеніи родовъ. Прогрессирующее замедленіе сердцебіенія указываетъ на грозящую асфиксію ребенка. Нужно, однако, помнить, что во время схватокъ, послѣ отхода водъ, и нормально сердцебіеніе плода замедляется.

акusher-lib.ru



### III.

М. Г. Собрать результатъ изслѣдованія наружнаго и внутренняго, сопоставивъ его съ данными анамнеза и убѣдившись такимъ образомъ, что случай нормаленъ, вы остаетесь при родахъ простымъ наблюдателемъ; но если вы нашли отклоненіе отъ нормы, то прежде всего должны себѣ выяснитъ ея причину.

**Неправильности родовъ.** Разбивъ всѣ неправильности родовъ на большія группы, вы увидите, что онѣ зависятъ отъ слѣдующихъ причинъ: 1) неправильность со стороны таза и мягкихъ родовыхъ путей, 2) неправильныя положенія ребенка, 3) неправильность изгоняющихъ силъ, 4) неправильность со стороны плода плоднаго яйца и 5) неправильности, зависящія отъ общаго состоянія матери.

**Аномалии таза.** Неправильности со стороны таза обусловливаются обыкновенно тѣмъ, что размѣры его всѣ, или только какой нибудь одинъ, будутъ меньше нормальнаго. Вліяніе этихъ суженій на теченіе родовъ всецѣло зависитъ отъ степени и мѣста суженія. Оставивъ пока въ сторонѣ эксквизитныя степени узости, гдѣ тазъ становится совершенно непроходимымъ для плода, рассмотримъ вліяніе на теченіе родовъ наиболѣе частыхъ формъ суженія, т. е. умѣренно-равномѣрно суженнаго и плоскаго таза.

**Вліяніе узкаго таза въ періодъ раскрытія.** Въ цѣломъ рядѣ случаевъ умѣренныя степени суженія компенсируются небольшими размѣрами плода и о существованіи узости таза мы узнаемъ только изъ его измѣренія, слѣдовательно, умѣренное суженіе таза само по себѣ дурнаго вліянія на роды не оказываетъ и вліяніе это появляется лишь тогда, когда наступитъ несоотвѣтствіе между тазомъ и подлежащею частью. Отсюда такъ часты ошибочныя прогнозы родовъ. Сплошь и рядомъ приходится наблюдать, совершенно легкіе роды у женщинъ, которымъ во время беременности, благодаря найденнымъ при измѣреніи неправильностямъ таза, предсказывались различнаго рода осложненія. Тамъ, гдѣ несоотвѣтствіе между тазомъ и подлежащею частью есть на лицо, оно можетъ отозваться на всѣхъ періодахъ родовъ. Въ

періодъ раскрытія мы видимъ, что подлежащая часть не опускаясь во входъ, не выполняетъ вплотную нижняго сегмента матки и не можетъ служить естественнымъ клапаномъ для околоплодныхъ водъ. Во время схватки воды стремятся книзу, рѣзко растягиваютъ нижнюю часть оболочекъ и результатомъ этого появляется ранній разрывъ пузыря и отходъ водъ. Зѣвъ лишается того клина, который способствуетъ его растяженію; оно открывается медленно. Кромѣ того околоплодные воды, съ силою изливаясь во время схватки, сплошь и рядомъ увлекаютъ за собой пуповину или какую нибудь мелкую часть, отсюда частые предлежанія и выпаденія пуповины или ручки при узкихъ тазахъ. Послѣ преждевременнаго отхода водъ, раскрытіе зѣва замедляется, иной разъ передняя губа ущемляется между лономъ и головкой, рѣзко отекаетъ и даже гангренизируется.

**Вліяніе узкаго таза въ періодѣ изгнанія.** Въ періодѣ изгнанія подлежащая часть встрѣчаетъ въ данномъ случаѣ большое сопротивленіе при опущеніи въ костный каналъ. Ясное дѣло, что для преодоленія этого препятствія изгоняющія силы должны быть болѣе энергичны, схватки и потуги должны быть сильнѣе. Кромѣ большого напряженія изгоняющихъ силъ мы замѣчаемъ, что подлежащая часть, какъ уже было замѣчено, измѣняетъ свой механизмъ. Сильная работа матки, понятно, быстрѣе ее утомляетъ и, если ей не удастся быстро преодолѣть препятствія и протолкнуть подлежащую часть сквозь узкое мѣсто, то схватки ослабѣваютъ и получается такъ называемая вторичная слабость потугъ. Если нижній сегментъ не измѣненъ, то дѣло можетъ дойти до полной остановки родовой дѣятельности. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нижній сегментъ патологиченъ, гдѣ въ немъ находятся рубцы отъ бывшихъ раньше разрывовъ или гдѣ въ немъ значительная часть мускулатуры замѣнена соединительною тканью, благодаря тяжелымъ предыдущимъ родамъ, мы видимъ, что при сильной потужной дѣятельности онъ все больше растягивается, полный мускулъ отходитъ всѣ выше и контракціонное кольцо часто лежитъ выше уровня пупка. Круглая связки рѣзко натянуты. Словомъ, мы видимъ симптомы грозящаго разрыва матки. Если больная предоставлена самой себѣ, разрывъ въ самомъ дѣлѣ наступаетъ, и тогда, какъ правило, родовая дѣятельность прекращается.

**Вліяніе узкаго таза на плодъ.** На плодъ роды при узкомъ тазѣ также отзываются самымъ отрицательнымъ образомъ. Головка, проходя черезъ узкое мѣсто, сильно конфигурируется и рѣзкое захожденіе костей иногда вызываетъ такіа измѣненія въ кровообращеніи, что получаютъ не только подкожные гематомы, но и

кровоизліянія въ мозгъ. Отъ сильного давленія мыса на головку на соотвѣтствующей части ея сплошь и рядомъ ощущается рѣзкое вдавленіе, а иногда, при чрезвычайно сильной потужной дѣятельности, дѣло доходитъ даже до перелома костей черепа.

**Вліяніе на послѣродовой періодъ.** Въ послѣродовомъ періодѣ результатъ родовъ при узкомъ тазѣ часто сказывается тѣмъ, что мягкія части, бывшіе долго подъ давленіемъ, омертвѣвають и такимъ образомъ появляются различнаго рода свищи и т. п. Кромѣ того измятыя ткани являются хорошей почвой для развитія инфекции, чему способствуетъ и большая продолжительность родовъ.

Кромѣ костнаго таза и мягкіе родовые пути могутъ дать препятствія для правильныхъ родовъ. Сюда относятся врожденные и приобрѣтенные стенозы, опухоли и т. п.

**Неправильное положеніе плода.** Вторымъ серьезнымъ препятствіемъ для правильнаго теченія родовъ будетъ неправильное положеніе плода. Безъ дальнихъ словъ понятно, что болѣе или менѣе доношенный плодъ можетъ пройти черезъ тазовое кольцо только при томъ условіи, что длинная ось его будетъ совпадать съ длинной осью матери. Слѣдовательно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется косое или поперечное положеніе, роды не могутъ произойти, пока положеніе не будетъ исправлено, или пока ребенокъ не измѣнитъ своего объема, благодаря мацерации, потери цѣлости и т. п.

**Аномаліи плоднаго яйца и плода.** При продольныхъ положеніяхъ невозможность родовъ появляется иногда вслѣдствіе неправильнаго механизма; напр., при лицевыхъ вставленіяхъ, когда линія лица становится въ прямомъ размѣрѣ съ повернутымъ кзади подбородкомъ, или когда вырабатывается такъ называемое Litzman'овское т. е. задне-темянное склоненіе. Сюда же нѣкоторые авторы относятъ и лобное вставленіе. Неправильное вставленіе зависитъ чаще всего отъ отклоненій въ строеніи таза; но иногда здѣсь имѣютъ мѣсто и другія причины, какъ напр., уродство плода. Поводомъ къ ненормальнымъ родамъ могутъ служить также заболѣванія плоднаго яйца, неправильности въ строеніи послѣда и неправильности въ мѣстѣ его развитія. Многоплодіе и уродливое развитіе плода также сплошь и рядомъ являются причиной ненормальности родового механизма.

**Аномаліи изгоняющихъ силъ.** Наконецъ, бываютъ случаи, что и пространственное отношеніе и расположеніе плода правильно, равно и со стороны самого плода или его оболочекъ нѣтъ откло-

нений, а родовой актъ не подвигается, благодаря недостаточности родовой дѣятельности. Недостаточность ея можетъ выразиться въ первомъ періодѣ родовъ, если матка черезчуръ растянута (многоплодіе, многоводіе) или если есть какія нибудь аномаліи въ строеніи мускулатуры матки. Во второмъ періодѣ неправильность, слабость потугъ, можетъ быть послѣдствіемъ неправильности мышечной системы (рѣзкая тучность или общая слабость роженицы, грыжа бѣлой линіи и т. п.) или же она зависитъ отъ недостаточности рефлекторной передачи, т. е. оттого, что раздраженіе, получаемое цервикальными узлами не достаточно велико (очень маленькой ребенокъ).

Кромѣ всего вышесказаннаго, правильной родовой дѣятельности могутъ мѣшать различныя заболѣванія другихъ органовъ, главнымъ образомъ сердца и легкихъ, гдѣ потуги становятся иногда прямо смертельными (кровоизліяніе въ мозгъ и т. п.). Заболѣваніе эклампсией не является препятствіемъ нормальной потужной дѣятельности, хотя часто потуги вызываютъ новые припадки.

Резюмируя все то, что мы только что сказали, мы видимъ, что въ патологіи родовъ намъ приходится имѣть дѣло со слѣдующими факторами: несоотвѣтствіемъ величины между родовымъ каналомъ и плодомъ, неправильнымъ положеніемъ плода, неправильнымъ строеніемъ его и его оболочекъ и неправильностью изгоняемыхъ силъ.

Мы уже видѣли выше, что эти аномаліи часто комбинируются и являются причиной другъ друга.

**Несоотвѣтствіе между тазомъ и плодомъ.** Пространственное несоотвѣтствіе родовыхъ путей можетъ быть абсолютно и относительно. Абсолютнымъ суженіемъ таза мы называемъ такую аномалію его, когда не только роды живого плода невозможны, а когда невозможны также роды и перфорированнаго ребенка; сюда принадлежатъ по опредѣленію авторовъ всѣ тѣ случаи, гдѣ *conjugata vera* ниже  $5\frac{1}{2}$  сант., гдѣ имѣются рѣзкія формы остеомалятического таза, при анкилотическихъ тазахъ, гдѣ расширение здоровой половины недостаточно компенсируетъ суженіе больной, при тазахъ съ опухолями и т. п.

**Абсолютное суженіе таза.** При такихъ абсолютныхъ суженіяхъ таза, такъ называемыхъ суженіяхъ третьей степени, на обязанности врача въ тѣхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ къ нему обращаются до замужества, выяснить положеніе вещей и указать дѣвушкѣ, что роды жизнеспособнымъ плодомъ для нея возможны только путемъ кесарскаго сѣченія, т. е. сопряжены съ

значительной опасностью для ее жизни. Если является для совѣта женщина замужняя, но не беременная и если она заявляет, что она боится кесарскаго сѣченія, то врачъ не только имѣетъ право, но обязанъ указать ей на средство для факультативной стерильности. Вопросъ этотъ между прочимъ обсуждался на одномъ изъ Пироговскихъ сѣздовъ. Если вопросъ идетъ о беременныхъ въ первую половину беременности, по закону беременная съ абсолютнымъ сужениемъ таза вправѣ требовать отъ врача искусственнаго законнаго выкидыша. Вызывать преждевременные роды во вторую половину беременности бесполезно, такъ какъ жизнеспособный ребенокъ родиться не можетъ, а уменьшеніе его при такихъ обстоятельствахъ является для жизни матери врядъ ли менѣе опаснымъ, чѣмъ кесарское сѣченіе. При родахъ кесарское сѣченіе является уже императивомъ, такъ какъ никакая другая операція для удаленія ребенка изъ утробы матери непримѣнима.

#### **Способы для достиженія факультативной стерильности.**

Итакъ при абсолютномъ суженіи таза женщинѣ предстоитъ безбрачіе, факультативная стерильность, законный искусственный выкидышъ или кесарское сѣченіе. Совѣтъ безбрачія рѣдко будетъ исполненъ. Молодое чувство не считается съ грозящей ему вдали опасностью. Факультативная стерильность гораздо легче принимается молодыми супругами, но врачъ не долженъ ограничиться словами: „вамъ нельзя беременѣть“, онъ долженъ научить, какъ это сдѣлать.

Всѣ обычные способы для предупрежденія беременности могутъ быть раздѣлены на три категоріи: 1) изверженіе сѣмени внѣ влагалища, 2) прегражденіе сперматозоидамъ доступа въ матку, 3) различныя приспособленія для уничтоженія жизнѣдѣтельности сперматозоидовъ.

Въ первомъ случаѣ примѣняется такъ называемый *coitus interruptus*; который заключается въ томъ, что въ моментъ изверженія сѣмени совокупленіе прерывается. Казалось бы, такого рода актъ долженъ особенно вредно отразиться на здоровьѣ мужа, но на самомъ дѣлѣ значительно вреднѣе онъ оказывается для женщины. Доведенная до высшей степени оргазма, она не получаетъ разрѣшенія его, которое обычно наблюдается при излитіи сѣмени, и результатомъ этого является цѣлый рядъ имптомовъ, какъ со стороны нервной системы, такъ и со стороны половыхъ органовъ.

Для прегражденія доступа сперматозоидовъ въ матку, употребляются такъ называемые кондомы, т. е. мѣшечки изъ рыбаго пузыря или тонкой резины, которые надѣваются мужчи-

ной или закрытыя кольца, помѣщаемыя во влагалищѣ и передѣляющія его пополамъ. Съ цѣлью уничтожить жизнѣдѣтельность сперматозоидовъ, во влагалище вводятся небольшія губки, смоченныя какимъ нибудь кислымъ растворомъ или шарики изъ Butyr. сазао съ хиной, или же немедленно послѣ совокупленія влагалище промывается какой нибудь кислую жидкостью.

Всѣ эти способы, съ большей или меньшей вѣрностью, даютъ возможность достигнуть безплодія, но большинство изъ нихъ приводитъ къ очень тяжелымъ растройствамъ здоровье женщины и кромѣ чисто нервныхъ симптомовъ, здѣсь можно наблюдать объективныя измѣненія въ половой сферѣ, главнымъ образомъ въ видѣ застоевъ и послѣдствій нарушеннаго питанія. Наименѣе вреднымъ являются кондомы и такъ называемыя *Pessaria occlusiva*. Первые однако, менѣе вѣрны, такъ какъ приготовляются изъ очень тонкой ткани и легко могутъ разорваться во время *coitus'a*.

Пессаріи *Mensinga* вставляются во влагалище, какъ кольца *Hodge* и женщина легко научается дѣлать это сама. Употреблять слѣдуетъ номера отъ  $5\frac{1}{2}$  до  $7\frac{1}{2}$ , смотря по ширинѣ влагалища. При абсолютныхъ суженіяхъ таза, приходится употреблять только маленькіе номера. Стѣнки влагалища, плотно обхватывая края пессарія, который раздѣляетъ влагалище на двѣ части, такъ что сѣмя, излитое въ нижній отрѣзокъ влагалища, къ маточному устью проникнуть не можетъ. Преимущество колець предъ другими средствами для безплодія является, во-первыхъ, то, что онъ абсолютно вѣренъ; второе, — совокупленіе совершается нормальнымъ путемъ; во влагалище не вводятся никакія химическія вещества; непосредственно до и послѣ совокупленія не требуется какихъ либо манипуляцій и такимъ образомъ не нарушается необходимый послѣ сильнаго возбужденія покой. Кольцо, вставленное во влагалище, остается тамъ въ теченіе 10 дней, затѣмъ вынимается, кладется на сутки или двое въ растворъ борной воды и вводится обратно. Во время менструаціи кольцо понятно должно быть вынуто.

**Законный искусственный выкидышъ.** Искусственный законный выкидышъ является одной изъ самыхъ тяжелыхъ, нравственно, операцій для акушера. Мы сознательно идемъ на прекращеніе зарождающейся жизни и, какъ бы высока ни была цѣль, ради которой мы на это рѣшаемся, фактъ сознательнаго убійства на лицо. Многіе нынѣшніе акушеры поэтому скептически относятся къ этой операціи, говоря, что результаты кесарскаго сѣченія въ настоящее время настолько благопріятны, что рискъ гибели для матери недостаточно великъ, чтобы завѣдомо убить зародышъ.

Въ этихъ словахъ много правды, и будемъ надѣяться, что наступитъ время, когда кесарское сѣченіе станетъ давать всѣмъ блестящіе результаты, и тогда мы, а можетъ быть наши потомки, конечно, совершенно откажемся отъ искусственнаго выкидыша при сѣуженіи таза. Но пока мы видимъ, что кесарское сѣченіе, будучи само по себѣ операціей совершенно типической и по technikѣ своей доступной всякому акушеру-оператору, сплошь и рядомъ даже въ лучшихъ рукахъ даетъ неблагоприятные результаты. Если вы обратитесь къ статистическимъ даннымъ новѣйшаго времени, то не найдете подтвержденія моихъ словъ, но не потому, чтобы мои слова были невѣрны или статистическія цифры были бы лживы. Schauta, на примѣръ, даетъ для своей клиники два процента смертности для кесарскаго сѣченія. Основываясь на этомъ многіе авторы говорятъ: „кесарево сѣченіе уже операція безопасная“. Но если брать не только цифровыя данныя Schauta, если прочесть его статью, то вы увидите, что картина мѣняется. Онъ оперируетъ только тѣхъ больныхъ, у которыхъ абсолютно нормальная температура, у которыхъ пузырь цѣль, которая въ клиники никѣмъ не были изслѣдованы и т. п. Другіе, исчисляя процентъ смертности отъ кесарскаго сѣченія, исключаютъ всѣ тѣ случаи, при которыхъ были какія либо побочныя причины смерти. Но всѣ эти условія можно устанавливать для статистическихъ выкладокъ; въ жизни ихъ не поставишь. И вотъ мы видимъ, что женщины съ абсолютнымъ сѣуженіемъ таза, несмотря на предупрежденіе во время беременности, являются сплошь и рядомъ въ клинику только тогда, когда дома станетъ не въ моготу. Затѣмъ, даже при полномъ вниманіи къ себѣ, онѣ не могутъ предупредить ранняго отхода водъ и въ результатѣ общій процентъ смертности при кесарскомъ сѣченіи, несмотря на блестящіе результаты отдѣльныхъ авторовъ, приходится считать не менѣе 10%.

Въ виду всего вышесказаннаго мы должны признать, что пока при абсолютномъ сѣуженіи таза искусственный законный выкидышъ остается допустимой операціей, если мать не настаиваетъ на желаніи имѣть живого ребенка, соглашаясь подвергнуться при этомъ свою жизнь опасности.

Производство законнаго искусственнаго выкидыша будетъ различно въ различные мѣсяцы беременности. Въ первые три мѣсяца эта операція производится въ одинъ сеансъ. Прежде всего наружные половые органы и влагалище тщательно дезинфицируются, о способахъ дезинфекціи я распространяться не буду, такъ какъ съ асептикой и антисептикой вы навѣрно хорошо знакомы изъ лекціи и практическихъ занятій въ клиникахъ. Послѣ опорожненія пузыря, маточная шейка обнажается зеркалами, пе-

редняя и задняя губа захватывается пулевыми щипцами, и шейка ими оттягивается книзу. Этим достигается выпрямление цервикального канала, который в первые месяцы беременности, благодаря болѣе рѣзко выраженной антефлексіи, обычно образует болѣе или менѣе острый уголь. Цервикальный канал протирается банникомъ, смоченнымъ сулемой 1:2000. Матка зондируется возможно толстымъ зондомъ, который проводится чрезвычайно осторожно безъ всякаго насилія. Зондомъ вы опредѣляете ходъ цервикального канала, величину полости матки, а часто даже и мѣсто прикрѣпленія яйца. Расширеніе цервикального канала производится градуированными расширителями Hegar'a. В первые два мѣсяца достаточно растянуть цервикальный каналъ до 12 или 14 номера, въ третій отъ 18 до 22.

Благодаря рѣзкому размягченію влагалищной части, расширение обыкновенно не встрѣчаетъ препятствій. Однако этимъ не слѣдуетъ увлекаться, такъ какъ послѣ 16 номера даже и въ беременной маткѣ обычно наблюдается болѣе или менѣе глубокой надрывъ слизистой оболочки. Расширивъ до желательнаго размѣра каналъ шейки, приступаютъ къ удаленію яйца, для этого мы пользуемся обычно большими петлями и изогнутыми корнцангами, сплошными и окончатными.

Нужно помнить, что мускулатура беременной матки чрезвычайно дрябла и что здѣсь очень легко произвести прободеніе маточной стѣнки. Въ виду этого выгоднѣе манипулировать возможно болѣе крупнаго калибра инструментами, такъ какъ чѣмъ мельче инструментъ, тѣмъ легче совершить прободеніе матки. Осторожно вводя замкнутый корнцангъ вплоть до дна матки, мы его подводимъ къ тому мѣсту, гдѣ предполагается прикрѣпленіе яйца и раскрывъ корнцангъ, захватываемъ послѣднее. Вначалѣ идетъ отпадающая оболочка, затѣмъ прорывается пузырь и корнцангъ захватываетъ частицы плода. Если при этихъ манипуляціяхъ наступаетъ кровотеченіе, то лучше всего обойти петлей всѣ стѣнки матки, причѣмъ вы выбираете петлю наиболѣе крупнаго размѣра, соотвѣтственно величинѣ раскрытія; отдѣливъ такимъ образомъ яйцо отъ матки, вы продолжаете корнцангомъ удалять части его изъ маточной полости. Когда вамъ кажется, что корнцангомъ болѣе ничего не отдѣляется, вы опять входите петлей и часто видите, что за ней потянется цѣлая масса ворсистой ткани.

Удаляя то корнцангомъ, то петлей попеременно содержимое матки, вы наконецъ убѣдитесь, что матка пуста, приэтомъ она становится значительно меньше и тверже. Тогда вы промываете полость матки горячимъ растворомъ борной кислоты или 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-го солевого раствора и тампонируете полость матки марлей. Мы



всегда употребляемъ іодоформенную марлю, такъ какъ обычно стерильная марля, пролежавъ во влагалищѣ нѣкоторое время, приобретаетъ отвратительный запахъ.

Во все время операціи помощникъ вашъ долженъ непременно снаружи массировать матку для того, чтобы вызывать сокращеніе ея стѣнки и сдавливать части плоднаго яйца книзу. Съ этой же цѣлью мы послѣ окончанія расширенія цервикальнаго канала вспыскиваемъ больной подъ кожу эрготинъ. Матка энергично сокращается, стѣнка ея становится тверже, а полость значительно меньше. Нѣкоторыя затрудненія при извлеченіи представляеть иной разъ головка, благодаря своей формѣ и скользкости она выскальзываетъ изъ корнцанга: въ нѣсколькихъ случаяхъ, низводя ее къ внутреннему зѣву, мы захватывали тамъ пулевыми щипцами, приэтомъ тонкая черепная крышка проравливается, мозгъ вытекаетъ, головка спадается и легко выводится.

• Нѣкоторые авторы считаютъ инструментальное удаленіе плоднаго яйца опаснымъ, вслѣдствіе возможности прободенія матки, и предлагаютъ удалять яйцо съ помощью пальца. Такъ какъ пальцевое удаленіе яйца требуетъ значительно большаго расширенія цервикальнаго канала, которое не можетъ быть достигнуто въ одинъ сеансъ безъ риска получить значительные разрывы шейки, то предварительно они расширяютъ цервикальный каналъ съ помощью разбухающихъ средствъ Laminario, turelo и т. п.

**Осложненія, при производствѣ выкидыша.** Говоря о леченіи выкидышей, мы подробнѣе остановимся на преимуществахъ и недостаткахъ ручного и инструментальнаго отдѣленія плоднаго яйца. Здѣсь же укажемъ только на тѣ осложненія, которыя наблюдаются при вызываніи искусственнаго выкидыша. Первымъ осложненіемъ, являющимся почти что правиломъ, будутъ болѣе или менѣе значительные надрывы на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, которые наблюдаются при вызываніи выкидыша начиная съ третьяго мѣсяца беременности. Объ нихъ нужно помнить для того чтобы, вводя инструменты, не проложить ложнаго пути и не ввести ихъ въ мѣсто разрыва.

Вторымъ осложненіемъ является прободеніе маточной стѣнки. Осложненіе это вызывается двумя моментами: крайней дряблостью мускулатуры матки во время беременности и измѣненіемъ конфигураціи беременной матки. Избѣжать это осложненіе можно прежде всего выпрямленіемъ цервикальнаго канала и во вторыхъ, осторожнымъ введеніемъ инструментовъ въ матку, соразмѣряясь всегда съ длиною маточной полости. Однако при самомъ осто-

рожномъ оперированіи и у самаго ловкаго оператора прободеніе матки можетъ случиться. Если дѣло ведется совершенно асептично, то прободеніе, произведенное зондомъ или ложечкой не влечетъ за собой какихъ либо серьезныхъ послѣдствій.

Гораздо опаснѣе прободеніе производимое корнцангами, такъ какъ проведя корнцангъ въ брюшную полость и не замѣтивъ этого, желая захватить плодное яйцо, легко можно ущемить и извлечь наружу какой нибудь органъ брюшной полости (кишку, сальникъ и т. п.). Необходимо поэтому употреблять корнцанги всегда возможно большаго калибра. За тѣмъ извлекая изъ полости матки части плоднаго яйца, необходимо всегда разсматривать каждый извлекаемый клочекъ для того, чтобы своевременно замѣтить, если бы случайно былъ захваченъ какой нибудь изъ брюшныхъ органовъ. Въ такомъ случаѣ, понятно, необходимо немедленно разжать корнцангъ и если извлеченъ артерій или сальникъ, то, сильно потягивая матку книзу, и приподнявъ тазовый конецъ (Trendelenburg) часто удается репонировать извлеченный органъ. Если извлечена была часть кишки, что можетъ случиться только при большомъ нарушеніи цѣлости, то необходимо немедленно произвести чревосѣченіе, репонировать кишку и, если ея цѣлость нарушена, то примѣнить соотвѣтствующія мѣры. Матку можно при этомъ зашить или, если случай не асептиченъ, то экстирпировать ее, дабы предупредить септической перитонитъ. Въ болѣе поздней стадіи беременности, съ конца третьяго мѣсяца, искусственный выкидышъ выгоднѣе вызывать медленнымъ путемъ, возбуждая сокращенія матки, какъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

**Влагалищное кесарское сѣченіе.** Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется быстрое освобожденіе полости матки, можно произвести влагалищное кесарское сѣченіе. Влагалищное кесарское сѣченіе производится слѣдующимъ образомъ: влагалищная часть захватывается щипцами и оттягивается книзу. У мѣста прикрѣпленія пузыря слизистая оболочка влагалища разсѣкается поперечнымъ разрѣзомъ приблизительно на 5—6 сант. Пузырь сдвигается кверху. На обнаженной такимъ образомъ передней стѣнкѣ матки производится разрѣзъ, начиная отъ наружнаго зѣва; отверстіе это достаточно велико и черезъ него безъ труда можно извлечь плодъ и его оболочки. Затѣмъ рана въ маткѣ зашивается, влагалищная рана также зашивается наглухо или въ ней оставляется дренажъ, смотря по степени травматизаціи клѣтчатки. Можно также произвести кесарское сѣченіе съ помощью задней кольпотоміи, но при этомъ приходится вскрыть брюшину. Какъ видите, техника вла-

галищнаго кесарскаго сѣченія проста. Для человѣка, привыкшаго къ влагалищнымъ операціямъ, главнымъ образомъ къ накладыванію швовъ въ глубинѣ, она трудности не представляетъ. Здѣсь осложненіемъ можетъ явиться сильное кровотеченіе изъ свода, такъ какъ во время беременности сѣтъ сосудовъ рѣзко расширяется.

Остановить это кровотеченіе можно плотной тампонаціей, но, во всякомъ случаѣ, идя на влагалищное кесарское сѣченіе, надо быть готовымъ къ значительной потерѣ крови и поэтому для очень слабыхъ беременныхъ этого способа лучше избѣгать, въ особенности, если вы не обладаете хорошей оперативной техникой. Такъ называемое *accouchement forcé* заключается въ глубокихъ поперечныхъ разрѣзахъ маточной шейки. Оно теперь почти совсѣмъ оставлено, такъ какъ, не обладая преимуществами влагалищнаго кесарскаго сѣченія, оно сохраняетъ всѣ его недостатки. Если больная съ абсолютнымъ суженіемъ таза попадаетъ въ ваши руки во второй половинѣ беременности, то остается только ждать срока родовъ и произвести кесарское сѣченіе въ то время, когда жизнеспособность ребенка будетъ наибольшая. Кесарское сѣченіе даетъ наилучшіе результаты въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина заблаговременно поступаетъ подъ наблюденіе врача и исподволь подготавливается къ операціи. Одни авторы считаютъ необходимымъ дожидаться первыхъ схватокъ, т. е. начала родовъ, такъ какъ въ маточной мышцѣ въ это время уже наступаетъ раздраженіе, вызывающее ея сокращеніе и такимъ образомъ опасность отъ кровотечения будетъ меньше; другіе совѣтуютъ оперировать къ концу беременности. Послѣднее предложеніе имѣетъ за собою то преимущество, что врачъ является хозяиномъ положенія. Онъ выбираетъ наиболѣе благопріятныя для операціи условія, тогда какъ, если выжидать начала родовъ, то приходится часто оперировать ночью, да къ тому же, пожалуй, и при отошедшихъ водахъ, такъ какъ извѣстно, что у женщинъ съ узкимъ тазомъ воды часто отходятъ въ самомъ началѣ родовъ.

Само производство операціи кесарскаго сѣченія особенной трудности не представляетъ. Операція эта вполнѣ типична и осложненія при ней не часты. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ дѣлается сантиметровъ 15, начиная пальца на три надъ пупкомъ книзу. Затѣмъ матка извлекается изъ брюшной раны и послѣдняя въ верхней части своей закрывается провизорными швами или серфинами. Это удерживаетъ кишечникъ въ полости брюха и препятствуетъ околлодной жидкости и меконію попадать въ нее. Можно также оперировать *in situ*; тогда матка обкладывается марлевыми салфетками. Осмотрѣвъ матку по ходу круглыхъ свя-

зокъ, опредѣляютъ положеніе послѣда, такъ какъ выше мы указали, что ежели послѣдъ лежитъ по передней стѣнкѣ матки, то круглыя связки идутъ книзу, конвергируя; при положеніи послѣда на задней стѣнкѣ направленіе круглыхъ связокъ будетъ обратное.

Если послѣдъ лежитъ по задней стѣнкѣ, то разрѣзь матки ведется продольно по передней ея стѣнкѣ выше прикрѣпленія пузыря. Полной рукой входятъ черезъ разрѣзь въ полость матки, отыскиваютъ ножку плода и извлекаютъ его. Для предупрежденія возможнаго кровотеченія ассистентъ сдавливаетъ пальцами основаніе широкихъ связокъ. Послѣ удаленія младенца извлекается послѣдъ и плодныя оболочки. Матка послѣ всего этого рѣзко сокращается и тогда приступаютъ къ зашиванію разрѣза.

Если матка не сократилась то можетъ получиться рѣзкое кровотеченіе. Ассистентъ для остановки его сдавливаетъ маточныя артеріи, матку массируютъ, въ полость ея вводятъ большой комъ марли и плотно сжимаютъ всю матку, а въ крайнемъ случаѣ, производятъ ампутацію или полное ея удаленіе.

Если кровотеченія нѣтъ, приступаютъ къ зашиванію разрѣза. Зашиваніе производится по тѣмъ же правиламъ какія мы соблюдаемъ при зашиваніи всѣхъ полыхъ органовъ т. е. глубокіе швы не проходятъ сквозь всю толщу стѣнки матки, а выкалываются у слизистой ея оболочки, между глубокими швами накладываются поверхностные. Въ данномъ случаѣ, какъ при зашиваніи всѣхъ брюшныхъ органовъ, выгодно наложить еще серосерозные (ламбертовскіе) швы, такъ какъ при этомъ брюшина, соприкасаясь широкими плоскостями, быстрѣе спаивается и образуетъ преграду для проникновенія отдѣленій матки въ полость брюха. У первородящихъ до зашиванія маточной стѣнки хорошо провести тампонъ сквозь цервикальный каналъ во влагалище, для того чтобы не застаивались выдѣленія въ полости матки. Брюшныя стѣнки зашиваются обычнымъ путемъ, какъ при всякомъ чревосѣченіи.

Послѣоперационный періодъ требуетъ такого-же ухода, какъ послѣ любого чревосѣченія. При производствѣ кесарскаго сѣченія, въ моментъ разрѣза стѣнки, если послѣдъ лежитъ кпереди, (*placenta praevia caesarea*) происходитъ иной разъ очень рѣзкое кровотеченіе. Во избѣжаніе этого, а отчасти изъ другихъ соображеній Fritsch совѣтуетъ проводить разрѣзь не продольно по передней стѣнкѣ матки, а поперечно черезъ ея дно. Разрѣзь черезъ послѣдъ не является, однако, серьезнымъ осложненіемъ, такъ какъ обычно тотчасъ же послѣ отдѣленія его кровотеченіе останавливается.

**Повторное кесарское сѣченіе.** Если женщина подвергается кесарскому сѣченію въ первый разъ, то обычно другихъ осложненій не встрѣчается. Но производя повторное кесарское сѣченіе, или производя его по поводу неправильнаго положенія матки послѣ искусственныхъ фиксація ея (*ventrofixatio*, *vaginofixatio*) часто приходится наталкиваться на цѣлый рядъ сросченій между маткой и брюшной стѣнкой сальникомъ или петлями кишекъ. Последнее въ значительной степени затрудняетъ производство операціи. Сросченія эти являются обычнымъ осложненіемъ послѣ кесарскаго сѣченія, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣоперационный періодъ проходитъ безлихорадочно. Это явленіе объясняется тѣмъ, что мы при кесарскомъ сѣченіи имѣемъ дѣло съ органами, которые подвергаются обратному развитію и поэтому совершенная *prima intentio* затруднена.

Нѣкоторые авторы думали избѣгнуть сросченій, замѣнивъ неразсасывающийся матеріалъ для шитья легко рассасывающимся кетгутумъ. Однако, кетгутъ, гораздо труднѣе поддающийся совершенной дезинфекціи и иной разъ непомѣрно быстро рассасывающийся, не улучшилъ результатовъ. Fritsch, предлагая свой разрѣзъ черезъ дно матки, также рассчитывалъ на меньшую опасность сросченія; однако, расчеты эти едва ли правильны, такъ какъ въ послѣродовомъ періодѣ матка обычно ложится въ антефлексіи и такимъ образомъ раневая поверхность еще болѣе приходитъ въ соприкосновеніе съ брюшной стѣнкой, чѣмъ при обычномъ разрѣзѣ.

Кромѣ сросченій послѣ кесарскаго сѣченія наблюдается, что при послѣдующей беременности рубецъ, образовавшийся на маткѣ, растягивается, образуя грыжевой мѣшокъ.

Такого рода консервативное кесарское сѣченіе мы можемъ примѣнить только тогда, когда полость матки не инфицирована. Тамъ, гдѣ полость матки инфицирована, а имѣется между тѣмъ абсолютное показаніе для кесарскаго сѣченія, можно примѣнить ампутацію матки (кесарское сѣченіе по Rogo) или ея полное удаленіе. Первые моменты этой операціи совершаются такъ же, какъ и въ классическомъ кесарскомъ сѣченіи. Здѣсь, однако, особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на предупрежденіе попаданія отдѣленія полости матки въ полость брюха. Послѣ удаленія плода и послѣда съ передней стѣнки sluшивается пузырь, затѣмъ, по частямъ, перевязываются участки широкой связки, обкалываются маточныя артеріи, матка клиновидно изсѣкается, остающаяся культя перевязывается и обшивается брюшиной. Въ послѣднее время Sellheim предложилъ производить кесарское сѣченіе подбрюшично, но этотъ способъ теперь только разрабатывается, поэтому о немъ мы, говорить подробнѣе не станемъ.

Принимая во вниманіе всѣ осложненія и опасности для дальнѣйшей беременности, которыя въ особенности проявлялись въ прежнее время, когда техника и асептика не были еще въ такой степени разработаны, какъ въ настоящее время, при кесарскомъ сѣченіи при абсолютныхъ показаніяхъ производилась также стерилизація женщины для предотвращенія возможности дальнѣйшей беременности. Съ этой цѣлью удалялась вся матка или чаще перевязывается, или что еще лучше, резецируются части трубъ. Намъ кажется, однако, что стерилизацію можно производить при кесарскомъ сѣченіи только при настоятельномъ требованіи роженницы, такъ какъ въ послѣдствіи женщины часто горько жалѣютъ о томъ, что онѣ навсегда лишены возможности материнства.

Итакъ, резюмируя все вышесказанное, мы видимъ, что женщины съ суженнымъ тазомъ должны рѣшиться на кесарское сѣченіе со всѣми его опасностями или оставаться бездѣтными. У очень многихъ чувство материнства развито до такой степени, что онѣ готовы поставить жизнь на карту, лишь бы имѣть ребенка. Отдавая полную дань уваженія этому чувству, мы должны помнить, что понуждать другого къ героизму мы не имѣемъ нравственнаго права и если женщина съ абсолютнымъ суженіемъ таза, не желаетъ подвергнуть себя риску кесарскаго сѣченія, то мы обязаны ее отъ этого риска избавить, указавъ ей на средства для факультативной стерильности или даже прибѣгая къ искусственному выкидышу.

#### IV.

##### **Относительное несоответствие между тазомъ и плодомъ.**

Абсолютное сужение таза, къ счастью, встрѣчается очень рѣдко, кромѣ тѣхъ мѣстностей, гдѣ сильно развиты рахитъ и остеомаляція. Гораздо чаще приходится на практикѣ встрѣчаться съ относительнымъ сужениемъ таза, которое, не являясь абсолютнымъ препятствіемъ для рожденія младенца черезъ естественные родовые пути, часто подастъ все таки, какъ мы видѣли выше, поводъ къ цѣлому ряду осложнений. Относительная недостаточность таза выразится во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ полного соответствія между тазомъ и доношеннымъ ребенкомъ. Несоответствие это можетъ быть въ зависимости отъ уменьшенія всѣхъ размѣровъ таза или только какого-нибудь одного изъ нихъ (плоскій тазъ, поперечно-суженный и т. п.). Иногда къ общесуженному тазу присоединяется еще особенное укороченіе какого нибудь одного размѣра.

Если это несоответствие незначительно, то оно часто исправляется соответственнымъ механизмомъ родовъ и конфигураціей головки. Выше мы разсмотрѣли измѣненіе механизма родовъ при плоскомъ тазѣ. Естественно, что онъ, какъ и болѣе сильная конфигурація головки, требуетъ болѣе интенсивной работы изгоняющихъ силъ. Если силы эти достаточны, то несмотря на нѣкоторое несоответствие между тазовымъ кольцомъ и плодомъ, роды оканчиваются силами природы. Но если недостаточность тазоваго кольца болѣе рѣзко выражена, или если изгоняющія силы недостаточно энергичны, то необходимо для окончанія родовъ врачебное вмѣшательство. Въ этихъ случаяхъ на долю акушера выпадаетъ задача уничтожить или уменьшить несоответствие между входомъ въ малый тазъ и предлежащей частью или усилить силами искусства природныя изгоняющія силы. Для разрѣшенія первой задачи намъ приходится увеличить тазъ или уменьшить головку.

**Walcher'овское положеніе.** Выше мы указали ужь, что наиболѣе частою формою узкаго таза является такъ называемый плоскій тазъ, въ которомъ уменьшенъ главнымъ образомъ прямой размѣръ. Наиболѣе простымъ способомъ нѣсколько увеличить этотъ размѣръ служитъ приданіе больной такъ называемаго Walcher'овскаго положенія.

Положеніе это заключается въ томъ, что больная уклады-  
вается на крестцѣ на край стола или кровати, нижнія конечности  
ея висятъ книзу, своей тяжестью бедра оттягиваютъ переднюю  
часть тазового кольца книзу и такимъ образомъ нѣсколько удли-  
няется прямой размѣръ. Отклоненіе нижняго кольца во время  
родовъ становится возможнымъ благодаря тому, что крестцово-



17.

Положеніе по Walcher'y (Buccura).

подвздошныя сочлененія во время беременности приобрѣтаютъ  
нѣкоторую подвижность. По изслѣдованіямъ Walcher'a, подтвер-  
жденнымъ Leise и другими, прямой размѣръ входа можетъ быть  
увеличенъ до 1 сант. Положеніе это однако очень неудобно и,  
если его возможно примѣнить въ теченіе нѣсколькихъ минутъ во  
время оперативнаго проведенія головки черезъ входъ, то продол-  
жительное примѣненіе его, какъ это бываетъ необходимо при  
произвольныхъ родахъ, чрезвычайно трудно.

**Symphiotomia.** Гораздо болѣе дѣйствительнымъ, хотя не-  
сравненно болѣе сложнымъ и опаснымъ является способъ расши-  
ренія таза съ помощью разсѣченія тазового кольца. Для этого



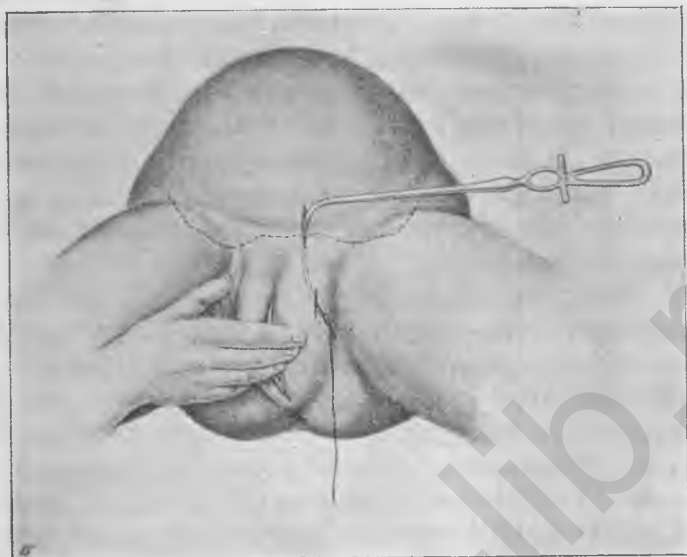
употребляютъ двѣ операциі: симфизіотомія и пубіотомія. При симфизіотоміи тазовое кольцо разсѣкается въ области лоннаго соединенія. Операциія производится слѣдующимъ образомъ: 1) разсѣкается кожа и подкожная клѣтчатка надъ лономъ, 2) распотріемъ и пальцемъ отдѣляется отъ задней поверхности лона и снизу мочеиспускательный каналъ и клиторъ, 3) позади лона вводятъ широкій зондъ для защиты сзади лежащихъ мягкихъ частей, 4) разсѣкается симфиза. 5) роды проводятся выжидательно или съ помощью искусства (щипцы, поворотъ и извлеченіе), 6) костная рана сшивается или просто накладывается сжимающая повязка или сжимающій аппаратъ.

Казалось бы, что операциія эта не должна представлять особенной трудности. Но она сплошь и рядомъ даетъ серьезныя осложненія. Прежде всего разсѣчь лоно не всегда представляется легкимъ дѣломъ, такъ какъ лонное соединеніе не всегда перпендикулярно кости, а часто представляется искривленнымъ. Затѣмъ, какъ при выжиданіи, такъ особенно и при оперативныхъ родахъ наблюдается часто рѣзкая травматизація мочевыхъ органовъ и пещеристыхъ тѣлъ, что влечетъ за собой сильнѣйшее кровотеченіе, затеки мочи и т. п. Въ благопріятныхъ случаяхъ рана симфизы заживаетъ правильно и тогда функція тазового кольца вполне восстанавливается. Однако, нерѣдко рана эта не заживаетъ, притомъ безразлично, былъ ли наложенъ костный шовъ или примѣнена только сжимающая повязка. Тогда тазовое кольцо теряетъ свою устойчивость и женщина навсегда или на очень продолжительное время лишается возможности правильно ходить, у ней развивается такъ называемая „утиная“ походка.

Рѣзкія размноженія мягкихъ частей часто являются поводомъ къ послѣродовымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ.

**Hebotomia.** Послѣднее время предложено производить симфизіотомію подкожно съ тѣмъ, чтобы послѣродовыя отдѣленія не приходили въ соприкосновеніе съ обширной раневой поверхностью. При Hebotomia, pubiotomia разрѣзъ тазового кольца производится не у лоннаго сочлененія, а нѣсколько отступя отъ него, у лоннаго бугорка. Преимущество этой операциі многіе авторы находятъ въ томъ, что кость легче срастается, чѣмъ нарушенный суставъ и что топографически область лоннаго бугорка представляетъ меньше опасности для пораненія пузыря и пещеристыхъ тѣлъ. Техника операциі очень проста. У бугорка дѣлается поперечный разрѣзъ черезъ кожу и подкожную клѣтчатку. Пальцемъ отдѣляются мягкія части, затѣмъ проводится по задней стѣнкѣ лонной кости проводникъ, который выводится наружу у нижней части большой губы,

гдѣ производится контръ-апертура. Сквозь нее протягивается пилка *gigli*, кость перепиливается сзади на передъ.



18.

Проведеніе пилы *Gigli* (*Buccura*).

Операция эта была встрѣчена акушерами съ большимъ сочувствіемъ и стала сравнительно часто примѣняться. Однако, скоро пришлось убѣдиться, что и при ней возможны серьезныя осложненія. Смыслъ какъ одной такъ и другой операции заключается въ томъ, что благодаря расхожденію распиленныхъ концовъ кости, емкость таза въ значительной степени увеличивается, однако нужно помнить, что расхождение это не должно достигать чрезмѣрной величины, такъ какъ въ противномъ случаѣ обязательно долженъ произойти разрывъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій. Обычно считаютъ, что, безъ риска повредить подвздошное сочлененіе, распиленные края кости можно развести отъ 6 до 8 сант., что даетъ увеличеніе прямого размѣра таза до  $1\frac{1}{2}$  сант., а плоскость входа въ тазъ по измѣреніямъ *Sellheim'a*, *Прозоровскаго* и др. при этомъ увеличивается до 30%.

Для предотвращенія чрезмѣрнаго расхожденія частей таза необходимо удерживать ихъ съ помощью рукъ ассистентовъ, сжимающаго аппарата, вродѣ предложеннаго Оттомъ для послѣродового періода послѣ сифизіотоміи или по предложенію *Döderlein'a* толстымъ эластическимъ резиновымъ жгутомъ.

Изъ вышесказаннаго ясно, что для примѣненія расширяю-

щихъ тазъ операций положенъ предѣлъ извѣстной степени суженія. Очевидно, что эти операции могутъ быть примѣнены только тамъ, гдѣ для устранения пространственнаго несоотвѣтствія между тазомъ и подлежащею частью достаточно увеличить первый на 1—1½ сант. т. е., при нормальной головкѣ, на тазахъ, прямой размѣръ которыхъ не меньше 7½ сант.

Въ послѣродовомъ теченіи на перепиленный тазъ приходится накладывать давящую повязку для того, чтобы по возможности сблизить распиленные края. Тамъ, гдѣ во время операции не было пораненія мочевыхъ органовъ и пещеристыхъ тѣлъ, послѣродовой періодъ обыкновенно протекаетъ нормально и недѣли черезъ 2—3 больная можетъ выписаться. Костная рана, однако, не всегда заживаетъ одинаково. Въ однихъ случаяхъ образуется костный рубецъ и тазъ такимъ образомъ вполне восстанавливается; въ другихъ случаяхъ между отверстиями кости развивается соединительная ткань, что ясно видно при рентгенографіи такихъ больныхъ, какъ это указалъ Ильинъ на матеріалѣ Повивальнаго Института. Такіе же результаты получились Лѣсовымъ при опытахъ надъ животными въ лабораторіяхъ Повивальнаго Института.

Поборники расширяющихъ тазъ операций указываютъ какъ на преимущество ихъ на то, что расширение это можетъ остаться стойкимъ, а слѣдовательно, пригодиться и при слѣдующихъ родахъ. Однако установить этого не удалось, а основываться какъ это дѣлаетъ Васч только на томъ, что въ рядѣ случаевъ послѣдующіе роды происходили произвольно, едва ли возможно, такъ какъ неоднократно приходилось наблюдать, что у женщинъ, у которыхъ производилась операция перфорации живыхъ младенцевъ, послѣдующіе роды протекали правильно.

Кромѣ размѣра таза и величины головки, очевидно, громадную роль играетъ способность головки конфигурироваться и другія особенности механизма родовъ.

Установка показаній для расширяющихъ тазъ операций чрезвычайно трудна. Если производить ихъ при началѣ родовъ, основываясь только на измѣреніи таза и приблизительной оцѣнкѣ величины подлежащей части, то результаты операции будутъ очень хороши, но она часто будетъ примѣнена тамъ, гдѣ и безъ нея можно было бы легко обойтись. Ожидая болѣе точныхъ показаній, расширение таза придется примѣнять только тогда, когда можно будетъ убѣдиться, что, несмотря на энергичную родовую дѣятельность, головка не проходитъ сквозь входъ. Но въ это время жизнѣдѣтельность ребенка часто бываетъ уже понижена и тѣмъ самымъ ухудшаются и шансы на полученіе живого и жизнеспособнаго младенца. Кромѣ того при долгой продолжительности

родовъ часто является большее или меньше повышение температуры у больной вслѣдствіе начинающагося эндометрита.

Хотя авторы и указываютъ, что такого рода обстоятельство не является противопоказаніемъ для расширяющей тазъ операциі, такъ какъ отдѣленія половыхъ органовъ не приходятъ въ соприкосновеніе съ раневой поверхностью, но выше мы уже указали, что операциі эти часто влекутъ за собою тяжелыя пораненія какъ мочевыхъ органовъ такъ и влагалища и поэтому инфицированные случаи нельзя считать подходящими для такого рода вмѣшательства. Благодаря разницѣ въ установкѣ показанія получается значительная разница въ частотѣ производства этой операциі въ различныхъ учрежденіяхъ и нельзя не отмѣтить, что подъ влияніемъ благопріятныхъ результатовъ Leopold'a, Döderlein'a, Schauta и другихъ, операциа эта прошлые годы примѣнялась значительно чаще, а теперь, когда увлеченіе ею остыло, она въ общемъ примѣняется опять довольно рѣдко. Для примѣра приведу матеріалъ Повивальнаго Института. Въ 1906 г. и 1907 г. она была примѣнена 12 разъ, въ 1908 г. только 1 разъ.

Рядомъ съ расширяющими тазъ операциями можно поставить кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи. Поборники первыхъ считаютъ главнымъ преимуществомъ болѣе легкую технику, отсутствія необходимости вскрывать брюшную полость, вслѣдствіе чего является возможность оперировать при возвышенной температурѣ и т. п. Однако, отнесясь объективно къ тѣмъ случаямъ, которые протекли на нашихъ глазахъ, а также къ литературнымъ даннымъ о пубіотоміи, мы все же должны сказать что въ виду довольно частыхъ осложненій, какъ во время операциі, такъ и въ послѣоперационномъ теченіи эта операциа пока должна оставаться достояніемъ больничныхъ учрежденій, равно какъ и кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ. Въ частной практикѣ оно можетъ быть примѣнено только при особенно благопріятныхъ условіяхъ.

**Искусственные преждевременные роды.** Другая категорія нашихъ мѣропріятій при умѣренно суженныхъ тазахъ относится къ уменьшенію объема головки. Здѣсь мы можемъ сдѣлать одно изъ двухъ: вызвать искусственные роды въ то время, когда ребенокъ не достигнетъ своего полного роста, т. е. преждевременные роды, или же уменьшить подлежащую часть, трепанируя головку.

Искусственные преждевременные роды даютъ возможность женщинамъ родить произвольно или съ помощью искусства жизнеспособнаго ребенка. Конечно, жизненныя силы этого ребенка будутъ зависѣть отъ того, за сколько времени до нормальнаго срока беременности вызваны роды. Чѣмъ ближе къ концу, тѣмъ

ребенокъ болѣе жизнеспособенъ, за то тѣмъ больше его объемъ и тѣмъ меньше пользы отъ принятаго вмѣшательства. Обычно считаютъ, что вызывать преждевременные роды можно не раньше 32 недѣль беременности.

Способовъ вызывать преждевременные роды множество. Всѣ они основаны на томъ, чтобы ввести какое либо болѣе или менѣе сильное раздраженіе и такимъ образомъ вызвать правильное сокращеніе матки. Я обращаю ваше вниманіе только на нѣкоторые изъ нихъ: 1) вставленіе бужа между яйцомъ и стѣнкой матки, 2) примѣненіе различнаго рода метрейринтеровъ и 3) разрывъ пузыря. Скорѣе всего достигъ эффекта обычно можно разрывомъ пузыря. Рѣзкое уменьшеніе содержимаго матки является сильнымъ раздражителемъ и схватки наступаютъ очень быстро. Но способъ этотъ хорошъ только тогда, когда за жизнь ребенка нечего беспокоиться, т. е. когда ребенокъ мертвъ, такъ какъ преждевременный отходъ водъ въ значительной степени понижаетъ шансы на полученіе живого ребенка.

**Способъ Krause.** Вставленіе бужей между яйцомъ и стѣнкой матки долго было излюбленнымъ методомъ при производствѣ преждевременныхъ родовъ и теперь еще рекомендуется многими авторами. Техника его заключается въ слѣдующемъ. Послѣ самой тщательной дезинфекціи наружныхъ частей и влагалища, влагалищная часть обнажается зеркалами, захватывается пулевыми щипцами цервикальный каналъ, вытирается плейферовскимъ зондомъ, обвернутымъ ватой и смоченнымъ въ растворѣ сулемы и послѣ этого въ полость матки вводится бужъ. Бужъ ведется по передней или задней стѣнкѣ матки, въ зависимости отъ того, гдѣ лежитъ послѣдъ, такъ какъ если ввести его по той сторонѣ, гдѣ находится послѣдъ, то легко отдѣлить часть послѣдняго и вызвать кровотеченіе. Положеніе послѣда, какъ вы помните, опредѣляется наружнымъ изслѣдованіемъ по положенію круглыхъ связокъ. Введя бужъ, влагалище тампонируютъ и выжидаютъ схватокъ. Если таковыя не появляются черезъ 12—24 часа, то вводятъ слѣдующій бужъ и т. д., пока не появится правильная родовая дѣятельность.

Къ преимуществамъ этого способа надо причислить легкость его производства и полную безопасность при условіи абсолютной асептики. Но къ сожалѣнію способъ мало энергиченъ и приходится часто ждать нѣсколько дней до наступленія родовъ, что, конечно, неблагоприятно отзывается на состояніи духа больной. Кромѣ того, вводя большое количество бужей, легко нарушить цѣлость пузыря и тогда, правда, роды начинаются быстрѣе, но

появляется опасность для ребенка отъ преждевременнаго отхожденія водъ, на что мы указали раньше.

Для того, чтобы дѣйствіе бужей усилилось, часто рядомъ съ ними примѣняются и термическія раздраженія маточной мышцы въ видѣ горячихъ душей (до 40°), причемъ необходимо пропустить большое количество воды, т. е. стакановъ 20 и больше. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ усилить дѣйствіе бужей, присоединяя къ нимъ химическое раздраженіе маточной мышцы и для этого смазываютъ бужи глицериномъ. Бужи обычно употребляются эластическіе, изъ целулоида или каучука. Въ послѣднее время стали изготовлять металлическіе эластическіе бужи, преимущество которыхъ заключается въ удобствѣ ихъ стерилизаціи.

Мы настоятельно совѣтуемъ вводить бужи постоянно подъ руководствомъ зрѣнія и натянувъ шейку, такъ какъ вводя бужи по пальцу при изогнутомъ цервикальномъ каналѣ мы не можемъ исключить возможности прободенія матки даже эластическимъ бужемъ. Два подобныхъ случая намъ пришлось наблюдать при попыткѣ вызвать искусственный выкидышъ, произведенный, очевидно, неопытной рукой. Въ одномъ случаѣ бужъ оказался въ околоматочной клѣтчаткѣ, откуда былъ извлеченъ черезъ брюшныя стѣнки (Садовскій), въ другомъ случаѣ онъ находился въ брюшной полости и былъ удаленъ съ помощью задней кольпотоміи (Якобсонъ).

**Способъ Tarnier, Ribemont и др.** Гораздо энергичнѣе бужей дѣйствуютъ различнаго рода метрейринтеры, т. е. резиновые баллоны, которые вводятся въ полость матки и затѣмъ наполняются жидкостью. Растягивая въ значительной степени нижній сегментъ, они являются довольно сильными раздражителями и обычно быстро вызываютъ сокращеніе матки. Преимуществомъ ихъ нужно считать и то, что они своимъ коническимъ концомъ вдаются въ видѣ клина въ цервикальный каналъ и такимъ образомъ способствуютъ его расширенію. Barnes для усиленія этого именно дѣйствія придалъ своему метрейринтеру скрипичную форму.

Необходимымъ условіемъ для хорошаго дѣйствія метрейринтера является то, чтобы величина его была не слишкомъ мала и чтобы ткань его была достаточно плотна, иначе измѣняя свою форму онъ легко выскальзываетъ изъ цервикальнаго канала. Введеніе метрейринтера производится слѣдующимъ образомъ. Воздухъ изъ баллона выжимается и кранъ отводной трубки закрывается. Послѣ этого баллонъ легко свернуть въ довольно тонкую трубку, которая захватывается корнцангомъ и проводится за внутренній зѣвъ. Само собой разумѣется, что предварительно производится такая же тщательная дезинфекція наружныхъ половыхъ частей,

влагалища и цервикального канала, какъ и при введеніи бужей. Затѣмъ корнцангъ раскрывается, но не извлекается изъ цервикального канала. Отводная трубка соединяется съ Гюйоновскимъ шприцемъ или просто съ стекляннымъ наконечникомъ, изъ котораго предварительно выпущенъ воздухъ, съ высоко подвѣшенной Эсмарховской кружкой и баллонъ наполняется жидкостью (приблизительно около 200 грамм.). Корнцангъ удаляется, кранъ закрывается, влагалище слегка тампонируется іодоформенной марлюю.

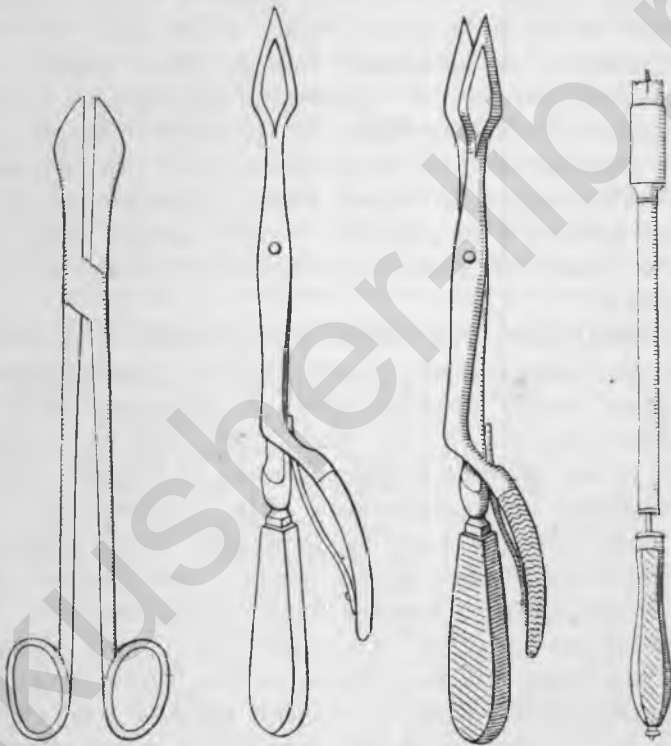
Для наполненія метрейринтера лучше всего употреблять растворъ борной кислоты или стерильный физиологическій растворъ, такъ какъ, въ случаѣ, если баллонъ лопнетъ, болѣе дифференциальная жидкость могла бы надѣлать бѣдъ. Если, какъ это бываетъ у первородящихъ, цервикальный каналъ очень узокъ, то для введенія метрейринтера его можно предварительно расширить градуированными расширителями. Для усиленія дѣйствія метрейринтеровъ предложено было привязывать къ ихъ трубкѣ шнурокъ который перекидывался бы черезъ блокъ, укрѣпленный въ ножномъ концѣ кровати и на нижнемъ концѣ своемъ имѣлъ какой либо грузъ. Такимъ образомъ достигается постепенное потягиваніе метрейринтера.

Быль предложенъ еще цѣлый рядъ другихъ средствъ для вызванія преждевременныхъ родовъ, вродѣ вспрыскиванія воды или глицерина между стѣнкой матки и яйцевыми оболочками, фарадического тока и т. п., но такъ какъ они въ общемъ не привились, то мы на нихъ останавливаться не будемъ. Чѣмъ бы ни были вызваны преждевременные роды, значеніе ихъ заключается въ томъ, что при нихъ подлежащая часть меньше нормальной и поэтому можетъ пройти черезъ такое тазовое кольцо, которое для доношеннаго ребенка было бы недостаточно. Кромѣ меньшей величины большую роль играетъ и то, что головка не вполнѣ доношеннаго ребенка обычно имѣетъ значительно болѣе мягкія черепныя кости. Швы на головкѣ шире и это даетъ возможность головкѣ легче измѣнять свою форму и приспособляться къ узкому тазу. Значеніе послѣдняго обстоятельства оправдываетъ вызваніе преждевременныхъ родовъ, даже незадолго (1—2 недѣли) до срока, такъ какъ извѣстно, что въ послѣднія недѣли беременности замѣчается значительное уплотненіе головки.

Если преждевременные роды не были вызваны своевременно, и намъ приходится имѣть дѣло съ срочными родами при относительномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и подлежащею частью, а женщина не соглашается подвергнуться опасной для жизни операциі (симфизиотомія, геботомія, кесарское сѣченіе), или если

обстоятельства для этихъ операций неблагоприятны (повышенная температура больной, пониженная жизнедѣятельность ребенка, недостаточная хирургическая подготовка врача и т. п.), то приходится уменьшить объемъ головки ребенка, пожертвовавъ его жизнью для спасенія матери, т. е. произвести перфорацию живого плода. Ripard нѣсколько лѣтъ тому назадъ сказалъ о перфораци живого плода: *La perforation de l'enfant vivant a ve'cu.*

**Перфорация головки.** Эта блестящая фраза, къ несчастію пока должна остаться фразой, такъ какъ въ клиникѣ все еще иногда приходится прибѣгать къ перфораци живого ребенка, а



19.

Различные перфораторы.

въ частной практикѣ безъ нея едва ли удастся обойтись. Перфорация головки производится однимъ изъ многочисленныхъ предложенныхъ съ этой цѣлью перфораторовъ. Я не стану останавливаться на описаніи этихъ инструментовъ. Сущность всѣхъ ихъ состоитъ въ томъ, что на длинномъ металлическомъ стержнѣ съ одной стороны имѣется рукоятка, съ другой остріе. Послѣднему



придаютъ то форму штыка, то бурава, то копыя;—нѣкоторые изъ нихъ ножницеобразные, но въ концѣ концовъ всѣ они ведутъ къ цѣли. Операція состоитъ въ томъ, что продыравливаютъ черепъ и освобождаютъ его отъ мозга; это даетъ возможность черепнымъ костямъ спастись и такимъ образомъ значительно уменьшается объемъ головки. Дыру въ головѣ дѣлаютъ приставляя остріе перфоратора къ какому нибудь мѣсту черепа и производя сверлящія движенія рукоятки. При производствѣ перфорации весьма важно, чтобы головка стояла неподвижно, для того, чтобы перфораторъ не могъ соскользнуть и не поранилъ бы близлежащихъ мягкихъ частей. Операція производится слѣдующимъ образомъ. Послѣ обычной дезинфекціи половыхъ частей и рукава, два пальца или полъ лѣвой руки вводится во влагалище и упираются въ головку. Для того, чтобы послѣдняя не отошла, сверху черезъ брюшные покровы ее во все время операціи фиксируетъ помощникъ. Перфораторъ вводится въ рукавъ по ладонной поверхности введенной руки и остріе его подъ прикрытіемъ внутреннихъ пальцевъ прижимается къ головкѣ. Правая рука нажимаетъ на рукоятку и сверлящими движеніями образуетъ въ головкѣ отверстіе, которое продолжаютъ увеличивать до тѣхъ поръ, пока вся верхняя часть перфоратора не погрузится въ полость черепа. Затѣмъ нѣсколькими поворотами перфоратора возможно болѣе разрушается головной мозгъ, послѣ чего перфораторъ удаляютъ.

Мозгъ вытекаетъ сквозь продѣланное отверстіе, остатки его вымываются съ помощью введеннаго въ полость черепа наконечника Эсмарховской трубки и дѣло дальше можетъ быть предоставлено силамъ природы. Если родовая дѣятельность достаточна, то уменьшенная головка легко входитъ въ полость таза и ребенокъ затѣмъ рождается обычнымъ путемъ. Но если родовая дѣятельность не достаточна, а есть показаніе закончить роды, то головку обычно извлекаютъ съ помощью такъ называемаго краниокласта, крѣпкихъ —



20.  
Краниокластъ Braun'a  
(Bumm).

костныхъ щипцовъ или просто ручнымъ способомъ, зайдя пальцемъ въ отверстіе черепа и согнувъ его крючкомъ, тянуть головку къ низу. Краниокласть состоитъ изъ двухъ вѣтвей: одна изъ нихъ имѣетъ на концѣ шероховатую поверхность, вторая на концѣ окончатая; посрединѣ обѣ вѣтви соединяются съ помощью стержня и вырѣзки и въ закрытомъ видѣ шероховатый конецъ сплошной вѣтви входитъ въ окно второй вѣтви. Ручки обѣихъ вѣтвей соединяются винтомъ съ подвижной гайкой. Инструментъ примѣняется слѣдующимъ образомъ: шероховатая часть сплошной вѣтви вводится сквозь сдѣланное перфораторомъ отверстіе въ полость черепа, окончатая вѣтвь вводится между стѣнкой матки и головкой. Затѣмъ обѣ вѣтви замыкаются въ замкѣ и ручки ихъ съ помощью винта и гайки медленно сближаются. Часть черепной крышки при этомъ ущемляется между шероховатой и окончатой частями краниокласта. Такъ какъ сила развивается здѣсь довольно энергичная, то кость раздробляется и такимъ образомъ головка еще болѣе уменьшается въ размѣрѣ. Потягиваніе краниокластомъ производится соотвѣтственно механизму родовъ.



21.

Извлеченная краниокластомъ  
Braun'a головка (Витт).

**Показанія къ перфорации.** Показаніе къ перфорации получается тогда, когда становится очевиднымъ, что при данныхъ пространственныхъ отношеніяхъ между головкой и тазомъ прохождение головки невозможно, несмотря на то, что головка стоитъ правильно и что родовая дѣятельность правильна и сильна, или если есть неправильное вставленіе, а исправить его уже невозможно. Само собой разумѣется, что показаніе къ окончанію родовъ можетъ явиться только со стороны матери, главнымъ образомъ оно дается рѣзкимъ растяженіемъ нижняго сегмента и высокимъ стояніемъ контракціоннаго кольца или повышеніемъ t<sup>0</sup>. Не слѣдуетъ ожидать, пока растяженіе нижняго сегмента достигнетъ высокой степени, такъ какъ въ такой моментъ перфорация

представляетъ значительную опасность разрыва матки. Если плодъ мертвъ, то къ перфорации слѣдуетъ приступить какъ только обстоятельства этого позволяютъ, т. е. какъ только зѣва будетъ достаточно раскрытъ.

Условія при которыхъ перфорация возможна слѣдующія: во первыхъ достаточная ширина таза, для того чтобы можно было сквозь него извлечь уменьшенную головку, второе—открытие зѣва пальца на 2—3.

Осложненія здѣсь встрѣчающіеся будутъ заключаться въ томъ, что перфораторъ можетъ соскользнуть и поранить прилежащія мягкія части. Для избѣжанія этого, какъ мы уже выше указали, необходимо иммобилизовать головку, ставить перфораторъ возможно перпендикулярно къ ней и все время производить операцію подъ прикрытіемъ введенныхъ во влагалище пальцевъ. Феноменовъ для большей безопасности операціи, совѣтуетъ производить его подъ контролемъ зрѣнія. Обнаживъ головку зеркалами, онъ захватываетъ ея кожу крѣпкими двузубцами, разсѣкаетъ кожу и затѣмъ перфорируетъ головку.

Совѣтъ этотъ безспорно превосходенъ, и въ клиникѣ или вообще при хорошей обстановкѣ, гдѣ есть хорошее освѣщеніе и достаточное количество помощниковъ, мы всегда имъ пользуемся; но, производя перфорацию при плохой обстановкѣ, поневолѣ приходится производить ее подъ контролемъ не глаза, а пальцевъ.

Является вопросъ, какую часть черепа избрать для перфорации: существующее отверстие, т. е. швы и роднички, или кости. Безспорно легче произвести перфорацию на мѣстѣ шва или родничка, но если головка тверда, то отверстие въ швѣ и родничкѣ мало уменьшить ея объемъ, такъ какъ даже послѣ удаленія мозга она сохранить свою форму; поэтому, несмотря на то, что перфорировать кость труднѣе, выгоднѣе дѣлать отверстие именно здѣсь.

Вымывая мозгъ, необходимо тщательно его разрушить и, по возможности, разрушить и продолговатый мозгъ для того, чтобы уничтожить важные жизненные узлы, такъ какъ иначе можно извлечь ребенка, который, несмотря на перфорированную головку, будетъ дышать, что произведетъ угнетающее впечатлѣніе на оператора и на окружающихъ.

При наложеніи краниокласта необходимо чрезвычайно медленно сближать рукоятки его вѣтвей, такъ какъ вмѣсто того, чтобы размоzzить ущемленную кость, при быстромъ завинчиваніи гайки, краниокластъ можетъ соскользнуть съ кости.

Если несоотвѣтствіе между тазомъ и головкой велико, или если тракціи производятся несоотвѣтственно механизму, то сплошь

и рядомъ краниокласть вырываетъ ущемленную кость. Это бываетъ также особенно часто при мацерированіи плода. Тогда его приходится вновь наложить на другую часть черепа, озаботившись, чтобы обнаженные осколки кости не поранили стѣнокъ влагалища.



22.

Перфорация плода.

Если плодъ очень великъ, и если желательно, по возможности больше уменьшить объемъ головки, то вмѣсто краниокласта употребляется инструментъ, предложенный впервые Garner—базіотрибъ.

**Базіотрибъ.** Инструментъ этотъ состоитъ изъ трехъ вѣтвей; средняя вводится подобно шероховатой вѣтви краниокласта въ полость черепа, а двѣ другія накладываются на обѣ стороны черепа, при чемъ концы ихъ лежатъ у основанія послѣдняго. Сводя рукоятки вѣтвей, разможжаютъ не только черепную крышку, но и самое основаніе черепа и уменьшаютъ головку до минимума.

Извлекиши краниокластомъ или инымъ путемъ головку, обычно безъ труда удастся удалить и туловище плода. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ чрезвычайно великъ, туловище не поддастся влеченію, потому что плечевой поясъ оказывается чрезвычайно великимъ для даннаго таза.

Въ этихъ случаяхъ совѣтуютъ уменьшить объемъ плечевого пояса, разсѣкши одну или обѣ ключицы. Операция эта (Cleido-

tomia) состоитъ въ томъ, что по задней стѣнкѣ влагалища вводятъ два пальца до ключицы, затѣмъ по нимъ проводятъ крѣпкія ножницы. Послѣдними, подъ прикрытіемъ пальцевъ, разсѣкается ключица.

Операція эта чрезвычайно затрудняется тѣмъ обстоятельствомъ, что у крупныхъ плодовъ шейка обычно бываетъ толста и коротка и занимаетъ все влагалище, такъ что добраться до ключицы бываетъ не легко. Гораздо проще въ такихъ случаяхъ отрѣзать родившуюся головку, затѣмъ, оттолкнувши туловище, низвести ручку, тогда потягивая за нее, безъ труда удастся извлечь остающуюся часть плода.

И такъ мы видимъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ несоотвѣтствие между тазомъ и головкой, несмотря на сильную родовую дѣятельность и правильное вставленіе головки, непреодолимо, хотя бы тазъ самъ по себѣ и не представлялся абсолютно суженымъ, приходится извлечь младенца черезъ искусственные пути, т. е. произвести кесарское сѣченіе, или же искусственно расширить тазъ, или же, наконецъ, пожертвовавъ ребенкомъ, — произвести перфорацию головки. Если женщина обратилась къ врачебной помощи заблаговременно, то можно еще достигъ уменьшенія ребенка, вызвавъ преждевременные искусственные роды.

Выше мы указали уже, что при сравнительно небольшомъ несоотвѣтствіи между тазомъ и головкой, послѣднее можетъ быть компенсировано нѣкоторыми особенностями механизма и конфигураціей головки; но здѣсь необходимо условіе, чтобы была энергичная родовая дѣятельность. Если ее нѣтъ, то иногда можно замѣнить ее примѣненіемъ акушерскихъ щипцовъ.

**Щипцы.** Мы не станемъ останавливаться на различныхъ формахъ щипцовъ, а опишемъ



23.

Basiotribe Auvard (Bumm).

только наиболѣе употребительные. Щипцы, представляютъ собой инструментъ, состоящій изъ двухъ частей, такъ называемыхъ ложекъ. Каждая ложка состоитъ изъ рукоятки, замка и собственно ложки. Въ ложкѣ отличаютъ верхушку, окно и ребра. Послѣдняя имѣетъ два изгиба — одинъ по направленію къ замку, тазовой, другой — соотвѣтственно длинной оси ложки-головной. Въ замкѣ обѣ ложки обычно перекрещиваются и соединяются съ помощью стержня и выемки или съ помощью пазовъ, входящихъ другъ въ друга. Съ боку замка обычно устроены крючки для болѣе удобнаго влеченія.



24.  
Щипцы.

При наложеніи ложки обхватываютъ своими окончатными частями головку въ поперечномъ размѣрѣ, а верхушки ихъ касаются основанія черепа. Плоскости головной кривизны щипцовъ головки почти не касаются и все дѣйствіе щипцовъ на головку состоитъ въ потягиваніи за основаніе черепа.

Уже изъ этого короткаго описанія вы видите, что щипцы назначены только для того, чтобы тянуть, замѣняя *vis a tergo* дѣятельность родовыхъ силъ. Ни уменьшеніе головки, ни исправленія положенія ея щипцами достигъ невозможно. Головка въ щипцахъ продѣлываетъ тотъ же механизмъ, что и безъ нихъ, но при энергичной родовой дѣятельности.

Изъ вышесказаннаго становится яснымъ при какихъ показаніяхъ въ случаяхъ узкихъ тазовъ, могутъ быть наложены щипцы. Показанія эти — абсолютная или относительная слабость потугъ. Неправильное вставленіе головки или полное несоотвѣтствіе между тазомъ и ею является противопоказаніемъ для наложенія щипцовъ, такъ какъ послѣдніе ни исправить положенія, ни уменьшить объема головки не могутъ. Слѣдовательно, необходимымъ условіемъ для примѣненія щипцовъ при относительномъ несоотвѣтствіи пространственныхъ отношеній таза и головки, является правильное вставленіе головки, конфигурація ея, большее или меньшее ея опущеніе во входъ таза. Конечно сюда же присоединяются всѣ общія условія при наложеніи щипцовъ, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

**Условія для наложенія щипцовъ.** Выше мы указали уже, что каждая ложка щипцовъ имѣетъ головную кривизну и сложен-

ные вмѣстѣ щипцы образуютъ какъ бы полость, поперечный діаметръ которой соотвѣтствуетъ поперечному діаметру головки плода. Поэтому щипцы могутъ замкнуться и рукоятки ихъ сойтись только тогда, когда головка захвачена ими въ поперечномъ размѣрѣ. Если головка захвачена въ косомъ или прямомъ размѣрѣ, то щипцы рѣзко зіяютъ и легко могутъ соскользнуть. Тоже самое будетъ и при чрезмѣрно большой головкѣ; если головка очень мала или мацерирована, то щипцами ее также трудно захватить, такъ какъ щипцы съ нея соскальзываютъ. Большинство акушерскихъ щипцовъ кромѣ головной кривизны имѣютъ еще тазовую кривизну. Безъ тазовой кривизны и не перекрещивающіеся въ замкѣ щипцы предложены Лазаревичемъ, Боряковскимъ и другими, но они не привились, такъ какъ легко соскальзываютъ.

Кривизна эта соотвѣтствуетъ проводной оси таза. Поперечный размѣръ щипцовъ, благодаря этому, конечно, соотвѣтствуетъ поперечному размѣру таза. И такъ мы видимъ, что разъ щипцы лежатъ правильно, то ихъ поперечный размѣръ долженъ одновременно соотвѣтствовать какъ поперечному размѣру головки, такъ и поперечному размѣру таза. Это возможно только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поперечные размѣры головки и таза совпадаютъ, т. е. когда головка станетъ своимъ прямымъ размѣромъ въ прямой размѣръ таза.

Нѣмецкіе авторы называютъ такое положеніе головки удобнымъ, правильнымъ для наложенія щипцовъ—*zangenrecht*; а такъ какъ поперечный размѣръ головки совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ таза лишь у выхода таза, то правильное наложеніе щипцовъ возможно только въ томъ случаѣ, когда головка стоитъ уже у выхода.

Разсматривая механизмъ родовъ при плоскихъ тазахъ, мы видѣли, что пройди входъ головка дальше со стороны таза препятствій не встрѣчаетъ, такъ что казалось бы, что типичные щипцы при этихъ тазахъ должны быть излишни, однако, очень часто приходится ихъ накладывать въ виду того, что изгоняющія силы, проталкивая головку сквозь узкое мѣсто, до того утомляются, что не могутъ преодолѣть сопротивленія тазового дна, слѣдовательно показаніемъ къ наложенію типичныхъ щипцовъ при узкомъ тазѣ, является не сама узкость его, а вторичная слабость потугъ вызванная ею. При такихъ же показаніяхъ часто приходится накладывать щипцы въ то время, когда поперечный размѣръ головки не совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ таза, т. е. тогда, когда головка стоитъ не у выхода, а въ полости или даже во входѣ въ тазъ. Тогда, накладывая щипцы мы кладемъ ихъ на поперечный размѣръ головки, а относительно таза они лежатъ въ

одномъ изъ косыхъ размѣровъ и переходятъ въ поперечный только по мѣрѣ того, какъ головка, опускаясь, переходитъ стрѣловиднымъ швомъ въ прямой размѣръ таза.

Такое наложеніе щипцовъ называется атипичнымъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ щипцы накладываются и тогда, когда головка еще не прошла узкаго мѣста, а стоитъ только малымъ сегментомъ во входѣ. Какъ вы помните изъ описанія механизма при плоскомъ тазѣ, стрѣловидный шовъ здѣсь стоитъ еще въ поперечномъ размѣрѣ таза. Если головка стоитъ во входѣ стрѣловиднымъ швомъ въ поперечникѣ таза, наложеніе щипцовъ на нее соответственно ихъ головной кривизнѣ, т. е. на поперечный размѣръ головки невозможно, такъ какъ тазовая кривизна ихъ легла бы въ прямомъ размѣрѣ таза а это повлекло бы за собой обширную травму мягкихъ частей. Приходится накладывать щипцы на прямой, или слегка косой размѣръ головки, но соответственно поперечному размѣру таза. Это возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда головка не особенно велика, такъ какъ иначе щипцы при протягиваніи соскальзываютъ. Мы видимъ слѣдовательно, что при плоскихъ или узкихъ тазахъ показаніе къ наложенію щипцовъ является относительная слабость изгоняющихъ силъ, приведшая мать къ истощенію и угрожающая жизни ребенка.

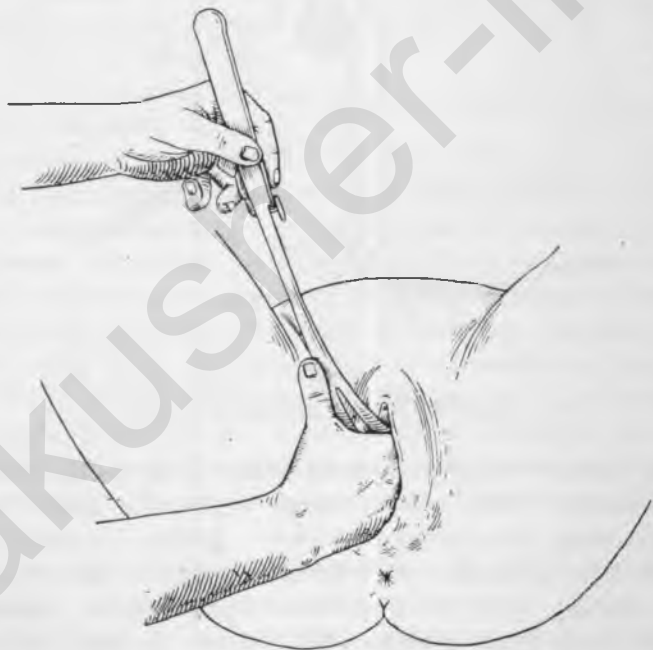
Разсмотримъ дальнѣйшія условія, при которыхъ можно наложить щипцы. Прежде всего необходимо, чтобы твердые и мягкіе родовые пути были достаточно обширны, чтобы возможно было сквозь нихъ проташить головку. Затѣмъ зѣвъ долженъ быть у первородящихъ совершеннымъ, а у многородящихъ не меньше чѣмъ на 3—4 пальца и притомъ растяжимъ, такъ какъ иначе при тракціяхъ мы можемъ сильно его разорвать. Пузырь долженъ быть уже прорванъ. Наконецъ головка должна вставиться малымъ сегментомъ во входъ, причемъ вставленіе ея должно соответствовать данной формѣ таза, т. е. механизмъ долженъ быть правильнымъ. Если всѣ вышесказанныя условія на лицо, то щипцы являются лишь тѣмъ подкрѣпленіемъ, въ которомъ нуждаются изгоняющія силы для того, чтобы протолкнуть головку черезъ входъ и дальше.

Многіе авторы совершенно отвергаютъ наложеніе высокихъ щипцовъ, т. е. такихъ, когда приходится накладывать ихъ на головку стоящую во входѣ такъ, что щипцы накладываются въ прямомъ размѣрѣ головки. Авторы находятъ, что щипцы эти одинаково опасны какъ для матери, такъ и для ребенка. Pinard собралъ цѣлую коллекцію дѣтскихъ головокъ съ переломами костей благодаря высокому наложенію щипцовъ. Намъ также приходилось наблюдать различныя пораненія головки до выдавливанія



глаза включительно. Но рядомъ съ тѣмъ мы часто видѣли превосходные результаты отъ подобнаго рода наложенія щипцовъ, но только въ томъ случаѣ, если вышеприведенныя условія были на лицо, т. е. если препятствіе для прохожденія головки было не слишкомъ велико, а вставленіе головки правильно. Однимъ словомъ, тамъ, гдѣ щипцы являлись атипичными по положенію, но типическими по функціи, гдѣ на нихъ не возлагаютъ обязанности исправленія положенія головки и ея объема.

**Техника наложенія щипцовъ.** Сама операція наложенія щипцовъ состоитъ изъ слѣдующихъ отдѣльныхъ моментовъ: наложеніе обѣихъ ложекъ, 2) замыканіе щипцовъ, 3) извлеченіе головки, 4) сниманіе щипцовъ и 5) извлеченіе туловища. Всѣ эти моменты при типичныхъ щипцахъ являются типичными манипуляціями. Прежде чѣмъ приступить къ наложенію щипцовъ необходимо, понятно, произвести тщательную дезинфекцію наружныхъ поло-



25.

Введеніе лѣвой ложки (Buccura).

выхъ органовъ и рукава и выпустить мочу изъ пузыря. Затѣмъ два пальца или полъ правой руки вводятъ во влагалище до наружнаго зѣва. Лѣвой рукой берутъ лѣвую ложку щипцовъ и по введеннымъ во влагалище пальцамъ проводятъ ее такимъ обра-

зомъ, чтобы она легла въ бороздку между обоими пальцами правой руки; необходимо, чтобы внутренняя поверхность ложки касалась бы головки плоскостью. Для того, чтобы это было возможно, рукоятку приходится поднимать довольно высоко и ставить ее параллельно паховому сгибу. Ложка щипцовъ подвигается впе-



26.

Введеніе правой ложки (Bucciga).

редь при самомъ незначительномъ примѣненіи силы, почти одной своей тяжестью. При этомъ, когда верушка далѣе не подвигается, рукоятку ея опускаютъ книзу. Затѣмъ рукоятку передаютъ ассистенту и такимъ же образомъ вводятъ правую ложку въ правую сторону таза подъ руководствомъ двухъ пальцевъ или половины лѣвой руки. Когда обѣ ложки введены, рукояти ихъ берутся въ соответственныя руки и, сближая ихъ постепенно, смыкаютъ замокъ.

Прежде чѣмъ приступить къ извлеченію, необходимо провѣрить правильно ли наложены щипцы, т. е. лежатъ-ли они между головкой и зѣвомъ. Убѣдившись, что зѣвъ лежитъ кнаружи отъ щипцовъ, производятъ пробную тракцію, т. е. одной рукой захватываютъ обѣ замкнутыя рукоятки и потягиваютъ ими го-

ловку; палец другой руки упирается въ послѣднюю. Такимъ образомъ можно убѣдиться, слѣдуетъ ли головка за щипцами и что они не соскальзываютъ, тогда можно приступить къ извлеченію головки. Самый актъ влеченія такъ наз. тракціи необходимо вести въ опредѣленномъ направленіи соотвѣтственно механизму родовъ. Слѣдовательно, если щипцы наложены типическіе, т. е. когда головка стоитъ прямымъ размѣромъ въ прямомъ размѣрѣ таза, другими словами въ выходѣ, то тракціи нужно вести книзу т. е. способствовать дальнѣйшему сгибанію и поступательному движенію головки. Такое направленіе тракціи продолжается до тѣхъ поръ, пока подзатылье не подойдетъ подъ лонную дугу. Затѣмъ, продолжая производить поступательное движеніе головки, т. е. потягивая ее на себя, приподнимаютъ рукоятки кверху, такъ какъ нормально головка въ этомъ моментъ переходитъ уже въ разгибаніе.

Во время разгибанія удобнѣе стать сбоку больной и поддерживать другой рукой промежность. Головка извлекается щипцами совершенно или же только до тѣхъ поръ пока, прорѣжутся теменные бугры и тогда щипцы снимаютъ. Сниманіе щипцовъ происходитъ въ порядкѣ обратномъ ихъ наложенію, т. е. сначала правая, а затѣмъ лѣвая ложка. При сниманіи щипцовъ необходимо одной рукой удерживать головку, такъ какъ иначе, при внезапной потугѣ, она сразу можетъ прорѣзаться и рѣзко травмировать тазовое дно.

Ложки снимаются такимъ образомъ, что рукоятки поднимаются сильно кверху по направленію живота. Если головка стоитъ *zangenrecht*, то ни наложеніе, ни замыканіе ложекъ обычно трудности не представляетъ; важно только обратить вниманіе на то, чтобы не попалъ между щипцами и головкой край зѣва. Замыкая щипцы, нужно остерегаться также захватить слизистую оболочку входа.

**Техника при атипическомъ наложеніи щипцовъ.** Если головка стоитъ не *zangenrecht*, то, какъ наложеніе щипцовъ, такъ и замыканіе и влеченіе гораздо сложнѣе. Какъ правило при



27.

Замыканіе щипцовъ (Виссига).

косыхъ положеніяхъ головки щипцы необходимо накладывать такимъ образомъ, чтобы головная кривизна ихъ совпала съ поперечнымъ размѣромъ головки, слѣдовательно, въ тазу щипцы лягутъ въ косомъ размѣрѣ и очевидно, что косой этотъ будетъ противоположнымъ тому, въ которомъ лежитъ стрѣловидный шовъ, т. е. при положеніи стрѣловиднаго шва въ правомъ косомъ таза, щипцы лягутъ въ лѣвый косой, при положеніи же стрѣловиднаго шва въ лѣвомъ косомъ — въ правый. Иной разъ, если стрѣловидный шовъ только нѣсколько отклоненъ отъ прямого размѣра таза, щипцы накладываются въ поперечномъ размѣрѣ таза, нѣсколько косо на головку. Здѣсь обычно при смыканіи щипцовъ или при первой же тракціи, головка становится правильно.

Иной разъ само введеніе ложекъ при атипическихъ щипцахъ представляетъ рѣзкія затрудненія. Чаще всего это относится къ правой ложкѣ, тогда выгоднѣе бываетъ наложить ее первой, а затѣмъ только лѣвую. Но такъ какъ при этомъ ихъ невозможно будетъ сомкнуть, то необходимо послѣ наложенія щипцовъ перевести лѣвую рукоятку подъ правую. Иной разъ замыканіе щипцовъ при атипическомъ наложеніи также удастся не сразу. Это зависитъ отъ того, что одна изъ ложекъ проведена глубже другой въ полость таза тогда необходимо нѣсколько вытянуть ту ложку, которая прошла глубже, но отнюдь не вталкивать болѣе мелко сидящую. Если послѣ наложенія щипцовъ рукоятки лежатъ не въ одной плоскости, то нужно войдя рукой во влагалище, провести по головкѣ одну изъ ложекъ въ томъ направленіи, какое требуется для того, чтобы рукоятки легли въ одну плоскость. Извлечение при косомъ положеніи щипцовъ также производится труднѣе. Это зависитъ отъ того, что здѣсь головкѣ приходится комбинировать три движенія: 1) поступательное движеніе; 2) сгибаніе и, наконецъ, 3) внутренній поворотъ.

Совершать одновременно эти три движенія такимъ грубымъ инструментомъ, какъ щипцы, невозможно. Поэтому лучше производить ими только влеченіе внизъ и впередъ, чѣмъ достигается сгибаніе и поступательное движеніе головки. Внутренній поворотъ при этомъ совершается нормальнымъ путемъ, т. е. взаимодействіемъ между головкой и родовыми путями. Однако для того, чтобы онъ могъ безпрепятственно совершиться, необходимо дать возможность щипцамъ свободно слѣдовать за головкой, т. е. не фиксировать ихъ слишкомъ энергично въ томъ или иномъ направленіи.

Значительная разница при наложеніи косыхъ щипцовъ получается въ зависимости отъ того, въ какомъ положеніи лежитъ ребенокъ.

Если имѣемъ второе положеніе, т. е. если малый родничекъ лежитъ справа кзади, то при правильномъ механизмѣ родовъ, совершая внутренній поворотъ, онъ долженъ пройти почти половину окружности и соотвѣтственно этому и щипцы изъ праваго косога должны были бы перейти сначала въ прямой, затѣмъ въ лѣвый косою повернувшись своей тазовой кривизной въ крестцовую впадину. Очевидно, это невозможно и поэтому, наложивъ щипцы въ лѣвомъ косомъ, мы черезъ нѣкоторое время т. е. когда стрѣловидный шовъ приближается къ поперечному размѣру таза, должны снять щипцы и переложить ихъ въ правый косою и тогда по мѣрѣ того, какъ стрѣловидный шовъ будетъ приближаться къ прямому размѣру, щипцы своимъ поперечнымъ размѣромъ станутъ подвигаться къ поперечному размѣру таза. При томъ, если малый родничекъ лежитъ кзади, необходимо тракціи вести впередъ и вверхъ, такъ какъ при потягиваніи внизъ мы достигнемъ не сгибанія, а разгибанія головки.

Если головка не велика, то часто при наложеніи щипцовъ малый родничекъ отходить все болѣе кзади, а подъ лоно подходитъ большой родничекъ, т. е. вырабатывается задній видъ затылочнаго предлежанія. Въ этомъ случаѣ, мы начинаемъ производить влеченіе кверху въ тотъ моментъ, когда большой родничекъ подошелъ подъ лонную дугу. Если имѣется лицевое предлежаніе, то наложеніе щипцовъ ничѣмъ не отличается отъ обычнаго. Соотвѣтственно механизму родовъ влеченіе вверхъ начинается съ того момента, когда подъ лоно подойдетъ нижняя челюсть. При высокихъ щипцахъ, т. е. тамъ, гдѣ головка стоитъ еще прижатой ко входу или слегка вставилась въ него, гдѣ ея стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ поперечному размѣру таза, такъ что щипцы, какъ мы выше указали, накладываются въ прямой или косою размѣръ головки, послѣ двухъ трехъ тракцій необходимо разомкнуть щипцы для того чтобы дать возможность головкѣ аккомодироваться.

**Щипцы съ осевымъ влеченіемъ.** Если приходится накладывать щипцы при высокомъ стояніи головки, то значительно легче извлекать ее не обыкновеннымъ инструментомъ, а такъ называемыми щипцами съ осевымъ влеченіемъ. Принципъ этихъ щипцовъ заключается въ томъ, что влеченіе производится не за рукоятку щипцовъ, а специальнымъ приспособленіемъ, благодаря которому извлекающая сила прилагается непосредственно къ головкѣ и влеченіе идетъ по оси таза. Прототипомъ этихъ щипцовъ являются щипцы Tarnier, но въ послѣднее время для той же цѣли предложено небольшое приспособленіе, съ помощью кото-

раго осевого влеченіе достигается при любыхъ щипцахъ. Приспособленіе это состоитъ изъ двухъ стальныхъ полосокъ, изогнутыхъ и имѣющихъ на концахъ крючки и кольцо на рукояткѣ. Верхніе крючки продѣваются въ окна ложекъ, нижніе захватываются кольцомъ, которое служитъ для влеченія. Инструментъ этотъ очень простъ, портативенъ, легко дезинфицируется, да къ тому же и дешевъ. При употребленіи той или иной формы осевыхъ щипцовъ, благодаря тому, что сила прилагается непосредственно къ головкѣ, силы приходится затрачивать значительно меньше.

**Предсказаніе при щипцахъ.** Ставя показанія къ наложенію щипцовъ, понятно, приходится считаться и съ прогнозомъ ихъ, и здѣсь у различныхъ авторовъ мы находимъ самыя различныя указанія. Одни изъ нихъ, какъ напр. Феноменовъ, считаетъ извлеченіе щипцами операцией весьма благопріятной прогностически, другіе какъ Munchmeier считаютъ щипцы наиболѣе кровавой изъ акушерскихъ операций. Намъ кажется, что все зависитъ отъ тѣхъ условий, при которыхъ наложены щипцы.

Типическіе щипцы, наложенные при полномъ раскрытіи зѣва, если тракціи производятся согласно механизму родовъ, т. е. разгибаніе головки начинаютъ производить только тогда, когда подзатыліе подойдетъ подъ лоно, въ худшемъ случаѣ имѣютъ послѣдствіемъ, и то у первородящихъ, небольшой разрывъ промежности. Совсѣмъ другое при атипическихъ щипцахъ. Чѣмъ болѣе косо они наложены въ тазу, чѣмъ болѣе поворотъ приходится имъ совершать во влагалищѣ вмѣстѣ съ головкой, тѣмъ болѣе бываетъ травма влагалища и тазового дна. Механизмъ пораненія приходится себѣ представить слѣдующимъ образомъ: ложка щипцовъ переходя съ задняго участка влагалища въ боковой, увлекаетъ съ собой рыхло сидящую стѣнку его, которая сначала натягивается, а затѣмъ разрывается. Въ продольномъ направленіи разрывы эти часто идутъ вплоть до свода, а въ глубину до кости таза. Кровотеченіе здѣсь бываетъ иной разъ очень значительно.

Принимая во вниманіе такую разницу предсказаній при типическихъ и атипическихъ щипцахъ, мы не можемъ достаточно настойчиво рекомендовать передъ наложеніемъ щипцовъ самымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ установить точное положеніе головки и механизмъ родовъ. Ошибки, возможныя при поверхностномъ изслѣдованіи, особенно часто бываютъ именно при наличности плоскаго таза. Рѣзко развитая головная опухоль при заднетеменныхъ вставленіяхъ часто симулируетъ очень низкое стояніе головки. Ламбдовидный шовъ легко можетъ быть принятъ за стрѣловидный, и, стоя въ прямомъ размѣрѣ, онъ даетъ поводъ думать врачу,

что головка стоитъ уже *zangenrecht*. Желая избавить больную отъ мученія дальнѣйшихъ родовъ, врачъ, рассчитывая на легкость щипцовъ, въ данномъ случаѣ приступаетъ безъ особенно серьезныхъ показаній къ наложенію ихъ и послѣ горько раскаивается. Уже само наложеніе щипцовъ представляетъ большую трудность, а при попыткахъ извлеченія щипцы чаще всего соскальзываютъ.

Въ такихъ случаяхъ не стоитъ упорствовать, а убѣдившись въ своей ошибкѣ, выждать или, если есть показаніе, то приступить къ перфорации, такъ какъ щипцы, наложенные при неправильномъ вставленіи, пользы принести не могутъ. Мы не можемъ не отмѣтить здѣсь, что кровотеченіе послѣ наложенія щипцовъ, часто зависитъ не только отъ разрыва зѣва или влагалища, а еще и отъ атоніи матки; происхожденіе послѣдней ясно. Показаніемъ къ щипцамъ являются слабыя схватки; во время родовъ онѣ вызываютъ замедленіе ихъ, въ послѣродовомъ періодѣ кровотеченіе *ex atonia*.

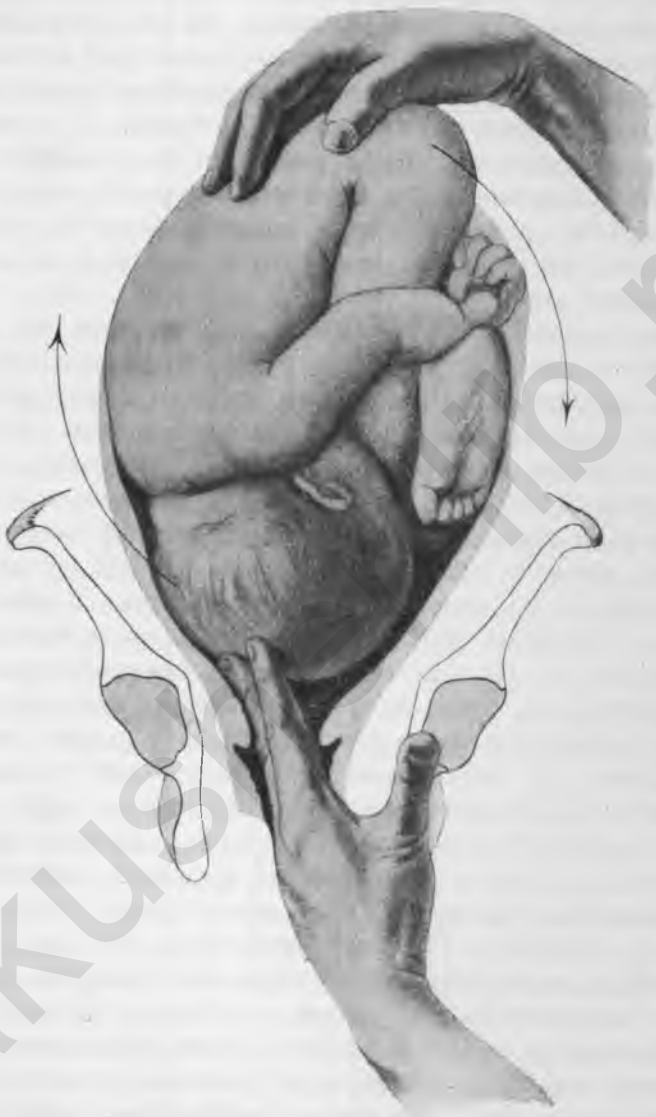
## VI.

Выше мы указали, что относительное несоотвѣтствіе между подлежащей частью и тазомъ часто вызываетъ неправильность въ положеніи и вставленіи ребенка, а также выпаденіе пуповины и мелкихъ частей. Само собою разумѣется, что подобнаго рода ненормальное положеніе и выпаденіе является показаніемъ для исправленія его. Если мы имѣемъ косо́е или поперечное положеніе, то мы стараемся, исправивъ его, привести ребенка въ нормальное продольное положеніе. Это удается сдѣлать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ плодъ сохранилъ нѣкоторую подвижность въ полости матки; въ противномъ случаѣ мы называемъ подобнаго рода положеніе запущеннымъ и для того, чтобы закончить роды у насъ остается одно средство: удалить плодъ при помощи перфорациі или эмбриотоміи. Въ городахъ запущенныя неправильныя положенія наблюдаются сравнительно рѣдко, но въ деревняхъ, гдѣ акушерская помощь почти совсѣмъ отсутствуетъ, они встрѣчаются довольно часто.

Если подвижность плода въ полости матки еще сохранена, то отъ степени подвижности и открытія зѣва будутъ зависѣть и наши манипуляціи. Пока пузырь цѣлъ, обычно не представляется особенно труднымъ исправить положеніе, совершивъ такъ называемый наружный поворотъ. Наружный поворотъ производится такимъ образомъ: врачъ становится съ боку больной, кладетъ одну руку на головку плода, другую на его ягодицы и переводя руки по направленію часовой стрѣлки совершаетъ поворотъ. Если одними наружными приѣмами совершить поворотъ не удастся, то можно помочь себѣ отталкивая подлежащую часть отъ входа въ тазъ со стороны влагалища (такъ называемый способъ Braxton—Hicks'a). Для этого одна рука вводится во влагалище и пальцемъ, введеннымъ въ зѣвъ, подлежащая часть отталкивается; въ зависимости отъ того, хотимъ ли мы совершить поворотъ на головку или на ножку, ягодицы наружной рукой отводятся кверху или книзу. Производство поворота на ножку заканчивается тѣмъ, что, порвавъ пузырь, захватываютъ ножку и низводятъ ее во влагалище. У тучныхъ особъ, или при рѣзкомъ



вздутіи живота, эти способы не достигаютъ цѣли, тогда приходится прибѣгнуть къ такъ называемому внутреннему повороту.



28.

Поворотъ при головномъ предлежаніи по (Braxton-Hicks) (Bumm).

Если зѣвъ недостаточно открытъ для того, чтобы можно было бы ввести полруки, то его необходимо предварительно расширить.

Кромѣ неправильнаго положенія при узкомъ тазѣ, часто наблюдаются и неправильныя вставленія. Выше мы уже отмѣтили,

что при узкомъ тазѣ механизмъ родовъ въ значительной степени отличается отъ нормальнаго. Отклоненія эти вызываются особыми условіями, здѣсь создавшимися, и часто компенсируютъ неполное соотвѣтствіе между тазомъ и головкой. Но въ другихъ случаяхъ отклоненіе отъ правильнаго механизма родовъ еще болѣе усугубляетъ и безъ того неблагоприятныя отношенія и тогда для окончанія родовъ бываетъ необходимо ихъ устранить, т. е. исправить неправильное вставленіе. Сюда относится такъ называемое Litzman'овское вставленіе. При немъ стрѣловидный шовъ остается въ поперечномъ размѣрѣ таза и ложится ближе къ лону, такъ что при изслѣдованіи вы нащупываете заднее темя, а иногда даже и заднее ухо.

Если отклоненіе стрѣловиднаго шва къ лону все увеличивается, о чемъ мы можемъ судить и по наружному изслѣдованію, обративъ вниманіе на складку, образующуюся между головкой и плечиками, то роды силами природы кончаться не могутъ, приходится исправить неправильное вставленіе. Исправить его можно двумя путями: оттолкнувъ головку кверху, наружными и внутренними приѣмами стараемся привести ее въ переднетеменное вставленіе или дѣлаемъ поворотъ на ножку. Первый приѣмъ, являющийся казалось бы меньшимъ вмѣшательствомъ и оставляющій плодъ въ головномъ предлежаніи, которое, какъ извѣстно, наиболѣе нормально, долженъ былъ бы быть предпочтительнымъ, но къ сожалѣнію, онъ очень мало вѣренъ. Намъ неоднократно приходилось переводить головку изъ задняго теменнаго вставленія въ переднее, но только вынимаешь руку, какъ головка опять принимаетъ свое прежнее положеніе. Конечно мы здѣсь говоримъ о тѣхъ случаяхъ, гдѣ воды отошли и гдѣ головка плотно прижата ко входу, такъ какъ часто Лицмановское вставленіе, наблюдающееся вначалѣ родовъ, исправляется само собою. Varnier, Farabeuf, Губаревъ и др. считаютъ это даже правиломъ. Въ виду такой неустойчивости результатовъ при исправленіи положенія лучше, не тратя на него времени, приступить къ повороту на ножку. Тоже самое приходится сказать и о лобномъ вставленіи; привести его въ затылочное положеніе возможно, но удержать его очень трудно. Thorn нѣсколько лѣтъ тому назадъ настоятельно совѣтовалъ примѣнять этотъ приѣмъ, указавъ, что здѣсь для стойкаго исправленія необходимо также исправить имѣющійся обычно изгибъ туловища впередъ, но и это въ общемъ мало помогаетъ. Здѣсь также лучше примѣнить своевременный поворотъ, т. е. операцію, которая требуетъ болѣе другой какой нибудь своевременнаго примѣненія, такъ какъ время благоприятное для него непродолжительно, а при дальнѣйшемъ теченіи родовъ вскорѣ наступаютъ условія, когда,

несмотря на необходимость его примѣненія, произвести его больше нельзя.

Остановимся на условіяхъ, необходимыхъ для возможности совершенія поворота изъ головнаго въ ножное предлежаніе. Онѣ въ общемъ тѣ же, что и при поворотѣ изъ поперечнаго положенія, необходимо только большее раскрытіе зѣва, такъ какъ для производства поворота изъ головнаго въ ножное положеніе входятъ въ матку всей рукой, а именно: 1) родовые пути должны быть достаточно обширны, чтобы въ нихъ можно было ввести руку; 2) зѣвъ долженъ быть открытъ на столько, чтобы рука прошла въ полость матки; 3) плодъ долженъ быть подвиженъ; 4) плодъ долженъ быть живъ. Сама операція, поворота на ножку при неправильномъ вставленіи головки, раздѣляется на слѣдующіе отдѣльные моменты: 1) введеніе руки во влагалище; 2) введеніе руки въ полость матки; 3) захватъ ножки и 4) поворотъ. Первое — раскрывъ половую щель, вы вводите туда сперва половину руки, потомъ большой палецъ; такъ какъ входъ во влагалище представляетъ собою щель, то руку вводятъ не складывая ее; тыльную часть руки хорошо смазать стерильнымъ вазелиномъ. Въ полость матки рука вводится внѣ схватки, притомъ, въ виду того, что зѣвъ представляетъ собой окружность, руку въ моментъ введенія ея лучше всего сложить конусомъ. Необходимо въ это время второй рукой фиксировать матку, такъ какъ иначе при введеніи руки она сильно оттянется кверху и можетъ быть даже оторвана. Головка отталкивается въ ту сторону матки, гдѣ лежитъ спинка.

Для того, чтобы захватить ножку, можно идти непосредственно къ тому мѣсту, гдѣ мы прощупываемъ ножки при наружномъ изслѣдованіи (короткій путь). Но оператору, неособенно опытному, выгоднѣе добираться до ножки ощупью по туловищу ребенка (длинный путь). Дойдя по боку ребенка до паха, вы упираетесь въ него большимъ пальцемъ, а указательнымъ и среднимъ пальцами доходите до щиколки, затѣмъ, захвативъ ее между пальцами, разгибаете ножку. Наружной рукой и большимъ пальцемъ внутренней руки вы передвигаете головку кверху, а ножку въ то же время потягиваете книзу. Болѣе энергичное потягиваніе за ножку допустимо лишь тогда, когда головка проведена за контракціонное кольцо въ полный мускуль. Поворотъ считается законченнымъ, когда ножка низведена кнаружи до колѣна.

Останавливаясь на отдѣльныхъ моментахъ этой операціи, мы прежде всего отмѣтимъ, что если всякую болѣзненную операцію лучше всего производить подъ наркозомъ, то въ особенности это относится къ повороту. Разслабленіе мышцъ брюшнаго пресса,

наступающее при наркозѣ, чрезвычайно облегчаетъ ходъ операциі. Наркозъ здѣсь нуженъ довольно глубокой, т. е. до расслабленія произвольныхъ мышцъ.

Вводя руку во влагалище, нужно сильно отдавить промежность для того, чтобы не задѣть при этомъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, клитора и другихъ чувствительныхъ мѣстъ. Въ полость матки рука вводится внѣ схватки, и всѣ ма-



29.

Захватываніе ножки.

нипуляціи въ ней во время схватки прекращаются. Наружный зѣвъ въ это время иногда съ страшной силой обхватываетъ предплечіе и причиняетъ оператору сильную боль. Не нужно поддаваться влиянію этой боли и извлекать руку изъ матки, такъ какъ при вторичномъ введеніи ея рѣзкое судорожное сокращеніе обыкновенно повторяется. При захватываніи ножки непосредственно (нѣмецкій способъ) или отыскивая ихъ, проводя по боку туловища руку (французскій способъ) значительную роль играетъ выборъ руки, которая введена въ полость. Старые авторы совѣтуютъ вводить ту руку, ладонь которой соотвѣтствуетъ брюшной поверхности плода. Феноменовъ, правда, говоритъ, что слѣдуетъ вводить ту руку, которой операторъ лучше владѣетъ, однако съ этимъ едва ли можно согласиться, такъ какъ только при введеніи соотвѣтственной руки можно большимъ пальцемъ отталкивать головку, удерживая вторымъ и третьимъ пальцемъ ножку. Послѣднее обстоятельство особенно важно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подвижность ребенка въ полости матки ограничена и гдѣ проведеніе головки изъ нижняго сегмента въ полый мускуль затруднено.

Этотъ приѣмъ вполнѣ можетъ замѣнять такъ называемый двойной приѣмъ, при которомъ ножка удерживается наложенной

и всѣ ма-  
нипуляціи въ ней во  
время схватки прекра-  
щаются. Наружный  
зѣвъ въ это время  
иногда съ страшной  
силой обхватываетъ  
предплечіе и причиня-  
етъ оператору сильную  
боль. Не нужно под-  
даваться влиянію этой  
боли и извлекать руку  
изъ матки, такъ какъ  
при вторичномъ введе-  
ніи ея рѣзкое судорож-  
ное сокращеніе обык-  
новенно повторяется.  
При захватываніи нож-  
ки непосредственно (нѣ-  
мецкій способъ) или  
отыскивая ихъ, проводя  
по боку туловища руку  
(французскій способъ)  
значительную роль  
играетъ выборъ руки,

на нее петлей съ помощью наружной руки, а головка отводится кверху внутренней рукой.

При захватываніи ножки, въ особенности, если это дѣлается короткимъ путемъ, необходимо убѣдиться, что захваченная часть, именно ножка; опознавательнымъ признакомъ здѣсь является пятка или большой палецъ. Захватить всегда выгоднѣе верхнюю ножку, такъ какъ низведенная ножка является при изгнаніи плода, такъ сказать, ведущей точкой, которая стремится подойти подъ лонное соединеніе; такъ что если низведена задняя ножка, то туловище совершаетъ при изгнаніи внутренній поворотъ. Но тратить время на отыскиваніе верхней ножки не слѣдуетъ и, захватываютъ обычно первую попавшуюся подъ руку, такъ какъ внутренній поворотъ туловища, особеннаго осложненія не представляетъ. При проведеніи головки изъ нижняго сегмента въ полый мускуль нужна крайняя осторожность. Слишкомъ большая стремительность или насиліе легко могутъ повлечь за собой разрывъ матки. Осложненіе это узнается потому, что головка безъ всякаго труда проходитъ черезъ контракціонное кольцо, которое раньше представляло рѣзкое сопротивленіе.

Въ общемъ тамъ, гдѣ головку вывести изъ нижняго сегмента слишкомъ трудно, на этомъ лучше не настаивать, и, выведя руку изъ полости матки, приступить къ болѣе безопасному способу родоразрѣшенія.

Въ случаяхъ поперечнаго положенія, гдѣ выпала ручка, но плечико еще не вколотилось до поворота, необходимо на ручку наложить петлю для того, чтобы при изгнаніи плода не было затрудненій при ея освобожденіи. Если плечико вколотилось, то поворотъ становится невозможнымъ и приходится приступить къ эмбриотоміи.

Если выпала пуповина, то при поворотѣ на нее можно не обращать особеннаго вниманія, такъ какъ нѣтъ основанія опасаться ея сжатія. Если при поворотѣ ребенокъ садится верхомъ на пуповину, то ее необходимо нѣсколько вытянувши перекинуть черезъ заднюю ножку.

**Репонированіе выпавшихъ частей.** Кромѣ неправильнаго положенія и вставленія показаніемъ къ повороту при узкомъ тазѣ, нерѣдко служитъ выпаденіе пуповины или ручки. Прежде чѣмъ приступить къ повороту въ этихъ случаяхъ, можно попытаться репонировать выпавшую часть. Для этого она захватывается концами двухъ пальцевъ и проводится выше головки, гдѣ удерживается до схватки, затѣмъ пальцы осторожно выводятся и головка наружной рукой прижимается къ входу. Необходимо послѣ этого

нѣкоторое время слѣдить не выпала ли репонированная часть обратно. Понятно само собой, что къ повороту приступаютъ только при живомъ плодѣ.

Нѣкоторые авторы предлагаютъ производить поворотъ ребенка на ножки при узкомъ тазѣ, даже при правильномъ вставленіи и членорасположеніи, считая, что послѣдующая головка легче проходить черезъ узкое мѣсто; однако съ этимъ едва ли можно согласиться. Профилактическій поворотъ теперь большинствомъ авторовъ оставленъ.

Вслѣдъ за поворотомъ очень часто слѣдуетъ извлеченіе младенца, но, конечно, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ къ этому есть показаніе и гдѣ условія для этой операціи на лицо, т. е. если открытіе зѣва совершенное или близко къ совершенному. Показаніе къ извлеченію младенца за ножной конецъ тѣ-же, что и при наложеніи щипцовъ, т. е. абсолютная или относительная слабость изгоняющихъ силъ. Къ относительной слабости изгоняющихъ силъ мы причисляемъ тѣ случаи, гдѣ схватки и потуги хотя и удовлетворительны сами по себѣ, но въ данномъ случаѣ недостаточны для того, чтобы быстро закончить роды, а состояніе матери или плода этого требуютъ.

**Извлеченіе за тазовой конецъ.** Извлеченіе младенца можно раздѣлить на слѣдующіе моменты: 1) извлеченіе ягодиць; 2) извлеченіе туловища до пупка; 3) извлеченіе туловища до нижняго угла лопатокъ; 4) освобожденіе ручекъ и 5) освобожденіе головки. Первые два момента производятся гораздо медленнѣе. Кровообращеніе плода при нихъ не нарушается и медленнымъ извлеченіемъ достигается болѣе полное использование эластичныхъ свойствъ мягкихъ родовыхъ путей. Влеченіе производится соотвѣтственно механизму родовъ. Ножка захватывается такимъ образомъ, что большой палецъ руки оператора ложится вдоль задней поверхности ножки, по возможности ближе къ половой щели, причемъ по мѣрѣ извлеченія одна рука замѣняется другой. Тракціи производятся на себя внизъ до тѣхъ поръ, пока верхняя ягодица не подойдетъ подъ лоно. Затѣмъ направленіе ихъ измѣняется, и они ведутся на себя и кверху вплоть до того момента, пока не родится вторая ножка.

Какъ только покажется ягодица изъ подъ половой щели, то тракціи производятся за нее, причемъ указательный и третій палецъ кладутся въ пахъ, а большой палецъ на ягодицы. Въ тотъ моментъ, когда вторая ягодица становится доступной, вторая рука оператора захватываетъ ее такимъ же образомъ: заходя указательнымъ пальцемъ въ задній пахъ, большіе пальцы кладутся

параллельно на соответствующія ягодицы. Освобождать заднюю ножку не слѣдуетъ, такъ какъ при этомъ ее легко сломать.



30.

Извлеченіе при неполномъ ножномъ предлежаніи (Nagel).

Такое положеніе рукъ сохраняется и при извлеченіи туловища; захватывать послѣднее выше ягодицъ не слѣдуетъ, такъ какъ при этомъ можно сдавить важные органы, главнымъ образомъ печень, которая у новорожденныхъ, какъ извѣстно, очень велика и рыхла.

Вплоть до прорѣзыванія пупка можно влеченіе производить медленно, но затѣмъ необходимо ускорить темпъ, такъ какъ съ момента прижатія пуповины кровообращеніе, а слѣдовательно и дыханіе, прекращается.

Влеченіе на себя и книзу продолжается до того времени, пока изъ половой щели не покажутся нижніе углы лопатокъ. Тогда наступаетъ четвертый моментъ — освобожденіе ручекъ. При нормальныхъ родахъ, при ножномъ и ягодичномъ предлежаніи

плода, гдѣ членорасположеніе правильно, т. е. скрещенныя ручки прижаты къ груди, онѣ обычно прорѣзываются безъ какой либо помощи искусства. Но при поворотѣ членорасположеніе часто



31.

Извлечение при неполномъ ножномъ предлежаніи (Nagel).

нарушается. Для того, чтобы при извлеченіи туловища его не нарушать еще болѣе, необходимо тракціи производить только во время схватокъ или, если схватки очень рѣдки, а имѣются показанія къ болѣе быстрому окончанію родовъ, то матка во время тракціи сдавливается помощникомъ.

Несмотря на эти предосторожности одна или обѣ ручки часто отходятъ отъ туловища, а иной разъ и запрокидываются за головку.

**Освобожденіе ручекъ.** Освобожденіе ихъ производится слѣдующимъ образомъ. Прежде всего освобождается задняя ручка. Для этого ножки плода рѣзко оттягиваются кверху и въ обратную сторону, затѣмъ, положивши большой палецъ на спинку, среднимъ и указательнымъ пальцемъ идутъ по плечу и предплечью до локтевого сгиба и, нажимая на него, тянутъ его по лицу ребенка внизъ, затѣмъ освобождаютъ переднюю ручку, остав-



ляя опять таки большой палецъ на спинѣ, доходя указательнымъ и среднимъ до локтя.



32.

Освобожденіе задней ручки (Nagel).

Если при освобожденіи передней ручки встрѣчаютъ затрудненіе, то туловище ребенка поворачиваютъ на полуоборотъ, обращая такимъ образомъ переднюю ручку въ заднюю. Для этого соотвѣтственныя руки оператора кладутся на ключицу родившейся ручки и на лопатку выводимой. Тогда низведеніе второй ручки обыкновеннаго затрудненія не представляетъ. Послѣ выведенія обѣихъ ручекъ, приступаютъ къ извлеченію головки.

**Выведеніе головки.** При произвольныхъ родахъ послѣдующая головка прорѣзывается такимъ образомъ, что подбородокъ сильно приближается къ груди. Подзатылье подходитъ подъ лоно, личико прорѣзывается, а затѣмъ выходитъ затылокъ. Слѣдующая механика нормальныхъ родовъ при предлежаніи тазовымъ кольцомъ мы, искусственно выводимъ головку, стремимся вызвать

рѣзкое ея сгибаніе, притянувъ подбородокъ къ груди, и для этого, дойдя по задней стѣнкѣ влагалища до рта младенца, мы вводимъ



33.

Поворотъ плода для освобожденія передней ручки (Nagel).

въ него палець и тянемъ нижнюю челюсть книзу, другой рукой мы способствуемъ сгибанію головки, давя на затылочный бугоръ, снизу и на всю головку черезъ брюшныя стѣнки сверху. Головка тянется книзу до того момента пока подзатылье не подойдетъ подъ лонную дугу. Затѣмъ, образуя большую дугу, тянутъ на себя кверху, прорѣзывая такимъ образомъ личико и лобъ, наконецъ опускаютъ ребенка книзу и извлекаютъ затылокъ. Въ зависимости отъ того, какимъ способомъ достигается сгибаніе и извлечение головки разсматриваютъ три метода ея извлечения:

1) войдя пальцемъ въ ротъ вы притягиваете нижнюю челюсть, а другой рукой, вилообразно захвативъ шею ребенка, тянете его книзу — способъ *M-me Lachapelle*; 2) пальцы вводятся въ ротъ, и кладутся на вѣнечные отростки нижней челюсти — способъ *Maugisseau*; 3) сгибаніе производится давленіемъ на верхнюю челюсть и подзатыліе — способъ *Smellie*; 4) сгибаніе производится введеніемъ пальца въ ротъ и надавливаніемъ на головку черезъ брюшныя стѣнки — способъ *Martin'a*. Вся трудность извлечения головки состоитъ въ томъ, что операція эта должна быть произве-

дена чрезвычайно быстро. Отъ момента прорѣзыванія пупка до конца родовъ должно пройти не болѣе 5—6 минутъ, такъ какъ иначе ребенокъ задохнется. Поэтому при этой операціи всѣ дви-



34.

Способъ М-me Lachapelle (Nagel).

женія должны быть чрезвычайно обдуманы и систематизированы. Положеніе оператора и больной должно быть таково, чтобы манипуляціи могли быть произведены безъ всякаго затрудненія; для этого больную лучше всего уложить на невысокій столъ или на поперечную кровать.

Извлекая головку ребенка нужно положить его верхомъ на предплечіе той руки, которую вы вводите въ ротъ. При освобожденіи ручекъ для того, чтобы ножки не скользили такъ же точно, какъ при извлеченіи туловища, ножки лучше захватить не голою рукою, а стерильнымъ полотенцемъ. Вводя пальцы для освобожденія ручекъ хорошо смазать тыльную часть ихъ стерильнымъ вазелиномъ, такъ какъ тогда они проникаютъ гораздо легче.

Выше мы указали, что производство извлеченія ребенка допустимо только при совершенномъ зѣвѣ, потому что въ противномъ случаѣ можно получить большой разрывъ шейки или же растянувшись подъ влияніемъ извлеченія туловища, при рожденіи шейки ребенка зѣвъ вновь сокращается и чрезвычайно затрудняетъ извлеченіе головки. Если имѣется пространственное несоотвѣтствіе между тазомъ и головкой, то извлеченіе головки становится особенно труднымъ. При плоскомъ тазѣ головку слѣдуетъ извлекать и проводить черезъ входъ при поперечномъ ея стояніи и только по мѣрѣ опущенія ея она поворачивается въ прямой размѣръ таза. При заднемъ видѣ извлеченіе головки производится по тѣмъ же правиламъ съ той только разницей, что пальцы верхней руки входятъ въ ротъ, а нижней ложатся на плечики.

Сила примѣняемая при извлеченіи головки, при несоотвѣтствіи ея съ тазовымъ кольцомъ, бываетъ иной разъ чрезвычайно

интенсивна. Такъ какъ конфигурація головки происходитъ чрезвычайно быстро и несовершенно, то при проведеніи ея нерѣдко приходится наблюдать глубокія вдавленія на темянной кости до перелома ея включительно. Здѣсь часто происходитъ кровоиз-



35.  
Извлеченіе головки при заднемъ видѣ (Scutsch).

ліяніе подъ надкостницу, въ мозгъ и т. п. пораненія. Извлеченіе головки въ значительной степени облегчается сильнымъ надавливаніемъ на нее помощникомъ черезъ брюшныя стѣнки. Само собою разумѣется, что при этомъ необходимо, чтобы пузырь былъ опорожненъ, такъ какъ иначе со стороны пузыря могутъ получиться серьезныя осложненія.

Обычно говорятъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ прорѣзыванія пупка прошло 5—6 минутъ, а головка не извлечена, ребенокъ не можетъ родиться живымъ. Однако, и здѣсь я позволяю себѣ вамъ напомнить, что однѣ минуты не играютъ рѣшающей роли. Намъ приходилось оживлять младенцевъ и въ такихъ случаяхъ, гдѣ извлеченіе головки продолжалось до 10 минутъ и болѣе. Поэтому, если есть малѣйшая надежда закончить операцію, не слѣдуетъ падать духомъ отъ того, что она тянется больше указанного въ учебникахъ срока.

**Перфорация послѣдующей головки.** Но тамъ, гдѣ становится очевиднымъ, что данная головка пройти сквозь входъ не можетъ, не слѣдуетъ слишкомъ на этомъ настаивать и въ интересахъ матери лучше уменьшить объемъ головки, т. е. произвести перфорацию послѣдующей головки. Техника перфорации послѣдующей головки въ общемъ мало отличается отъ этой операціи на предыдущей головкѣ. Фиксація здѣсь достигается натягиваніемъ туловища, производимымъ кѣмънибудь изъ помощниковъ.

Операторъ вводитъ пальцы во влагалище до подзатылія, затѣмъ подъ прикрытіемъ введенныхъ пальцевъ, между рукою и младенцемъ проводитъ перфораторъ и перфорируетъ затылочную кость. Перфорацію можно также произвести черезъ подъязычную кость и твердое небо или войдя въ ротъ ребенка перфорировать здѣсь твердое небо. Въ этихъ случаяхъ туловище ребенка оттягивается не книзу, а наоборотъ, сильно отклоняется вверхъ. Во всякомъ случаѣ перфорацію необходимо производить такимъ образомъ, чтобы конецъ инструмента все время находился между пальцами лѣвой руки, введенными во влагалище, чтобы избѣжать возможности пораненія мягкихъ частей матери.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ извлеченіе головки грозитъ вызвать затрудненіе, очень важно по возможности скорѣе освободить ручки для того, чтобы сохранить больше времени для извлеченія головки.

**Прифилактическое захватываніе ручки петлей.** При обычныхъ ягодичныхъ предлежаніяхъ освобожденіе ручекъ, какъ мы уже выше указали, не представляетъ особыхъ затрудненій, если тракціи велись правильно, т. е. во время схватки или при сильномъ сжиманіи матки. Но если ручки запрокинуты, что часто является при нарушеніи членорасположенія благодаря повороту, то освобожденіе ихъ часто вызываетъ большую затрату времени. Во избѣжаніе этого мы, введя руку въ полость матки для совершенія поворота, профилактически накладываемъ на ручку петлю, которая обезпечиваетъ намъ, какъ мы это видѣли при выпаденіи ручки при поперечномъ положеніи, легкое освобожденіе при извеченіи. Разница только та, что при выпаденіи ручки петля накладывается внѣ полости матки, а въ данномъ случаѣ внутри матки. Способъ этотъ предложенъ былъ Schatz'емъ и очень удобоисполнимъ. Войдя рукою въ полость матки для поворота, вы надѣваете на ея указательный и средній палецъ такъ называемую мертвую петлю, которую, захвативъ ручку младенца, перекидываете на нее большимъ пальцемъ. Затѣмъ, вы выпуская ручки, затягиваете петлю наружною рукою и при извлеченіи ребенка потягиваете одновременно за висящій изъ влагалища конецъ петли и за туловище.

Müller предложилъ вовсе не освобождать ручки ребенка, а сильно потягивая за ягодицы стараться низвести переднее плечико подъ лоно, ручка при этомъ рождается сама или легко низводится; затѣмъ онъ приподнимаетъ и сильно натягиваетъ кверху туловище, при этомъ задняя ручка опускается въ полость таза, а затѣмъ къ выходу и выпадаетъ сама или съ легкостью можетъ быть извлечена.

**Осложненія при извлеченіяхъ.** Изъ осложненій при извлеченіи младенца можно отмѣтить слѣдующее: для матери — болѣе

или менѣ значительные разрывы шейки и промежности; первый, какъ мы указали, наблюдается при тѣхъ случаяхъ, гдѣ извлеченіе производилось, несмотря на то, что зѣвъ былъ несовершененъ; второе особенно рѣзко наступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прорѣзываніе головки производится неправильно, т. е. гдѣ головка проводится несоотвѣтственно механизму родовъ. Для ребенка осложненіе заключается въ рѣзкомъ сдавленіи головки (влекущемъ за собой кровоизліяніе и переломы черепа), въ переломахъ длинныхъ костей предплечія, ключицы и въ очень рѣдкихъ случаяхъ въ вывихѣ шейныхъ позвонковъ. Если извлеченіе производится на мертвомъ мацерированномъ плодѣ то можетъ произойти отрывъ головки. Удаленіе оставшейся въ полости матки головки, нерѣдко представляетъ довольно большія затрудненія. Лучше всего захвативъ ее двузубцами фиксировать у входа въ тазъ и извлечь послѣ перфорачіи.

Резюмируя все сказанное нами о терапіи не полного несоотвѣтствія между тазомъ и головкой мы можемъ сказать слѣдующее: при правильномъ положеніи и вставленіи плода на первый планъ должно быть поставлено выжиданіе. Благодаря конфигураціи головки и хорошей потужной дѣятельности роды часто могутъ закончиться силами природы даже тамъ, гдѣ на это было мало надежды. Въ случаяхъ, гдѣ мать непремѣнно настаиваетъ на томъ, чтобы получить живого ребенка и гдѣ всѣ условія какъ со стороны матери, такъ и со стороны врача благопріятны, мы можемъ рѣшиться на одну изъ крупныхъ акушерскихъ операцій — кесарское сѣченіе или разсѣченіе таза. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ благодаря хорошимъ потугамъ головка нѣсколько приспособилась и установилась во входѣ, но въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ потуги ослабли, мы можемъ придти женщинѣ на помощь, наложивъ щипцы и извлечь ими ребенка.

Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ несоотвѣтствіе между тазомъ и подлежащей частью не исправляется, гдѣ растягивается нижній сегментъ, такимъ образомъ является опасность разрыва матки, грозящая жизни матери, а обстоятельства не благопріятствуютъ примѣненію крупной операціи, мы жертвуемъ плодомъ для спасенія жизни матери. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ благодаря узкому тазу, получилась неправильность положенія или вставленія ребенка, можно раньше стремиться исправить это положеніе и наконецъ у многородящихъ, у которыхъ прежніе роды протекли неблагоприятно, мы еще во время беременности профилактически вызываемъ преждевременные искусственные роды для того, чтобы предупредить mogućія быть осложненія при срочныхъ родахъ.

## VII.

**Препятствія для родового акта со стороны мягких родовых путей.** Въ предыдущихъ бесѣдахъ мы разсмотрѣли тѣ аномаліи родовъ, которыя вызываются несоотвѣтствіемъ между тазовымъ кольцомъ и плодомъ и тѣ мѣропріятія, которыя примѣняются для терапіи этихъ аномалій. Мы до сихъ поръ оставили безъ вниманія препятствія, которыя представляютъ изгнанію плода мягкіе родовые пути. Изъ нормальнаго акушерства вы помните, что для того чтобы изгнаніе плода могло произойти, необходимо чтобы мягкіе родовые пути достаточно расширились. Шейка должна сгладиться, наружный зѣвъ долженъ раскрыться, влагалище и половая щель растянуться. Нормально это совершается благодаря изгоняющимъ силамъ, но иной разъ здѣсь происходитъ задержка.

**Неправильности въ сглаживаніи шейки и раскрытіи зѣва.** Цервикальный каналъ не сглаживается обычно при очень слабыхъ схваткахъ или если въ тѣлѣ матки есть участки болѣе растяжимые, чѣмъ цервикальный каналъ, на примѣръ рубцы послѣ бывшаго кесарскаго сѣченія; кромѣ того невозможность сглаживанія цервикальнаго канала является и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рѣзко выражень метритъ шейки, когда въ стѣнкѣ ея развилась опухоль—ракъ, фиброміома или тому подобное.

Однако, и то и другое встрѣчается очень рѣдко. Чаше приходится видѣть, что цервикальный каналъ растянулся на всемъ протяженіи и только наружный зѣвъ остается закрытымъ.

Полное закрытіе наружнаго зѣва наблюдается при такъ называемой *Conglutinatio* — склейкѣ его краевъ. Мы видимъ тогда, что нижній сегментъ матки и шейка очень растянуты, но отверстія наружнаго зѣва нельзя найти; если обнажить шейку зеркалами, то обычно находятъ соотвѣтственно наружному зѣву небольшое вдавленіе. Въ другихъ случаяхъ этого вдавленія нѣтъ, но тогда при ощупываніи находится болѣе плотный участокъ, который при осмотрѣ зеркалами представляется бѣловатымъ, неправильной формы; здѣсь мы имѣемъ дѣло не съ простой склейкой краевъ зѣва, а съ рубцовыми сращеніями ихъ вслѣдствіе бывшаго раньше язвеннаго процесса.

Если рубцы развились не на самомъ краѣ зѣва, а нѣсколько отступя отъ него, то полного закрытія не наблюдается. Зѣвъ раскрывается до нѣкоторой степени, но дальнѣйшаго растяженія не наступаетъ. Такая же картина часто наблюдается у старыхъ первородящихъ, у которыхъ наружный зѣвъ потерялъ свою эластичность.

И такъ мы видимъ, что со стороны шейки могутъ встрѣтятся слѣдующія аномаліи. Полное несглаживаніе ея, Conglutinatio наружнаго зѣва, полное зарощеніе послѣдняго и ригидность его. Всѣ эти аномаліи ведутъ за собой задержку перваго періода родовъ.

**Терапія при неправильностяхъ раскрытія цервикальнаго канала и зѣва.** Терапія стоитъ въ зависимости отъ причинъ, вызвавшихъ ту или другую форму аномалій. Если медленное сглаживаніе шейки зависитъ отъ слабыхъ или неправильныхъ схватокъ, то при цѣломъ пузырьѣ лучше всего выждать; послѣ отхода водъ или если есть показаніе къ ускоренію родовъ можно вставить въ полость матки метрейринтеръ (о техникѣ вставленія его мы говорили раньше). При новообразованіяхъ, развившихся въ шейкѣ, приходится руководствоваться формой новообразованія и его величиной и т. п. Если новообразованіе, мѣшая сглаживанію шейки, не уменьшаетъ объема таза, то можно прибѣгнуть къ влагалищному кесарскому сѣченію, въ противномъ случаѣ приходится произвести классическое кесарское сѣченіе.

Conglutinatio обычно проходитъ отъ простаго надавливанія пальцемъ или при проведеніи въ зѣвъ пуговчатаго зонда. Тамъ, гдѣ есть рубцевыя измѣненія, ихъ можно иной разъ разсѣчь ножемъ или ножницами. Однако эта операція, являясь очень легкой по техникѣ, можетъ повлечь за собой очень серьезныя осложненія благодаря происходящимъ здѣсь глубокимъ разрывамъ; тамъ гдѣ рубцы распространены и очень плотны выгоднѣе, пожалуй, произвести влагалищное кесарское сѣченіе.

При простой ригидности шейки и зѣва можно попытаться повысить ихъ эластичность горячими душами. Гдѣ этого недостаточно, пытаются расширить зѣвъ войдя въ него пальцами и растягивая его края. При этомъ способѣ, однако, обычно наблюдаются большіе или меньшіе разрывы краевъ зѣва. Мы поэтому предпочитаемъ производить здѣсь небольшіе (въ нѣсколько миллиметровъ) разрѣзы краевъ ножницами. Часто бываетъ вполне достаточно нѣсколькихъ небольшихъ насѣчекъ, чтобы зѣвъ быстро открылся. Операція эта производится слѣдующимъ образомъ: во влагалище вводятся два пальца лѣвой руки, между концами ихъ захватывается край зѣва, затѣмъ по этимъ пальцамъ вводятся



длинныя искривленныя ножницы, которыми край и разсѣкается. Конечно еще лучше дѣлать эти насѣчки подъ контролемъ зрѣнія, обнаживъ шейку зеркалами, но для этого требуется хорошая ассистенція и освѣщеніе, что не всегда бываетъ подъ рукой. Если насѣчки сдѣланы не слишкомъ глубокиа, то обычно разрывовъ шейки послѣ нихъ не наблюдается.

**Аномаліи влагалища.** Во влагалищѣ также могутъ быть препятствія для поступательнаго движенія плода. Препятствія эти являются въ видѣ врожденныхъ или пріобрѣтенныхъ перегородокъ, перемычекъ или общаго рубцевого суженія. Перегородки или перемычки могутъ быть перевязаны и, затѣмъ, разсѣчены. Глубокиа рубцевыа измѣненія, являющіяся обычно слѣдствіемъ сифилиса или перенесенныхъ раньше послѣродовыхъ язвъ устраняются гораздо труднѣе. Если ихъ разсѣчь, то часто наблюдаются громадныя разрывы, влекушіе за собой нарушеніе цѣлости сосѣднихъ полыхъ органовъ, такъ что здѣсь лучше прямо идти на кесарское сѣченіе. Спѣшить съ производствомъ кесарскаго сѣченія однако не приходится, такъ какъ часто даже очень рѣзкіа суженія влагалища во время родовъ расширяются и роды кончаются произвольно. Намъ одинъ разъ пришлось наблюдать полное препятствіе для родоразрѣшенія отъ рѣзкой гиперплазіи стѣнки влагалища, повидимому врожденной; такой же случай былъ описанъ изъ клиники Zweifel'a при Elephantiasis наружныхъ половыхъ частей.

**Механизмъ прорѣзыванія.** Мягкіе родовые пути нормально представляютъ сопротивленіе плоду у тазового дна. Диафрагма таза имѣетъ, какъ извѣстно, три отверстія, сквозь которыа проходятъ мочеиспускательный каналъ, влагалище и прямая кишка. Отверстіа эти представляютъ собою щели между отдѣльными мышцами, составляющими тазовое дно. Фасціи, покрывающія ихъ какъ верхнюю, такъ и нижнюю поверхность, заворачиваются здѣсь и переходятъ на стѣнку влагалища. Когда подъ вліяніемъ брюшнаго пресса подлежащая часть опускается въ полость таза и начинаетъ давить на тазовое дно, то здѣсь повторяется та же картина, которую мы видѣли и при открытіи канала маточной шейки.

Тазовое дно представляетъ одинъ изъ компонентовъ такъ называемаго Constrictor Communis. Для того чтобы органы брюшной полости оставались на мѣстѣ, необходимо чтобы всѣ компоненты этого констриктора были равносильны. Если мы вложимъ во влагалище нерожавшей женщины какой нибудь предметъ, то, несмотря на рѣзкое усиліе брюшнаго пресса, предметъ этотъ не

выпадетъ изъ влагалища благодаря тому, что въ то время, какъ сверху на него дѣйствуетъ сила брюшныхъ мышцъ и грудобрюшной преграды, снизу развивается равнодѣйствующая тазового дна. Между тѣмъ во время родовъ мы видимъ, что подлежащая часть, надавливая на тазовое дно, растягиваетъ все болѣе отверстіе, сквозь которое проходитъ влагалище и такимъ образомъ прорѣзывается наружу. Для того чтобы понять этотъ актъ, мы должны вспомнить, что при изгнаніи плода на тазовое дно дѣйствуютъ двѣ силы: сила брюшного пресса, которая находитъ себѣ противодействие въ сокращеніи мышцъ тазового дна и, кромѣ того, сила, которую развиваетъ маточная мышца при своемъ сокращеніи. Эта-то прибавка заставляетъ мышцы тазового дна при сокращеніи брюшного пресса растягиваться во время схватки. Затѣмъ, когда схватка прекращается, мышцы тазового дна сокращаются и мы видимъ, что подлежащая часть опять отталкивается во влагалище.

Однако, по мѣрѣ дальнѣйшаго опущенія подлежащей части, отверстіе въ тазовомъ днѣ растягивается все болѣе и болѣе, мышцы его благодаря этому ослабѣваютъ и дальнѣйшаго отхожденія подлежащей части мы болѣе не замѣчаемъ.

**Нарушеніе цѣлости тазового дна и промежности.** Нормально фасція, переходящая съ тазового дна на влагалище и образующая самую наружную стѣнку, растягивается до такой степени, что головка можетъ сквозь нее пройти. Но, если эластичность фасціального кольца недостаточна, то при растяженіи наблюдается разрывъ его, переходящій на мышцы, и тогда послѣ рожденія ребенка отверстіе это болѣе не смыкается и въ этомъ мѣстѣ въ тазовомъ днѣ получается изъянъ, какъ бы грыжевое отверстіе. При дальнѣйшемъ дѣйствіи брюшного пресса въ это грыжевое отверстіе могутъ проникать внутренности, лежащія выше его. Прежде всего въ него опускается часть влагалищной стѣнки, лежащая выше тазового дна, причемъ въ зависимости оттого, произошелъ ли разрывъ фасціального кольца спереди или сзади, наблюдается опущеніе передней или задней стѣнки влагалища.

Вслѣдъ за передней стѣнкой влагалища опускается тѣсно связанная съ нею задняя стѣнка пузыря. Если кольцо разорвалось сзади и мышцы тоже разорваны на большемъ протяженіи, то можетъ выпячиваться вмѣстѣ съ задней стѣнкой влагалища также и передняя стѣнка прямой кишки. Но ближайшими органами дѣло не ограничивается. При сильной дѣятельности брюшного пресса (кашель, подниманіе тяжести и т. п.), въ образовавшееся грыжевое отверстіе можетъ опуститься также матка, тонкія кишки и т. п. Подобнаго рода разрывы тазового дна могутъ произойти

безъ того, чтобы легко растяжимая стѣнка влагалища разорвалась. Если *Constrictor cunni*, ограничивающій входъ во влагалище, оказался достаточно растяжимымъ, то половая щель можетъ остаться интактною. Непосредственно послѣ родовъ никакого разрыва не будетъ замѣчено и для больной какъ и для врача кажется страннымъ, что черезъ нѣкоторое время послѣ родовъ явится опущеніе и выпаденіе тазовыхъ органовъ.

Въ другихъ случаяхъ отверстіе въ тазовомъ днѣ можетъ растянуться до необходимой величины, но при прохожденіи головки, а еще чаще плечиковъ, черезъ половую щель *Constrictor cunni* надрывается, а вслѣдъ за нимъ и поперечныя мышцы промежности и даже круговая мышца заднепроходнаго отверстія. Мы имѣемъ такъ называемый полный разрывъ или разрывъ третьей степени авторовъ.

Если такой разрывъ не зашить, то половая щель будетъ зиять, больная не будетъ въ состояніи удерживать газовъ и жидкихъ испражнений, но сплошь и рядомъ никакихъ явленій опущенія тазовыхъ органовъ наблюдаться не будетъ. Все вышесказанное мы привели къ тому, чтобы указать вамъ, что общепринятое раньше, а нѣкоторыми авторами и до сихъ поръ, дѣленіе разрывовъ по распространенію на кожѣ промежности едва ли правильно. Гораздо важнѣе тѣ измѣненія, которыя происходятъ въ мышцѣ тазового дна.

**Профилактика разрывовъ.** Принимая это во вниманіе, мы при веденіи родовъ употребимъ всѣ наши силы на то, чтобы щадить, по возможности, тазовое дно. Изъ физиологіи мы знаемъ, что максимальное растяженіе ткани безъ разрыва ея можно достигъ только при медленномъ и постепенномъ ея растяженіи. Слѣдовательно, чѣмъ медленнѣе предлежащая часть будетъ проходить черезъ тазовое дно, тѣмъ менѣе шансовъ на разрывъ его. Егдо въ задачу нашу входитъ вызвать медленное прохожденіе головки. Мы этого можемъ достигъ уменьшая изгоняющія силы и увеличивая сопротивленіе имъ. Для достиженія первой цѣли мы уговариваемъ больную поменьше тужиться во время прорѣзыванія головки, для увеличенія же сопротивленія мы удерживаемъ головку. Это производится обычно такимъ образомъ, что, положивши пясть лѣвой руки на лонную дугу, мы ладонью обхватываемъ головку, такъ что съ одной стороны лишаемъ ее возможности чрезмѣрно быстрого поступательнаго движенія, съ другой стороны чрезчуръ ранняго разгибанія. Еще болѣе усилить задерживаніе головки мы можемъ растопыривши пальцы правой руки и положивши ихъ у сѣдалищныхъ бугровъ.

Раньше поддерживаніе промежности понимали въ собственномъ смыслѣ этого слова и производили его, подкладывая подъ нее ладонь; такимъ образомъ всѣ мышцы попадали между ладонью и подлежащей частью, сдавливаясь ими, и травмировались значительно сильнѣе обычнаго, хотя кожа и не рвалась. Тамъ, гдѣ наблюдая прорѣзываніе головки, вы убѣждаетесь, что достаточнаго растяженія тазового дна ждать нельзя, что разрывъ неминуемъ, хорошо производить по совѣту Отта разсѣченіе тазового дна и промежности, т. е. такъ называемую *Perineotomia*.

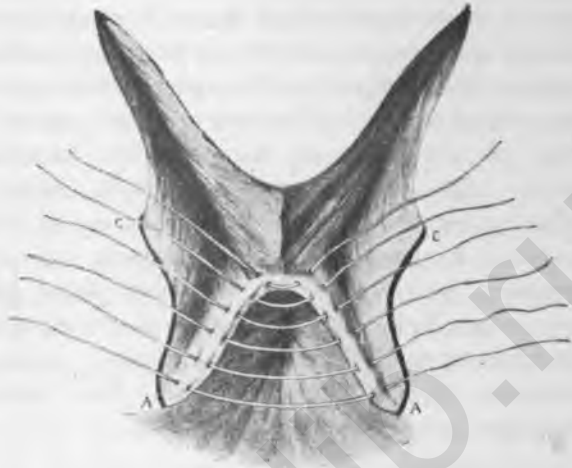
**Perineotomia.** Операция эта производится на высотѣ схватки. Обыкновеннымъ скапелемъ разсѣкается кожа, подкожная клетчатка, мускулатура и слизистая оболочка влагалища. Разрѣзъ ведется вплоть до *Spinster ani*. Затѣмъ, послѣ окончанія родовъ, разрѣзанные края соединяются обычнымъ путемъ. Преимущество такого разрѣза передъ разрывомъ заключается прежде всего въ томъ, что мы имѣемъ дѣло съ раной рѣзанной, а не рваной, которую гораздо легче зашить и при которой заживленіе происходитъ гораздо совершеннѣе. Кромѣ того въ сосѣдствѣ краевъ раны мы не имѣемъ столько мятой ткани, сколько наблюдается при чрезмѣрномъ растяженіи тазового дна. Наконецъ, разрѣзанное тазовое дно и промежность сохраняютъ взаимную топографію частей, тогда какъ при разрывѣ мышцы, обладающія большою эластичностью, обычно отрываются отъ окружающей ткани; послѣднее особенно замѣтно на поперечныхъ мышцахъ промежности. Послѣ разрыва вы всегда видите, что съ боковъ его есть углубленія, соотвѣтствующія поперечной мышцѣ. Взойдя пинцетомъ въ это углубленіе вы можете вытащить оттуда обрывокъ мышцы.

*Perineotomiю* нельзя смѣшивать съ такъ называемой *Episiotom'ей*, которая представляетъ собой боковые поверхностные надрѣзы половой щели и никакой пользы не приноситъ.

**Терапія разрывовъ промежности и тазового дна.** Въ общемъ мы должны сказать, что разрывы мягкихъ частей при родахъ будутъ различны въ зависимости оттого, имѣемъ ли мы дѣло съ нормальными или оперативными родами. При нормальныхъ родахъ разрывъ обычно бываетъ только на поверхности и въ нижней части влагалища, не доходя до тазового дна. При оперативныхъ родахъ, кромѣ того, часто наблюдается разрывъ влагалища и въ верхнихъ двухъ третяхъ, который является отчасти продолженіемъ разрыва зѣва, отчасти происходитъ непосредственно, какъ мы выше указали, при наложеніи атипическихъ щипцовъ.

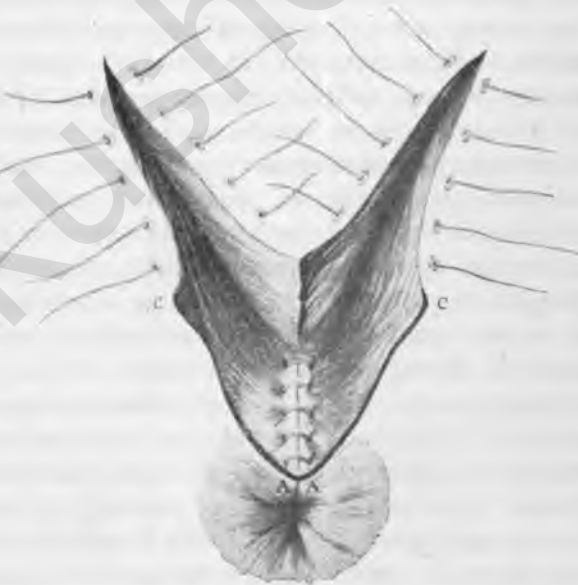
Обычные разрывы во влагалищѣ идутъ не посрединѣ его, гдѣ лежитъ *Columna Rugata*, а сбоку отъ нея вправо или влѣво,

а иногда и въ обѣ стороны. Приступая къ восстановленію разрыва мы обычно, послѣ тщательной дезинфекціи наружныхъ частей, вводимъ во влагалище большой комъ стерилизованной марли и большіе ватные шарики для того, чтобы удержать льющуюся изъ матки кровь и тѣмъ имѣть возможность хорошенько разсмотрѣть границы разрыва. Верхній уголъ его мы захватываемъ пулевыми щипцами и тогда разрывъ представляется намъ видѣ пирамиды. Ромбовидное основаніе его ограничивается верхнимъ угломъ раны, краями слизистой оболочки и краями кожи. Грани ея состоятъ изъ мускулатуры тазового дна и промежности. Зашиваніе ведется такимъ образомъ,



36. Восстановленіе полного разрыва промежности (Vunm). AA края кишки. CC края влагалища.

его ограничивается верхнимъ угломъ раны, краями слизистой оболочки и краями кожи. Грани ея состоятъ изъ мускулатуры тазового дна и промежности. Зашиваніе ведется такимъ образомъ,



37. Восстановленіе полного разрыва промежности. Кишка зашита (Vunm).

что прежде всего сшивается стѣнка влагалища, затѣмъ погружными швами соединяются разошедшіеся края тазовыхъ мышцъ и фасціи и въ концѣ концовъ стягивается кожа промежности и слизистая оболочка половой щели. Погружные швы должны проникать сквозь все дно раны, для того чтобы при затягиваніи не оставалось бы мертвыхъ пространствъ. Если имѣется полный разрывъ промежности, то прежде всего зашивается стѣнка кишки. Здѣсь накладываются швы не проникающіе въ просвѣтъ кишки и остаются погружными. Дальше зашиваніе ведется по обычному типу (рис. 36 и 37). Швы поверхностные снимаются обычно на 5-й и 6-й день, глубокіе — на 8-й, 9-й день; снимая влагалищные швы нѣтъ необходимости настаивать на томъ, чтобы всѣ швы были сняты сразу, такъ какъ при этомъ пришлось бы очень травмировать свѣжій рубецъ на промежности. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются разрывы совершенно атипическіе, на примѣръ, такъ называемые, центральные разрывы промежности.

**Разрывы матки.** Гораздо важнѣе поврежденія влагалища и промежности тѣ нарушенія цѣлости, которыя наблюдаются въ маткѣ. Говоря о сглаживаніи шейки и открытіи зѣва мы указывали уже на то, что во время сокращенія матки сокращается собственно одна часть ея, обычно дно и верхняя часть тѣла, а нижній сегментъ и шейка наоборотъ пассивно растягиваются.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ растяженіе не превышаетъ предѣловъ эластичности тканей, онѣ остаются цѣлыми, въ противномъ случаѣ, онѣ разрываются. Если оставить въ сторонѣ травматическія поврежденія матки, какими нибудь колющими или рѣжущими инструментами, то мы увидимъ, что большинство разрывовъ матки является слѣдствіемъ чрезмѣрнаго растяженія отдѣльныхъ ея частей. Условіями, вызывающими чрезмѣрное растяженіе нижняго сегмента, чаще всего бываютъ механическія препятствія поступательному движенію плода въ зависимости отъ недостаточности тазового кольца или рубцевыхъ измѣненій въ зѣвѣ или влагалищѣ. Здѣсь, если можно такъ выразиться, начинается какъ бы борьба между нижнимъ и верхнимъ отдѣломъ матки; чѣмъ сильнѣе сокращенія полага мускула, тѣмъ болѣе растягивается нижній сегментъ и шейка. Обычное сцепленіе частицъ въ нормальномъ нижнемъ сегментѣ настолько велико, что даже сильнѣйшая родовая дѣятельность не въ состояніи его разорвать. Полный мускуль устааетъ, схватки прекращаются и роды останавливаются; соотвѣтственно этому разрывы матки у первородящихъ бываютъ чрезвычайно рѣдки; конечно отдѣльные мышечные пучки и волокна разрываются, но въ общемъ цѣлость стѣнки не нарушается. Но

другая картина получается при повторныхъ родахъ, гдѣ нижній сегментъ уже ослабленъ и измѣненъ предъидущими родами; здѣсь максимальное растяженіе его наступаетъ очень быстро, при незначительной затратѣ энергіи полага мускула и при дальнѣйшихъ сокращеніяхъ его нижній сегментъ легко разрывается. Способствуютъ этому разрыву, конечно, и различныя внѣшнія условія, какъ напр. введеніе руки въ чрезмѣрно растянутый нижній сегментъ для попытки къ повороту, сильныя потуги и. т. п.

Наступающіе разрывы могутъ произойти въ любомъ мѣстѣ нижняго сегмента, но чаще всего они встрѣчаются слѣва сбоку; формы ихъ бываютъ различны: продольная, поперечная или круговая. Чрезвычайно существенная разница въ значеніи разрыва будетъ въ зависимости отъ того, разрывается ли только часть стѣнки (неполный разрывъ) или вся толща (полный или прободающій разрывъ).

Въ послѣднемъ случаѣ схватки, бывшія до разрыва чрезвычайно сильными, часто судорожными, внезапно прекращаются; вслѣдствіе шока и нерѣдко наступающаго сильнаго кровотеченія, чаще внутренняго, чѣмъ наружнаго, больная впадаетъ въ коллапсъ; форма живота измѣняется, рядомъ съ плодомъ ощущается въ видѣ опухоли сократившаяся матка и. т. п.

**Профилактика разрыва матки.** Прежде чѣмъ перейти къ терапіи скажемъ два слова о профилактикѣ. Говоря о показаніяхъ къ щипцамъ при узкомъ тазѣ, мы указывали уже, что тамъ, гдѣ для проведенія головки сквозь узкое мѣсто требовалась очень интенсивная дѣятельность изгоняющихъ силъ, чрезвычайно важно по возможности раньше, т. е. какъ только наложеніе щиповъ станетъ болѣе или менѣе удобнымъ, прійти на помощь матери не настаивая на выжиданіи, хотя бы окончаніе родовъ силами природы и было возможно. Это дѣлается для того, чтобы сохранить по возможности нижній сегментъ для послѣдующихъ родовъ.

Тамъ, гдѣ есть указаніе на угрожающій разрывъ матки, о чемъ, какъ вы знаете, мы судимъ по высоко стоящему кольцу сокращенія, по рѣзкому истонченію нижняго сегмента, по туго натянутымъ круглымъ связкамъ и т. п., необходимо немедленно глубокимъ наркозомъ прекратить потужную дѣятельность и самымъ бережнымъ образомъ закончить роды. Всѣ форсированные методы, какъ на примѣръ высокіе щипцы, здѣсь противопоказываются и, гдѣ нельзя извлечь ребенка легко щипцами, тамъ лучше прибѣгнуть къ перфорации головки. При запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ производятъ отнюдь не форсированный поворотъ, а эмбриотомію и т. п.

Если разрывъ уже совершился, то также необходимо немедленно закончить роды. Если разрывъ полный и часть плода выпала въ брюшную полость, то лучше сдѣлать чревосѣченіе; удалить плодъ чрезъ естественные пути (перфорация и краниоклазія при головныхъ предлежаніяхъ, извлеченіе за ножки при ягодичныхъ) можно только тогда, когда это не представляетъ труда. При неполномъ разрывѣ точно также избирають наиболѣе бережный способъ родоразрѣшенія не заботясь о судьбѣ младенца, который все равно въ большинствѣ случаевъ погибаетъ. Извлекиши младенца тѣмъ или другимъ способомъ, удаляютъ ручнымъ способомъ послѣдъ и затѣмъ приступаютъ къ терапіи собственно разрыва.

**Терапія разрывовъ матки.** Какихъ нибудь общихъ правилъ для терапіи разрывовъ установить точно нельзя, такъ какъ терапія всецѣло будетъ зависѣть отъ формы и величины разрыва и общаго состоянія родильницы. Господствующимъ принципомъ здѣсь является возможный консерватизмъ. Тамъ, гдѣ есть возможность сохранить матку, къ этому необходимо стремиться. Если имѣется разрывъ не полный, т. е. если брюшина уцѣлѣла, то сплошь и рядомъ достаточно бываетъ затампонировать образовавшуюся полость іодоформенной марлей. Дня черезъ два тампонъ замѣняется меньшимъ и такъ до тѣхъ поръ, пока вся полость выполнится грануляціями. При полномъ разрывѣ (сквозномъ) обычно приходится вскрыть брюшную полость и, если разрывъ не достигаетъ особенно большой величины, т. е. если питаніе обезпечено, то рану нужно зашить. Но если, какъ это часто наблюдается, матка оторвалась отъ влагалища болѣе чѣмъ на половину окружности, то шансы на оживленіе слишкомъ малы и тогда лучше ампутировать матку; ампутація производится подобно вышеописанной операціи Рогго.

Даже и при небольшихъ разрывахъ необходимо бываетъ часто удалить всю матку, если разрывъ произошелъ при развившемся уже септическомъ эндометритѣ. Въ этихъ случаяхъ операцію можно произвести черезъ влагалище. Вскрываютъ передній сводъ, слущиваютъ пузырь, если есть кровотеченіе изъ свода, то его обшиваютъ, затѣмъ вскрываютъ и обкалываютъ задній сводъ и постепенно перевязываютъ широкія связки; когда дно матки покажется, то перевязываютъ круглую связку, трубу и яичниковую связку. Однимъ словомъ матку удаляютъ по тому же способу, что раковую или фиброзную. Удаленіе матки сейчасъ послѣ родовъ гораздо легче, чѣмъ въ обычное время, такъ какъ вся клѣтчатка таза отечна, связки растянуты и матка чрезвычайно



легко низводится. Послѣ удаленія матки, отверстіе, ведущее изъ влагалища въ брюшную полость, тампонируется. Незначительные разрывы зѣва, являющіеся какъ правило при всякихъ родахъ остаются



38.

Разрывъ шейки (Bunn).

безъ лѣченія, но если разрывы эти достигаютъ большей величины и сильно кровоточатъ, то ихъ легко обколотъ (рис. 38.) или можно остановить кровотеченіе, положивши тампонъ вокругъ шейки.

## VIII.

**Неправильное положеніе плода.** Разсматривая нормальные роды мы видѣли, что для того чтобы роды могли кончиться силами природы, необходимо, чтобы длинная ось ребенка совпадала съ длинной осью таза. Тамъ, гдѣ этого нѣтъ, болѣе или менѣе развившійся ребенокъ можетъ родиться только тогда, если положеніе плода будетъ исправлено.

**Исправленіе косыхъ положеній.** При такъ называемыхъ косыхъ положеніяхъ, т. е. когда длинныя оси плода и матери перекрещиваются подъ острымъ угломъ, положеніе плода часто исправляется произвольно при первыхъ схваткахъ, когда матка, благодаря схваткамъ, выпрямляется и приподымается. Способствовать этому можно уложивши больную на тотъ бокъ, куда отклонилась предлежащая часть. Сверху лежащая крупная часть при этомъ также опускается на тотъ же бокъ и положеніе становится продольнымъ.

**Наружный поворотъ.** Но если наблюдается косое положеніе даже послѣ отхода водъ, то приходится исправлять его ручными приемами. Часто это удается сдѣлать одними наружными приемами; положивъ одну руку на предлежащую часть, другую на вышележащую, врачъ старается соотвѣтственнымъ образомъ ихъ передвинуть.

Тоже самое можно сдѣлать и при поперечномъ положеніи плода, т. е. когда длинныя оси плода и матери пересѣкаются подъ болѣе или менѣе прямымъ угломъ.

Возможность наружнаго поворота, однако, обусловливается очень большою подвижностью ребенка въ полости матки, въ противномъ случаѣ приходится прибѣгнуть къ внутреннему повороту. Кромѣ неправильнаго положенія ребенка, благодаря несоотвѣтствію длинныхъ осей его и матери, исправленіе положенія требуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдается неправильное вставленіе предлежащей части, или гдѣ есть на лицо выпаденіе пуповины или ручки.

Неправильное вставленіе головки можетъ быть исправлено

двумя способами: во первых — придавая головкѣ положеніе соотвѣтствующее механизму даннаго таза, во вторыхъ — измѣняя положеніе плода, т. е. переводя его изъ головного въ ножное положеніе. Выпаденіе пуповины или ручки можетъ быть совершенно путемъ репозиціи; если же это не удастся, то можетъ явиться необходимость измѣнить положеніе ребенка. Если же эти выпавшія части не мѣшаютъ (не пульсирующая пуповина, выпаденіе задней ручки) при обширномъ тазѣ, то на нихъ можно не обращать вниманія.

И такъ, показанія для исправленія и измѣненія положенія ясны. Сюда относятся всѣ случаи, гдѣ данное положеніе или вставленіе плода является помѣхой для рожденія живого младенца и гдѣ измѣненіемъ или исправленіемъ положенія эта помѣха устраняется. Каковы же должны быть условія для того, чтобы могла быть произведена какая либо исправляющая положеніе операція? Общимъ для всѣхъ ихъ условіемъ является большая или меньшая подвижность плода въ полости матки. Если подвижность плода рѣзко ограничена, то приходится прибѣгать къ другому рода операціи, т. е. къ уменьшенію головки или къ расчлененію плода.

Разсмотримъ теперь отдѣльные случаи неправильности и тѣ способы исправленія, которые наиболѣе примѣнимы при каждомъ изъ нихъ.

**Неправильныя вставленія.** Изъ головныхъ вставленій неправильными считаютъ, какъ мы уже говорили, заднетеменное, лицевое съ подбородкомъ повернутымъ кзади, а нѣкоторые авторы причисляютъ сюда и лобное.

Говорить однако о неправильностяхъ вставленія мы можемъ лишь тогда, когда вышеупомянутыя формы его имѣютъ стойкій характеръ и съ теченіемъ родовъ становятся все болѣе выраженными. Лицмановское вставленіе въ началѣ родовъ при плоскомъ тазѣ явленіе очень обычное, но оно часто само исправляется, переходя въ Nägele'вское. Лобное вставленіе переходитъ обычно съ теченіемъ родовъ въ лицевое или затылочное. Наконецъ, при лицевомъ вставленіи подбородокъ, обращенный кзади, пока головка еще высоко во входѣ, поворачивается впередъ по мѣрѣ того, какъ головка опускается внизъ.

Если неправильности вставленій остаются стойкими, то для устраненія ихъ входятъ всей рукой во влагалище, отталкиваютъ головку отъ входа въ тазъ и стараются установить ее въ желательномъ направленіи. При значительной подвижности головки и отсутствіи рѣзкихъ измѣненій въ строеніи плода, такого рода исправленіе удается безъ труда, но, къ сожалѣнію, оно очень

не стойко. Лишь только вы вынули руки, головка немедленно устанавливается въ прежнемъ положеніи и это понятно, такъ какъ механическія условія, вызвавшія извѣстное вставленіе, не были устранены.

Въ виду этого совѣтуютъ одновременно съ измѣненіемъ положенія головки воздѣйствовать на самое туловище. Въ отдѣльныхъ случаяхъ это приноситъ нѣкоторую пользу, но въ виду того, что результаты достигаются далеко не всегда, а попытки исправленія вставленія часто уменьшаютъ подвижность плода благодаря тому, что при нихъ истекаетъ большая часть водъ, мы всегда предпочитаемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть неправильное вставленіе, произвести поворотъ на ножку. Тамъ гдѣ подвижность ребенка очень ограничена и гдѣ головка стоитъ глубоко во входѣ, какъ напр., при лицевомъ предлежаніи, съ подбородкомъ повернутымъ кзади, поворотъ на ножку часто не возможенъ, такъ какъ вытолкнуть головку не удается даже при глубокомъ наркозѣ больной. Здѣсь остается одно изъ двухъ: повернуть подбородокъ кпереди или же перфорировать головку. Въ литературѣ мы находимъ часто указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на то, что имъ удалось вызвать поворотъ подбородка кпереди, то ручными способами, то съ помощью щипцовъ. Однако, всѣ эти случаи относятся къ высокому сравнительно стоянію головки и воздѣйствіе щипцовъ объясняется главнымъ образомъ усиленіемъ изгоняющихъ силъ, такъ какъ мы видѣли, что, по мѣрѣ опущенія головки, при нормальномъ механизмѣ родовъ въ лицевомъ предлежаніи, подбородокъ обычно поворачивается кпереди. Попытки поворачивать личико щипцами, когда головка стоитъ уже въ полости, должны быть признаны абсолютно вредными. Говоря о щипцахъ мы уже указали, что назначеніе ихъ только тянуть; измѣненіе положенія стрѣловиднаго шва или соотвѣтственныхъ ему линий при другихъ вставленіяхъ является эффектомъ попутнымъ. Всѣ старанія повернуть головку щипцами оканчиваются обычно рѣзкой травматизаціей влагалища и головки.

Итакъ попытки къ исправленію неправильнаго вставленія головки сводятся при подвижной головкѣ къ ручному исправленію плюсъ усиленію сгибанія туловища или повороту. При неподвижной головкѣ, гдѣ, несмотря на энергичную родовую дѣятельность, неправильность все усиливается, остается одно: перфорация. Судить о степени подвижности головки можно только, устранивъ рефлекторныя дѣйствія брюшного пресса. Поэтому всѣ исправляющія положенія операціи нужно производить подъ глубокимъ наркозомъ.

**Неправильныя положенія.** Если къ исправленію неправильныхъ вставленій мы приступаемъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ убѣждаемся, что эти неправильности имѣютъ болѣе или менѣе стойкій характеръ, то неправильныя положенія плода должны быть всегда исправлены немедленно послѣ того, какъ онѣ опредѣлены. Во время послѣднихъ мѣсяцевъ беременности и въ началѣ родовъ поперечныя и косыя положенія могутъ быть легко исправлены одними наружными приемами, такъ называемый наружный поворотъ. Приемы эти состоятъ въ слѣдующемъ: положивъ большую на спину или на бокъ съ протянутыми ногами, вы кладете одну руку на ту часть живота, гдѣ находится головка, другую—на вторую крупную часть; толкая первую книзу, а вторую кверху, вы подводите головку ко входу въ тазъ. Въ концѣ беременности можно болѣе или менѣе фиксировать это положеніе наложеніемъ соотвѣтственнаго бинта на животъ; во время родовъ фиксированіе плода въ правильномъ положеніи достигается тѣмъ, что, убѣдившись внутреннимъ ислѣдованіемъ, что головка вставилась правильно, разрываютъ пузырь.

Если поперечное положеніе опредѣлено только послѣ отхода водъ, то приходится прибѣгнуть къ внутриматочной манипуляціи для приведенія плода въ продольное положеніе.

При нормальныхъ родахъ подавляющее число случаевъ протекаетъ при затылочныхъ предлежаніяхъ. Случаи эти даютъ наилучшіе результаты для матери и плода. Въ виду этого, приводя ребенка изъ поперечнаго положенія въ продольное, казалось бы, наиболѣе умѣстнымъ дѣлать поворотъ на головку. Тамъ, гдѣ воды еще не прошли и гдѣ отношенія между тазомъ и плодомъ нормальные, такъ обычно и дѣлается. Мы на это только что указали говоря о наружномъ поворотѣ, такъ какъ подводя головку ко входу въ тазъ, мы при упомянутыхъ условіяхъ имѣемъ всѣ шансы на то, что головка вставится правильно. Совершенно другое въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воды отошли или гдѣ имѣется на лицо узкій тазъ. Здѣсь мы рискуемъ, что головка вставится неправильно и тогда, исправивъ положеніе плода, намъ вновь придется его мѣнять, благодаря неправильному вставленію. Не говоря уже о нежелательности подобнаго повторнаго поворота, онъ часто становится прямо невозможнымъ, такъ какъ подвижность плода въ полости матки можетъ быть уже рѣзко уменьшенной.

**Внутренній поворотъ.** Поворотъ, такъ называемый, внутренний, послѣ отхода водъ совершается по тѣмъ же правиламъ, какъ мы говорили, бесѣдуя объ узкомъ тазѣ. Если же воды не прошли, а одними наружными приемами поворота совершить не

удается, то въ зависимости отъ раскрытія зѣва, вводятъ въ полость матки всю руку, полруки, или, наконецъ, отталкиваютъ подлежащую часть однимъ пальцемъ и способствуютъ наружной рукою повороту, приближая къ внутреннему зѣву ножку. Разъ ножка лежитъ надъ внутреннимъ зѣвомъ,, разрываютъ пузырь, захватываютъ ее и низводятъ во влагалище, а головку отталкиваютъ ко дну матки.

Если приходится войти въ полость матки при стоячемъ пузырьѣ, то понятно, послѣдній приходится разорвать. Разрывъ пузыря производятъ обычно въ зѣвѣ; нѣкоторые авторы совѣтуютъ проходить между яйцомъ и стѣнкой матки и разорвать пузырь гдѣ нибудь съ краю, рассчитывая, что при этомъ воды отойдутъ медленнѣе и поворотъ удастся совершить легче.

Разрывая оболочки у зѣва и входя въ него рукою въ этомъ самымъ какъ бы тампонируете зѣвъ, такъ что опасеніе слишкомъ быстраго оттока едва ли основательно. Отдѣляя же оболочки отъ стѣнки матки, мы приходимъ въ соприкосновеніе съ поверхностью лишенной эпителия и такимъ образомъ повышаемъ рискъ инфекціи.

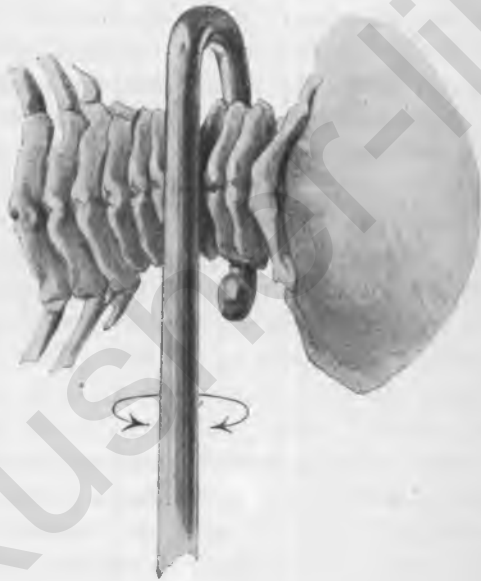
Исправивъ положеніе, мы обычно представляемъ дальнѣйшіе роды силамъ природы или при соотвѣтственныхъ показаніяхъ кончаемъ ихъ наложеніемъ щипцовъ при головныхъ предлежаніяхъ или извлеченіемъ за ножку при ягодичныхъ. Если имѣются близнецы, то, при производствѣ поворота на первомъ изъ нихъ, необходимо захватывать ножку, идя по туловищу, такъ какъ иначе легко захватить ножку выше лежащаго плода и получить очень непріятное осложненіе въ видѣ скрещенія плодовъ.

Говоря о неправильныхъ вставленіяхъ при плоскомъ тазѣ мы видѣли уже, что тамъ, гдѣ головка фиксирована и плодъ неподвиженъ, приходится для извлеченія его производить краніотомию. Соотвѣтственно этому при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ для извлеченія плода необходимо произвести эмбриотомию.

**Эмбриотомія.** Операция состоитъ въ томъ, чтобы тѣмъ или инымъ способомъ уменьшить плодъ. Достигается это обычно тѣмъ, что вскрывъ какимъ нибудь острымъ инструментомъ (ножницы, перфораторъ или что нибудь подобное) брюшную стѣнку плода, вытаскиваютъ всѣ внутренности, разрываютъ діафрагму и опорожняютъ такимъ же образомъ грудную полость. Уменьшенный въ размѣрѣ ребенокъ становится подвижнымъ и благодаря этому обычно легко удается низвести ножку и совершить поворотъ. Если головка извлекается съ трудомъ, то ее перфорируютъ.

Если послѣ эвентраціи подвижность плода всетаки не достигается, то приходится въ томъ или иномъ мѣстѣ позвоночника произвести его разсѣченіе. Разсѣченіе это производится ножницами или позвоночникъ ломается тупымъ крючкомъ Braun'a или наконецъ перепиливается пилою Gigli.

Намъ кажется, что проще всего разсѣченіе позвоночника удастся съ помощью крѣпкихъ ножницъ. Само собой разумѣется, что всѣ моменты эмбриотоміи производятся подѣ контролемъ введенныхъ во влагалище пальцевъ. Въ общемъ эмбриотомія является операцией совершенно атипической. Образъ дѣйствія диктуется какъ положеніемъ плода, такъ и наличностью тѣхъ или другихъ инструментовъ; поэтому, не вдаваясь въ подробныя указанія ея техники, мы ограничимся лишь нѣсколькими общими замѣчаніями, какъ напр., что выпавшую ручку не слѣдуетъ отрѣ-



39.

Наложеніе крючка Braun'a (Bumm).

затъ, такъ какъ она является хорошей держалкой фиксирующей плодъ. При отрѣзываніи части плода, по возможности фиксировать центральный отрѣзокъ, охранять влагалище отъ возможности пораненія осколками кости и т. п. Разчлененіе позвоночника производится обычно у шейныхъ позвонковъ; для этого, натянувъ сильно выпавшую ручку, пальцемъ другой руки обхватываютъ шейку плода и подѣ прикрытіемъ его разсѣкаютъ кожу, а то и весь позвоночникъ, крѣпкими ножницами или же, наложивши на шейку

тупой крючекъ Braun'a или двойной Zweifel'a, рѣзкимъ поворотомъ по продольной оси производятъ вывихъ между атлантомъ и вторымъ шейнымъ позвонкомъ; затѣмъ мягкія части отсѣкаютъ ножницами, туловище вытягивается за ручку.

Извлеченіе головки представляетъ иной разъ значительныя затрудненія. Лучше всего извлечь ее, войдя пальцемъ въ ротъ и потягивая за нижнюю челюсть, другая рука въ это время черезъ брюшныя стѣнки вдавлиываетъ головку во входъ. Можно также, подведя головку затылкомъ ко входу и фиксировавъ ее наружнымъ давленіемъ, наложить щипцы или перфорировать ее. Въ общемъ операція эта при описаніи или на фантомѣ кажется значительно болѣе трудной, нежели въ дѣйствительности, такъ какъ въ поперечномъ положеніи обычно лежатъ только не особенно большія дѣти.

**Выпаденіе частей плода.** Если неправильность предлежанія заключается въ томъ, что рядомъ съ подлежащей частью выпадаетъ пуповина или ручка, то вмѣшательство показано только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выпаденіе это грозитъ какимъ нибудь осложненіемъ; такъ, если выпадаетъ пульсирующая пуповина при головномъ предлежаніи, то это грозитъ смертью плоду, такъ какъ пуповина при вставленіи головки плотно прижимается къ стѣнкѣ таза и кровообращеніе плода такимъ образомъ прекращается. При выпаденіи передней ручки входъ въ малый тазъ уменьшается и если головка не чрезмѣрно мала, то это обстоятельство можетъ повлечь за собою препятствіе для родоразрѣшенія.

Въ подобныхъ случаяхъ выпавшую часть пробуютъ обратно репонировать въ полость матки; съ этой цѣлью, захвативши выпавшую часть двумя пальцами, отталкиваютъ головку и отводятъ пуповину или ручку въ полость матки надъ головкой; затѣмъ выжидаютъ ближайшую схватку, которой головка фиксировалась бы во входѣ въ тазъ и осторожно выводятъ пальцы обратно. Очень часто подобная репозиція легко удается, но въ другихъ случаяхъ при этомъ выпадаетъ еще большая петля пуповины. Въ такихъ случаяхъ приходится немедленно приступить къ повороту.

Репонируя пуповину, намъ разъ пришлось наблюдать, что она при схваткѣ выпала обратно и вмѣстѣ съ тѣмъ головка такъ глубоко опустилась во входъ, что оттолкнуть ее было невозможно; тогда, не теряя времени, мы наложили щипцы и быстро извлекли ребенка, который родился въ легкой асфиксии, но скоро былъ оживленъ. Обычно, если не удается репонировать пуповину или переднюю ручку, то лучше всего произвести поворотъ на ножку. Кончая нашу бесѣду о неправильныхъ вставленіяхъ и о терапіи ихъ,



мы должны коснуться еще вопроса о профилактическом низведении ножки при ягодичныхъ предлежаніяхъ.

**Низведение ножки.** Ягодичныя предлежанія, будучи сами по себѣ правильными, т. е. допускающія естественные роды, часто, при недостаточности схватокъ, при очень плотномъ тазовомъ днѣ у первородящихъ, при нѣкоторой узости таза, чрезвычайно затягиваютъ роды, и, если со стороны матери или плода является показаніе къ окончанію родовъ, то при высокомъ положеніи ягодицъ акушеръ часто становится въ затруднительное положеніе, такъ какъ ягодицы представляютъ сами по себѣ чрезвычайно неудобный объектъ для захвата. Въ виду этого, гдѣ есть основаніе предполагать задержку при изгнаніи плода, выгодно профилактически низвести ножку и такимъ образомъ устроить себѣ удобную держалку для извлечения.

У многородящихъ, у которыхъ членорасположеніе плода обычно таково, что ножки согнуты въ колѣняхъ, достаточно для низведения ножки войти въ полость матки полурукой и, захвативъ ступню, разгибая ножку, низвести ее; но у первородящихъ ножки, какъ правило, лежатъ вытянутыми по передней поверхности туловища, такъ что ступню надо искать довольно высоко. Мы производимъ профилактическое низведение ножки у первородящихъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ягодицы стоятъ подвижно; у многородящихъ только тамъ, гдѣ можно предвидѣть какія либо затрудненія при изгнаніи плода. Взглядъ этотъ имѣетъ не мало противниковъ, которые считаютъ, что низведение ножки нужно дѣлать только при извѣстныхъ показаніяхъ, а не профилактически.

Если ягодицы вколотились настолько, что низведение ножки даже подъ наркозомъ становится невозможнымъ, а положеніе матери или плода требуетъ окончанія родовъ, то слѣдуетъ постараться извлечь ягодицы ручными приемами.

**Затрудненія при родахъ отъ уродствъ и аномаліи плода.** Кромѣ неправильностей положенія, вставленія и членорасположенія, со стороны плода могутъ возникнуть препятствія для родовъ также благодаря простому или двойному уродству его, чрезмѣрному росту, новообразованіямъ, водянкѣ въ одной изъ полостей и. т. п. При неправильности родовъ вслѣдствіе аномаліи плода, при чрезмѣрно большихъ плодахъ приходится поступать обычно по тѣмъ же правиламъ что и при суженіи таза, т. е. руководствоваться тѣмъ, имѣется ли абсолютное или только относительное несоотвѣтствіе между тазомъ и плодомъ. Если имѣется водянка

головы или какой либо другой полости, то лучше всего троакарномъ уменьшить ея объемъ.

При водянкѣ головы (Hydrocephalus), если предлежитъ тазовой конецъ, можно послѣ извлеченія туловища произвести пункцію черезъ спинномозговой каналъ.

Само собой разумѣется, что при всѣхъ этихъ формахъ интересы ребенка уходятъ на задній планъ, такъ какъ шансы на жизнеспособность подобныхъ ребятъ не велики.

Аненцефалія, гемицефалія и т. п. представляютъ препятствіе для рожденія плода въ виду того, что отсутствуетъ способность сгибанія между головой и туловищемъ; для извлеченія такого младенца лучше всего совершить поворотъ его на ножку. Двойные уроды, если представляютъ какія либо осложненія при родахъ, лучше вседо разсѣкаются, хотя обычно уроды эти не достигаютъ большой величины и рождаются безъ особаго труда. Въ каждомъ данномъ случаѣ приходится поступать соотвѣтственно его особенностямъ.

Осложненія вызываемыя близнецами наблюдаются только въ тѣхъ случаяхъ, когда одинъ или оба плода лежатъ въ поперечномъ или косомъ положеніи. Поворотъ и извлеченіе ихъ не представляютъ затрудненія, такъ какъ плоды малы, а полость матки обширна. Осложненіе можетъ встрѣтиться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одинъ изъ плодовъ предлежитъ ягодицами, а другой головкой, тогда извлекая перваго изъ нихъ можно зацѣпить его головку за головку второго. При поворотѣ перваго изъ двоенъ, необходимо отыскивать ножку идя по туловищу плода, т. е. такъ называемымъ длиннымъ путемъ, такъ какъ иначе можно нечаянно захватить ножку вышележащаго плода. Мнѣнія авторовъ расходятся на счетъ того, нужно ли послѣ рожденія перваго ребенка тотчасъ разорвать полость второго яйца или лучше выждать. Мы обычно вызываемъ ускореніе рожденія второго младенца, не дожидаясь пока родовые пути сократятся. Атоническія кровотеченія при этомъ наблюдаются не чаще чѣмъ при выжидательномъ методѣ.

**Затрудненія при родахъ въ зависимости отъ неправильности изгоняющихъ силъ.** Неправильности изгоняющихъ силъ могутъ встрѣтиться въ любой періодъ родового акта. Мы уже говорили о томъ, что въ первый періодъ результатомъ дѣятельности родовыхъ силъ является растяженіе нижняго сегмента, сглаживаніе шейки и раскрытіе зѣва; мы уже указывали и на то, что растяженіе нижняго сегмента и раскрытіе зѣва является результатомъ болѣе сильнаго въ сравненіи съ нимъ строенія мускулатуры тѣла.

**Неправильности схватокъ въ первый періодъ родовъ.** Неправильности перваго періода могутъ зависѣть отъ того, что распределеніе мускулатуры не нормально; это бываетъ какъ врожденнымъ недостаткомъ (двурогая, двуполостная матка и тому подобное), такъ и приобретеннымъ (послѣ разрыва матки, кесарскаго сѣченія, вылушенія фибриомъ, тяжелыхъ послѣродовыхъ заблѣваній и т. п.). Причиной неправильности въ періодѣ раскрытія бываетъ также то, что полость матки чрезмерно растянута своимъ содержимымъ (многоплодіе, гидрамніонъ, головная водянка, водянка живота младенца и т. п.). Во всѣхъ этихъ случаяхъ приходится наблюдать во первыхъ, что роды совершенно не подвижутся (чрезмѣрное растяженіе всей матки), во вторыхъ, въ первомъ періодѣ родовъ растягивается не нижній сегментъ матки, а какой нибудь другой ея отдѣлъ (старые рубцы и дефекты мускулатуры въ тѣлѣ матки) и третье, нижній сегментъ растягивается, но зѣвъ не раскрывается (уплотненіе зѣва, ракъ, рубцы и т. п.).

**Терапія въ первомъ періодѣ родовъ.** Если стѣнка матки чрезмерно растянута своимъ содержимымъ, то, разорвавъ пузырь или пунктируя его или головку при водянкѣ головы, мы обычно можемъ вызвать хорошую родовую дѣятельность; если вмѣсто нижняго сегмента растягивается какой нибудь другой участокъ матки, то дѣло легко можетъ дойти до разрыва матки въ истонченномъ и выпятившемся участкѣ. Поэтому здѣсь нужно принять всѣ мѣры, чтобы уменьшить схватки (опій, морфій и т. п.) и затѣмъ произвести кесарское сѣченіе.

Тамъ, гдѣ нижній сегментъ растягивается хорошо, но гдѣ зѣвъ не раскрывается благодаря своей ригидности, нужно горячими душами и тому подобными мѣропріятіями стараться усилить податливость зѣва; если этого недостаточно, то зѣвъ можно нѣсколько растянуть пальцами, гдѣ есть рубцы разсѣчь послѣдніе, а при наличности новообразованія влагалищной части приходится прибѣгнуть даже къ кесарскому сѣченію.

Вмѣсто расширенія зѣва пальцами предложенъ цѣлый рядъ механическихъ расширителей, изъ которыхъ недавно вызвалъ большую сенсацию расширитель Bossi. Я не стану вамъ описывать подробно этихъ инструментовъ, но позволю себѣ сдѣлать нѣсколько принципіальныхъ указаній по этому поводу.

Говоря о какихъ либо расширителяхъ, необходимо имѣть въ виду, что условія ихъ примѣненія будутъ различны у первородящихъ и многородящихъ. У первыхъ — растяженіе зѣва начинается только послѣ полного сглаживанія шейки. Если вспомнить анатомію влагалищной части, то мы увидимъ, что здѣсь рядомъ

идутъ два процесса: во первыхъ, каналъ шейки растягивается, стѣнки его переходятъ въ нижній сегментъ полости матки, во вторыхъ, своды влагалища сглаживаются и та часть влагалищной стѣнки, которой покрывается влагалищная часть, съ ними сливается. Другими словами вся толща стѣнки влагалищной части расщепляется, внутренняя часть ея, цервикальный каналъ, переходитъ въ нижній сегментъ, наружная часть въ стѣнку влагалища; цѣлый рядъ мышечныхъ и эластическихъ волоконъ разрывается и тѣсное соприкосновеніе внутренней и наружной поверхности влагалищной части болѣе не восстанавливается, такъ что при слѣдующихъ родахъ процессъ сглаживанія шейки и раскрытіе зѣва идутъ одновременно.

Очевидно, что, если стремиться искусственно расширить цервикальный каналъ градуированными расширителями или какиминибудь другими, можно достигнуть расширенія его по столько, по сколько это допускается эластичностью ткани.

Но достигъ нормальнаго и соответствующаго физиологическимъ условіямъ раскрытія невозможно, такъ какъ при этомъ совершенно отсутствуетъ расщепленіе двухъ слоевъ стѣнки влагалищной части; поэтому физиологическими способами раскрытія зѣва могутъ считаться только тѣ, которые вызываютъ усиленіе схватокъ и тѣмъ способствуютъ расщепленію обоихъ листковъ, или тѣ, которые уменьшаютъ сопротивляемость прослоекъ ихъ соединяющихъ: сюда относятся, какъ мы уже указали, горячіе души, являющіеся раздражителями для мускулатуры тѣла, съ другой стороны увеличивающіе гиперемію влагалищной части и различнаго рода метрейринтеры, которые, будучи введены въ полость матки, являются сильными раздражителями и усиливаютъ схватки; механическіе расширители, на какомъ бы они принципѣ ни были основаны, расширяютъ каналъ недостаточно или разрываютъ его стѣнки.

**Неправильности изгоняющихъ силъ во второмъ періодѣ родовъ.** Во второмъ періодѣ родовъ неправильность изгоняющихъ силъ бываетъ слѣдующаго рода: 1) схватки наступаютъ рѣдко; 2) схватки бываютъ часты, но не достаточной силы; 3) схватки бываютъ хотя и достаточны, какъ по количеству, такъ и по силѣ, но потуги не вырабатываются; 4) схватки становятся судорожными. Каждая изъ только что приведенныхъ особенностей имѣетъ свои причины, а слѣдовательно требуетъ и соответственнаго леченія.

Если схватки во время родовъ были очень сильны и часты, то мускулатура матки устааетъ и сокращенія ея становятся рѣже

и слабѣе, такъ назыв. вторичная слабость потугъ. Здѣсь лучше всего больной дать отдохнуть; легкія наркотическія средства являются здѣсь наилучшимъ леченіемъ (морфій 0,01, хлороформъ въ теченіе часа и т. п.); хорошо также дѣйствуетъ продолжительная теплая ванна. Послѣ нѣкотораго отдыха схватки обыкновенно усиливаются и, если нѣтъ какого либо механическаго препятствія, то роды кончаются силами природы.

Если сокращенія матки хороши, но потуги не вырабатываются, то это обычно зависитъ отъ того, что брюшной прессъ недостаточно развитъ (очень жирные или наоборотъ очень истощенные субъекты) или же, благодаря нарушенію правильнаго распределенія мышцъ, его дѣятельность недостаточна (грыжа бѣлой линіи и т. п.). Наконецъ, возможно, что давленіе, производимое предлежащей частью на ganglia cervicalia, при помощи которыхъ передается рефлексъ на брюшной прессъ, недостаточно. Въ первомъ случаѣ приходится замѣнить дѣйствіе брюшного пресса искусственнымъ давленіемъ выжимая плодъ сверху черезъ брюшную стѣнку (способъ Kristeller'a) или же замѣняя давленіе сверху тракціями снизу, (щипцы при головномъ предлежаніи, извлеченіе за ножку при предлежаніи тазовымъ концомъ).

**Способъ Kristeller'a.** По способу Kristeller'a плодъ выжимается слѣдующимъ образомъ: во время схватки обѣ ладони кладутся на дно матки, большіе пальцы на переднюю стѣнку, остальными пальцами матка обхватывается съ боковъ. Затѣмъ она сдавливается со всѣхъ сторонъ, и производится давленіе внизъ. Выжиманіе плода можетъ быть произведено только при тѣхъ условіяхъ, при которыхъ нормально брюшной прессъ начинаетъ проявлять свою дѣятельность, т. е. когда зѣвъ совершененъ и воды прошли. Къ тому же необходимо, чтобы головка уже вставилась во входъ таза, иначе подъ влияніемъ давленія ребенокъ сгибается и поступательное движеніе не наступитъ. Выжиманіе можно примѣнять только въ моментъ схватки; внѣ схватки оно, какъ и нормальная потуга, будетъ дѣйствительнымъ только тогда, когда головка стоитъ уже въ полости таза.

Противопоказаніемъ къ примѣненію способа Кристелера является рѣзкое истонченіе нижняго сегмента, точно также какъ оно служитъ противопоказаніемъ и для сильныхъ естественныхъ потугъ, или пространственное несоотвѣтствіе между головкой и родовыми путями.

У первородящихъ, у которыхъ тазовое дно очень упруго, выжиманіе рѣдко приводитъ къ цѣли, тѣмъ болѣе, что у нихъ часто наблюдаются упругія брюшныя стѣнки, которыя не даютъ возмож-

ности хорошо захватить матку и здѣсь все дѣло обычно сводится къ общему повышенію давленія въ брюшной полости и къ болѣе сильному надавливанію предлежащей части на дно таза. Последнее въ свою очередь усиливаетъ рефлекторное сокращеніе брюшного пресса.

Если наружнымъ выжиманіемъ результата не достигается, то приходится прибѣгнуть къ щипцамъ. О техникѣ наложенія щипцовъ и тѣхъ условіяхъ, при которыхъ оно возможно, мы уже говорили; здѣсь же мы только отмѣтимъ, что тамъ, гдѣ роды замедляются только вслѣдствіе слабости потугъ, а другихъ отклоненій въ ихъ теченіи нѣтъ, щипцы обычно оказываютъ превосходныя услуги.

Если предлежитъ не головка, а ягодицы, то особенно часто наблюдается слабость потужной дѣятельности. Однако и здѣсь выжиманіе по Кристелеру рѣдко приводитъ къ цѣли. Въ этихъ случаяхъ при слабости потугъ изгоняющую силу приходится замѣнить потягиваніемъ за предлежащую часть (извлеченіе за ножки). Въ то время какъ ягодицы лежатъ высоко, онѣ представляютъ собою наименѣе удобный объектъ для извлеченія. Если можно, то входятъ согнутымъ пальцемъ въ передній пахъ и тянутъ ягодицы книзу; если пальцемъ войти невозможно, его можно замѣнить крючкомъ Браун'а.

Для этого во влагалище вводится лѣвая рука по передней стѣнкѣ, затѣмъ подъ ея прикрытіемъ туда-же вводится крючекъ Браун'а и подъ руководствомъ пальцевъ накладывается на паховой сгибъ. Крючекъ Браун'а, наложенный правильно является надежной держалкой, съ помощью которой легко извлечь ягодицы, но если онъ легъ не вполне удачно, то имъ легко нанести серьезныя поврежденія младенцу. Въ виду только что указанныхъ трудностей при извлеченіи за ягодицы, мы обычно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при предлежаніи ягодицъ есть основаніе ожидать тяжелыхъ родовъ, низводимъ ножку, для того чтобы во всякое данное время, при необходимости закончить роды, имѣть возможность извлечь младенца за нее. У первородящихъ мы низведеніе ножки производимъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ стояніе ягодицъ это позволяетъ. У многородящихъ только тогда, когда есть основаніе предполагать какія либо осложненія.

Слабость потугъ не всегда, однако, стоитъ въ зависимости отъ того, что брюшныя мышцы ослабли. Иной разъ брюшной прессъ плохо работаетъ только оттого, что раздраженіе со стороны *Ganglia cervicalia* слишкомъ незначительно. Это зависитъ оттого, что плодикъ невеликъ и головка, входя во входъ въ тазъ, всетаки мало давитъ на зашеечные узлы. Лучшимъ средствомъ

здѣсь является нажать нѣсколько разъ на дно матки и такимъ образомъ усилить давленіе подлежащей части на зашеечные узлы; хорошія услуги оказываетъ также кольпейринтеръ, введенный во влагалище и давящій на зашеечные узлы снизу.

Кромѣ того предложень еще цѣлый рядъ фармацевтическихъ средствъ, усиливающихъ сокращеніе матки и, такимъ образомъ, вызывающихъ болѣе сильный рефлексъ со стороны брюшного пресса, но всѣ они обычно мало достигаютъ цѣли; нѣкоторые изъ нихъ, какъ напр. спорынья и всѣ ея производныя, часто бываютъ просто вредны.

Тамъ, гдѣ есть на лицо механическія препятствія для прохожденія плода, схватки часто пріобрѣтаютъ судорожный характеръ, т. е. промежутковъ между ними почти нѣтъ. Въ этихъ случаяхъ показаны наркотическія средства и быстрое окончаніе родовъ.

Замѣну изгоняющихъ силъ искусственнымъ извлеченіемъ младенца приходится примѣнять также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣятельность брюшного пресса можетъ вредно отразиться на общемъ состояніи роженицы, какъ напр. при заболѣваніяхъ сердца, легкихъ и т. п.

#### **Неправильности изгоняющихъ силъ въ послѣродовомъ періодѣ.**

Особенно опасной для роженицъ является недостаточность схватокъ въ третьемъ періодѣ родовъ; послѣдствіемъ ея бываетъ прежде всего долгая продолжительность третьяго періода. Послѣдъ не отдѣляется, но это наименьшее изъ золъ. Гораздо хуже, если послѣдъ отдѣляется частично, такъ какъ при этомъ наблюдается болѣе или менѣе значительное кровотеченіе. Въ такихъ случаяхъ необходимо удалить послѣдъ искусственно.

**Способъ Credè.** Наболѣе обычный способъ, такъ назыв. способъ Credè. Энергичными растираніями матки достигается хорошее ея сокращеніе, благодаря которому послѣдъ отдѣляется отъ маточной стѣнки. Затѣмъ, положивъ ладонь на дно матки, большой палецъ на переднюю стѣнку, а остальные на заднюю, матку сжимаютъ. Fritsch сравниваетъ это съ выжиманіемъ лимона. При этомъ послѣдъ обычно выдавливается изъ полости матки во влагалище, а оттуда наружу. Но очень часто послѣ удаленія послѣда матка продолжаетъ сокращаться вяло; благодаря этому сосуды пупочнаго мѣста не закрываются и кровотеченіе продолжается. Здѣсь приходится примѣнить всѣ средства, чтобы вызвать хорошія сокращенія матки. Мы примѣняемъ ихъ обычно въ слѣдующей послѣдовательности.

**Терапія послѣродовой атоніи.** Прежде всего энергичный массажъ. Если онъ не помогаетъ, то горячіе влагалищныя души и внутриматочныя спрыцеванія горячимъ борнымъ или физиологическимъ растворомъ до 40°. Если и эти средства остаются безъ результата, то производится комбинированный массажъ и даже внутриматочный массажъ, т. е. въ полость матки вводится одна



40.

Выжиманіе послѣда по Credè (Bumm).

рука, складывается тамъ въ кулакъ, а другая рука массируетъ матку. Какъ наиболѣе дѣйствительное средство для остановки послѣродового кровотока Dührsen предложилъ плотную тампонацію полости матки іодоформенной марлей. Однако, въ очень тяжелыхъ случаяхъ атоніи и она не помогаетъ, потому что плотно затампонировать растяжимый мѣшокъ, какимъ является послѣродовая атоническая матка, невозможно. Fritsch совѣтуетъ приподнять матку по возможности выше и, проведя руку черезъ брюшныя стѣнки по ея задней поверхности, прижать ее къ лону, въ ямку-же, образовавшуюся на брюшныхъ стѣнкахъ за маткой, положить сложенную простыню и туго забинтовать животъ бинтомъ; кромѣ того сжимается и аорта. Henskel сообщилъ, что въ рядѣ



случаевъ ему удалось прекратить атоническое кровотеченіе захвативъ крѣпкими двузубцами стѣнку влагалища у основанія широкихъ связокъ, и прижавъ такимъ образомъ маточную артерію. Онъ очень рекомендуетъ этотъ способъ, хотя здѣсь и является возможность временнаго сдавленія мочеточниковъ.

Въ одномъ случаѣ рѣзкаго атоническаго кровотеченія, не поддавашагося никакому леченію, мы должны были прибѣгнуть къ полному удаленію матки чрезъ влагалище. Изъ фармакологическихъ средствъ наиболѣе дѣйствительными являются спорынья и ея производныя; желатина, адреналинъ и др. не оправдали возложенныхъ на нихъ надеждъ.

Изъ только что приведеннаго перечня средствъ борьбы съ атоническимъ кровотеченіемъ вы можете судить о томъ роковомъ значеніи, которое часто имѣетъ для роженицы это осложненіе. Отчего же оно зависитъ? Прежде всего и чаще всего отъ рѣзкаго растяженія матки во время беременности (многоводіе, многоплодіе); 2) отъ очень быстраго освобожденія матки отъ ея содержимаго (быстрые естественные и искусственные роды); 3) перерожденіе маточной стѣнки, фиброиды въ ней и т. п. Особенное вниманіе ваше мы позволимъ себѣ обратить на то, что атонія матки чрезвычайно часто наблюдается послѣ наложенія щипцовъ. Это зависитъ отчасти оттого, что слабость схватокъ существовала до наложенія щипцовъ и явилась показаніемъ къ нимъ, а отчасти оттого, что при извлеченіи плода щипцами матка быстро опорожняется отъ своего содержимаго и не можетъ сразу приспособиться къ новымъ условіямъ.

**Показанія къ оперативному вмѣшательству со стороны общаго состоянія матери.** Общее состояніе матери подаетъ поводъ къ операціямъ, какъ во время беременности, такъ и во время родовъ. Беременность, внося въ организмъ цѣлый рядъ измѣненій, остающихся физиологическими у здоровой женщины, у больной женщины часто вызываетъ измѣненія непосредственно грозящія жизни. Въ виду этого, для спасенія матери, иной разъ приходится прерывать беременность и пожертвовать жизнью плода. Поводомъ къ искусственному прерыванію беременности вначалѣ ея могутъ служить только такія заболѣванія матери, которыя при продолженіи беременности грозятъ ея жизни и которыя стоятъ въ извѣстной зависимости отъ беременности. Сюда относятся неукротимая рвота и прогрессирующій нефритъ. Однако, есть еще цѣлый рядъ заболѣваній, которыя, хотя и не являются слѣдствіемъ беременности, но на которыя беременность оказы-

ваетъ фатальное вліяніе и поэтому она должна быть прервана по возможности раньше.

**Туберкулезъ.** Прежде всего укажемъ на туберкулезъ въ начальныхъ его стадіяхъ. Съ беременностью процессъ обычно рѣзко ухудшается и доводитъ больную часто до чрезвычайно тяжелаго состоянія. Прерываніе беременности при туберкулезѣ имѣетъ однако смыслъ только при начальныхъ формахъ заболѣванія и въ начальныхъ стадіяхъ беременности. Рѣзко выраженный туберкулезъ не пройдетъ и послѣ выкидыша. Съ другой стороны при поздней стадіи беременности прерываніе ея и послѣродовой періодъ по своему вліянію не слишкомъ отличаются отъ срочныхъ родовъ.

**Пороки сердца.** Если прерываніе беременности при начальныхъ стадіяхъ туберкулеза въ общемъ признается большинствомъ авторовъ, то взгляды на эту операцію при порокахъ сердца расходятся. Schauta, основываясь на большомъ матеріалѣ Вѣнскихъ клиникъ, указываетъ, что порокъ сердца является показаніемъ къ выкидышу только при нарушеніи компенсаціи, не поддающемся леченію. Того-же взгляда придерживается и цѣлый рядъ другихъ авторовъ. Peter, наоборотъ, указываетъ на большую опасность беременности для сердечныхъ больныхъ и требуетъ производства выкидыша. Если принять во вниманіе тотъ фактъ, что нарушеніе компенсаціи наступаетъ обычно только во время самыхъ родовъ или въ послѣродовомъ состояніи, что часто его нельзя предвидѣть, и что наступаетъ оно такъ бурно, что сплошь и рядомъ кончается скоростипижной смертью больной, то нельзя не присоединиться къ мнѣнію Peter'a.

Намъ въ Повивальномъ Институтѣ и въ практикѣ пришлось наблюдать цѣлый рядъ больныхъ, погибшихъ во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ благодаря недостаточности сердечной дѣятельности. Въ особенности памятенъ намъ случай, гдѣ одной больной, при первой беременности, по поводу *Insufficiencia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi* мы произвели выкидышъ. Вторую беременность больная не пожелала прерывать. До 9-го мѣсяца нарушенія компенсаціи не было. Но на 9-мъ мѣсяцѣ появилась родовая дѣятельность, а съ нею и рѣзкое нарушеніе компенсаціи. Больная нѣсколько оправилась, родила дѣвочку съ атрофіей обоихъ глазныхъ яблокъ, но черезъ мѣсяцъ погибла отъ все увеличивавшейся недостаточности сердечной дѣятельности.

Недостаточность двухстворки и суженіе венознаго отверстія, въ особенности пріобрѣтенныя, являются особенно опасными при

беременности и мы ихъ рѣшительно причисляемъ къ заболѣваніямъ являющимся показателями къ прерыванію беременности. И здѣсь, какъ при туберкулезѣ, выкидышъ долженъ быть вызванъ возможно раньше. Преждевременные роды пользы не приносятъ. Изъ другихъ заболѣваній приходится упомянуть психозы развивающіяся въ послѣродовомъ періодѣ.

**Заболѣванія половой сферы.** Что касается заболѣванія половых органовъ, то приходится имѣть въ виду главнымъ образомъ новообразования матки: фиброміому и ракъ. Въ иныхъ случаяхъ, гдѣ быстро растущая фиброміома угрожаетъ жизни матери, показано удаленіе ея вмѣстѣ съ плодомъ; если фиброміома не вызываетъ угрожающихъ симптомовъ, то слѣдуетъ подождать конца беременности. При оперативныхъ формахъ рака радикальная операція показана немедленно по установленіи діагноза. Если случай запущенный, то ждутъ конца беременности. Кроме того показаніемъ къ прерыванію беременности можетъ послужить ущемленіе запрокинувшейся матки.

Для всѣхъ этихъ случаевъ рѣшатъ вопросъ о необходимости выкидыша нужно не единолично, а коллегіально, такъ какъ иначе вы можете подвергнуть себя несправедливымъ нареканіямъ. О каждомъ случаѣ законнаго искусственнаго выкидыша обычно составляется протоколъ, который подписывается участниками консультаціи. Тѣ же самыя заболѣванія, которыя въ началѣ беременности вызываютъ необходимость искусственнаго выкидыша, могутъ при нѣсколькихъ развившихся симптомахъ послужить поводомъ и для преждевременныхъ родовъ.

Установивъ показаніе къ искусственному выкидышу, мы стараемся произвести его по возможности раньше. При возбужденіи же преждевременныхъ родовъ, наоборотъ, слѣдуетъ выждать по возможности дольше, такъ какъ въ интересахъ плода важно выиграть каждую недѣлю. О technikѣ искусственнаго выкидыша и преждевременныхъ родовъ мы говорили въ бесѣдѣ объ узкомъ тазѣ. Во время родовъ заболѣванія дыхательныхъ органовъ и сердца, нефриты и т. п. часто требуютъ немедленнаго окончанія родовъ. Тогда приходится прибѣгнуть къ одному изъ упомянутыхъ способовъ расширенія зѣва, лучше всего метрейринтеру, а затѣмъ, судя по обстоятельствамъ, наложить щипцы, произвести поворотъ и извлеченіе, перфорировать ребенка и т. д. вплоть до кесарскаго сѣченія. Очень часто оперативное вмѣшательство требуется для устраненія тѣхъ нарушеній компенсаціи, которыя наблюдаются при родахъ. При производствѣ операціи у сердечнобольныхъ съ нарушенной компенсаціей, операціи при-

ходится производить безъ наркоза или подъ слабымъ хлороформнымъ наркозомъ. Необходимо озаботиться, чтобы извлечение младенца происходило медленно, такъ какъ больному сердцу трудно приспособиться къ быстрому измѣненію давленія. Съ этой же цѣлью по мѣрѣ опорожненія матки хорошо перетянуть животъ больной широкимъ полотенцемъ, дать возбуждающія и т. п.

**Операции при заболѣваніи яйца.** Заболѣванія яйца могутъ подать поводъ къ оперативному вмѣшательству какъ во время беременности, такъ и во время родовъ. Начиная съ самага перваго времени беременности въ яйцѣ и оболочкахъ могутъ происходить различнаго рода патологическія измѣненія, которыя чаще всего вызываютъ смерть плода и прерываніе беременности, т. е. выкидышъ.

Выкидышемъ, какъ вы знаете, называется изгнаніе плоднаго яйца въ періодъ отъ начала беременности до того времени, пока плодъ не достигнетъ такого развитія, что становится жизнеспособнымъ. Само собой разумѣется, что терапия выкидыша будетъ различна въ зависимости отъ срока беременности. Прежде, чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію терапіи, мы позволимъ себѣ въ нѣсколькихъ словахъ описать теченіе выкидыша въ различные періоды беременности.

Въ первые мѣсяцы беременности мы отличаемъ типическое и атипическое теченіе выкидыша. Въ первомъ случаѣ дѣло начинается сокращеніемъ матки, благодаря которому яйцо отдѣляется отъ стѣнокъ матки, но цѣлость его не нарушается. Вслѣдъ за яйцомъ отдѣляется *decidua vera*; кровь выдѣляющаяся при этомъ, остается между стѣнками матки и яйцомъ, на подобіе того, какъ при нормальномъ отдѣленіи послѣда; она образуетъ сгустки и такимъ образомъ увеличиваетъ объемъ плоднаго яйца. Благодаря сокращеніямъ матки, наполненной не сжимающимся содержимымъ, нижній сегментъ растягивается и отдѣленное яйцо вмѣстѣ со всѣми оболочками выталкивается въ каналъ шейки, а затѣмъ наружу. Въ такихъ случаяхъ кровотеченіе можетъ почти отсутствовать.

При атипичномъ теченіи выкидыша мы видимъ, что отдѣляясь отъ матки, та или другая оболочка разрывается, выдѣляющаяся кровь вытекаетъ наружу, спавшееся плодное яйцо и оболочки, благодаря своей мягкости, при сокращеніяхъ матки сжимаются. Растяженія нижняго сегмента не происходитъ, и тогда, при совсѣмъ закрытой маткѣ, можетъ наблюдаться сильное кровотеченіе.

Если яйцо достигло уже большой величины, то въ началѣ вы-

кидыша нижній сегментъ растягивается, но затѣмъ разрываются оболочки, околоплодная вода вытекаютъ, а часто и самъ плодикъ рождается, а въ полости остаются мягкія оболочки; благодаря этому сокращенія матки становятся мало дѣйствительными, содѣржимое ея полости не извергается, кровотеченіе продолжается, а оболочки, разлагаясь, долго выходятъ по частямъ, поддерживая все время субъинволюцію матки. Каналь шейки остается при этомъ полуоткрытымъ. Съ конца четвертаго мѣсяца и дальше, чѣмъ яйцо старше, тѣмъ болѣе выкидышъ напоминаетъ теченіе нормальныхъ родовъ: начинаются схватки, нижній сегментъ растягивается, шейка сглаживается, раскрывается зѣвъ, въ него вставляется нижній полюсъ яйца. Если водъ немного, то яйцо можетъ выйти цѣликомъ, если же водяной пузырь напряженъ, то онъ разрывается, рождается ребенокъ а вслѣдъ за нимъ выходитъ послѣдъ. Отпадающая оболочка въ это время атрофирована.

При типическомъ теченіи выкидыша обычно вмѣшательство искусства не требуется. Сокращеніемъ матки вся отпадающая оболочка отдѣляется отъ маточной стѣнки и яйцо цѣликомъ извергается. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ края наружнаго зѣва ригидны, яйцо удерживается въ каналѣ шейки и тогда ее легко удалить пальцемъ или корнцангомъ.

Для того, чтобы быть увѣреннымъ, что все яйцо извергнуто цѣликомъ, необходимо разсмотрѣть препаратъ и убѣдиться, что онъ состоитъ изъ слѣдующихъ частей: 1) отпадающая оболочка, 2) заворачивающаяся оболочка, 3) ворсистая оболочка и 4) водная оболочка. Въ послѣдней лежитъ плодикъ, который часто впрочемъ отсутствуетъ, такъ какъ растворяется въ околоплодныхъ водахъ. Начиная съ половины третьяго мѣсяца, отпадающая и заворачивающаяся оболочки срастаются, такъ что при выкидышѣ находимъ только три оболочки.

Совершенно выжидательно приходится держаться также при выкидышѣ въ позднихъ мѣсяцахъ беременности, который проводится въ общемъ какъ роды. Въ виду часто встрѣчающагося здѣсь поперечнаго положенія плода, приходится прибѣгать къ повороту на ножку.

При атипическомъ теченіи раннихъ выкидышей выжидательное положеніе врача рѣдко возможно. Здѣсь мы часто встрѣчаемся съ очень серьезнымъ показаніемъ къ вмѣшательству, именно кровотеченіемъ, наступающимъ въ различные періоды выкидыша. Въ иныхъ случаяхъ оно появляется тогда, когда шейка уже сглажена, зѣвъ открытъ, часть яйца вышла. Здѣсь, очевидно, терапия должна состоять только въ томъ, что удаляются изъ полости

матки оставшіяся части плоднаго яйца и оболочекъ. Если раскрытіе такъ велико, что палець легко проникаетъ въ полость матки, то имъ опредѣляютъ, лежатъ ли остатки свободно въ полости, или они еще прикрѣплены къ стѣнкѣ. Въ первомъ случаѣ ихъ легко можно выжать изъ матки по способу Budin'a, т. е. зайдя двумя пальцами одной руки въ задній сводъ, второй рукой захватываютъ матку сквозь брюшные покровы и такимъ образомъ выжимаютъ ея содержимое. Если это не удается, то содержимое матки просто удаляется пальцемъ, или же, обнаживъ влагалищную часть зеркалами, захватываютъ ее пулевыми щипцами и методически удаляютъ все содержимое матки корнцангомъ. Послѣдовательное выскабливаніе является лишнимъ, разъ пальцемъ можно было убѣдиться, что вся decidua отдѣлилась отъ маточной стѣнки. Слѣдовательно, въ случаяхъ, гдѣ каналъ шейки легко проходимъ для пальца и гдѣ оболочки уже отдѣлены, очищеніе полости матки можетъ быть произведено пальцами или инструментомъ безразлично. Мы и здѣсь предпочитаемъ корнцангъ, такъ какъ имъ эту манипуляцію можно произвести болѣе чисто и она менѣе болѣзненна. Если не вся decidua отдѣлена отъ стѣнокъ матки, то отдѣленіе ея мы производимъ обычно петлей большаго или меньшаго размѣра, соотвѣтственно ширинѣ цервикальнаго канала. Обойдя всѣ стѣнки матки петлей, мы удаляемъ отдѣленные оболочки съ помощью корнцанга. При выкидышѣ въ самомъ раннемъ періодѣ беременности въ корнцангъ особенной необходимости не встрѣчается, такъ какъ оболочки еще такъ мало объемисты и рыхлы, что легко удаляются петлей.

Отдѣленіе оболочекъ пальцемъ, конечно, также возможно, но отдѣленіе всей decidua пальцемъ значительно труднѣе, чѣмъ петлей, и кромѣ того опасность инфекціи при этомъ значительнѣе.

Говорить въ этихъ случаяхъ объ опасности пораненія матки, при правильномъ примѣненіи инструментовъ, едва ли возможно, такъ какъ каналъ шейки широкъ, а тѣло матки болѣе или менѣе сокращено. Необходимо только точно опредѣлить положеніе матки.

Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ о терапіи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показанія къ вмѣшательству являются при закрытомъ зѣвѣ и несглаженной шейкѣ. Показаніемъ здѣсь обычно является сильное кровотеченіе или повышенная температура, въ зависимости отъ разложенія яйца. При сильномъ кровотеченіи шансы удержать развитіе выкидыша не велики, даже при незначительныхъ сокращеніяхъ матки. Поэтому для прекращенія кровотеченія здѣсь прибѣгаютъ къ средствамъ, ускоряющимъ отдѣленіе яйца. Этого можно достигнуть двумя способами: первый — усилить сокращеніе матки, второй — расширить искусственно каналъ

шейки, отдѣлить и удалить яйцо. Въ первомъ случаѣ тампонируютъ каналъ шейки и влагалище іодоформенной марлей. Этимъ достигается двойной эффектъ: излитіе крови наружу прекращается, она остается въ полости матки, свертывается тамъ и, съ одной стороны является естественнымъ тампономъ, съ другой стороны, расширяя полость матки, усиливаетъ сокращенія ея стѣнокъ; кромѣ того самъ цервикально-влагалищный тампонъ является возбудителемъ сокращеній. Тампонъ необходимо положить такимъ образомъ, чтобы онъ плотно облегалъ влагалищную часть и выполнялъ своды. Удаляя черезъ 10—12 часовъ тампонъ, мы сплошь и рядомъ видимъ, что вслѣдъ за нимъ изъ цервикальнаго канала выходитъ и все отдѣлившееся яйцо. Однако это бываетъ далеко не всегда: часто, несмотря на тампонъ, кровотечение продолжается и тогда по необходимости приходится прибѣгнуть къ болѣе радикальной мѣрѣ, т. е. къ расширенію цервикальнаго канала.

Примѣненіе въ этихъ случаяхъ расширителей, дѣйствующихъ путемъ набуханія (*laminaria*, *tupelo* и т. п.) конечно не показано, такъ какъ для своего дѣйствія они требуютъ около сутокъ. Лучше всего прибѣгать здѣсь къ градуированнымъ бужамъ (расширители *Neegar'a*, *Fritsch'a* и т. п.). Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, чисто пальцевое удаленіе яйца невозможно и является вопросъ что выгоднѣе для больной—вести дѣло до конца инструментами, или-же, расширивъ ими цервикальный каналъ, закончить операцію пальцами. Мы обычно рѣшаемъ этотъ вопросъ въ пользу инструментовъ, такъ какъ при этомъ приходится расширить каналъ шейки, въ зависимости отъ срока беременности, отъ 12—16 мм., тогда такъ для того, чтобы войти въ полость матки пальцемъ, необходимо вести расширение до 20—22 мм. Хотя шейка во время беременности очень рыхла и податлива, однако столь значительное расширение ея тепроче, до сглаживанія, обязательно ведетъ къ глубокому разрыву, доходящему иной разъ до основанія широкой связки. Разрывы эти еще усиливаются при манипуляціяхъ пальцами.

Противники инструментальнаго метода основываются, главнымъ образомъ, на опасности перфорации маточной стѣнки при введеніи инструментовъ. Если мы имѣемъ дѣло съ закрытымъ цервикальнымъ каналомъ, то для достиженія быстрого его расширения, которое часто бываетъ необходимымъ, мы неизбежно должны пользоваться расширителями, послѣдними же, какъ и всякими другими инструментами, можно прободать матку.

Изъ 178 случаевъ собранныхъ *Stumpf'омъ*, перфорация произведена расширителями 19 разъ, корнцангомъ—7 разъ. Цифры

эти, конечно, не имѣютъ абсолютнаго значенія, т. к. въ литературу попадаетъ только незначительная часть подобныхъ несчастныхъ случаевъ. Безспорно, число прободеній вообще, а расширителями въ частности, значительно больше, но они даютъ намъ указанія на то, что опасность прободенія лежитъ не столько въ томъ или другомъ инструментѣ, сколько въ свойствахъ беременной матки. Тотъ же Stumpf указываетъ, что въ двухъ случаяхъ прободеніе матки было произведено пальцами. Въ виду этого мы не можемъ согласиться съ авторами, которые совѣтуютъ при лѣченіи выкидыша совершенно отказаться отъ инструментовъ.

Гораздо важнѣе при операциіи принять во вниманіе особенности беременной матки. Прежде всего слѣдуетъ помнить, что конфигурація матки при беременности рѣзко измѣняется. Въ виду наибольшаго размягченія надвлагалищной части, уголъ между тѣломъ матки и шейкой становится значительно болѣе выраженнымъ. Поэтому расширитель, введенный горизонтально, попадаетъ въ заднюю стѣнку матки, введенный же болѣе вертикально—въ переднюю стѣнку ея.

Прежде чѣмъ приступить къ расширенію, необходимо пулевыми щипцами натянуть шейку и такимъ образомъ сдѣлать цервикальный каналъ болѣе прямымъ. вмѣсто нормальной антефлексіи, матка часто оказывается запрокинутой кзади. Здѣсь до операциіи необходимо ея репонировать. Всегда необходимо предварительно изучить ходъ цервикальнаго канала, что достигается осторожнымъ зондированіемъ. Если во время расширенія является сомнѣніе въ томъ, правильно ли идетъ расширитель, то зондированіе слѣдуетъ повторить.

Второй особенностью беременной матки является значительная разрыхленность и дряблость ея мышцы. Съ одной стороны это способствуетъ болѣе легкому расширенію цервикальнаго канала, съ другой стороны ткань легче рвется, чѣмъ въ небеременномъ состояніи, такъ что является опасность, какъ непосредственнаго разрыва при чрезмѣрномъ расширеніи такъ и проложенія ложнаго пути. Для уменьшенія опасности перфорациі тѣла матки, мы при инструментальномъ очищеніи ея полости, послѣ необходимаго расширенія цервикальнаго канала, вспрыскиваемъ больной подъ кожу эрготинъ; матка при этомъ сокращается, стѣнки ея становятся плотнѣе, на ширинѣ же цервикальнаго канала сокращеніе ея мало отзывается. Вводя инструменты въ полость матки, не слѣдуетъ употреблять никакого насилія, а осторожно доходить до дна, всегда слѣдя за тѣмъ, соотвѣтствуетъ ли длина части погруженнаго инструмента величинѣ матки: извлекая петлей или корнцангомъ содержимое матки, рассматриваютъ каждый клочекъ



удаленной ткани, чтобы сразу же опредѣлить, не выходят ли какія-нибудь ткани, не относящіяся къ яйцу, т. е. не совершена ли перфорация и не попали ли въ полость матки органы брюшной полости. Методическими спокойными манипуляціями обычно удается довольно скоро удалить изъ полости матки все ея содержимое и травматизация матки при этомъ бываетъ минимальна. Преимущество инструментальнаго способа при лѣченіи выкидыша особенно ясно выражено въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется уже инфекция въ самой маткѣ или окружающей клѣтчаткѣ; при удаленіи остатковъ яйца пальцемъ здѣсь часто, благодаря рѣзкой травматизаціи, процессъ сильно распространяется, тогда какъ инструментальнымъ способомъ матку можно очистить, почти что не смѣщая ее.

Изъ осложненій при лѣченіи выкидыша чаще всего встрѣчается неполное удаленіе всего содержимаго матки. Избѣгнуть этого легче всего, если оперировать подъ наркозомъ; тогда не приходится особенно спѣшить и больная не мѣшаетъ. Лучшимъ признакомъ того, что матка пуста, является ея хорошее сокращеніе и уменьшеніе объема. Если остаются части яйца, отдѣленные отъ стѣнки, то онѣ часто выходятъ при удаленіи тампона, который вкладывается при концѣ операціи. Если остаются части яйца, еще прикрѣпленные къ стѣнкѣ, то матка остается въ субинволюціи, кровоотдѣленіе продолжается и тогда приходится черезъ нѣсколько дней повторить операцію. Понятно, что если выдѣленіе яйца производилось не при вполне асептической обстановкѣ, то можетъ наступить инфекция со всѣми ея послѣдствіями.

Гораздо рѣже, но тяжелѣе, осложненія, наступающія при нарушеніи цѣлости матки. Выше мы указали, что незначительные разрывы стѣнокъ цервикальнаго канала наблюдаются какъ правило при болѣе значительномъ его расширеніи. Въ чистыхъ случаяхъ эти пораненія проходятъ безслѣдно, въ инфицированныхъ они часто вызываютъ тяжелые параметриты. Но иной разъ при расширеніи вся стѣнка цервикальнаго канала разрывается вплоть до околоматочной клѣтчатки, и тогда получаютъ явленія какъ при неполномъ разрывѣ матки. Это происходитъ или при чрезмѣрномъ расширеніи цервикальнаго канала, или если расширителями проложенъ былъ ложный ходъ. Если пораненіе замѣчено своевременно, то необходимо дренировать его іодоформенной марлей. Наконецъ поранена можетъ быть не шейка, а тѣло матки, причемъ обычно бываютъ сквозныя отверстія, проходящія въ полость брюшины. Прободенія маточной стѣнки во время операціи обращаютъ на себя вниманіе тѣмъ, что введенный инструментъ погружается чрезвычайно глубоко въ полость матки. Если это замѣчено своевременно, то необходимо

по возможности скорѣе закончить операцію, воздержаться отъ введенія въ полость матки какой-либо жидкости, вызвать возможно энергичныя сокращенія матки (эрготинъ, ледъ) въ послѣ-операціонномъ періодѣ и тщательно наблюдать за больной. При асептическомъ оперированіи такое прободеніе матки небольшимъ инструментомъ (зондомъ, небольшого калибра петлей или ложечкой) обычно проходитъ безъ реакціи, въ септическихъ случаяхъ можетъ наступить перитонитъ. Чѣмъ мельче инструментъ, которымъ оперируютъ, тѣмъ легче совершается прободеніе, въ виду чего выгоднѣе примѣнять наиболѣе крупные инструменты, конечно соотвѣтственно ширинѣ цервикальнаго канала каждаго даннаго случая. Самыя тяжелыя поврежденія наступаютъ при прободеніи матки корнцангомъ или другимъ подобнымъ инструментомъ, такъ какъ ими легко захватить и втянуть въ матку, а изъ нея наружу, брюшныя органы (сальникъ, appendix epiploicum, кишку и т. п.). Если извлеченъ небольшой участокъ, сальникъ или appendix epiploicum, то опустивши больную въ Тренделенбурговское положеніе и сильно потянувъ матку за шейку, удается репонировать извлеченный органъ въ полость брюшины; тогда тампонируютъ матку, вызываютъ сокращеніе ея стѣнокъ и выжидаютъ. Если особыхъ явленій со стороны брюшины не наступаетъ, то этимъ можно ограничиться, но если появляются симптомы раздраженія брюшины, или если извлечена была кишка, необходимо произвести чревосѣченіе, чтобы разобратъся въ степени нанесеннаго пораненія и поступить по обстоятельствамъ.

Выше мы указали, что прободеніе матки возможно при самомъ тщательномъ оперированіи и не смотря на всѣ принятыя мѣры предосторожности. Однако внимательный операторъ не можетъ его не замѣтить и, если сейчасъ же принять соотвѣтственныя мѣры, то въ большинствѣ случаевъ роковыхъ послѣдствій оно за собой не повлечетъ. Къ этому осложненію нужно быть готовымъ и нужно умѣть бороться съ его послѣдствіями.

Своевременная раціональная помощь можетъ спасти больную даже при очень тяжелыхъ поврежденіяхъ. Для примѣра приведемъ случай, который намъ пришлось оперировать весной этого года.

Въ С.-П. Гинекологическій Институтъ была привезена больная съ прободеніемъ въ днѣ матки и выпавшимъ сальникомъ. t<sup>o</sup> была 40,2, пульсъ—около 140. Общее состояніе больной очень плохое. Въ виду септическаго зараженія перфорированная матка немедленно была удалена влагалищнымъ путемъ, выпавшая часть сальника резецирована. Освѣтивъ брюшную полость мы могли убѣдиться, что другіе органы не были повреждены. Больная выписалась изъ института на 16 день послѣ операціи вполне здоровой.

Еще экзквизитнѣе случай, доложенный Садовскимъ въ С.-П. Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ. Послѣ прободенія матки у больной была извлечена и отрѣзана тонкая кишка на протяженіи 4 аршинъ; доставленная въ клинику въ очень тяжеломъ видѣ, больная была подвергнута чревосѣченію, концы отрѣзанной кишки были сшиты и больная вполнѣ оправилась.

Мы позволяемъ себѣ резюмировать все вышесказанное въ слѣдующихъ выводахъ:

1) Типически протекающіе выкидыши обычно не требуютъ никакого оперативнаго вмѣшательства.

2) Если кровотеченіе даетъ показаніе къ вмѣшательству, то при закрытой маткѣ слѣдуетъ плотно затампонировать каналъ шейки и влагалище.

3) При кровотеченіи, не останавливаемомъ отъ тампонаціи, или при повышенной температурѣ, закрытый цервикальный каналъ расширяется *ex tempore* градуированными расширителями и плодное яйцо удаляется инструментальнымъ путемъ.

4) Если шейка сглажена и зѣвъ открытъ, то яйцо выжимается двуручнымъ способомъ или, если это не удастся, удаляется пальцемъ или инструментами.

5) Начиная съ 4 мѣсяца беременности, выкидышъ ведется какъ преждевременные роды; гдѣ необходимо немедленное удаленіе яйца, а каналъ шейки еще закрыть, лучше прибѣгнуть къ влагалищному кесарскому сѣченію.

6) Прободеніе матки производится чаще всего вслѣдствіе неправильной конфигураціи матки и разрыхленности ея ткани. Передъ введеніемъ инструментовъ необходимо выпрямить каналъ шейки.

7) Прободеніе матки, являясь тяжелымъ осложненіемъ операціи, не всегда можетъ быть разсматриваемо какъ врачебная ошибка.

8) Своевременная и рациональная помощь обычно спасаетъ больную даже при значительной травматизаціи родовыхъ путей.

**Mola Hydatidosa.** Кромѣ прерыванія беременности, со стороны яйцевыхъ оболочекъ наблюдаются еще слѣдующаго рода осложненія: часть ворсинъ можетъ претерпѣть слизистое перерожденіе и, такимъ образомъ, развиваются такъ назыв. пузырьные заносы. Ворсинки при этомъ въ значительной степени увеличиваются въ объемѣ, благодаря чему увеличивается и все яйцо, такъ что матка не соотвѣтствуетъ по своей величинѣ данному сроку беременности. Однимъ изъ признаковъ такого перерожденія ворсинъ является кровотеченіе изъ матки, вполнѣ убѣдительнымъ симптомомъ—от-

хождение отдѣльныхъ пузырьковъ. Если діагнозъ пузырьнаго заноса установленъ, то немедленно нужно прибѣгнуть къ удаленію его изъ полости матки, такъ какъ сплошь и рядомъ пузырьный заносъ имѣетъ склонность къ злокачественному перерожденію. Удаленіе его производится по тѣмъ же правиламъ, что и удаленіе остатковъ яйца послѣ выкидыша. Но здѣсь необходимо самое тщательное микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ массъ для того, чтобы своевременно опредѣлить злокачественное перерожденіе заноса, такъ назыв. Chorio-epithelioma.

**Chorio-epithelioma.** Въ случаяхъ, гдѣ микроскопическое изслѣдованіе даетъ вамъ картину Chorio-epitheliom'ы, необходимо немедленно приступить къ полному удаленію матки, такъ какъ иначе могутъ наступить метастазы въ другіе органы и женщина можетъ погибнуть въ очень быстрый срокъ. Chorio-epithelioma развивается однако не всегда при явленіяхъ пузырьнаго заноса. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ она наблюдалась послѣ обычнаго выкидыша и нормальныхъ родовъ.

Первымъ симптомомъ ея является сильное кровотеченіе, которое повторяется черезъ нѣкоторые промежутки времени. Затѣмъ наступаютъ метастазы въ другіе органы, чаще всего во влагалище, въ легкое и въ печень и т. п. Полное удаленіе матки и ея придатковъ является единственной показанной операціей при этомъ заболѣваніи. Операція эта производится обычнымъ способомъ черезъ влагалище.

**Hydramnion.** Кромѣ кровотеченія и измѣненій ворсинъ поводомъ къ оперативному вмѣшательству со стороны яйца является чрезмѣрное накопленіе въ полости околоплодныхъ водъ. Hydramnion можетъ быть острымъ или хроническимъ. Въ первомъ случаѣ чрезмѣрное накопленіе околоплодныхъ водъ наступаетъ въ теченіе очень короткаго времени, вызываетъ очень рѣзкое увеличеніе объема матки, имѣющее своимъ слѣдствіемъ цѣлый рядъ тяжелыхъ явленій для больной. Причина такого остраго Hydramnion'a до сихъ поръ намъ точно неизвѣстна. Повидимому она можетъ зависеть какъ отъ заболѣваній плода, такъ и отъ заболѣванія матери. Если обычными гигиеническими мѣрами (полный покой, ванны, молочная діета и т. п.) не удастся удержать дальнѣйшаго роста Hydramnion'a, то приходится пунктировать плодное яйцо и вызвать такимъ образомъ оттокъ жидкости.

Пункція эта производится такимъ образомъ, чтобы жидкость вытекала не слишкомъ быстро, такъ какъ при внезапномъ осво-

божденіи брюшной полости можетъ наступить обморочное состояніе у больной. Освобожденіе полости матки отъ заполняющей его влаги обычно ведетъ къ прекращенію беременности и вскорѣ послѣ истеченія водъ наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды.

При хронической формѣ многоводія, воды накаплиются въ плодномъ яйцѣ медленно и организмъ матери, привыкая къ постепенному расширенію объема матки, обыкновенно не испытываетъ особенныхъ тягостныхъ симптомовъ, только обычныя жалобы беременныхъ становятся нѣсколько болѣе выраженными. Въ началѣ родовъ рѣзко растянутая матка не имѣетъ возможности сокращаться и благодаря этому первый періодъ родовъ чрезвычайно затягивается. Здѣсь приходится въ самомъ началѣ родовъ уменьшить количество околоплодныхъ водъ, т. е. разорвать пузырь, часто еще при закрытомъ зѣвѣ. Въ этихъ случаяхъ разрывъ пузыря производится обычно не въ зѣвѣ, а гдѣ нибудь сбоку, для того чтобы воды не истекли чрезмѣрно быстро, такъ какъ при чрезмѣрно быстромъ излитіи водъ онѣ легко могутъ увлечь за собою пуповину или мелкія части.

Операция производится такимъ образомъ, что прокаленный зондъ проводится между стѣнкой матки и плоднымъ яйцомъ и пузырь прорывается по возможности выше. Въ послѣродовомъ періодѣ слѣдствіемъ многоводія является часто полная атонія матки, которая влечетъ за собой сильное иной разъ смертельное кровотеченіе.

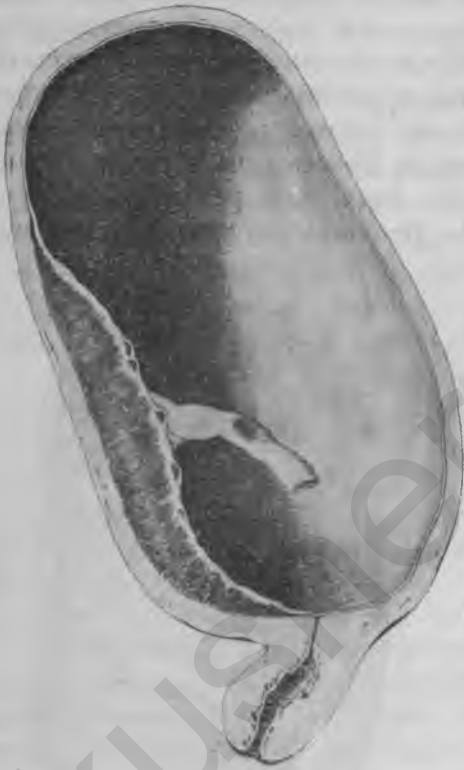
**Placenta praevia.** Изъ другихъ осложненій со стороны яйцевыхъ оболочекъ приходится отмѣтить неправильное прикрѣпленіе послѣда. Послѣдъ, который обычно лежитъ на передней или задней стѣнкѣ матки въ верхнемъ сегментѣ ея, иной разъ располагается внизу. Мы рассматриваемъ обычно три формы низкаго прикрѣпленія по-



41.

Крайнее предлежаніе послѣда (Vimn).

слѣда: 1) боковое прикрѣпленіе послѣда, когда края не достигаютъ внутренняго зѣва; 2) краевое, когда край его лежитъ въ области внутренняго зѣва и наконецъ 3) центральное прикрѣпленіе послѣда, когда весь внутренній зѣвъ покрытъ послѣдомъ. Эта аномалія вызываетъ кровотеченіе при первыхъ схваткахъ, такъ какъ при растяженіи нижняго сегмента послѣдъ не можетъ слѣдовать за маточной стѣнкой и отъ нея отрывается.



42.  
Боковое предлежаніе послѣда  
(Vumm).



43.  
Центральное предлежаніе послѣда  
(Vumm).

Кровотеченія эти бываютъ болѣе или менѣе сильными въ зависимости отъ участка оторвавшагося послѣда. Повторяясь периодически они въ высокой степени вредно отзываются на общемъ состояніи больной. Во время родовъ, когда схватки, а слѣдовательно и растяженіе нижняго сегмента, становятся энергичнѣе, кровотечения эти иной разъ достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ. Предлежаніе послѣда сопровождающееся кровотеченіемъ является показаніемъ къ немедленному вмѣшательству, которое прежде всего должно имѣть своей цѣлью предотвратить дальнѣйшее от-

дѣленіе послѣда отъ маточной стѣнки. Лучше всего это достигается разрывомъ пузыря. Разъ пузырь порванъ, то при боковомъ и краевомъ его прикрѣпленіи, послѣдъ получаетъ возможность слѣдовать за растягивающимся нижнимъ сегментомъ. Часто одного этого вмѣшательства бываетъ достаточно, чтобы прекратить кровотеченіе, тѣмъ болѣе, что послѣ отхода воды предлежащая часть вставляется во входъ въ тазъ и прижимаетъ отдѣлившуюся часть послѣда къ маточной стѣнкѣ, играя слѣдовательно роль тампона.

При центральномъ предлежаніи послѣда или тамъ, гдѣ предлежащая часть не вставляется, необходимо бываетъ рядомъ съ



44.

Низведеніе ножки при предлежаніи послѣда (Витт).

разрывомъ пузыря произвести поворотъ ребенка на ножку и, низведя ножку во влагалище, такимъ образомъ создать надежный

тампонъ. Въ виду того, что поворотъ приходится дѣлать часто при чрезвычайно маломъ открытіи зѣва, онъ обыкновенно производится здѣсь комбинированнымъ способомъ (по Braxton-Hicks'у). Низведя ножку, однако, нельзя присоединить къ повороту извлечение младенца кромѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ зѣвъ уже совершененъ, такъ какъ иначе, стремясь спасти жизнь младенца, вы рискуете разорвать чрезвычайно рыхлый нижній сегментъ матки.

Въ самое послѣднее время нѣкоторые авторы, какъ Döderlein, Krönig и другіе, предложили при placenta praevia производить кесарское сѣченіе въ первомъ періодѣ родовъ.

Они указываютъ на то, что нижній сегментъ сильно растягивается и плацентарное мѣсто въ немъ лежащее поэтому послѣ нормальныхъ родовъ сократиться не можетъ и больныя погибають отъ послѣродового кровотечения. Заявленія эти однако не основательны.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя поступаютъ своевременно подъ наблюденіе врача, дѣло до смерти отъ кровотечения почти никогда не доходитъ. Мы всецѣло присоединяемся къ Martin'у, выразившему протестъ противъ кесарскаго сѣченія при placenta praevia. Скорѣе мы рѣшились бы при опредѣленіи placenta praeviae во время беременности вызвать преждевременные роды. Въ тѣхъ случаяхъ, которые намъ пришлось наблюдать, больныя гораздо хуже переносили даже умѣренное кровотеченіе при родахъ, если во время беременности онѣ нѣсколько разъ кровоточили. Единичное даже очень сильное, кровотеченіе переносится сравнительно легко.

Если поворотъ уже совершить не удастся, то можно постараться пока унять кровотеченіе примѣняя тампонаду іодоформенной марлей или метрейринтеромъ. Іодоформенной марлей нужно заполнить цервикальный каналъ и онъ такимъ образомъ непосредственно тампонируетъ оторвавшееся мѣсто послѣда; то же самое можно достигнуть и метрейринтеромъ, если вводить его не разрывая пузыря, какъ это совѣтуютъ Ahlfeld, Martin и др. Однако метрейринтеромъ можно остановить кровотеченіе и другимъ путемъ, т. е. ввести метрейринтеръ, прорвавъ пузырь и прижавъ послѣдъ къ краямъ матки, какъ это происходитъ при поворотѣ.

#### **Преждевременное отдѣленіе нормально сидящаго послѣда.**

Иной разъ и правильно прикрѣпленный послѣдъ можетъ отдѣлиться преждевременно и дать чрезвычайно сильное какъ внутриматочное, такъ и наружное кровотеченіе. Такого рода преждевременное отдѣленіе послѣда наблюдается въ тѣхъ слу-



чаяхъ, гдѣ ткань послѣда въ рѣзкой степени перерождена и, благодаря этому, легко отдѣляется отъ маточной стѣнки. Чаще всего это наблюдается у женщинъ страдающихъ нефритомъ или сифилисомъ, у которыхъ сосудистая система измѣнена. Преждевременное отдѣленіе послѣда наступаетъ внезапно въ концѣ беременности или началѣ родовъ. Оно является иной разъ слѣдствіемъ какой нибудь внѣшней причины (удара, толчка, прыжка и т. п.), иной разъ безъ всякой видимой причины.

Благодаря сильному кровотеченію, матка рѣзко растягивается и при ощупываніи вы имѣете картину напоминающую многоводіе. Въ пользу діагноза преждевременнаго отдѣленія нормально сидящаго послѣда говоритъ быстро наступающая анемія женщины, внезапная смерть плода и кровоотдѣленіе изъ канала шейки. Осложненіе это является однимъ изъ самыхъ грозныхъ во время родовъ. Требуется немедленная помощь, но подача этой помощи часто бываетъ затруднена тѣмъ, что родовые пути совсѣмъ еще не подготовлены. Для расширенія зѣва и здѣсь, какъ и въ цѣломъ рядѣ другихъ случаевъ, обычно примѣняется метрейринтеръ, который вводится въ полость матки и наполняется водой.

Роль метрейринтера въ данномъ случаѣ двойная: съ одной стороны, онъ способствуетъ расширенію зѣва, съ другой стороны закрывая внутренній зѣвъ, онъ мѣшаетъ истеченію крови наружу. Кровь скопляется въ маткѣ, рѣзко повышаетъ внутриматочное давленіе и такимъ образомъ способствуетъ остановкѣ кровотечения. Часто послѣ введенія метрейринтера прогрессирующая анемія уменьшается и женщина нѣсколько оправляется отъ кровотечения. Послѣ того, какъ зѣвъ расширяется, можно приступить къ извлеченію плода. Съ этой цѣлью обычно производится поворотъ его на ножку. Однако, по мѣрѣ того, какъ извлеченіе плода подвигается впередъ, остановившееся кровотеченіе часто возобновляется и въ цѣломъ рядѣ случаевъ является роковымъ для матери. Что плодъ при этомъ погибаетъ понятно само собой. Введеніе метрейринтера въ полость матки при преждевременномъ отдѣленіи послѣда иной разъ имѣетъ свои невыгодныя стороны. Клауег описалъ три случая, гдѣ послѣ введенія при такихъ условіяхъ метрейринтера, благодаря рѣзко повысившемуся внутриматочному давленію, произошли глубокіе разрывы серознаго покрова матки, повлекшія за собой внутри-брюшное кровотеченіе.

Подобный же случай намъ пришлось наблюдать въ Повивальномъ Институтѣ.

Повидимому та же причина, которая вызываетъ перерожденіе послѣда (нефритъ и сифилисъ), не остается безъ вліянія и на строеніи маточной стѣнки. Въ случаѣ, который намъ пришлось

наблюдать, стѣнка матки была рѣзко отечной и мѣстами представлялась слизисто перерожденной.

Въ послѣднее время, въ виду часто наблюдавшихся печальныхъ результатовъ преждевременнаго отдѣленія послѣда, совѣтуютъ въ этихъ случаяхъ кончить роды путемъ кесарскаго сѣченія. Намъ кажется, что предложеніе это является вполне рациональнымъ, такъ какъ произведя кесарское сѣченіе, мы можемъ моментально прекратить кровотеченіе. Здѣсь однако, чрезвычайно важно не упустить момента, такъ какъ до сихъ поръ эти кесарскія сѣченія, влагалищныя или классическія, производились обыкновенно *in extremis* и тогда они оказываются уже бесполезными.

**Неправильности въ отдѣленіи послѣда въ третьемъ періодѣ родовъ.** Въ третьемъ періодѣ родовъ неправильности въ отдѣленіи и изгнаніи послѣда также нерѣдко подаютъ поводъ къ оперативному вмѣшательству. Обычно послѣдъ отдѣляется отъ маточной стѣнки своей центральной частью, оставаясь по периферіи прикрѣпленнымъ къ ней. Кровь изъ плацентарныхъ сосудовъ изливается въ пространство между послѣдомъ и маточной стѣнкой и является естественнымъ тампономъ, образуя здѣсь ретроплацентарный сгустокъ. Такимъ образомъ полость матки опять оказывается выполненной не сжимающимся тѣломъ (послѣдъ и кровяной сгустокъ), которые при дальнѣйшихъ схваткахъ изгоняются наружу. Если, однако, послѣдъ отдѣлился отъ стѣнки матки гдѣ нибудь сбоку, то появляется обильное кровотеченіе, такъ какъ ретроплацентарный сгустокъ не образуется и сосуды продолжаютъ кровоточить.

Тогда является показаніе къ оперативному отдѣленію послѣда. Здѣсь лучше всего примѣнить способъ Credé, который заключается въ томъ, что сильными растираніями дна матки, вызывается нѣсколько энергичныхъ сокращеній матки, затѣмъ матка захватывается въ руку и, по образному выраженію Fritsch'a, выжимается какъ лимонъ. Матку по Credé захватываютъ такимъ образомъ, что ладонь руки кладется на дно, большой палецъ на переднюю стѣнку, остальные пальцы на заднюю стѣнку матки; вторая рука нажимаетъ на нижній отдѣлъ брюшныхъ стѣнокъ (см. рис. 40). При правильномъ примѣненіи этого способа въ громадномъ большинствѣ случаевъ удается отдѣлить и выдавить послѣдъ. Если послѣдъ не выходитъ, то это чаще всего зависитъ отъ рѣзкаго сокращенія нижняго сегмента. Тогда приходится ждать пока зѣвъ опять раскроется или удалить послѣдъ внутреннимъ способомъ. При внутреннемъ удаленіи послѣда приходится различать два случая: 1) когда послѣдъ уже отдѣлился отъ маточной стѣнки и

лежить ущемленнымъ въ зѣвѣ и 2) когда послѣдъ еще не отдѣлился. Въ послѣднемъ случаѣ, войдя рукой во влагалище, вы доходите по пуповинѣ до послѣда, ощупывая край его и, подвернувъ тыльную поверхность руки къ маточной стѣнкѣ, кончиками пальцевъ отдѣляете отъ нея послѣдъ. Если пальцы ваши не попали на границу между маткой и послѣдомъ и работаютъ въ



45.

Ручное отдѣленіе плода (Vimms).

самой толщѣ послѣда, то отдѣленіе послѣда идетъ съ трудомъ и получается ощущение будто бы послѣдъ плотно приросъ къ маточной стѣнкѣ. Но обычно это ощущение обманчиво. Вы ощупываете отдѣльныя крупныя ворсины, а совсѣмъ не тяжи сое-

динительной ткани, которые будто бы доказываютъ плотное приращеніе послѣда. Настоящія приращенія послѣда описаны въ литературѣ въ небольшомъ количествѣ случаевъ и объясняются воспалительными измѣненіями слизистой оболочки матки. Ручное отдѣленіе послѣда, не представляя техническихъ трудностей, является одной изъ самыхъ опасныхъ акушерскихъ операцій благодаря опасности занесенія инфекціи, такъ какъ работать приходится на плацентарномъ мѣстѣ; кромѣ опасности инфекціи здѣсь наблюдаются иной разъ эмболии. Если послѣдъ лежитъ уже отдѣленный въ полости матки, то лучшимъ средствомъ является выжиданіе; черезъ нѣсколько времени онъ обычно выходитъ произвольно послѣ того, какъ судорожное сокращеніе зѣва прекратится.

Вообще мы должны подчеркнуть, что для ручного отдѣленія послѣда показаніемъ является только кровотеченіе, самъ фактъ долгаго пребыванія послѣда въ полости матки показаніемъ къ операци не служить.