

618.3 Ф
0-608 Д
Х

ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО

ЗА РЕДАКЦІЄЮ
ПРОФ. О. І. КРУПІСЬКОГО

ДЕРЖМЕДВИДАВ

07

1

Faint, illegible text on a white rectangular label, possibly a library or archival tag.

118850

~~57~~

KO.



29

КОЛЕКТИВ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ
КИЇВСЬКОГО МЕДИЦИНСЬКОГО ІНСТИТУТУ

~~1~~

~~0575
+
укр~~

ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО

6183

0-608

ЗА РЕДАКЦІЄЮ
ПРОФ. ОЛ. КРУПСЬКОГО

51992+-
516581

ДРУГЕ ВИПРАВЛЕНЕ ВИДАННЯ

На деп
К не
Відділ

~~БІБЛІОТЕКА НКЗдр.
№ 118850
Інвентаризация 1938~~

1246

1936

ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО



618.3-089

Редактор Г. А. Буйко
Літредактор А. А. Дроб'язко
Оформлення І. Я. Каганов
Коректор С. М. Євєєв

Умовно-ж. Головіту № 195. Замовлення № 346. Тираж 4.000. Подано до виробництва
3/Ш—1936 р. Підписано до друку 9/VI—1936 р. Форм. пав. 72 × 11. Друк. арк. 16,5.
Авторських 26. На 1 друк. арк. 61 тис. зн.

Друкарня видавництва „Пролетарська Правда“, Київ, вул. Леніна, 19.

Республіканська наукова медична
бібліотека ієні Д. І. Ульянова
РОЗ УРСР
252017 м. Київ, вул. Толст. г. № 7
№ 14

МЕХАНІЗМ РОДІВ

ЗАГАЛЬНІ ПОПЕРЕДНІ ВІДОМОСТІ

Роди, безперечно, акт фізіологічний; тому і поведження акушера переважно профілактичне.

Часто буває, що фізіологічність родів так чи інакше порушується, і тоді виступає активне втручання акушера. Щоб знати, коли саме потрібно втрутитися, насамперед треба всебічно ознайомитися з перебігом і механізмом родів як нормальних, так і патологічних. Знання нормології і патології родового процесу є головна передумова кожної акушерської операції.

Як раннє, так і пізнє втручання акушера іноді дає небажані наслідки.

Щоб запобігти цьому, необхідно всебічно вивчити динаміку кожного родового процесу.

Визначити момент, коли саме потрібно втрутитися і як саме правильно допомогти роділлі, — таке завдання акушера і завдання надзвичайно важливе. Перед тим, як почати розгляд акушерських операцій, до речі і доцільно буде спинитися на тому основному, що стосується родового процесу в цілому.

Таке попереднє знання нормології, її варіантів і значної частини патології родового акту допомагає нам вивчити: 1) показання до операції, 2) техніку самої операції, 3) умови і оточення операції.

ФІЗІОЛОГІЯ РОДІВ

Фізіологічний процес, що відбувається при родах, своїм наслідком має вигнання плоду природними родовими шляхами — через родовий канал.

При нормальних умовах це залежить цілком від діяння родових сил. Фізіологічним вважаємо той процес, який відбувається з допомогою природних сил і природними шляхами, не спричиняючи серйозних пошкоджень матері й дитини.

Організм даної жінки, її родові сили, родовий канал і об'єкт родів — плід, все це — компоненти родового акту. Родовий акт складається з взаємодіяння цих основних компонентів.

Фізіологічний процес при родовому акті відбувається не так просто й легко, потребує на закінчення значного часу і витрати сил роділлі; навіть при фізіологічних родах роділля зазнає чималі страждання, бо навіть при так званих нормальних співвідношеннях розмірів плоду (головки) і таза, таз являє собою перешкоду для плоду і найбільше, насамперед, для головки, що йде через родовий канал. Родові сили при родах повинні перемогти цю перешкоду, а це зумовлюється відношенням розмірів плоду (головки) до родового шляху (родового каналу).

Отже ми завжди повинні вивчити загальний стан здоров'я роділлі, і окремо кожного компонента, з яких складається родовий акт.

РОДОВИЙ КАНАЛ

Родовий канал складається з кістяка таза і м'яких тканин малого таза.

У дорослої жінки кістяк таза складається з 4 кісток: 2 безіменних, крижової і куприкової. Кістяк таза поділяють на 2 частини: великий таз і малий таз. Відмежовує їх один від одного тах звана гранична діяія — *lin. terminalis s. innominata* (має. 1).

Верхній відділ таза над *lin. innominateae* має назву „великий таз“. В акушереті значення його головно, в тому, що його легше виміряти, ніж малий таз; вимірюючи його, відносно можемо уявити розміри малого таза. Розміри малого таза повинні мати велике значення в процесі родового акту.

Відділи малого таза і їх розміри. Кістяк малого таза майже не розширюється під час родового акту. Формою своєю він схожий на зріваний конус, базальною своєю частиною звернений вгору. Задню стінку таза складають крижова і куприкова кістка, передню — лобкові кістки і симфіз і обидві бічні стінки — сідничні кістки. Задня й бічні стінки багато вищі передньої, отже малий таз не є судільне кісткове хвільце на всьому своєму просторі. В нижньому відділі кістяк малого таза замикають лише частково дві пари зв'язок (*ligamenta sacro — spinosa* і *sacro — tuberosa*).

Від *lin. terminalis* донизу малий таз має чотири бокові отвори — 2 *foramina obturatoria* і 2 *incisura ischia* *diaca*. Отвори ці заступають дві пари зв'язок (*lig. sacro — spinosa* і *sacro — tuberosa*). Верхній отвір малого таза називаємо в ходом у малий таз або просто входом у таз, нижній — виходом з малого таза.

Великий таз вимірюють тазоміром.

Визначають такі розміри:

1. *Distantia spinarum* (між передньо-зовнішніми точками *spinae iliaca: anter. super.* — дорівнює 25 — 26 см;
2. *Distantia cristarum* (між найдалішими точками *cristae os ilei* дорівнює 28 — 29 см;
3. *Distantia intertrochanterica* (між *trochantera majora femorum*) дорівнює 31 — 32 см (мал. 2);
4. *Conjugata externa* (між ямкою, що нижче *processus spinosus vertebrae lumbal V*, і верхнім краєм симфізу) дорівнює 20 — 21 см (мал. 3).

Вимірюючи таз, слід звернути увагу на ромб Міхелеліа, що утворюється на спині між такими 4 точками: *processus spinosus vertebrae lumbal V*, *spinae iliaca: post. super.* і місцем початку міжсідничної складки; майже при всіх аномаліях таза можна відзначити і зміну форми цього ромба (див. підручники акушерства).

Простір між входом і виходом з таза має назву порожнина малого таза“. Класичне акушерство в цій порожнині розрізняє 2 відділи: широку частину (верхню) і вузьку (нижню).

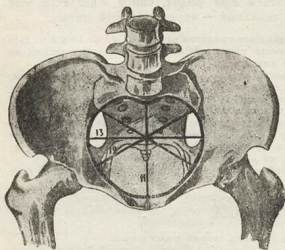
Отже в малому тазі маємо чотири площі: площу входу, площу широкої частини, площу вузької частини порожнини таза і площу виходу з таза (мал. 4).

Ходж (Hodge) поділяє таз на паралельні площі (мал. 5).

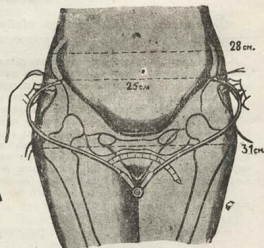
Акушери необхідно знати такі чотири розміри входу в малий таз: 1) прямий, 2) поперечний і 3) два косих (див. мал. 1).

До цього треба додати, що площа входу в таз нахилена трохи наперед, бо симфіз стоїть трохи нижче промонторіума, утворюючи з горизонтальною лінією кут 60° . Це зумовлене поняття нахилу таза (див. мал. 4).

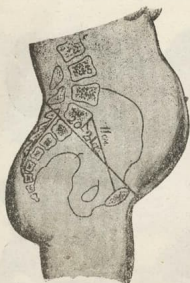
Прямий розмір входу в таз починається від промонторіума і йде до того пункту задньої поверхні симфізу, який найбільше виступає. Розмір цей називають прямим розміром



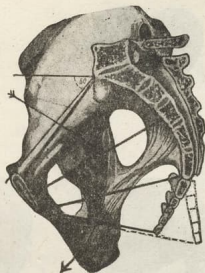
Мал. 1 — Нормальний жіночий таз. Розміри входу в малий таз (за Штегелем).



Мал. 2 — Вимірювання зовнішніх розмірів великого таза. *Distantia spinarum* — 25 см. *Distantia cristarum* — 28 см. *Distantia trochanterica* — 31 см (за Штегелем).



Мал. 3 — Зовнішній прямий розмір — розмір Боделока (Boudeleoc) або *conjugata externa* — 20 — 21 см. Прямий розмір входу в малий таз або *conjugata vera* — 11 см (за Штеккелем).



Мал. 4 — Сабітальний розмір нормального таза. Прямі розміри 4-х площ малого таза і вісь таза. Кут нахилу таза (за Штеккелем).

входу акушерів, щоб відрізнити його від прямого розміру входу анатомів (між промонторіумом і верхнім краєм симфізу). Прямий розмір акушерів менший прямого розміру анатомів або справжньої конюгати (*conjugata vera*), яка в нормі дорівнює 11 см (мал. 1,3).

Поперечний розмір входу в таз в відстань між найвідальніми точками термінальної лінії і дорівнює 13 см (див. мал. 1).

Косі розміри. Розрізняють два косих розміри — правий і лівий.

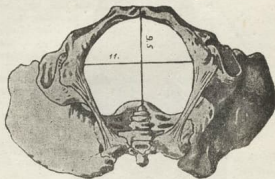
Правий косий розмір починається від *synchondrosis sacro iliaca dextra* (вихідний пункт) до *tuberculum pubicum sinistra*, лівий — між *synchondrosis sacro iliaca sinistra* (вихідний пункт) і *tuberculum pubicum dextrum*. Дорівнюють вони 12 см (мал. 1).

Вихід з малого таза. Вихід з малого таза утворюють: спереду — нижній край лобкового арошення, ззаду — верхівка куприкової кістки, збоку — сідничний горб, а ззаду і збоку — *lig. sacro-tuberosa*.

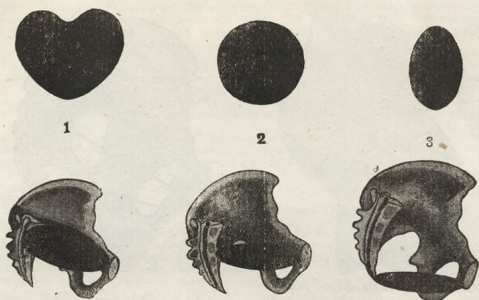
Прямий розмір виходу. Вимірюють його від верхівки куприкової кістки до нижнього краю симфізу. Розмір цей — 9,5 см. Під час родів, коли головка проходить це місце, верхівка куприкової кістки відхиляється назад і прямий розмір виходу з таза через те збільшується на 2 см. (до 11,5 см).



Мал. 5 — Нормальний таз. Паралельні площі за Ходжем (Hodge) (за Штеккелем).



Мал. 6 — Нормальний таз. Розміри виходу Вигляд знизу (за Штеккелем).

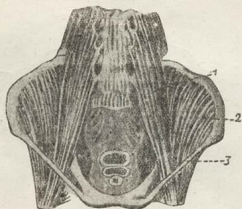


Мал. 6а — 1. Схема площі входу в таз. 2. Схема площі порожнини таза. 3. Схема площі виходу з таза.

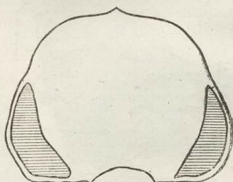
Поперечний розмір є відстань між *tubera ossis ischii* і дорівнює 11 см (мал. 6).

Розміри різних відділів таза:

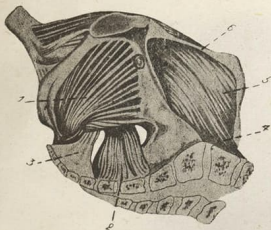
	Прямий	Косий	Поперечний
Вхід у таз	11	12	13
Широка площа середини таза	12	13	12
Вузька площа середини таза	11,5	11	10,5
Вихід з таза	9,5—11,5	11	11



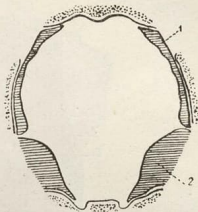
Мал. 7 — М'язи великого таза. 1. *Musc. psoas major*; 2. *Musc. iliacus internus*; 3. *Lig. Poupartii* (за Груздевим).



Мал. 8 — Звуження входу в таз від *m. psoas majoris* (за Ястребовим — Veit'ом, (за Груздевим).)



Мал. 9 — Мускули порожнини малого таза (за Sellheim'ом). 1. — *Musc. obturator internus*; 2. — *Musc. pyriformis*; 3. — *Musc. ischio-coccygeus*; 4. — *Musc. psoas major*. 5. — *Musc. iliacus internus* 6. — *Lig. Poupartii* (за Груздєвим).



Мал. 10—1. — *M. obturator internus* 2. — *M. pyriformis*. Відношення цих мускулів до просвіту тазової порожнини (за Ястрєбовим — Veit'ом) (за Груздєвим).

Порівнюючи всі розміри таза, ясно бачимо, що найбільший розмір входу в таз поперечний. У широкій верхній частині порожнини таза — косий. У вузькій частині порожнини і у виході найбільший розмір — прямий. Схематично розміри різних відділів таза показано на мал. 4 (а площі — мал. 6а).

З'єднавши середини всіх прямих розмірів усіх площ таза, можна мати зигнуту наперед лінію; лінію що називають провідною лінією (або лінією) таза („Крива Каруса“ — Carus). Вона має велике значення в механізації родового акту (мал. 4).

М'які тканини малого таза. Кістка малого таза зсередини вкритий м'якими частинами (переважно мускулами і фасціями).

Розміри площі входу в малий таз до деякої міри змінюються залежно від наявності мускулів. По обидва боки і ззаду просвіту входу в таз іде *m. psoas major*, звужуючи, не на багато, поперечний розмір входу в його задньому відділі (мал. 7, 8).

M. obturator internus, *m. pyriformis*, *m. coccygeus* (*s. ischio-coccygeus*), утворюючи внутрішню обкладку кістки малого таза, дуже звужують просвіт малого таза (мал. 9, 10).

Вихід з малого таза вкритий рядом мускулів, що утворюють тазове дно.

Промежина і тазове дно. Під назвою промежини (*perineum*) ми розуміємо весь шар м'яких тканин, що вивопня нижній отвір (вихід) з малого таза. Простір цей міститься

між нижніми гілками лобкової і верхніми гілками сідничної кістки — спереду — сідничними горбами і *lig sacro-tuberosa* з боків, крижовою і куприковою кісткою — ззаду. Лінією, що йде між сідничними горбами (*lin. bischiadica*), весь простір поділямо на дві частини: передню й задню (схем. мал. 11, за Губарьовим). Промежина становить більшу частину тазового дна і має в собі три отвори: сечовий канал, вагіну і *anus*. Перші два отвори в передньому відділі, а *anus* у задньому.

Мускули тазового дна лежать трьома шарами (поверхами). Не кожний шар мускулів, що входять у склад тазового дна, утворює суцільну мускульну перегородку; отже тазове дно не в усіх своїх частинах складається з трьох шарів мускулів. Кожному мускульові відповідає два листочки (верхній і нижній) його фасції (мал. 12). (Докладніше див. у підрозділках анатомії).

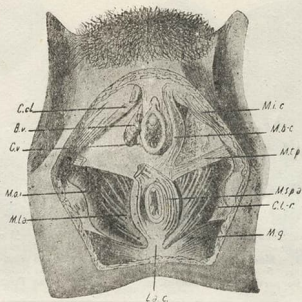
Мал. 13, 14, 15, 16 показують кісткові і м'які частини родового каналу в цілому, а мал. 17, 18 і 19 схематичні розрізи тазового дна.

Плід як об'єкт родів.

Головка дитини складається з двох нерівних частин: 1) черепа і 2) лиця. На черепі новонародженої дитини окремі кістки спо-



Мал. 11 — Ромб промежини з трьома отворами в ній і поперечною лінією, яка поділяє її на два трикутники — передній і задній (за Губарьовим).



Мал. 12 — Тазове дно (вигляд знизу). Перший нижній шар м'язів тазового дна (спереду від *lin. bischiadica*): *M. t. p. m. transversus perin. superfic.*; *M. b. c. - m. bulbo-cavernosus*. В центрі промежини між *rima pudendi* і *anus-centrum tendineum*. Тут з'єднуються фасціальними кінцями *m. bulbo-caverni*; *m. trans. per. superficialis*. Ззаду *centr. tendineum* лежить *m. sphincter ani ext.* Другий середній шар м'язів складається з *diaphragma urogenitale* — сухожилькової м'язової пластинки, яка виповнює всю передню частину промежини по *lin. bischiadica*. В середині цієї пластинки міститься *m. transv. perin. profundus*, волокна якого йдуть в поперечному напрямі. Над *diaphr. urogen.* лежать *M. l. a. - M. levator ani s. diaphragma pelvis*. Частина його *m. pubococcygeus* охоплює з обох боків вагіну і уретру, утворюючи *hiatus urogenitalis*, а ззаду *hiatus rectalis*, що інтимно зрощена з прямою кишкою. *B. v. - Bulbus vestibuli*. *C. cl. - crus clitoridis*. *C. i. - r. - cavum ischio-rectale*. *G. v. - Glandula vestibularis (Bartholini)*. *L. a. - c. - Lig. ano-coccygeum*. *M. g. - Musc. glutеus M. o. i. - m. obturator internus*.

лучаються між собою швами і тім'ячками (мал. 20). Крім того кістки черепа новонародженої дитини мають певну еластичність і через те можуть згинатися. У швах і тім'ячках кістки черепа сполучаються сухожильковими пертинками (окістями). Вільне сполучення кісток черепа сухожильковими пертинками і еластичність кісток зумовляють особливу пластичність головки. Еластичність ця виявляється в тому, що головка може стискуватися (зменшуватися) в одному напрямі і збільшуватися в другому; ця здатність до т. зв. конфігурації має велике значення, особливо тоді, коли розміри малого таза порівняно з головою маля.

Шви мають велике практичне значення, бо вони є тими пунктами, з яких при внутрішньому дослідженні встановлюємо положення головки в тазі.

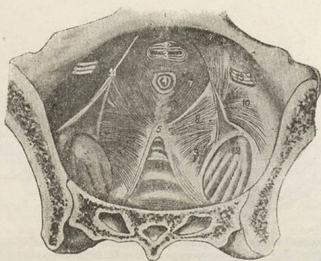
Кришка черепа новонародженої дитини складається з двох лобних, 2 тім'яних і потиличної кістки.

Головка новонародженої дитини має такі шви: лобний, сагітальний, вінцевий і ламбдовидний (мал. 21, 22).

Щоб уявити механізм родів, треба знати певні розміри головки і розміри таза. Певні розміри головки плоду відповідають певним розмірам таза; це неодмінна умова механізму родів.

Розміри головки. Прямий розмір (*diameter fronto-occipitalis*) іде від перенісся до потиличного горба і в нормі — 12 см. Обвід головки відповідно до цього розміру (*planum fronto-occipitalis*) = 34 см (мал. 23).

Великий косий розмір (*diameter mento-occipitalis obliquus major*) — від підборіддя до найвищої точки на потилиці = 13,5 см. Обвід головки відповідно до цього розміру (*planum mento-occipitale*) = 35 см.



Мал. 13 — Видяг тазового дна (Levator ani) зверху. 1. — Symphysis 2. — Urether; 3. — Vagina; 4. — Rectum; 5. — Lig. ano-coccygeus; 6. — Coccyx; 7. — M. pubo-coccygeus; 8. — M. ileo-coccygeus; 9. — M. ischio-coccygeus; 10. — M. obturator internus; 11. — Arcus tendineus; 12. — Plexus sacralis покриває м. pyriformis; 13. — Canalis obturatorius; у ньому проходять nervus і vena obturatoria (за Штекелем).



Мал. 14. — Родовий канал, препарований зовні. Видяг збоку. 1. — Musc. ichio-coccygeus відносно lig. sacro-spinosum. 2. — musc. ileo-coccygeus 3. — musc. pubo-coccygeus; 4. — musc. bulbo-cavernosus; 5. — sphincter ani externus; 6. — Поперечний розріз м. obturator internus; 7. — Поперечний розріз через м. pyriformis; 8. — Косий розріз через nervus ischiadicus; 9. — Anus; 10. — Lig. sacro-tuberosum 11. — Coccyx.

Маленький косий розмір (diameter suboccipito-bregmaticus s. obliquus minor) від потиличної ямки до переднього рогу великого тім'ячка — 9,5 см. Обвід головки відповідно до цього розміру (planum suboccipito-bregmaticum) = 32 см.

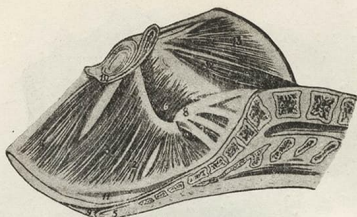
Вертикальний розмір (diameter trachelo-bregmaticus s. verticalis) — від верхка тім'я до під'язикової ділянки — 9,5 см. Обвід головки відповідно до цього розміру (planum trachelo-bregmaticum) = 33 см.

Великий поперечний розмір (diameter biparietalis) — найбільша відстань між тім'яними горбами — 9 см.

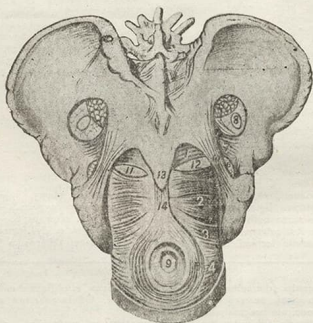
Маленький поперечний розмір (diameter bitemporalis) відстань між найдальшими пунктами віщого шва — 8 см (мал. 24).

Поперечний розмір плічок — 12 см.

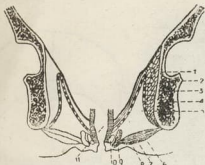
Поперечний розмір сідниць — між трохантерами (distantia bitrochanterica) — 10 см.



М а л. 15 — Родовий канал, препарований зсередини. 1. — *M. ischio-coccygeus*; 2. — *M. ileo-coccygeus*; 3. — *M. pubo-coccygeus*; 4. — *M. bulbo-cavernosus*; 5. — *sphincter ani externus*; 6. — *M. obturator internus*; 7. — *M. pyriformis*; 8. — *Plexus sacralis*; 9. — *Anus*; 10. — *Urethra*; 11. — Плоско притиснута пряма кишка; 12. — *M. psoas*; 13. — *M. iliacus* (за Гальбаном).



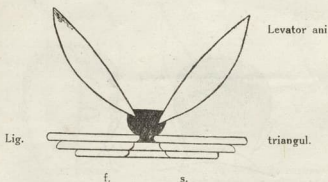
М а л. 16 — Родовий канал, препарований зовні. Вигляд знизу. 1. — *M. ischio-coccygeus* відносно *lig. sacro-spinosum*; 2. — *M. ileo-coccygeus*; 3. — *M. pubo-coccygeus*; 4. — *M. bulbo-cavernosus*; 5. — *Sphincter ani externus*; 6. — Поперечний розріз *m. obturator internus*; 7. — Поперечний розріз *m. pyriformis*; 8. — Косий розріз *m. ischiadicus*; 9. — *Anus*; 10 *Lig. sacro-tuberosum*; 11. — Пряма кишка випинає. 12. — Підпідкірна кайтківина випинає. 13. — *Coccyx* (за Гальбаном).



М а л. 17. — Схема розміщення фасцій тазового дна на фронтальному розрізі (за Губарьовим). 1. — Fascia pelvis. 2. — M. obturator internus. 3. — M. levator ani; 4. — Fascia perinei media. 5. — Spatium ischio-rectale. 6. — M. transversus perinei prof. 7. — M. transversus perinei superfic.; 8. — Fascia perinei superfic.; 9. — M. constrictor cunni; 10. — Bulbus vestibuli; 11. — Vagina.



М а л. 18. — Схема розміщення фасцій тазового дна в сагітальному розрізі (за Губарьовим). 1. — Fascia pelvis; 2. — M. levator ani; 3. — Fascia perinei media; 4. — Diaphragma urogenitale.



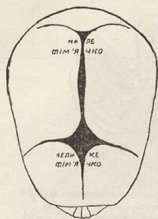
М а л. 19. — Схема кістяка тазового дна і промежини. Утворення сполучної тканини позначено чорним. Чорна пляма-centrum tendineum. Lig. tri-lig. triangulare; f.s.-Fascia superficialis. Видно рівні мішки або обгортки, з яких відіпаровуються листки різних фасцій (за Губарьовим).

НОРМАЛЬНИЙ МЕХАНІЗМ РОДІВ ПРИ ПОТИЛИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

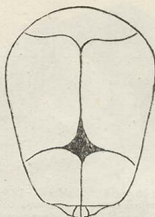
Роди при потиличному передлежанні бувають найчастіше (близько 95%), і мають характерний і лише їм властивий механізм.

Родовий акт при фізіологічних родах відбувається не легко і потребує значного часу. Залежить це все від того, що таз, коли рівняти до головки, взагалі вузький; отже навіть при так званих нормальних (книжних) розмірах таза й головки плоду або, інакше кажучи, при нормальних співвідношеннях між тазом і плодом, таз як родовий канал все таки становить собою перепону плодуві — зокрема його голові.

За деякими авторами, під час вагітності тканини набувають особливої властивості, а саме збільшується, правда мало, рухомість членувань таза (клубово-крижове, лобкове) і через те розміри кісткового кільця таза шир-



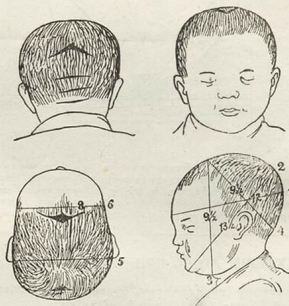
Мал. 20 — Череп новона-
родженої дитини (зверху).
Тім'ячка.



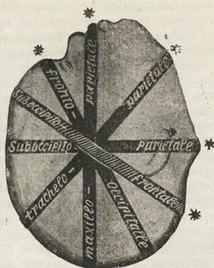
Мал. 21. — Череп новона-
родженої дитини (зверху).
Шви.



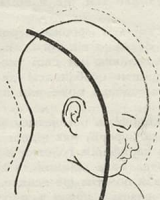
Мал. 22 — Череп новонарод-
женої дитини. Лобний шов
і велике тім'ячко (за Мвлі-
повським).



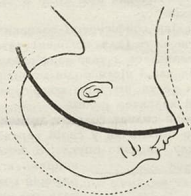
Мал. 23 — Незмінена головка доношеної дитини, що народилася через кесарський розтин зараз з початком перейм. Вигляд ззаду, спереду, зверху і збоку. 1. — diameter fronto-occipitalis—12 см; 2. — diameter mento-occipitalis—15,5 см; 3. — diameter trachelo-bregmaticus verticalis—9,5 см; 4. — diameter suboccipito-bregmaticus—9,5 см; 5. — diameter biparietalis—9 см; 6. — diameter bitemporalis—8 см за Гальбаном).



М а л. 24. — Діаметри головки (за Гальбаном).



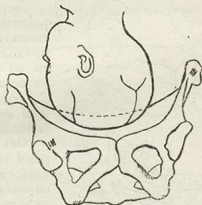
М а л. 25. — Форма головки плоду схожа на нирку або на біб (за Міхновим).



М а л. 26. — Форма головки плоду схожа на нирку або на біб (за Міхновим).



М а л. 27. — Провідні осі таза і головки припадають одна на одну. Чорна лінія — провідна вісь таза, пунктирна — вісь головки.



М а л. 28. — Індиферентне положення головки. Вигляд спереду (за Ба-лошапко і Яковлевим).

шають. Але практичне значення цього не велике, бо розміри таза при цьому збільшуються мало. Тут можна тільки сказати, що при прорізуванні головки куприк подається назад і прямий розмір виходу з таза збільшується приблизно на 2 см. Збільшення прямого розміру виходу з таза — єдине помітне пристосування таза до головки; маючи більші, порівняно з тазом, розміри, від діяння родових сил головка йде через родовий канал до виходу.

Конфігурація головки. Головка плоду, проходячи через дуже мало розтяжне кісткове кільце таза, своїми будовою і формою пристосовується до розмірів і форми кісткового кільця: пристосування головки полягає в конфігурації і в осьовому розміщенні її в тазу; отже вузькість таза відносна.

Вільне сполучення кісток черепа сухожилковими перетинками, які утворюють шви й тім'ячка, еластичність кісток, які залежать від малого процента кальцію, допомагає кісткам змінювати свою форму, неламаючись, а так само дає особливу пластичність голови; головка — від діяння родових сил — може стискуватися (змешуватися) в одному напрямі і збільшуватися в іншому. Цей процес називається конфігурацією головки.

Здатність головки конфігуруватися приводить до того, що головка під час родів витягується вповодж родового шляху і замість неправильно-овальної форми набуває форму неправильного, асиметричного тіла. Найбільше конфігурується головка при вході в таз, тобто там, де найбільша вузькість родових шляхів.

Отже степінь конфігурації головки — зміна її форми і розмірів — залежить від вузькості (для головки) таза. Залежно від того, як під час родів головка вставляється в таз, конфігурація головки має свої типові особливості; з них під час і після родів можна оцінити особливості даного випадку родів. Через це та чи інша конфігурація головки може нам показувати на той чи інший характер родів.

Розглядаючи силует головки дитини в профіль, помічаємо, що головка від підборіддя до потилички у своїй верхній периферії, яка відповідає лицю, лобові і тім'ячку, виразно опукла; а нижня периферія головки в тому самому напрямі вгнута. Така відмінність ліній обох периферій головки помітна ще ясніше, коли розглядати головку разом з шиєю в профіль (Міхнов) (малюнок 25, 26).

З цього видно, що головка дитини своєю формою нагадує скорше нирку або біб (Міхнов, Белошапко і Яковлев).

Заглибина бобу або нирки цілком схожі на підпотилічну ямку, тобто на нижню периферію головки. Коли проведемо через головку вісь, яка проходить між підборіддям і малим тім'ячком, то ця вісь являтиме собою зігнуту лінію і опукла поверхня її звернена буде до верхньої периферії головки (лице, лоб і тім'я), а вгнута до нижньої периферії головки — до потиличного отвору (мал. 25, 26).

Осьове розміщення головки. Крім конфігурації головки, яка тим самим пристосовується до таза, велике значення має осьове положення головки відносно таза. Вісь порожнини таза, яка сполучає середини всіх прямих розмірів і визначає напрям тазового каналу, називаємо провідною віссю таза. Тазовий канал є лише частина родового шляху, а плід (головка), народ-



Мал. 29. — Індиферентне положення головки (за Белошапко і Яковлевим).

жуючись, має ще пройти канал, утворений м'якими частинами (мал. 14, 15, 16); частини ці під час родового акту розтягаються, тому родовий канал у м'яких частинах згинається наперед у бік симфізу; отже провідна вісь родового шляху є крива, зігнута в бік симфізу. На малюнку ясно бачимо подібність форми головки плоду до форми порожнини таза, як ідеально перша вміщається в другому. Осі головки і таза майже збігаються. На конфігурованій головці вісь її ідеально збігається з віссю таза (мал. 27)

Осьове розміщення головки в каналі — необхідне її пристосування, і тільки тоді вона може вільно пройти через родовий канал. На це треба звертати особливу увагу, оцінюючи окремі моменти механізму родів.

Механізм родів припадає на другий період родів, тобто на період вигнання плоду.

Для зручності механізм родів поділяємо на 5 моментів (за Красовським):

I момент: відносне зменшення передньої частини (згинання головки — flexio capitis).

II момент: зниження головки в малий таз (descensio capitis).

III момент: внутрішній поворот головки (rotatio capitis).

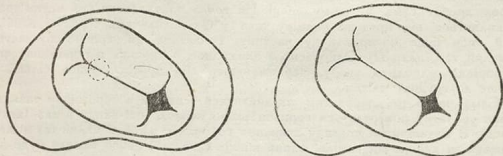
IV момент: врізування, прорізування і — разом з прорізуванням — розгинання головки (extensio capitis)

V момент: внутрішній поворот плічок, зовнішній поворот головки і народження всього тулуба плоду.

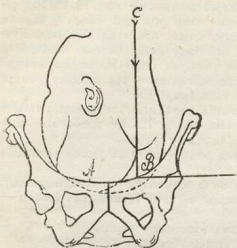
Далі ми докладніше розглянемо окремі моменти нормального механізму родів при потягненому передлежанні, а тут звертаємо увагу на положення головки саме тоді, як вона ще стоїть над входом у малий таз.

Над входом у малий таз, ще перед вигнанням дитини, тобто до початку механізму родів, головка — в зв'язку з механікою ембріонального розвитку — перебуває в зігнутому стані; цьому сприяє також мускульний тонус плоду. До цього треба додати, що форма нижнього сегмента матки вужчає донизу, тому мускульні стінки її і відштовхують підборіддя і потиличку до середньої лінії. Підборіддя і потиличка, як дві крайні точки, лежать не на одному рівні, отже повинні наблизитися до середньої лінії, а тому головка буває помітно зігнутою. За деякими авторами, головка над входом у малий таз у такому положенні, коли мале й велике тім'ячка лежать на одному рівні, і тому спочатку головка передлежить не потилицею, а скорше тім'ям.

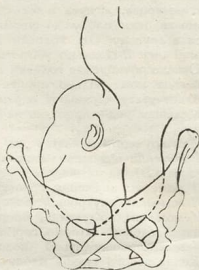
Головка помітно зігнута над входом у малий таз; в цьому можемо пересвідчитися, досліджуючи таку головку, в якій підборіддя не пристає до грудної клітки. Практично вважати це згинанням головки не можна, — це є лише перший момент пристосування головки до родового каналу. Таке положення головки треба назвати індиферентним (мал. 28, 29, 30, 31).



Мал. 30, 31. — Схематичний малюнок індиферентного положення головки перед родами. Велике й мале тім'ячка на одному рівні (за Белошапко і Яковлесим).



Мал. 32. — Причина згинання головки. Фіксація головки при встановленні у вхід у малий таз у точках симфіза і промоторіума. Через прикладання сил матки по лінії СВ головки, фіксуючись в означених точках, згинається як на шарнірі, спускаючи потиличку вниз, а підборіддя наближаючи до грудної клітки (за Белошапко і Яковлевим)



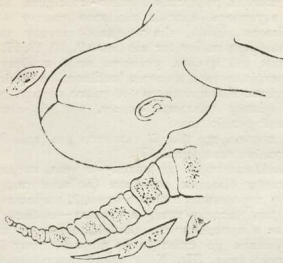
Мал. 33. Фіксація зігнутої головки у вході в малий таз, при чому малий сегмент II лежить у порожнині нижче lin. innominata (за Белошапко і Яковлевим).

Щоб цілком уявити те положення головки, в якому вона перебуває, вставляючись у таз, треба звернути увагу на сагітальний шов, а саме на його відношення до промоторіума і симфізу. Здебільшого при нормальних родах, коли вставляється головка в таз, сагітальний шов лежить посередині між лобком і промоторіумом, передня й задня половина черепа однаково глибоко ввійшли в порожнину таза. Це — осьове або синклітичне вставлення головки. Якщо сагітальний шов головки стоятиме ближче до симфізу або до промоторіума, то маємо асиметричне вставлення.

Головка, вставляючись в таз, на лінії входу в малий таз, впирається найбільше в дві точки — у промоторіум і симфіз; вона найбільше стискується в прямому розмірі входу в малий таз. На цих точках входу в таз головка фіксується як на шарнірі. Точкою прикладання сил матки буде місце, яке відповідає потиличному отворі; тиск на головку передається від тулуба плоду через хребет саме в цьому місці. Ця точка прикладання сил матки трохи відхиляється від прямого розміру таза (у бік потилички); через те найбільший тиск буде на потиличну частину, і частина ця першою спускається в малий таз (мал. 32). Одночасно з зниженням потилички в порожнину таза підборіддя відходить угору, наближаючись або притискуючись більше чи менше до грудної клітки.

Саме через це, перед тим як знизитися — ввійти в порожнину таза, головка спочатку повертається горизонтально навколо осі входу в таз (згинається). З механічного погляду згинання головки у вході в малий таз можемо вважати за двоплечий важіль, один кінець (довший) цього важеля буде підборіддя, а другий (коротший) — потиличка.

Зігнувшись, головка міцно фіксується у вході і своїм малим сегментом лежить у порожнині малого таза, нижче від lin. innominata (мал. 33).



Мал. 34. Найнижче стояння в тазі після згинання потилички і малого тім'ячка (за Белошапко і Яковлевим).

Згинання головки відбувається за рахунок рухомості її в шийній частині. Роблячи внутрішнє дослідження, ми знаходимо потиличку і мале тім'ячко найнижче в тазу (мал. 32), зігнувшись, головка стає в таз своїм найменшим розміром, малим косим (9,5 см.); цим саме розміром головка найлегше може пройти в малий таз або через поперечний, або через косий його розмір (12 см).

II момент — зниження головки. Згинаючись у вході в малий таз і стаючи своїм малим сегментом у порожнину таза, головка разом з тим посувається вперед у порожнину таза. Зігнувшись від діяння родових сил, головка просувається глибше в порожнину таза своїм великим сегментом, стискується найбільше в прямому розмірі входу в таз; в такому стані згинається вона і доходить до дна таза.

Найтрудніші співвідношення між розміром головки і таза в той момент, коли великий сегмент головки проходить через вхід у таз (мал. 35, 36).

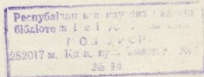
III момент — внутрішній поворот головки. У порожнині таза головка, від діяння вигінних сил ідучи до дна, починає разом з тим повертатися ще і навколо своєї осі. Гармонійність цих рухів є примусове пристосування, бо головка, нагадуючи своєю формою нирку або біб, при нормальних співвідношеннях може вкластися лише по осі у вигнутому тазі.

Поворот навколо вертикальної осі закінчується тільки на дні таза, і тоді маємо сагітальний шов у прямому розмірі виходу з таза.

Властивості головки, форма тазового каналу, робота тих тазових м'язів, з яких складається тазове дно, саме і є ті причини, що зумовлюють внутрішній поворот головки; вигінні сили знижують її все далі в бік найменшого опору — до вульварного отвору.

Кістяк малого таза і ті м'язули, що вистилають внутрішню поверхню кістяка таза, зумовлюють форму тазового каналу. Задня стінка кістяка малого таза вигнута назад дугою і тому стоїть далі від лобка.

Кістяк таза в своїх поперечних розмірах від входу до виходу звужується і нагадує лірку. Ця лічкоподібність кістяка таза збільшується ще і тому, що тоді м'язули лежать двома шарами лише на боковій внутрішній поверхні таза.



M. m. obturator internus, pyriformis і *ischio-coccygeus*, які складають перший шар, значно звужують просвіт тазового каналу з боків; зокрема *m. pyriformis* звужує більше задню, ніж передню частину каналу. Лійкоподібність таза з боків закінчує *m. levator ani* (мал. 9, 10, 13, 17, 18, 19 за Губарьовим). Трьома ніжками цей мускул утворює ясно помітну мускульну лійку.

M. levator ani прикріплюється до *arcus tendineus* на рівні *spinae ischii*, ідучи вниз до вагіни і *rectum*. Коли глянути на нього зверху, то посередині dna таза він утворює щілину овальної форми, яка більшим своїм розміром вкладається в прямий розмір таза.

До цього треба додати, що фасції тазового dna (мал. 9, 13) таксамо звужують поперечні розміри таза (мал. 17).

Коли головка, наближаючись до виходу з таза, натрапляє на звужений з боків таз, вона своїм більшим розміром (лобно-потиличним) укладається в найбільший розмір порожнини, тобто в прямий, широкою своєю частиною — потиличною — в ширшу частину таза, а вузькою — лобною у вузьку (задню). Отже звуження таза в поперечному розмірі допомагає внутрішньому повороту головки: звуження це стається не відразу, тому й поворот головки відбувається поступово (мал. 37). Крім цього внутрішньому повороту головки допомагає активна робота *m. levatoris ani*. Як відомо, мускул цей утворює довгасту лійкоподібну заглибину. Головка, натискуючи на *m. levator*,

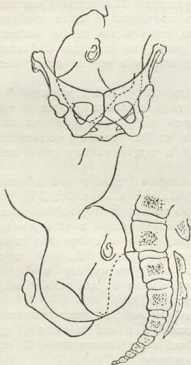
дратує цей мускул, і він скорочується. Структура тазового dna і активна робота *m. levatoris ani* допомагають повороту головки так, що її найбільший передньо-задній розмір припадає на найбільший розмір тієї заглибини, яку утворює *m. levator ani*, тобто на прямий розмір виходу з таза (мал. 38, 39).

По закінченні внутрішнього повороту головка остаточно пристосовується до родового каналу у виході з таза.

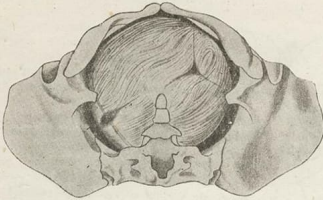
Сагітальний шов тепер стоїть точно в прямому розрізі виходу з таза. Внутрішньо виявляємо, що вся крижова заглибина виповнена головкою; головка зігнута. Мале тім'ячко стоїть нижче великого і ближче до провідної осі родового шляху. Коли головка стояла ще над входом у таз, то велике тім'ячко, хоч і трудно, але можна було промацати; коли ж головка стала при виході з таза, велике тім'ячко промацати не вдається, бо воно звернене до кривої заглибини (мал. 40).

По закінченні внутрішнього повороту головки плічка наближаються до входу в таз, головка вся в порожнині таза, і зовні зверху можна промацати тільки невеликий її сегмент. Малим своїм передлежним сегментом головка стоїть трохи нижче виходу з таза (мал. 40, 41).

IV момент. Потім головка проходить через вихід з малого таза, а також через м'які частини родового каналу. Щілинний отвір *m. levatoris ani*, вульварне кільце розтягається і пропускає головку.



Мал. 35, 36 Головка великим сегментом у виході в малий таз. Нижня границя головки на лінії нижнього краю *spinae ischiadicae*. Крижова заглибина вільна, але промонторіум при внутрішньому дослідженні не досягається (за Белошанко і Яковлевим).



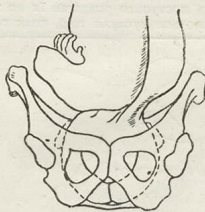
Мал. 37. — Головка зігнулася; мале тім'ячко нижче, велике — вище; сагітальний шов у правому косому розмірі таза (за Гальбаном).

Головка вставляється в таз і проходить родовий канал найменшим своїм розміром. При потиличному передлежанні переднього виду найменший розмір буде малий навскісний — від великого тім'ячка до підпотиличної ямки. Першим народжується зовні потиличний горбик після того, як пройшов повз лобок, і тільки після цього головка своєю ямкою міцно фіксується під лобком (мал. 42). Коли під лобок підходить потиличний горбик, можна бачити, як з *rima pudendi* показується потиличка. Це називають врізуванням головки. Врізування головки іде поступово, особливо в приміпар. Під час врізування головки мускули тазового дна помітно розтягаються, охоплюючи малий сегмент головки, що йде спереду. Отже під час потуги бачимо, як головка показується з *rima pudendi* і знову зникає, відходячи трохи вгору („ховається“).

Головка, фіксувавшись потиличною ямкою під лобковим зрощенням, тим самим фіксує під лобком потиличну точку свого малого косого розміру (цю точку називають „*hypomochlions. punctum fixum*“). Далі починають посуватися



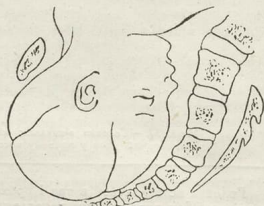
Мал. 38. Головка в порожнині малого таза, сагітальний шов у правому косому розмірі (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 39. Головка при виході з малого таза в прямому розмірі. Внутрішній поворот головки вже стався (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 40. Головка у виході з малого таза в прямому розмірі. Промачується тільки мале тім'ячко (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 41. Внутрішній поворот головки закінчений; головка вся в порожнині таза. Малий сегмент переддежить трохи нижче виходу з таза (за Белошапко і Яковлевим).

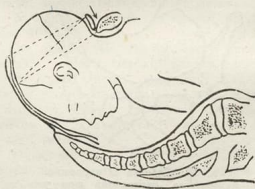
лобні частини малого розміру по задній стінці родового каналу. Просуваючись своїми лобними частинами, головка проходить вихід з таза і тазове дно, і робить поворот навколо горизонтально-фронтальної осі; потиличка під час просування лобних частин лишається міцно фіксованою під зрощенням і майже нерухомою. Поворот головки навколо горизонтально-фронтальної осі є не що інше, як її розгинання; в результаті його потиличка подається наперед, а підборіддя відходить від грудної клітки.

Процес звільнення головки з родового каналу називають прорізуванням.

В момент прорізування головку міцно обхоплюють мускули тазового дна; головка поступово розтягає їх не тільки радіально, а і вдовж. Найдуже розтягаються мускули тоді, коли головка проходить своїм великим сегмен-



Мал. 42. Врізування головки. Фіксація потиличної ямки під лобком (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 43. Прорізування головки. Найбільше розтягнення м'яких родових шляхів (за Белошапко і Яковлевим).

том (мал. 43). До тім'ячкових горбиків головка прорізується повільно, а коли вони пройшли, то до підборіддя головка прорізується вже швидко, бо тепер усі дальші скорочення *m. levator ani* в момент відсутності потуг не в силі подати головку назад; кожна наступна потуга просуває через *m. levator ani* (через отвір у ньому — *rima pudendi*) вузку частину головки вже легко, бо ця щільна тільки що розтягнута найбільшим обводом головки.

Міцний шар мускулів тазового дна, розтягаючись ззаду і з боків, тим самим набагато збільшує вповодж задню стінку родової трубки. Через те родовий канал, утворений м'якими частинами тазового дна, являє собою дальший протяг кісткового родового каналу під час прорізування головки, відкритий наперед; отже природно, що і головка йтиме таксамо наперед; цьому допомагає і скорочення дуже розтягнутих мускулів тазового дна.

На початку прорізування, коли потилична частина головки фіксована під лобком, над промежиною починає викочуватися спочатку лобик, потім лице і підборіддя. Після того, як народилося підборіддя, мускули тазового дна скорочуються, і степінь цього скорочення залежить від їх еластичності і розтягнутості.

Тоді, як головка народилася в прямому розмірі таза, плічка стоять у косому розмірі виходу з таза; через це головка, народившись, лицем буде звернена трохи не просто назад, а трохи праворуч або ліворуч і назад (малюнок 44, 45).

Після того, як народилася головка, повинні народитися плічка, що стоять у косому розмірі виходу з таза, і коли вони народжуються, на плічка дитини діють ті самі механічні сили, що й на головку; правда, плічка своїм об'ємом менші головки і народжуються через розтягнутий уже родовий канал, але більші їх розміри повинні так само пройти через найзручніші розміри виходу з таза; це значить, що після народження головки плічка, що до того стояли в косому розмірі, під впливом тих самих механічних сил, які діють і на головку, повертаються з косого в прямий розмір виходу з таза. Коли плічка при ви-



Мал. 44, 45. Головка народилася. Плічка в косому розмірі виходу з таза (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 46. Фіксація переднього плічка під симфізом. Викочуючи заднє плічко, тулуб згинається на зразок того, як прорізуючись, розгинається головка (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 47. Випрямлення тулуба після того, як викочилася задня плічка. Народження переднього плічка, яке перед тим було фіксоване під симфізом (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 48. Механізм родів при задньому виді потиличного передлежання. Народження великого тім'ячка, потім потилички. Момент ще більшого згинання головки.



Мал. 49. Фіксація головки другим hypomochlion'om — підпотилочною ямкою і дальше розгинання головки (за Белешапко і Яковлевим).

ході з таза повертаються в прямий розмір, головка зовні повертається — при I позиції — лицем до правого або — при II позиції — до лівого стегна, і через те зовні стає в поперечному розмірі.

Після цього народжуються плічка. Народження це складається з вривання і прорізання їх за тим самим принципом пристосування, що й народження головки.

Переднє плічко, знижуючись, проходить під лобком і фіксується під ним. Це — *вривання* плічка. Коли переднє плічко фіксувалося точкою, яка лежить нижче головки плічка, по задній стінці родового каналу просувається заднє плічко, а в цей самий момент плічко залишається фіксованим під симфізом, тулуб плоду згинається в боковому напрямі подібно до того, як головка в момент прорізання розгиналася відповідно до передньої осі таза (мал. 46). Після того, як заднє плічко викотиться над промежиною і народиться задня ручка, тулуб плоду випрямляється, і в цей саме момент спід симфізу виходить з ручкою частина переднього плічка, що залишалася під ним фіксованою (мал. 47).

Механізм родів при потиличному передлежанні заднього виду. Відмінність цього механізму від потиличних передлежань переднього виду починається з того, що головка в момент внутрішнього повороту (III момент)



Мал. 50. Потилічне передлежання. Задній вид. Кривина головки не відповідає кривині родового каналу (за Міхновим).



Мал. 51. Потилічне передлежання. Передній вид. Кривина головки якраз припадає на кривину таза (за Белешапко і Яковлевим).

потиличкою не наперед (до симфізу), а назад (до крижової заглибини). Дальше просування головки в родовому каналі, в момент врізування і прорізування її, відзначається тим, що головка проходить вихід з таза в прямому розмірі своїм малим косим розміром так, що її лобні точки будуть під лобком, а потиличні на задній стінці родового каналу. В помірно зігнутому стані, в момент врізування, головка своєю лобною частиною підходить під лобок. Після того, як у момент врізування головки під лобком фіксується ділянка маленького тім'ячка (hypomochlion), і задня частина по задній стінці родового каналу просувається тім'ям.

Над промежиною народжується спочатку тім'я, а потім потиличка. В цей саме момент головка згинається, і це згинання наближається до максимального (мал. 48).

Промежина в момент народження тім'ячка і потилички надто розтягається, бо тут проходить біпаріетальний, більший, розмір головки. По народженні потилички головка фіксується підпотиличною ямкою на м'яких частинах промежини (мал. 49).

Далі, поступово звільняється спід лобка лобик і все лице. Hypomochlion'ом при цьому буде ділянка потиличної ямки, що впирається в промежину.

Отже при задньому виді потиличного передлежання кривина головки не відповідає кривині родового каналу (мал. 50), а при передньому виді ці кривини одна на одну припадають (мал. 51).

Отже в IV моменті головка спочатку робить максимальне згинання, і в цей час над промежиною народжується тім'ячко і потиличка, а потім головка розгинається, і в цей час спід лобка народжується лобик і лице. Під час згинання головки hypomochlion'ом буде передня ділянка великого тім'ячка, що залишається під симфізом, а під час розгинання головки ділянка потиличної ямки на промежині.

Після того, як народилася головка в прямому розмірі, плічка стоять при виході з таза в косому розмірі, а тому головка, як і при передньому виді потиличного передлежання, повертається теж у косий, протилежний тому, в якому стоять плічка. Різниця лише та, що, ставши в косий розмір, лицем головка звернена наперед. Плічка та інші частини тулуба народжуються так само, як і при передньому виді цього передлежання.

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Серед усіх родів доношеними дітьми приблизно в 3% випадків плід народжується тазовим кінцем. З тазовим передлежанням ми зустрічаємося в мультипар з в'ялістю стінок матки і черевних стінок. Крім того цьому сприяє багатопліддя і багатовіддя, недоноски, близнята, передлежання плаценти, вузький таз та ін.

Усі передлежання тазовим кінцем поділяють на: передлежання сідницями і передлежання ніжками.

Бувають повні і неповні сідничні передлежання.

1) Повні сідничні передлежання або мішані — ті, коли разом з сідницями передлежать і ніжки (мал. 52).

2) Неповні або чисті сідничні передлежання — ті, коли передлежать сідниці, ніжки витягнуті вздовж тулуба, а ступні доходять до лица (мал. 53).

Серед ногоположень також буває повне ніжкове і неповне ніжкове передлежання: повне — коли передлежать обидві ніжки, а неповне, коли передлежить одна ніжка. Іноді, правда дуже рідко, передлежать коліна, ніжки зігнуті в колінах, а ступні лежать високо.



Мал. 52. Повне або мішане сідничне передлежання (за Бумом).

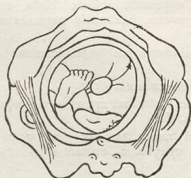


Мал. 53. Неповне або чисте сідничне передлежання (за Буммом).

Перебіг родів. Перший період родів, коли передлежать сідниці, від першого періоду при головних передлежаннях не різняться, але часто буває, що передчасно відходять води; крім того через те, що тазовий кінець не цілком виповняє сегмент таза і матки, частіше трапляється випадання дрібних частин і пуповини.

МЕХАНІЗМ РОДІВ ПРИ СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Механізм родів при сідничному передлежанні (повному і неповному) відбувається так: сідниці своєю *distancia intertrochanterica* вставляються в таз в одному з косих розмірів (при нормальному тазі). При першій і другій позиції плоду сідниці встановлюються в косому розмірі, стають звичайно в передній вид; при першій позиції плоду *dist. intertrochanter.* вкладається в лівому (мал. 54), а при другій в правому косому розмірі входу (мал. 55);



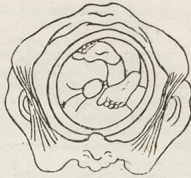
Мал. 54. I позиція, повне сідничне передлежання, передній вид. *Dist. intertrochanterica* в лівому косому розмірі



Мал. 55. II позиція, повне сідничне передлежання, передній вид. *Dist. intertrochanterica* в правому косому розмірі.



Мал. 56. I позиція, повне сідничне передлежання, задній вид. Dist. intertrochanterica в правому косому розмірі.



Мал. 57. II позиція, повне сідничне передлежання, задній вид. Dist. intertrochanterica в лівому косому розмірі.

при задньому виді першої позиції dist. intertrochanterica в правому косому розмірі таза (мал. 56); при задньому виді другої позиції — в лівому косому розмірі таза (мал. 57).

Потім передня сідниця знижується в малий таз першою, стаючи спереду провідною точкою куприком (мал. 58). У такому положенні ділянка сідниць пройде вхід у таз, сідниці, знижуючись, повертаються так, що передня наближається до лобкового зрощення, а задня до крижової кістки. На тазовому дні сідниці стають dist. intertrochanterica в прямому розмірі виходу з таза (мал. 59). Внутрішній поворот сідниць залежить від тих самих причин, що і при головному передлежанні. Тим, що сідниці у виході з таза своїм більшим розміром (dist. intertrochanterica) стають в найбільший розмір таза (прямий), пояснюється необхідність і доцільність внутрішнього повороту. Разом з внутрішнім поворотом сідниці трохи згинаються в бік хребта плоду.

Врізаючись, передня сідниця проходить trochanter'ом під симфізом, фіксуючись під лобковим зрощенням своїм hyomochlion'ом, що лежить трохи



Мал. 58. Зниження передньої сідниці в малий таз. Провідна точка — сосуц (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 59. Положення сідниць у виході з таза. Dist. intertrochanterica в прямому розмірі (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 60. Фіксація передньої сідниці під симфізом. Народження задньої сідниці над промежиною (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 61. Народження задньої сідниці над промежиною; хребет випрямляється і народжується верхня частина передньої сідниці (за Белошапко і Яковлевим).

вище від trochanter'a. Далі по задній стінці родового каналу просувається задня сідниця і народжується над промежиною (мал. 60). Плід у цей самий час значно згинається своїм хребтом в поперековій частині. Це згинання хребта цілком аналогічне розгинанню головки в IV моменті механізму родів. Після народження задньої сідниці зігнутий хребет плоду випрямляється і народжується слід симфізу верхня частина передньої сідниці (мал. 61). При повному сідничному передлежанні після народження сідниць народжуються й ніжки, а при неповному — після народження сідниць ніжки залишаються витягнутими вповодж тулуба плоду; народжуються вони пізніше.

Сідниці, як тільки народилися (в прямому розмірі), повертаються крижовою кісткою наперед, і lin. intertrochanterica стає зовні в косому розмірі, бо в такому саме розмірі в цей момент стають і плічка в порожнині таза.

В косому розмірі народжується тулуб дити, поки підійдуть (знижаться) плічка до виходу з таза. Отже в цей час плічка проходять порожнину таза так само, як і сідниці — в косому розмірі. Далі переднє плічко повертається вище до симфізу, а заднє до крижової кістки. Тому що біакроміальний розмір плічок не може вміститися в прямому розмірі виходу, переднє плічко знижується, починає вриватися. У момент вривання переднього плічка акроміон проходить лобкове зрощення, і під цим зрощенням фіксується шийно-плечовий кут (hypomochlion) і далі, заднє плічко народжується над промежиною (мал. 62).



Мал. 62. Зниження і вривання переднього плічка. Народження після цього заднього плічка (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 63. Фіксація головки потиличною ямкою під симфізом. Поступове народження лица над промежиною (за Белошапко і Яковлевим).

Після того, як народилися плічка, легко народжуються й ручки, коли вони в цей час мають нормальне положення. Коли ж ручки будуть витягнуті по обидва боки головки або лежатимуть за нею, то народитися вони можуть хіба лише тоді, коли їх звільнить лікар (див. „Витягання за тазовий кінець“).

Тоді як плічка народжуються в прямому розмірі виходу, головка вставилася і знизилася в порожнину таза в косому розмірі. Через це плічка, народившись, стають так само в косому розмірі; косий розмір цей буде протилежний тому, в якому перебуває головка в порожнині таза; при цьому плід спинкою повертається трохи наперед і в той бік, яка була позиція до того. Після народження плічок має народитися головка; народжуючись, вона теж пристосовується до різних відділів родового каналу. Після того, як народилися плічка, головка перебуває в порожнині таза в косому розмірі, лицевим повернувшись назад і вбік, а потиличкою наперед і вбік; вона трохи зігнута. Далі головка робить внутрішній поворот так, що лицевим стає до крижової заглибини і куприкової кістки, а потиличкою до симфізу.

У момент прорізування головки ділянка потиличної заглибини фіксується під симфізом (hypomochlion), а потиличний горбик при цьому стоїть вище лобкової дуги; над промежиною виходить першим підборіддя, потім лице, лобик, тім'я і потім уже потиличка. Головка прорізується своїм малим косим розміром (мал. 63).

Розглянувши перебіг механізму родів при сідничному передлежанні, можемо сказати, що і тут причиною всіх поворотів є пристосування всіх частин плоду до різних відділів родового каналу відповідно до того, як і при головному передлежанні.

Родовий опух при сідничному передлежанні утворюється на зовнішніх геніталіях, а також і на передній сідниці.

Серйозним ускладненням механізму родів при сідничному передлежанні можуть бути закинуті вгору ручки, через що розміри головки збільшуються. Коли при цьому своєчасно і вміло не допомогти, плід може загинути від асфіксії (див. „Витягання плоду за тазовий кінець“).

Роди при сідничному передлежанні в задньому виді відбуваються так, що в момент прорізування головки плід, спинкою звернений назад, підборіддям зачіплюється за горизонтальну гілку лобкової кістки. Невміле і несвоєчасне виведення головки в таких випадках призводить до загибелі плоду від асфіксії.

Притиснення пуповини під час родів при сідничному передлежанні може призвести до повного припинення кровообігу в ній. Таке притиснення може бути, після народження пупкового кільця, мускулами тазового дна, що притискують пуповину до тулуба. Ще більша загроза притисненням пуповини може бути в момент народження головки. Коли притискується пуповина, то плодові не вистачає кисню і в крові збирається CO_2 , а це приводить до передчасного дихання, від чого і стається асфіксія.

При недостатці кисню плід може жити лише короткий час, після чого настає параліч дихального центру, і плід гине. Коли народжується пупкове кільце, пуповина буває більш-менш притиснута мускулами тазового дна до тулуба, і тому вже з цього моменту плодові не цілком вистачає кисню. Через те з моменту народження сідниць і пупкового кільця роди можуть закінчитися не більш як за 5—10 хв.

Крім того ряд інших ускладнень може виникнути під час родів при сідничному передлежанні (див. „Витягання плоду за тазовий кінець“), і тому в кожному моменті родів може стати необхідною швидка і вміла допомога.

Отже, коли маємо сідничне передлежання, то в другому періоді родів завжди мусимо бути готові до того, щоб своєчасно і вміло допомогти.

Для цього роділлю в другому періоді родів неодмінно кладуть на край ліжка або на поперечне ліжко і з помитими вже руками стежать за родами.

До народження сідниць до пупкового кільця серцебиття плоду треба слухати через кожних 5 хв. З моменту народження пупкового кільця стежать за пульсацією пуповини, а також і за тим, чи не дихає плід. Якщо падає серцебиття плоду або пуповина перестає пульсувати, або плід передчасно починає дихати, лікар відразу, не відкладаючи, повинен закінчити роди (див. „Витягання плоду за тазовий кінець“).

При родах з сідничним передлежанням неодмінно мусить бути наготовлене все для оживлення плоду, а саме:

1. Стерильна, тонка, тверда гумова трубка для висмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів. Для цього, звичайно, краще брати гумовий катетер Нелатона, але слід пам'ятати, що кінець (вершок) катетра з отвором збоку треба відрізати, і тоді на обох кінцях трубки будуть однаково прямі отвори.

2. Балон Політцера (хто звик, то обходиться й без нього, висмоктуючи слиз ротом).

3. Гаряча й холодна вода і ванночка.

4. Подушка з СО₂.

5. Шприц 1,0—2,0 з 1—2 голками (стерильними) для впорскування *OI. camphorae* 10—20%. *sol. coffeini n.-benz.* 10—20% та ін.

Коли починають оживляти асфіктичну дитину, насамперед звільняють гумовою трубкою верхні дихальні шляхи від слизу (висмоктують).

Витирати при цьому слиз з рота пальцем з ватою або марлею заборонено.

МЕХАНІЗМ РОДІВ ПРИ ВУЗЬКОМУ ТАЗІ, КОЛИ ПЕРЕДЛЕЖИТЬ ГОЛОВКА

Під терміном „вузький таз“ ми розуміємо неправильні співвідношення між розмірами таза і плоду (головки).

Родовий процес при вузькому тазі багато тяжчий і на своє закінчення потребує далеко більше часу, ніж при так званому нормальному тазі. Досить часто буває, що роди не можуть закінчитися природними силами або плід не може пройти природним родовим шляхом, і необхідно закінчити роди оперативно.

Розміри вузького таза мають відносне значення, бо перебіг родів при вузькому тазі залежить не тільки від малих розмірів таза, а, головне, — від співвідношення між розмірами головки плоду і розмірами таза, від інтенсивності роботи мускулів матки і черевного пресу, від здатності головки конфігуруватися, від загального стану роділлі та ін.

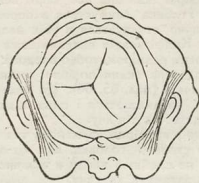
Оцінюючи взагалі динаміку родового процесу при вузькому тазі, слід завжди мати на увазі, що самі тазові розміри нічого не дають. Треба, як ми сказали, виявити справжнє співвідношення між розмірами входу в таз і розмірами головки плоду, здатність головки конфігуруватися, характер (сили) родової діяльності, загальний стан організму, а також дані анамнезу.

Абсолютне значення розміри таза можуть мати лише тоді, коли вони значно зменшені (*conjugata vera*). Природним родовим шляхом при абсолютному звуженні таза дитина народиться не може; отже перед родами постає питання дістати дитину через кесарський розтин.

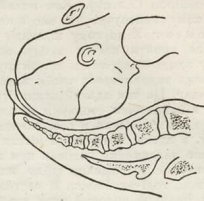
При відносно звуженому тазі роди можуть здійснитися *per vias naturales* без попереднього зменшення розмірів плоду, а також *per vias naturales* з попереднім його зменшенням.

Більшість авторів вважає, що степінь звуження прямого розміру входу в таз до 8,5 см дає можливість дитині середніх розмірів народитися природними силами і шляхом без будьякого втручання.

При *conjugata vera* меншій 8,5 см здебільшого неможливе народження доношеного середніх розмірів плоду без попередньої операції, щоб зменшити розміри плоду або збільшити розміри таза.



Мал. 64. Головка в стані найбільшого згинання, мале тім'ячко майже в центрі, сагітальний шов у косому розмірі таза.



Мал. 65. Кліноподібне вставлення головки — асинклітизм Редерера (за Блошапко і Яковлевим).

Вузький таз (*pelvis justo minor*) трапляється, за різними авторами, приблизно в 10—20% всіх випадків.

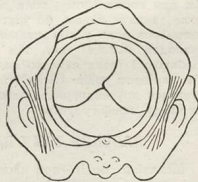
Маючи на увазі певний процент вузького таза, не треба думати, що в усіх випадках такого таза під час родів можуть статися перешкоди і потрібне буде спеціальне втручання. Серйозні розлади в родовому процесі при вузькому тазі трапляються в 3—5% всіх випадків.

Причини утворення вузького таза: рахіт, далі, несприятливі соціальні умови, оточення під час формування і росту організму, як от носіння надмірних тягарів, надмірна фізична праця, недостатнє харчування і багато інших. Велике значення має тут тbc і остеомаляція. Серед причин утворення вузького таза, правда, найменший процент, припадає на ці останні.

Ми розглянемо механізм родів лише при таких формах вузького таза: 1) загально-рівномірно звужений, 2) плоскій і 3) загально-звужений плоскій.

Загально-рівномірно звужений таз (*pelvis aequabiliter justo minor*) і **власний йому механізм родів**. Такий таз своєю будовою нагадує нормальний таз, але недорозвинений, або таз дитини-дівчинки; тому всі розміри його, порівняно з розмірами так званого нормального таза, зменшені більше чи менше, але зменшені приблизно однаково.

І момент. На початку родового процесу при загально-рівномірно-звуженому тазі головка буває рухлива і не фіксована при вході в малий таз; а при нормальному тазі здебільшого фіксована у приміпар. Через це головка вставляється у вході в малий таз в стані флексії тільки після того, як почалася родова діяльність. Проходячи через вхід у малий таз, головка, в стані різкого згинання, своїм сагітальним швом вставляється іноді в поперечному, а звичайно в одному з косих розмірів; часто, коли головка стоїть високо, її вставлення в косому розмірі наближається до прямого (мал. 64). Мале тім'ячко стоїть майже в центрі або навіть на провідній осі



Мал. 66. Кліноподібне вставлення головки. Найнижче стояння малого тім'ячка (вигляд знизу).

таза. Головка при цьому вставляється в косому розмірі таза своїм малим косим розміром (9,5 см). Хоч малий косий розмір — найменший розмір головки і тому найзручніший, але проти розмірів таза він, все таки, великий.

II момент. У другому моменті, коли головка знижується в порожнину таза і має пройти площу входу, вона значно стискується в усіх напрямках і тому у вході більш-менш конфігурується. Конфігурація виявляється в тому, що головка видовжується своїм великим косим розміром, тобто вповдовж родового каналу. Це так званий асинклітизм Редерера (клиноподібне вставлення головки з найнижчим стоянням малого тім'ячка) (мал. 65, 66). Це може бути тому, що тім'яні кістки в сагітальному шві наближаються і одна підходить під одну, а луска потиличної кістки підходить під тім'яну.

Значне видовження головки при загально-рівномірно звуженому тазі часто може привести до помилки щодо низького стояння головки, яка от-от має вриватися, тоді як більша її частина, що не пройшла входу в таз, виступає над ним. Великий родовий опух ще більше затемняє картину.

III момент. У третьому моменті головка в порожнині таза повертається з косоного розміру в прямий. Одночасно з внутрішнім поворотом головка ще й знижується.

IV момент механізму родів має свою відмінність. Вхід у таз і всю порожнину його головка проходить в стані різкої флексії. При цьому, коли головка надто видовжена, мале тім'ячко — під час вривання — іде по провідній лінії таза, впираючись у промежину. Народжується перше тім'ячко над промежиною; цьому сприяє те, що при загально-звуженому тазі лобкова дуга звужена, зменшена і тому довгаста головка, проходячи вихід з таза, відходить назад (мал. 65). Через те саме промежина надто розтягається і майже завжди рветься. Надто зігнута головка, прорізуючись розгинається довше, ніж це буває при нормальному тазі, коли головка зігнута мало.

V момент. У п'ятому моменті внутрішній поворот плічок, зовнішній поворот головки і народження тулуба не відрізняються від механізму нормальних родів.

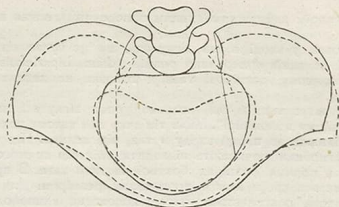
Велике згинання головки під час родів, коли вона вставляється в таз, є найзручнішим і найпотрібнішим її пристосуванням. Якщо з будь-яких причин головка вставлятиметься в розігнутому стані або в тім'яному, лобному або лицевому положенні, то дальше просування її в родовому каналі буде надмірно трудним або й неможливим.

Коли передлежать ніжки або сідниці, а таз загально-рівномірно звужений, треба пам'ятати, що головка може пройти через такий таз тільки в стані різкої флексії. Через те в таких випадках треба встановити головку так, щоб підборіддя стояло найнижче.

Роди при загально-рівномірно звуженому тазі тривають багато довше, ніж при нормальному; коли родова діяльність достатня, перший період родів може тривати довше, бо часто навколоплідний міхур рветься раніше і його допоміжна роль у відкритті шийки випадає. На другий період родів також припадає більше часу, ніж нормально, бо просторові співвідношення між головою і тазом занадто малі. Цей період вклинюється між першим і другим періодом родів. Після повного відкриття шийки матки не може відразу початися другий період (вигнання), бо головка повинна ще пристосуватися до входу, конфігурується.

ПЛОСКИЙ ТАЗ І ВЛАСТИВИЙ ЙОМУ МЕХАНІЗМ РОДІВ

Механізм родів при плоско-рахітичному і просто плоскому тазі майже однаковий. Своєрідність анатомічної будови плоского таза виявляється у властивому йому механізмі родів. Степінь звуження таза, а також розміри передлежної частини (головки) відіграють тут велику роль.



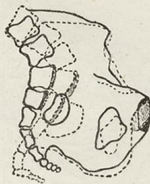
Мал. 67. Нормальний таз — форма чорним. Плоский таз — форма пунктиром (вигляд зверху).

Вставляється в таз і пройти через нього найбільше заважає головці звужений прямий розмір входу в таз (мал. 67, 68, 69). Як тільки головка пройшла вхід у таз, далі проходження її в родовому каналі мало відрізняється від нормального типу механізму родів.

До початку родової діяльності, і деякий час і з початком її, головка над входом у таз залишається рухливою і не фіксованою. Ця рухливість головки тісно зв'язана із звуженням прямого розміру таза. Рухлива головка над входом у таз не притискується під час переймів до всіх точок ліній входу її, тому між передніми і задніми водами є сполучення. Навколоплідний міхур при цьому не витримує тиску великої кількості передніх вод і часто, під час переймів, рветься. Ранній розрив навколоплідного міхура і передчасне відходження передніх і задніх вод здебільшого трапляється багато частіше, ніж при нормальному тазі.

Як скінчився перший період — період відкриття шийки, починається період вставлення головки або її конфігурації.

І момент. Вставлення при цьому відбувається так, що головка своїм прямим розміром вставляється в поперечному розмірі входу, як у розмірі



Мал. 68. Сагітально-медіальний розріз таза (чорним — нормальний таз, пунктиром — плоский таз).



Мал. 69. Сагітально-медіальний розріз (чорним — нормальний таз, пунктиром — прямопоский таз).

найбільшому, а своїм найменшим (малим поперечним), лягає в прямому розмірі таза.

Коли б головка у вході в таз зігнулась, як це буває при нормальному механізмі, то її великий поперечний розмір (diam. biparietalis) — 9 см точно відповідав би прямому розмірові таза, і головка не змогла б пройти тоді через вхід у таз.

На початку вставлення в таз, головка трохи зігнута і перебуває в так званому „незручному положенні“. Мале тім'ячко при такому положенні головки лежить трохи ближче до площі входу в таз, ніж велике. Під час вставлення головки тім'яні горбики починають відходити вбік від прямого розміру таза і вставляються в прямих розмірах бокової частини таза. В прямому розмірі головка вставляється своїм малим поперечним розміром. Для того, щоб так вставитися, головка розгинається; цьому допомагає клиноподібне звуження головки від тім'яних горбиків до лобної частини (мал. 70 і 71).

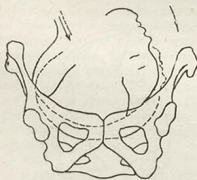
Коли головка, розгинаючись, вставляється, цим саме своїм малим поперечним розміром в прямому розмірі таза положення тім'ячок (якщо головка розтягнута трохи або помітно), буде таке: проти площі входу велике тім'ячко стоятиме ближче до середини таза, або навіть у самому центрі його, а мале тім'ячко входить вгору і вбік (мал. 72).

Тім'яні горбики, що лежать у боковій частині таза, затримуються найбільше, тому що вони найбільше виступають, і через те головка більше розгинається і вставляється своєю лобною частиною.

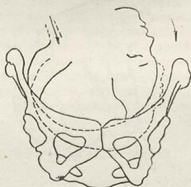
При плоскому тазі головка вставляється неодмінно в стані деякої екстензії. Доказом цього може бути низьке стояння великого — лобного тім'ячка, тоді як при нормальному тазі низько стоїть мале тім'ячко — потиличне. Степінь розгинання головки при цьому буває більшим або меншим, що цілком залежить від співвідношень між розмірами таза і плоду.

Перша і характерна ознака механізму при плоскому тазі в момент вставлення головки — поперечне її положення над входом і сагітальний шов цілком відповідає поперечному розмірові входу. Подруге, голівка вставляється в стані екстензії (мал. 72).

П о м о е н т. Вставившись у прямому розмірі входу в таз своїм малим поперечним розміром, головка навіть у такому стані часто не може пройти вхід у таз, тому що заважають просторові співвідношення між тазом і головою. Саме через



Мал. 70. Вставлення тім'яних горбиків головки в прямому розмірі бокової частини таза. Початок спускання малого поперечного розміру головки — почався розгинання (за Белошапко і Яковлевич).



Мал. 71. Те саме, що й на мал. 70, в дальшій стадії (більше розгинання головки (за Белошапко і Яковлевич)).

це в другому моменті механізму родів, коли головка проходить через звужений вхід, вона входить не синклітично, тобто рівномірно обома тім'яними кістками, а асинклітично — так, що одна з тім'яних кісток буде переддежати, прикриваючи вхід, а друга при цьому завжди буде над входом. Залежно від цього сагітальний шов проходить близько до промонторіума або до симфізу.

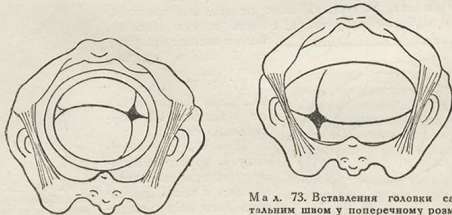
Степінь асинклітизму залежить найбільше від вузькості таза (об'ємні співвідношення між головою і тазом), а також від співвідношення між віссю плоду і віссю тазового каналу або площі входу в таз.

Степінь звуження і форма таза, виступання і висота стояння промонторіума, кут нахилу таза, а також пружний або розтягнутий живіт є причинами переднього або заднього асинклітизму.

Коли промонторіум стоїть високо і виступає в просвіт таза горизонтально, задня тім'яна кістка буде вприратися в нього, фіксуючись і залишаючись тут доти, поки спуститься передня тім'яна кістка. Можна помітити, що тоді вісь головки іде вбік від осі входу в таз наперед, передня тім'яна кістка прикриває просвіт входу і лежить нижче, а задня стоїть над входом, зачепившись за промонторіум, сагітальний шов дуже наближається до промонторіума. Це — переднє тім'яне вставлення або передній асинклітизм, або Негелівське відхилення (мал. 73).

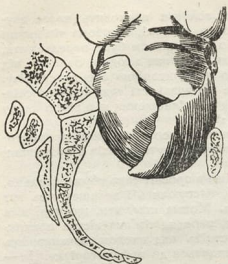
Якщо крижова кістка лежить низько і промонторіум виступає в просвіт таза більш покато, то головка відходить наперед, наче сповзає по промонторіуму, вприраючись передньою тім'яною кісткою в симфіз. Задня тім'яна кістка першою знижується в таз, прикриваючи собою просвіт його. Досліджуючи *per vaginam*, помічаємо, що вся крижова заглибина вільна і можна легко дійти навіть до першого крижового хребця.

Головка своєю віссю відхиляється назад від осі входу в таз. Задня тім'яна кістка прикриває просвіт таза і стоїть низько, тоді як передня тім'яна кістка стоїть над входом у таз над симфізом. Сагітальний шов близько симфізу в поперечному розмірі. Це — заднє тім'яне вставлення, задній асинклітизм або Літцманівське (Litzmann) відхилення (мал. 74, 75, 76, 77, 78, і 79). Задня тім'яна кістка, знижуючись дедалі в просвіт таза, проходить повз промонторіум. Далі сагітальний шов починає відхилятися від симфізу до середини, а задня тім'яна кістка відходить назад, виповняючи крижову заг-

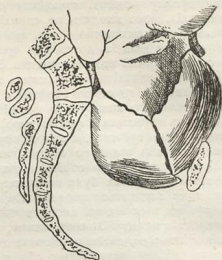


Мал. 72. Розгинання головки. Наближення великого тім'ячка до центра площі входу в таз.

Мал. 73. Вставлення головки сагітальним швом у поперечному розмірі таза. Велике тім'ячко близько центра — розгинання головки. Сагітальний шов не відповідає середній лінії — асинклітизм, він ближче до *os coccygis* — передній асинклітизм (Naegele).



Мал. 74. Конфігурація черепа; асинклітизм не виявлений (за Гальбаном).



Мал. 75. Конфігурація черепа. Виявлений задній асинклітизм Літцмана (за Гальбаном)

либину, а тому, що головка стискується в прямому напрямі, повз симфіз починає спускатися передня тім'яна кістка, що зайшла під задню (мал. 76).

Коли передня тім'яна кістка пройде повз симфіз, то головка виходить в порожнину малого таза, пройшовши вузький його вхід.

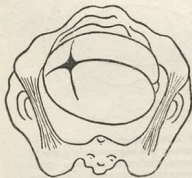
Тут уже асинклітизм вирівнюється і сагітальний шов лежить посередині між симфізом і промонторіумом.

Далі, при передньому і задньому асинклітизмі головка знижується в порожнину таза до тазового дна, стаючи сагітальним швом у поперечному розмірі. Низьке поперечне стояння головки при виході з таза є характерна особливість механізму родів при плоскому тазі.

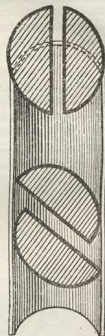
III момент. Внутрішній поворот головки при плоскому тазі відбувається у виході і іноді можна помітити його в момент врзування і навіть прорізування головки.

IV і V момент механізму родів нічим не різняться від нормального типу.

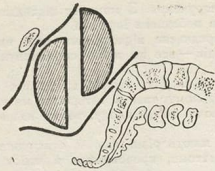
При рахітично-плоскому і просто плоскому тазі головка вставляється в таз і проходить його вхід однаково, але зважаючи на те, що ділянка рахітично-плоского таза від верхньої частини по-



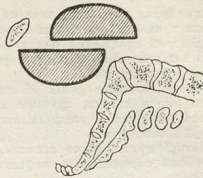
Мал. 76. Задній асинклітизм Літцмана (вигляд вгору).



Мал. 77. Еліпсоїдне тіло, більше діаметра, може вставитися і ввійти в цю трубку лише тоді, коли воно поділяється на дві половини і ввійде в трубку коєю (за Зелсгеймом).



М а л. 78. Схема вступу головки в таз при передньо-тім'яному передлежанні.



М а л. 79. Схема вступу головки в таз при задньо-тім'яному передлежанні.

рожнини до виходу дедалі ширшає, головка, пройшовши вхід, народжується дуже швидко. Це треба пам'ятати при родах, тому що просто плоский таз лишається вузьким на всьому протязі, головка проходить через родовий канал повільно.

МЕХАНІЗМ РОДІВ ПРИ ЗАГАЛЬНО-ЗВУЖЕНОМУ РАХІТИЧНО-ПЛОСКОМУ ТАЗІ

Такий таз, коли рівняти з так званим нормальним, має всі розміри зменшені. Прямий розмір багато вузьчий поперечного. Дуже часто такий таз взагалі буває надто звуженим. В кожному окремому випадку такий таз являє собою різні комбінації загально-звуженого і плоского таза.

Прогноз родів при такому тазі менш сприятливий, ніж при плоскому. Головка вставляється у вхід в таз в поперечному розмірі. Механізм конфігурації головки у вхід відбувається за типом плоского таза, тобто ясно помічається асинклітичне вставлення, частіше Негелівське відхилення.

У IV момент — прорізування головки відбувається за типом загально-звуженого таза — голівка далеко відходить назад.

Роди тривають далеко довше, ніж нормальні.

ПРОГНОЗ РОДІВ ПРИ ВУЗЬКОМУ ТАЗІ

Якщо таз занадто звужений, а плід середніх розмірів, то прогноз для матері під час родів завжди несприятливий.

При вузькому тазі часто буває, що роди природними силами закінчаться не можуть, і коли лікар вчасно і належно не допоможе, роділля може загинути від розриву матки або від інфекції. Механічне пошкодження м'яких тканин, а також можливість інфекції при родах з вузьким тазом, коли вони довго тривають, є головна небезпека для матері. Механічне пошкодження тканин може бути через те, що головка довго притискує ці тканини і може статися некроз і гангрена тканин.

Механічне пошкодження тканин сприяє утворенню фістул (сечових і калових). Фістули ці є наслідок некрозу і гангрені тканин, на які довго тисне головка. Крім того при вузькому тазі може статися розрив самої матки, і нарешті дуже рідко буває розрив тазових суглобів — симфізу або кульшового.

Інфекція під час родів при вузькому тазі буває в наслідок того, що передчасно відходять води і мляво ідуть роди; велике значення при цьому

має і часто буває потрібним активне втручання. З моменту відходження вод чим довше тривають роди, тим більша небезпека інфекції.

Неправильні положення плоду, передчасне відходження вод, випадання пуповини і притиснення її під час родів — все це може спричинити смерть плоду при вузькому тазі.

Крім того м'якість родів збільшує загрозу смерті плоду від асфіксії. До цього треба додати, що при вузькому тазі в інтересах матері часто доводиться закінчувати роди, зменшуючи об'єм плоду, тобто вдаватися до перфорації і ембріотомії.

У практиці дуже велике значення мають різні форми стиснення тканин черепа — вони спричинюють кефалгематоми, крововиливи в мозок і втиснення черепа.

Вивчаючи окремо механізм родів при плоскому, загально-звуженому і загально-звуженому-плоскому тазі, щоб цілком розуміти їх відмінності, щоб дати своєчасну і належну допомогу при тих ускладненнях, які можуть статися в родовому процесі, слід пам'ятати, що перебіг, прогноз і терапія родів при вузькому тазі мало залежить від форми таза, а значний вплив тут має степінь звуження таза, порівнюючи з розмірами головки.

РОЗІГНУТИЙ ТИП МЕХАНІЗМУ РОДІВ

Під розігнутих типом механізму родів ми розуміємо такі положення головки, коли вона проходить весь родовий канал в більш-менш розігнутому стані. При нормальному типі механізму родів головка проходить родовий канал у стані флексії, передлежачи потиличкою, яка в IV моменті першою народжується спід симфізу. Це — так званий механізм родів при потиличному передлежанні переднього виду. При розігнутому типі механізму родів головка проходить родовий канал так, що передлежить тім'я, лоб або лице. Отже ми розглянемо механізм родів при передньо-головному або тім'яному і лобному та лицевому передлежанні (мал. 80, 81 і 82).

Спочатку розглянемо механізм родів при лицевому передлежанні, як найбільш типовому з розігнутих передлежань.

Механізм родів при лицевому передлежанні переднього виду. Лицеві передлежання можуть бути ще в періоді вагітності, коли підборіддя відходить



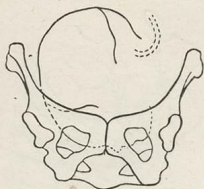
Мал. 80. Положення плоду при передньо-головному або тім'яному передлежанні.



Мал. 81. Положення плоду при лобному передлежанні.



Мал. 82. Положення плоду при лицевому передлежанні.



М а л. 83. Вставлення головки в повному розгинанні (за Белошапко і Яков-левим).



М а л. 84. Повне лицеве передлежання. Найнижча точка підборіддя I момент механізму родів.

від грудної клітки, а головка розгинається. Такі випадки первинного лицевого передлежання трапляються не часто.

Далеко частіше спостерігаються лицеві передлежання, які виникають в процесі родового акту — так звані вторинні передлежання.

Найбільше лицеве передлежання буває там, де цьому сприяють розміри таза і форма головки.

Механізм родів при лицевому передлежанні, як і при потиличному, поділяємо на п'ять моментів. Відмінність тільки позначається в першому і четвертому моменті.

При лицевому передлежанні в першому моменті головка розгинається (при потиличному — згинання) і через те вставляється в таз не сагітальним швом, а лінією лица, яка йде від лобного шва серед ніс до підборіддя.

В четвертому моменті лице прорізується від того, що головка згинається. При потиличному передлежанні лице прорізується тому, що головка, навпаки, розгинається.

Проходження головки в родовому каналі. Отже в першому моменті механізму родів при лицевому передлежанні головка (в стані екстензії) вставляється при вході в таз невеликою частиною лица; при цьому в по-



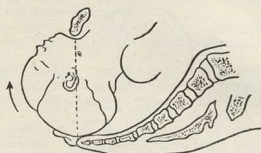
М а л. 85. II момент механізму родів. Поворот головки підборіддя до симфізу.



М а л. 86. III момент механізму родів. Закінчення повороту головки. Лінія лица припадає на прямий розмір виходу з таза.



Мал. 87 IV момент механізму родів при лицевому передлежанні. Врізування головки. Фіксація під симфізом під'язиковою ділянкою (за Белошапко і Яковлевим)



Мал. 88. Прорізування головки - згинання П. Народження лобика, тім'ячка (за Белошапко і Яковлевим).

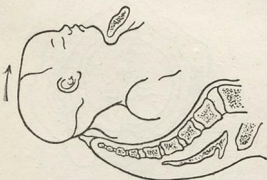
перечний розмір входу в таз лице буде вкладатися діаметром, середнім між підборідно-потилічним і підборідно-тім'яним (12,5 см) (мал. 83). Підборіддя при цьому стає трохи вище, ніж велике тім'ячко, і лінія лица, яка проходить від лобного шва через ніс до підборіддя, припадає на поперечний розмір входу в таз. Вставаючись далі, головка максимально розгинається і тому вставляється у вхід своїм підборідно-тім'яним розміром (10,5 см) у поперечному розмірі. Підборіддя при цьому стає нижче великого тім'ячка, і лице цілком переддежить у вхід (мал. 84).

На цьому, власне, і закінчується перший момент механізму родів, коли головка максимально розгинається, пристосовуючись саме до того, щоб пройти через вхід у таз.

У другому моменті головка знижується в порожнину таза; лицева лінія — в поперечному розмірі таза.

У третьому моменті головка лицем повертається так, що підборіддя підходить під симфіз і лінія лица припадає на прямий розмір виходу з таза (мал. 85 і 86).

Внутрішній поворот лица відбувається при виході з таза, тому головка — в момент внутрішнього повороту — дуже мало знижується. Тоді буває так, що внутрішній поворот стається в момент прорізування.



Мал. 89. Прорізування головки. Дальший момент. Народження тім'ячка, потилички (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 90. Лицеве передлежання. III момент. Провідна точка — підборіддя повертається не наперед, а до кривової кістки.



Мал. 91. Те саме, що й на мал. 90. Поворот уже стався. Підборіддя повернулося до крижової кістки. Лінія лица припадає на прямиї розмір виходу з таза.



Мал. 92 Заднє лицеве передлежання. Дальше розгинання головки неможливе бо потиличка впирається в шийку.

У четвертому моменті головка, врізуючись, зчижується лицем доти, поки підборіддя підійде під симфіз і стане під'язиковою ділянкою (кут між нижньою щелепою і шиєю) під лобковим зрощенням (мал. 87).

Як тільки під симфіз підійде під'язикова ділянка близько передньої частини шиї, над промежиною починає викочуватися (народжуватися) лобик, тім'ячко і потім потиличка. В момент прорізування головка згинається (Мал. 88, 89).

У п'ятому моменті відбувається внутрішній поворот плічок, через що остаточно повертається зовні головка так само як і при потиличному передлежанні. При лицевому передлежанні, як і при потиличному в третьому моменті, може статися, що провідна точка (підборіддя) повертається не наперед, а назад до крижової кістки (мал. 90, 91). Тоді, як при потиличному передлежанні заднього виду роди закінчуються природними силами — навіть іноді без будь-якого втручання — при лицевому передлежанні заднього виду роди не можуть закінчитися без втручання.

Цілоком зрозуміло, що, зробивши в першому моменті максимальну екстензію, головка при лицевому передлежанні заднього виду в четвертому моменті, щоб врізатися і прорізатися, мусить ще більше розігнутися, але розгинатися далі немає куди; крім того плід плічками зачеплюється над входом у таз, і роди на цьому припиняються, коли не буде належної допомоги. При задньому лицевому передлежанні головка вставляється в косому і рідко в прямому розмірі таза своїм великим косим розміром (14,5 см) (мал. 92).

Механізм родів при лобному передлежанні. Лобне передлежання буває не часто. Роди тоді тривають довго. При вході в таз головка вставляється так, що лобний шов припадає на поперечний розмір входу в таз. При внутрішньому дослідженні при вході можна намацати лоб і частину лица. При цьому дістає велике тім'ячко не вдається; намацуються перенісся і очні дуги.

Вставившись у поперечному розмірі, головка так і спускається в порожнину таза до тазового дна (мал. 93).

Далі відбувається внутрішній поворот. Лобний шов стає в косому, а потім і в прямому виходу; крила носу підходять до симфізу, потиличка — до крижової заглибини (мал. 94). В момент прорізування верхньою щелепою (hypotochlion'ом) головка впирається в нижній край симфізу і після того по задній



Мал. 93. Лобне передлежання (видяжд знизу). Промаяуються лоб, перенісся, очні дуги.



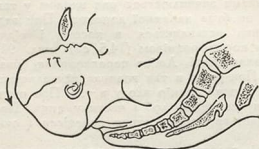
Мал. 94. Внутрішній поворот головки при лобному передлежнні. Крыла носа підійшли до симфізу. Лобний шов у прямому розмірі виходу з таза.

стінді родового каналу просувається тім'я і потиличка. Головка в цей момент згинається, народжуючись досить великим своїм розміром — maxillo- parietale (34 см) (мал. 95). Через це промежина надто розтягається. По народженні потилички на промежині фіксується ділянка потиличної ямки, і головка починає розгинатися; спід симфізу виходять верхня і нижня щелепи. Так народжується головка при лобному передлежнні заднього виду (мал. 96, 97).

Далі, в п'ятому моменті механізму родів нічим не відрізняється від нормального типу. Роду при лобному передлежнні переднього виду спостерігаються не часто. Нуроточліон'ом при цьому буде спочатку ділянка великого тім'ячка, а потім під'язикова ділянка близько до переду шиї (мал. 98). Прогноз родів при лобному передлежнні переднього виду менш сприятливий, ніж при лобному передлежнні заднього виду.

З ускладнень, що часто бувають при лобному передлежнні треба назвати такі: довготривалість родів, часті порушення цілості м'яких тканин (розриви промежини), відриви леватора, утворення фістул, міхуро-вагініні поранення, розриви матки і асфіксію плоду.

Механізм родів при передньо-головному, тім'яному передлежнні. Передньо-головне передлежання маємо при плоскому тазі; тут воно буває явищем



Мал. 95. Фіксація головки верхньою щелепою (нуроточліон) під симфізом. Народження спід промежини тім'ячка й потилички. Проходження головки через обвід maxillo- parietale (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 96. Фіксація головки другим нуроточліон'ом — потиличною ямкою. Початок розгинання головки (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 97. Дальше розгинання головки. Спід симфізу вийшла нижня щелепа і підборіддя (за Белошапко і Яковлевим).

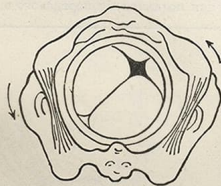


Мал. 98. Роді при лобному передлежанні переднього виду. Перший хуро-мочліон — велике тім'ячко (за Белошапко і Яковлевим).

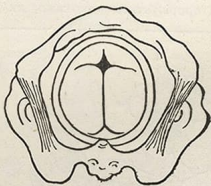
тимчасовим, тобто являє собою один з моментів механізму родів при плоскому тазі. Спостерігаються іноді випадки, коли передне тім'яне передлежання залишається в усіх моментах механізму родів і цьому т. зв. стаціо-нарному тім'яному передлежанню сприяє стан м'яких частин родового каналу (тазове дно), а також форма і розміри таза і головки (мала головка).

Від потиличного передлежання передньо-тім'яне відрізняється тим, що головка буває в трохи розігнутому стані; тому механізм родів при передньо-тім'яному передлежанні ми і відносимо до розігнутого типу механізму родів.

У першому моменті механізму родів головка вставляється в таз своїм прямим розміром у поперечному розмірі таза; обидві парієтальні кістки при цьому затуляють вхід у таз. Велике тім'ячко тут нижче, або на одному рівні з малим тім'ячком. Дальшим пристосуванням головки до входу в таз буває асинклітичне вставлення її. В третьому моменті в порожнині таза головка робить внутрішній поворот; отже її велике тім'ячко підходить близько до симфізу, а потиличне — мале тім'ячко до крижової кістки (мал. 99). В момент внутрішнього повороту головка теж знижується і вставляється своїм прямим розміром у прямому розмірі входу у таз (мал. 100).



Мал. 99. Механізм родів при передньо-головному тім'яному передлежанні. III момент — внутрішній поворот. Велике тім'ячко підходить до симфізу.



Мал. 100. Дальший момент внутрішнього повороту. Головка вставилася своїм прямим розміром у прямий розмір таза.



Мал. 101. Фіксація головки волосистим краєм лоба—першим *hypomochlion*'ом. Початок викочування потилички спід промежини (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 102. Народження потилички. Фіксація головки на промежині другим *hypomochlion*'ом — потиличною ямкою. Початок викочування лобика спід симфізу (за Белошапко і Яковлевим).

У четвертому моменті механізму родів головка, вриваючись, спочатку згинається, а потім розгинається. В момент вривання головки під симфіз підходить *glabella* або іноді ділянка волосистого краю лоба, фіксуючись під симфізом (*hypomochlion*) (мал. 101). Після того спід промежини викочується потиличка. В цей саме момент головка згинається.

Як народилася потиличка, ділянкою потиличної ямки головка фіксується на промежині (*hypomochlion* II), і після цього спід симфізу викочується лобик, лице і підборіддя (мал. 102).

В момент народження потилички, коли *hypomochlion*'ом буде ділянка волосистого краю лоба, головка прорізується площею *suboccipito-frontale*, а коли підходить і фіксується *glabella*, головка прорізується площею *occipito-frontale* і це менш зручно, але треба сказати, що при *occipito-frontal*'ній площі головки треба менше згинатися (мал. 103, 104). Після цього головка розгинається і *hypomochlion*'ом буде потилична ямка (мал. 105, 106).

В момент народження потилички, коли головка згинається, промежина дуже розтягається не тільки радіально, а і вдовж—і через те часто рветься.

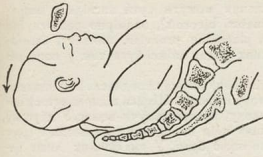
При передньо-тім'яному передлежанні переднього виду (мал. 107) головка прорізується так само, як і при потиличному переднього виду, але



Мал. 103. Фіксація головки *glabella*. Прорізування головки площею *occipito-frontale* (за Белошапко і Яковлевим).



Мал. 104. Більше згинання головки. Викочування потилички спід промежини (за Белошапко і Яковлевим).



Ма л. 105. Народження потилички. Фіксація головки потиличною ямкою на прімежині другим hypomochlion'ом. Початок розгинання головки. Викочування спід симфізу лиця (за Белошапко і Яковлевим).



Ма л. 106. Дальше розгинання головки. Викочування спід симфізу лиця, підборіддя (за Белошапко і Яковлевим).

перед цим вона згинається; отже фактично в четвертому моменті головка зігнута так, як при потиличному передлежанні. Саме через це дехто механізм родів при тім'яному передлежанні вважає видом потиличного передлежання; але це помилка, бо провідна точка тут не мале, а велике тім'ячко.

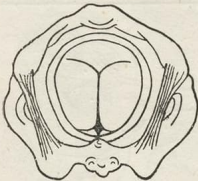
Поперечні і косі положення. Найчастіше (99—99,5%) трапляються правильні або поздовжні положення плоду в порожнині матки. При таких положеннях вісь плоду припадає на вісь матки.

Бувають і такі положення, коли вісь плоду перетинається з віссю матки під прямим або гострим кутом. Такими положеннями будуть неправильні або поперечні і косі.

Поперечне положення буде тоді, коли поздовжня вісь плоду і вісь матки перетинаються і утворюють прямий кут.

Косе положення — коли вісь плоду і вісь матки утворюють гострий кут.

Плід вкладається в матці в поперечному або косому розмірі головою ліворуч або праворуч. Коли головка буде ліворуч, то говоримо про першу позицію, а коли праворуч, то про другу. Далі, залежно від того, куди звернена спинка, відрізняють два види: спинкою наперед — передній вид, спинкою на-



Ма л. 107. Передньо-тім'яне передлежання переднього виду (вигляд знизу).



Ма л. 108. Самовиворот за Денісеном.

зад—задній вид. Поперечні і косі положення можуть бути наслідком неправильної форми самої матки (uterus arcuatus, bicornis), надмірно розтягнутих і в'ялих черевних стінок, опуху — міоми, placenta praevia, близнят, багатодіття, вузького тазу; плід при передчасних родах може бути теж у поперечному положенні.

Перебіг родів. У першому періоді родів трапляється передчасне відходження вод, що звичайно на багато збільшує загрозу інфекції. Шийка відкривається поступово тому, що попередньої частини плоду, власне кашучи, немає. У другому періоді родів при неправильних положеннях плід народитися не може, і тому будьякого правильного механізму теж не може бути. У виключних лише випадках при поперечних положеннях спонтанно можуть закінчуватися роди: 1) через самоповорот, 2) через самовиворот, 3) складеним удвоє плодом (partus conduplicato corpore).

Коли підо впливом переям або відповідного положення роділлі, плід сам повертається на голову або на тазовий кінець, то це ми називаємо самоповоротом. При самоповороті роди відбуваються звичайно спонтанно.

Механізм самовивороту поперечних положень відбувається так, що плід бочком або ручкою вставляється в таз. Потім головка верхньою частиною тулуба затримується (затискується) в тазі, а нижня сповзає донизу назовні через вагіну. За народженням нижньої частини народжується і верхня частина — головка.

Описано два способи самовивороту. Перший спосіб — Денмена (мал. 108). Після того, як плід переддежить бочком або ручкою, головка затримується над *linea innominata* у великому тазі; сідничний кінець тепер сповзає по задній стінці таза назовні, після цього народження плоду відбувається як при сідничному передлежанні. Другий спосіб — Дугласа (мал. 109): головка затримується над симфізом, ззаду симфізу витягається шия донизу, навколо неї розгинається плід і виходить назовні сідничний кінець.

Народження плоду *conduplicato corpore* відбувається так, що плід складається вдвоє. Шия, хребет, грудна клітка плоду при цьому лежать паралельно. Передлежною частиною плоду буде випала ручка або ліччо (мал. 110). Але самоповорот, самовиворот бувають дуже рідко, і як правило, без стороннього втручання при поперечному положенні плоду закінчуються катастрофічно як для матері, так і для плоду. Коли відійшли води, при поперечному положенні часто випадає ручка. Далі плід вклинюється плечком у малий таз і стає нерухомо; тоді маємо т. зв. запущене поперечне положення — плід, як правило, гине. Нижній сегмент матки при цьому дуже перерозтягнутий; при продовженні родової діяльності трапляється катастрофа — розрив матки; в інших випадках роділлі гине від септичної інфекції.



Мал. 109. Самовиворот за Дугласом.



Мал. 110. Народження плоду *conduplicato corpore*.

ПЛАЦЕНТАРНИЙ ПЕРІОД І ЙОГО ФІЗІОЛОГІЯ

Плацентарним періодом називаємо III період родів — від моменту народження плоду і до виходу плаценти з оболонками. Цим періодом закінчується родовий акт.

Лікар-акушер мусить бути насторожі, поки закінчиться цей період, тому що іноді несподівано можуть статися ускладнення, які загрожують життю роділлі (мал. 111, 112, 113, 114, 115, 116).

Ведення III періоду родів. Старі акушери зараз же по народженні дитини входили двома пальцями в порожнину матки і відділяли плаценту (Боделок). Зрозуміло, що при відсутності знаннів про асептику і антисептику наслідком такого втручання було внесення інфекції.

Пропозиція Креде (1861 р.). Витискування плаценти зовнішнім способом створило цю еру в акушерстві. Правда, Креде (Crede) вважав, що його спосіб повинен запобігти кровотечі в III періоді, і рекомендував уживати його відразу по народженні дитини (у всіх випадках). Така активність часто давала затримання часток плаценти.

Всупереч Креде, Альфельд (Ahlfeld) пропагував лозунг „Руки геть від матки“ і рекомендував вести III період суто експектативно. Пізніше змінивши



Мал. 111, 112, 113. Відділення і народження плаценти за Дунканом (за Гальбаном).



Мал. 114, 115, 116. Відділення і народження плаценти за Шульце (за Гальбаном).

свій погляд, Альфельд рекомендував ждати відділення плаценти $1\frac{1}{2}$ год., а потім удаватися до способу Креде.

Клініка КМІ, а також переважна більшість сучасних акушерів рекомендують, якщо немає кровотечі і роділля почуває себе задовільно, III період родів вести експектативно. Ждемо 3—4 години. Ждати далі недоцільно, бо постає реальна небезпека інфекції; крім того необхідність пильно стежити за ходом процесу не дає роділлі відпочити. Якщо плацента не вийшла, треба перевірити, чи відділилася вона від матки, чи ні. Для цього є кілька ознак.

Ознака Шредера. Після народження плоду дно матки стоїть близько до пупка і має опуклу форму. Коли плацента відділилася від стінки матки, дно матки підіймається на 5—6 см від пупка. Змінюється і форма матки — вона вужчає вгорі близько до дна і ширшає в нижній частині над симфізом.

Ознака Альфельда. Лікар контролює зміну довжини того залишка пуповини, що виглядає з вагіни. Коли пуповину перерізано після народження плоду, то на проксимальний кінець її накладають затискач (Кохера), або перерезають тасьмою на відстані 4 см від вульви. Коли плацента відділилася від стінки матки, то затискач на пуповині знижується. Ознака Альфельда непевна, бо пуповина може подовжуватися і розкручуються.

Ознака Кюстнера. Натиснувши на живіт над лобком ребром п'ясті руки вгору, спостерігаємо: коли плацента відділилася, пуповина не змінює свого положення, а коли не відділилася, залишок пуповини подається вгору у вагіну.

Позитивна ознака Кюстнера показує, що плацента відділилась і опустилась у вагіну.

Коли плацента показується з вагіни, її підхоплюють на долоні і починають закручувати в напрямі стрілки годинника; від цього оболонки скручуються і відділяються від стінки матки.

Дехто не рекомендує скручувати оболонку, бо в момент закручування вона надривається і залишається в матці. Треба залишати плаценту так, щоб вона силою своєї ваги тягла сама оболонку, для чого таз роділлі трохи піднімають вгору.

Але ми рекомендуємо перший спосіб, бо негативних наслідків від нього не бачили.

Огляд плаценти. Плаценту кладуть на тарілку материнською поверхнею вгору і оглядають, чи немає порушення її часток, чи всі вийшли оболонки.

Молочна проба. Якщо є сумнів щодо цілості плаценти, треба зробити молочну пробу. В пупкову вену з шприця вливають 200,0 молока і стежать, чи не виходить молоко на материнській поверхні (проба Кюстнера). Витікання молока є ознака порушення цілості плаценти.

Повітряна проба. Плаценту кладуть у миску з водою і 200 г шприцом вдувають повітря в пупкову вену. Пухирці на материнській поверхні показують на дефект плаценти.

Проба Закса. Закс (Sachs) запропонував плавну пробу — у велику скляну посудину з водою кладуть обмиту від крові плаценту так, щоб не було повітря між оболонками, а плацента щоб була під водою. У пупкову вену 200,0 шприцем вдувають повітря. Якщо плацента не пошкоджена, то вона сливає на поверхню води і лежить горизонтально.

Негативна проба за Заксом — плацента стає вертикально, косо або й зовсім не сливає на поверхню.

Щербак (Scherbak) запропонував обливати материнську поверхню плаценти окропом, тоді колір deciduae basalis і тканини плаценти буде неоднаковим.

Треба уважно оглянути і плідну поверхню плаценти. Коли є додаткові частинки плаценти (placenta succenturiata), помічаємо судини, які з плідної

поверхні переходять на оболонки. Якщо судини (розірвані) є, а частинок немає, то треба зробити той висновок, що вони затрималися в порожнині матки (не відділилися від її стінки). При дефекті часток плаценти або при підозрінні на це, навіть коли кровотечі немає, необхідно зробити ручне дослідження порожнини матки.

Треба також оглянути навколоплідні оболонки. При дефекті оболонок (хоріон) слід рекомендувати експектативну терапію. Лише в інфікованих випадках, а також при кровотечі ми рекомендуємо відділяти оболонки (рукою, а не кюреткою) відразу, як відійшла плацента (див. розділ „Ускладнення III періоду родів“).

Коли відійшла плацента з оболонками, III період родів вважається закінченим. Але слід пам'ятати, що треба уважно стежити за станом хворої (зокрема матки) $1\frac{1}{2}$ —2 год. (загальний стан, висота дна матки, кровотеча внутрішня — в порожнину матки, або зовнішня), щоб своєчасно розпізнати можливу гіпотонію матки.

ЗАГАЛЬНІ ПОКАЗАННЯ, УМОВИ І ОТОЧЕННЯ ПРИ АКУШЕРСЬКИХ ОПЕРАЦІЯХ

Зміст оперативного акушерства — це є розгляд тих операцій, які доводиться вживати при ускладненнях вагітності, родів і післяродового періоду. Акушерські операції, як порівняти їх з хірургічними, мають дуже важливі свої особливості.

У хірургічній практиці в окремих лише випадках показання до операції занадто невідкладні, в акушерстві гостра потреба в оперативному втручанні настає дуже часто, і через те не можна наперед підготувати все для оперативного втручання. Для прикладу назвемо випадки операції в наслідок передчасного відділення плаценти, передлежання плаценти, кровотечу в III періоді родів і багато інших.

Далі, необхідність оперативного втручання виникає іноді не на початку родів, а лише після більш-менш тривалої родової діяльності, коли води вже відійшли і роділля кілька раз досліджувано було через вагіну; зрозуміло, що в цій групі випадків не доводиться думати про асептичність родових шляхів, а зробити їх асептичними дуже трудно. В акушерській діяльності доводиться зважати на інтереси не тільки матері, але й дитини; іноді вони розходяться, бо щоб урятувати життя дитині, необхідно буває вдатися до операції, яка загрожує матері.

В кожному конкретному акушерському випадку лікареві необхідно розв'язати такі питання:

1. Чи є потреба в оперативному втручанні?
2. Яку саме операцію слід вибрати?
3. Коли зробити цю операцію?

Суму даних як з боку матері, так і з боку дитини, або однієї з них, що примушують зробити ту чи іншу акушерську операцію, об'єднують під терміном „показання до операції“.

Ті самі дані, які дозволяють приступити до певної операції, зазначають як „умови“ для операції.

Показання до акушерських операцій в цьому розділі ми накреслимо лише загальними рисами, бо докладніше розглядаються вони в окремих розділах. Проте завжди треба додержуватись однієї принципіальної настанови: уважно урахувати всю суму умов даного випадку, загальний стан хворої, всі особливості випадку, наявне оточення і свою кваліфікацію і не поспішати встановляти показання до операції; відсутність достатнього обґрунтування операції може спричинитися до тяжких ускладнень, а вагання під час операції або відмовлення від неї підриває довіря до лікаря і справляє тяжке враження на хвору.

ПОКАЗАННЯ ДО АКУШЕРСЬКИХ ОПЕРАЦІЙ

Показання з боку матері. Всі захворювання матері як загального, так і суто генітального характеру, що виникають або загострюються під час вагітності, родів або післяродового періоду і загрожують життю або здоров'ю жінки, можуть бути показанням до акушерської операції. Серед цих захворювань можна назвати такі: захворювання серцево-судинного апарата з порушенням компенсації, туберкульоз глотки або легенів, тяжкі захворювання нирок, токсикози вагітності (зокрема еклампсію), передлежання плаценти, кровотечу в III періоді родів або після них (докладніше про ці показання сказано при розгляді окремих операцій).

Показання з боку дитини. Ці показання можуть виникнути лише наприкінці вагітності, коли дитина вже життєздатна; час вагітності, коли дитину визнають життєздатною, можна визначити лише умовно (приблизно при вагітності після 28 тижнів).

Ряд захворювань матері (пнеймонія, пороки серця, еклампсія, передчасне відділення плаценти, тривалі роди, як відійшли води, зокрема в II періоді родів, неправильні співвідношення між розмірами таза і дитини, спазматичні або тетанічні скорочення матки, тривале прорізування верхньої половини тулуба при передлежанні сідницями, затримання другої дитини після народження першої, випадання пуповини, розрив судин пуповини при insertio funiculi umbilicalis velamentosa) може загрозувати асфіксією і смертю дитини.

Загрозу утробної смерті дитини своєчасно можна виявити по таких симптомах: 1) відходження меконію, 2) зміни серцевих тонів дитини.

Коли зібралася в крові дитини надто багато вуглекислоти, вона дратує р_{lex}. coeliacus і n. splanchnicus, починається перистальтичне скорочення кишок, відділення меконію в навколоплідні води. З р_{ima} p_{rendi} починають відходити не прозорі, а бурозеленуваті води, але, коли передлежна частина „забилася“ в таз, то задні води відокремлюються і відходження меконію непомітно. З другого боку, при передлежанні сідницями, відходження меконію залежить від чисто механічних причин і не є ознакою утробної асфіксії дитини.

Отже відходження меконію має значення лише при голозному передлежанні, але не патогномічне, щоб поставити діагноз утробної асфіксії дитини.

Друга ознака асфіксії — зміна ритму і числа серцевих скорочень у дитини — має далеко більше значення. Звичайно серцебиття в дитини 120 — 140 ударів за 1 хв.; число ударів може змінюватися після сильної переми або потуг: триває скорочення матки спричинюється до стиску судин матки і до порушення плацентарного кровообігу, в наслідок чого число ударів серця в дитини зменшується, але швидко вирівнюється знову. При підвищенні t⁰ в матері помітно прискорення числа серцевих ударів у дитини. На це слід звернути увагу при діагностиці загрози утробної асфіксії дитини.

При справжній асфіксії ми помічаємо зміну ритму і прискорення (до 160 — 180) або сповільнення (нижче 100) серцебиття в дитини; ця остання ознака має загрозливе значення, потребує пильності і негайного в'язування причини; коли неможливо причину усунути, негайно закінчити роди! Слід пам'ятати, що при тривалій наявності цього симптому, дитина може народитися в тяжкій асфіксії і не вдається оживити її, або вона загине від аспіраційної пнеймонії через короткий час після народження. Отже необхідно завжди пильнувати серцебиття в дитини і перевіряти його через 20 — 30 хв., зокрема після того як відійшли води.

Крім цих двох ознак утробної асфіксії дитини, називають ще іноді третю, але вона не має такого патогномічного значення, а саме — велику кількість

вуглекислоти в крові дитини, що дратує дихальний центр і спричинює рухи не тільки грудної клітки, а і всього тулуба дитини; ці спазматичні рухи дитини зрідка можна констатувати кризь черевні стінки.

У виключних випадках (при insertio funiculi umbilicalis velamentosa) негайно, як відійшла води, показується кров з вагіни, що залежить від розриву судин пуповини; дитині загрожує смерть, коли негайно не з'ясувати причину цього і не закінчити роди оперативно.

УМОВИ І ОТОЧЕННЯ ПРИ АКУШЕРСЬКИХ ОПЕРАЦІЯХ

Коли визначено показання до операції, треба розв'язати ще два питання: 1) вибрати спосіб операції і 2) момент оперативного втручання. Для цього необхідно вивчити всі умови даного випадку. Наприклад у підручниках акушерства можна прочитати, що роди при вузькому тазі є показанням до накладання щипців. Але надто загальне таке твердження цілком неправильне: роди при вузькому тазі можуть спричинитися до ускладнень як з боку матері (загроза розриву матки, інфекції), так і з боку дитини (загроза асфіксії), потребують оперативного втручання, але умови кожного окремого випадку вирішують питання про вибір способу операції — наприклад (при значній невідповідності між розмірами таза і дитини) накладання щипців (коли головка пройшла вузьку частину таза, устя матки цілком відкрите, дитина жива), чи будь яка інша операція. Цей приклад показує, яке значення має перед тим, як вибрати метод і момент операції, поєднання показань і умов до неї.

Для вибору методу операції має значення і техніка оператора, наприклад якщо оператор не має достатньої спеціальної техніки, то краще відмовитися від накладання високих щипців або трудного повороту і зробити ембріотомію. Коли саме зробити операцію, це залежить від стану роділлі і від тих ускладнень, які примушують вдатися до операції. Ми вже сказали, що дуже часто акушерські операції бувають невідкладними.

Оточення, в якому доводиться робити операцію (коли показання мають невідкладний характер і роділлю не можна перевозити), теж обмежують оператора у виборі методу (наприклад заміна к. р. ембріотомією).

Піднесення кваліфікації медичних кадрів, збільшення сітки родильних закладів безумовно приведе до зменшення проценту оперативних родів. Лікар повинен відмовитися від оперативного втручання, коли не має відповідного оточення і спеціальної кваліфікації.

На кожне оперативне втручання потрібна згода хворої; перед цим треба ясно показати їй небезпеку її стану і необхідність оперативного втручання.

При тяжкому непритомному стані хворої слід поінформувати родичів про необхідність оперативного втручання, а коли їх немає, не гаяти часу і приступати до операції, якщо, на думку акушера, вона необхідна.

Готування інструментів. Перелік потрібних інструментів подано буде при розгляді окремих операцій. Доцільно в родильній кімнаті мати список інструментів, потрібних до кожної операції; це забезпечує від прикростей, коли забули якийсь інструмент, і від зайвої метушні.

Інструменти стерилізують в стерилізаторі, виварюючи їх 15 хв. у 1%-ному розчині *Natri carbonici* або сухим способом у спеціальній шафі (45 хв. при 180°C); після того інструменти кладуть на стіл, покритий стерильною салфеткою. При стерилізації сухим жаром інструменти, готові до операції, загортають у стерильну салфетку (але при цьому методі інструменти швидко псуються). Слід рішуче застерегти проти способу стерилізувати інструменти, пропикаючи їх спиртом „на лотку“; спосіб цей ніяк не забезпечує стерильності інструментів.

У родовий кімнаті в кожну хвилину повинні бути: 1) стерильний матеріал (марля, лігатури і вата), 2) фізіологічний розчин, 3) Дюрсенові бікси для тампонації матки, 4) бинти для ніг і рук (полотняні), 5) бглон з вуглекислою для оживлення дітей, 6) ампули з пітуїтрином, ерготином, морфієм, хлорал-гідратом по 20, 7) гумовий джгут довгий; доцільно також мати стандартні сироватки для визначення груп крові і апарат для переливання крові; для боротьби з несподіванку кровотечею слід мати ще бікс з відповідними готовими інструментами (див. розділ „Невідкладна допомога, кровотечі“).

Готування операційного стола. В умовах стаціонарної рододопомоги акушерські операції робляться на гінекологічному кріслі або на високому ліжку; ліжко це складається з двох половинок; при потребі половину ліжка відсовують, і тоді мають операційний стіл; хвора кладе ноги на спеціальні підпідки або ноги тримають асистенти. Робити будьяку операцію на поздовжньому ліжку хворої і навіть на поперечному дуже незручно — ліжко дуже низьке і операторові доводиться сідати майже на підлогу. Коли немає спеціального високого ліжка, можна хвору покласти на край звичайного стола, покрити його клеїонкою, а зверху стерильною салфеткою, спустивши клеїонку в поставлене біля стола відро; під голову кладуть невелику подушку,

Підготовка хворої. Якщо дозволяє стан хворої, слід клізмою випорожнити пряму кишку і зробити теплий душ (36—37°C). Волосся на зовнішніх геніталіях знімають бритвою, а потім миють стерильним зеленим милом (одна частина мила на дев'ять частин води, варити 15 хв.); коли немає зеленого мила, можна взяти звичайне; миють не рукою, а стерильною ватою в корнцангу. Як правило, не рекомендуємо сприндувати вагіну під час родів, крім таких випадків, де є ускладнення на ендометрит. На сприндування беремо фізіологічний розчин солі або формаліну (1,0:1000,0); сулеми ніколи не вживаємо. Геніталії обмивають так: спочатку малі і великі губи, лобок, внутрішню поверхню стегон і, нарешті, промежину і навколо прямої кишки. Коли хвора безпосередньо перед операцією сама не помочилася, сечу випускають еластичним катетром. Далі мастять геніталії (зовнішні) антисептичною рідиною (5% йодом — тільки під наркозом, 1%-ною брильянтовим зеленню або 1%-ним спиртовим розчином сулеми). Після дезинфекції зовнішніх геніталій відокремлюють операційне поле, живіт і стегна покривають стерильними салфетками і фіксують їх лігатурами (під наркозом) або клемами Баггауза на лобку і на промежині (мал. 117).

Якщо на шкірі хворої, зокрема близько від операційного поля, є фурункул, то краще, при відсутності негайних показань, відмовитися від оперативного втручання, а коли відмовитися не можна, треба припекти фурункул — паке-лом або йодом і заліпити колодієм. Оператор мусить стежити за бездоганним виконанням цих вимог, бо, як ми вже сказали, операційне поле при акушерських операціях майже завжди інфіковане.

Підготовка оператора і асистентів. Акушер повинен стежити, щоб не інфікувати свої руки. При наявності фурункула, панарицію або просто пораненої поверхні на руках ніяк не можна приступати до операції. Перед тим, як мити руки, оператор надягає гумовий фартух. Ми рекомендуємо мити руки способом проф. Спасокукоцького. Якщо доведеться входити



Мал. 117. Поле операції відокремлено стерильними салфетками.

рукою в матку, то треба мити не тільки п'ясті рук, але й передпліччя до самого ліктя.

Спосіб Спасокукоцького складається з таких моментів:

- 1) 2 хв. миють руки в мисочці з теплим $\frac{1}{2}\%$ -ним розчином амоніаку; для цього користуються ватною кулькою або салфеткою;
- 2) у новому розчині амоніаку миють руки 3 хв.;
- 3) витирають руки стерильною салфеткою або рушником;
- 4) 5 хв. витирають руки стерильною салфеткою, намоченою в 96% спирті (можна і в денатураті).

Для одержання $\frac{1}{2}\%$ -ного розчину амоніаку змішують 5,0 офіціального амоніаку з літром гарячої води і збовтують розчин. Перед тим, як мити руки, знімають нігті і вичищають нігтьове ложе.



Ма л. 118. Положення роділлі на боці (англійське) (Бумм).



Ма л. 119. Положення роділлі за Вальхером (Бумм).

У невідкладних випадках замість способу Гросіха (t-rä jodi), що дуже псує руки, слід рекомендувати мащення рук 1% sol. spirituosa brillantgrün (за Бакалом); коли руки висохли, їх можна вважати готовими до операції.

Положення хворої. Для акушерських операцій положення хворої на поздовжньому ліжку не зручне; положення на поперечному, звичайному (невисокому) ліжку теж не відкриває поля операції і перешкоджає операторові. Зручніше, як ми вже сказали, покласти хвору на спину на край операційного стола або на гінекологічне крісло; асистенти повинні підтримувати ноги, зігнуті в колінах і в кульшових суглобах; при відсутності асистентів можна рекомендувати ноготримач Отта або Губарьова.

Брауде рекомендує кінцями прив'язувати під коліна хворій простино, а середину перекинути під шию; спосіб цей не зручний для хворої.

Англіїці рекомендують положення роділлі на лівому боці; ліва нога витянута, права міцно зігнута в коліні і лежить на ліжку перед лівою (ма л. 118); хвору кладуть на самий край. Ми рекомендуємо це положення не для оперативного втручання, а при занадто сильних потугах, коли прорізування передлежної частини іде так швидко, що загрожує розривом м'яких родових шляхів.

При потребі направити інкарцеровану ретрофлексовану матку або опух, який виповняє таз і перешкоджає родам, рекомендують положен-

ня з високо піднятим тазом (як за Тренделенбургом). Зрідка (при повороті, вправленні інкарцерованої матки, пуповини) операцію роблять при колінно-ліктьовому положенні хворої.

Валькер (Walcher) запропонував положення роділлі з різко розігнутими кульшовими суглобами; для цього роділлю кладуть на край стола так, що обидві ноги її звисають (мал. 119). При цьому положенні справжня коньюгата входу в таз збільшується на 0,5—0,75 см. Таке положення дуже корисне у випадках операції при плоскому тазі, наприклад при накладанні високих щипців або при витяганні головки, але не доцільне, коли головка ще не конфігурувалася і шийка мало відкрита. Після того, як головка великим розміром пройшла вхід у таз, треба відразу перевести хвору в положення з ногами зігнутими в колінах і в кульшових суглобах.

Наркоз. Коротко лише розглянемо методи наркозу при акушерських операціях, не торкаючись питання про анестезію родів.

Слід прийняти як загальне правило, що краще всі операції вести під наркозом (загальним або місцевим). Хоч роділлі і легше відносно, ніж інші хворі, переносять хлороформ, але краще рекомендувати ефір — як менш токсичне наркотичне.

Останніми часами більш популярним стають різні форми місцевої анестезії: регіонарна, інфільтраційна, епідуральна, парасакральна.

Техніка регіонарної анестезії: шийку захоплюють кульшовими щипцями і, підтягаючи до себе і вбік, впорскують в бічне сплетення, вздовж ребра матки, 20—40 см.³ 1/2%-ного розчину новокаїну. Те саме роблять і з другого боку. Далі через передне і задне сплетення впорскують в шийку матки ще по 20 см.³ розчину новокаїну. Через 15—20 хв. можна приступити до операції.

При такому способі анестезії можна зробити розширення шийки, вискрібання вагітної матки, вагінальний кесарський розтин. Ми випробували цей спосіб в ряді випадків штучного аборту і відзначили позитивний ефект. Щоб прискорити момент анестезії, можна взяти такий розчин:

Rp. Novocaini	1,0
Suprarenini	0,001
Kali sulfur	0,8
Aqua destil.	200,0

Інфільтраційну анестезію з успіхом застосовують при поновленні розривів вагіни і промежини.

Техніку інших методів місцевої анестезії докладно описано у відповідних підручниках (Шаак і Андреев).

При невеликих акушерських операціях цілком задовольняє місцева анестезія. При операції кесарського розтину, щипців поворотів і, зокрема, при ембріотомії загальний наркоз багато зручніший і менше травмує психіку хворої.

Освітлення. Родильна кімната, як і всяка операційна, повинна мати достатньо світла. При операції вночі дуже зручний боковий рефлектор (або дугова лампа на зразок Цейсової); ставлять його за спиною оператора і так освітлюють поле операції. Люстри, що звисають з стелі, зовсім непридатні для вагінальних акушерських операцій. Цілком достатнє освітлення операційного поля — важлива і необхідна умова для правильного виконання операції.

ОПЕРАЦІ РОЗШИРЕННЯ М'ЯКИХ РОДОВИХ ШЛЯХІВ

Тут ми розглянемо ті операції, якими розширюють вульву, вагіну і усувають опір тазового дна, а також — операцію розрізування шийки матки.

Еластичність і резистентність м'яких родових шляхів відіграють значну роль в механізмі родів і зокрема в перебігу II періоду родів. Так, за даними Л. Зейца (L. Seitz) у 35,7% смерть дітей залежить від перешкод з боку м'яких родових шляхів під час народження, у 29,4% від недостатньої підготовленості м'яких родових шляхів, коли ускладнення родів потребують негайно звільнити матку. Цифри ці здаються перебільшеними, але обчислено їх на досить великому матеріалі.

Коли при родах є перешкоди з боку м'яких родових шляхів, які загрожують життя дитини, або настає загроза пошкодженню м'яких родових шляхів, у цих випадках краще запобігти розривам і вдатися до „профілактичної“ (в узькому розумінні цього слова) операції.

Розширяти вульву і вагіну можна, вдаючись до перинеотомії або епізіотомії. Коли треба майже зовсім усунути опір тазового дна, роблять паравагінальний розріз Дюрсен-Шухардта. Ці операції слід робити під анестезією п. pudendi чи інфільтраційною (Див. розділ: „Розриви матки шийки, вагіни“)

ЕПІЗІОТОМІЯ (EPISIOTOMIA) І ПЕРИНЕОТОМІЯ (PERINEOTOMIA)

Показання. 1) Роди в роділь з т. зв. високою промежиною, яка дуже випинається і шкіра її біліє при прорізуванні передлежної частини.

2) Роди в немолодих приміпар, коли виявлено значну резистентність промежини.

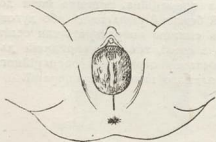
3) При неправильних передлежаннях (лицевих, лобних, передньотім'яних), коли теж постає загроза розриву промежини.

4) Випадки, де постає небезпека т. зв. центрального розриву промежини.

5) Захворювання матері або загроза життя дитини, які виникають під час врізування, коли опір промежини ще не зовсім усунуто.

Потрібні інструменти. Ножиці прями або Ріхтера (краще, коли одна бранша закінчується гудзиковатим потовщенням) голкотримач, 3 голки хірургічних, 3 пари кульових щипців, 3 затискача Пеана, пінцет хірургічний і анатомічний, шприц Рекорда 10,0-20,0 (один), $\frac{1}{4}\%$ розчин новокаїну (з *Kalii sulfur* 0,4 на 100,0 розчину новокаїну та *sol. adrenalini* 10:000 gtt. V).

Міхаеліс (Michaelis) запропонував операцію перинеотомії ще 1810 році, але потім її забули і тільки в 1895 році проф. Д. Отт науково обгрунтував її і з погляду анатомічного, і з погляду клінічного. Д. Отт назвав цю операцію профілактичною.



Мал. 120. Perineotomia mediana за проф. Оттом.

Техніка перинеотомії. Перед операцією дезинфікують зовнішні геніталії; оператор стає ліворуч від роділлі, а акушерка підтримує промежину; коли акушер один, без асистентів, томожна, ставши праворуч від роділлі, затримувати голову лівою рукою, а ножиці взяти правою. Розчинивши ножиці, вводять на початку потуги одну браншу (з гудзиком) у вагіну між передлежною частиною і задньою стінкою вагіни так, щоб поздовжня вісь ножиць припадала на *raphe perinei* (мал. 120). Коли на висоті потуги промежина буде розтягнута найбільше, то, повернувши ножиці на ребро, одним ударом надрізують задню спайку і промежину вглуб на 2—3 см. Якщо зробити розріз під час потуги, на висоті її, роділлі зовсім не почувать болю. Після того прорізування передлежної частини іде дуже швидко і вільно. Треба весь час підтримувати промежину. Коли про це забули, то в наслідок швидкого прорізування можуть статися глибокі розриви і навіть пошкодження прямої кишки.

Техніка епізіотомії. Раніше (Pitren—Ritgen) пропонували робити 2—4 поверхневих надріза великих губ праворуч і ліворуч від *raphe perinei*; тепер роблять надрізи глибокі.

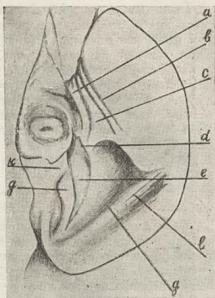
Оператор стає збоку від роділлі; після дезинфекції зовнішніх геніталій, на початку потуги вводять одну гудзикувату браншу ножиць між передлежною частиною і задньою стінкою вагіни так, що замок ножиць лежить на 1—2 см вбік від *raphe perinei*, а поздовжня вісь ножиць направлена на сідничний горбик (*tuber ischii*) відповідного боку. Під час найбільшого розтягання промежини, на висоті потуги, повернувши ножиці на ребро, одним ударом роблять надріз 2—3 см уподовж. Передлежна частина швидко народжується, а тому треба старанно підтримувати промежину.

ПАРАВАГІНАЛЬНИЙ РОЗРІЗ ДЮРСЕН-ШУХАРДТА

Показання. Ця операція показана у випадках значної ригідності не тільки вульви, але й тазового дна, коли стан здоров'я матері або загроза життю дитини вимагають негайно закінчити роди; це може статися при накладанні високих щипців, після пубіотомії і при операції вагінального к. р.

Потрібні інструменти. Ті самі, що й для попередніх операцій, і один скальпель.

Техніка операції. Оператор вводить вказівний палець лівої руки у вагіну і, захопивши ліву губу, тягне її медіально; права рука асистента відтягає губу назовні: між двома руками розрізують скальпелем тканини назовні і донизу. Розріз завширшки в палець починають збоку від задньої спайки, розрізують губу і обходять дугоподібно анальний отвір в напрямі до верхівки куприкової кістки. Розрізавши шкіру на промежині, ріжуть далі вгору через стінку вагіни до вагіної частини матки і розрізують волокна *m. levatoris ani*. Коли розрізати з одного боку, то пряма кишка відходить убік, і після розрізу *m. levatoris ani* резистентність тазового дна цілком виключається (мал. 121).



Мал. 121. Глибокий вагіно-промежинний розріз (Levatorschnitt); *a*—*trig. urogenitale*; *d*—*m. ischio-cavernosus*; *c*—*m. bulbo cavernosus*; *d*—*cavum pelvis subperit.*; *e*—*rectum*; *f*—*m. gluteus*; *g*—*m. levator ani* (розрізаний); *k*—*trig. urogenit. et constrictor cunni* (за Буммом).

Поновлення розрізу і післяопераційний період. Негайно, як скінчилися роди, треба старанно накласти шви, щоб суто анатомічно сполучилися краї; для цього ми рекомендуємо відкрити добре рану, захопивши кульовими щипцями верхній кут рани і краї розрізу губ. У випадках перинеотомії далеко легше прикладати добре краї, ніж після епізіотомії або, зокрема, після паравагінального розрізу; в цих останніх випадках краї рани дуже розходяться і змінюється конфігурація рани. Щоб добре поновити рану, доцільно провести перший шов кризь обидва краї розрізу великих губ і попід дном рани; тоді рана відразу набуває правильної анатомічної форми і накладати шви стає далеко легше.

У післяопераційному періоді потрібна сувора асептика; роділлю повертають (залежно від загального стану) на бік на 2—3 день після родів. Шви або скобки знімають на 4—5 день після родів. Вставати дозволяють залежно від загального стану і загоєння швів.

Наслідки операції. При правильному поновленні операційної рани і загоєнні її первинним натягом наслідки цілком сприятливі. При неповному загоєнні рани або при неправильному з'єднанні країв виявляються такі ускладнення, як зниження геніталій і симптоми інфекції. При незадовільному загоєванні паравагінального розрізу можливі і тяжкі ускладнення, і зниження вагіни, прямої кишки, недостатнє затримання газів. Всі ці моменти вимагають від оператора уважної оцінки показань до операції, суворої асептики, старанного поновлення рани і післяопераційного догляду.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ОПЕРАЦІЙ ПЕРИНЕОТОМІЇ, ЕПІЗІОТОМІЇ І ПАРАВАГІНАЛЬНОГО РОЗРІЗУ

Для обгрунтування переваги того чи іншого методу, треба пригадати анатомію тазового дна (докладніше в розділі „Механізм родів“). При епізіотомії, коли розріз неглибокий, надрізають шкіру, слизову вульви, поверхневу фасцію промежини і *m. constrictor cunnii*. Зрозуміло, що при цьому зовсім не усунуто опір тазового дна (зокрема *m. levatoris ani*) і тому операція епізіотомії не досягає мети і не може прискорити прорізування передлежної частини або запобігти розривові промежини. Крім того, як ми вже сказали, рану після епізіотомії поновити трудніше ніж після перинеотомії.

Після перинеотомії розрізають не тільки шкіру і поверхневу фасцію промежини, але й сухожилковий центр промежини; тому в достатній мірі усувають опір тазового дна. Крім того поновити таким способом рану далеко легше ніж після епізіотомії. Отже, як з анатомічного, так і з клінічного погляду ми рішуче віддаємо перевагу перинеотомії і зовсім не вживаємо епізіотомії. Зауваження деяких авторів про небезпеку розриву прямої кишки після перинеотомії, на матеріалі клініки проф. Д. Отта і КМІ, не стверджуються. Але, розрізавши, треба старанно підтримувати промежину, щоб надто швидко не прорізалася передлежна частина.

До паравагінального розрізу доводиться вдаватися у виключних лише випадках — наприклад при операції високих щипців або при вагінальному к. р., коли тазове дно дуже ригідне. В клініці КМІ до цієї операції вдаються дуже рідко: при значній непідготовленості м'яких родових шляхів і тоді, коли необхідно швидко закінчити роди, ми віддаємо перевагу абдомінальному к. р.

РОЗРІЗИ ШИЙКИ МАТКИ (HYSTEROSTOMA TOMIA)

До цієї групи операцій належать: поверхневі надрізи шийки, розрізи згладженої і незгладженої шийки (т. зв. глибокі надрізи шийки за Дюрсенем).

Поверхневі надрізи шийки матки

Показання. Заростання або ригідність зовнішнього устя матки, що затримує проходження передлежної частини.

Умови. Повне згладження каналу шийки.

Потрібні інструменти. Дзеркало (широке, ложкою) з піднімачем; ножиці Ріхтера або прями, довгі, 2 пари кульових щипців, голкотримач довгий, 3—4 голки хірургічних, 3—4 затискача Пеана.

Техніка операції. Вагіну відкривають дзеркалами і, захопивши край устя (або шийку) двома кульовими щипцями, ножицями роблять неглибокі радіальні (3—4) надрізи країв шийки (на 1—1,5 см); якщо шийка уже згладжена, то таких надрізів досить, щоб усунути опір зовнішнього устя. Коли немає дзеркал, можна ввести у вагіну до шийки 2 пальці, а далі, під контролем їх, надрізати край устя матки ножицями. Коли зовнішнє устя матки заросло, треба ввести дзеркала і, намащавши ямку на місці зовнішнього устя (воно звичайно виявлене), скальпелем надрізати край зарослого устя в 3—4 місцях.

Розрізи згладженого устя матки

Показання. Захворювання матері або дитини, де необхідно негайно закінчити роди, не зважаючи на неповне відкриття зовнішнього устя матки.

Умови. 1) Попереднє згладження каналу шийки, 2) можливість виняти дитину через природні родові шляхи.

Техніка операції. Аналогічна до техніки попередньої операції. Розрізи теж можна робити лише під контролем двох пальців, введених в вагіну до країв устя, але краще оперувати під контролем ока. Досить зробити два таких бокових розрізи, які б доходили до склепіння. Передлежна частина після того швидко знижується і спинає кровотечу, якщо вона з'являється (це буває рідко). Розрізи шийки — лише допоміжна підготовча операція, а не самостійна.

Глибокі надрізи шийки за Дюрсеном

Дюрсен запропонував робити глибокі розрізи шийки навіть тоді, коли вона ще не згладилася. Техніка операції аналогічна попереднім.

Близькі і дальші наслідки цих операцій і порівняльна оцінка їх

Поверхневі надрізи шийки матки не кровоточать і звичайно не дають будьяких ускладнень, як у післяродовому періоді, так і пізніше. Треба тільки негайно, як скінчилися роди, старанно накласти шви. Розрізи згладженої шийки матки звичайно не кровоточать і не надриваються при родах. Коли старанно накласти шви і коли не буде інфекції, розрізи ці не дають ускладнень ні в післяродовому періоді, ні пізніше.

Глибокі надрізи шийки матки, за Дюрсеном, надзвичайно небезпечні (велика кровотеча, глибокі розриви) і можуть загрожувати навіть життю роділлі; після них спостерігали — в післяродовому періоді — запалення тазової клітковини, а далі зміни положення матки, біль, розлади секретії. При дальших родах шрам від попереднього глибокого розрізу шийки затримує відкриття її, і знову постає загроза розриву й кровотечі.

Всі ці негативні моменти глибоких надрізів незгладженої шийки примусили самого Дюрсена запропонувати операцію вагінального к. р. Ми (і то рідко) робимо розрізи лише згладженої шийки, бо вони не мають усіх негативних моментів останньої операції. Але ці надрізи в інфікованих випадках загрожують інфекцією клітковини, а далі деформацією шийки. Отже в кожному окремому випадку треба урахувати показання і попереду вжити всіх заходів для консервативного закінчення родів.

ПОКАЗАННЯ ДО ШТУЧНОГО ПРИПИНЕННЯ ВАГІТНОСТІ

Показання до штучного припинення вагітності можуть бути медичні і побутові; друга група показань стосується виключно припинення вагітності в перші три місяці.

ЗАГАЛЬНІ МЕДИЧНІ ПОКАЗАННЯ

Медичні показання до штучного припинення вагітності можуть виникнути як у першій, так і в другій половині П; але переважну групу складають ті випадки, коли потреба штучного аборту виявляється вже на перших 12 тижнях вагітності.

Медичні показання до штучного припинення вагітності виникають там, де вона спричинює в організмі жінки такі зміни, які можуть загрожувати її життю і здоров'ю. В такому разі, припиняючи вагітність, можемо усунути і шкідливий, загрозливий для здоров'я матері вплив, зменшити або припинити розвиток чи загострення того патологічного процесу в її організмі, який посилився через вагітність.

Коли настала потреба припинити вагітність, лікареві не можна чисто формально додержуватися списку цих медичних показань і тільки при наявності в жінки відповідного захворювання відразу штучно переривати вагітність. Констатування в даній жінки таке захворювання, яке є в списку показань до перериву вагітності і обмежитися цим було б надто механістично і неправильно. Слід взяти до уваги весь комплекс медичних і побутових умов (зокрема при туберкульозі). В повному розумінні медичні показання будуть такими лише тоді, коли після клінічного спостереження буде доведено, що немає жодних інших таких заходів, які могли б перемогти це нове захворювання загострення чи погіршення давнішого захворювання.

Медичні показання можна поділити на дві групи: загальні і місцеві генітальні показання. До першої групи належать випадки тяжких загальних захворювань жінки, при чому вагітність спричиняється до загострення цих захворювань. Генітальні показання — ті, де причиною захворювання або небезпеки є сама вагітність, або через неї занадто ускладнюються яесь гінекологічне захворювання.

Крім того медичні показання можна поділити на абсолютні і відносні. Абсолютними будуть ті показання, де життю жінки, коли продовжиться вагітність, загрожує смертельна небезпека, отже коли, щоб зберегти життя матері, треба пожертвувати життям плоду.

До відносних показань належать такі захворювання, які не загрожують сьогодні безпосередньо життю жінки, але продовження вагітності, роди або після родовий період можуть спричинитися до небезпечного погіршення її здоров'я.

Коли взяти на увагу всі ці застереження, то до абсолютних показань — загальних — належать досить мало захворювань, а до абсолютних — генітальних — ще менше. Отже більшість показань треба зачислити до відносних.

Вже після надрукування підручника була оголошена історична постанова ЦВК і РНК Союзу РСР (Про заборону абортів, збільшення матеріальної допомоги породильницям, встановлення державної допомоги багатосімейним, розширення сітки родильних будинків, дитячих ясел і дитячих садків, посилення кримінальної кари за несплатіж аліментів і про деякі зміни в законодавстві про розлучення); це слід взяти до уваги при вивченні даного розділу.

1. Захворювання серця. Не зважаючи на те, що в наслідок вагітності посилюються функції всіх органів жінки і разом з тим серця, вагітність, як така, не являє собою значної загрози йому. Ця загроза настає лише в останні місяці і під час родів, коли при переїмах і потугах витрачається занадто багато енергії і через те значно підвищується кровотиск. Небезпека ця ще збільшується після народження дитини, коли в наслідок скупчення крові в судинах черевної порожнини (*hyperaemia ex vaso*) раптом падає кровотиск. Зрозуміло, що ми не можемо в перші місяці вагітності знати, який буде перебіг захворювання серця при дальшому розвитку вагітності. В основному слід відзначити одно принципіальне положення — найбільшу роль для висновку повинна відіграти не форма захворювання, а стан функціональної діяльності серця.

Пороки серця, компенсовані і некомпенсовані, вимагають неоднакового поводження з жінкою. При компенсованих пороках серця необхідне лише уважне безперервне спостереження разом з терапевтом. Якщо в дальшому буде виявлятися нахил до порушення компенсації серця, такій жінці треба перервати вагітність. Коли жінка вагітна вдруге з наявністю хоча б і субкомпенсованого тепер пороку серця, але при попередній вагітності були в неї тяжкі ускладнення з боку серця, такі випадки треба прирівнювати до декомпенсованих пороків серця і штучно припинити вагітність.

Припинення вагітності вимагають також і свіжі пороки серця (свіжий процес), де ще не можна з певністю сказати про стабілізацію процесу і так само свіжі ендокардити з постійним довготривалим підвищенням температури (*chroniosepsis*). А поруч з цим непостійні субфебрильні явища потребують лише уважного клінічного догляду (зокрема стану вегетативної нервової системи) і мікробіологічних досліджень. Наш клінічний досвід показує, що найбільш небезпечні для вагітних комбіновані пороки — стеноз і інсуфіцієнція клапанів при явищах декомпенсації.

Захворювання судин. Ясно виявлені явища склерозу судин — безумовні показання до абортів.

II. Захворювання нирок. Серед захворювань нирок, які можуть бути показаннями для штучного перериву вагітності, є такі: нефрози, т. зв. „нирка вагітних“, хронічний нефрит і пієліт.

Симптомокомплекс, який має стару назву „нирка вагітних“ і є наслідком інтоксикації організму жінки токсинами з боку плоду, складається з того, що в жінки з'являється набряк лиця, стінок живота (в нижній частині), зовнішніх геніталій і нижніх кінцівок. Набряк цей з часом збільшується. До цього можуть приєднатися суб'єктивні відчуття: нудоти, біль голови і болю в *epigastrium* і об'єктивно підвищення кровотиску, поява в сечі великої кількості білковини, гіалінових і зернистих циліндрів. Такі випадки вимагають відповідної дієти, ліжкового режиму і лікування. Коли відповідні заходи не помагають, стан погіршується — вагітність треба перервати, тим більше, що іноді при таких формах гине і плід. Треба додати, що такий стан частіше розвивається лише в другій половині вагітності. Отже доводиться вдаватися до штучних передчасних родів.

Хвору з кровотиском 130 мм Hg за Riva-Rocci при наявності альбумінурії і циліндрурії беремо вже під підозріння і на лікування. Кровотиск близько 150 мм дає нам прогноз великої небезпеки еклампсії. Тут уже довго спостерігати не доводиться і, коли на початку вже лікування (ліжковий режим, дієта, ванни, кровопускання) стан не кращає, перериваємо вагітність. Кровотиск близько 175 мм і вищий (*eclampsismus*) майже безумовно закінчується еклампсією, а тому таку вагітність перериваємо негайно (*sectio caesarea*). *Rethinitis albuminurica* теж є показанням до перериву вагітності.

Піеліт. Щодо піеліту вагітних, то хоч іноді трудно, але все ж таки він піддається відповідному лікуванню. Отже рідко лише піеліт буде показанням для перериву вагітності.

Клініка КМІ в таких випадках схиляється до того, щоб робити не перерив вагітності, а операцію (pyelotomia).

Явища хронічного нефриту з клінічно доведеною недостатньою функцією нирок завжди є показанням для перериву вагітності, а явища гострого нефриту потребують уважного клінічного нагляду і лікування.

III. Туберкульоз легенів. Старі автори були того погляду, що вагітність, роди, а найбільше післяродовий період (зокрема годування дитини) негативно впливають на туберкульоз легенів у жінки навіть у латентній формі. Пізніше було виявлено, що в одних випадках вагітність на тbc зовсім не впливала, а в інших давала серйозні ускладнення або загострення. Через те, що неможливо передбачити, в якому випадку цей вплив виявиться, а в якому не виявиться, виникає думка, що наявність туберкульозу легенів взагалі є показанням до перериву вагітності. Але неоднаковість спостережень і неоднакові висновки були через те, що спостерігали хворих — окремо один від одного — терапевти і акушери на різних стадіях розвитку вагітності, а не весь час вагітності і не спільно. Іноді звертали увагу лише на саме захворювання, обминаючи зовсім те, що при туберкульозі багато важать умови хворої — побут, харчування, житлові умови, оточення та ін. Досить — при наявності туберкульозу — всі ці умови змінити на кращі, і шкідливий вплив вагітності на туберкульоз легенів зникає. Жінка навіть при відкритих формах може доношувати вагітність. Спостереження Союзних авторів і наші довели, що вагітні жінки з декомпенованими формами тbc з БК, перебуваючи в санаторному оточенні до родів і після них по кілька місяців з відповідним лікуванням, без особливої шкоди своєму здоров'ю доношували вагітність до кінця, народжували і навіть самі годували дитину. Отже думка, що при компенсованій формі тbc можна не переривати вагітність, якщо жінка весь час перебуватиме під доглядом лікаря, у відповідних умовах, а декомпеновані форми є абсолютним показанням до перериву вагітності — змінилася, стала консервативнішою, тобто що і декомпеновані форми тbc теж не завжди є абсолютним показанням до перериву вагітності, якщо жінка хоче мати дитину. Вона може доношувати вагітність, але неодмінно треба такій вагітній дати санаторні умови з відповідним лікуванням.

Отже всі форми туберкульозу легенів є лише відносними показниками до перериву вагітності. При відкритих формах тbc з явищами токсемії, кавернозних формах з великими фіброзно-циротичними змінами легеневої паренхіми, генералізованому тbc (дисемінація), а зокрема при туберкульозі гортані неодмінно треба штучно припинити вагітність, але необхідно пам'ятати, що стан здоров'я туберкульозних хворих (а на тbc гортані особливо) тільки тоді може покращити після операції, коли аборт зроблено в перші 3 місяці вагітності. В другій половині, за нашими клінічними спостереженнями, перерив вагітності не врятовує хвору від смерті.

Туберкульоз гортані. Процес (особливо гортані) набирає стрибкоподібної форми і роділля дуже швидко гине від oedema pulmonum, haemoptoe та ін. Отже в останні місяці вагітності при туберкульозі гортані ми не охоче взялися б зробити операцію передчасних родів. Щоб здобути хоча б повноцінну доношену дитину, ми радили б суворо індивідуалізуючи хворих, у деяких випадках ждати закінчення вагітності до своєчасних родів і на початку їх могли б удатись до відповідної операції, щоб якнайшвидше закінчити їх з найменшою травмою для матері.

Кістковий туберкульоз. Щодо гнійних фістул при суглобово-кістковому тbc, то вони є безумовним показанням до перериву вагітності, а старі

форми кісткового туберкульозу після закінчення лікування звичайно при вагітності не загострюються і дають жінці можливість і право продовжувати вагітність до кінця.

IV. Захворювання обміну речовин. З усіх захворювань обміну речовин найчастішим показанням до перериву вагітності є *diabetes mellitus*. Це захворювання вимагає, щоб вагітна жінка крім постійного нагляду лікаря весь час перебувала на відповідній дієті і лікуванні. Як тільки в сечі, не зважаючи на ці заходи, з'являється білоквіна і ацетон, вагітність, однаково на якому місяці, треба перервати, бо з розвитком ацидозу і діабетичної коми може настати загроза життю жінки. Крім того *diabetes mellitus* іноді і сам спричинюється до спонтанного передчасного перериву вагітності.

Серед захворювань ендокринної системи Базедова хвороба вимагає перервати вагітність часто в наслідок змін у серцево-судинній системі.

До цієї групи абсолютних показань до перериву вагітності належить і *impetigo herpetiformis gravidarum*; вона часто може закінчуватися смертю, а тому вимагає негайного припинення вагітності. Ця тяжка форма захворювання трапляється надзвичайно рідко.

Воло. Міопія. Відшарування ретини, неврити очного нерва, отосклероз. З інших загальних захворювань, які можуть бути відносними показаннями, слід назвати *status thymico-lymphaticus* — воло, що утруднює дихання, а також міопію, яка при вагітності може значно прогресувати і, нарешті, свіже відшарування ретини ока (бо хронічне вимагає догляду), неврити очного нерва, крововилив в нього і в ретину, що є безумовним показанням до найшвидшого аборту. Сюди належить і отосклероз.

V. Захворювання крові. Білокрів'я (*leucæmia*) зляксісне недокрів'я (*anaemia perniciosa*), а також гемофілія (*haemophilia*) належить до безумовних показань для перериву вагітності. Перші два захворювання завжди дуже погіршуються через вагітність і найчастіше приводять до смерті, а гемофілія під час вагітності не дає погіршення. При гемофілії лише в III періоді родів може статися смертельна кровотеча і її завжди дуже трудно спинити, але велика гемофілія в жінки виявлена взагалі рідко. Тому і це захворювання вимагає перериву вагітності, але звичайно в перші 3 місяці; при цьому, щоб і тут запобігти великій кровотечі, щоб збільшити в'язкість крові, перед абортотом треба відповідно підготувати хвору — переливання крові або хоча б впорскування 10% -ної желатини під шкіру, а також 10% кальцій-хлориду у вену.

Жовта атрофія печінки. Гостра жовта атрофія печінки є безумовним показанням до негайного штучного абортоту; але найчастіше розвивається вона не в першій, а в другій половині вагітності.

V. Нервові захворювання. З цих захворювань перериву вагітності вимагають хорія й психози.

Хорія при вагітності дуже трудно піддається лікуванню і набуває загрозиного розвитку. Поширюючись на різні групи мускулів, вона дає ранні вияви агітаторних і маніакальних випадків, тому і вимагає штучного перериву вагітності.

Психози. Психози теж дають тяжку картину і через те є показаннями до абортоту. За деякими авторами — такі захворювання як епілепсія і енцефалія теж вимагають перериву вагітності, бо вона спричинюється до погіршення. Але всі ці захворювання потребують попередньої уважної консультації та нагляду невролога і психіатра.

ГЕНІТАЛЬНІ ПОКАЗАННЯ

Більшість таких генітальних показань, які раніше вважали абсолютними, тепер вважають відносними, тому що, хоч всі вони і можуть загрожувати життю матері, але вчасним наглядом і лікуванням загрози можна запобігти.

До таких захворювань насамперед треба віднести hyperemesis gravidarum. Як тільки звичайні блювати при вагітності починають частішати, з'являються і без їжі, таку вагітну треба покласти в ліжку, призначити їй відповідну дієту і лікування. Тут треба спробувати гіпноз, з ліків — опій, препарати брому, вливання фізіологічного розчину або глюкози, автогемотерапію. Коли це не помагає — переливання крові і інсулін. Якщо всі заходи не припиняють розвитку інтоксикації, пульс частішає, температура підвищується, діяльність серця порушується, різко падає добова кількість сечі, з'являється альбумінурія, гематурія, циліндрурія — вагітність треба перервати, не запускаючи цих явищ, тому що тут трудно буває визначити ту межу, де ще можна ждати і де виникає значна загроза життю жінки.

1. Вузький таз. Як відомо вважається, що для загально-звуженого таза при conjugata vera $6\frac{1}{2}$ см, а для плоского 6 см, при доношеній вагітності дитина не може народитися через природні родові шляхи ні живою, ні мертвою. Тут врятувати життя матері і дитини можна тільки, зробивши к. р. або ще на перших трьох місяцях — аборт. Перевагу тому чи іншому способу мусимо дати в повній згоді з вагітною: при цьому необхідно, щоб вагітна усвідомила собі, що к. р. при сучасних досягненнях і техніці не загрозливий життю матері і дитини. Щоб запобігти новій вагітності, під час операції, як витягли живу дитину, слід зробити тимчасову стерилізацію за Van-de-Welde.

Переривати вагітність через „абсолютне звуження“ таза слід тільки в першій половині вагітності, а коли вагітність з звуженням таза, низчим від названого розміру, перейшла 5 місяців, то, зважаючи на те, що однаково її треба переривати досить складними і не завжди безпечними методами штучних передчасних родів, краще пождати, коли дитина буде цілком доношена і життєздатна, і здобути її к. р. Остеомаліяція приводить до значного звуження таза і раніше при ній переривали вагітність, але тепер вона не може бути абсолютним показанням до цього. Відповідне лікування може дати позитивні наслідки, і вагітність може доношуватися до кінця.

До цієї категорії показань належать і випадки вагітності в такої жінки, яка має скостозия таза або інші значні його деформації (думку клініки про вузький таз див. у розділі „Ципці. Показання“).

II. Зміни положення матки. Вагітність у матці, перегнутій назад (retroflexio uteri), рідко спричиняє ускладнення. З збільшенням вагітності матка сама поступово вирівнюється і вагітність може вільно розвиватися далі. При retroflexio uteri fixata матка з розвитком вагітності вирівняється не може, бо дно її впирається в promontorium, затримується спайками і не виходить з малого таза в черевну порожнину — т. зв. защемлення вагітної матки (retroflexio uteri gravidi incarcerata). Таке явище характеризується порушеннями сечовипускання (ischuria paradoxa), а з дальшим розвитком — циститом, pielonephritis ascendens, уремією. При защемленні матки і невеликому ще часі вагітності треба спробувати випрямити її під загальним наркозом, а коли не можна мати позитивних наслідків, треба штучно перервати вагітність.

III. Випадання вагітної матки. Prolapsus uteri gravidi рідко може бути показанням до перериву вагітності, бо коли вагітність і настає, то — все таки це буває рідко, — з дальшим розвитком вагітності матка піднімається у великий таз, там затримується, і загрози ускладнень більше вже немає. Можна лише в перші місяці вагітності порадити такій жінці перебування в ліжку; кінець ліжка в ногах треба підняти.

IV. Новоутвори. З новоутворів геніталій скажемо про рак шийки матки, кісту і міому.

Рак шийки. Рак шийки під впливом вагітності і перекровлення посилено живиться і через те дуже розвивається. У цих випадках робити аборт не слід, а треба спрямувати свою думку і дію так: коли дитина ще не життє-

здатна, то негайно робити поширену абдомінальну операцію Вертгейма, а коли дитина життєздатна — к. р. в комбінації з радикальною операцією (див. докладно в розділі „Кесарський розтин. Показання“).

Міоми. Міоми матки не завжди можуть давати ускладнення при вагітності. Міоми, які містяться в м'якулях матки особливо невеликих розмірів, можуть не спричинювати ускладнень. Ускладнення, і досить серйозні, можуть бути тоді, коли міома міститься в шийці, в широкій зв'язці або в задньому Дугласовому просторі, де вона фіксована спайками. Якщо опух великий і заповнює порожнину, звичайно роди через природні шляхи відбутися не можуть. У таких випадках слід робити міомектомію під час вагітності, але це не є показанням до перериву вагітності; слід оперувати, щоб вирізати новотвір. Міомектомія можлива навіть на 8-му місяці без пошкодження плоду і без ускладнень при дальших родах (Крупський). На останньому місяці вагітності слід краще діждатися родів і сполучити операцію міомектомії з к. р.

Кісти яєчників. Кісти яєчників можуть перешкоджати вагітності тільки тоді, коли вони великих розмірів, але й тут краще буде не переривати вагітність, а зробити оваріотомію. Не зважаючи навіть на небезпеку спонтанного абортів після операції, все таки, всяку кісту яєчника — зважаючи на небезпеку злоякісного переродження, розриву, перекручення ніжки і швидкого росту, особливо під час вагітності, — слід вирізати відразу, як тільки діагностували її.

V. Захворювання плідного яйця. До цієї групи показань належить: гостре багатовідда (hydramnion acuta) і міхурчастий занесок (mola hydatidosa).

Перше захворювання розвивається найчастіше в середні місяці вагітності (4-6) і дає — в наслідок пізнього діагнозу — досить тяжкі явища: задишку, ціаноз, відчуття серцевої нудьги і порушень роботи серця і легенів; це може вимагати проколу навколоплідного міхура.

Щодо міхурчастого занеску (mola hydatidosa), то це захворювання є безперечним показанням до того, щоб припинити вагітність, як тільки діагностували його.

ПРИПИНЕННЯ ВАГІТНОСТІ В ПЕРШІ ТРИ МІСЯЦІ ЇЇ РОЗВИТКУ

Оперативні способи штучного припинення вагітності в перші три місяці її розвитку об'єднують терміном аборт (abortus arte factus, artificialis). Хоч аборт в акушерстві називають припинення вагітності до 6 місяців включно, але оперативний перерив вагітності понад 3 місяці потребує вже зовсім інших оперативних методів, аналогічних штучним передчасним родам (див. „Припинення вагітності понад 3 місяці“).

І безпека самої операції, і не завжди сприятливі наслідки від неї вимагають від лікаря поставитися до цієї операції з належною увагою і обережністю.

Умови операції штучного аборту. Приступаючи до операції, насамперед необхідно докладно ознайомитися з випадком, тобто необхідно мати правильну діагностику в широкому розумінні цього слова. Зваживши всі моменти, які так чи інакше можуть відбитися на безпосередніх наслідках операції, неодмінно треба узяти на увагу всі ті фізіологічні і патологічні процеси, які були в даній жінки до цієї вагітності (попередні роди, післяродові періоди, аборти, запалення та ін.). Кожного разу необхідно докладно ознайомитися з станом її в даний момент (положення матки, строк вагітності, стан додатків, флора), необхідно також виявити загальний стан здоров'я жінки.

Протипоказання. Протипоказань до операції аборту досить багато; вони ще не мають своєї класифікації, але чітко оформлювати їх необхідно в цілях боротьби з жіночими захворюваннями.

Протипоказання до операції аборту треба поділити на абсолютні і відносні. До абсолютних треба зачислити:

1. Гострі, підгострі запальні захворювання статевих, тазових і сусідніх органів. Операція штучного аборту при наявності запальних захворювань може привести до поширення інфекції і до тяжких (метастатичних) септичних захворювань.

2. Апендицит, коліт у підгострій стадії з підвищенням температури.

3. Гонорея гостра і хронічна з підгостренням і з періодичною появою гонokokів, з наявністю диплоkokів або дегенеративних форм, або з наявністю значної кількості лейкоцитів у мазках.

4. Загальні гострі інфекційні захворювання, як от: дифтерія, скарлатина, тиф, та місцеві запальні процеси — ангіна, флюс, фурункульоз, гнійне запалення мигдаликів та ін.

5. Всі підвищення температури понад 37,5 без діагнозу захворювання.

6. Окремі патологічні форми вагітності, як от: шийкова вагітність, підозріння на позаматкову вагітність або яєчникову та ін.

¹ Гнійники в ділянці сечового каналу, бартолініти, фістули з гнійними виділеннями.

До в і д н о с н и х протипоказань треба зачислити: вагітність ускладнену кістою, фіброміомою або фіброматозом матки, інфантилізм, гіпоплазію, різко виявлені ригідність шийки, деформації шийки та ін.

Зважаючи на біологічну травму від абортів, протипоказанням до цієї операції треба вважати першу вагітність.

В кожному окремому випадку лікар з усією уважністю повинен урахувати як показання, так і (особливо) протипоказання до операції абортів.

Оточення, положення і підготовка до операції. Операцію абортів можна робити лише в лікарні НКОЗ УРСР видав такий наказ: „Проведення абортів дозволяється лише в стаціонарних лікувальних закладах з тим, щоб абортівана жінка залишилася б обов'язково не менш, як на дві повних доби в лікарні на ліжку. Проведення абортів вдома припускається лише у випадках потреби негайної медичної допомоги (при абортах з кровотечею), коли хвору не можна приставити до лікарні. Проведення штучних абортів поза лікарнею або в амбулаторній обстановці категорично забороняється“ (Бюлетень НКОЗ УРСР 1930, № 23—24).

Операцію роблять на звичайному гінекологічному кріслі; коли немає крісла, можна пристосувати стіл з ноготримачами Губарьова або Отта. Стерильний матеріал готують як до операції взагалі, а в абортних відділах, де щодня роблять багато операцій, весь матеріал закладають у бікси в спеціальних марлевих салфеточках, у стандартних формах—певну кількість для кожної операції. Комплект стерильного матеріалу для абортів складається з кількох (10—20) ватних кульок, 2 марлевих вузеньких тампонів, полотняної маски для прикривання зовнішніх геніталій і полотняних панчох. Залежно від потреби додатковий матеріал треба брати з другого біксу.

ВИСКРІБАННЯ

Для штучного абортів роблять операцію вискрібання.

Потрібні інструменти. Дзеркало з піднімачем, 2 піщета анатомічних, 2 пари кульових щипців, матковий зонд (Лазаревич), розширники Гегара № 4—15, тупа кюретка, 2 кюретки гострі Шпігельберга (більша й менша), поліпні щипці Матьє, наконечник Фрітш-Боузмена.

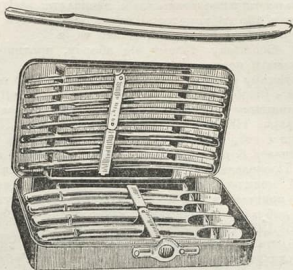
Розширники бувають різні—моделі Гегара, Фрітша, Фелінга. Розширник Гегара являє собою металічну паличку трохи вигнуту з закругленим кінцем, нікельовану з ручкою (мал. 122, 123). Розширники є від 4 до 18—20 мм завтовшки, при чому кожний дальший розширник товщий попереднього на 0,5 або на 1 мм. Раніше вживали розширники зроблені з скла або з гуттаперчі; ми не рекомендуємо їх як небезпечні і непрактичні.

Поліпні щипці Матьє на кінцях мають гладкі овальні кільця (мал. 124).

Наконечник Фрітш-Боузмена (Fritsch-Boezeman)—катетер; на нього надягають зігнуту металічну гільзу з боковими отворами; гільзу гвинтом фіксують до катетера (мал. 125). Промивна рідина проходить через внутрішню трубку в порожнину матки, а далі через отвір у зовнішній муфті витікає з неї; отже цим інструментом можемо промивати матку, не підвищуючи в ній тиску.

Підготовка хворої до операції. Хворій звільняють (клізмою) пряму кишку і сечовий міхур, знімають волосся на зовнішніх геніталіях і лобку і обмивають їх милом і теплою водою, а вагіну сприннують розчином формаліну (1,0:1000,0). Далі—зовнішні геніталії мастять 1%-розчином брильянтової зелені або сулемового спирту і покривають стерильною салфеткою з розрізом для *gita pudendi*. Оператор відкриває вагіну дзеркалами і витирає вагіну і вагіну частину стінки матки спиртом і зеленню.

Техніка вискрібання. Операція вискрібання вагітної матки надто відповідальна, серйозна і технічно не така проста й легка; основна відмінність її—



М а л. 122, 123. Розширник Гегара і комплект розширників.

неможливість контролювати рух інструментів у порожнині матки. Робити цю операцію може тільки лікар, який добре знає всі технічні дрібниці і цілком уявляє собі можливі ускладнення.

Операція складається з трьох моментів: 1) випрямлення матки і зондування; 2) розширення шийки матки і 3) власне вискрібання.

1-м о м е н т. Двома парами кульових щипців (мал. 126) захоплюють вагіну частину матки за передню губу і випрямляють канал шийки. При положенні матки в антефлексії слід відтягати кульові щипці до крижової кістки; при ретрофлексії — до симфізу. Ми рекомендуємо захоплювати шийку двома кульовими щипцями (О. Крупський), щоб не зірвалися вони при підтяганні шийки і розширенні її.

Фіксувавши шийку двома кульовими щипцями, оператор лівою рукою тримає кульові щипці, а правою бере зонд Лазаревича так, щоб ручка його вільно лежала між великим і вказівним пальцем. Зонд обережно вводять безпосередньо в устя, не доторкаючись до стінок вагіни, і проводять до дна матки в напрямі відповідно до положення матки (попереднє бімануальне дослідження). Коли оператор відчув, що зонд дійшов до дна (опір), тоді вказівний палець правої руки він кладе на зонд при зовнішньому усті і в такому положенні виймає зонд; на зонді видно довжину порожнини матки.

2-м о м е н т. Розширення каналу шийки можна зробити одномоментним і двомоментним способом (Див. далі — „Ламінарій“). Ми, майже виключно, користуємося металічним розширником Гегара. Спосіб цей найбільше поширений, хоча й не фізіологічний: шийка розширюється занадто раптово і від-



М а л. 124. Поаліпні щипці Матьє.



М а л. 125. Наконечник (катетер) Фрітш-Боузмена.

низу до верху. Перед тим, як почати операцію, необхідно вирівняти канал шийки. Розширення роблять так: тримаючи кульові щипці лівою рукою, оператор обережно, легко, без будь-якого зусилля вводить у цервікальний канал розширники один за одним, починаючи з № 4—5. Вводячи розширник, не слід повертати його в той чи інший бік. Введення розширника повинно відповідати напрямку каналу матки. При фізіологічній антефлексії розширник вводять вперед і вгору, а ручку в цей час спускають трохи донизу; при ретрофлексії, навпаки, — назад і донизу, а ручку піднімають вгору.

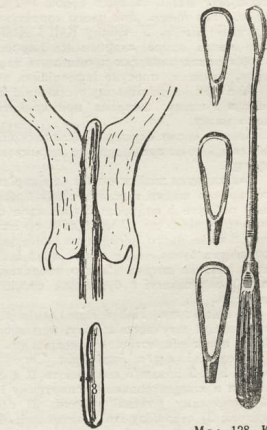
Розширник вводиться тільки за внутрішнє устя і аніяк не до дна матки (мал. 127). Внутрішнє устя треба пройти обережно і поступово; так само не швидко і виводять розширник і негайно (щоб не скоротилася шийка) вводять більший №. Коли розширник не проходить через внутрішнє устя, слід знову ввести попередній № і на хвилину залишити його.

Ми рекомендуємо ніколи не робити розширення менше як до № 12; при меншому розширенні доводиться користуватися маленькою кюреткою, але вона може дати недостатнє вискрібання і через те в матці залишиться частина плідного яйця; крім того маленькою кюреткою легше перфоровувати матку. При вагітності від 10 до 12 тижнів слід розширяти не менше як до № 12—14; дальше розширення загрожує надривами шийки і перфорацією.

3-й момент. Негайно після розширення оператор починає звільняти матку від плідного яйця. Робить він це кюреткою і поліпними щипцями Мат'є. Ми починаємо вискрібання великою тупою кюреткою, а потім вводимо гостру (мал. 128). Вводити кюретки в матку треба особливо обережно і не форсовано. Техніка: оператор, узявши кюретку трьома пальцями правої руки, обережно проводить її до дна; тут рука його почуває якусь перепону, отже слід спинитися; кюретку досить енергійно проводять по передній стінці матки до внутрішнього устя, відділяючи на цьому шляху плідне яйце, яке саме тут виходить з зовнішнього устя. Далі оператор знову проводить кюретку (обережно) до дна матки, трохи повертає її вбік і знову проводить до внутрішнього устя. Такі рухи кюретки (обережні до дна і досить енергійні донизу) робить він поступово, спочатку по передній стінці матки, далі по правій, зад-



Мал. 126. Кульові щипці.



Мал. 127. Правильно введений розширник Геґара (за Ліпманом).

Мал. 128. Кюретка Шніґельберґа.



Мал. 129, 130. Правильно введена паличка ламінарія; поруч паличка ламінарія (за Ліпманом).

ній і нарешті по лівій. При цих маніпуляціях кровотеча — іноді — надзвичайно велика. Треба не забувати, що надійний спосіб спинити кровотечу — виїняти все плідне яйце. Тому треба спокійно вести далі операцію і наприкінці її кровотеча значно зменшується або припиняється зовсім.

Щоб виїняти частини плідного яйця (при вагітності понад 8 тижнів) після кюретки вживаємо ще поліпні щипці. Інструмент цей вводять у матку закритим, а потім, розкривши щипці, захоплюють і виймають частину плідного яйця. Цей момент операції надзвичайно відповідальний: можна пошкодити матку.

Виймання частин плідного яйця не означає закінчення операції. Слід потім ввести кюретку меншого розміру і перевірити всі куточки матки при дні, де відходять труби. Наприкінці операції скобління кюреткою по стінці матки дають характерний хруст, який залежить від рухів кюретки по мускулатурі матки. Коли матка добре скоротилася, кровотечі немає, по всіх стінках матки мускульний хруст — вискрібання закінчено.

Багато акушерів після вискрібання промивають порожнину матки гарячою водою (40° С) з йодом (35 крапель на 1 літр води) або без нього. Для цього користуються кружкою Есмарха і наконечником Фрітш-Боузмена. У клініці КМІ і ДМІ, як правило, не промивають матку: коли матка добре скоротилася і кровотечі немає, промивання не потрібне; в інфікованих випадках промивання навряд чи приведе матку до асептичного стану, навпаки, просуне інфекційних збудників далі.

Але при недостатньому скороченні матки, при підозрінні, що не всі частини виїшши з матки і зокрема при кровотечі, ми теж після вискрібання промиваємо матку.

Значне число акушерів після вискрібання тампонуєть матку; вважаємо, що робити цього не треба, щоб не затримати виділення і щоб не сталося висхідної інфекції.

Розширення шийки матки ламінарієм. Другий момент операції вискрібання-розширення шийки можна зробити і двоментно паличкою ламінарія. Ламінарії роблять з водоростей (*laminaria digitata*) різних розмірів, власне різні завтовшки від 3 до 10 мм і до 8 см завдовжки; на одному кінці паличка має отвір і крізь нього протягнута шовкова нитка (мал. 129 і 130); іноді нитка протягнута буває через канал, який іде через усю паличку. В каналі шийки матки паличка досить швидко набрякає, за 12—24 год. стає вдвоє більшою. На цій властивості і будується спосіб розширяти канал шийки паличкою ламінарія.

Показання. Найчастіше ламінарій вживають для розширення шийки при операції штучного аборту, при розширенні шийки з приводу неплідності і іноді при гінекологічному вискрібанні.

Стерилізація ламінарія. Спосіб стерилізації палички ламінарія є кілька: 1) 2-3 хвилини виварюють її в 5% розчині карболки і зберігають до потреби в концентрованому спиртному і ефірному розчині йодоформу або в 1% спиртному розчині сулеми; 2) стерилізують паличку в абсолютному алкоголі; 3) стерилізують в автоклаві; 4) варять 1 год. у воді, на 24 год. кладуть в абсолютний алкоголь, стерилізують сухим жаром кілька хвилин при температурі 150°.

Крім того є готові фабричні стерилізовані палички (в скляних пробірках) ними і слід користуватись.

Техніка введення ламінарія. Положення жінки і підготовка до операції, як описано вище. У вагіну вводять дзеркало і старанно дезинфікують вагіну частину матки і вагіну. Кульовими щипцями фіксують шийку за передню губу. Паличку корндангом захоплюють за один кінець (з ниткою) і обережно вільним кінцем (без нитки) вводять у канал шийки. Правильно введена паличка одним кінцем заходить вище над внутіршнє устя матки, а зовнішній кінець з ниткою виглядає у вагіну; нитка залишається у вагіні (мал. 129); у вагіну вводять марлевий тампон, обвивають ним кінець ламінарія і хвору переносять на ліжко. Через 12—14 год. паличку виймають і, коли розширення ще недостатнє, вводять знову 1—2 палички, залишаючи їх на 12—24 год. При потребі негайно зробити вискрібання і при недостатньому відкритті шийки розширяють її розширниками Геґара.

Поступовість і обережність при розширенні каналу шийки паличкою ламінарія — позитивні сторони цього способу, але (див. далі) уживання ламінарія має багато і негативних сторін, і тому ми майже ніколи не вживаємо його.

ПАЛЬЦЕВЕ ВІДДІЛЕННЯ ПЛІДНОГО ЯЙЦЯ

Бумм рекомендує (зокрема при неповному аборті — див. відповідний розділ) пальцеве відділення плідного яйця. Для цього треба розширити канал шийки не менше, як до № 17—18 розширників Геґара. Підготувавши хвору, вводять у вагіну і в матку один палець, а зовнішньою рукою натисковують на дно матки крив' передню червну стінку; при цьому матка намагається на палець, наче рукавичка. Палець відділяють і виймають плідне яйце і після того ще кюреткою вискрібають матку.

Ми не вживаємо і не рекомендуємо цього способу при штучному припиненні вагітності до 3-х місяців. Причини нашого негативного ставлення до цього способу: 1) відкрити так шийку дуже трудно і це загрожує розривом шийки і пошкодженням матки; 2) при ранній вагітності пальцем трудно відділити decidua; Бумм сам рекомендує наприкінці зробити ще вискрібання.

Ми рекомендуємо цей спосіб у випадках неповного аборту, коли шийка матки, в наслідок попередньої родової діяльності, відкрита достатньо, щоб ввести 1—2 пальці.

ТАМПОНАЦІЯ МАТКИ

Цей спосіб штучного аборту дуже багато потребує чаю і зв'язаний з небезпкою інфекції; тому, як самостійний, його рекомендувати не слід.

ВПОРСКУВАННЯ ЙОДУ

Щоб запобігти вагітності або припинити її в ранні місяці, іноді впорскують у матку йод. Спосіб цей відомий в гінекології як спосіб проф. Грамматікати. Але вживання його в акушерстві шкідливе і неадекватне. Основні негативні сторони цього способу:

1 Часто спосіб цей дає значні і тривалі кровотечі і примушує вдаватися до оперативного втручання, але при несприятливих уже умовах (випадок інфікований).

2. При впорскуванні йод може потрапити в трубу, а через неї в червну порожнину і спричинити звида шоку.

3. Частина авторів вважає, що впорскування йоду в матку мають вплив на розвиток позаматкової вагітності. Так, є дані, що в наслідок впорскування йоду в матку тимчасово закривається маткове устя труби або настають антиперистальтичні рухи її; якщо на цей момент запліднене яйце ще в трубі, то дальше просування його в матку затримується і створюється умова для розвитку трубної вагітності.

4. Введення йоду не завжди порушує плідне яйце і вагітність може продовжуватись. Опубліковано, правда, поодинокі випадки (О. Артеменко), коли після таких маніпуляцій народжувався плід-виродок.

Беручи до уваги всі ці моменти НКОЗ УРСР видав такий наказ:

„На основі висновку Секції охорони материнства, Наукової Медичної Ради НКОЗ, Секції акушерів-гінекологів Харківського Медичного Товариства та Спеціальної Конференції, що її скликав Інститут ОХМД НКОЗ РСФРР, про те що застосування внутрішньорозових впорскувань, змазувань та інших маніпуляцій, як засобів попередження вагітності або перери-

вання, але відбувається на жіночому організмі (викликаючи нечлїда або атипічну імплантацію яйця і ряд інших патологічних явищ). — Колегія НКОЗ УРСР заборонила провадити вищезгадані маніпуляції.

„Застосування внутріуратових упорскувань або змазувань, як протизачатковий засіб або як засіб переривання вагітності, дорівнюватиметься в розумінні кримінального вчинку до запровадження абортів в неналежних обставинах“ (Бюлетень НКОЗ УРСР 1932, № 1—2).

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Ми вже казали, що операцію абортів можна робити лише в стаціонарі. Такі хворі потребують перебування в ліжку не менше 48 год. після операції. Як правило, ми не признаємо сприндувань, а тільки підмивання зовнішніх геніталій. При нормальному перебігу післяопераційного періоду хвора може повертатися на бік уже в перший день після операції, на другий день сідати, а на третій день — ходити. Харчування значаєне. Всіх хворих перед тим, як випускати, неодмінно треба оглянути через вагіну. При наявності незадовільного скорочення матки (кров'яні виділення, відкрита шийка) або при явищах хоча б незначного запалення, треба затримати хвору в стаціонарі, бо відомо, що кровотечі і різні явища інфекції — як наслідок неповного абортів — часто виникають на 4—5 день після операції.

Коли хвора перебуває в стаціонарі, треба вести з нею санітарно-гигієнічну роботу, популяризувати запобіжні заходи проти вагітності і з'ясувати безпеку абортів.

УСКЛАДНЕННЯ ВІД ОПЕРАЦІЇ ШТУЧНОГО АБОРТУ

Ці ускладнення можна поділити на 4 групи: 1) Неповний аборт; 2) Пошкодження; 3) Інфекція; 4) Біологічна травма від абортів.

Неповний аборт. При неповному аборті, коли в матці залишаються частки плідного яйця, вона незадовільно скорочується, весь час кривависті виділення, може бути підвищення температури; у цих випадках найдоцільніше буде повторити вискрібання.

Іноді не досить кваліфікований лікар, боячись перфорації матки, вискрібає лише шийку матки; цілком зрозуміло, що вагітність у переважній кількості таких випадків не порушується і прогресує.

Пошкодження під час операції штучного абортів. Такі пошкодження можуть статися в кожному моменті операції, але найчастіше при розширенні шийки або при вискрібанні. Якщо відкрити шийку дуже трудно, то кульові щипці зриваються і відривають шматочки тканини шийки. Щоб запобігти цьому, ми рекомендуємо фіксувати шийку двома парами кульових щипців.

Перфорація матки. Найтяжче ускладнення — перфорація матки.

В акушерсько-гінекологічній клініці Донецького медінституту процент перфорацій матки (на 1794 випадки вискрібання при штучному і неповному аборті) — 0,05; такий самий процент в московських установах на 135000 абортів (за даними Маджугінського). Процент перфорацій матки за даними лікарень Московської області — 0,08. За даними І Всеукраїнського з'їзду акушерів і гінекологів — 0,04—0,7%.

Найчастіше перфоруєть матку кюреткою, абортцангом або пальцем (при пальцевому відділенні яйця), рідко розширниками і зондом.

Коли оператор необережний, та надто вже сміло маніпулює в порожнині матки і, поспішаючи закінчити операцію, не надає достатньої уваги пунктуальному виконанню кожного моменту її. В деяких випадках оператор, зробивши перфорацію, не помічає цього і вводить в черевну порожнину такі інструменти як абортцанг або корнцанг, тяжко пошкоджуючи кишку, сечовий міхур. Відомі судово-медичні випадки, коли лікар не тільки витяг через перфораційний отвір 4 аршини кишки, але й відрізав її, прийнявши за пуповину.

В окремих випадках, в наслідок запалення або новоутвору, стінка матки буває так змінена, що інструментом її можна перфорувати непоміжно дія оператора.

Одного разу в клініці КМІ досвідчений акушер зробив перфорацію матки; на лапаротомії виявилось, що стінка матки в місці перфорації зосім товща,

а при гістологічному дослідженні яйця і вирізаній частини стінки матки встановлено було деструктивну форму міхурчастого занеска (*mola hydatidosa destruens*).

Але у всіх випадках кожний акушер мусить, помітивши що сталася перфорація, відразу припинити маніпуляції в матці.

Форми перфорації матки. Можна розрізняти такі форми перфорації матки:

1. перфорацію в широку зв'язку;
2. перфорацію в черевну порожнину без пошкодження суміжних органів і

3. перфорацію з пошкодженням суміжних органів.

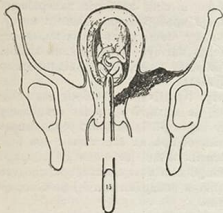
Перша форма перфорації звичайно стається при занадто форсованому розширенні шийки матки. Шийка матки надривається (не розтягається в ділянці внутрішнього устя матки (мал. 131). Більший № розширника вводять через цей фальшивий хід і проходять в широку маткову зв'язку.

Як ми вже сказали, перфорація в черевну порожнину найчастіше буває від кюретки, абортцанга або пальця. Можна перфорувати матку кюреткою (зокрема малого розміру), коли вводити її форсовано і швидко, а також при неправильному діагнозі положення матки (мал. 132). Перфорація абортцангом або коридангом стається так: інструментом захоплюють не частини плідного яйця, а стінку матки і надривають її; при цьому або відразу утворюється перфораційний отвір, або оператор, повторно захоплюючи стінку матки, прориває її наскрізь.

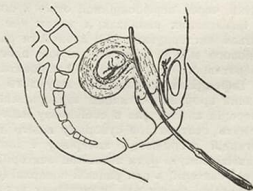
Коли своєчасно не помігати цього ускладнення, то дальше введення кюретки або абортцанга спричинює тяжке пошкодження внутрішніх органів. Форсовано відділяючи пальцем плідне яйце, теж можна перфорувати матку.

Діагностика. Діагностика перфорації в більшості випадків не трудна. У випадках сумнівних завжди слід додержуватися принципу: вважати, що перфорація сталася. Основний симптом перфорації — інструмент проходить у матку далеко глибше, ніж на початку операції. При перфорації в широку зв'язку інструмент теж проходить занадто далеко, але явища шоку і анемії не різкі; напрям фальшивого ходу теж до певної міри допомагає діагностично.

При перфорації в черевну порожнину оператор або асистент помічають іноді, як кінчик інструмента вдаряється в черевну стінку.



Мал. 131. Розрив шийки при занадто форсованому розширенні її; утворюється гематома широкої зв'язки (за Ліпманом).



Мал. 132. Перфорація матки кюреткою при неправильному напрямі її (за Ліпманом).

При ускладненні перфорації жінка починає різко реагувати (якщо операція робиться без наркозу), скаржитися на гострі болі, почуття — наче щось відривають. При цьому можуть виникнути явища тяжкого шоку і недокрів'я; але симптоми ці не завжди різко виявлені.

Коли оператор витягає частки жиру (чепець) або, зокрема, кишку через шийку матки, то діагноз ускладненої перфорації надто ясний.

Терапія. Терапію можна поділити на консервативну і оперативну. Першого принципу слід додержуватися при таких умовах: 1) асептичний випадок; 2) перфорацію зроблено було зондом або тонким розширником Гегара; 3) є певність, що перфорацію виявили своєчасно і не вводили гострих інструментів (кюретка, абортданг); 4) перфорація в широку зв'язку без утворення значної гематоми.

Оперативному лікуванню підлягають такі випадки: 1) інфіковані; 2) ускладнені (напр. витягнуто кишку або чепець); 3) сумнівні випадки, коли не можна цілком певно виключити можливість пошкодження внутрішніх органів.

При консервативному лікуванні, незалежно від того, чи виїнято плідне яйце все, чи рештки його ще лишилися в порожнині матки, треба припинити всі маніпуляції. Хвору переносять на ліжко і уважно стежать за її станом. Дальші 1—2 доби показують, інфікована очеревина, чи ні (основна небезпека цих випадків). Ми рідше заперечуємо проти порад (її можна зустріти в багатьох підручниках) призначати таким хворим опій. Необхідно завжди пам'ятати, що операція з приводу запалення очеревини може дати гарні наслідки лише при ранній діагностиці, а, призначаючи морфій або опій, ми маскуємо клінічну картину і збільшуємо небезпеку пропустити ранні ознаки запалення очеревини. Необхідно завжди твердо пам'ятати слова Мерфі, який рекомендував на кожній ампулі з морфієм написати: „Не живити, поки не з'ясовано діагноз“. При болях хворій можна призначити лід, беладону (0,03) в свічках. Якщо температура не підвищується, пульс не прискорюється, черевна стінка не резистентна (симптом Блюмберга негативний), кишковий тракт працює нормально, картина крові нормальна, то слід поставити сприятливий прогноз. Хвора повинна перебувати в ліжку 7—8 день, а тижнів через 2 можна, коли це потрібно, закінчити вискрібання.

При перших ознаках запалення очеревини, слід не гаяти часу, перейти до активної терапії—до лапаротомії; операція через вагіну не дає можливості оглянути і виявити пошкодження черевних органів. Більший чи менший радикалізм залежить від розміру пошкодження матки і суміжних органів. В асептичних випадках, при неускладненій перфорації, слід зробити вискрібання матки через перфораційний отвір і, поновивши край розриву, зашити матку. В інфікованих випадках, а також при значному пошкодженні матки, доводиться екстерувати її і дрениувати рану через вагіну. Пошкодження кишок, сечового міхура дуже погіршують прогноз випадку і потребують відповідного оперативного втручання, щоб поновити їх цілість.

Інфекційні ускладнення штучного аборту. Кримінальний аборт дає величезний процент септичних захворювань, але, на жаль, і в умовах стаціонару операція аборту має в собі певну небезпеку інфекції. Інфекційні ускладнення можуть статися при суворому навіть додержанні правил асептики і при бездоганній стерилізації матеріалу і інструментів. Уже до початку операції у вагіні можуть бути патогенні бактерії; розширюючи матку, механічно вводять в неї бактерії, а при раневій поверхні (внутрішня поверхня матки) це створює сприятливі умови для інфекційних ускладнень.

Детальне вивчення кожної хворої (об'єктивне дослідження, анамнез) і суворо асептика дозволяють значно знизити процент таких ускладнень. За даними Маджугінського — процент смертності від штучного аборту (в Москві) — 0,006, в Московській області — 0,03; основна причина — септичні ускладнення.

Біологічна травма від штучного аборту. Операція штучного аборту може спричинити і біологічну травму. Як ускладнення операції слід відзначити аменорею — наслідок занадто старанного вискрібання. Щоб не залишити частки плідного яйця, оператор занадто старанно вискрібає матку, порушує всю слизову; регенерація її не можлива або дуже затримується, і стається часткове або й повне заростання матки, а разом з тим аменорея тимчасова або й на все життя.

В інших випадках раптове припинення вагітності тяжко порушує кореляцію органів внутрішньої секреції, дає більш-менш тривале порушення функції яєчників і аменорею.

Профілактика ускладнень при операції штучного аборту

Найтяжчі форми ускладнень трапляються при кримінальному підпільному аборті.

Таблиця 12

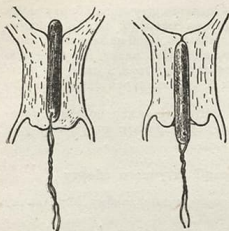
Число смертних випадків після абортів
(на 1000 родів)¹

Берлін	4,32
Гамбург	4,03
Ленінград	0,99

Кожному акушерові доводиться бачити ті чи інші ускладнення від аборту. Щоб звести до мінімуму процент таких ускладнень, необхідно не ставитися легковажно до цієї операції і завжди (і молодому та й досвідченому акушерові) точно виконувати всі моменти операції. Щоб не повторюватися, наведемо тут основні з цих моментів: 1) добре вивчити анамнез, уважно зробити об'єктивні дослідження (розміри матки, її положення, стан додатків); 2) при чутливості хворої неодмінно вжити наркоз (місцевий або загальний); 3) користуватися розширниками, які різняться один від одного на 0,5 мм; коли шийка розширюється трудно, не слід операцію форсувати, а треба залишити на хвилину попередній №; 4) коли не можна розширити шийку до № 12, треба відмовитися (сьогодні) від вискрібання, ввести в шийку тампон або ламінарії і відкласти операцію на завтра. За добу — при наявності стороннього тіла — матка скорочується, шийка відкривається, і операція далі проходить легко; 5) у третьому моменті операції (при вагітності 8—12 тижнів) ми рекомендуємо поліпні щипці Матьє тільки для виймання часток яйця, уже відділених перед тим кюреткою від стінки матки. Корнцанга, як занадто небезпечного інструмента, ми ніколи не вживаємо.

Проф. О. Крупський рекомендує такий спосіб, щоб запобігти перфорації в цьому моменті: „Коли поліпні щипці захопили „щось“ у порожнині матки або навіть при її стінці, легенько знижуємо поліпні щипці, ідучи до шийки. Коли інструмент сповзає вільно, це означає, що стінку не захоплено. Якщо сповзання затримується або потребує якогось зусилля, тоді перевіряємо. Для цього трохи вже знижені і замкнуті щипці знову легко проштовхують вгору до дна матки; щипці легко дотикаються до дна. Якщо, вертаючись, щипці подаються хоч якийсь момент вільно і після цього вже дотикаються до дна, то це означає, що захопили не стінку матки. Коли щипці, вертаючись, відразу впираються в стінку (або в дно) і вільного ходу зовсім немає, то їх треба негайно розімкнути, бо це означає, що вони зачепили маткові мускули. Коли захоплено стінку матки, то при обережній спробі повернути щипці не більше як на 45—90°, така ротація іде не рівно, а пружинить“.

¹ Дані за р. р. 1928—1932. Цитовано з Лебедєвою



Мал. 133, 134. Кінець ламінарія про-
скочив поза зовнішнє устя матки (133);
ламінарій не розширює внутрішнє устя
матки (134) (за Ліпманом).

пропонує витягати паличку міцним пальцями другої руки в шийку матки.

До другої категорії ускладнень слід зачислити прослизання ламінарія за зовнішнє устя в канал шийки або навіть у порожнину матки (мал. 133 і 134). Хробак вважає, що це є наслідок неправильної техніки операції, і пропонує: 1) вибирати паличку такої товщини, щоб вона міцно сиділа в каналі шийки матки, 2) старанно тампонувати вагіну і 3) в петлю тієї нитки, яка прикріплена до палички, ввести ще марлеву смужку і затампонувати нею вагіну. Брауде радить такі профілактичні заходи: 1) завжди брати паличку максимально для даного випадку товщини; 2) вводити дві палички; 3) при вагітності 3—4 місяці зовсім не вживати ламінарія.

Серед ускладнень операції слід відзначити ще одно дуже прикре — паличка може зламатися в каналі шийки, коли витягають її. В таких випадках доводиться надрізати шийку або навіть зробити вагінальний к. р., як було одного разу в клініці КМІ; отже, як профілактичний захід, необхідно завжди перевірити міцність ламінарія.

Крім цих ускладнень, відзначають ще небезпеку інфекції; наприклад Штраус і Гессе (Strauss, Gesse) на 800 випадків з дальшим обслідуванням і спороженням матки констатували підвищення температури понад 38° С в 7—10 % випадків. Амерсбах (Amersbach) зазначає, що навіть при найсуворішій асептиці після ламінарія часто бувають запалення труб.

Деякі автори рекомендують — щоб уникнути перфорації матки — контролювати дно матки рукою, поклавши руку на черевну стінку над симфізом (оператор або асистент); ми не вживаємо цього способу.

Ускладнення при вживанні ламінарія і профілактика їх. Ускладнення при вживанні ламінарія залежать від властивості самого інструмента або неправильної техніки. До першої категорії належать ті труднощі, які виникають при витяганні палички з шийки; іноді паличка нерівномірно набрякає і внутрішній кінець її, що виходить поза внутрішнім устям у порожнину матки, набрякає найбільше і дає потовщення. Таке защемлення палички за внутрішнім устям можливе найбільш у невагітних жінок; щоб цього уникнути, рекомендують (Штольц) вводити дві палички ламінарія неоднакової товщини і через 12—24 год, виїняти, спочатку тоншу, а потім товщу паличку. Хробак

корцангом, упираючись одним або двома

ПРИПИНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПОНАД ТРИ МІСЯЦІ

У цьому розділі ми розглядаємо операцію, яка звивається, коли необхідно припинити вагітність від 3 до 6 місяців (т. зв. пізній аборт), а також операцію штучних передчасних родів. Техніку операції пізнього абОРТУ ми відділяємо через те, що значний уже розвиток плоду, плаценти і матки потребує цілком іншої методики, ніж операції абОРТУ до 3-х місяців. Методика пізніх абОРТІВ майже аналогічна штучним передчасним родам і тому ми об'єднуємо їх в одному розділі.

Операція штучного абОРТУ, як і штучні передчасні роди, загрожують здоров'ю жінки і потребують суворо обґрунтованих медичних показань після консультації акушера з спеціалістом.

Показання до операції ми розглянули в розділі „Припинення вагітності в перші 3 місяці“, а також подаємо далі для кожної окремої операції.

МЕТОДИ ОПЕРАЦІЇ

Методи штучних передчасних родів почали розробляти ще всередині 18 сторіччя в Англії (Макалей — Macalay, Денмен — Denman). В ті часи не знали ще ні асептики, ні антисептики, і операція к. р. майже в 100% випадків кінчалася смертю матері. Показанням для операції к. р. були виключно випадки абсолютного звуження таза. Анатомічна ера в акушерстві зв'язана з ґрунтовним вивченням родових шляхів і родового об'єкту — дитини, і дала підставу запропонувати операцію штучних передчасних родів. Перші роки пропаганда цих операцій зустрічала рішучий опір від багатьох акушерів, але за короткий уже час виявилося, що штучні передчасні роди дають багато кращі наслідки, ніж к. р. 19, і перші роки 20 сторіччя виводять операцію штучних передчасних родів на почесне місце в терапії випадків звуження таза. ґрунтовне вивчення цих операцій, разом з поглибленим дослідженням фізіології і патології вагітності, привели до пропозиції пізнього абОРТУ, коли він потрібний за медичними показаннями.

Методи штучних передчасних родів і пізнього абОРТУ можна поділити на дві основні групи: 1) фармакологічні та органотерапевтичні і 2) суто акушерські методи.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ І ОРГАНОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ

Ми згадаємо лише про такі народні заходи, як уживання сабіни і речовин, які можуть спричинити родову діяльність тільки в токсичних дозах.

На сьогодні спроби збудити передчасну родову діяльність фармакологічними і гормональними препаратами цікаві лише (до певної міри) в лабораторного погляду Watson (Watson) у 1922 році опублікував 276 випадків штучних передчасних родів, спричинених однією з трьох модифікацій:

1. chininum muriaticum 0,65, 2—3 рази, через 3 год. (per os).
2. chininum muriaticum і препарати задньої частки гіпофізу (0,2—0,4) — також повторно.
3. Препарати задньої частки гіпофізу (по 0,2—0,4 до 6 раз). Успіху не було в 19 випадках.

Були також спроби збудити родову діяльність, вперекуючи родіалі: інсулін, фолікулін або сироватку, але всі ці спроби покищо мають лише характер експериментальний.

За останні роки значної популярності набув т. зв. «американський спосіб». Спосіб такий: вагітній призначають ридну (3(,0) або інше пріосносне, клізму і гарячі (47—48° С) спринцування вагіни двічі на день і хінін по 0,2—0,3 через 3 год.

Досвід показує, що «американський спосіб» досить раціональний, зокрема для другої половини вагітності.

У випадках пізнього аборту всі ці способи помагають мало.

СУТО АКУШЕРСЬКІ МЕТОДИ

Суто акушерських методів запропоновано досить багато; частина з них (тампонація вагіни, шийки матки, відділення плідного яйця від матки) мають лише історичне значення, бо одні з них не надійні, другі надто небезпечні. Ми їх не вживаємо і не рекомендуємо. З тих способів, які тепер вживаються, опишемо:

Прокол навколоплідних оболонок

Показання. Спосіб цей можна рекомендувати для штучних передчасних родів у виключних лише випадках—наприклад, багатовідда, оточення, яке виключає можливість інших способів. У випадках пізнього аборту спосіб цей помагає мало.

Противпоказання. Всі ті захворювання матері, які вимагають припинити вагітність якнайшвидше.

Умови. Асептичне оточення, можливість народження дитини через природні родові шляхи.

Потрібні інструменти: кульові шипці, зонд гудзиковатий, дзеркало з піднімачем, розширники Гегара до № 14—18, пінцет анатомічний.

Техніка операції. Хвору кладуть на поперечне ліжко або на край стола і після дезинфекції зовнішніх геніталій, вводять палець у шийку матки; якщо шийка закрита, то треба, розкривши дзеркалами вагіну і продезинфікувавши її, захопити шийку кульовими шипцями і розширити прохід шийки розширниками Гегара до № 18. Після того вводять один палець у внутрішнє устя, а другою рукою масують дно матки, щоб спричинити скорочення, і після скорочення розривають навколоплідний міхур. Якщо не можна це зробити пальцем, то під контролем його вводять кульові шипці і, розімкнувши їх, захоплюють і розривають оболонку.

Механізм цього способу: як відійшли води, зменшуються розміри матки, передлежа частина знижується і дратує нижній сегмент матки. Відходження вод, як правило, спричинює родову діяльність, але звичайно роди йдуть за типом «сухих» і дуже затягуються, а тому дуже часто маємо інфекцію матері під час родів і загрозу асфіксії дитини.

Як позитивну рису цього способу слід відзначити просту і доступну техніку.

Дальші наслідки операції не завжди сприятливі, і це залежить від частих інфекційних ускладнень (при операції).

Гарячі спринцування вагіни за Ківішем (Kiwisch)

Показання. Спосіб цей не самостійний, а допоміжний лише при інших способах—наприклад, при американському.

Умови аналогічні умовам попереднього способу.

Потрібні інструменти. Кружка Есмарха.

Техніка операції. Хвору (на ліжку) спринцують гарячим (47—48°С) індиферентним (соляним) розчином. Треба брати велику кількість рідини—15—20 склянок і тримати кружку високо над ліжком (1—1,5 м). Наслідок такого спринцування—значне розмикнення родових шляхів. Але цей спосіб не може збудити родову діяльність, і тому рекомендувати його можна лише як допоміжний.

Бужування за Краузе (Krause)

Показання. Цю операцію роблять при таких захворюваннях матері, які не вимагають негайного припинення вагітності.

Протипоказання: 1) інфекція родових шляхів, 2) тяжкий стан вагітної, який примушує негайно припинити вагітність, 3) перші 4 місяці вагітності.

Умови. Можливість народження дитини через природні родові шляхи.

Потрібні інструменти 2—3 еластичних бужа з прогумованої матері різних діаметрів, дзеркало з піднімачем, 2 пари кульових щипців, анастомічний пінцет, розширники Геґара № 4—18, корнцанг. Бужі, як і металічні інструменти, стерилізують, виварюючи у воді 15 хв.

Техніка операції. Хвору кладуть на поперечне ліжко або на край стола, дезинфікують зовнішні геніталії і вагіну і вводять у вагіну дзеркало; шийку матки дезинфікують знову і, захопивши кульовими щипцями передню губу шийки матки, розширяють прохід шийки розширниками Геґара до № 12—18, в залежності від того, тонший чи товщий буж і чи мають вводити їх два; звичайно спочатку вводять один, тонший. Буж вводять обережно корнцангом за внутрішнє устя і, коли з'явиться кровотеча або опір (травматизація плаценти), вводять його з матки і знову вводять без наркозу. Хвору напружіть; буж лягає між стінкою матки і оболонками. Коли вагітність не менш як на 6 місяці, буж майже весь входить у матку; до кінця бужа прив'язують тампон і тампонуєть вагіну. Операцію можна робити без наркозу. Хвору переносить на ліжко, а через 1—2 год. її можна дозволити ходити.

Не пізніше як через 24 години, коли буж ще не вийшов, треба винняти його і—при відсутності або слабій родовій діяльності—ввести знову продезинфіковані 1 або 2 бужі. А ніяк не можна дозволяти, навіть коли немає родової діяльності, випускати хвору до кінця родів.

Механізм способу. Роздратування матки в наслідок механічного відділення оболонки від стінки матки і наявності стороннього тіла (бужа).

Близькі наслідки операції. Введення бужа спричинює родову діяльність, але роди тривають занадто довго—за матеріалами клініки КМІ середня (на 32 випадки) тривалість від моменту введення бужа до кінця родів—100 год. 54 хв. У випадках пізнього аборту середня тривалість родової діяльності—121 год., тобто далеко більша. В наслідок тривалих родів маємо цілий ряд ускладнень як для матері, так і для дитини.

Головні ускладнення: 1) потреба повторно вводити бужі, 2) необхідність майже завжди робити ще іншу, допоміжну, операцію, 3) небезпека інфекції, 4) загроза життю дитини.

Коли урахувати всі негативні сторони цієї операції, буде зрозумілим, що бужування може відбутися негативно і на дальшому стані здоров'я жінки.

Отже спосіб цей, хоч і надто простий і доступний, можна рекомендувати лише у виключних умовах (див. показання до операції).

Метрейризм (metreuryasis)

Показання 1) Захворювання матері, які вимагають припинення вагітності; але спосіб цей можна рекомендувати лише при таких захворюваннях, які не вимагають негайного звільнення матки.

2) Первинна або вторинна слабкість родової діяльності в I періоді родів. У цих випадках слід спочатку рекомендувати роділлі відпочити (відповідне оточення, впорскування морфію, або опійна клізма, якщо хвора вже втомлена після попередньої родової діяльності), а потім призначити загальну ванну 34—35° С, хвіну 0,2—0,3 через 3 год. і тільки тоді вже ввести метрейринтер.

3) Коли загрожує передчасне відходження вод—наприклад, при плоскому тазі, коли передлежна частина не виповняє малого таза, то вже на початку I періоду родів навколоплідний міхур напружується, бо передні води не від-



М а л. 135. Кольпейринтер
Брауна.



М а л. 136. Метрейринтер
Шампетье де-Ріб.



М а л. 137. Метрейринтер
Барнса.

ділені від задніх; передчасне відходження вод зв'язане з небезпекою випадання дрібних частин або пуповини і з подовшенням I періоду родів.

4) Передлежність плаценти (докладніше див. розділ „Негайна допомога в акушерстві“).

В клініці КМІ операція метрейриза ніколи не була популярна—на 14248 родів за 1883—1926 р. цю операцію зроблено було всього 30 раз (крім випадків передскаження плаценти). Штучні передчасні роди—16 випадків, слабкість родової діяльності 2—5 випадків, еклампсії—1 випадок, не зазначено показань у 7 випадках.

Тепер ми іноді вдаємося до цієї операції (крім передскаження плаценти) і не можемо рекомендувати її, тому що, як побачимо далі, вона має багато негативних сторін, а найголовніше тут—небезпека інфекції і пошкоджень, а також можлива зміна положення дитини.

Умови: 1) Можливість створити асептичне оточення; 2) можливість народження дитини через природні родові шляхи.

Потрібні інструменти: Дзеркало з піднімачем, кульові щипці, 1—2 анатомічних пінцета, кориданг для метрейринтера, шприц 200,0 або кружка Есмарха (градуйована), розширники Гегара № 4—22, метрейринтер, стерильний фізіологічний розчин або переварена вода. Метрейринтер, як і металічні інструменти стерилізують (окремо), виварюючи в воді 15 хв.

Тепер найчастіше вживаються такі моделі метрейринтерів: Брауна (Braun), Шампетье де-Ріб (Schampetier de-Ribes), Барнса (Barnes) (мал. 135, 136, 137). Перша модель зроблена з гуми, схожа на грушу; вводять її переважно у вагіну і тоді називають кольпейринтером, а операцію кольпейризмом (colpeuryasis). Ми ніколи не робимо цієї операції і не рекомендуємо її як мало ефективну.

Модель Шампетье де-Ріб зроблена з прогумованої матерії, схожа на конус; є різні розміри балона—від 60,0 до 1200,0. Вершину конуса балона з'єднують з трубкою, щоб наповнити балон. Для витягнення доношеної дитини, для чого необхідно відкрити шийку, треба взяти балон на 700—800 см³ рідини.

Німецькі акушери користуються балоном Мюллера (Müller); від попередньої ця модель відрізняється тим, що має металічну, а не гумову трубку (мал. 138).

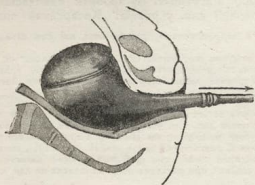
Модель Барнса теж гумова і має форму скрипки; розміри її невеликі і дозволяють розширити шийку не більш як на 2 поперечних пальця. Барнс рекомендує вводити балон у канал шийки так, щоб вузька частина його була в каналі шийки, а широкі кінці за зовнішнім і над внутрішнім устям матки, але це дуже незручно, бо балон легко вислизає; тому краще вводити його, як і інші моделі, за внутрішнє устя (мал. 139).

З описаних найкраща модель Шампетье де-Ріб; модель Барнса як маленьку слід рекомендувати лише для випадків пізнього аборту.

Техніка операції. Якщо дозволяє стан хворої, то напередодні ставлять клізму. Перед тим, як стерилізувати інструменти, треба перевірити місткість і цілість балона. Хвору кладуть на поперечне ліжко (стіл) і дезинфікують зовнішні геніталії і вагіну. Вводять дзеркала і ще раз дезинфікують вагінну частину шийки матки. Якщо шийка закрита, то, захопивши і фіксувавши передню губу кульовими щипцями, розширяють канал шийки розширниками Гегара до № 18-25 (залежно від розмірів балона). Балон скручують як сигару, і, захопивши корнцангом, вводять за внутрішнє устя; далі, обережно розкривши, виймають корнцанг (балон тримають на місці пінцетом). У всіх випадках, крім передлежання плаценти, треба вводити балон екстраамніально, тобто не пошкоджуючи оболонку; у випадках передлежання плаценти, навпаки, лише інтраамніально введений балон може стиснути плаценту і припинити кровотечу.

Ввівши балон, наповнюють його через трубку фізіологічним розчином або стерильною водою; коли немає шприца, то можна наповнити балон з кружки Есмарха, піднявши її на 1—1,5 м. над операційним столом; тут треба взяти до уваги місткість балона, щоб не розірвати його. Наповнивши балон, знімають кульові щипці і виймають дзеркала. Операція робиться без наркозу. Хвору переносять на ліжко, прив'язують до трубки балона тягарець 700,0—800,0 і перекидають через блок або просто через ліжко — в ногах.

Механізм способу: Балон, як стороннє тіло, дратує нижній сегмент



Мал. 138. Метрейринтер Мюллера введено в матку (за Буммом).



Мал. 139. Правильно введений метрейринтер Барнса (за Буммом).

матки і діє почасти чисто механічно, а почасти динамічно, посилюючи родову діяльність.

Близькі наслідки операції і ускладнення її. Через короткий час (кілька годин) починається родова діяльність, балон виходить, а потім народжується дитина.

За даними клініки КМІ, середня тривалість родів (від моменту введення балона) — 35 год. 11 хв.; середня тривалість родів від початку перейм — 18 годин 52 хв. За Ершовим (144 випадки) середня тривалість родів — 30 год.

В цілому ряді випадків операція зв'язана ускладненнями; головніші з них:

- 1) потреба вводити повторно балон, бо після народження родова діяльність його припиняється, а відкриття шийки матки може бути недостатнім, щоб вийняти дитину;

- 2) потреба допоміжних операцій (за Ершовим у 54,2%);
- 3) небезпека інфекції;
- 4) небезпека надривів і розривів шийки матки;

На матеріалі клініки КМІ такі пошкодження констатовано було в окремих випадках: але Гаммершлаг, оглядаючи хворих через деякий час після операції, констатував розриви шийки в 24%. Парсамою зазначив надрив шийки в 3 з 25 випадків. Як казуїстику, описано (Селіцкый, Санітер) кільцеві відриви шийки, що народжувалися разом з балоном.

- 5) зміни положення дитини і випадання дрібних частин.

Ми не маємо досить літературних даних, щоб висвітлити дальші наслідки операції. Але той матеріал, який опублікував Гаммершлаг, до певної міри дає відповідь на це питання: часті (24%) розриви шийки можуть бути вхідними воротами для інфекції параметральної клітковини.

Зважаючи на всі негативні сторони метрейриза, можна оцінити його так: метрейриз слід рекомендувати при передлежанні плаценти (докладніше в розд. „Негайна допомога в акушерстві“) і в тих випадках передчасних родів, коли стан хворої не вимагає припинити вагітність негайно.

СУТО ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

В тих випадках, коли вагітна перебуває в важкому стані і є загроза її життю, треба припинити вагітність негайно; для цього слід вибрати один з двох таких суто хірургічних способів: 1) вагінальний кесарський розтин, 2) малий кесарський розтин.

Вибір операції залежить від ступеня підготовленості родових шляхів, від розмірів дитини і від потреби (або відсутності її) зробити одночасно і стерилізацію (докладніше про ці операції див. у розділі „Кесарський розтин“).

Крім цих, суто хірургічних, способів запропоновано було ще інші, які теж швидко відкривають шийку.

Спосіб Боссі (Boussy). Боссі запропонував інструмент (мал. 140), що складається з 4 — 8 бранш; гвинтом можна їх розводити і швидко розширяти шийку матки. Спосіб надзвичайно небезпечний (глибокі розриви шийки) і цікавий лише історично. Рекомендувати його аніяк не можна.

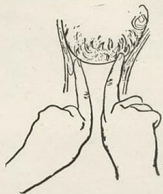
Ручне розширення шийки. Спосіб цей запропоновано було (Боннер — Bonnaire, Гаррі — Harris) для випадків тяжкого захворювання вагітної жінки, коли необхідно негайно вийняти дитину. Вводять у шийку матки один, потім два, три, чотири пальці і так поступово розширюють шийку (старий спосіб). За другою модифікацією (Боннер, Гаррі) вводять у вагіну, а потім у шийку вказівні пальці двох рук і, розтягаючи канал шийки (мал. 141), вводять далі чотири, шість пальців, поки вдається відкрити шийку так, щоб можна було витягти дитину. Спосіб небезпечний (інфекція, розриви шийки), при ригідних родових шляхах не дає наслідків, отже рекомендувати його не можна.

Спосіб П. Дельма (P. Delmas). Рукою розширюють шийку і потім витягають дитину; перед цим роблять спинно-мозкову анестезію.

Не маючи власного досвіду, опишемо операцію за літературними даними.



Мал. 140 Розширник Боссі
в дії (за Ліпманом)



Мал. 141. Ручне розширення
шийки матки

Показання. За Дельма всі захворювання (еклампсія, еклампсія, передлежання плаценти, передчасне відходження вод, загроза інфекції, захворювання серцево-судинного апарату вищадання пуповини), що загрожують матері або дитині.

Проти показання: стриктура шрми, процеси запалення, новотвори і, на нашу думку безумовно, випадки передлежання плаценти.

Умови. Достатня податливість м'яких рідких шийки, можливість виїняти дитину.

Потрібні інструменти: Шарієв 2,0, голка для спинно-мозкової пункції, щипці акушерські, дзеркало в піднімачем, голкотримач, 6 хірургічних голок, ножиці прями або Купера, 2 антісептичних пінцета, пінцет хірургічний, 3 пари кульових щипців.

Техніка операції. Опеація складається з 4-х моментів: 1) спинно-мозкова анестезія, 2) ручне розширення шийки, 3) розрив міхура, поворот на ніжку дитини і вигляння її; коли поворот уже неможливий — щипці, 4) виїняння плаценти. В останній час Дельма пропонує експектаивне ведення III періоду родів. За автором — середня тривалість операції — 15 хв.

Цей спосіб, не зважаючи на палку рекомендацію автора і досить гарні наслідки (1 випадок смерті від анемії при передлежання плаценти на 49 успішних операцій і сприятливі наслідки окремих союзних авторів (Мислін — 3 випадки, Матусевич — 10 випадків), навряд чи пошириться і потребує ще вивчення, і тому ніяк не можна рекомендувати його для широкого вжитку) Кілька авторів зазначили несприятливі результати. Брендо (Brindeau), Лантежюль (Lantéjoul) відзначили труднощі повороту, Лор'є (le Lorier) у 7 з 8 випадків спостерігав розрив шийки 1 випадок смерті і 1 випадок флегмації; розширення шийки потребувало до 30 хв. Крім усіх цих ускладнень, спосіб Дельма небезпечний і з погляду асептики.

СИМФІЗИОТІМІЯ

Ще в 16 ст. Піно висловив думку, що в роділлі можна збільшити розміри таза, розрізавши симфіз. Перший зробив операцію в 1585 році на трупі французький лікар Курве, що практикував тоді в Варшаві. В 1777 році в Парижі Сіго зробив її на живій вагітній; мати й дитина були живі, і це справило велике враження. Вважали, що лікарі знайшли, нарешті, спосіб усувати при родах перешкоди з боку таза.

З того часу операція симфізіотомії почала поширюватись. Але виявилося, що вона дає велику смертність як матерів, так і дітей, а ті жінки, що лишилися живими, стали каліками. У другій половині минулого сторіччя операцією зацікавилися знову. Неаполітанський професор Морізані своїми працями дуже пропагував її, і симфізіотомія знову поширилася, спочатку особливо в Італії і Франції, а потім у Німеччині і в коіл. Росії, де перший зробив її Красовський (1892 р.).

Поруч з збільшенням числа симфізіотомій ішло і наукове її вивчення як клінічне, так і експериментальне. Видатні акушери тих часів ставилися до операції неоднаково. Особливо обмежали число симфізіотомій нові операції (субіотомія і кесарський розтин). Якщо і в тепер прихильники симфізіотомії, то це — поодинокі лише лікарі.

Оцінка операції Яка повинна бути об'єктивна оцінка симфізіотомії? Щоб відповісти на це питання, необхідно взяти до уваги свій досвід і анатомічну суть симфізіотомії. На трупах, а також і клінічними спостереженнями над оперованими виявлено, що після розрізу симфізу роз'єднані кінці хряща можна розвести не більш як на 6—7 см без того, щоб не порушити крижово-клубового суглоба. Далі дослідження довели, що при такому розведенні кісток прямий розмір входу в таз збільшується на 1,3—1,5 см, прямий розмір порожнини таза дає збільшення на 0,9 см, а виходу на 0,6 см. Достатньо збільшується поперечний розмір таза, але при вузькому тазі практично це великого значення майже не має.

Виходячи з цього, симфізіотомію доцільно робити лише тоді, коли прямий розмір входу в таз буде не меншим за 7 см, але разом з тим до кожного окремого випадку треба підходити індивідуально, зважаючи на те, що головка може пристосуватися і проходити, коли таз звужений. Це залежить від сили скорочень матки і від способу встановлення головки, а тому ми повинні визнати, що визначити показання до симфізіотомії можна тільки тоді, коли мине певний час після початку родів. Деякі з наведених моментів можна визначити лише на підставі минулих родів; отже ця операція здебільшого буде показана тільки в тих жінок, які родили вже раз або більше.

Далі, оцінюючи симфізіотомію, треба мати на увазі і те, що розрізується суглоб, а це небезпечно. Крім того розведення кісток, навіть менш як на 6—7 см, веде за собою розриви сусідніх м'яких частин; іноді розриви бувають такі великі, що спричиняють велику кровотечу (венозне сплетення сечового міхура, кавернозні тіла клітора) або incontinentia urinae.

ПУБІОТОМІЯ

Відразу помітні дефекти симфізіотомії спонукали акушерів шукати іншого місця, щоб розрізати таз. Таке місце і знайдено було трохи далі від симфізіотомії. Операцію в цьому місці ми називаємо пубіотомією або гебостеотомією.

Цю операцію під назвою „сальвіотомії“ запропонував у другій половині 18 ст. Ейткен. В 1893 р. італійський лікар Жюлі опублікував основні техніки операції і тим знову уявляв тодішніх акушерів на неї.

Оцінка операції. Перевага пубіотомії над симфізіотомією в тому, що при симфізіотомії порушується суглоб, а при пубіотомії розрізають кістку, а це багато вигідніше з загально-хірургічного погляду; далі після симфізіотомії таз розширяється однаково на обидва боки, а після пубіотомії роз'єднання асиметричне, і це більше відповідає конфігурації головки. Нарешті, найголовніше те, що при симфізіотомії оперативна травма локалізується там, де лежить сечовід, венозне сплетення сечового міхура та ін., а при пубіотомії — в такому місці, де цієї небезпеки немає. Техніка операції пубіотомії проста, а розширення таза ніяк не менше, і тому пубіотомія за короткий час замінила собою симфізіотомію.

Показання до цих операцій. Операцію пубіотомії або симфізіотомії можна робити переважно в такої жінки, яка вже родила один раз або кілька, з середніми звуженнями таза, які проте перешкоджають родам. Коли таз буде звужений не занадто, то показання до цих операцій неабсолютно встановити на підставі минулих родів і упевнитися, що дитина живою народиться не може, не зважаючи на достатню родову діяльність. Крім того робити ці операції треба тільки тоді, коли протипоказана операція к. р. — наприклад, при ендометриті, що стався під час родів. Додамо, що, вибираючи операцію розширення кісткового кільця, слід перевагу дати пубіотомії.

Умови. Для цих операцій потрібні: 1) вимога матері здобути живу дитину; 2) наявність живого плоду; 3) достатньо готові родові шляхи (шілком або майже шілком відкрита шийка матки), тому що негайно після розрізу кісток доводиться витягати дитину і 4) оточення, інструменти, асистентура.

Потрібні інструменти: Скальпель, 3 затискачі Кохера, 3 затискачі Пеана, 2 пінцети хірургічних, голка Бумма або Дедерлейна, 2 пилки Джілі з ручками, 6 хірургічних голок, голкотримач.

Підготовка хворої. Перед операцією неодмінно спорожнити сечовий міхур і пряму кишку, дати загальний наркоз і дезинфікувати зовнішні геніталії і вагіну. Після того роділля кладуть на операційний стіл як при вагінальних операціях, або у Вальхерове положення.

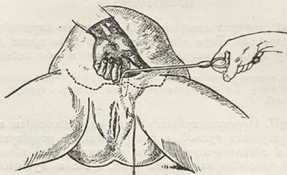
Дехто з акушерів перед тим, як приступити до операції, пробують накласти високі шинці, але, маючи від матері вимогу здобути живу дитину, накласти шинці недоцільно.

Техніка операції. Техніка пубіотомії має багато спільного з технікою симфізіотомії, але, коли доводиться розширяти тазове кільце, ми рекомендуємо пубіотомію; через те і опишемо тільки її техніку (мал. 142).

В залежності від того, з якого боку нам треба розрізати лобкову кістку — а орієнтуючись, на нашу думку, повинен бути лобик — ми робимо над лобком поперечний розріз на 2—3 см.

Гусаков рекомендує робити розпил на лівій стороні, тому що сечовий міхур не завжди під час родів лежить посередині, а здебільшого відхиляється в правий бік, разом з маткою, і лише в деяких випадках (повторна пубіотомія та ін.) можна робити розпил на правій стороні.

Розрізаючи шкіру, підкірну клітковину і фасцію прямого м'язу живота і дійшовши до верхнього краю лобкової кістки вказівним пальцем лівої руки,



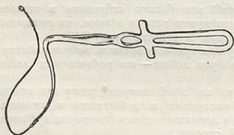
Мал. 142. Підшкірна гебостеотомія за Дедерлейном (з Дедерлейна).

пробираємося між кісткою і сечовим міхуром, поки не дістанемо нижнього краю гілки симфізу. Дійшовши до нього, беремо голку Дедерлейна (мал. 143) і проводимо її між тим пальцем, який захищає сечовий міхур, і задньою поверхнею лобкової дуги, проколюючи шкіру безпосередньо під нижнім краєм дуги, і попадаємо в складочку між великою і малою губами. Коли кінець голки покажеться зовні, на нього надягаємо пилку Джілі (мал. 144) і виводимо її, разом з голкою, назад у верхній розріз. Тоді на кінець пилки надягають ручки, і, взявшись за них, перепилюємо лобкову кістку.

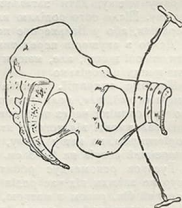
За Гусаковим, поперечний розріз над лобковим горбиком роблять на 1—1½ см, при чому шкіра трохи відтягається до низу для того, щоб не пошкодити тканини при розпилюванні.

Палець в рану не вводять. Голка Дедерлейна вводиться під контролем пальця, який міститься у вагіні, при цьому голку треба проводити безпосередньо за кісткою.

Гусаков рекомендує, розпилявши кістку, зводити коліна одно до одного і стискувати таз у ділянці кульшових суглобів; робиться це для того, щоб кістки не розійшлися більше як на 2 поперечних пальця, а також, щоб



Мал. 143. Голка Дедерлейна для гебостеотомії (за Дедерлейном).



Мал. 144. Голка Джілі (за Дедерлейном).

зв'язковий апарат *artic. sacro* — ліасае не розірвався. Розрив цього суглоба спричинюється до розладу ходіння.

Після цього можна, не гаючи часу, приступити до закінчення родів (щипці, поворот з витяганням дитини) або ждати народження без втручання. Ми рекомендуємо відразу, розрізавши лобкову кістку, зашити м'які частини і ждати народження плоду без втручання, весь час стежачи за родами. Після родів треба накласти тугу пов'язку на таз.

Післяопераційний період. В післяопераційному періоді хвора повинна лежати перші дні на спині з витягнутими ногами, нерухомо; щоб забезпечити зрошення кісток таза, треба стягнути таз бинтом або рушниками. Ноги вище колін теж необхідно зв'язати. Через тиждень ноги можна розв'язати і дозволити рухи, а через два тижні після пубіотомії хвора може вставати з ліжка.

Іноді після пубіотомії може статися розходження кісток, але здебільшого вони зростаються і таз має ті самі розміри, що й до операції.

РЕЗЕКЦІЯ ВИСТУПУ КРИЖОВОЇ КІСТКИ

Тому що після пубіотомії і симфізіотомії розміри тазового кільця не змінялися проти попереднього, Роттер запропонував замість пубіотомії вирізувати виступ крижової кістки, щоб мати стійке збільшення прямого розміру входу в малий таз. Досвід показує, що ця операція ехнічно не складна, але досі вона не пштрилася і потребує ще вивчення як з погляду показань, так і з погляду техніки.

АКУШЕРСЬКИЙ ПОВОРОТ (VERSIO OBSTETRICA)

Акушерський поворот — одна з найстаріших, найважливіших і найефективніших операцій. Сучасна акушерська наука устами одного з найкращих своїх представників дає їй таке визначення: „Акушерським поворотом називаємо операцію, яка дає можливість дане положення плоду, з якихсь причин незручне, довільно змінити на інше і до того ж завжди поздовжнє“ (Феміменов).

Історичні дані. Історія цієї операції починається в давній давнині. Перші спроби її зв'язують ще з ім'ям індусів. Пізніше про неї перший згадав Цельсій (Aulus Cornelius Celsus), ще пізніше робить її Соран Ефеський (97 — 155), перший на живому плоді. До нього хоч і робили поворот, але тоді лише, коли плід був уже мертвий. Пізніше маво період в історії акушерства, коли про поворот уже не згадується. Його просто забули і тільки в 1542 році знову докладно описує його відомий хірург тих часів Амбруаз Парс. З того часу, коли Парс знову нагадав про цю операцію, почалося сучасне акушерство і твердо стало на науковий ґрунт. Після праці Парс помічаємо надзвичайну зацікавленість операцією акушерського повороту і цілий ряд славновісних французьких акушерів — таких як Luise Bourgeois, François Mauriceau, Andreas Levret і інші доклали багато праці, щоб удосконалити і поширити її. З Франції операція почала поширюватися по різних країнах і дійшла до кола Росії, де її пропагував і докладно описав тодішній учений акушер Нестор Максимович Максимович (Амбодік).

Класифікація операцій акушерського повороту. Модифікацій операцій акушерського повороту є кілька. Подаємо їх у такій схемі:

I. Зовнішній поворот.

II. Внутрішньо-зовнішній:

A) при повному відкритті шийки:

- a) поворот класичний,
- b) поворот за Бояркіним,

B) при неповному відкритті шийки (поворот за Braxton - Hicks'om).

Такий поділ здається нам правильним і зрозумілим кожному, бо в класифікації поворотів можна натрапити на деяку плутанину в термінах. Наприклад внутрішньо-зовнішній поворот через щось називають тільки внутрішнім, хоч кожному зрозуміло, що річ іде про комбіновані акції внутрішньої руки, тобто руки, введеної в порожнину матки, і зовнішньої, яка кризь черевну стінку допомагає першій. Далі можна зустріти і таку (дехто вважає її влучною) назву „своєчасний“ і „несвоєчасний“ поворот. Під терміном „своєчасний поворот“ розуміють т. зв. класичний поворот при повному відкритті матки; під назвою „несвоєчасний поворот“ розуміють поворот за Брекстон-Хіксом, тобто коли шийка відкрита найбільше на 2 пальці.

Не вдаючись в докладний критичний аналіз цих термінів, треба сказати, що вживати їх не зовсім зручно, бо логічно кожний поворот — „своєчасний“, коли для цього є відповідні показання або з боку матері, або з боку дитини. Більшість авторів визнає також невдалим термін „комбінований поворот“ (поворот за Брекстон-Хіксом), бо кожний внутрішньо-зовнішній поворот є по-

ворот по суті комбінованим, але термін цей вживається ще й досі. Така вже сила звички, сила авторитету! Треба нарешті покінчити з цим і держатися однієї термінології, такої, яка відбиває справжні акції оператора, бо неоднакова термінологія плаує студента.

Відповідно до того, яка саме частина передлежить у наслідок зробленої операції, розрізняють: 1) поворот на головку (*versio in caput*), 2) поворот на сідниці (*versio in clunes*), 3) поворот на ніжку або на ніжки (*versio in pedes*).

ЗОВНІШНІЙ ПОВОРОТ

Зовнішній поворот є найчастіше поворот на головку, хоч, правда рідко, іноді повертають плід і на тазовий кінець, а класичний поворот і також поворот за Бояркіним або за Брекстон-Хіксом є поворот виключно на одну (іноді на обидві) ніжки.

Показання. Зовнішній поворот (автор його Віганд — Wigand) здебільшого роблять при косому або поперечному положенні, хоч деякі автори (Колосов) обстоюють ту думку, що цей поворот треба робити і тоді, коли ми маємо передлежання сідницями, тому що при такому передлежанні може статися багато несподіваного під час родового акту і воно дає велику дитячу смертність. Ми не згоджуємося з Колосовим тому, що поворот цей не завжди вдається; огже ми його не рекомендуємо.

Зовнішній поворот треба робити насамперед ради профілактики, коли є загроза, що плід може лягти неправильно, а також перед операцією внутрішньо зовнішнього повороту, щоб дати плоду потрібне положення і тим самим запобігти внутрішньо-зовнішньому втручанню.

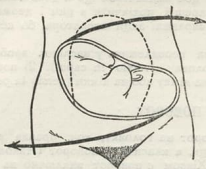
Тут треба сказати, що поворот ради профілактики не завжди дає позитивні результати, бо дуже часто плід знову повертається до попереднього положення за кілька тижнів перед родами і навіть перед самим родовим актом. Отже більшість авторів рекомендує вживати його на останніх днях вагітності, коли збільшуються шанси на те, що надане правильне положення стабілізується.

Іноді, коли плід занадто рухомий і кінцеві пункти його мало фіксовані, можна дати йому потрібне положення і без будь-яких зовнішніх маніпуляцій, поклавши лише вагітну відповідним способом в ліжку. Особливо це стосується до косоного положення плоду (*situs obliquus*). В такому разі вагітну треба просто покласти на той бік, куди відхилена головка дитини, і в той самий бік, за законом ваги, повинне відхилитися і дно матки. Коли дно матки відхилиться, цілком природно шийка матки, разом з головою, пересунеться в протилежний бік, тобто до середньої лінії (мал. 145). Отже головка стає над входом в таз.

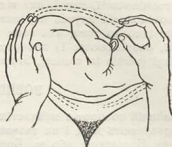
Умови. Умови операції зовнішнього повороту такі: 1) гарна рухливість плоду; 2) ненапружений і нечутливий живіт; 3) відсутність диспропорції між головою і тазом. Зрозуміло, що оператор, приступаючи до цієї операції, повинен точно знати положення плоду. Треба пам'ятати, що поворот ніяк не можна робити тоді, коли давно відійшли води, тому що плід у таких випадках буває вже нерухомим.

Техніка операції. Вагітну кладуть на спину з ногами, трохи зігнутими в колінному і кульшовому суглобі. Оператор стає збоку, розміщує свої руки так, що одну кладе на головку, а другою захоплює сідниці. Потім тією рукою, яка лежить на головці (в перервах між переймами) оператор тисне донизу, а в той самий час другою рукою піддає нижній кінець (сідниці) вгору, таким способом поступово повертає плід, даючи йому потрібне положення (мал. 145).

Дехто (Маліновський, Кушнір) радять впорскувати вагітній під шкіру 1 см³ 1% розчину морфію, щоб зменшити її чутливість до зовнішніх под-



М а л. 145. Акушерський поворот. Механізм утворення поздовжніх положень.



М а л. 146. Зовнішній поворот.

разень. Звичайно, як правило, як і перед кожною акушерською операцією, треба звільнити сечовий міхур від сечі і пряму кишку від фекальних мас.

Щоб зафіксувати здобути наслідки, насамперед треба вагітній дати відповідне положення. Слід покласти її на той бік, куди відхилена була голова і забинтувати живіт. Іноді, щоб фіксувати надане положення, доводиться навіть розірвати навколоспадний міхур і випустити води, тобто почати передчасні роди (Колосов). Особливо рекомендують це тоді, коли є багатовіддя, а бинтування живота допомагає мало.

Звичайно необхідно робити це тільки тоді, коли матка відкрилася зовсім, тому що ми не можемо наперед передбачити перебігу родів, а, розриваючи міхур, при не зовсім відкритій матці, ми тим самим позбавляємо себе іноді можливості зробити внутрішній поворот плоду, коли зробити його буде неохідно при дальшому перебігу родового акту.

Кілька слів про бинтування живота — техніку його неслідно знати кожному акушерові. Взяти дві простині, валками покласти їх на живіт по обидва боки плоду — ніби взявши плід у шини. Потім туго забинтувати вагітний живіт.

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОВОРОТ

Від зовнішнього профілактичного повороту слід відрізнити т. зв. профілактичний поворот Сімпсона (Simpson). Сімпсон запропонував вдаватися до операції зовнішнього повороту при певних звуженнях таза, щоб черепне передлежання зробити ніжковим. Свою пропозицію він обгрунтував так: головка, маючи клиноподібну форму, народжуючись після тулуба, легше проходить через таз, ніж тоді, коли вона іде першою, як це буває при головному передлежанні.

Операція профілактичного зовнішнього повороту при вузькому тазі дає велику дитячу смертність — 30 — 40%, і тому наша клініка в таких випадках її не рекомендує.

КЛАСИЧНИЙ ПОВОРОТ

Типовий класичний поворот, як уже сказано, можна робити тільки тоді, коли матка цілком відкрита. Від описаного зовнішнього повороту він відрізняється тим, що тут потрібні не тільки зовнішні маніпуляції, а і маніпуляції в порожнині матки. Отже ми робимо його неодмінно двома руками.

Показання. 1. Поперечне (або косе) положення дитини, коли необхідно вдатися до операції повороту, щоб патологічне положення дитини змінити на фізіологічне (поздовжнє);

2. Несприятливе вставлення головки, коли головка вставляється або лицем у задньому виді, або лобом чи тім'ям у задньому виді (Літцманівське вставлення);

За статистикою Холмогорова на 101 випадок родів при лобному передеженні тільки 52 дітей народилося живими, а в персральні хвороби матерів дали 26,73%, смертність — 2,97%, розриви матки були в 2 випадках.

3. Випадання пуповини, коли передежить головка; тоді доводиться вдатися до цієї операції з тим, щоб повернути плід на тазовий кінець і тим самим відвести від плуоду небезпеку — головка, ідучи родовими шляхами, неминуче повинна притиснути до кісток таза пуповину; отже плід може загинути від асфіксії;

4. Випадання кінцівок плуоду — ручки або ніжки, крім випадків т. зв. «зупущеного» поперечного положення, коли рекомендувати операцію повороту аніяк не можна (див. далі);

5. Ередельна плацента, коли стається кровотеча в наслідок передчасного відділення плаценти. Саме тут може допомогти дуже часто ця операція тому, що, повернувши плід на ніжку, ми тим самим сиднищами плуоду притискуємо плаценту до стінки нижнього сегмента матки і тим спинаємо кровотечу;

6. Еклампися, коли необхідно якнайшвидше закінчити роди, а головка стоїть рухомо над входом у таз і немає відповідного оточення, щоб вдатися до інших досконаліших операцій (напр. кесарського розтину);

7. Випадки захворювання серця і легень у роділлі, коли, зважаючи на загрозливий стан роділлі, необхідно якнайшвидше закінчити роди, а зробити це іншим способом (наприклад, накласти щипці, коли головка стоїть високо над входом у таз) ніяк не можна.

Ми навели всі ті випадки, коли доводиться робити операцію внутрішнього повороту; правда деякі підручники серед показань до неї зазначають ще випадки розриву матки і випадки вузького таза (Феноменов). Ми категорично обстоюємо той погляд, що розрив матки є не показанням до операції, а навпаки, протипоказанням до неї, тому, що повертаючи плід, ми тим самим можемо тільки збільшити розрив матки. Щодо вузького таза, то можна сказати, що звуження таза є одним з несприятливих моментів для операції повороту, бо смертність дітей у таких випадках, як ми вже сказали, занадто висока (30—40%), отже вважати вузький таз показанням до повороту не слід.

Умови 1. Повне або майже повне відкриття матки (не менш як на 4 пальці). Тільки тоді, коли матка відкрилася цілком, коли рука вільно може пройти в її порожнину, щоб зробити повні маніпуляції, тільки тоді слід приступити до операції повороту;

1. Відсутність диспропорції між розмірами головки і таза;

3. Вільна рухомість плуоду в порожнині матки. Це може бути тоді, коли навколоплідний міхур цілий, або тількищо відійшли води. Чим більше часу минуло з моменту розриву навколоплідного міхура і відходження вод, тим трудніша і небезпечніша операція; небезпечніша саме тому, що, повертаючи плід, можна розірвати матку. Іноді особливо трудно буває зважитися робити операцію. Найбільшу увагу слід звернути на нижній сегмент матки — коли він розтягнутий і болючий, тоді не можна й думати про поворот, а необхідно подумати про ембріотомію. Отже відходження вод має колосальне значення.

Маліновський слушно зазначає, що трудність повороту тоді буде зростати



Мал. 147. Запущене поперечне положення (за Ліпманом).

прямо пропорціонально часу, який минув з моменту розриву навколоплідного міхура. Тому треба твердо пам'ятати, що всі запущені випадки поперечного положення, коли плід уже мертвий, вимагають не повороту, а тільки ембріотомії (мал. 147) і поворот при запущених поперечних положеннях робити не можна;

4. Передлежна частина плоду повинна бути не забита в таз, бо коли вона забита в таз, відштовхнути її буває досить важко. В таких випадках слід відмовитися від повороту і вдатися або до щипців, коли їх можна накласти, або до ембріотомії.

Підготовка хворої. Операцію треба робити на операційному столі так, щоб роділля лежала в спинно-сідничному положенні (ноги зігнуті в колінному і кульшовому суглобах). Таке положення сприяє тому, що мускулатура черевних стінок розслабляється і оперувати тоді далеко легше.

Роділля готують до операції повороту, як і до всякої великої акушерської операції: випускають сечу, лобок і зовнішні геніталії старанно бриють, дезинфікують їх внутрішню поверхню стегон, а також і промежину і навколо anus 1% розчином Brillantgrün або 1% розчином hydr. sublim. corros. або t-rae jodi, живіг покривають стерильною салфеткою. Руки дезинфікують, мастять ту, яка входить в порожнину матки, по лікті 1% sol. Brillantgrün (spirituosa) або 5% йодом. Роділлі обов'язково дають глибокий наркоз, бо він допомагає тому, що як мускулатура матки, так і мускулатура черевних стінок розслаблюється, і операція стає можливою навіть там, де не можна було сподіватися будь-якого успіху.

Техніка операції. Операція складається з 3-х моментів: 1) введення руки в порожнину матки, 2) відшукання і захоплення ніжки і 3) з самого повороту.

1-й момент. Зовнішні геніталії старанно і широко розводять лівою рукою, щоб не внести з них будь-якої інфекції в порожнину матки. Праву руку, склавши пальці конусом, оператор обережно вводить у вагіну, відтискуючи разом з тим промежину донизу. Рука вводиться так, щоб тильна її поверхня була звернена назад і вбік, тобто рука повинна входити у вагіну в поперечному або в косому розмірі таза.

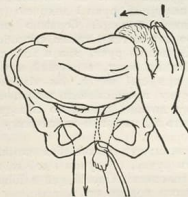
Коли права рука введена вже в вагіну, ліву руку з зовнішніх геніталій відразу перекладають на дно матки і з допомогою цієї руки фіксують матку на місці.

Права рука в той самий час, дійшовши до шийки, під час перейми, в момент найбільшої її інтенсивності, відразу розриває міхур і швидко входить в порожнину матки.

2-й момент. Ввійшовши в порожнину матки, права (внутрішня) рука оператора натрапляє на передлежну частину (голонку або плічка), відштовхує її і йде до ніжок, щоб захопити одну з них.

Ліву (зовнішню) руку оператор в цей час перекладає з дна матки на сідничний кінець плоду, намагаючись змістити його донизу назустріч внутрішній руці, якою оператор намагається захопити ніжку (мал. 148).

3-й момент. Захопивши ніжку, оператор намагається за допомогою двох рук повернути плід, при чому внутрішньою рукою він тягне ніжку до виходу, а зовнішню руку в той самий час перекладає на голівку плоду, намагаючись



Мал. 148. Зовнішня рука натискує на сідничний кінець, допомагаючи внутрішній зручніше швидше захопити ніжку.



Мал. 149. Зовнішня рука натискує на головку, подаючи її до дна матки; внутрішня повільно тягне за ніжку.

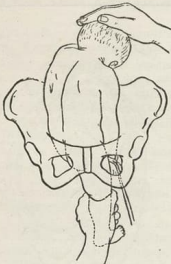
вступово перемістити головку плоду вгору, до дна матки і таким способом відбувається поворот (мал. 149, 150).

Поворот вважається закінченим тоді, коли ніжку витягли до самого коліна (мал. 151). Далі витягти плід немає потреби і недоцільно.

ПОВОРОТ ЗА БОЯРКИНИМ

Говорячи про т. зв. класичний поворот, треба сказати і про мало відомий широким колам лікарів поворот за Бояркиним.

Техніка його така: внутрішню руку, як звичайно, вводять у вагіну, а зовнішню кладуть на дно матки, фіксуючи її на місці. Внутрішня рука, розір-



Мал. 150. Дальший момент повороту.



Мал. 151. Ніжку витягнуто з щілини до колінного суглоба, сідниці фіксовані у вході в таз. Поворот закінчений.

вавши, як звичайно, навколоплідний міхур, іде прямо до головки; дійшовши до головки, акушер захоплює її всіма пальцями руки і долонею (мал. 152), легко тримаючи її, наче в еластичному футлярі, бережно ритмічними і плавними рухами відводить головку до дна матки і таким способом повертає плід на тазовий кінець (мал. 153). Зовнішня рука, яка в той самий час фіксує матку, допомагаючи ніжкам відійти до низу, в перший момент, коли поворот уже стався, тримає головку при дні матки. Як тільки поворот стався, оператор, виводячи внутрішню руку з порожнини матки, спускає її вповодж тулуба по спинці або по бочку дитини, а далі по сідницях, стегні і голінці; потім захоплює ніжку і виводить її, як і при класичному повороті, до коліна (мал. 154).

Спосіб цей теоретично здається зручним; тут можна без помилки захопити ніжку; оператор ніколи не захопить ручку, бо ручки і плічка відходять вгору, в напрямі до дна таза, разом з головою. Спосіб цей клініка КМІ не перевіряла, а тому власної думки про нього подати не можемо.

Така, в головному, операція акушерського повороту, але разом з головним ми повинні сказати і про деталі тому, що від деталей залежать іноді позитивні наслідки операції.

Вибір руки. Насамперед дуже часто акушери сперечаються про те, яку саме руку краще вводити при тому чи іншому положенні плоду. Гентер розв'язує це питання просто — він рекомендує при першому поперечному положенні плоду (головка ліворуч, ніжки праворуч) вводити ліву руку, а при другому поперечному (головка праворуч, ніжки ліворуч) — праву руку. Феноменов підходить до цього ще простіше, кажучи, що завжди слід вибрати ту руку, на яку найбільше можна покладатись; отже це буде права рука для величезної більшості. Вибирати може той, каже він, хто „ambidexter“

Такої самої думки і клініка КМІ.

Місце розриву навколоплідного міхура. Далі може стояти питання, в якому саме місці треба розірвати міхур. Тут було 3 варіації: 1) міхур треба рвати не в усті, а вище, там, де в нього випираються ніжки; 2) міхур слід розірвати безпосередньо в усті; 3) міхур слід розірвати тільки тоді, коли



Мал. 152. Поворот за Бояркіним. II момент. Головку захоплюють всіма пальцями руки і долонею.



Мал. 153. Поворот за Бояркіним. III момент. Головку виводять до дна матки.

крізь оболонку захоплено буде ніжку і спущено її до виходу з таза. Більшість авторів все таки додержується того погляду, що найдоцільнішим і найправильнішим буде рвати міхур в усті. Феноменов дає докладний аналіз, чому треба так робити. На цьому аналізі необхідно хоч коротко спинитися.

Насамперед Феноменов обстоює, що нормальні оболонки далеко легше розірвати в усті, ніж у верхньому відділі матки, виходячи хоча б з просторових співвідношень. Якщо буде так, що стінки міхура занадто тонкі, то можна сподіватися, що міхур розірветься вже при першій нашій спробі ввести руку далі між ним і стінкою матки. Коли навпаки оболонки будуть надто міцними, то розірвати їх угорі буде далеко трудніше, ніж унизу; припустимо, що оболонки будуть в'ялі, тоді так само буде далеко краще розірвати їх внизу, ніж угорі, між міхуром і стінкою матки. Таксамо і з погляду інфекції — занести її в матку далеко менша небезпека саме тоді, коли рука маніпулює в міхурі, ніж коли вона переходить між міхуром і стінкою матки. Крім того є загроза, що, ідучи між оболонками і стінкою матки, по дорозі можна натрапити на плаценту і тим частково відсепарувати їх від стінки матки і спричинити кровотечу.

Боятися зв того, що, розриваючи міхур в усті, ми допомагаємо випаданню дрібних частин і пуповини (раптові відходження вод) і зменшуємо місткість міхура — бо після розриву міхура матка скорочується дужче, не треба: п'ять руки, входячи в міхур, сама затримує води. Щодо скорочення матки, то відразу після скорочення міхура такого скорочення не буває, а стається воно після певної перерви, після спокою; отже за цей час вправна рука завжди може закінчити поворот.

Способи знаходити ніжку. Як знайти ніжку? Тут є два способи: короткий — німецький і довгий — французький. Насамперед треба добре орієнтуватися, з якого саме боку лежать ніжки. Огже, знаючи їх місце, можна додержуватися німецького способу, відразу іти рукою до ніжок або як роблять французи, іти поступово: спочатку охопити передлежний бік дитини так, щоб на задній поверхні плоду лежали 4 пальці, а на передній — тільки один великий, поступово переходячи з тулуба дитини на сідниці, потім на стегно і на голінку.

Французький спосіб, як визначає більшість авторів, безпечніший, певніший і може бути рекомендований навіть досвідченому акушеві.

Яку ніжку захопити? Феноменов вважає, що питання це теоретичне і радить захоплювати ту ніжку, яка перша трапляється під руку, а далі вже, витягаючи плід, маніпулювати так, щоб плід народився в передньому відділі; ми поділяємо цю думку. Дехто радить при задніх видах робити поворот на обидві ніжки, або захоплювати ту ніжку, яка вище, а при передніх захоплювати ту, яка лежить нижче.

Як захопити ніжку? Ніжку можна захопити, або двома пальцями — вказівним і середнім, розміщуючи їх по обидва боки і над кісточкою (мал. 155) або, як рекомендує Феноменов, всією рукою захопити голінку (мал. 156). Спосіб Феноменова зручніший тим, що рука не так легко спорсає, не так швидко втомлюється і краще фіксує ніжку.

Ручка і ніжка. Тут до речі буде згадати як у порожній матки, керуючись лише чуттям дотику, відрізати ніжку від ручки. Знати це необхідно, бо іноді можна захопити не ніжку, а ручку плоду; завжди треба пам'ятати характерні ознаки ручки і ніжки. Ніжка відрізняється тим, що має п'яту, пальці ступні мають майже однакову довжину, рухливість крайнього пальця майже однакова з рухливістю інших пальців. Крім того голінка, переходячи в ступню, утворює гострий кут.



Мал. 154. Поворот за Бояркіним. IV момент. Відводять ніжку донизу.



Мал. 155. Ніжку захоплено двома пальцями.



Мал. 156. Ніжку захоплено за Фоменимовим.

На ручці, навпаки, великий палець на багато коротший від інших пальців; його можна вільно відводити й приводити до п'ясті; пальці взагалі довші, ніж пальці на ніжці. Крім того передпліччя переходить у п'ясть не під гострим кутом.

Якщо при відшукуванні ніжки випадково захоплюють і виводять ручку, то вправляти виведену ручку зніж не можна. Треба лише накласти на неї петлю і відвести її вбік, а потім знову йти шукати ніжку.

ПОВОРОТ ЗА БРЕКСТОН-ХІКСОМ

В 1856 році цю операцію вперше опублікував англійський акушер Брекстон-Хікс. Від попередньої операції вона відрізняється тим, що її можна робити вже тоді, коли шийка відкрита навіть на два пальці.

Показання. 1. Placenta praevia. На периферії, де дуже часто сьогодні ще немає відповідних умов для того, щоб зробити операцію к. р., операція повороту за Брекстон-Хіксом може дуже допомогти акушеркові. Зробивши поворот і спустивши ніжку, ми тим самим припиняємо кровотечу, яка при передлежанні плаценти може загрожувати життю жінки; ніжка разом з сидищами притискує до стінок матки і до стінок таза плаценту, і кровотеча спиняється.

2. Потреба якнайшвидше закінчити роди (наприклад, еклампсія або взагалі загрозливий стан здоров'я матері з інших причин не акушерського порядку), а матка ще не зовсім розкрита — не більш як на 2 пальці.

3. Поперечне положення дитини при ранньому відходженні вод.

4. Випадання пуповини при неповному відкритті устя.

Умови. 1. Матка повинна бути відкрита найменше на 2 пальці;

2. Плід повинен бути цілком рухомим; це буває тоді, коли міхур цілий або тількищо відійшов води;

3. Відсутність диспропорції між розмірами головки й таза;

До операції за Брекстон-Хіксом хвору і руки обробляють так само старанно, як при операції повороту при повному відкритті матки.

Техніка операції. Руку, як звичайно, вводять у вагіну, але далі тільки два пальці — вказівний і середній вводять у матку; звівши пальці, розривають неволоплідний міхур і намагаються відштовхнути передлежну частину — плічко або головку дитини — ліворуч при першій позиції і праворуч — при другій. Зовнішньою рукою, що лежить на дні матки, намагаються змістити або віжки, або сідниці дитини донизу до входу в таз (мал. 157, 158), назустріч пальцям внутрішньої руки, якими намагаються захопити ніжку. Ніжку захоплюють над кісточкою. Коли це вдалося, тягнуть її донизу. Зовнішньою рукою в той самий час намагаються подати головку плоду вгору. Коли витягли ступню, тоді беруть її на петлю, щоб вона не сховалася знову всередину.

Поворот на сідниці. Треба мати на увазі, що операція повороту за Брекстон-Хіксом занадто трудна, а тому молодому лікареві ми рекомендуємо, коли є можливість, замінити її іншою операцією (напр. метрейризом — при placenta praevia).

Поворот на сідниці має лише теоретичне значення тому, що робити його доведеться або тоді, коли в дитини немає ніжок, або коли вони занадто високо лежать (situs arcuatus).

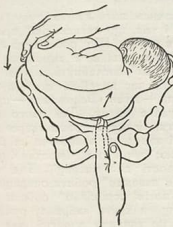
Спинається на ньому не варто.

ПОВОРОТ НА ГОЛОВКУ

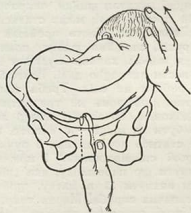
Такий поворот теж дуже рідко доводиться робити, хіба лише в мультипар, коли попередні роди, де передлежали сідниці, закінчувалися народженням мертвої дитини.

Способів повороту є кілька:

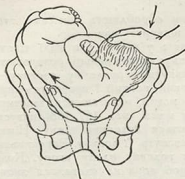
1. Спосіб Буша (Busch). У вагіну вводять руку (при першій позиції праву, при другій — ліву) і намагаються чотирма пальцями захопити головку. Потім



Мал. 157. Поворот за Брекстон-Хіксом. Внутрішня рука відштовхує передлежну частину у відповідний бік, а зовнішня натискає на сідниці, намагаючись змістити їх до входу в таз (за Дедерлейном).



Мал. 158. Поворот за Брекстон-Хіксом (за Дедерлейном). Зовнішня рука подає головку вгору, а внутрішня намагається захопити ніжку над кісточкою.



Мал. 159. Спосіб Утрепона (за Дедерлейном)

розривають оболонки, ведуть головку до низу і тримають доти, поки вона добре там зафіксується.

2. Спосіб Утрепона (d'Outrepoint). В матку вводять руку (праву, коли головка з правого боку, ліву, коли головка з лівого боку) і намагаються змістити тазовий кінець плоду вгору, а в той самий час зовнішньою рукою пересовують головку до входу в таз (мал. 159).

Груздев спосіб Буша називає способом „безпосереднього“, а спосіб Утрепона — способом „посереднього повороту“.

ПЕРЕШКОДИ І УСКЛАДНЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ПОВОРОТУ

На цьому власне про операцію акушерського повороту можна було б закінчити, але наприкінці все таки варто буде спинитися на тому, які труднощі і ускладнення можуть статися при цій операції; невміння орієнтуватися в них іноді може привести до небажаних наслідків. Труднощі і ускладнення ці можуть статися як у першому, так і в другому, і третьому моменті операції.

Насамперед оператор може зустріти або вузьку вагінальну трубку або не досить відкрите устя. Вузькість родового каналу заважає операторові дійти в порожнину матки; отже доводиться зробити вагіно-промежинний розріз, коли це будуть труднощі з боку вагіни, а коли з боку устя, то треба або ждати повного відкриття і тоді зробити поворот, або, коли є відповідні показання з боку матері чи дитини, зробити поворот за Брекстон-Хіксом. Можна розширити устя кривавим способом, розрізавши шийку з обох боків, тобто штучно створити умови для звичайного повороту, або класичного, або за Боаркіним.

Іноді кільцеві мускули шийки, скорочуючись, затискують руку оператора і не дають їй пройти далі; може статися і так, що затиск цей припадає на передпліччя, коли вже п'ять пройшла в матку. Що робити далі? Ніяких агресивних рухів, спокійно ждати, поки мине спазм, а тимчасом посилювати наркоз! Через кілька хвилин мускули шийки розслабнуть, і тоді спокійно можна буде вести операцію далі. Взагалі під час першої жодних маніпуляцій в матці робити не слід. Треба тільки.— каже Феноменов.— примістити свою руку так, щоб вона не травматизувала матку. Для цього найкраще покласти її долонею, бо зігнуті пальці легко можуть травматизувати матку. Рука мусить бути на місці — ні вперед, ні назад, не зважаючи на біль!

Може ще статися ускладнення з ручкою; ручка іноді випадає і цим зменшує просторові співвідношення і можливості для операції. Тоді мимоволі хочеться усунути цю перешкоду, яка „ніби заважає“ робити операцію. Мимоволі хочеться вкхнути її в матку, щоб потім „спокійно“ робити поворот. Марна і небезпечна спроба! Марна тому, що вкхнути набряклу ручку не так уже легко і іноді оператор витрачає на це занадто дорогий для операції час і силу — ручка все таки випадає. Тоді мимоволі хочеться якось позбутися цієї перешкоди і викинути ручку. Дехто пробував навіть оперативним позбутися її, відрізати ручку в плечовому суглобі. Шкідливий і злочинний вчинок! Припустимо, що таку екзартикуляцію ручки зроблено; правда технічно зробити її трудно, бо працювати доводиться в темноті, в глибокій, можна поранити канал жінки. Ручку відрізали, а повернути плід не вдається. Логічне про-

довження — ембріотомія. Ембріотомія, коли опорного пункту (ручки) немає! Далі, хіба можна бути певним, що дитина мертва? Хіба не буває, що слух нас зраджує — ми не чуємо серцебиття дитини, а дитина народжується живою. Отже, коли дитина жива, але без ручки, провина оператора ще більша. Література знає і такі випадки. Далі припустимо, що ручку не відрізали, а вправили; це означає, що свідомо ввели в матку мільйони бактерій з вагіни, звідки вони потрапляють на руку, коли рука перебуває в вагіні, а іноді це триває кілька годин. Виходить, що оператор не тільки не допомагає роділлі, а, навпаки, шкодить їй.

Треба пам'ятати, що випала ручка дуже часто тільки полегшує точну діагностику.

Припустимо, при першій позиції випала права ручка; діагноз — передній вид поперечного положення; при другій позиції — права ручка показує на задній вид, ліва — на передній, або інакше однойменність сторони, куди звернена головка і випала ручка, показує на задній вид, різнойменність — на передній.

Щоб виявити, яка саме ручка випала, слід „поручкатися“ з дитиною, (мал. 160). Ручкатися можна тільки однойменними руками.

Отже, коли оператор може поручкатися правою рукою — випала права ручка, лівою — ліва. Можна ще повернути ручку долонею наперед і виявити, куди направлений великий палець і тоді праворуч — буде права ручка, ліворуч — ліва.

Підсумовуючи, треба сказати, що ніколи не слід вправляти ручку, коли вона випала. Необхідно добре урахувати, чи можна зробити в даному разі поворот, чи ні. Якщо води відійшли недавно, то дуже часто, давши відповідний наркоз, можна зробити поворот хоч ручка і випала. Для цього ручку треба взяти на петлю і передати її помічникові; помічник тримає ручку біля симфізу, а сам лікар робить поворот як звичайно. А коли води відійшли вже давно, головка або плічко стоїть непоручно в тазі, тобто коли маємо т. зв. „запущений“ випадок, не треба думати про поворот, а краще відразу приступити до іншої операції (к. р. при живій дитині, ембріотомія). Це треба пам'ятати і не поспішати підняти операцію ембріотомії поворотом, бо наслідок може бути один — розрив матки.

Іноді буває, що оператор, ввійшовши в матку, ніяк не може знайти ніжку. Шукаючи ніжку і боячись захопити ручку, він втрачає на решті рівновагу і цим ще більше ускладняє становище. Отже, щоб цього не сталося, слід завжди шукати ніжку французьким способом (або можна робити поворот за Бояркіним).

З інших перешкод слід назвати такі випадки, коли поворот буває трудно зробити, хоч ніжку і захопили і вивели її донизу. Це може статися хіба тільки тоді, коли рухомість плоду обмежена. Коли і наркоз не помагає, тоді рекомендують захопити і вивести і другу ніжку. Феноменов цілком за цю пораду, тому що: 1) коли захопити плід за обидві ніжки, то повернути його за дві ніжки іноді буває легше, ніж за одну; виводячи другу ніжку, ми тим самим дамо дитині ще трохи місця, отже збільшуємо її рухомість.



Мал. 160. Визначення, яка саме ручка випала.



Мал. 161. Спосіб Юстїни Зїгемундїн (за Лїпманом).

Щоб вивести другу нїжку, доводиться на першу накласти петлю. Петлю накладають або безпосередньо на нїжку, або, коли нїжка високо і дїстати її нелегко, спочатку на ту руку оператора, яка тримає нїжку, а потім (другою вже рукою) оператор зсовує цю петлю з своєї руки на нїжку. Можна накласти петлю і спеціальним петлеводом.

СПОСІБ ЮСТІНИ ЗІГЕМУНДІН

Іноді буває, що і вивівши дві нїжки, не вдається зробити поворот. Тоді дехто рекомендує ще спосіб Юстїни Зїгемундїн (Justine Siegemundin).

Спосіб цей такий: на захоплену нїжку накладають петлю (як уже сказано) і виводять нїжку — тягнуть її петлею; другою рукою, введеною в порожнину матки, в цей час намагаються відштовхнути головку до дна матки (мал. 161).

Помічник допомагає цим маніпуляціям.

Спосіб цей відомий ще під назвою „подвійного ручного способу“, тут діють дві руки — на головку і на нїжку.

Поворот цей небезпечний і ми не рекомендуємо його навіть досвідченому акушерові.

Спосіб цей небезпечний тим, що легко може статися розрив матки, тому що доводиться вживати його на границі „можливого“ і „неможливого“, тобто тоді, коли його зробити вже авіак не можна; доводиться вживати його тоді, коли всі інші способи не дають ефекту, коли немає достатнього простору для повороту; отже досить одного необережного руху, щоб розірвалася матка.

Феноменов категорично проти цього способу і вживати його не рекомендує зовсім.

З перешкод при повороті за Брекстон-Хіксом треба назвати випадки, коли трудно буває розірвати навколоплідний міхур. Якщо руками, під час перейми не вдається розірвати міхур, тоді слід розірвати його або кульовими щипцями або абортцангом під контролем двох пальців у матці.

НАСЛІДКИ ОПЕРАЦІЇ ДЛЯ МАТЕРІ Й ДИТИНИ

Операція повороту не дає великої материнської смертності — за Вітнером — 0,5%. За даними клініки КМІ серед 76 хворих (класичний поворот і витягання дитини) померла одна (від гематоми широкої зв'язки в наслідок розриву матки); пошкодження м'яких родових шляхів матері зазначено в 12 випадках; гарячковий і субфебрильний перебіг післяродового періоду в 25 випадках. Смертність дітей велика — 31 (на 76 дітей); редукована — 18.

ВИТЯГАННЯ ДИТИНИ ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ (EXTRACTIO FOETUS)

Коли дитина передлежить тазовим кінцем, таке положення називається правильним. Роди тоді можуть відбуватися без спеціальної допомоги, без будь-якого стороннього втручання.

Таке твердження по суті можна б де в чому заперечити, хоч в основному воно вірне, і кожний лікар насамперед повинен його пам'ятати.

Передлежання головки і тазового кінця. Порівняльна характеристика. Заперечити можна, що коли передлежить тазовий кінець, прогноз буде гіршим, ніж тоді, коли передлежить головка, гіршим і для матері, і особливо для дитини. Справді, коли передлежить головка, вона, як найбільша частина тіла дитини, поступово, повільно і разом досить інтенсивно розтягає родовий канал жінки; а тулуб, ідучи слідом за головою, досить легко (бо розміри його, порівнюючи з головою, менші) проходить готовою дорогою, і від цього канал жінки, цілком природно, не пошкоджується.

А коли передлежить тазовий кінець, становище змінюється — спочатку іде менша частина; вона далеко слабше і менше розтягає канал; отже, коли доводиться проходити більшій частині — голові, окремі частини каналу, а найчастіше промежина, не витримують натуги і дуже часто рвуться. Крім того, як показує досвід, взагалі доводиться втручатися акушерів далеко частіше при передлежанні тазовим кінцем, ніж тоді, коли передлежить головка, а це звичайно момент для матері негативний. Для дитини прогноз гірший. Небезпека загрожує дитині як спочатку в період відкривання шийки, так і особливо наприкінці в період вигнання плоду.

Період відкриття шийки дуже часто буває довгим, бо перейми бувають слабші і не такі привильні, як при головному передлежанні. Дуже часто води відходять передчасно, і шийка відкривається гірше ніж тоді, коли передлежить головка.

Дуже часто буває ускладнення — може випасти пуповина. Статися це може через те, що при тазовому передлежанні, як тільки розірвався міхур, виливається раптом і вся відразу плодова рідина. Виливаючись, вона легко може винести з собою пуповину з порожнини матки. Отже, коли через канал ітнуть сідниці, а потім головка, різко природно, вона притисне пуповину до твердих кісткових частин тазу і може статися асфіксія плоду. Коли асфіксія триватиме довго, дитина безперечно загине. Крім того, що випаданню пуповини сприяє раптове відходження вод, має велике значення і форма поперекового розрізу тазового кінця дитини — певні заглибини і нерівності. Ідучи через малий таз, сідничний кінець залишає навколо себе певні щілини, куди легко може випасти пуповина.

Дитині загрожує і передчасне відсепарування плаценти. Коли з порожнини матки виходить тулуб, у ній, крім плаценти, залишається тільки головка дитини. Отже іноді буває так, що через раптове скорочення матки починає

відсепаруватись плацента і обмін речовин між дитиною і матір'ю порушується саме тоді, коли головка ще в порожнині матки. Дитині не вистає кисню, вона намагається дихати і звичайно захлинається, стається асфіксія, і знову таки, коли асфіксія триває довго, дитина гине.

Зваживши все це, зваживши ту небезпеку, яка може загрожувати матері, а найбільше дитині, треба сказати, що хоч положення тазовим кінцем і належить до правильних, тобто нормальних, але своїми наслідками граничить з патологією. І кожний лікар таксамо і це друге мусить пам'ятати; він мусить бути „озброєним“, бути напоготові, щоб вчасно допомогти відбутися родам.

Сідничне передлежання трапляється в 3—5%; відповідно до того, як лежать нижні кінцівки, воно поділяється на кілька видів (див. розділ „Механізм родів при сідничному передлежанні“).

Види оперативного втручання. Оперативне втручання при тазовому передлежанні поділяється на кілька моментів, які мають одну спільну назву „витягання плоду“ (*extractio foetus manualis*).

Правда треба сказати, що назва операції може змінюватись залежно від виду сідничного передлежання, напр., коли ми маємо просте сідничне передлежання, назва буде — витягання за сідниці (*extractio foetus clunibus praeviis*); коли передлежать ніжки, тоді операцію називаємо витяганням за ніжки (*extractio foetus pedibus praeviis*) та ін. Далі треба сказати, що і окремі моменти цієї операції дехто з авторів, цілком слушно, виділяють окремо, напр., витягання плоду після того, як народилася нижня частина тулуба, тобто тоді, коли плід уже народився до лопаток, виділяють в окрему операцію „ручної допомоги при сідничному передлежанні“.

Підкреслюючи всю вагу такого виділення — як окремої „одиниці“, ручної допомоги при сідничному передлежанні, ми вважаємо, що описувати її окремо не слід, бо фактично ручна допомога при сідничному передлежанні є не що інше як одна з складових частин, а саме 3 і 4 момент операції витягання плоду за тазовий кінець взагалі.

Переходимо до самої операції витягання плоду. Але перед тим як описувати операцію, треба сказати, що робити її можна тільки тоді, коли до цього є певні показання і умови.

Щодо показань, то тут треба твердо пам'ятати, що лікар тільки тоді повинен втручатися, коли є якась загроза життю або матері або дитини. Коли загрози немає — тільки спокійно спостерігати! Ніякої допомоги, бо передчасна допомога не тільки не допоможе, а навпаки пошкодить.

Показання з боку дитини. Загроза асфіксії і смерті, випадання або притиснення пуповини, передчасне відділення плаценти.

Показання з боку матері. Еклампсія, пороки серця з порушеною компенсацією, пнеумонія, захворювання нирок.

Умови. 1. Перша і головна умова — зовсім відкрита матка. Коли шийка зовсім відкрита або коли вона відкрита принаймні на 4 поперекових пальці, так що пропустить плід, тільки тоді можна приступати до операції. Коли не додержатися цього, то насамперед може розірватися шийка (а через те може статися велика кровотеча) або уста матки затисне шию плоду і витягати головку тоді буде трудно.

2. Друга умова — відповідна пропорціональність між тазом і плодом. Зрозуміло, що, коли розміри плоду менші середніх, наприклад при близнятах, операція може закінчитися з успіхом і при відносно звуженому тазі; отже порушення пропорціональності чи з боку таза (зменшення розмірів таза, кісткові виступи, опухи, які звужують родовий канал), чи з боку матері (гідроторакс, водянка голови та ін.) — все це моменти не сприятливі для операції.

3. Третя умова — досвідчений помічник, який би зміло натискував на матку, допомагаючи операторові витягти дитину. Роль помічника саме в цій операції (і це ми особливо і свідомо підкреслюємо) важлива не менше, як і роль оператора. І часто оператор не зможе вдало і швидко закінчити операцію тільки тому, що немає на матці досвідчених і виправних рук.

Механізм родів при тазовому передлежанні. Перед тим, як описувати операцію витягання плоду за тазовий кінець, треба коротко сказати про механізм родів при тазовому передлежанні взагалі.

Треба пам'ятати, що тазовий кінець дитини, як і головка, встановлюється у вході в таз у косому розмірі; потім у порожнині матки повертається; в результаті цього одна сідниця наближається до лобкового з'єднання, а друга повертається до крижової кістки, тобто тазовий кінець своїм розміром (*distancia intertrochanterica*) стає в прямий розмір виходу. Далі передня сідниця фіксується під лобком, над трохантером, а задня в той самий час звільняється над промежиною, і попередня частина хребта згинається по тазовій осі. Коли народиться задня сідниця — звільняється відразу спід лобка і передня; народившись — сідниці, як і головка, роблять зовнішній поворот.

Тулуб іде в прямому розмірі виходу, потім повертається спинкою наперед, переходячи спочатку в косий, а потім у поперечний розмір, головка в цей час (в стані флексії) вступає у від у поперечному розмірі, потім переходить у косий і наскрізь прорізється в прямому розмірі виходу, народжуючись малим косим розміром. Механізм прорізання відбувається так, що підпотилична ямка фіксується під нижнім кутом симфізу, а в той час над промежиною виконується підборіда, потім лице, лобик, тім'я і потім уже потиличка.

Техніка операції. Операція, як уже сказано, поділяється на кілька моментів. Принаймні більшість авторів нараховує їх чотири:

- I момент — витягання дитини до пупка;
- II — витягання тулуба до нижнього кута лопаток;
- III — звільнення ручок і
- IV — звільнення голочки.

I момент у цій операції — відповідно до того, що саме передлежить — сідниці чи ніжки, — буває неоднаковим, а моменти II, III і IV при всіх видах сідничного передлежання однакові. Отже, на нашу думку, доцільно буде саме I момент описувати окремо, відповідно до окремих видів тазового передлежання.

Оперувати треба на краю стола, давши роділлі сіднично-спинне положення. Оперувати краще без наркозу, тому що тоді роділлі сама, натужуючись, активно може допомагати лікарю.

I момент при неповному сідничному передлежанні. Неповне сідничне передлежання маємо, коли передлежать сідниці, а ніжки зігнуті в кульшовому і розігнуті в колінному суглобі і лежать вповодж тулуба.

Перше і головне завдання оператора ввести палець у пахвину плоду. Для цього, зігнувши вказівний палець або правої, або лівої руки (як буде зручніше), вводять його язду в пахвину плоду.

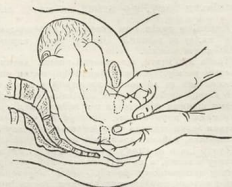
Увівши палець у пахвину плоду, починаєть тракції донизу. Тракції краще робити під час потуг; коли потуг немає, тракції можна робити і без них з певними невеличкими перервами. Треба сказати, що правильне положення пальця має дуже велике значення — палець повинен лежати тільки в пахвині плоду, бо коли він спуститься трохи нижче, при тракції може зламатися стегно — ускладнення надзвичайно прикре.

Іноді надзвичайно трудно буває тягти, особливо тоді, коли сідниці стоять високо і захопити їх пальцем буває трудно; дуже часто палець дерев'яніє і доводиться міняти не тільки палець, а навіть руку, або виїняти палець і перепочити.

Найкраще вводять над промежиною задню сідницю, придержуючи біля лобка передню (відповідно до механізму родів); коли задня сідниця викотилася, виводимо спід лобка і передню. Іноді далеко зручніше буває захопити і вивести передню (мал. 162), а потім задню або обидві разом, закладаючи пальці в обидві паховини плоду — це полегшує операцію (мал. 163).



Мал. 162. Спосіб захоплення передньої сідниці (за Дедерлейном).



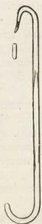
Мал. 163. Захоплення обох сідниць разом (за Дедерлейном).

Коли народяться сідниці, не слід відразу витягати ніжки (бо, виводячи ніжку, легко її зламати), досить буде підвести сідниці трохи вгору, і ніжки народяться самі.

Як народилася ніжка, оператор великі пальці обох рук кладе на сідниці, розміщуючи пальці по обидва боки крижової кістки дитини, а решту пальців розміщує на зовнішній поверхні тазових кісток дитини і в пахвинах (мал. 164).



Мал. 164. Захоплення сідниць руками так, що великі пальці обох рук ідуть уздовж крижової кістки дитини, решта пальців по зовнішній поверхні тазових кісток дитини і в пахвинах (за Буммом).



М а л. 165. Гачок
Смеллі.



М а л. 166. Тупий гачок
для витягання сідниці.



М а л. 167. Як треба вводити
гачок (за Ліпманом).

і тягне тазовий кінець плоду окремими тракціями. Коли дитина народилася до пупка, момент операції закінчується.

Витягаючи дитину, треба пильнувати, щоб тулуб плоду народжувався найкраще в косому розмірі і щоб плід повернувся до симфізу спинкою, бо інакше головка стане в задній вид і тоді витягти плід далеко трудніше.

Знаряддя для витягання сідниці. Як уже сказано, витягати пальцем плід за сідниці трудно і іноді буває нелегко зробити це навіть досвідченому операторові. Справа в тім, що палець швидко втомаюється, перестає працювати якраз тоді, коли потрібна велика сила.

З давніх часів людська думка намагалася замінити палець у цій операції чимсь досконалішим і надійнішим. Запропоновано було гачки; петлі, щипці. Але всі вони не могли цілком замінити пальця, бо кожен з цих інструментів має багато негативних сторін.

Візьмімо гачок. При цій операції вживається гачок Смеллі (Smellie) (мал. 165) або тупий гачок (мал. 166). Насамперед, як ввести гачок? Вести гачок треба так, щоб гострий кінець його ліг у передній пахвинний згин дитини (мал. 167).

Перед тим, як ввести гачок, вводять для контролю 3 або 4 пальці руки і ними орієнтуються в положенні пахвинного згину. Зовнішня рука захоплює гачок і вводить його по згинальній стороні передпліччя і долоні, поки гачок дійде до тазового кінця плоду. Як тільки гачок доходить до переднього пахвинного згину, гачок слід повернути так, щоб кривина його припала на пахвинний згин.

Коли гачок уведено і ми впевнилися, що він лежить у пахвині плоду, тоді так само, як і пальцем, намагаємося вивести ним сідниці. Але ці, здавалося б такі прості і зрозумілі, дії не так легко і просто виконати. Насамперед, щоб правильно накласти гачок, потрібні вправність і вмільсть, бо якраз, накладаючи гачок, можна поранити або навіть порвати геніталії плоду та ін. Крім того інструмент може трохи зміститися (а це легко може статися) і тоді стegno неминуче зламається. Крім пошкодження стегна, опубліковано було випадки вивихів стегна, розривів зв'язок, пошкодження стегових судин, протирання шкіри і мускулатури стегна, крововиливи та ін.



Мал. 168. Спосіб Бунге.
Витягання за сідниці петлею

Все це примусило акушерів визнати, що гачок можна застосувати тільки на мертвому плоді. Намагалися і намагаються замість гачка вживати петлі з м'якої матерії. Для цього звичайний стерильний бинт вводять пальцем або піврукою збоку в передню пахвину плоду і намагаються вивести його між стегнами. Ввівши петлю, тягнуть плід так само як і гачком.

Можна навести спосіб Бунге — бинт вводять так, щоб він ліг на крижі плоду, або обидва кінці його були виведені поміж стегнами (мал. 168). Але марля, скрутившись джгутом, може пошкодити плід як і гачок, може зламатися стегно, можуть бути пошкоджені і м'які частини та ін.

Дехто замість гачка і петлі накладає на сідниці щипці (див. розділ „Акушерські щипці“).

1-й момент при повному ніжковому передлежанні. Ніжкове передлежання — нижні кінцівки, розігнуті як у кульшовому, так і в колінному суглобі, передлежать ніжки. Спочатку оператор вводить руку у вагіну і, захопивши рукою ніжки, виводить їх. Коли ніжки вивели, тоді треба захопити їх уже

двома руками і знову таки при потугах почати тракції донизу. Ніжки не обіждно брати так, щоб великий палець руки лежав на задній поверхні голівки, паралельно їй, а не впоперек, щоб не поламати кістки, голінку слід рештою пальців взяти в кулак.

В міру того, як будуть народжуватися ніжки, треба руки переміщати поступово по нозі дитини знизу вгору. Коли народяться сідниці, тоді руки розміщують так, щоб великі пальці лежали на крижовій кістці дитини, а решта пальців обхоплювала стегно спереду, але так, щоб вказівні пальці лежали на тазових кістках у ділянці передньо-верхньої ості.

Необхідно твердо пам'ятати, що далі на передню стінку живота дитини переміщати руки аніяк не можна, щоб не пошкодити дитину.

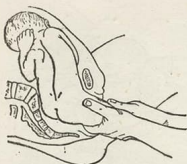
Перемістивши руки на передню стінку живота, тим самим, в процесі роботи, можна мимоволі стиснути внутрішні органи плоду, зокрема печінку — в дитини вона виступає спід реберної дуги.

Тракції, як уже сказано, треба робити донизу відповідно до напрямку осі таза.

1-й момент при передлежанні колінами. При колінному передлежанні 1 момент буде такий: пальці вкладають під коліна і з *rima pudendi* виводять ніжки. Коли ніжки вивели, всі дальші маніпуляції такі самі, як і при повному передлежанні ніжками.

1-й момент при неповному передлежанні ніжками. Нарешті, розгляньмо 1 момент при неповному передлежанні ніжками, тобто коли передлежать не дві, а одна ніжка.

Поклавши, як уже сказано, руку на ніжку, роблять тракції донизу (мал. 169). В міру того, як народжуватиметься ніжка, руку переміщують поступово по нізці вгору. Ніжку тягнуть донизу доти, поки спуститься друга сідниця. Коли друга сідниця спустилася так, що її можна захопити, тоді вказівний палець вводять у пахвину дитині ззаду і зовні і, захопивши пахвину пальцем, тягнуть її вже обома руками — однією за сідницю, другою за ніжку. Коли сідницю захопили, тоді тракції роблять не донизу, а горизонтально і навіть трохи вгору (мал. 170).



Мал. 169. Показавши руки на ніжці, роблять тракції донизу (за Дедеклейном).



Мал. 171. Захопивши сідницю, тракції роблять не донизу, а горизонтально і навіть трохи вгору (за Дедеклейном).

Другої зігнутої ніжки витягати ніколи не слід — вона народиться сама, як тільки вийдуть з гіта pudendi сідниці.

Ми розглянули перший момент при всіх видах сідничного передлежання. Момент цей, як ми сказали, закінчується тим, що дитина народжується до пупка. Дальші моменти цієї операції при всіх видах сідничного передлежання однакові і розглядати їх окремо кожний, відповідно до виду, немає потреби.

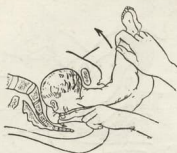
II момент операції. Оператор витягає дитину від пупка до нижнього кута лопаток. Руки, з відомих уже нам причин, лишаються на крижах і на стегні; тракції таксамо донизу. В цьому моменті треба звернути особливу увагу на пуповину — в якому вона стані. Пуповина може бути або дуже натягнутою, або може лежати між ніжками плоду, тобто плід „сидить верхи“ на пуповині. І те, і друге заважає операції. Отже, коли пуповина натягнута і послабити її не можна, необхідно швидше закінчити операцію або перерізати пуповину між двома затискачами. Коли плід „сидить верхи“ на пуповині, петлю пуповини слід перекинути через одну або другу ніжку і закінчити операцію.

III момент операції. Цей момент — звільнення ручок — надзвичайно відповідальний, бо невміле або невчасне виведення ручок може затримати операцію; а це спричинює асфіксію, а потім і смерть дитини. Необхідно твердо пам'ятати, що ручки слід звільняти тільки тоді, коли народився нижній кут лопаток.

Техніка операції. Одну і другу ручку звільняють спід промежини, а не спід симфізу („Механізм родів“). Отже голою рукою або рукою з стерильною салфеткою беруть ніжки плоду і піднімають за них тулуб дитини; ніжки відводять в сторону: при I позиції в праву, при другій — в ліву. Далі по спині вводять два пальці у вагіну, намагають плічку; ідучи по плічку (мал. 171) доходять до ліктя; натискуючи двома пальцями на ліктьовий згин, виводять ручку з вагіни так, що спочатку народжується лікоть, а далі передпліччя і п'ясть. В цей час долоня сповзає по лицьо зверху вниз, ніби „вмиває“ його.

Коли народилася перша ручка, обережно беруть обома руками грудну клітку і тулуб дитини (але не живіт!), повертають його на 180°, щоб ручка, яка під симфізом, повернулася до крижової кістки (мал. 172). Другу ручку звільняють так само як і першу, ніжки передають в другу руку, відводячи їх угору і в протилежний бік.

Буває, правда, що друга ручка, як тільки народилася перша, народжується сама.



Ма л. 171. Вводять по спині два пальці у вагіну, щоб звільнити ручки (за Дедерлейном).



Ма л. 172. Повертають тулуб на 180° для того, щоб повернути верхню руку від симфізу до крижової кістки (за Дедерлейном).

До речі буде нагадати тут спосіб А. Мюллера (Artur Müller). Мюллер дсдержується того погляду, що ручки не треба звільняти — вони можуть народитися самі. Для цього він робить сильні тракції за тазовий кінець плоду і, одночасно піднімаючи дитину вгору і спускаючи вниз, цими рухами намагається витягти його (ма л. 173). Витягаючи за тулуб, він підводить переднє плічко під симфіз, і тоді передня ручка або народжується сама, або її легко звільнити; далі, різко піднімаючи тулуб угору, Мюллер цим самим підводить заднє плічко до виходу з малого таза (ма л. 174) і задня ручка або народжується сама, або її легко уже звільнити (ма л. 175).

Як відзначає проф. Гентер, спосіб цей заслуговує уваги тоді, коли плід не великий, а родові шляхи широкі; коли ж цього немає, тоді не слід гаяти часу, а треба звільнити ручки дитини рукою оператора.

III момент на цьому закінчується.



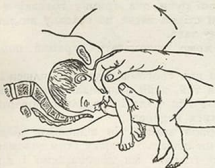
Ма л. 173. Спосіб Мюллера. Тягнуть донизу тулуб плоду доти, поки спід лобка покажеться переднє плічко (за Ліпманом).



Ма л. 174. Спосіб Мюллера. Піднімають тулуб плоду доти, поки над промежиною покажеться заднє плічко (за Ліпманом).



Ма л. 175. Спосіб Мюллера. Витягання задньої руки (за Ліпманом).



Мал. 176. Французький спосіб звільнення головки (Морісо-Левре, Ляшпель) (за Дедерлейном).



Мал. 177. Празький спосіб звільнення головки (за Ліпманом).

IV момент операції.—Звільнення головки. Способів звільнення головки багато (понад 20); скажемо про найбільш поширені, бо решта має тільки історичне значення.

Всі ці способи базуються на одному основному принципі — вивести головку найменшим розміром (в стані флексії); і основного цього принципу необхідно суворо додержуватися.

Спосіб Смеллі. Одну руку, найчастіше ліву, вводять у вагіну над промежиною і, поклавши тулуб дитини на передпліччя цієї руки, вказівний і середній пальці руки кладуть дитині на обидві fossa canina по обидва боки носа. 2 пальці другої руки вводять у вагіну під симфіз і намагаються пальцями дійти до потилиці плоду.

Нижньою рукою, натискуючи на fossa canina, намагаються тягти головку донизу у стані флексії, а пальцями верхньої руки натискують на потиличку, ззаду допомагаючи флексії; тракції роблять — відповідно до провідної осі таза — спочатку донизу, а потім підімають тулуб дитини майже під прямим кутом вгору, намагаючись вивести головку з родових шляхів.

Спосіб Смеллі-Фейта (Veit). Спосіб відрізняється від попереднього тим, що пальці верхньої руки кладуть по обидва боки шиї, на дужках, а пальці нижньої руки так само, як і в попередньому способі Смеллі, на fossa canina; плід тягне верхня рука, пальці якої лежать на дужках.

Французький спосіб (Морісо-Левре-Ляшпель). Цей спосіб від способу Смеллі-Фейта відрізняється тим, що пальці нижньої руки кладуть не на fossa canina, а в рот дитині, тиснуть на нижню щелепу і тим самим згинають головку. Пальці верхньої руки, як і в способі Смеллі-Фейта, кладуть на дужки — вилами* на шиї (мал. 176).

Празький спосіб (Kiwisch). Середній і вказівний пальці однієї руки кладуть на дужки дитини по обидва боки шиї. Головку тягнуть донизу і, коли вже вона на виході, другою рукою захоплюють ніжки дитини, щоб, раптом піднявши їх на животі матері, вивести головку (мал. 177).

Спосіб Віганда. Нарешті, спосіб Віганда (Wigand) або Віганд-Мартін-Вінкеля вживається здебільшого тоді, коли головка стоїть над входом у таз, так що прямий розмір головки припадає на поперечний розмір входу в таз.

Спосіб полягає в тому, що ліву руку оператор вводить у вагіну, а далі вказівний і середній пальці цієї руки вкладає в рот дитині, як і при способі Ляшпеля, намагаючись зігнути головку дитини. Згинанню головки допомагає права рука, яка через червні стінки тисне збоку на потилицю дитини.

Коли флексія головки сталася, праву руку перекладають з потилиці на тім'я дитини; з'єднаними зусиллями лівої руки, яка тримає головку в стані флексії, і правої руки, яка кризь червні стінки тисне на головку дитини, намагаються знизити головку в порожнину таза.

Замість правої руки операторові може допомагати окремий помічник (мал. 178).

Оцінка кожного способу. Кожний з цих способів має свої плюси і свої мінуси. Найкращим з них треба вважати той, який відповідає таким вимогам: 1) допомагати головці правильно вставлятися в таз і правильно повертатися в ньому, 2) допомагати головці просуватися наперед.

Візьмімо перший спосіб Смедлі. Першій вимозі він відповідає цілком — пальцями, покладеними на fossa canina, ми згинаємо головку і тим допомагаємо їй вставитися в таз. Таксамо згинанню головки ми допомагаємо і другою рукою, натискаючи пальцями на потилицю. Але чи відповідає цей спосіб другій вимозі? Ні, тому що просовуватися голівці він зовсім не допомагає; отже краще вжити його тільки тоді, коли дитина проходить легко і особливих зусиль прикладати не доводиться, щоб вивести її з родових шляхів матері.

Багато кращі способи Фейта і французькі. Тут насамперед ми допомагаємо головці згинатися. Згинаючи головку пальцями, або покладеними на fossa canina, або введеними в рот дитині, ми допомагаємо їй ще і просуватися наперед, бо через пальці, покладені на дужки, можемо прикласти значну силу, щоб вивести головку.

Щодо праязького способу, то він відповідає тільки другій вимозі і абсолютно не відповідає першій. При ньому іноді бувають глибокі розриви промежини, а в дитини переломи хребта в шийній частині.

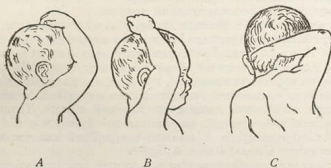
Спосіб Віганда слід вживати тоді, коли головка стоїть над входом у таз



Мал. 178. Спосіб Віганда (правильно зроблений) (за Ліпманом).



Мал. 179. Спосіб Віганда (неправильно зроблений) (за Ліпманом).



Ма н. 180. Трьє степені закинення ручок. А. В. С.

Треба пам'ятати, що гарні наслідки дає цей спосіб тоді, коли головка у вході в таз буде проходити своїм прямим розміром через поперечний (а не прямий) розмір таза, тобто, коли лице плоду буде звернене в той або інший бік таза (мал. 178, 179).

Накладання щипців на головку. Слід відзначити, що є ще спосіб виведення головки щипцями (див. розділ „Акушерські щипці“).

Закінчуючи про операцію витягання за тазовий кінець, треба спинитися на двох моментах, а саме — на ролі помічника в цій операції, на т. зв. ручній допомозі при тазовому передлежанні.

Роль помічника при операції витягання дитини. Насамперед треба підкреслити, що вже з початком II моменту і весь час до кінця операції необхідно стежити за тим, щоб дно матки не відставало від головки дитини, тобто щоб співвідношення між головкою і дном матки не змінювалися. Для цього потрібен досвідчений помічник, який би неодмінно весь час, починаючи з II моменту, тиснув крізь стінку живота на дно матки (способом Крістеллера).

Про це необхідно завжди пам'ятати, бо інакше може статися цілий ряд ускладнень, а саме: підборіддя може відійти від грудної клітки, ручки можуть закинутися на головку та ін.

Роль помічника в даному разі відповідальна не менше і не менше важлива як і роль оператора.

Ручна допомога при тазовому передлежанні. Це не що інше, як III і IV моменти описаної операції. Виділяють її окремо тільки через те, що вдаватися до неї доводиться далеко частіше, ніж до операції витягання всього плоду. Ми хотіли тут спинитися не на її техніці (ми вже її описали), а тільки на тому, коли саме треба вдатися до цієї допомоги. Основне правило при тазовому передлежанні — ніколи не треба поспішати допомогати дитині, якщо немає до цього відповідних показань (асфіксія плоду, кровотеча та ін.).

Проф. Гентер каже, що основне правило для періоду вигнання плоду при сідничному передлежанні — ждати, без серйозних показань не витягати плоду, не тягти його за тазовий кінець, дати йому народитися до лопаток, і тільки тоді, як після народження пуповини, дитина не народиться, швидко вдатися до ручної допомоги, тобто звільнити ручки і вивести головку.

Нерідко буває, що після народження пупкового кільця, коли в матці залишається головка (і то в нижній її частині), на деякий час припиняються потуги. Відсутність потуг може спричинитися до асфіксії плоду, тому що в цей час на пуповину тисне або головка, або вульварне кільце; коли потуги немає більше 10 хв., плід від асфіксії може загинути. Тут саме і треба

вдатися до ручної допомоги, щоб не минуло 5—10 хв. після народження пупкового кільця до повного народження дитини.

Великою помилкою треба вважати думку, ніби в кожному випадку тазового передлежання треба витягати дитину. Не витягати, а треба, щоб лікар готовий був її вийняти. Треба пам'ятати, що витягати плід ранише, ніж народиться нижній кут лопаток (звичайно, коли немає для цього будь-яких серйозних показань), ніколи не слід, бо це загрожує дитині великою небезпекою, закиненням ручок; виправити його іноді дуже трудно.

Труднощі при витяганні дитини за тазовий кінець. Труднощі можуть бути в кожному моменті операції, але найчастіше бувають в III і IV моменті.

1-й момент. Труднощі в 1 моменті операції ми вже частково розглянули, описуючи гачок Смеллі і спосіб Бунге.

Вони можуть залежати від захворювань дитини (наприклад, опухи крижової кістки, асцит) і усунути їх можна лише правильним діагнозом; опух треба видалити, а при асциті зробити парацентез.

2-й момент. У 2 моменті операції звичайно не буває труднощів.

3-й момент. Виводити ручки треба вчасно, тобто тоді, коли з'явиться нижній кут лопаток. Якщо звільнити їх ранише, то часто дуже й дуже трудно буває дійти до них пальцем, а коли почати пізніше, то головка може вступити в маалий таз, і тоді рухомість ручок буде мала.

Часто може статися так, що ручка „закинута“ вгору. Під терміном „закинення ручок“ розуміють таке положення ручок, коли вони не лежать, як звичайно, на грудях плоду, а простяглися вгору або перед лицем плоду, або по обидва боки голови, або на потилиці. Отже відповідно до цього деякі автори і розрізняють три степені „закинення“ ручок: 1) ручки простяглися вгору перед лицем; 2) ручки простяглися вгору по обидва боки голови і 3) ручки лежать на потилиці. Найтрудніше звільнити ту ручку, що лежить на потилиці (мал. 180).

Більшість авторів сходяться на тому, що коли маємо перший і другий степінь „закинення ручок“, тоді треба ввести у вагіну не два пальці, а півруки, чотирма пальцями по спинці і плічку дійти до ліктя і, захопивши ручку над ліктем, виводити її, спускаючи по лицю і грудях. Можна також дістати ручку, ідучи не по спині, а по животу плоду, так само дійти до ліктя і, поклавши пальці над ліктем, вивести ручку по лицю і грудях.

Якщо маємо третій степінь „закинення ручок“, то доводиться повернути плід з одного косоного розміру в другий, а тоді повернути його в попередній косий і добре відтягти ніжки в протилежний бік.

Тут до речі буде згадати спосіб Преображенського. Вживають його тоді, коли ручки простягнуті вгору і лежать по обидва боки голови, отже нижні кути лопаток різко розведені.

Оператор, натиснувши на відведені нижні кути лопаток і зміщуючи їх в бік хребта, тим самим знижує верхній кут лопаток. Через те знижуються і мускули, які притягають плічку, — отже і плечова кістка і лікоть; і тоді легко вже вивести ручки, як описано при другому степені.

Коли одну ручку вивели, треба повернути плід, як уже сказано, на 180°, щоб і другу ручку вивести над промежиною, а не спід симфізу.

4-й момент. Іноді головка буває розігнута. Тоді доводиться її зігнути або способом Смеллі, або способом Фейта — і тоді тільки починати виведення.

Може трапитися, що головка, вступивши в порожнину таза, підборіддям стане не до крижової кістки, як це найчастіше буває, а в бік або до симфізу. Тоді лікар мусить поставити головку в таке положення, при якому роти могли б відбутися найлегше. Отже знову таки, ввівши в вагіну пальці руки і поклавши їх на головку дитині тим чи іншим способом, лікар намагається повернути головку, щоб підборіддям дитина повернулася до крижової кістки.

Коли зробити це трудно, тоді треба повернути голову двома руками; для цього однією рукою тиснуть на лице (на щоки), а другою, з протилежного боку, на потилицю — і повергають голову.

Треба ще спинитися на тих випадках, коли підборіддя звернене до симфізу, тобто коли маємо не передній, а задній вид.

Головку, в крайньому разі можна вивести і в задньому виді, але зробити це трудніше; тому оператор повинен в кожному моменті операції робити так, щоб головка йшла в передньому виді. Коли це не вдається, тоді доводиться або зігнути голову і в такому положенні витягти її, або, коли зробити це не можна, швидко підняти тулуб угору, і тоді головка зможе народитися, але спочатку народиться потилиця, потім череп, а далі вже лице. Коли голову ніяк не можна зігнути, тоді треба виводити її не зігнутою, а розігнутою. Для цього двома пальцями тиснуть на підборіддя, знизу вгору, посилюючи розгинання, і разом пальцями другої руки захоплюють плід ззаду за плічко і піднімають його вгору.

З інших труднощів слід спинитися і на тих випадках, коли і вмілий навіть оператор не може витягти голову, коли витягання головки всіма наведеними способами і щипцями не дає позитивних наслідків.

У кожному такому випадку необхідно добре і швидко зорієнтуватися і тільки тоді приступити до того чи іншого способу допомоги.

Коли нормальній головці народитися не дає звужений таз або плоский, або загально звужений, або коли взагалі виявляється диспропорція між головою і тазом, тоді нічого не лишається більше, як перфорувати голову, щоб зменшити її розміри. Необхідно пам'ятати, що плід, коли операція триває довго, здебільшого буває мертвим.

Коли при нормальному тазі не може народитися патологічно збільшена головка (водянка головки, мал. 181), тоді допомогти народитися їй можна, лише проколовши голову (мал. 182).

Якщо народитися головці перешкоджає спазматичне скорочення устя матки (часто трапляється тільки тоді, коли починають операцію при неповному відкритті матки), тоді треба або швидко радіусами надрізати шийку, або зсунути



Мал. 181. Водянка головки. Головка не може народитися через таз нормальних розмірів (за Ліпманом).



Мал. 182. Прокол головки при водянці її для зменшення розмірів головки (за Ліпманом).

уста матки через потилицю вгору, одночасно пройшовши пальцями в рот, і зігнути головку. При спробі форсовано витягати головку шийка часто розривається, стається велика кровотеча, а плід гине, якщо операція триває довго.

Іноді може статися при операції на мацерованому плоді, а на живому лише при грубих технічних помилках, що головка відривається, залишається в порожнині матки і дістати її буває дуже трудно. Щоб витягти головку, необхідно пальці внутрішньої руки ввести в рот і міцно захопити за нижню щелепу, потім, натискуючи на головку зовнішньою рукою, внутрішньою тягти її донизу.

Якщо витягти головку не вдається, треба, взявши за кісткові частини на місці відриву кістковими щипцями, перфоровати її і витягти краніокластом або кістковими щипцями.

Іноді не можуть народитися головки при близнятах, коли вони разом сходять у таза.

У таких випадках, коли перший плід мертвий, а другий живий, проф. О. Крупський рекомендує зробити декапітацію, накласти на шкіру шийки в місці декапітації головки 2—3 товстих довгих шовкових шва і відштовхнути головку в порожнину матки. Ці шви прикривають гострі кістки, як можуть поранити матку, а крім того, витягаючи за них, легко можна вивести головку, як народилася перша дитина.

Витягання щипцями за сідниці—див. розділ «Щипці».

ПОШКОДЖЕННЯ МАТЕРІ Й ДИТИНИ

Треба спинитися ще на тому, які можуть бути пошкодження матері й дитини при цій операції.

Щодо пошкоджень матері, то вони виявляються в пораненнях родового каналу, тому що через нього виймаємо плід. Насамперед може статися розрив шийки. Розрив цей може дійти не тільки до бічних склепін і приматкової клітковини, а навіть до маткової артерії.

Зрозуміло, що таке поранення шийки може статися тоді, коли почали операцію при не зовсім відкритій шийці, або від грубих і невмілих маніпуляцій.

Часто дуже трапляються далі розриви промежини, бо часто доводиться вводити руку у вагіну, звільняючи ручки дитини або її головку; крім того при тазовому передлежанні головка ззагалі швидко проходить через rima pudendi, не досить розтягнуту, попередньою частиною — сідницями.

За даними клініки КМІ, пошкодження м'яких родових шляхів у матері було в 24,6% (на 158 випадків операції). У післяродовому періоді було 16,4% гарячкових і субфебрильних захворювань; материнська смертність — 0%.

Щодо пошкоджень дитини, то насамперед можуть зламатися нижні кінцівки. Буває це тоді, коли оператор, витягаючи, повергає ніжку, або тоді, коли оператор неправильно бере ніжку за суглоб або, витягаючи сідниці, тисне пальцями або петлею, а особливо тупим гачком не на пахвину, а на стегнову кістку; трапляються також і вихиви стегна.

Можуть статися і кровозливи в підшкірну клітковину між мускулами, коли тиснути занадто на тканини.

Слід згадати про переломи передпліччя (трапляються рідко), про переломи дужки від сильного тиску на дужки при звільненні головки.

Переломи плечової кістки трапляються тоді, коли лікар, не дійшовши до дікта, починає виводити плічко, або коли оператор захоплює плічко циркулярно. Як наслідок операції буває відділення діафізу від епіфізу (Кюстерн).

Пошкодження внутрішніх органів (розрив печінки, пошкодження кишок) бувають тоді, коли оператор забуває одне правило: захопивши сідниці, не переводити руки на живіт дитини; іноді може статись і параліч від притискування стовбурів нервів, напр. параліч верхньої кінцівки — Ербівський параліч від тиску на нерви плечового сплетіння.

Французький спосіб звільнення головки в руках недосвідченого оператора, який прикладає грубу силу, може спричинитися до перелому нижньої щелепи, а також до пошкодження язика.

Бувають також пошкодження хребта, особливо в нижній його частині, де можуть розійтись хребці (празький спосіб).

Можуть бути пошкодження або поверхневі (поранення шкіри, мускулів, крововиливи), або глибокі (переломи) кісток черепа, особливо потиличної кістки, розриви венозних синусів, розриви внутрішніх судин, пошкодження довгастого мозку (крововиливи в спинно-мозкові оболонки). Часто трапляється це при виразній диспропорції між розмірами головки і таза, при непереможному бажанні оператора, не зважаючи на всі перешкоди, витягти дитину.

Деякі з цих пошкоджень (пошкодження спинного мозку, значний внутрішньо-черепний крововилив) можуть закінчитись смертю плоду.

Промонторіум так само може лишити знак (втиснутися) натім'яній кістці дитини.

І нарешті через невмілі і неправильні маніпуляції може відірватися головка від тулуба живої дитини.

За даними клініки КМІ, загальна смертність дітей при цій операції 16,4% (на 158 дітей), редукована — 10,7%.

Отже після операції витягання плоду за тазовий кінець треба уважно оглянути дитину, щоб виявити пошкодження, яке відразу не дуже помітне і вчасно взятися до лікування. Неуважний огляд дитини веде до непоправних наслідків, які позначаються іноді на дитині ціле її життя.

Щоб запобігти багатьом з цих ускладнень, необхідно звертати якнайбільшу увагу на всі показання і умови операції і пунктуально виконувати кожний її момент.

БИНТ ВЕРБОВА

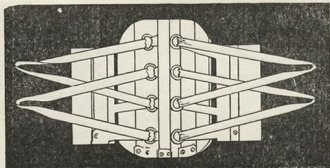
Після багатьох спостережень Вербов прийшов до висновку, що, давши опору матці, ми можемо спричинити гарне скорочення циркулярних мускулів матки, які відіграють основну роль в періоді вигнання плоду. Для цього він запропонував сконструйований ним бинт для черевних стінок.

Показання: 1) вторинна слабкість потуг; 2) розтягнення фасцій і атрофія мускулів черевної стінки, напр. при звислому животі.

Протипоказання (за Вербовим): 1) пороки серця, захворювання нирок; 2) загроза розриву матки; 3) невідповідне співвідношення між розмірами таза й дитини; 4) відсутність скорочення мускулів матки; 5) *venter pro-pendens, uterus deformatus*, коли матка розвивається під час вагітності неправильно і звернена дном наперед до пупка, а не вгору, не до мечевидного паростка.

Умови: 1) Передня частина у вході в таз; 2) дитина жива.

Опис бинта. Бинт складається з двох частин, з'єднаних тасьмами і кільцями (мал. 183). Одна частина — плоский щит для покривання всієї передньої поверхні матки. Щит зроблено з м'якої матерії з стальними планшетами. Середня планшетка не згинається. На її боках пороблено кільця, а крізь них протягнуто тасьми. Тасьми відходять від півпояса, що лежить на спині і на боках роділлі, і знову до нього повертаються. Бинт зроблено з такої матерії, яку можна випрати. Бинт накладають так, щоб щит неодмінно лежав на передній поверхні матки; якщо матка відхилена, треба відповідно накласти і щит, а півпояс лежить на спині. Петлі тасьм беруть у руки два помічники — вони стоять або сидять біля роділлі по обидва боки — і натягають тасьми при потугах. Коли ця процедура роділлі неприємна, треба пе-



Мал. 183. — Бинт Вербова.

реждати 2—3 потуги і тоді, при новій потузі, легко вже натягати тасьми. Як скінчилася потуга, тасьми відпускають. Недодержання цього може порушити родову діяльність. Головку виводять, не натягаючи тасьми, але бинт не знімають. Коли прорізуються плічка, треба знову витягти бинт; як народився тулуб, бинт знімають.

За даними автора, перевага бинта полягає: 1) в зменшенні болів; 2) у профілактиці розриву промежини; 3) у профілактиці розтягнення черевних стінок; 4) у прискоренні родів; 5) у профілактиці асфіксії дитини.

Замість бинта Вербова в клініці КМІ беруть звичайну простиню, складену вчетверо, кладуть її на живіт роділлі, кінці заводять під спину, кладуть один на один навхрест і виводять; два помічники при потузі тягнуть за кінці. Простиня, накладена на живіт, є опорою для матки і черевного пресу. Бинт Вербова або спрощену його модифікацію ми рекомендуємо як дуже корисну.

ВИТИСНЕННЯ ПЛОДУ ЗА КРИСТЕЛЛЕРОМ

Натискуючи рукою на дно матки в кінці II періоду родів, до певної міри компенсуємо недостатню роботу червоного преса.

Показання з боку матері: 1) слабкість в кінці II періоду родів; 2) довготривалість II періоду; 3) коливання серцебиття дитини.

Противопоказання: 1) Неправильні співвідношення між розмірами таза й дитини; 2) передлежна частина високо; 3) велика чутливість роділі. При таких умовах спосіб Кристеллера нераціональний, тому що можна травмувати стінку матки і відділити плаценту.

Умови: 1) Жива дитина; 2) повне відкриття матки; передлежна частина вже у виході з таза і натискує на промежину; 4) правильні співвідношення між розмірами таза і передлежної частини плоду.

Техніка. Акушер стає з лівого боку роділі, кладе обидві руки на живіт так, щоб великі пальці лежали на передній поверхні матки, щоб кінці решти пальців звернені були до тазового входу, а долоні обох рук лежали на дні і на боках матки. Коли матка відкинена в бік, треба її поставити так, щоб поздовжня вісь матки була паралельна осі тазового входу. Діждавшись скорочення матки, натискають на дно її 20—30 сек. спочатку помалу, а потім все дуже і під кінець знову легше, імітуючи криву фізіологічної родової діяльності. Натискуючи, рекомендують роділі напружуватися; як скінчилася потуга, треба зробити перерву на 1—3 хв. Після того натискають знову. Натискувати можна 10—15 раз.

Коли ефекту немає, треба перейти до іншої операції (щипці або витягання дитини за сідниці). При значній резистентності промежини, в інтресах дитини, можна прискорити народження, зробивши ще перинеотомію.

Оцінка. Багато авторів вважають, що спосіб Кристеллера дуже грубий. Дурлакер (Durlacher) спостерігав порушення нормального відділення плаценти.

Феноменов вважає цей спосіб лише допоміжним, напр. при щипцях або витяганні дитини за сідниці.

В клініці КМІ вдаємося до цього способу в момент прор'язування передлежної частини, коли є показання до закінчення родів; але треба пунктуально додержуватися зазначених вище умов для операції і не забувати, що спосіб цей ні в якій мірі не може конкурувати ані з щипцями, ані з ручним витяганням дитини за сідниці.

СПОСОБИ МЮЛЛЕРА, ГОФМЕЙЕРА, ГЕНКЕЛЬ-ВАСТЕНА

Для більш точного визначення співвідношення між головкою дитини і тазом запропоновано кілька способів. Назвемо з них:

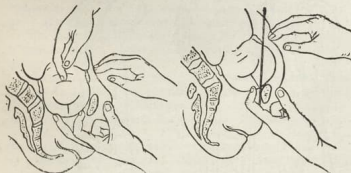
Спосіб Мюллера. Акушер стає з лівого боку від вагітної або роділлі лицем до її ніг; два або один палець лівої руки вводить у вагіну, а долонею і всіма пальцями правої руки намагається втиснути головку в таз (можна доручити це асистентові — мал. 184, 185); з того, як знижується головка, роблять висновок про співвідношення між розмірами таза й дитини.

Гентер радить у роділь з вузьким тазом при дослідженні на початку родів, коли головка не вставилась в таз, застосовувати спосіб Мюллера з одночасним контролем per rectum для з'ясування співвідношення між розмірами таза й головою дитини.

Спосіб Гофмейера. Гофмейер запропонував трохи інший спосіб: акушер стоїть з лівого боку від роділлі (вагітної), спиной до її лица і, захопивши головку двома руками через нижній сегмент матки так, що чотири пальці з одного боку на потилиці, а з другого на підборідді, пробує втиснути головку в таз (мал. 186).

Робити це треба під наркозом і дуже обережно. Коли головка не знижується, повторюють спосіб Гофмейера при Вальхеровому положенні роділлі.

Спосіб Генкель-Вастена. Пальці кладуть на симфіз і пересовують їх угору; коли є різка невідповідність між розмірами таза й дитини, пальці ідуть круто вгору; при незначній невідповідності передня поверхня симфізу і головка стоять в одній площині; коли немає невідповідності між тазом і головою дитини, пальці з передньої поверхні симфізу спускаються донизу.



Мал. 184, 185. Спосіб Мюллера мал. 184 — правильне співвідношення між розмірами таза й дитини; мал. 185 — значна невідповідність між розмірами таза й дитини.



Мал. 186. Спосіб Гофмейера (за Гаммершлягом).

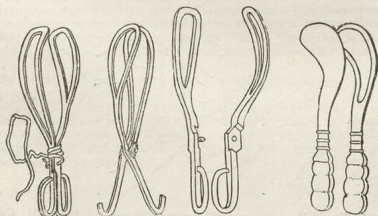
Щипці (*forceps*, *le forceps Zange*) — інструмент для витягання дитини за голівку *resp.* сідниці через природні родові шляхи. Призначення щипців — замінити родову діяльність (погуги); аніяк не можна вважати щипці таким інструментом, яким можна форсувати неправильне співвідношення між розмірами таза й дитини.

Щипці (маа. 187) винайшов Петер Чемберлен (*Peter Chamberlen*) в 17 ст. Ц-й винахід переходив у спадок у родині Чемберленів від покоління до покоління як великий секрет, як об'єкт збагачення і експлуатації. Честь публікації інструмента належить Пальфіну (*Paifun*), хірургу в Гента; в 1723 році він запропонував інструмент (маа. 188), треба сказати дуже недосконалий, як порівняти з щипцями Чемберлена. Після Пальфіна акушери почали розвивати і вдосконалювати його ідею. Майже кожний відомий акушер пропонував свою модифікацію і тепер ми маємо різних щипців більше 300.

Інструмент цей називають „залізними руками“ (*manus ferreae Palfinianaе, le tire-tête*); термін „щипці“ (*forceps anglicana*) ввів Філіпп Бюмер (*Philipp Böhmer*, у 1747 році). В кол. Росії ще на початку 19 ст. вживався термін „родовспомогательные клещи“.

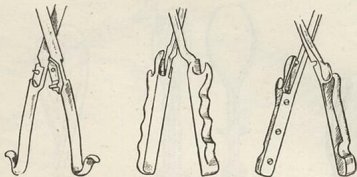
БУДОВА І МОДЕЛІ ЩИПЦІВ

Щипці складаються з таких частин: двох половинок, які називаються „ложками“; на кожній з них розрізняють ще саму ложку, замок і ручку. Відрізняють ліву і праву ложку; ліва ложка та, яку вводять у ліву половину таза;



Ма а. 187. Щипці Чемберлена.

Ма а. 188. Щипці Пальфіна.



Мал. 189, 191, 191. Замки щипці: французьких (189), англійських (190), німецьких (191).

закликаючи або розмикаючи щипці, беруть її лівою рукою; вона має замок („клямку“); праву ложку вводять у праву половину таза правою рукою. Ложка щипців має т. зв. „вікно“ (щоб інструмент був легшим). Край цього вікна називають „ребрами“ (верхнім і нижнім), верхню частину — „вершком“ (арех). Обидві половини щипців сполучені „замком“; замки бувають трьох видів: англійські, французькі і німецькі (мал. 189, 190, 191).

В англійському замку на лівій ложці є пластинка зверху, а на правій така сама пластинка зісподу. Замкнуті щипці легко, і можлива хоч й невелика рухомість однієї ложки відносно другої. У французькому замку ложки сполучені міцно і рухатися не можуть. Так, у щипцях Тарньє (Tarnier) ліва ложка має штифтик з гвинтовою нарізкою; на правій ложці у відповідному місці зроблено отвір і в нього заходить штифтик. Гвинтом ложки міцно притиснуті одна до однієї. Крім того в щипцях Тарньє ручки подвійно скріплені ще другим гвинтом, який лежить трохи ближче до кінця ручок.

Німецький замок відрізняється від двох попередніх: ложки щипців сполучені міцно, але простіше ніж у французькій моделі. В модифікації Брюнінгаузена (Bruninghausen) на лівій ложці є штифтик з головкою (або пластинка Буша); на правій ложці — відповідна вирізка і в неї входить штифтик лівої ложки. На мал. 191 подано замок щипців Буша.

Ручки щипців, як і весь інструмент, металічні, всередині порожні. На зовнішньому боці є кілька вирізок (для пальців), а біля замка (в німецьких щипцях) невеликі бокові гачки Буша — це полегшує тракцію.

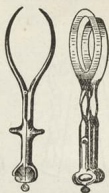
Всі моделі щипців (їх більше 300) можна поділити на три групи: 1) щипці з паралельними ложками, 2) щипці з перехресними ложками (дивергуючі) і 3) щипці конвергуючі.

До першої групи щипців належить модель, яку запропонував Пальфін, щипці Лазаревича (мал. 192), Фьодорова (мал. 193) й Боряковського (мал. 194). До групи щипців з перехресними ложками належить переважна більшість запропонованих моделей: англійські — Сімпсона (Simpson) (мал. 195), німецькі — Негеле (Naegele) (мал. 196), французькі — Левре (Levret) (мал. 197), Тарньє (мал. 198). Крім цих двох груп в останній час у Франції запропоновано нову модель Демелена (мал. 199), збудовану за принципом конвергенції ложок (докладніше про ці щипці далі).

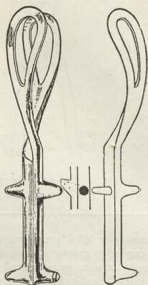
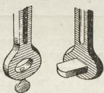
У кожных щипців ложки мають вгнутість, т. зв. „головну кривину“, щоб щільніше обняти головку. Відповідно до цього, від ложки до ложки (трохи менше великого поперечного діаметра головки) — 8 см. Від верхка однієї



Мал. 192. Щипці
Лазаревича.



Мал. 193. Щипці Фьодорова-Лазаревича.



Мал. 194. Щипці Боряковського.



Мал. 195. Щипці
Сімсона.

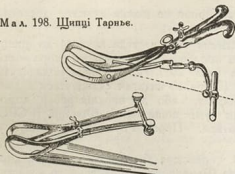


Мал. 196.
Щипці Негеле.

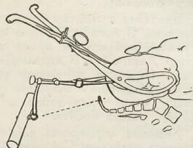


Мал. 197.
Щипці Левре.

Мал. 198. Щипці Тарньє.



Мал. 199. Щипці Демелена.



Мал. 200. — Щипці Тарньє в дії.

ложки до вершка другої — 2 см. Звідси ясно, що накладати щипці на занадто малу головку недоношеної дитини недоцільно. Щипці, які мають лише головну кривину, називають „прямими“. Такі були щипці Пальфіна і щипці Лазаревича, Фьодорова, Боряковського. Левре для вдосконалення запропонував нову модель з „тазовою“ кривиною. Ця кривина виникла в зв'язку з тим, що, накладаючи щипці на головку в порожнині і у вході в таз, акушери побачили, що прямі щипці незручні, треба дати їм напрям поступового ходу головки відповідно до провідної осі таза. Тазову кривину маємо в переважній більшості теперішніх щипців. Крім кривини для головки і таза деякі моделі мають ще кривину для промежини (Тарньє, Кілланд — Kielland), а в щипцях Демелена є ще четверта кривина (донизу) на самому вже кінці ручок.

Зрозуміло, що різні моделі щипців відбивають погляди авторів на головні принципи користування інструментом. Невелика (35 см. завдовжки), легка англійська модель Симпсона говорить за те, що англійці користуються щипцями переважно тоді, коли головка стоїть уже у виході з таза. Французькі щипці (Левре, Тарньє) дуже довгі (39—42 см) і мають міцний замок; тут потрібні щільно приладнані ложки; ця модель відбиває ту думку французьких акушерів, що щипцями можна користуватись і тоді, коли головка стоїть ще у вході в таз. („високі“). Німецька модель — середня між англійською і французькою.

Користуючись т. зв. „високими“ щипцями, французи почали працювати над тим, щоб найкраще пристосувати тракції до механізму нормальних родів. В 1877 році Тарньє запропонував особливий пристрій т. зв. „витягач“ (tracteur), що сполучений був з ложками щипців Левре (мал. 198). Основна ідея — дати головці в її поступовому русі в тазовому каналі такий напрям, який буває при нормальних родах. Автор гадає, що, користуючись витягачем, ми цілком відтворюємо нормальний механізм родів, а, витягаючи за ручки щипців, цей механізм порушуємо (мал. 200). В моделі Тарньє цей пристрій фіксовано до нижнього ребра ложок.

Ми цілком згодні з проф. Н. Феноменовим, коли він каже, що продовження ложок (для осевих тракцій) не можуть показувати напрям, як треба вести тракції; положення ложок в кожну дану хвилину показує лише те, яким напрямом пройшла вже головка, а не те, як піде вона в дальших, нижчих відділах родового каналу.

Мал. 201.
Щипці Брейса.

Огже введення тракційного апарата Тарньє не можна визнати достатньо обгрунтованим.

Виходячи з тієї самої ідеї, Брейс (Breus) пристосував витягач до щипців Сімпсона. В його інструменті витягач є продовженням верхнього ребра ложок, а тракції роблять за ручки витягача (мал. 201). Полотьобнов модифікував щипці Лазаревича. В моделі Демелена (Demelin) витягач складається з двох віжок; їх можна прив'язати або до нижніх, або до верхніх ребер ложок. Ці моделі щипців з осьовими тракціями дуже поширені у Франції. В СРСР щипці Тарньє тепер майже не вживаються. Проф. Груздев рекомендує, як зручну, модель Брейса.

Київська акушерська клініка, як і переважна більшість акушерів, користується моделями: Сімпсона, Лазаревича, Фьодорова, Боряковського, а в останній час ще і Кілланда.

ПРИЗНАЧЕННЯ ЩИПЦІВ

В різні періоди розвитку цього інструмента щипцям надавали таку роль: 1) посилення родової діяльності, 2) стиснення головки, 3) захоплення її, 4) витягання головки (тракції).

Роль щипців як інструмента, що посилює родову діяльність, зовсім незначна, коли взяти до уваги, що в більшості випадків цю операцію роблять під загальним наркозом.

Думку, що щипцями мають стискувати головку, висловив Штейн (Stein) старший. Базувався він на тому, що іноді ручки щипців на початку операції розходяться, а в кінці її щільно підходять одна до одної, але тут було тяжке своїми наслідками непорозуміння: ручки наближалися тому, що при тракції положення ложок на головці змінювалося на краще, на правильніше. Схопивши щипцями головку, стискають її, бо інакше вони спорснули б; але ці стискування є негативним ефектом щипців. Стиск не тільки не слід збільшувати, а скільки можна — зменшувати. Як побачимо далі, збільшений тиск на головку загрожує тяжкими пошкодженнями дитини (переломи кісток черепа, крововиливи, пошкодження нервів). Тому, користуючись моделлю Сімпсона, ми завжди між ручки кладемо рушник (див. далі).

Щипці збудовано так, що їх ложки повинні щільно прилягати до поверхні головки. Таке прилягання може бути тільки тоді, коли щипці своєю головною кривиною припадає оть на велику вісь головки; велика вісь головки є менто-окципітальний розмір. Огже щипці добре охоплюють головку лише тоді, коли ложки лежать в біпаріетальному розмірі головки, а поздовжня вісь ложок припадає на менто-окципітальний розмір. Крім цього класичного охоплення головки в біпаріетальному розмірі дозволяються ще: а) передньо-заднє і б) навскісне захоплення. При першому — одну ложку кладуть на лице, другу — на потилицю дитини; тут можливі тяжкі пошкодження (очі). Крім того при неповній флексії головки накладати щипці щільно тут неможливо. Огже ми категорично рекомендуємо так не накладати щипці. При навскісному накладанні одна ложка лягає на передньо-бокову поверхню лоба, друга (на processus mastoideus) за вухо. Як побачимо далі, таке захоплення не цілком надійне і безпечне, але іноді дозволяють його.

ТРАКЦІЇ

Основне призначення щипців — це витягати ними дитину через природні родові шляхи. Роблять це з допомогою т. зв. тракцій. Який же повинен бути характер і напрям тракцій? Тракції повинні відбивати природну родову

діяльність, тобто замінити собою потуги. Але в оперативному акушерстві вживаються три види тракцій: 1) хитальні, 2) колові, 3) нерухомі.

При хитальних тракціях тягнуть не тільки в одному напрямі, але дозволяють рухи праворуч і ліворуч або вниз і вгору. Такі рухи абсолютно не відповідають нормальному механізму родів і мають у собі досить велику небезпеку пошкодження, а тому їх не можемо рекомендувати.

Колові тракції таксамо не являються подібними до фізіологічних, а тому треба рішуче від них відмовитися. Термін „нерухомі тракції“ не точний і неправильний: ці тракції роблять в одному напрямі під час кожної окремої тракції. Тільки їх слід і робити; тривалість кожної тракції відповідає тривалості потуги—40—60 сек. Сила тракції повинна поступово збільшуватись і, дійшовши до вищого ступеня, знову зменшуватись.

Порожнина таза — циліндр не є прямий, а циліндр неправильної вгнутої форми, при чому передня стінка коротша задньої. Отже щипці не можуть дати цілком ідеального напрямку тракції. Крім форми тазової порожнини, цьому перешкоджає і резистентність тазового дна. Напрямок тракції до певної міри може відповідати напрямові родового каналу. У верхній частині таза напрям руху головки (при горизонтальному положенні роділлі) трохі донизу; тут і тракції щипців слід вести в напрямі донизу — т. зв. тракції в I позиції. Знизившись у порожнину таза, головка підходить під симфіз і тоді рухається до певної міри горизонтально. Відповідно до цього в цей момент треба робити тракції в горизонтальному напрямі — т. зв. тракції в II позиції. Обминаючи симфіз, головка починає екстенцію, і в цей момент треба робити тракції вгору — т. зв. тракції в III позиції.

ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАЦІЇ ЩИПЦІВ

Показання до операції щипців можна поділити на дві великі групи: показання з боку матері і показання з боку плоду.

Показання з боку матері визначити легко, а саме: всі захворювання роділлі, які вимагають швидко закінчити роди при відповідних умовах, є показаннями до акушерських щипців. Але точно перелічити всі ці захворювання трудно і погляди акушерів тут розходяться. Від погляду певної акушерської школи залежить більший чи менший процент використання щипців.

Уже в давніх авторів можна знайти величезні коливання цього процента. Напр. в Осіандера (Oslander) (1792—1822) одна операція щипців припадає на кожних 2,5 родів, у Девіса (Davis) одні щипці — на 1217 родів. За даними клініки КМІ процент щипців за останніх 10 років був усього 0,9; за Малиновським — 2,7, за Гаммерштагом — 6,7. Отже і раніше, і тепер цей процент в різних установах дуже неоднаковий; залежить це від того чи іншого погляду на показання до операції.

Слабкість родової діяльності (первинна або вторинна) дуже часто фігурує серед показань до закінчення родів щипцями (якщо є умови). Різні акушери неоднаково визначають час після відкриття матки і тривалість потуг, коли слід вдатися до операції. Напр. за Феніменовим, слід закінчити роди щипцями, якщо головка через 3—4 години після повного відкриття шийки стоїть у порожнині таза і не народилася ще природними силами. Малиновський визначає, що цей час у приміпар 6—8 год., а в мультіпар — 3 год. Але треба сказати, що така схематизація недопустима, коли взяти до уваги, що кожна операція має в собі певну небезпеку пошкодження.

Тривалість II періоду родів не може цілком розв'язати питання про необхідність оперативного їх закінчення. Показаннями до операції необхідно вважати звичайно ті ускладнення — як з боку матері, так і з боку дитини — які можуть статися в зв'язку з довготривалістю родів. Такими ускладненнями з боку матері будуть: стиснення м'яких тканин, сечового міхура і крива-

виста сеча, стиснення країв устя і загроза некротизації, явища тимпаніту матки, надмірне розтягання нижнього сегмента і загроза розриву матки; з боку дитини — загроза асфіксії. Ці саме дані можуть бути показанням до операційного закінчення родів, і, при відповідних умовах, зокрема — до операції щипців.

Первинна або вторинна слабкість родових потуг найчастіше фігурує як причина в тих випадках, коли роди закінчували щипцями. Слід спинитися на цій причині. Розглядаючи матеріал нашої клініки з 215 випадків щипців за 30 років, констатуємо: а) більша частина родів припадає на т. зв. „старих“ приміпар, більше 27 років. На всіх 215 випадків 112 раз (52,1%) вжиті були щипці через слабкість потуг у приміпар; серед них було 52 „старих“, тобто 46,4%, б) на жаль, за попередній час в історіях родів зовсім немає графі „соцстан і прая“; тільки за останній час акушери науково-ясно усвідомили, яку велику роль відіграють ці фактори в справі акушерської профлактики. Безперечно на ці фактори акушери звертали увагу і раї ше, але увага ця не конкретизувалася в ясно оформлених думках, які були б ствержені певним статистичним матеріалом. Всім акушерам добре відомо, що жінки фізичної праці, а особливо селянки або робітниця народжують дітей далеко легше, ніж жінки не фізичної праці. Ми звертаємо увагу на те, як легко відбувається родовий акт у наслідок гарного розвитку матки і мускулів черевного пресу роди як (еластичний процес). Отже фізична праця є одним з найсприятливіших факторів, щоб застеретти себе від слабості потуг при родах (resp. застеретти себе в багатьох випадках від операції щипців). В цьому саме вбачаємо ми одно з сильних підтвержень пролетарської настанови, що праця є джерело здоров'я для людини. Треба так організувати жіночу працю, щоб, по можливості уникнувши у виробничих процесах шкідливостей, справді зробити її джерелом здоров'я для організму жінки.

Серед 215 операцій щипців у Факультетській акушерсько-гінекологічній клініці КМІ в жінок: 1) фізичної праці щипці вжито було 102 рази, з них 38 раз через слабкість потуг = 37,2%; 2) у хатніх господарок усього 66 раз, з них 38 раз через слабкість потуг = 42,4%; 3) у жінок інших професій 39 раз, з них 22 рази через слабкість потуг = 66,4% (Про фізкультуру як профлактику слабості потуг див. далі).

Серед інших факторів, які спричинюються до слабості потуг (особливо вторинної) назвемо звужений таз — він найчастіше трапляється нам у формі загально-рівномірно-звуженого або рахітично плоского.

Правильне фізичне виховання дитини-дівчинки, правильне привчання її до посильної фізичної праці в дитячих колективах, у піонерзагонах, а далі в школах ФЗУ та ін. дасть наслідки в формі правильно розвинутого організму з пружними мускулами, „здорові нерви і міцні мускули, допоможуть під час родового процесу. Велику допоміжну роль відіграють регулярна, систематична фізкультура і спорт, які до певної міри повинні замінити фізичну працю.

Отже радянська система фізичного виховання дівчинки (як і хлопчика) є правильний профілактичний захід, між іншим і проти малосилних родових потуг, а заразом є захід і проти операції щипців. Тут ми маємо пряму протилежність буржуазному вихованню дівчинки; буржуазна дівчинка, яка виховується віжним створінням, за це дорого платиться при родах.

Найкращі роки для перших родів 18—25. Старшу жінку, яка родить уперше, вважаємо „старою“ і чим вона „старіша“, тим роди трудніші. Особливо ясно спостерігаємо ми це тоді, коли комбінується — фактично буває це часто — не молодий вік з т. зв. „інтелектуальною“ працею. Канцелярська

або розумою працю в комбінації з ригідністю мускулів, з утратою молодого сили і еластичності тканин і з іншими факторами спричинюється до слабості потуг і в наслідок цього до операції щипці.

Пряма протилежність умовам праці і загального ладу капіталістичних країн є радянська охорона материнства і дитинства з великою планомірною сіткою установ: консультації, безплатна стаціонарна рододопомога, соціальна, до родів і після родів, ясла на підприємствах, в житлокоопсах, дитсадки, майданчики, школи-санаторії та ін. Нагадаємо і всі пільги вагітній матері як на виробництві, так і в колгоспі і на кожній службі. Вся сукупність пільг державної допомоги під час вагітності, родів, а також і виховання дитини дає можливість радянській жінці бути активісткою, відмінницею на посаді і в громадсько-професійному житті, а разом з тим не уникати довгий час виконання своїх біологічних обов'язків.

Спинимося ще на попередніх інфекційних захворюваннях матері, які при родах іноді дають первинну або вторинну слабкість потуг. На першому місці ми повинні поставити захворювання після абортів, родів, гонорейні захворювання та інші інфекції матки. Статистичні матеріали показують, що підпільний аборт (один з наслідків капіталістичних суперечностей) дає дуже високий процент захворювань (28% за Поллером — Poller, до 50% за Бумом); не кажемо вже про смертність.

Ліквідація безробіття знищила в нас проституцію — основне джерело венеризму. Піднесення санітарно-культурного рівня розвитку нашого жіноцтва в умовах диспансеризації трудящого населення, робота консультацій при загасах, планова робота всіх диспансерів і веніститутів безперечно знищить захворювання на гонорею, а разом і наслідки її при родах.

Неправильні співвідношення між розмірами таза й дитини. Слід рішуче підкреслити, що щипці не можна вживати до того моменту, поки головка не пройде звужену частину таза. Показання до щипців при звуженому тазі можуть виникнути вже після проходження головки через вузьке місце таза, коли виникне небезпека для дитини (коливання серцебиття) або матері (раптове захворювання та ін.). Тільки в умовах Радянського суспільства може буйно розвиватись профілактична медицина. Профілактика рахіту, правильне дитяче харчування, правильно поставлене виховання дитинства і зокрема дівчинки — майбутньої матері, правильна організація дитячої праці, широко розгорнута практика фізкультури, починаючи з раннього дитинства, таксамо і під час вагітності, багато інших профілактичних факторів кінцею-кінцем не дадуть розвиватись неправильному жіночому тазу.

Середні цифри на мільйонах вимірних новонароджених дівчаток показують, що (нормальні) доношені діти всі народжуються з нормальним тазом. Як рахітично-плоский, так і рівномірно загально-звужений таз у спадок не переходять, а розвиваються в наслідок побутових умов росту і виховання дівчинки. В тому і річ, що мати-інфантілічка не родить неодмінно інфантільну дитину, а звичайно (при відповідних умовах) виношує добре розвинену (нормальну) дитину з нормальною розвиненою головою, кістковою системою (і тазом), і саме такій дитині трудно народитися через звужений таз матері. Саме тут часто причина вторинної слабості родової діяльності. Перепозначений підвищеною родовою діяльністю, щоб прогнати нормальну дитину через звужений таз, мускул матки знесилюється, втомлюється, слабше працює після попередньої сильної роботи і дає показання до закінчення родів щипцями. Отже, діставши в спадок при народженні нормальний таз, дівчинка в періоді росту і виховання в невідповідних умовах побуту і оточення, підпадає під вплив таких факторів, які змінюють її організм, і через те неправильно дозріває і формується нижче кісткове кільце.

Підвищення температури в роділлі. Підвищення температури в роділлі (*febris intra partum*) дуже часто є показанням до накладання щипців при певних умовах. Справді, коли в наслідок тривалих родів, раннього відходження вод стаються явища інфекції, які характеризуються підвищенням температури і гнійними виділеннями з родового каналу, перше, що необхідно зробити, це — звільнити родовий канал, щоб припинити дальшу інтоксикацію організму матері. До останніх років такого погляду держалася переважна більшість акушерів. Але новіші дані (Селіцький, Закс — Sachs, Вільох — Wieloch) показують цілком протилежне: тривалість підвищеної температури під час родів не має таких негативних наслідків, як пошкодження родових шляхів після поспішної в таких випадках операції щипців. За даними Селіцького-Просопупова процент більш тяжких ускладнень після родів з *febris intra partum*, проведених консервативно — 6, після оперативних родів — 44,5. Відповідні дані, за Заксом — 5,5 і 15,5%, за Вільохом — 2,8%. Отже зрозуміло, що більшість акушерів і клініка КМІ приходять до висновку, що підвищення температури під час родів само по собі не може бути показанням до негайного закінчення їх.

Далі, цікаві дуже дані Закса, який поділяє операції на більш і менш небезпечні; до перших він відносить комбінований поворот, трудні щипці, ручне відділення плаценти. При операціях цієї другої групи у жінок з *febris intra partum* процент більш тяжких захворювань після родів — 23,6; після „безпечніших“ операцій — 12,5. Отже при *febris intra partum* слід вживати лише т. зв. вихідні щипці.

Тяжкі захворювання матері, які примушують швидше закінчити роди або зовсім не дозволяють спонтанного перебігу II періоду родів, теж є показанням до щипців при відповідних умовах.

Серед цих захворювань найважливішими треба вважати захворювання серцево-судинного апарату, дихальних шляхів і нирок.

Захворювання серця. Захворювання серця, зокрема пороки його, не завжди вимагають оперативного втручання при родах. Показання до операції маємо тоді, як з'являються симптоми декомпенсації серцевої діяльності. Але необхідно пам'ятати, що небезпека для життя і здоров'я такої жінки далеко ще не минула після народження дитини.

Захворювання дихальних шляхів. Захворювання на пневмонію або на туберкульоз у тяжкій формі примушують акушера прискорити роди і накладати, при відповідних умовах, щипці.

Захворювання нирок і токсікози вагітності. Захворювання нирок є показанням до оперативного втручання під час родів тоді, коли є явища гіпертензії або уремічності. З токсікозів вагітності найбільше значення має еклампсія. Природа цього захворювання нам точно ще невідома, але багатий клінічний досвід стверджує, що народження дитини позитивно впливає на еклампсію. Отже ми маємо, що випадок еклампсії є різким показанням до негайного закінчення родів (щипці, якщо є умови). Клініка показує, що вважати еклампсію раптовим захворюванням — помилка; захворювання це має характерний симптомокомплекс передвісників, відомих нам під назвою „еклампсизм“. Треба вважати, що показання до операції виникають відразу після того як виявляється симптомокомплекс еклампсизму, і не ждати випадку судомог. В цьому випадку операція (часто щипці) буде, до певної міри, профілактично цілком раціональною.

Кровотечі. Серед показань до операції щипців звичайно фігурують ще кровотечі. Кровотечі з зовнішніх геніталій, вагіни і шийки матки (варикозні вузли) не можуть бути показанням до щипців. Передежка плаценти спричинює кровотечі або під час вагітності, або в I періоді родів; отже умов до щипців тоді ще немає, а в II періоді родів плаценту притискує головка — кро-

вотеча звичайно припиняється, отже необхідності в щипцях уже немає. Передчасне виділення плаценти може спричинити таку тяжку картину (внутрішньої кровотечі), яка примушує негайно закінчити роди, тобто при відповідних умовах накладати щипці. В симптомомокомплексі цього захворювання (*separatio placenta praematura*) на першому місці явища внутрішньої кровотечі (колапе, частий і малого наповнення пульс, різка блідість); зовнішньої кровотечі або зовсім немає (зокрема в II періоді родів), або вона невелика. Тут зрозуміло негайна операція (при необхідності — щипці) може врятувати хвору.

Гострі інфекційні захворювання матері. Треба сказати ще про такі гострі інфекційні захворювання матері, які високою або низькою температурою, інтоксикацією та ін. зумовлюють такий тяжкий стан роділлі, що примушувати її робити потуги, ще більше обтяжати серце було б неправильно. З таких захворювань назвемо плямистий і черевний тиф, холеру та ін. Як тільки є можливість, треба прискорити роди щипцями.

Трудно навіть перерахувати всі ті захворювання матері, які вимагають негайного оперативного втручання. Необхідно лише пам'ятати загальне правило: ніколи не шкодити і, перше ніж накладати щипці, добре зважити, що небезпечніше — оперативне втручання чи погіршення стану від загострення основного захворювання.

Показання з боку дитини. Показання з боку дитини до накладання щипців коротко можемо сформулювати так: загроза асфіксії. Щоб констатувати загрозу асфіксії утробної дитини, маємо кілька ознак. Перша і найголовніша — коливання серцебиття в дитини. Звичайно число ударів серця в дитини — 120—140 раз за 1 хв., а при загоді асфіксії починається прискорення до 160—180 за 1 хв., а далі йде різке зниження частоти ударів до 100—90—80 за 1 хв. Поряд з коливанням серцебиття відзначають глухі серцеві тони і перебої (докладніше див. у розділі „Загальні показання і умови до акушерських операцій“).

Друга ознака, яка свідчить про загрозу життю дитини, відходження меконію. Ця ознака немає вже такого патогномонічного значення.

Автори зазначають, що для діагнозу можливої асфіксії, крім коливання серцебиття в дитини і відходження меконію, має ще значення занадто велика активна рухливість плоду — судорожні рухи дитини. Ознака ця трапляється рідко, і тому надавати їй значення не доводиться, але пам'ятати про неї треба.

У певній частині випадків маємо разом показання до операції і з боку дитини і з боку матері.

УМОВИ

Умови операції: 1) точна діагностика стану матері і дитини; 2) головка стоїть у виході з таза, сагітальний шов у прямому і розмірі виходу (*Zangen-gerecht* німецьких авторів); 3) повне відкриття шийки матки і підготовленість м'яких родових шляхів; 4) відсутність навколорідного міхура; 5) правильна співвідношення між розмірами таза й дитини; 6) жива доношена дитина.

Перша умова. Оператор повинен докладно вивчити загальний стан роділлі і плоду, мати цілком точні дані про перебіг родового процесу. Необхідно, не поспішаючи, зробити внутрішнє дослідження через вагіну, щоб виявити ступінь підготовленості м'яких родових шляхів, відкриття шийки матки, стан навколорідного міхура, поворот і конфігурацію головки, будову кістяка таза — без цих попередніх даних не може бути операції.

Друга умова. Внутрішнім дослідженням треба встановити, що головка сто-

¹ Ця умова потрібна лише для так зв. типових або вихідних щипців.

Іть у прямому розмірі виходу з таза, мале тім'ячко під симфізом, великого не можна дістати. Умова ця найголовніша—коли вона є, операція можлива. З розділу про механізм родів ми знаємо, що повна ротація головки відбувається в II періоді родів, тобто після повного відкриття шийки матки. Повна ротація головки неможлива (крім рідкої форми таза, айкоподібної), коли співвідношення між розмірами таза й дитини неправильні. Отже ця умова включає в собі і інші.

Третя умова. Без повного відкриття шийки не можна приступити до операції щипців; порушення цього правила загрожує тяжкими ускладненнями, а саме — розривом шийки матки, великою кровотечею. Необхідно, щоб шийка матки зовсім згладилася, а краї зовнішнього устя, коли вони ще промацуються, були не менш як на чотири поперечних пальця. Велику помилку роблять ті, хто накладає щипці при неповному відкритті шийки, сподіваючись податливості тканин. Коли необхідно стає негайно накласти щипці і устя матки не зовсім ще відкрите, треба надрізами розширити його, щоб заступити тяжким пошкодженням — розривам.

Четверта умова. Накладати щипці можна лише після того, як розірвався міхур, бо, вигягаючи щипцями головку в оболонках, можемо передчасно відділити плаценту і тим спричинити кровотечу і смерть дитини. Отже перед операцією треба перевірити чи розірвався навколоплідний міхур, а коли він ще цілий, то розірвати.

П'ята умова. Правильне співвідношення між розмірами таза й дитини має кардинальне значення. Ми свідомо не беремо термін: „нормальні розміри таза“, який читаємо в підручниках. Проходження головки через таз ми розглядаємо в його динаміці. Перед нами проходить родовий процес у даному жіночому організмі з наявністю другого в ньому, дитячого, організму в утробі. Неточність наших акушерських знань і способів вимірювати таз і головку утробної дитини при родах виявляється дуже часто. „Книжні“ розміри таза й дитячої головки ми вважаємо лише середнім арифметичним числом, а далеко не прогнозом родів. Ясно, що в родах приміряються один до одного два об'єкти — з одного боку головка дитини, а з другого — кістковий скісний таз матері. Але базуватися на самих лише голих цифрах розміру було б механістично і цілком неправильно. Необхідно брати до уваги і міцність кісток головки, ширину черепних швів, здатність головки до конфігурації, а з другого боку — фізичний розвиток роділлі, мускульну силу перейм і потуг, загальний стан здоров'я; далі — нахилення таза і ще багато нам відомих, а іноді невідомих ще факторів. Інакше кажучи, необхідно уважно спостерігати самий механізм родів і тільки на підставі цього робити прогноз їх при даному тазі, при даній головці. Навіть при т. зв. „нормальному“ тазі (книжні розміри) головка перенесеної дитини з твердими кістками, вузькими швами, без здатності до конфігурації, може не пройти. Поруч з цим акушери спостерігають проходження дитини в $2\frac{1}{2}$ —3 кг і через звужений таз.

Ми розуміємо так, що немає в живому родовому процесі абстрактного вузького таза. Є тільки даний таз для даної головки. Може ця головка через нього пройти, — тоді цей таз для цієї головки буде достатній, а для головки в других, третіх, четвертих родах цей самий таз може виявитися дійсно недостатнім, вузьким. І тому ми не говоримо про абстрактно вузький таз, а говоримо про нормальні співвідношення між цим тазом і даною головою.

Цим ми значно поширюємо зміст терміну „вузький таз“ подібно до того, як Ед. Мартін (Ed. Martin) розрізняє „звужений“ і „вузький“ таз.

„Звужений таз“ — поняття теоретичне; воно означає таз, звужений в своїх розмірах порівняно з нормальними середніми розмірами. „Вузький таз“ — поняття практичне; воно означає наявність невідповідності між родовим

каналом і об'єктом родів — дитиною. Бумове, суто механістичне, розуміння вузького таза ми відкидаємо. Зважаючи на ці моменти, ми ще раз рішуче підкреслюємо, що щипці є інструмент для того, щоб витягти дитину, щоб замінити недостатню на даний момент родову діяльність, але в жодному разі не для того, щоб форсовано протягати дану головку через вузький для неї таз. Таке форсування звичайно має прикрі наслідки: 1) для матері — розриви м'яких частин, фістули, навіть розходження симфізу і articulo sacro-іііаса; 2) для дитини часто смерть від надмірного стиснення головки, від переломів кісток черепа і крововиливів у мозок або в його оболонки.

Якщо трудність родів навіть при даному нормальному тазі залежить від побільшених розмірів дитини (череп головки) — напр. гідроцефалія, то не може бути й мови про щипці, бо вони не можуть захопити таку головку і протягти її через таз. Отже попередня думка, що щипці існують для випадків звуження таза, абсолютно неправильна і занадто небезпечна. Правда, іноді доводиться вдаватися до цієї операції у випадках звуженого таза (напр. плоского), але тільки тоді, коли головка своїм великим сегментом уже пройшла вузьке місце таза. Отже, в цих випадках накладають щипці не через те, що таз вузький, а через ті ускладнення, які виникають під час ходу родів — ослаблення родової діяльності і знесення роділілі надмірними тяжкими муками, щоб протовхнути головку через вузьке місце.

Шоста умова. Недоцільно накладати щипці, коли дитина мертва, бо мертву дитину можна взяти з далеко меншою травмою організму матері resp. родових її шляхів. На мертвій дитині краще зробити краніотомію. А коли є сумнів, чи дитина жива (глухе серцебиття, тахікардія в матері), все таки слід зробити операцію щипців. Як уже сказано було на початку цього розділу, щипці збудовані так, що простір між ложками їх (головна кривина) повинна відповідати поперечному середньому розмірові головки доношеної дитини. Коли дитина недоношена або коли головка дуже мала, то щільно приладнати ложки неможливо, і в таких випадках не слід накладати щипці.

Всі названі умови обов'язкові для операції типових щипців. Але, як побачимо далі, в цілому ряді випадків доводиться тут поступатися, розширювати межі вживання щипців. Отже ці акушерські умови умовні.

Операція накладання щипців (Applicatio forcipis)

Оточення. Операцію акушерських щипців незручно робити на ліжку, навіть поперечному. Слід мати в родильній кімнаті операційний стіл з опорними частинами (за Губарьовим, Оттом). Під голову роділілі кладуть подушку, а тримати ноги доручають персоналові. Роділілю кладуть спиною на стіл, зігнувши ноги в колінах і пригнувши їх до живота так, щоб сідниці трохи звисали за край стола. Таке положення зручне тим, що при ньому збільшуються прямі розміри порожнини і виходу з таза (Duncan-Laboric). Коли накладають т. зв. «високі» щипці на головку, яка ще не пройшла великим своїм обводом входу в таз, тоді в момент витягання її щипцями доцільно буває (зокрема у випадках плоского таза) вжити положення за Вальхером; це положення необхідне тільки на момент проходження головки через вхід у таз, тому що при ньому розміри порожнини і виходу з таза зменшуються; отже, коли головка знизилася, роділілю переводять знову в положення з притягнутими до живота колінами.

Підготовка роділілі до операції щипців. Роділілю підготовляють до операції. Збривають все волосся на зовнішніх геніталіях, старанно обмивають стерильним розчином зеленого мила (1 : 10). Клініка КМІ з успіхом замінила йод 1%-ним спиртним або водним розчином Brillantgrün (спиртний не

має більшого антисептичного впливу, ніж водний, а тільки швидше висихає). Brillantgrün'ом мастьєть зовнішні геніталії, а особливо regio analis. Перед операцією щипців, як і перед кожною акушерською операцією, необхідно завжди зробити катетеризацію м'яким гумовим катетером. Катетеризація при значному зниженні головки може бути трудною; тоді радять ввійти рукою у вагіну і відштовхнути, скільки можна, головку вгору; але знижену головку не так легко відштовхнути, а тому ми застосовуємо такий спосіб: вводимо в вагіну 2 і 3 пальці правої руки (долоня донизу) і підходимо ними під симфіз спереду від головки (Крупський). Urethra повинна прийтись якраз у рівчачок між двома пальцями. Тримуючи так пальці, лівою рукою легко ввести м'який еластичний катетер.

Клініка наша не дезинфікує вагіну перед операцією. Після дезинфекції зовнішніх геніталій треба відокремити стерильними салфетками поле операції, прикривши anus. На ноги надягають стерильні панчохи, а зовнішні геніталії покривають простиною з розрізом посередині (як для череворозтину). Лігатурою або клемами треба фіксувати простиню ще до сідниць і відокремити regio analis.

Внутрішнє дослідження. Його неодмінно треба зробити ще раз перед самою операцією.

Наркоз. Краще робити операцію під наркозом і, тільки як виняток (надтє тяжкий стан роділля, негайна операція), можна зробити операцію щипців і без наркозу.

Для наркозу раніше майже виключно ми вживали хлороформ. Тепер клініка КМІ, як і переважна більшість інших клінік, відмовляється від хлороформу і частіше вживає ефір.

На початку операції, поки ще вводять і замикають ложки щипців, краще добитись глибокого наркозу. Під час тракції досить і поверхового наркозу, тому що тоді операцію полегшує родова діяльність. Наприкінці операції, коли треба вивести з гіпа pudendi головку, — щоб запобігти розривам від швидкого народження головки, — краще знов добитись глибокого наркозу. В той момент, коли підготовляють роділля (знімають волосся, миють, анестезують), оператор, надягнувши гумовий фартух, миє собі руки до ліктя (методи див. на початку підручника). Наготувавши руки, оператор надягає стерильний халат.

Інструменти. Для операції потрібні такі інструменти: щипці (модель Сімпсона, Лазаревича або Кіллаанда), 2 затискачі для пуповини, ножиці для пуповини, ножиці для промежини (зігнуті по ребру Ріхтера — Richter), 3 пари кульових щипців, 6 затискачів Пеана, шматочки марлі і вати, голкотримач, 4—6 голок для промежини крутих, великих і середніх, кетгут або шовк, скабкки Мішеля.

Для дитини на випадок асфіксії необхідно приготувати: еластичний катетер № 17—18 з гумовим балоном, сухі, теплі пелюшки, дитячу ванну і достатню кількість холодної і гарячої води, шприц з голками, ol. camphoratum 10—20 % in ampul. à 1,0; sol. adrenalini 1,0:1000,0 in ampul. à 1,0, подушку з CO₂.

Техніка операції. Техніку операції ми розглянемо при різних положеннях головки (у виході, в порожнині, у вході в таз), при різному напрямі сагітального шва (прямому, косому, поперечному), при різних стадіях флексії і дефлексії головки (потилично-передній і задній вид, тїм'яне, лобне, лицеве). Розглянемо і накладання щипців на наступну головку і на сідницю.

Наводимо таблицю, яка показує частоту вживаних у клініці КМІ вихідних, порожнинних і високих щипців і різних їх моделей.

Техніка операції при передньому виді передлежної потилички. Щипці, як ми вже не раз говорили, повинні замінити відносно або абсолютно

215 випадків операції накладання щипців
(з 1900 р. до 1 червня 1931 р.)

Рід операції \ Модель інструмента	Сімсона	Фьодорова	Боряковського	Кілаанда
Вихідні	97	12	14	11
Порожнинні	41	7	4	23
Високі	3	2	—	1
Разом	141	21	18	35

недостатню на даний момент родову діяльність і витягти дитину природними родовими шляхами. Отже в момент такої необхідності головка може стояти у виході, в порожнині, або у вході в таз. Ми вже сказали, які умови потрібні для т. зв. типових щипців. Всі ці умови маємо тільки тоді, коли головка вже у виході з таза, тобто лише операція вихідних щипців є операцією типовою. Діагностику такого положення головки ставимо на даних дослідження через вагіну (головка при потугах натискує на тазове дно і випинає промежину або навіть показується в *rima pudendi*). Дослідження через вагіну показує, що дійти до *spina ischii* і *foramina sacralia* двох останніх крижових хребців, не можна. Коли дані внутрішнього дослідження показують, що не можна дістати *spina ischii* і *foramina sacralia*, але головка ще не випинає промежину, то говоримо, що головка стоїть у порожнині таза. Розрізняють це положення головки малим і великим сегментом у вході в таз. При першому положенні можна кризь черевну стінку промацати великий сегмент головки над входом у таз, а досліджуючи через вагіну, промацуємо *lin. innominata* і *promontorium*.

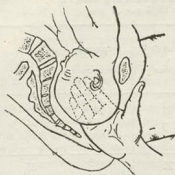
Коли головка стоїть великим сегментом у вході в таз, то не можна дістати *promontorium*, трудно дійти до *spina ischii*, а також і до *foramina* двох останніх крижових хребців. Такі щипці, які накладають на головку у вході, або в порожнині таза, називають атиповими або високими (порожнинними щипцями).

Навність великого родового опуху може симулювати низьке положення головки, а помилока діагностика приведе до тяжких наслідків, бо умов даної операції ще не буде. Отже необхідно передбачати таку можливість і неодмінно уважно дослідити.

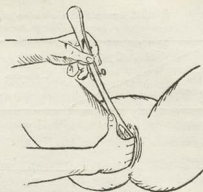
ОПЕРАЦІЯ ТИПОВИХ ЩИПЦІВ (APPLICATIO FORCIPIS)

Головка у виході з таза, сагітальний шов у прямому його розмірі, мале тім'ячко спереду під симфізом, велике не досягається. Після дезинфекції рук, зовнішніх геніталій, катетеризації роділі і наркозу, оператор сідає на стілець між ногами роділі. Операція складається з 4 х моментів: 1) введення ложок, 2) замикання їх і пробної тракції, 3) тракції, 4) знімання ложок.

Введення ложок. І момент. Першою вводять ліву ложку (коли вживають щипці з тазовою кривиною, напр. Сімсона). Ліва ложка щипців — та, яка має замок; її беруть лівою рукою і вводять у ліву половину таза. Оператор розводить малі губи лівою рукою і вводить у вагіну чотири пальці правої (це називається „пів акушерської руки“) так, щоб ці пальці лягли між лівою стінкою вагіни і головою дитини (мал. 202). Коли краї устя ще є, треба ввести руку між краєм устя і головою. Можна вводити лише два пальці.



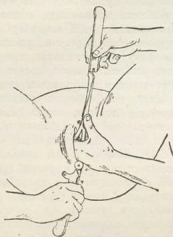
Мал. 202. Введення у вагіну правої руки (за Дедерлейном).



Мал. 203. Введення першої (лівої) ложки щипців (за Дедерлейном).

Але доцільно це тоді, коли гіма pudendi дуже вузька (те саме і для моделі Кілланда). Досвідчений оператор, як радить Абуладзе, при вихідних щипцях може й зовсім не вводити пальці, а вводити відразу ложки щипців. Пальці повинні контролювати рухи щипців. Великий палець правої руки лежить паралельно великій губі до симфізу. Ввівши праву руку, оператор бере лівою рукою (або йому подають) ліву ложку щипців. Брати ложку рекомендують трьома пальцями за ручку, як беруть в руку олівець. Ложка щипців, входячи в таз, повинна йти відповідно до периферії головки і до тазової кривини. Щоб досягти цього, треба, взявши ручку лівою рукою, підняти її вгору і поставити паралельно правій пахвинній складці. З цієї позиції слід починати введення лівої ложки щипців. Нижнє ребро ложки покласти в ривчак між великим і вказівним пальцем правої руки (мал. 203). Дехто рекомендує перед тим, як вводити ложку, помастити стерильним вазеліном зовнішню її поверхню; ми цього не робимо. Ложку необхідно вводити плавно, обережно, легко посуваючи її знизу тільки великим пальцем правої руки, що лежить на нижньому ребрі. Внутрішні пальці введеної руки весь час повинні контролювати рух верхка ложки. Коли краї устя ще промацаються, треба пильнувати, щоб ложка ввійшла в матку між краєм маточного устя і головою. Контролюючи рух верхка ложок, досягаємо того, що вона лягає в біпаріетальному розмірі головки на її бокову поверхню біля вухка. Не завжди вдається реалізувати добру пораду: намацати край вухка, щоб точно увенитись в правильному накладанні ложки. Просуваючи ложку все глибше по периферії головки, разом з тим повільно знижують ручку щипців. Тоді тазова кривина щипців припадає на кривину таза. Як уся ложка до замка ввійшла в родові шляхи, передають ручку щипців помічникові, який придержує її спід лівої ноги роділлі. Ручку слід добре понизити і не дозволяти їй переміщатись. Оператор виймає праву руку і, розводячи нею малі губи, вводить у праву половину таза чотири пальці лівої руки (теж між стінкою вагіни і головою або між краєм маточного устя і головою). Беручи праву ложку щипців так, як беруть у руки олівець, оператор вводить її в праву половину таза теж під контролем і з допомогою великого пальця лівої руки (мал. 204). Завжди необхідно пам'ятати, що права ложка повинна лягти вище лівої (інакше не можна замкнути щипці).

Пі моєат. Замикання і пробна тракція. Ввівши ложки, оператор бере одною рукою (праву — правою рукою, ліву — лівою) обидві ручки щипців і з'єднує їх у замку (мал. 205). Якщо ложку покладено правильно



Мал. 204. Ліву ложку підтримує асистент; оператор вводить праву ложку щипців (за Дедерлейном).



Мал. 205. Замикання щипців (за Дедерлейном).

на головку, то щипці легко замикаються (про труднощі в цьому моменті скажемо далі). Зімкнувши ручки, слід перевірити, чи добре ложки обхопили головку. Перша ознака — ложки добре замикаються. Тепер спробуємо, чи міцно щипці тримають головку. Для цього треба зробити т. зв. пробну тракцію (мал. 206). Взявши правою рукою зверху ручки щипців, вказівний палець лівої руки прикладають до головки. Тягнуть ручки до себе і стежать, чи посувається головка разом з щипцями, чи може відстань між замком щипців і головою збільшується (тобто щипці сповзають). В цьому останньому разі треба виявити причини — зняти, а потім знову накласти щипці. Пробна тракція дуже відповідальний момент операції і дає можливість запобігти тяжким ускладненням від сповзання ложок.

III момент Тракції. Тракціями мають на меті витягти головку. Як ми вже сказали, витягання повинне, скільки можна, відтворити природну родову діяльність. Трудно визначити силу тракцій, але необхідно твердо пам'ятати, що не треба ніколи прикладати сили більше сили однієї людини. Крім того треба тягти не всім тулубом, а тільки силою рук оператора. Отже I, II і III моменти операції треба робити сидячи, не відхиляти назад тулуба для збільшення сили тракцій. Тракції повинні відповідати потугам, тобто бути хвилюподібними — поволі наростати в силі, а потім, дійшовши найвищої сили, поволі спадати. Раптові, перервані тракції загрожують пошкодженням головки. Напрямок тракцій диктує потреба відтворювати нормальний механізм родів (див. розділ про механізм родів). Коли головка стоїть уже *zapfengegcht*, це означає, що скінчилися I, II і III моменти механізму родів. Лишається вривання, прорізування головки і в цей час екстензия II. В цьому моменті головка підходить спочатку під симфіз своєю потиличкою, а потім,



Мал. 206. Пробна тракція (за Дедерлейном)



Мал. 207. Виведення головки в щипцях (III момент)

ки. Щоб перевірити, чи вийшла вже *protub. occipit. externa* снід лобка, треба робити пальцем контрольне дослідження.

Коли це відбулося, оператор стає біля роділля праворуч, бере лівою рукою ручки щипців угорі і поступово піднімає ручки (головка повинна проробити екстензію). Не слід раптом і різко піднімати ручки щипців, тому що вони можуть спорснути з головки, а верхки ложок тяжко пошкодять вагіну і промежину. Права рука оператора повинна підтримувати промежину так, що великий палець лежить праворуч від задньої спайки, а 4 пальці—ліворуч. Суть у тому, що рука повинна стримувати надто швидке прорізування лобних горбиків, лиця і підборіддя (мал. 207). Захищати промежину через помічника вважаємо недоцільним; поміщуючи обома руками, оператор краще може регулювати силу своїх тракцій.

Коли дуже розтягається промежина, тканини стали білими або промежина набрякла, то щоб не розривалися і не роздавливалися тканини, краще зробити *perineotomia mediana*. Цю операцію рекомендуємо робити в усіх тих випадках, де є загроза розриву. *Episiotomia* дає не таку рівну поверхню, і трудніше буває зашивати. Під час прорізування головки в щипцях краще знову посиляти наркоз, щоб не народилася вона раптом.

IV момент. Знімання щипців. Коли головка народилася, треба щипці зняти. Ми вважаємо, що краще це робити тільки після народження головки, а не тоді, коли вона прорізується, бо в момент знімання щипців може пройти поза увагою раптове народження головки, а наслідком цього буде пошкодження промежини. Знімаючи щипці, треба повторити ті рухи, які робили ми, накладаючи щипці, тільки навпаки: спочатку знімають, повертаючи до лівої пахвинної складки праву, тобто верхню ложку щипців, а потім ліву ложку. Коли не додержати цього правила, можна пошкодити передню стінку вагіни, уретру, клітор. Пораду знімати щипці однією рукою, ввівши 2. палець лівої руки між ручки щипців, вважаємо не зовсім слушною. Правильно і чітко можна це зробити лише двома руками.

На цьому операція щипців кінчається. Після того наркоз припиняють, і півка і тубуз дитини народжуються самі або для цього оператор натискує на дно матки за Крістеллером, якщо треба роди прискорити. Коли дитина народилася і відділилася від матері, оператор жде відділення плаценти і веде плацентарний період експектативно, якщо немає негайних показань (стан матері, кровотеча). Після народження дитини оглядають промежину і вагіну (а при потребі—кровотеча—і шийку матки); коли є розрив, накладають шви. З клінічного досвіду ми переконалися, що можна зашивати

коли провідний пункт (мале тім'ячко) обійде симфіз, головка впирається підпотиличною ямкою в нижній край симфізу і починає навколо цього пункту (т. зв. *hypomochlion*—точка повороту) розгинатися, прорізуючись через *rima pudendi* малим косим розміром. Витягаючи головку щипцями, мусимо все це пройти. Отже необхідно спочатку зробити кілька тракцій донизу, якщо *protuberantio occipit. externa* ще не підійшла під симфіз, а потім до себе (горизонтально), щоб вивести її снід симфізу. Коли почали тракції, треба зменшити глибину наркозу, щоб сприяти родовій діяльності. Між тракціями треба трохи розпускати ложки щипців, а під час тракцій закласти рушник між руками, щоб запобігти надто сильному стисненню голо-

розриви промежини, не дожидаючи виходу плаценти. Чим швидше ми зробимо це після народження дитини, тим більше шансів, що роділля перебуває ще під наркозом. Отже наркоз використовуємо і для накладання швів і не даємо його вдруге, бо операція ця, як хвора прокинеться, дуже болюча. Відділятися плаценті накладені шви не перешкоджають, а ті порівнюючи занадто рідкі випадки, коли доводиться плаценту брати ручним способом, нас не спинають, тому що поперше буває це дуже не часто, а подруге, після травми зашитої вже промежини (або ще не зашитої), коли вводимо руку через вагіну в матку, однаково не завжди добре зростається рана.

ОПЕРАЦІЯ НАКЛАДАННЯ ПРЯМИХ ЩИПЦІВ ПРИ ПОЛОЖЕННІ ГОЛОВКИ ZANGENERECHT

Коли під руками модель прямих щипців (Лазаревича, Фьодорова, Боряковського), а головка стоїть у виході з таза, найдоцільнішим буде взяти саме ці щипці, бо при такому положенні головки тазова кривина щипців не має великого значення. Головка пройшла родовий канал і їй лишається тільки, обійшовши симфіз, розігнутися. Тільки прямими щипцями ми можемо дати тракціям цілком горизонтальний, а потім трохи зігнутий угору напрям. Вживаючи щипців з тазовою кривиною, ми частину сили витрачали без ефекту.

Техніка накладання прямих щипців має лише деякі відмінності.

I момент. Введення ложок. Не обов'язково починати з лівої ложки; однаково — яку ложку вводить першою, бо замикаються ручки легко. Не треба також піднімати на самому початку ручки вгору і наставляти її паралельно протилежній пахвинній складці. Ложки прямих щипців вводять горизонтально по середній лінії тіла.

II і III моменти операції нічим не відрізняються.

IV момент. Знімати ложки просто: однаково — яку ложку зняти першою. Не треба, знімаючи ложки, піднімати вгору ручки щипців. Щипці знімають в горизонтальній площині так, щоб вершок ложок плавно обійшов окоу периферію головки.

ОПЕРАЦІЯ НАКЛАДАННЯ ЩИПЦІВ ПРИ ЗАДНЬОМУ ВИДУ ПОТИЛОЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ І ПОЛОЖЕННІ САГІТАЛЬНОГО ШВА В ПРЯМОМУ РОЗМІРІ ВИХОДУ З ТАЗА

Таке положення є наслідок аномалії III моменту механізму родів — вугтрішнього повороту (див. розділ „Механізм родів“) і спостерігається не більш як в 1% потиличних передлежань.

Накладаючи щипці, треба точно додержуватися механізму при цьому передлежанні. Як і при передньому виді потиличного передлежання, краще взяти модель прямих щипців (Лазаревича, Фьодорова, Боряковського).

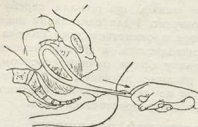
I момент введення ложок нічим не відрізняється,

II момент — треба знизити, скільки можна, ручки щипців, щоб захопити головку по найбільшій її осі — менто-окципітальній. Але в наслідок неповної флексії головки звичайно вдається накласти ложки тільки в надпотилочно-підборідковому або навіть в надпотилочно-шийному напрямі головки.

III момент — тракції повинні відтворювати механізм врзування і прорізування. Оператор повинен тягти спочатку донизу й на себе, щоб ділянка великого тім'ячка підійшла під симфіз (мал. 208)¹

Після цього він піднімає ручки щипців різко вгору, щоб вивести над промежиною потиличку (мал. 209). Дуже велике значення має своєчасний перехід до такого напрямку тракцій і робити їх треба дуже обережно, захи-

¹ Не можна вважати раціональними тракції до себе до моменту прорізування лобка і підходу glabella під симфіз, бо при цьому головка буде прорізуватися не малим косим, а прямим своїм розміром (Феомоєнов).



Мал. 208. Накладання щипців при задньому виді потиличного передлежання; тракції донизу (за Дедерлейном).

ямку підборіддя під симфізом, виводять над промежиною потиличку. Отже вони заднє передлежання переводять в лицеве. Крім такого способу витягання головки французи ще рекомендують щипцями Тарньє спробувати повернути головку на 180° і витягти її, як при передньому виді. Для цього треба щипцями зробити ротацію головки, взявши однією рукою тракційний апарат, а другою — ручки щипців. Брендо радить не робити ротації на місці, а одночасно з горизонтальною тракцією, щоб ложки щипців описали спіралеподібний рух. Але, каже Брендо, форсувати ротації головки не можна і, коли є перешкоди або труднощі, краще відмовитися від неї і зробити екстракцію головки в задньому виді. В клініці КМІ витягають головку відповідно до того або іншого механізму в такому виді, як вона знизилася до дна таза (без повороту на 180°).

ЩИПЦІ ПРИ РІЗНИХ СТЕПЕНЯХ ДЕФЛЕКСІЇ ГОЛОВКИ

1. **Передній вид тім'яного передлежання** маємо в I моменті родів, коли головка замість флексії робить дефлексію. Але під час дальшого зниження головки в малий таз здебільшого все таки відбувається флексія, а тому головка вже дійшла до виходу з таза. Це положення принципіально відрізняється від заднього потиличного передлежання тим, що головка тут у стані



Мал. 209. Накладання щипців при задньому виді потиличного передлежання; тракції вгору виводять потиличку (за Дедерлейном).

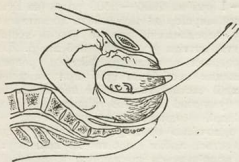


Мал. 210. Накладання щипців при задньому виді потиличного передлежання; тракції донизу — слід симфізу виводять лобик і лице (за Дедерлейном).

щачою промежину. Коли народилася потиличка, треба знову знижувати ручки щипців, щоб вивести слід симфізу лобик, лице і підборіддя (мал. 210).

IV момент нічим не відрізняється. Прорізаються плічка і тудуб теж легко.

Французи (Брендо — Brindeau) рекомендують іншу техніку при такому передлежнні, хоч і застерігають, що її можна вжити тільки при дуже невеликій дитині і при цілком податливих тканинах. Тракції роблять різко вниз і слід симфізу виводять не тільки лобик, а й лице і підборіддя. Тільки після цього починають переводити ручки щипців вгору і, фіксуючи



Мал. 211. Накладання щипців при тім'яному передлежанні; тракції донизу і горизонтально; під симфізом фіксуються перенісся (за Маліювським).



Мал. 212. Накладання щипців при тім'яному передлежанні; тракції вгору; вихочується над промежиною потиличка (за Маліювським).

не флексії, а початкової екстензії. Щоб поставити тут діагноз, треба мати такі дані внутрішнього дослідження: сагітальний шов у прямому розмірі виходу, велике тім'ячко спереду, під симфізом, мале тім'ячко ззаду, дістати його трудно. Характерно, що велике тім'ячко лежить нижче ніж мале і ділянка glabella впирається в нижній край симфізу. Механізм прорізування: як народилася передня частина головки до glabella, над промежиною вихочується потиличка. Головка прорізується прямим розміром, роблячи флексію і розтягаючи ад maximum промежину. Як прорізалася потиличка, головка робить дефлексію. Спід лобка прорізується лице і підборіддя. Для такого прорізування головки потрібна тривала і сильна родова діяльність.

Зрозуміло, що при таких умовах народження головки затягається; бувають іноді ускладнення; необхідними стають щипці. Але не треба забувати, що при цій ситуації операція щипців складна і загрожує важкими пошкодженнями матері.

Отже показання до операції слід оцінювати дуже обережно, не поспішаючись, весь час стежити за станом матері й дитини.

Техніка нічим особливим не відзначається. Ложки накладають типово в поперечному розмірі таза. Тракції спочатку роблять вниз і горизонтально до себе, поки народиться лобик спід симфізу (мал. 211). Фіксувавши, далі, glabella під симфізом, піднімають ручки щипців, щоб досягти флексії головки і прорізування потилички (мал. 212). В цей момент необхідно бути дуже обережним і коли значно розтягається промежина, краще зробити перинотомію. Коли народилася потиличка, треба знову знизити ручки щипців, щоб вивести спід симфізу лице й підборіддя (мал. 213). Знімають щипці.

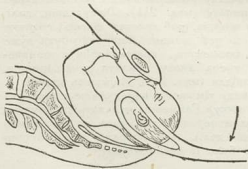
Отже головка при передньому виді тім'яного передлежання має два hypotochlion (перенісся і підпотиличну ямку). Гаммершляг радить спробувати накласти щипці за Скандоні с переводом передньо-тім'яного передлежання в потилично-передній вид (техніку див. далі). Але операція за Скандоні складна і надто небезпечна, щоб можна було її рекомендувати¹.

¹ Іноді буває задній вид тім'яного передлежання. Коли доводиться накладати щипці, те при такому положенні не трудно, зробивши тракції різко дотни, створити таке передлежання на звичайне потиличке, передній вид. Техніка щипців тоді буде типовою при механізмі переднього виду потиличного передлежання.

2. Щипці при лобному передлежанні. Лобне передлежання є дальшим ступенем екстензії головки. Звичайно воно є наслідок неповного розгинання головки і спостерігається дуже рідко — 1 раз на 2000—3000 родів (за Буммом). Зрозуміло, що навіть досвідчений акушер не може мати достатнього досвіду і механізм родів при лобному передлежанні ще не цілком ясний. Роди дуже трудні і затягаються. Життя дитини у великій небезпеці. Для матері можливі тяжкі пошкодження: розриви промежини, фістули, розрив матки. Для діагнозу лобного передлежання необхідно, щоб при зниженні головки до виходу з таза (60 у верхній частині таза лобне передлежання може ще трансформуватися в лицеве) були такі дані внутрішнього дослідження: промацуємо перенісся, ніс і ніздрі, і одночасно з другого боку — лобний шов і лобне тім'ячко. Отже одночасно промацуємо частину лиць і лобика. В *rima pudendi* спочатку прорізується лобик і орбіти до краю верхнього щелепи. Потім над промежиною прорізується потиличка, а далі слід симфізу прорізується нижня частина лиць. Вся головка прорізується великим розміром (*planum maxillo- parietale*) 34 см (середнє).

Роди надзвичайно затягуються, часто постає загроза життю дитини і здоров'ю матері, можуть бути показання до операції щипців. Але треба пам'ятати, що операція щипців при лобному передлежанні надто трудна і серйозна. Крім того часто головка буває стиснена, і операція не врятує життя дитини. Операцію може робити досвідчений лише акушер і тоді, коли відкладати її аніяк не можна.

Накладати щипці треба так, щоб вони обхопили головку в біпаріетальному розмірі, але звичайно це не вдається. Найчастіше вдається захопити головку тільки так, що ложка щипців лежить трохи спереду вушка (на вушку лежить лише заднє ребро ложки), а верхки щипців — на шиї дитини (мал. 214). Захопивши головку, роблять сильні тракції донизу, щоб вивести орбіти, потім піднімають ручки щипців угору і виводять потиличку. Коли народилася потиличка, знову знижують ручки щипців, щоб вивести лице і підборіддя. Як ми вже говорили, ця операція дуже трудна. В кожному випадку радимо робити профілактично перинеотомію. Виходить, що головка при лобному передлежанні має два *hypomochlion* — ділянку *tub. maxillaria* і підпотиличку ямку. Коли не вдається вивести потиличку над промежиною, можна спробувати тракції донизу, аж поки слід симфізу не народиться все лице й підборіддя. Після цього роблять флексію головки навколо *punctum fixum* — ямки підборіддя, щоб лобне передлежання змінити на лицеве.



Мал. 213. Накладання щипців при тім'яному передлежанні; тракції донизу — слід симфізу виходить лице (за Малиновським).



Мал. 214. Накладання щипців при лобному передлежанні (за Гаммершлягом).

У дуже рідких випадках буває задній вид лобного передлежання. Тоді зовсім уже мало шансів на народження живої дитини, і краще, відмовившись від щипців, подумати про іншу операцію. Гаммершлаг радить до свідченому акушерові спробувати ротацію головки в щипцях за Сканціо. Ми б радили своєчасно подумати про к. р. або ex necessitate про ротацію головки щипцями Кілланда.

3. Щипці при лицевому передлежанні.

Лицеве передлежання є наслідок аномалії I моменту механізму родів, коли головка замість флексії робить повну екстензію. При цьому передлежанні затягається II період родів, але в 95% роди кінчаються без операції. Щипці при лицевому передлежанні — операція трудна і робити її слід лише при серйозних показаннях, впевнившись, що головка дійсно вже дійшла до виходу з таза, а підборіддя повернулося до симфізу.

При лицевому передлежанні першим у гіта pudendi прорізається ротик і підборіддя. Фіксувавшись шийкою під симфізом, головка починає флексію, розтягаючи ad maximum промечину. Внаслідок цього руху прорізуються ніс, очі, лоб і далі тім'яні горбки і потиличка. Головка прорізається великим обводом: *planum trachelo-parietale* або *planum trachelo-bregmaticum* — 34 см (мал. 215).

Техніка накладання щипців. Ложки вводять у поперечному розмірі таза. Перед тим, як замкнути їх, треба якнайшвидше підняти ручку до симфізу (знизити ложки), щоб підійти до менто-окципітального розміру головки. Захопити точно в цьому розмірі не вдається, бо перешкоджає симфіз, але треба наблизитись до цього розміру; в противному разі верхки ложок ляжуть не на головку, а на шию дитини і не вдасться міцно захопити головку. Замкнувши щипці, роблять кілька тракцій донизу, щоб збільшити ще екстензію головки і вивести спід симфізу підборіддя. А потім піднімають ручки щипців угору, щоб поступово зробити флексію головки і вивести лобик, тім'я і потиличку.

ЩИПЦІ ПРИ ЗАДНЬОМУ ВИДІ ЛИЦЕВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Дуже рідко буває, що в III моменті родів підборіддя повертається не до симфізу, а до ос загача. Такий поворот буває надзвичайно рідко. У нас у клініці за 31 рік не було й лобного випадку; Шюта (Schauta) на 30,000 родів теж не спостерігав його ні разу. При такому положенні лобик впрямється в симфіз і головка не може пройти через таз, тому що у вхід з таза, крім головки, вставляються ще плічки. Описують, що роди можуть скінчитися без операції тільки тоді, коли дитина дуже мала або мацерована. Коли таке положення буде встановлено при живій доношеній дитині, необхідно відразу подумати про іншу операцію — к. р., спосіб Ліпмана (Liermann); коли дитина рухома, може, ще про поворот.

Від операції накладання щипців відразу і рішуче треба відмовитися.

ПОРОЖНИННІ ЩИПЦІ

Щипці при косому і поперечному положенні сагітального шва. Ми вже розглянули операцію щипців при прямому напрямі сагітального шва (*zangengerecht*) resp. при лицевій лінії, тобто при передлежанні головки у виході з таза. Але в цілому ряді випадків необхідно буває оперативно закінчити роди щипцями, коли ще не закінчився III момент механізму родів (*rotatio capitis interna*) і головка стоїть в порожнині таза в косому або навіть у поперечному його розмірі. Це називають операцією порожнинних щипців. Якщо при вихідних щипцях доводилося виконати лише IV момент механізму



Мал. 215. Накладання щипців при лицевому передлежанні (за Гаммершлагом).

родів (врізування і прорізування), то тут стає ще необхідним закінчення III моменту родів і поворот головки на 45-90°. Зрозуміло, що операція порожнинних щипців далеко трудніша і вимагає ще серйознішої і уважнішої оцінки показань до неї. Ми вже не раз зазначали, що щипці—інструмент для тракцій. Це головне призначення їх лишається і для операції порожнинних щипців. Не можна уявляти операцію так, щоб спочатку зробити поворот головки щипцями, а потім починати тракції. Природно механізм родів відбувається протягом багатьох годин, коли конфігурується головка, форма її пристосовується до родового каналу.

Отже замінити ці процеси форсованим поворотом у щипцях буде антифізіологічною і дуже небезпечною для жінки маніпуляцією. Треба робити інакше: комбінувати тракції з ротаційним рухом, щоб щипці тільки допомагали тому повороту головки, який постає в наслідок просування її до виходу з таза. Коли робити таку ротацію повільно і обережно, то вона може закінчитись успішно і без великих труднощів. Якщо після кількох тракцій ротація все таки не відбувається, необхідно ще раз упевнитися в правильності діагнозу і в правильності накладання ложок, і коли виявиться помилка, зняти і перекласти щипці.

Акушерська термінологія розрізняє в тазі два косих розміра: правий (від articulatio sacro-iliaca dextra до eminentia ileopectinea sinistra) лівий (від articulatio sacro-iliaca sinistra до eminentia ileo-pectinea dextra). Отже можна уявити собі 4 варіанти напрямку головки (сагітального шва або лицевої лінії):

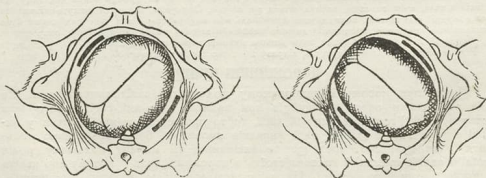
- 1) перша позиція, потиличне¹ передній вид,
- 2) друга позиція, потиличне, передній вид,
- 3) перша позиція, потиличне, задній вид,
- 4) друга позиція, потиличне, задній вид.

Техніку накладання щипців у кожній з них ми розглянемо окремо.

I. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко ліворуч, спереду, передляжить потиличка; передній вид, перша позиція. При косому положенні сагітального шва щипці найкраще накладати так, щоб вони лягли в біпаріетальному розмірі головки, а для цього треба накласти їх у протилежному косому, тобто для даного випадку в лівому косому розмірі (мал. 216).

1-й момент операції—введення ложок. Введення ложок має певні відміни. Першою, як завжди, вводять ліву ложку. Для контролю

¹ Передляження



Мал. 216, 217. Накладання щипців при косому напрямі сагітального шва (за Брендо).

вводять 4 пальці правої руки в вагіну. Ручку щипців кладуть знову такі паралельно правій пахвинній складці і вводять ложку не в бокову, а в задню частину таза так, щоб вона лягла на *tuber parietale* головки. Вести аналогічно праву ложку неможливо; цьому заважає нижній край *arcus pubis*. Отже під контролем 4-х пальців лівої руки відразу вводять праву ложку в праву половину таза; далі треба пересунути ложку наперед, зробити т. зв. міграцію. Для цього, не виймаючи 4-х пальців лівої руки, підштовхують ними нижнє ребро ложки і одночасно трохи спускають ручку щипців. Рух цей роблять дуже повільно, обережно до того моменту, поки передня ложка не ляже на *tuber parietale* головки.

2-й момент операції — замикання і пробна тракція. Коли обидві ложки введено, пробують їх замкнути. При правильному накладанні щипців у біпаріетальному розмірі головки ручки їх добре сходяться. Не як слід замикаються щипці через такі два моменти: а) неправильне захоплення головки; б) неоднакова глибина введення ложок.

До п. а). Коли ложки не лежать у біпаріетальному розмірі головки, то добре замикання щипців неможливе. Треба ще раз перевірити, чи дійсно обидві ложки лежать на *tuber parietale*, а разом виправити положення однієї або і обох ложок.

До п. б). Щипці (модель Сімсона) ніколи не замкнуться, коли одна ложка стоїть вище другої. Легко притягти до себе ту ложку, яка стоїть глибше, щоб вирівняли ручки. Коли ложки щипців добре замкнулися, переходити до пробної тракції.

3-й момент — тракції. Тракції відрізняються тим, що доводиться більшу кількість їх зробити в 1-й позиції, тобто в напрямі донизу. Не треба робити rotaції головки на місці, а роблячи тракції донизу, необхідно обережно повертати головку щипцями. При потиличному передлежанні переднього виду слід робити обережну rotaцію проти годинникової стрілки доти, поки потиличка не підійде під симфіз. Коли поворот головки стався, лишаються ще такі тракції (до себе і вгору), які цілком схожі на тракції типових щипців.

4-й момент — знімання щипців — не відрізняється нічим.

2. Сагітальний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко праворуч спереду. II потиличне, передній вид. Як ми вже говорили, щипці слід накладати в протилежному косому розмірі, тобто в правому (мал. 217).

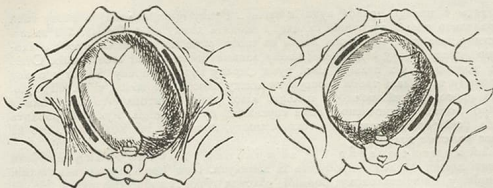
1-ий момент. Техніка введення ложок така сама, але мігрує ліва ложка; її треба ввести спочатку в ліву половину таза, а потім пересунути під симфіз. Цьому рухові допомагають 4 пальці правої руки, введені у вагіну; одночасно знижують ручку цієї ложки. Передавши ліву ложку помічникові, під контролем лівої руки вводять праву ложку щипців; при цьому вводять її відразу в задньо-праву половину таза.

2-й момент. Замикання ложок і пробна тракція відбуваються як звичайно. Труднощі і усунення їх (неоднакова глибина введення ложок, неоднакове розміщення на голові) ми зазначали в попередньому параграфі.

3-й момент. Тракції робимо донизу, пам'ятаючи, що під час зниження головки повинна відбутись і rotaція її. Отже треба стежити, щоб під час тракційних рухів — таксамо повільно — робити і rotaційні рухи в напрямі годинникової стрілки. Коли мале тім'ячко підійшло під симфіз, необхідно припинити rotaційні рухи і перейти до тракцій горизонтальних і вгору.

4-й момент. Знімання щипців — звичайним порядком.

3. Щипці при задньому виді потиличного передлежання в косому розмірі. Сагітальний шов у лівому косому розмірі, велике тім'ячко праворуч спереду, мале, — ззаду ліворуч. Потиличне передлежання, задній вид, перша позиція. У питанні про терапію перших двох варіацій (передній вид)



Мал. 218, 219. Накладання щипців при косому напрямі сагітального шва (за Брендо).

серед акушерів повна згода. А коли головка повертається в задній вид, маємо дві пропозиції.

1. Перевести головку в задній вид і витягти її за відповідним механізмом.

2. Перевести головку в передній вид, зробивши щипцями велику її ротацію на 135° .

До п. 1. Коли йти за першою пропозицією, то треба накладати щипці, як і при 2-му варіанті, тобто в правому косому розмірі (мал. 218).

1-й момент — введення ложок нічим не відрізняється. Першою вводять ліву ложку в ліву половину таза, а потім, підтовхуючи заднє ребро 4-ма пальцями правої руки, пересовують її трохи наперед і передають помічникові. Вводять праву ложку в задню-праву половину таза.

2-й момент — замикання ложок і пробна тракція відбуваються як звичайно.

3-й момент — тракції. Знижуючись, головка має також зробити і ротацію до заднього виду, тобто 45° за годинниковою стрілкою. Тракції треба робити, пам'ятаючи про механізм народження головки в задньому виді. Отже треба спочатку робити їх донизу, поки ділянка великого тім'ячка не підійде під симфіз. Під час цих тракцій відбувається разом і ротація головки. Якщо велике тім'ячко вже фіксувалося під симфізом, слід перейти до тракцій горизонтальних, а потім угору. Після народження потилички над променею, знову знижуємо ручки щипців, щоб вивести спід симфізу лице й підборіддя.

4-й момент — знімання ложок нічим не відрізняється.

4. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко праворуч ззаду, велике — ліворуч спереду. Задній вид потиличного передлежання. Друга позиція. Як і в 3-му варіанті, треба накладати щипці в протилежному косому розмірі, тобто в лівому (мал. 219). Ми рекомендуємо зробити поворот на 45° , витягти головку в задньому виді. Техніка накладання щипців і тракцій не відрізняється від 3-го варіанту; тільки ліва ложка буде задньою, а права передньою. Спочатку вводять ліву ложку.

До п. 2. Способи, як переводити головку в передній вид, зробивши велику, на 135° , ротацію її.

Французькі автори (Брендо) тієї думки, що при задньому виді потиличного передлежання краще зробити велику ротацію головки (на 135°), перевівши її в передній вид. Наклавши щипці Тарньє або Демелена на головку в протилежному косому розмірі, вони роблять цей поворот у щипцях разом з тракціями.

Накладання щипців за Скандоні. Можна ще реалізувати другу пропозицію — великий поворот головки, накладаючи щипці за Скандоні або Ланге (Lange). Скандоні запропонував таку техніку великого повороту: щипці накладають двічі: перший раз для ротації головки (сагітального шва) в поперечний розмір таза, другий раз для остаточної ротації в передній вид. Коли головка лежить сагітальним швом у правому косому розмірі (II позиція, задній вид), то техніка накладання щипців буде така (мал. 220, 221):

1) Щипці накладають у лівому косому розмірі верхками до великого тім'ячка. Поворот головки в щипцях в напрямі руху годинникової стрілки на 45° . Потім щипці знімають, бо тягти ними, коли щипці не прями, в прямому розмірі таза неможливо.

2) Знову накладають щипці — в правому косому розмірі — верхками до потилички. Повертають (у тому самому напрямі) щипцями головку більш як на 90° до прямого положення сагітального шва.

3) Пересовують щипці в поперечний розмір таза (бо тепер вони в лівому косому розмірі) і роблять тракції як вихідними щипцями.

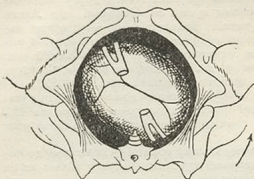
Накладання щипців за Ланге. Після першого накладання щипців за Скандоні головка повертається не на багато, а разом з тим подвійне введення щипців зв'язане з певною небезпекою для матері. Щоб такої небезпеки не було, Ланге запропонував накладати щипці в тому самому косому розмірі, в якому лежить головка. Коли головка (сагітальний шов) у лівому косому розмірі таза (I позиція, задній вид), то щипці теж накладають у цьому розмірі верхками до потилички (мал. 222, 223, 224). Далі повертають головку в щипцях на 135° (проти годинникової стрілки). Отже, наклавши щипці один лише раз, переводять задній вид у передній. Коли головка (сагітальний шов) у правому косому розмірі (II позиція, задній вид), то щипці накладають у цьому розмірі і повертають головку на 135° за годинниковою стрілкою (мал. 225, 226, 227).

Ми вже сказали, що штучний поворот (зокрема на 135°) головки в щипцях загрожує тяжкими пошкодженнями і матері, і дитини. Краще використати конфігурацію, яку вже маємо, і зробивши лише невеликий поворот (на 45°), витягти головку за механізмом заднього виду. У клініці КМІ всього лише три рази (на 215 операцій) робили такий форсований великий поворот головки.

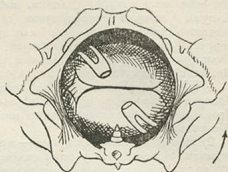
Треба сказати, що способом Ланге не завжди можна накласти щипці. Коли сагітальний шов наближається до прямого розміру, ложки щипців ляжуть



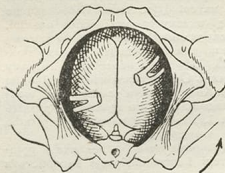
Мал. 220, 221. Накладання щипців за Скандоні.



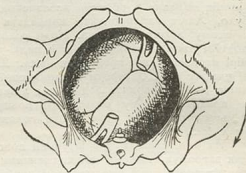
Мал. 222



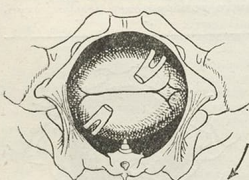
Мал. 223



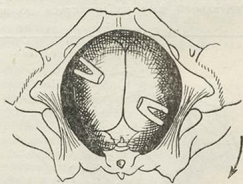
Мал. 224



Мал. 225



Мал. 226



Мал. 227

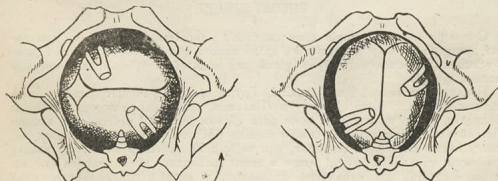
Голова щипців за Ланге: мал. 222, 223, 224 — при I позиції, задньому виді;
мал. 225, 226, 227 — при II позиції, задньому виді.

одна на потиличку, а друга на лице; цього дозволити ніяк не можна, щоб не пошкодити тяжко дитину. Отже в цих випадках треба відмовитися від способу Ланге.

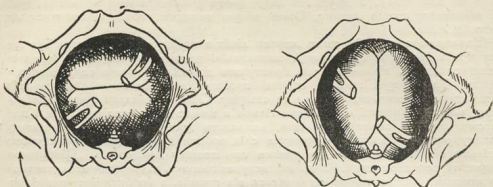
Накладання щипців, коли лицева лінія в косому розмірі таза. Тут ще раз треба нагадати, що операція накладання щипців при лицевому передлежанні складна і ніколи не слід приступати до неї, не маючи серйозних показань. Треба щоб головка справді пройшла великим своїм обводом вхід у таз, повернувшись підборіддям до симфізу. Отже накладати щипці при косому напрямі лицевої лінії можна тільки в невідкладних випадках. Як і при косому напрямі сагітального шва, накладати щипці треба в протилежному косому розмірі. Поворот у щипцях слід робити дуже обережно, поступово і тільки під час тракцій (докладніше про техніку див. розділ „Щипці при лицевому передлежанні“). Коли, як вступає головка, підборіддя повертається до крижової кістки, краще відмовитися від щипців, а зробити іншу операцію, наприклад поворот на ніжку, а коли не можна, то к.р. Можна спробувати спосіб Ліпмана (переведення заднього виду в передній), Торна (Thorn) (переведення лицевого передлежання в потиличне). Докладно про це див. розділ „Корегуючі операції“.

Щипці при поперечному положенні сагітального шва. Поперечне положення сагітального шва звичайно є наслідок механізму родів при плоскому тазі. В механізмі родів при нормальному тазі таке положення не стійке і є доказом недокіяченого ще III моменту (rotatio capitis interna). Накласти щипці Сімсона (з тазовою кривиною) в біпаріетальному розмірі головки (гобто в прямому розмірі таза) неможливо. Отже треба використати модель щипців Лазаревича, Фьодорова або Кіланда.

Дитина в I-й позиції. Щипці з тазовою кривиною вводять не в прямому розмірі таза, а так, що вони лягають в косому розмірі таза — верхком до потилички. Коли головка стоїть сагітальним швом у поперечному розмірі, мале тім'ячко ліворуч, то ложки лягають у лівому косому розмірі (мал. 228) так, що задня ліва ложка ляже на край лямбдовидного шва, а передня (права) — на край лобка. Задню ложку можна відразу ввести в задньо-лівий квадрант таза, а праву ложку (передню) треба спочатку ввести в праву половину таза, а потім пересунути її вперед способом міграції. Наклаваши і замкнувши ложки, можна: а) відразу зробити ротацію в щипцях на 90°, повернувши головку (проти годинникової стрілки) в прямий розмір таза (мал. 229). Щипці тепер будуть лежати в правому косому розмірі таза. Не виймаючи їх, пере-



Мал. 228, 229. Накладання щипців, коли сагітальний шов у поперечному розмірі таза (I позиція).



Мал. 230, 231— Гібридація щипців, коли сагітальний шов у поперечному розмірі таза (II позиція).

совують ліву ложку трохи назад (пальцями правої руки), поки вона не ляже на тім'яний горбик. Праву ложку щипців так само пересовують трохи наперед. Замкнувши ложки в поперечному розмірі таза, роблять екстакцію головки так як і типовими щипцями.

б) Другий спосіб: Наклавши щипці в лівому косому розмірі, повертають головку на 45° — проти годинникової стрілки. Потім, не виймаючи щипців, пересовують їх так, щоб вони лягли в поперечному розмірі головки (на те й друге вушко), тобто в лівому косому розмірі таза; зробивши далі ротацію ще на 45° , витягають головку як звичайно.

Дитина в 2-й позиції. Коли головка стоїть сагітальним швом у поперечному розмірі і мале тім'ячко прагнуч, щипці накладають у правому косому розмірі. Ротація відбувається так, як описано (мал. 230, 231), але вже в напрямку годинникової стрілки.

Коли щипці ляжуть у косому розмірі головки, тоді трудно щільно замкнути ручки; крім того ложки можуть пошкодити дитину (n. facialis, око) і матір (якщо сповзуть). Через те багато зручніше накласти щипці біпаріетально, тобто в прямому розмірі таза. Зробити це щипцями з таєювою кривиною (напр. Сімусона) майже неможливо. Для цього потрібна модель прямих щипців Лазаревича, Фьодорова або Кіланда. Докладніше про техніку говоритимемо далі.

ВИСОКІ ЩИПЦІ

Операція високих щипців дуже складна і відповідальна. Питання про високі щипці викликало дискусію як щодо самого обсягу операції, так і щодо її техніки. Запропоновано було цілий ряд моделей спеціально для операції високих щипців.

Погляди на високі щипці такі: 1) Група авторів з Ленінградського акушерсько-гінекологічного інститута (Пальмов, Яковлев) визнають можливим накладати щипці на головку, коли вона цілком рухома і стоїть над входом у малий таз. Більшість, так само і клініка КМІ, віддає в таких випадках перевагу іншим операціям (поворот, к.р. та ін.); 2) Друга група авторів визнає можливим накладати щипці лише в таких випадках, коли головка вже нерухома і стоїть, хоч невеликим сегментом, у вході в таз. 3) Третя група звукує рамки вживання високих щипців тільки для тих випадків, коли головка стоїть у вході в малий таз великим своїм сегментом. Клініка КМІ дозволяє щипці тільки в цій останній групі випадків.

Показання до операції високих щипців. Робити операцію може тільки досвідчений спеціаліст-акушер. Лікарєві-практику краще відмовитися від операції високих щипців як занадто небезпечної.

Показання до операції треба оцінювати ще суворіше, ніж при вихідних і порожнинних щипцях. Невідкладна лише потреба закінчити роди і неможливість при наявних умовах зробити іншу операцію може примусити акушера накласти високі щипці.

Умови операції. Умови операції відрізняються від умов перших двох видів щипців (вихідних і порожнинних). Основна умова — головка zangengerecht тут не існує, бо сагітальний шов — у поперечному або косому розмірі входу в таз. Надто важливо до початку операції з'ясувати, чи маємо правильні співвідношення між розмірами таза і головки. Тут більш ніж де треба пам'ятати, що щипці не можна накладати для того, щоб виправити неправильне співвідношення між тазом і дитиною. Цю умову треба з'ясувати якнай-докладніше. Тим більше, що найчастіше показання до високих щипців бувають якраз при звуженому тазі. Вживаючи способів Гохмейєра, Мюллєра, положення за Вальєром, намагаються з'ясувати становище. Коли головка не знижується, краще відмовитися від операції, ніж спричинити тяжкі пошкодження матері й дитини.

Операцію можна робити тільки в лікарні. Хвора повинна лежати неодмінно на операційному столі. Звичайно вживані моделі (Сімпсона, Негеле) незручні і неспридатні тут, тому що занадто короткі. Крім того — тазова кривина не дозволяє накласти ці щипці в прямому розмірі таза. В СРСР роблять цю операцію прямими щипцями Фьодорова-Лазарєвіча, щипцями Брейса, Кілланда, у Франції — Тарньє або Демелєна, у Німеччині — щипцями Кілланда.

У вході в таз сагітальний шов може стояти: 1) в поперечному, 2) в косому, 3) дуже рідко — в прямому розмірі (т. зв. positio occipitalis pubica та sacralis) (мал. 232, 233).

Для таких випадків рекомендують модель Фьодорова-Лазарєвіча або Кілланда.

Щипці Фьодорова-Лазарєвіча. Щипці прямі, довжина їх 36 см (мал. 194). Замок перенесено на самий кінець ручок і складається він з сталеної пластинки на одній ручці; має отвір на другій ручці. Через це щипці легко



М а л. 232. Positio occipitalis pubica (за Ліпманом).



М а л. 233. Positio occipitalis sacralis (за Ліпманом).

замкнути (за Фьодоровим), навіть коли ложки лежать у різних площях головки (тобто при асинклітичному вставленні головки); на самому кінці ручок є гвинт для фіксування замка. Ложки щипців перед ручками мають шийку — довжина її кілька сантиметрів; ручки гладкі, мають тільки гачки Буша.

Техніка операції. Щипці Фьодорова-Лазаревича прямі; тому цілком однаково, яку ложку вводить спочатку. При поперечному напрямі сагітального шва пропонують накладати щипці одним з двох способів:

а) У поперечному розмірі таза. При такому накладанні ложки ляжуть на потиличку і на лице дитини. Як ми вже сказали, накладати так не слід, бо можливе пошкодження головки і сповзання щипців.

б) У прямому розмірі таза, тобто в біпаріетальному розмірі головки. Спочатку вводять задню ложку. Для цього, під контролем 4-х пальців правої руки, глибоко введеніх у вагіну, вводять ложку в задню половину таза, намагаючись, щоб вона лягла на *tuber parietale*. Передавши ручку цієї ложки асистентові, вводять другу передню ложку. Прямо під симфіз вести цю ложку дуже трудно, а тому під контролем 4-х пальців лівої руки, глибоко введеніх в вагіну і покладених біля лоба, вводять поза лоб передню ложку щипців, намагаючись просунути її скільки можна глибше. Тими самими пальцями лівої руки пересовують ложку під симфіз. Щипці лягли в біпаріетальному розмірі головки і легко замкнуться.

Тракції відрізняються тим, що їх довго роблять різко донизу. Коли промежина заважає тягти донизу, необхідно відразу зробити *perineotomy mediana*; щоб полегшити зниження головки, рекомендується надати роділлі положення за Вальхером. Після зниження головки, коли вона прошла вхід у таз, починають поворот її в косий і в прямий розмір (у виході) таза. Тракції I-ої позиції міняють на горизонтальні, а потім угору. Якщо після 10—12 тракцій головка не знижується, треба відмовитись від операції щипців і перейти до іншої — к.-р., коли дитина жива, або краніотомія, коли серця дитини не чути.

Високі щипці, сагітальний шов у косому розмірі входу в таз. При таких умовах накладають щипці Фьодорова-Лазаревича; техніка аналогічна техніці порожнинних щипців. Щипці повинні лягти в протилежному косому розмірі, обхопивш голову біпаріетально.

Високі щипці, сагітальний шов у прямому розмірі входу в таз.

(*Positio occipitalis publica* або *sacralis*). В 70% цих випадків (коли маємо *positio occipitalis publica*) роди закінчуються без операції. Якщо будуть покзання до закінчення родів, то можна накладати щипці в поперечному розмірі входу. В щипцях головці доводиться проробити весь III момент механізму родів (*rotatio capitis interna*). Коли утворюються *positio occipitalis sacralis*, то шансів на закінчення родів без операції мало, і треба закінчити їх іншою операцією: поворотом на ніжку, коли головка ще рухома, спробувати щипці, коли головка вже нерухома; у приміпарі, особливо „старої“, з мало підготовленими родовими шляхами треба подумати відразу про к. р.

ЩИПЦІ КІЛАНДА

Ця модель щипців від усіх попередніх відрізняється, найголовніше, своїм замком і способом введення передньої ложки. Довжина щипців 39,5 см, тобто на 4 см довші вони щипців Сімпсона і на стільки ж коротші моделі Тарньє. В щипцях Кілланда (мал. 234, 235): а) тазова кривина багато менша, ніж в інших моделях; б) введено невелику кривину для промежини, хоч сам автор її не відзначає; в) цілком новий і не на звичайному місці замок; г) довжина інструмента трохи збільшена; д) щось подібне до шарніру або санного апарата в ручках там, де ми звикли бачити замок і е) зовсім відмінний спосіб накладання щипців (передньої ложки).



Мал. 234. Щипці Кілланда.



Мал. 235. Проект змін проф. О. Крупського до щипців Кілланда — на правій ложці 2 спускають горбика, щоб передня ложка не сповзала нижче лівої.

Техніка: 1) положення роділля звичайне, на поперечному ліжку; 2) точна діагностика положення головки в тазі; 3) перед тим, як вводити ложки, щипця перед геніталіями надають таке положення, яке вони повинні мати в тазі. Найчастіше ці щипці накладають при поперечному положенні сагітального шва і ложки в цих випадках накладаються в прямому розмірі таза. Отже та ложка, яка буде верхньою (ближчою до оператора) повинна бути передньою, під симфізом. Вершки ложок слід обернути до потилички. Щоб знати, де вершок ложки, на ручках є горбики.

Два пальці однієї руки вводять у вагіну між головкою і передньою губою шийки; долоня вгору. Друга рука бере передню ложку і вводить її між пальцями і головкою під симфіз. Опуклість щипців в цей момент обернена до головки (мал. 236, 237, 238, 239, 240). Передню ложку слід вводити якнайглибше, щоб замкова частина впіралася в промежину. Коли так глибоко ввели ложку, треба повернути її, щоб вона своєю кривиною (вгнутістю) лягла на головку. Для цього треба повернути ложку на 180° . Горбик на ручці показує, в який бік треба повертати. Справа в тому, що хоч дуга повороту не змінить своєї величини від повороту в той чи інший бік, але будова ложок примушує дати перевагу повороту до горбика. На ложці щипців ребра, верхні і нижні, мають неоднакову кривину (більшу на нижньому ребрі і меншу — на верхньому). Отже, коли повертають ложку, то велика (нижня) кривина доторкається до головки своєю опуклістю, а мала (верхня) вгнутістю. Тому робити поворот по верхньому ребру до горбика доцільніше. Повертають ложку дуже обережно і повільно.

Глибоко вводити передню ложку необхідно для того, щоб під час повороту між лобком і головкою була найвужча і найкругліша частина щипців — шийка.

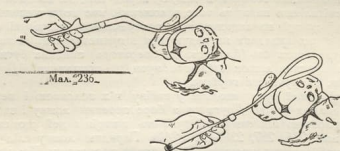
Після повороту ручка міцно сама, без асистента, тримається на промежині, бо добре охоплює головку. Задню ложку теж вводять під контролем тільки двох пальців. Два пальці проводять між задньою губою і головкою. Другу ложку вводять над першою і з того її боку, де лежить замок, щоб не сталося неправильного перехрещення. Задню ложку вводять прямо проти

промонторіума або трохи збоку від нього (особливо при вузькому тазі); піднімаючи або трохи знижуючи руку, знаходять таке положення, коли ложка проходить вільно і досить високо. Якби навіть не вдавалося ввести задню ложку на однакову висоту з передньою, то й тоді щипці замкнуться — так сконструйовано замок. Тракції відразу роблять різко донизу. Коли є передньо-тім'яний асинклітизм (Негеле), тракції треба робити не донизу, а до виходу з *rima pudendi*. Тоді полегшується зниження задньо-тім'яної кістки. Після того, як асинклітизм вирівняли, потреба в таких тракціях відпадає. Коли головка знизилася в порожнину таза, вона звичайно сама починає ротацію. Якби довелося робити ротацію головки щипцями, то краще зробити її під час тракцій і тільки тоді, коли оператор не почуває перешкод. Коли прорізується головка, треба лише трохи до симфізу підняти ручки щипців.

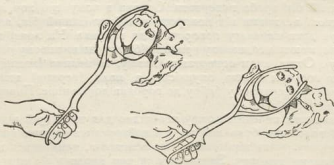
При задньому виді потиличного передлежання, коли сагітальний шов стоїть уже в прямому розмірі виходу, можна повернути головку в передній вид. Для цього щипці Кілланда накладають у поперечному розмірі таза (як класичні), тільки верхками до крижової кістки, а потім у потрібний бік повертають головку. Але можна витягти головку і в задньому виді.

При косому положенні головки в передньому виді щипці краще накладати класичним способом.

При лицевих передлежаннях щипці Кілланда придатні як для переднього, так і для заднього виду, при чому задній вид можна перевести в передній (ротація на 180°), треба тільки правильно накласти щипці — замком до лица. Коли передню ложку трудно ввести його методом, Кілланд радить зробити це, пересовуючи ложку. Пересовують тільки передню ложку, а задню вводять



Мал. 237



Мал. 238

Мал. 239

Введення і поворот передньої ложки щипців Кілланда (за автором).

прямо до промонгторіума. Щоб пересунути ложку, не треба вводити передню ложку за голову (як вимагає класичний спосіб), а досить тільки вершок, під контролем 2-х пальців, довести до великого тім'ячка або до лоба, а далі, відклавши ручку до протилежного стегна, переводити її по стегну вниз, наче годинникову стрілку. Контрольні пальці допомагають переміщатися вершку і разом з тим просовують ложку вгору під симфіз доти, поки ручка міцно не стане прямо над промежиною.

В літературі опубліковано кілька випадків накладання щипців Кілланда на сідниці (Варо — Vago, I. Kelen — I. Kelen, Фінк — Fink)

Про щипці Кілланда багато дискутували і за кордоном, і в нас в СРСР. Уже в 1926 році проф. О. Крупський зібрав з світової літератури понад 2000 випадків операцій цими щипцями. Найбільше дискутувався спосіб введення передньої ложки щипців. Багато авторів застерігало, що можливі пошкодження і навіть розриви матки. Але, за даними проф. О. Крупського, в світовій літературі (до 1926 р.) описано всього два таких нещасливих випадки (Цангемейстер — Zangemeister, Гаух — Hauch) — смертельних. У випадку Цангемейстера щипці накладено було при дуже розтягнутому нижньому сегменті матки, але, за Кілландом, — це в протипоказання до повороту передньої ложки. У двох випадках Фінка на аутопсії констатовано було пошкодження задньою ложкою щипців. У клініці КМІ теж був один нещасливий випадок перфоратії матки задньою ложкою щипців. Співзання ложок з головки майже ніколи не помічали. Гейм (K. Heim) спостерігав один випадок смерті, який завсмав від розриву сечового міхура, паравезикальних вен і повітряної емболії.

Ротація головки іде дуже легко; це ми не раз відзначали в клініці; підкреслюю це і проф. О. Крупський у своїй монографії.

В літературі описано і випадки пошкодження дитини щипцями. У самого Кілланда, Зелггейма та ін. пошкодження в. facialis, у Меймана (Meumann) глибокі втиснення на тім'яній кістці; у Вруха (Vruch) і Фінка — найтяжчі: переломи кісток черепа, відрив кісток одної від одної, розриви tentorium, підтенторіальний крововилив і при цих пошкодженнях вільний крововилив у хребетний канал дитини (Шпітцер — Spitzer, Гейдаер — Heidler).

У клініці КМІ, за даними проф. О. Крупського, на аутопсії дитини один раз було констатовано вільний крововилив під dura mater; клінічні явища почали виявлятися лише з 5-го дня; до того cirrhosis hepatis atrophic., nephritis parenchymatosa, icterus, ius. Навряд чи можна крововилив, який визвився на 5-й день, вважати наслідком операції, а решта захворювань звичайно не залежала від щипців. Тяжкі пошкодження, опубліковані в літературі, не є специфічними саме для цих щипців, звичайні вони і для інших (щипців). Висновки клініки КМІ щодо щипців Кілланда проф. О. Крупський сформулював так:

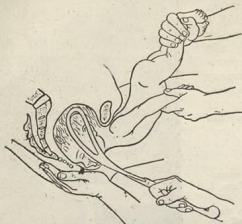
1. Щипці Кілланда цілком придатний інструмент на високу в тазі голову при нормальному взаємовідношенні між тазом і головою. Побування повороту передньої ложки безпідставне. Метод накладання щипців тільки здається складним і трудним.

2. При операції щипців на високу голову саід віддати перевагу цим щипцям. Робити ними операцію легше і для тракції менше потрібно сили. Ротація головки щипцями Кілланда проводить легше і простіше ніж класичними інструментами, тому що не потрібне подвійне перекидання ложок (за Скандоні).

3. Щипцями Кілланда не варто поширювати показань до операції на високій або рухомій головці. Погляд акушерів мусить зважитися той самий, що висока або рухома головка в показанні до профілактичного повороту, sectio caesarea та ін., щоб урвати дитину й матір. За щипці ж в такому випадку беремося лише тоді, коли не можна створити оточення для іншої, придатнішої, акушерської операції. Коли ж крайність примуше до щипців, то інструмент Кілланда буде тут кориснішим.



Ма л. 240. Щипці Кілланда, накладені в прямому розмірі таза (за проф. О. Крупським)



Ма л. 241. Накладання щипців на наступну головку (за Деделейном)

роджується мертвою. Крім того міцні тракції щипцями можуть спричинитися до пошкодження матері (навіть до розриву симфізу).

Коли головка вже в порожнині або у виході з таза, то витягти її руками і досягти флексії головки буде легше ніж щипцями. Отже клініка КМІ дає тут перевагу способом ручним.

НАКЛАДАННЯ ЩИПЦІВ НА СІДНИЦІ

Цю операцію роблять дуже рідко. Коли ми маємо повне передлежання сидницями або ніжками, то акушерові, в разі потреби, досить витягти ніжку, щоб мати достатній об'єкт для прикладання сили тракції. Якщо при неповному передлежанні сидницями вставилися вони в таз так щільно, що ввести палець у пахвинну складку неможливо, або якщо цей спосіб не дає наслідків, добре буде згадати про щипці. Запропоновано було спеціальні моделі щипців—гачки, їх і вкладали в пахвинні складки. Але моделі ті не мали успіху, бо спричинилися до тяжких пошкоджень дитини. Отже краще взяти звичайні щипці (в останній час рекомендують для цього модель Кіллаанда). Щипці накладають на diameter bitrochantericus. Необхідно стежити, щоб верхки щипців не лягли занадто високо і не пошкодили живіт дитини. Під час тракцій треба міцно стискувати ручки, весь час пам'ятаючи, що ложки можуть сповзти. Не рекомендуємо робити ротаційних рухів. Якщо сидниці стоять у прямому розмірі таза, то Гаус рекомендує накладати одну ложку щипців на крижову кістку, а другу на задню поверхню стегон.

Резюмуючи, треба сказати, що при передлежанні сидницями щипці вживаються дуже рідко.

ТРУДНОЩІ ПРИ НАКЛАДАННІ ЩИПЦІВ

Розглядаючи техніку накладання щипців, ми почасті зазначали вже ці труднощі. Виникати вони можуть як при введенні ложок, так і під час тракцій.

Трудищі в I моменті операції. а) Rima pudendi дуже вузька, родов шляхи не підготовлені.

Необхідно ще до початку операції зробити криваве розширення її: перинеотомія або паравагінальний розріз за Дюрсен-Шухардтом.

НАКЛАДАННЯ ЩИПЦІВ НА НАСТУПНУ ГОЛОВКУ

В останній час знову пропонували цю операцію (ма л. 241), але цілком правильно проф. К. Феноменов заперечував її.

Коли головка ще у вході в таз, то, щоб витягти її, треба повернути сагітальний шов у поперечний розмір таза, потім тягти головку до низу, а далі знову повертати її в косий і прямий розмір виходу з таза. Зробити всі ці рухи ручним способом трудно і не завжди вдається. Щоб зробити їх щипцями, доведеться щипці перекладати. Навряд чи можна сподіватися після цього витягти живу дитину, бо відомо, що, коли від моменту прозрізування пулкового кільця до народження головки минуло більше 10 хв, то дитина на-

б) Вершок ложки впирається в складку вагіни або в склепіння вагіни і далі не йде. Коли правильна техніка, такого ускладнення не повинно бути, бо щипці треба вводити під контролем руки. Аніяк не можна форсовано просовувати ложку, коли відчувається опір з боку вагіни, бо це може спричинити тяжкі пошкодження родових шляхів.

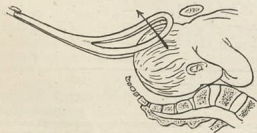
Труднощі в II моменті операції. Можливо, що ложки будуть трудно замикатися. Замикати їх силою небезпечно. Отже насамперед треба з'ясувати причини такого явища. Можливі причини: а) ложки лежать не в одній площині — напр. одна на тім'яному горбику, а друга — на лобіку. Міцний стиск ложок може тільки пошкодити головку. Необхідно взяти ручку щипців однією рукою, а другу ввести у вагіну і переводити ложку (донизу або вгору) до того моменту, поки обидві ложки ляжуть в одній площині; б) одна ложка лежить глибше ніж друга. В цьому разі треба трохи підтягти до себе ту ложку, яка лежить глибше, але спочатку упевнитися, що друга (нижча) ложка лежить правильно. Аніяк не можна вводити глибше другу ложку, бо такий безконтрольний рух її може спричинитися до пошкодження.

Після того, як щипці замкнулися, роблять пробну тракцію, щоб перевірити, чи не сповзуть щипці. Уже правильне замикання щипців показує, що накладено їх правильно і вони не сповзуть. Коли виявляється тенденція сповзати, необхідно перевірити розміщення ложок, а іноді, коли треба, зняти і знову накласти ложки.

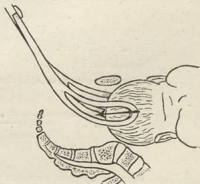
Труднощі в III моменті операції. Під час тракцій головка не посовується. Це може залежати від того, що: а) неправильно встановили наявність умов до операції, напр. головка надто велика для даного таза і не проходить через нього. Тут треба відмовитися від щипців і перейти до іншої операції (напр. к. р.);

б) неправильний напрям тракцій — напр. головка ще в порожнині таза, а тракції роблять у II позиції;

в) сповзання щипців. Це ускладнення може спричинитися до тяжких пошкоджень як дитини, так і матері. Щипці можуть сповзати в двох напрямках: горизонтальному (мал. 242) і вертикальному (мал. 243). Це показує, що щипці не щільно обхоплюють головку. Коли оператор помітить це і буде намагатись міцно стиснути ручки, тяжкі пошкодження черепа дитини неминучі (переломи кісток, крововиливи в мозок). Необхідно негайно зняти щипці і знову правильно накласти їх. Дати щипцям сповзати, не помітивши цього своєчасно — тяжка і велика помилка.



Мал. 242. Горизонтальне сповзання щипців (за Дедерлейном).



Мал. 243. Вертикальне сповзання щипців (за Дедерлейном).

Труднощі в IV моменті операції можливі тільки тоді, коли оператор не додержується того правила, що при щипцях з тазовою кривиною треба першою знімати верхню (праву) ложку і що кожна ложка повинна пройти з кінця той шлях, яким її було введено.

УСКЛАДНЕННЯ І ПОШКОДЖЕННЯ ВІД ОПЕРАЦІЇ НАКЛАДАННЯ ЩИПЦІВ

I. Пошкодження матері. В I моменті операції при неправильній техніці і необережності можливі пошкодження вагіни і матки. Перфорація склепіння трапляється надзвичайно рідко; у Гаммершляга на 562 випадки операцій щипців описано лише один такий випадок; описано випадки розриву матки при повороті передньої ложки щипців Кілланда. Найчастіші і найтяжчі ускладнення стаються при тракціях. Можливі пошкодження як м'яких, так і кісткових частин таза.

Розриви промежини і вагіни трапляються переважно у приміпар при мало підготовлених родових шляхах. Щоб запобігти цьому, треба, при значній резистентності і напруженості промежини, зробити профілактичну перинеотомію. Ми не можемо погодитися з тим, щоб робити профілактичну перинеотомію у всіх приміпар, і живаємо її тільки тоді, коли промежина дуже натягається, пружинить, біліє.

Найтяжчі пошкодження спостерігаються при надто форсованому повороті головки щипцями. В цих випадках можливі глибокі розриви вагіни і паравагінальної клітковини, а також пошкодження суміжних органів — уретри і сечового міхура — з утворенням фістул. Якщо не додержано було умов для операції і щипці накладено було при неповному відкритті шийки, можливі глибокі розриви самої шийки і нижнього сегмента матки. Кровотеча з такого розриву може привести до фатальних наслідків. Глибокі надриви шийки, зокрема передньої губи, можуть перейти і на передню стінку вагіни. Такий випадок надриву губи матки, передньої стінки вагіни і сечового міхура спостерігали в нас у клініці після операції високих щипців при вузькому (плоскому) тазі.

Подаємо таблицю, яка показує частоту пошкоджень родових шляхів у клініці КМІ.

Пошкодження від операції щипців (на 215 випадків операції)

Форма пошкодження	I-para	M-para	Разом
Ruptura perinei gr. I	8	11	19
" " gr. II	65	4	69
" " gr. III	1	1	2
Ruptura colli uteri	8	1	9
Ruptura uteri	1	—	1
Perineotomia med. et episiotomia	39	3	42
Discisio colli uteri	5	—	5
Fistula vesico-vaginalis	—	1	1
Разом	127	21	148 (68,8%)

Такий високий процент пошкоджень легко можна пояснити, коли пригадаємо, що клініка повинна вчити молодих лікарів, а тому іноді такі навіть легкі операції, які в досвідчених руках могли б не давати жодних ускладнень, у руках молодих спеціалістів-лікарів дають їх часто (особливо розриви промежини).

Операція накладання щипців іноді може дати пошкодження кісткового таза і нервів. В наслідок надто форсованих тракцій при неправильних співвідношеннях між розмірами таза і дитини можливі: а) розриви сімфізу; б) розтягнення *art. sacro-iliaca*. Симптоми такого пошкодження виявляються в перші дні після родового періоду — біль у великих суглобах і утруднені рухи ніг (докладно див. роздл. „Негайна допомога. Пошкодження кісткових родових шляхів“).

При екстракції можливе ще пошкодження корінців *n. ischiadici* з явищами парезу і іннервованих ним мускулів. У 90% спостерігаються явища ізольованого пошкодження групи тих мускулів, які іннервує *n. peroneus*. Захворювання характеризуються в різко виявлених випадках *res equinus*, анестезією на тильній поверхні стопи, неможливістю зігнути ступню і пальці. У свіжих випадках і при своєчасній терапії (електролікування, масаж) маємо повну реституцію функцій за 4—5 тижнів. Проф. К. Жмакін описав 1 випадок *neuritis traumatica, n. peronei* після щипців, накладених з приводу лобного передлежання. В цьому випадку, не зважаючи на своєчасне лікування, явища парезу лишилися стійкими.

II. Пошкодження дитини. Пошкодження дитини залежить від надто сильного стискування головки щипцями або від форсованого протягання її при неправильних співвідношеннях між розмірами таза й дитини. Ми вже не раз підкресливали, що основна мета операції щипців — витягти живу (життєздатну) дитину. Компресія головки є небажаним, але завжди неминучим ускладненням. Отже, чим трудніша операція, чим більше доводиться робити тракцій, тим міцніше стискуємо головку дитини. В наслідок такого стискування можливе пошкодження шкіри, нервів, кісток, мозку. Перша група пошкоджень небезпечна найменше. Поверхневі екскоріації і навіть гематома швидко загоюються. Основна мета в лікуванні їх — запобігти інфекції.

Коли ложка щипців притисне *n. facialis* у місці виходу його через *foramen stylomastoideum*, тоді маємо явища парезу цього нерва. На лиці (з відповідного боку) відсутні складки, око розплющене, кут ротика звисає. Картина ця ясно виявляється як дитина закричить. Прогноз захворювання звичайно сприятливий; можна призначити електротерапію. Коли вершок ложок лежить на шийці дитини, то можливі явища парезу *plexus brachialis*; маємо тоді картину Ерб-Дюшенівського (*Erb Duchenn*) паралічу.

При дуже сильному стисненні головки дитина народжується з явищами підвищеного внутрішньочерепного тиску: бліда, з ясними ударами серця, але не дихає. Не зважаючи на всі заходи, щоб оживити її (помилково часто діагноз асфіксії), дитина, все таки, не кричить. При сприятливих умовах, зокрема коли не оживляють неспридатим тут способом Шульце, а кладуть дитину в теплу ванну або гріють її грілками, дитина згодом починає дихати. В тяжких випадках дитина помирає і на аутопсії не вдається знайти явищ пошкодження черепа або крововиливу. Ці випадки найправильніше буде трактувати як смерть від підвищеного внутрішньочерепного тиску. В інших випадках на аутопсії можна констатувати тріщини або переломи кісток черепа. Такі пошкодження відзначено в тих випадках, коли була загроза, що щипці сповзуть, і міцно стискували їх ручку. Саме тоді верхки ложок і спричинюють ці ускладнення.

Коли головку виймають форсовано через плоский таз, то на задній тім'яній кістці може утворитися ямка від *promontorium*. Такі тяжкі пошкодження черепа спричинюють звичайно ще одно ускладнення — внутрішньочерепні крововиливи і розриви венозних синусів. Дитина народжується мертвою або помирає швидко після народження з ознаками крововиливу в мозок.

АБДОМІНАЛЬНИЙ КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН

Кесарський розтин є операція, з допомогою якої виймають дитину через штучно зроблені родові шляхи, розрізавши стінку черева і матки (sectio cae saeae abdominalis) або через вагіну, розрізавши і стінку цього органу і нижній сегмент матки (sectio caesarea vaginalis).

ІСТОРИЧНІ ДАНІ

Термін „кесарський розтин“ (sectio caesarea) — тавтологія, сполучення двох рівнозначних слів: „caesare“ і „caedere“; те й друге означають „розтинати“, „різати“.

Операція кесарського розтину (к.р.) відома вже з давніх часів; ще Нумі Помпілію (VII ст. дошої ери) приписували видання закону про заборону не ховати померлих вагітних або родиль до того, поки не буде розрізано її живіт і вийнято дитину. Ми не маємо певних історичних даних про операції к.р. на живій вагітній до початку XVII ст., а описані до того часу випадки мало імовірно. Перший зробив операцію к.р. на живій вагітній хірург Траутман (Trautmann) в 1610 р. в м. Вітенберзі, в Німеччині. Дитину вийнято було живою, а мати померла на 24-й день після операції, її смерть не залежала від оперативного втручання.

На протязі дальших трьохсот років операцію к.р. робили надзвичайно рідко, а якщо і робили, то окремі лише надто сміливі акушери, бо смертність після операції давала майже 100%. Відомий французький акушер Морісео (Mauriceau) висловився так: „зробити операцію к.р. означає тому, щоб убити матір“. Наприкінці XVIII ст. в Парижі було навіть засновано лігу боротьби проти к.р. Сакомб (Sacombe), який заснував ту лігу, досить живо й різко пропонував проти прихильників к.р. і люто нападав на Левре, відомого французького акушера. Вся ця робота не мала нічого спільного з наукою, бо в основі її лежала корислива мета, але справді в ті часи наслідки операції к.р. були жахливі. За даними Штадфельда у першій половині XIX ст. материнська смертність (після к.р.) в Данії і Норвегії доходила до 95%; за Геніо (Genio) усі 70 випадків к.р. у Парижі (до 1870 р.) скінчилися смертю матері; те саме було у Вієнському родильному домі (до 1877).

Еразмус перший у кол. Росії (в Пернові, в 1756 р.) зробив операцію к.р. на живій (з сприятливим наслідками; другий випадок належить Зомеру (Рига, 1796 р.); ці два випадки вичерпують казуїстику к.р. в Росії XVIII ст. (Пономарьов).

Перший російський автор, який написав дисертацію про к.р. (1780 р.) був Данило Самойлович; порівнюючи к.р. і симфізіотомію, автор на першому місці ставив к.р. До 1881 р. операції к.р. в кол. Росії зроблено було в 21 випадках; 17 хворих померло.

Такі наслідки здавалися їм длох причини: від септичної інфекції і кровотечі, бо рану матки, як правило, не зашивали. Наука про антисептику тільки дуже мало поліпшила наслідки к.р.: акушері і після того вважали, що не слід зашивати рану матки; на розтинах трупіх померлих жінок знаходили нагноєння шви, а тому і відзначали їх. Ця помилкова думка повела акушерів зовсім у другий бік. Уже 1809 р. Міхаселіс (Michaëlis) висловив ту думку, що краще після операції к.р. скетрипувати матку. Експерименти Рейна на тваринах довели (1875 — 1876 р.), що ця операція не смертельна. Порро (Porro) в 1876 р. перший зробив ампутацію матки після к.р. і швів кукку шийки матки поза черевною в нижній кут рани Така операція дала наслідки далеко кращі, ніж класичній кесарській розтині, і відразу здобула собі багато прихильників. У 1901 р. Труцці (Truzzi) зібрав із світової літератури 109 випадків операції Порро, які дали 24,8% материнської смертності.

Але вже перші роки показували, що операції Порро маличть молоду жінку, позбавляє її біологічної функції. Думка акушерів пішла іншим напрямом, а саме — удосконалити техніку класичної к.р., а зокрема наладити шви. Левеґґа (Leuvenjeat) ще в 1753 р. пропонував зашивати матку, але тільки Леба (Lebàs) в 1869 р. реалізував цю пропозицію. Штоб перший у кол. Росії зробив к.р. (1874 р.) і поім зашив матку. Але справді причини післяопераційних ускладнень на той час були не відомі, і ці пропозиції не збудили собі прихильників. Тільки в успіхах антисептики ідею накладати шви на матку було реалізовано. Величезна заслуга

Керера (Kehrer) і Зенгера (Sänger), які в один час (1882 р.), але незалежно один від одного, запропонували докладно розроблену техніку накладання швів на стінку матки.

Керер пропонував, зробивши к. р., старанно зашивати матку, накладуючи шви шарами: перший ряд швів на шар мускулів і на децидуальну оболонку, другий — на очеревину. Зенгер описав трохи відмінну техніку: вийнявши дитину, вирізують під очеревину до краю розрізу шар мускулів і накладують шви через очеревину і шар мускулів; край очеревини треба поклати між краями розрізу мускулів; після того треба накласти ще один ряд швів на очеревину і на верхній шар мускулів. Пізніше Леопольд (Leopold) і сам таки Зенгер відоманілися від вирізування країв розрізу.

Від того часу операція к. р. значно поширилася і вже наприкінці 90-х років XIX ст. починає значно збільшуватися група к. р. при так званих відносних показаннях. Раніше, до Зенгер-Керера, навіть прихильники операції к. р., як Лево, Боделоко (Boudeleque), зважалися робити її тільки при абсолютних показаннях, розуміючи під цим таке звуження таза, коли доношену дитину зовсім неможливо вийняти ні живою, ні після ембріотомії. Успіхи к. р. привели до цілком нової групи показань — відносних, тобто таких, коли матері або дитині загрожувала небезпека під час родів, але їй можна запобігти іншим способом (напр., ембріотомія живої дитини). Отже успіхи оперативного акушерства дуже поширили наші можливості зберегти життя дитині. В 90-х роках минулого сторіччя процент післяопераційної смертності знижується до 10 — 12% і не дивно, що вже на першому з'їзді російських акушерів (1903 р.) проф. Рейн висловив думку про значне поширення показань до к. р. як операції цілком типової, суто хірургічної і технічно простої.

Але досягнуті наслідки не задовольнили вже всіх акушерів; шукання нових шляхів, щоб зменшити операційну смертність, не припинялося. Так виникла (1896 р.) геніальна своєю ідеєю операція Дюрсена — вагінальний кесарський розтин (sectio caesarea vaginalis) (докладніше про неї в розділі відповідної назви). Дюрсен і частина авторів надто захопилися успіхами в. к. р. і зважали, що ця операція може конкурувати в абдомінальним к. р. Думка ця неправильна — операції в к. р. не можна вжити в усіх випадках неправильних співвідношень між розмірами таза й дитини (крім випадків, коли дитина мертва або недоношена); успіхи асептики і блискучий розвиток оперативної техніки привели до колоасального зменшення смертності від абдомінального к. р.

Число прихильників широкого застосування в к. р. (1905 — 1912) за останні роки набагато зменшилося. Тепер в. к. р. належить визначне місце серед акушерських операцій, але він має лише йому властиві специфічні показання.

Не досить задовільні наслідки від а. к. р. в сумнівних і інфікованих випадках приводили до пошуку нових шляхів. Так виникли різноманітні модифікації абдомінального к. р.: позаочеревинний к. р., операція маткової черевостінної фістули Зельгеймом і в останній час (1924 р.) операція Порта. Але всі ці пропозиції в невеликій тільки мірі справдили надії вжити абдомінальний к. р. і в інфікованих випадках. Виявилось, що інфекція клітковини однаково небезпечна, як і очеревини.

Новіший етап розвитку абдомінального к. р. — це к. р. в нижньому сегменті матки (Деделейн, Брендо, Франц — Franz).

Нові ці модифікації дали багато кращі наслідки ніж класичний к. р. (з розрізом тіла або дна матки), але спроби вжити їх для групи інфікованих випадків також не виправдали себе. На теперішньому етапі розвитку оперативного акушерства операції к. р. в нижньому сегменті матки слід вважати найкращою і типовою. Але в кожному окремому випадку необхідно зважати всі умови і показання, пам'ятаючи, що к. р. операція занадто відповідальна як для життя, так і для здоров'я хворої (особливо своїми дальшими наслідками).

ПОКАЗАННЯ

Визначення показань до операції к. р. цілком залежало від тих наслідків, які були після операції в різні періоди її розвитку. Отже, цілком зрозуміло, що в доантисептичну еру акушери тільки в крайніх випадках приступали до к. р., вважаючи цю операцію майже смертельною. Так, до кінця XIX ст. існувала всього одна група показань — „абсолютні“; такі показання маємо в тих випадках, коли дитина не може народитися через природні родові шляхи ні живою, ні мертвою (після ембріотомії). Але в останні роки наслідки операції к. р., як порівняти з минулим, такі блискучі, що зрозумілим стає величезне поширення операції к. р. при відносних показаннях.

Ми не можемо, та і не потрібно, подати тут перелік усіх показань до к. р. В'єнтер (Winter) в 1931 р. нарахував їх близько 63. Подамо лише певні прин-

ціпляльні настанови і найголовніші групи показань, не поділяючи їх на абсолютні і відносні (цей поділ втратив уже своє значення).

Показання до операції абдомінального к. р. можна поділити на такі групи: 1) показання з боку матері, 2) показання з боку дитини, 3) показання з боку і матері, і дитини.

1. Показання з боку матері

Вузький таз. Термін цей раніше, та навіть і тепер, вживають в суто механістичному, статичному розумінні, надаючи домінантного значення абсолютним розмірам кісткового таза і мало зважаючи на інші істотні компоненти: розміри дитини, силу родової діяльності, спосіб встановлення передлежної частини. Тепер від суто статичного ми повинні перейти до динамічного розуміння цього терміну. Діагноз звуження таза можна поставити, тільки докладно вивчивши весь жіночий організм, його розвиток і проаналізувавши акушерський анамнез, перебіг попередніх і теперішніх родів, зокрема.

Так зване абсолютне звуження таза трапляється дуже рідко; буває воно в групі рахітично-звуженого плоского, загально-звуженого сповидіаістичного таза (справжня коньюгата 5,5—6 см) і лійкоподібного таза з значним (до 5,5 см) звуженням поперечного розміру виходу з таза (ці цифри мають лише відносне значення).

При остеомаляції деформація і звуження таза можуть бути значними, але іноді навіть уже під час родів при м'яких кістках спостерігаємо зміну форми тазового кільця; отже показання до оперативного втручання можна констатувати лише в процесі родів.

Значне звуження таза може залежати від опуху (екзостоз, новотвір), який походить з кісток таза, або від інфільтрату, що майже цілком вповняє таз. При такому значному звуженні таза становище акушера цілком ясне: треба виїняти дитину штучними способами, тобто вжити операцію абдомінального к. р.; експектативно-консервативна терапія може спричинити смерть і матері, і дитини.

Далеко складніша домінантна група так зв. відносного звуження таза. Численні статистичні дані ясно показують, що більш як у 80% такі роди кінчаються без будь-якого великого оперативного втручання. Глибока буде помилка, коли будемо базуватися лише на анатомічних розмірах таза, не зважаючи на цілий комплекс інших моментів (напр., сила родової діяльності, здатність передлежної частини до конфігурації і спосіб встановлення її); велике значення має також і акушерський анамнез.

Отже цілком зрозуміло, що ми мусимо ставити не статично-анатомічну, а динамічно-функціональну діагностику звуження таза (влучний термін запропонував проф. Архангельский — „клінічно-звужений таз“); визначити більш-менш певний час спостереження при родах, як радить це Дедерлейн, кажучи „не можна дозволити, щоб сонце двічі зійшло над роділлею“, буде надто схематично. Якщо дані зовнішнього, а коли треба, то і вагінального дослідження, показують значну невідповідність між родовими шляхами й дитиною і крім того є вказівки на несприятливий перебіг попередніх родів (але треба взяти до уваги, в яких умовах вони відбувалися), необхідно, не вагаючись, якнайшвидше приступити до операції к. р.

В сумнівних випадках треба певний час спостерігати хвору; можна вжити втиснення головки в таз за Мюллер-Гофмейером (Müller-Hofmeier), спосіб Вастен-Генкеля. При незадовільній конфігурації головки, при відсутності звуження передлежної частини і зокрема, коли є ускладнення з боку дитини, треба, попередивши матір, оцінити показання і приступити до к. р. Тільки зібраний великий акушерський досвід і ґрунтовний аналіз особливостей кожного окремого випадку забезпечать нас від надто пізнього або, тепер це частіше буває, — надто поспішного констатування показань до к. р.

Опухи в тазі. Опухи ці в переважній більшості походять від жіночих геніталій, але, як казуїстика, трапляються опухи інших органів, — наприклад, позаочеревних лімфатичних залоз, прямої кишки, сечового міхура.

Міома матки. Цей новотвір вимагає к. р. в окремих лише випадках, — наприклад, при інтралігаментарній, при анте- або ретроцервікальній локалізації і значному звуженні таза. Пропозицію оперувати в цих випадках per vaginam треба відкинути; така операція надто трудна і небезпечна. Екстирпувавши новотвір, доцільно (при життєздатній дитині) робити відразу і к. р. Вибір консервативної або радикальної операції залежить від конкретних умов окремого випадку.

Кіста яєчника. Оперативне втручання необхідне, — незалежно від періоду вагітності, — відразу як тільки поставили діагноз. Коли немає ускладнень, оваріотомія (як стверджують статистичні дані, особливо в 2-й половині вагітності) не позначається на перебігу вагітності. При операції в кінці вагітності треба комбинувати її з к. р.

Рак матки. Слід диференціювати 2 групи: оперативні і неоперативні випадки. У першій групі необхідне радикальне оперативне втручання незалежно від періоду вагітності. В перші 3 міс. вагітності можна оперувати per vaginam; пізніше доцільніше буде зробити абдоминальну операцію: звільнити матку від плідного яйця, а потім зробити операцію Вертгейма (Wertheim).

При неоперативній формі рака матки треба в першій половині вагітності звільнити матку і потім — енергійна рентген-радіотерапія. У другій половині вагітності, зокрема, коли дитина скоро може бути життєздатна, — радіотерапія (рентген може спричинити передчасні роди і пошкодити дитину). Оперувати краще тоді, коли дитина життєздатна, а потім зробити к. р. і призначити комбіновану рентген-радіотерапію.

Опухи вагіни і вульви. В дуже рідких випадках може бути комбінація вагітності і опухи вагіни (фіброма, кіста, рак). При значних розмірах опухи, коли можна передбачати труднощі при народженні дитини і можливе пошкодження матері, насамперед треба спробувати вирізати опух. і, як це не вдасться, тільки тоді зробити к. р.

При наявності рака вагіни робити те саме, що й у випадках рака матки.

Опухи кісток таза. Екзостози, остеосаркома можуть значно зменшити розміри таза, а також бути показанням до к. р.; зрозуміло, що одночасно треба робити (коли можливо) і радикальну операцію.

Інфільтрати від запалення. Як наслідок колишньої інфекції бувають такі масивні і тверді інфільтрати, що цілком затуляють вихід з таза; в такому випадку цілком раціонально зробити к. р.

Зміни м'яких родових шляхів. Стенози вагіни. Ці зміни можуть бути наслідком інфекції. Спроби вагінально закінчити роди надто небезпечні і можуть спричинити тяжкі пошкодження матері і дитини: отже доцільно зробити абдоминальний к. р.

Значний набряк зовнішніх геніталій. Такий набряк може утворитися при порушенні обміну речовин, — наприклад, при eklampsii, запаленні нирок. Насамперед необхідно призначити загальне лікування; лише як паліативне доповнення втручання можна рекомендувати скарифікацію набряклих частин (сувора асептика!); краще робити це ще під час вагітності і тільки в крайньому разі вже під час родів. Коли лікування не допоможе, може стати питання про к. р.

Розширення вен зовнішніх геніталій. Розширення вен небезпечно, бо це загрожує розривом і кровотечею. В літературі останніх років описано кілька випадків к. р. при таких умовах.

Фістули урогеніталій. Фістули тяжко відбиваються на працездатності жінки і примушують робити повторні операції. Отже цілком зрозуміте

бажання зберегти цілість родових шляхів при наступних родах. Так, виникає показання до к. р. при родах у тих жінок, що вже мали операцію зашивання фістули. За Кюстнером — ми цілком поділяємо Йогто думку, — експектаивне ведення таких родів можливе тільки при цілком правильних співвідношеннях між розмірами таза й дитини і при інших сприятливих показаннях (цілком задовільна родова діяльність, правильне вставлення передлежної частини).

Абсцес зовнішніх геніталій. У таких випадках роблять (Н Мар'ячик) операцію, щоб запобігти пошкодженням родових шляхів і щоб не перенести безпосередньо інфекції. В кожному такому випадку треба уважно вивчати і аналізувати всі умови, пам'ятаючи про небезпеку к. р.

Дефекти розвитку і неправильне положення геніталій. Тут ми не будемо розглядати випадків вагітності в рудиментарному розі (див. підручники акушерства). Дефекти розвитку рідко тільки можуть бути показанням до к. р. У клініці КМІ, напр., один раз зроблено було к. р. при дворогій матці і при поперечному положенні дитини; при трьох попередніх родах положення дитини було поперечним і народжувалися мертві діти (після повороту); операція к. р. при четвертих родах закінчилася успішно.

Подвійна вагіна або матка не спричинюють тяжких ускладнень при родах, і досить буває розрізати тільки перетинку вагіни.

Роди після вентрофіксації матки. Тяжкі ускладнення при родах може дати операція інтерпозиції матки або вентрофіксація матки способом Леопольд-Черні (за дно матки). При наступних родах бувають такі ускладнення: шийка матки відтягнута далеко назад до крижової кістки, розкриття каналу шийки іде дуже повільно, надто розтягається нижній сегмент матки і загрожує розрив її. Такі тяжкі ускладнення можуть примусити до операції к. р.; щоб запобігти цьому, для операції інтерпозиції або вентрофіксації матки за Леопольд-Черні рекомендують брати тільки таких хворих, які вже втратили здатність до завагітнення, або вибрати інший метод операції.

Розрив матки. Далеко не всі автори поділяють тепер твердження Бандля про наявність у всіх випадках розриву матки ясных продромальних симптомів і характерного симптомокомплексу цього розриву. За останні роки опубліковано цілий ряд випадків розриву матки без продромальних симптомів (Горнунг з клініки Штекеля). Отже тільки пильне спостереження перебігу родів (зокрема при невідповідності розмірів таза й дитини) допоможе своєчасно встановити необхідність оперативного втручання (абдомінальний к. р.).

Роди після к. р. Неоднакові погляди авторів і на принципи ведення родів у тих жінок, які вже мали операцію к. р. або розрив матки. Ми не поділяємо думки тих авторів, які принципіально радять повторне оперативне втручання (к. р.). Тепер процент розривів матки після к. р. у нижньому сегменті не перевищує 2-3, і цілком зрозуміло, що принципіально, застосовуючи к. р. у всіх випадках, ми зробимо багато зовсім непотрібних, а, можливо, і шкідливих операцій. Отже треба уважно стежити за перебігом таких родів і втручатися лише тоді, коли є досить обгрунтовані показання.

Не поділяємо ми погляду і тих авторів (Маліновський, Кушнір), які принципіально рекомендують к. р. у всіх випадках родів після розриву матки. Тільки уважне спостереження може дати нам обгрунтовану відповідь, яка потрібна операція — консервативна чи оперативна.

В цій групі випадків доцільно комбінувати к. р. з стерилізацією.

Еклампсія. Ми вважаємо, що неправильна як суто консервативна так і суто оперативна терапія. Еклампсія — таке захворювання, що визначити одиан спосіб лікування всіх випадків неможливо. Треба додержуватися суворо індивідуальної терапії і тільки після неуспіху консервативної терапії переходити до оперативної. Матеріали клініки КМІ, зібрані за 45 років (1883—

1928) (143 вип.), показують, що к. р. доцільно вжити в тих випадках еклампсії, коли вже від початку захворювання хвора в тяжкому стані (високий кровотиск, спорозний стан, відсутність родової діяльності); при формах не таких тяжких доцільно спочатку застосувати весь комплекс заходів, які входять у метод проф. Строганова, і тільки, коли вони не допоможуть, зробити к. р. При наявності симптомокомплексу тяжкого еклампсіяму (зокрема під час вагітності) або еклампсії без судорог необхідно негайно зробити к. р. Зрозуміло, що в усіх цих випадках треба уважно стежити за тим, щоб створити відповідне оточення як до, так і після операції.

Передлежання плаценти. Проф. Г. Рейн ще в 1894 р., перший у кол. Росії, у клініці КМІ зробив операцію Порро при передлежанні плаценти. В останні роки число прихильників к. р. значно збільшилося, тому що: 1) ця операція майже на 100% забезпечує життя дитині, тоді, як при вагінальних методах (поворот за Брекстон-Хіксом, метрейриза) смертність дітей, навпаки, дає майже всі 100%; 2) операція забезпечує від тяжких розривів і атонічної кровотечі в III періоді родів і після них. Щоб запобігти пошкодженням нижнього сегмента матки, слід оперувати під час вагітності або на початку родів. У клініці КМІ в таких випадках передлежання плаценти ми робимо к. р.: при значній кровотечі (незалежно від того, повне чи часткове передлежання плаценти) і при тяжкому стані матері.

Передчасне відділення нормально прикріпленої плаценти. Це ускладнення може спричинитись до дуже тяжкої картини гострого некрозів'я. Проте операцію абдомінального к. р. треба робити лише при невясній діагностиці і невідготовлених родових шляхах. Під час операції ми повинні вивчати зміну стінки матки (надриви, крововиливи), щоб вирішити, треба чи не треба екстирпувати матку.

При підготовлених родових шляхах і мертвій дитині операція абдомінального к. р. може успішно конкурувати з в. к. р.

Інші показання. За останні роки число показань до абдомінального к. р. надто збільшилося. Ми не будемо тут перераховувати всіх казуїстичних показань (за Вінтером — 63), а тільки нагадаємо ще раз, що необхідно в кожному конкретному випадку (напр., при декомпенсації серця) урахувати всю суму умов як близькі, так і можливі дальші наслідки операції.

2. Показання з боку дитини

Величезні успіхи к. р. дали можливість робити цю операцію і в інтересам дитини. Наведемо показання до неї.

Випадання пуповини. Випадання пуповини за даними Абуладзе (збірна статистика 442 вип.) дає 38% дитячої смертності. Спроби репозиції пуповини цікаві тепер тільки історично; успіхи к. р. дали підставу пропонувати його і при цьому ускладненні. Але слід пам'ятати, що успіх багато залежить від того, щоб швидко підготувати операцію і оперувати; перед самим початком операції необхідно ще раз перевірити, чи жива ще дитина.

Поперечне положення. Операцію к. р. при таких показаннях перший у кол. Росії зробив проф. Грамматікаті. В клініці КМІ в 3 вип. також успішно зроблено було операцію к. р. при цьому ускладненні.

Аномалії вставлення передлежної частини. В останні роки внесено було пропозицію робити к. р. при positio occipitalis sacralis, при лобному передлежанні, задньому виді лицевого передлежання.

Агонія або смерть матері. Клінічні спостереження показують, що чим довше триває агонія матері, тим менше шансів урятувати життя дитини, і навпаки, при раптовій смерті роділлі збільшуються шанси на життя дитини. При таких умовах (тільки після консультації з іншим лікарем і коли є згода близьких хворої) можна зробити к. р., додержуючись усіх правил асептики.

За Пономарьовим на 17 вип. операції при агонії матері врятовано життя 7 дітей.

Дитина може бути живою не більше як 10—15 хвилини після смерті матері; отже оперувати необхідно якнайшвидше. За Пономарьовим на 122 вип. операції к. р. на мертвій вдалось врятувати життя тільки 18 дітей.

3. Показання з боку матері й дитини

До цієї групи належить багато захворювань двох попередніх груп, одночасно небезпечних і для матері, і для її дитини (див. вище).

УМОВИ

Успіхи асептики і антисептики радикально змінюють погляд лікарів на умови для операції к. р. Ще не так давно Фейт вважав, що вагінальне дослідження вагітної на останніх 3 тижнях перед операцією недопустиме. Тепер навпаки, ми спостерігаємо надто широке визначення умов для операції к. р. і вживання її не тільки в сумнівних, але і в інфікованих випадках. Відповідні дані показують, що питання про можливість к. р. у цій групі аніж не можна вважати розв'язаним позитивно.

На теперішньому етапі можна накреслити такі умови (але і вони не абсолютні) для операції к. р.

1) Відсутність підвищення t° (одноразове підвищення t° не має такого тяжкого прогностичного значення).

2) Відсутність дослідження *per vaginam* (поза установою).

Інші умови, які зазначали раніше (цілість плідного міхура і наявність живої і життєздатної дитини) — не такі важливі; операція к. р. проходить без ускладнень навіть тоді, коли зроблено її, як уже відійшли додому. Досліді останнього часу показують, що цілість плідного міхура не гарантує стерильності матки; в ній знайдено було бактерії, коли води ще не відійшли. Але треба взяти до уваги загальний стан роділлі і те, що відходженням вод значно збільшуються шанси на інфекцію матки.

При надто тяжкому стані матері, напр., при еклампсії, при тяжкій анемії в наслідок передлежання плаценти, життя або смерть дитини не вирішує питання про необхідність операції; при підготовлених родових шляхах можна зробити в. к. р., але при передлежанні плаценти треба віддати перевагу абдомінальному к. р.

ОТОЧЕННЯ

Операцію к. р. можна робити в кожній лікарні, де маємо асептичне оточення і є відповідний персонал (лікарі, середній медперсонал), приміщення і інструментарій. Для допомоги операторові досить мати одного асистента, наркотизатора і хірургічну сестру; треба також наперед призначити таку акушерку, щоб прийняла дитину і зуміла (в разі потреби) оживити її.

У кожній районній лікарні треба створити такі умови, щоб можна було, поряд з іншими невідкладними операціями, робити і к. р.

Потрібні інструменти: 2 скальпелі, 2 пінцети хірургічних, 2 анатомічних пінцета, ножиці прями, короткі, ножиці Купера, 2 бокових гачка для черевної рани, 6 затискачів Кохера коротких, 6 затискачів Кохера довгих, 4 затискачі для тупферів, 2 пари щипців кульових, 2—4 клеми Бакгауза, 2 голкотриача, 6—12 хірургічних голок, щипці акушерські, 2,0 шприц Рекорда, шовк, кетгут, стерильна білизна, халати.

Треба також, — на випадок асфіксії дитини, — мати теплу і холодну воду, ванночку, катетер еластичний, стерилізований, ампули з камфорою і адреналіном, шприц на 2,0 см, CO_2 і пітуїтрин.

ПІДГОТОВКА ХВОРОЇ Й ВИБІР МОМЕНТУ ОПЕРАЦІЇ

В переважній більшості випадків показання до операції такі невідкладні, що доводиться значно скоротити підготовку — треба тільки знати волосся з передньої черевної стінки і зовнішніх геніталій і випустити катетром сечу; черевні стінки миють (безпосередньо перед операцією) і мастять Sol. Brillantgrün 1% (Spirituosa) або Sol. hydrargiri bichlor corros. Spirituosa 1% (останнє — коли не пошкоджені нирки). При неспішній операції — поставити клізму і помити хвору під душем.

Поле операції обкладають стерильними салфетками. Операцію роблять під загальною або спинномозковою анестезією.

Раніше, а деякі автори й досі, щоб запобігти гіпотонічній кровотечі, робили к. р. тільки після початку родової діяльності. Але тепер, зокрема вживаючи препарати передньої частини гіпофізу, ми сміло можемо приступати до к. р. у перший-ліпший момент, коли вимагає цього стан хворої, і не зважати на наявність або відсутність родової діяльності.

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ

Анатомічні дані. Матка, починаючи з 4-го місяця вагітності, виходить з малого таза і на останньому місяці нагадує овоїд, верхній край якого впирається в нижню поверхню печінки; матка лежить не на середній лінії, а трохи праворуч від неї; крім того матка трохи повернута навколо поздовжньої осі так, що ліве ребро її і додатки лежать до передньої черевної стінки ближче ніж праві. Лівий край передньої стінки матки прикритий сигмовидною кишкою, дно чепцем і поперечною кишкою, правий край передньої стінки матки безпосередньо прилягає до бокової черевної стінки. Дно сечового міхура, навіть порожнього, під час родів лежить на 5—6 см над симфізом. Про це необхідно пам'ятати при операції.

Класифікація операції кесарського розтину

Основні групи:

I. консервативний кесарський розтин,

II. радикальний кесарський розтин.

До першої групи належать такі модифікації:

1). Інтраперитонеальні модифікації:

а) кесарський розтин у нижньому сегменті матки,

б) так званий класичний або корпоральний кесарський розтин,

в) утворення матково-черевно-стінної фістули за Зельгеймом,

г) операція Порто.

2) Екстраперитонеальні модифікації кесарського розтину (Ляцко, Дедерлейн).

До другої групи кесарського розтину належать такі модифікації:

а) операція Порро,

б) операція к. р. в комбінації з вирізуванням матки.

ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНІ МОДИФІКАЦІЇ

Кесарський розтин у нижньому сегменті матки. Ця модифікація має багато назв: трасперитонеальний, супрасимфізарний, ретровезикальний, цервікальний к. р., низький к. р. („Section cesarienne basse“ французьких авторів); останній термін з погляду анатомічного вважаємо найбільш влучним.

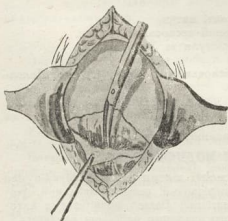
Операція складається з 4 моментів: 1) розріз черевної стінки; 2) розріз стінки матки; 3) вищипання дитини і плаценти; 4) зашивання матки і передньої черевної стінки.

Перший момент операції. Ми рекомендуємо поздовжній розріз черевної стінки шарами по обидва боки середньої лінії (за Леннандером — Lennander), за Пфаненштілем (Pflanzenstiell) не дає досить широкого отвору. Шарами розрізають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз, накладають лігатури на ті місця, які кровоточать, тупим способом розділяють прями мускули живота; розтинають очеревину (обережно: кишки, сечовий міхур). Хвору переводять у положення за Тренделенбургом.

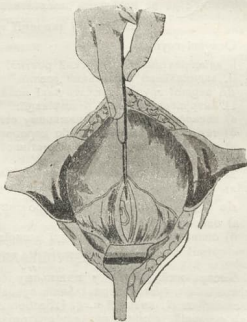
Другий момент операції. Асистент, поклавши руки над пупком, пригнічує матку до передньої черевної стінки. Орієнтуються в положенні сечового міхура і передньої Дугласової складки очеревини. Проводять поперечний розріз очеревини трохи вище передньої Дугласової складки, а потім відсепаровують край розрізу донизу і вгору, скільки можна (мал. 244); таким способом відкривають нижній сегмент матки; нижній край надрізу висцеральної очеревини і відсепарований сечовий міхур асистент відтягає донизу. Серединний поздовжній розріз стінки матки завдовжки 10—12 см (мал. 245). Не треба спинятись, якщо в місці розрізу буде плацента (placenta praevia caesarea).

Така техніка (Креніга — Krönig) операції к. р. у клініці КМІ. Брендо зовсім не відсепаровує сечовий міхур. Франц вів поздовжній розріз очеревини по передній поверхні матки, починаючи від Дугласової складки вгору на 10—12 см. Цей автор вважав, що не має особливого значення локалізація розрізу — чи буде він у нижньому сегменті матки, чи в її тілі.

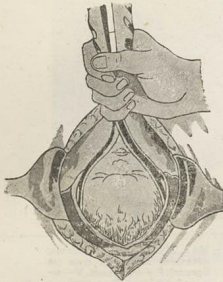
Третій момент операції. Навколоплідний міхур розривають пальцями (якщо його не надрізали) і вводять руку в порожнину матки; при передлежанні сідницями витягають дитину за ніжку; при головному передлежанні



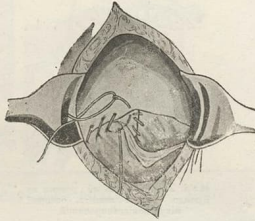
Мал. 244. Кесарський розтин у нижньому сегменті матки. Plica vesico-uterina peritonei розрізана впоперек.



Мал. 245. Те саме, що й на мал. 244. Поздовжній розріз матки в нижньому її сегменті.



М а л. 246. Те саме, що й на мал. 244. Виймають головку, наклавши на неї щипці.

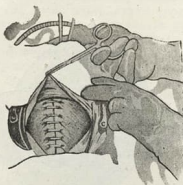


М а л. 247. Зашивання plicae vesico-uterinae peritonei.

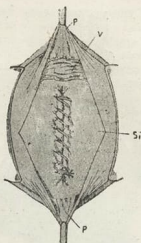
пробують вивести головку, натискаючи на дно і на бокові стінки матки. Коли це не вдається, треба ввести під головку одну ложку щипців і наблизити її до рани; коли і це не дає ефекту, треба швидко ввести щипці і, захопивши головку, вивести її (мал. 246). Цей момент операції треба вести спокійно, не хвилюватись, щоб не пошкодити дитину або не надірвати матку; при малому розрізі треба продовжити його до тіла матки. Ми не рекомендуємо витягати головку, ввівши палець в рот дитині, бо це може спричинити травматизацію; відомо, як легко кожна травма новонародженої дитини може бути вхідними ворітьми для септичної інфекції. Вийнявши дитину, відразу накладають два затискачі і перерізають пуповину. Асистент, прийнявши дитину, мусить уважно її оглянути (пошкодження) і при асфіксії відразу почати висмоктувати слиз і оживляти дитину. Ми рекомендуємо впорскувати (як витягли дитину) пітуітрин (інтравенозно або в стінку матки). Плаценту пробують витягти за пуповину, а коли це не вдається, відділяють рукою і уважно оглядають (дефекти). Недоцільно і небезпечно розширяти шийку матки, як радить дехто з авторів; ми ніколи не робимо і тампонації матки.

Четвертий момент операції. Верхні і нижні краї рани захоплюють кульовими щипцями і підтягають до краю розрізу черевної стінки. Шви на матку накладають у три шари: 1) на глибокі шари мускулів (без децидуальної оболонки); 2) на більш поверхневі шари мускулів і очеревину і 3) серозозний шов. Шви кладуть вузлуваті, не перетягаючи їх туго і не густо (не менш як на сантиметр один від одного), пам'ятаючи про зворотну інволюцію матки. Зашивають неперервним або вузлуватим (мал. 247) швом поперечний розріз черевини передньої Дугласової складки; якщо відсепаровано було й сечовий міхур, то дно його підшивають кількома швами очеревини.

Брендо перитонізує рану в два шари: верхній клапоть підшиває, підтягаючи якнайнижче, а потім прикриває його нижнім клаптем (мал. 248 — 253). Тупфером усувають згустки крові, що попали в черевну порожнину. Накла-



М а л. 248. Кесарський розтин за Брендо. Матка зашита, сечовий міхур невідсепарований.



М а л. 249. Те саме схематично; накладено лише ряд швів (за Брендо). P — очеревина, V — сечовий міхур, Si — матка.

дають шарами шви на краї розрізу черевної стінки: безперервний шов на очеревину, вузлуватий на прямі мускули, апоневроз, підшкірну клітковину; клеми на краї розрізу шкіри; асептична колодійна пов'язка; повторно впорскувати пігуїтрин або ерготин.

Оцінка операції. Переважна більшість сучасних акушерів і клініки КМІ і ДМІ вважають цю операцію найкращою, бо позитивне в ній: 1) можливість акуратно сполучити краї рани; 2) надійна перитонізація; 3) мала травматизація швів при зворотній інволюції матки; 4) кращі дальні наслідки; менший проти класичного к. р. процент розривів шраму і інтраперитонеальних зрощень.



М а л. 250. Те саме, що й на мал. 248. Шов матки перитонізують верхнім клаптем очеревини.



М а л. 251. Те саме схематично; літерні позначення ті самі (за Брендо). P — очеревина, V — сечовий міхур.



Мал. 252 Те саме, що й на мал. 250; шов матки перитоніаують у другий шар нижнім клаптем очеревини.



Мал. 253 Те саме схематично; літерні позначення ті самі (за Брендо).

КЛАСИЧНИЙ КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН

Спосіб цей найстаріший і до останніх років найпоширеніший, тому і названо його класичним або корпоральним.

Операція складається з 4-х моментів.

Перший момент. Поздовжній, екстремедіальний розріз черевної стінки від пупка до лобка.

Другий момент. Раніше, щоб навколоплідні води не попали в черевну порожнину, матку виводили в черевну рану, обкладаючи її салфетками. Але при такому способі легко порушити асептичність операційного поля, і все таки немає гарантії, що в черевну порожнину не попадуть води. Ми радимо розрізати матку, не вводячи її; в цей момент асистент мусить тиснути на дно матки і наближати його до передньої черевної стінки; розріз ведуть по передній поверхні тіла до дна матки.

Третій момент. Техніка виймання дитини і плаценти не відрізняється від попередньої модифікації.

Четвертий момент. Зашивають матку в три шари: а) глибокі шви на мускули; б) шви на мускули і очеревину; в) серо-серозний шов.

Але при класичному к. р. не можна мати таку перитонізацію, як при к. р. у нижньому сегменті матки. Стінку черева зашивають шарами, а на шкіру накладають серфіни Мішеля.

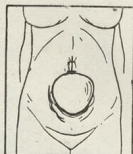
Модифікація Фрітша. Фрітш запропонував поперечний розріз дна матки від однієї Фаллопієвої труби до другої; він уважав, що цей розріз дає меншу кровотечу. Великий клінічний матеріал довів, що після операції цим способом часто маємо післяопераційні зрощення і можливість розриву шраму.

Модифікація Полано. Полано (Polano) запропонував розрізувати матку по задній поверхні, але цей спосіб дуже ускладнює операцію і нічим не кращий попередніх.

Оцінка операції. При сучасному розвитку к. р. класична його модифікація відійшла на другий план. Пояснюється це такими причинами: 1) досить високий (до 20% за Голандом) процент розривів шраму при наступних родах; 2) утворення зрощень між маткою, кишками, очервиною і чепцем. Позитивна сторона класичного методу—його простота. Отже класичний к. р можна рекомендувати тільки в окремих випадках, коли оператор не має достатньої оперативної техніки або при операції в агонії і на мертвій.



Мал. 254. Операція Порта (I етап) — матку вивели в черевну рану (за Вагнером).



Мал. 255. Те саме, що й на мал. 254. Вийняли дитину, матку зашили; край черевної рани звузили (за Вагнером).

Дві дальші операції запропоновано було, щоб поширити операцію к. р. і на групу інфікованих випадків. Всі ці спроби (як і спроба робити в інфікованих випадках к. р. у нижньому сегменті матки) не дали ще позитивних наслідків.

Тому ми скажемо про ці операції коротко.

Операція Зельгейма. Операція ця складається з двох етапів; у першому такі моменти: 1) розріз черевних стінок і очеревини; 2) зшивання країв висцеральної і парієтальної очеревини; 3) поздовжній розріз матки, вимання дитини і плаценти; 4) підшивання країв розрізу черевної стінки до країв розрізу матки; другий етап: через деякий час, коли рана очистилася, зашивають матку і черевну стінку.

Операція Зельгейма тяжко відбивається на здоров'ї і на працездатності жінки, тому і не здобула собі прихильників.

Операція Порта (Portes). В 1924 р. Порт запропонував нову модифікацію (*Extériorisation temporaire d'uterus*); складається вона теж з двох етапів: 1) кесарський розтин і екстериторизація матки в черевній порожнині (мал. 254, 255); 2) повторна операція і репозиція матки в черевну порожнину (мал. 256, 257).



Мал. 256, 257. II етап операції Порта (за Вагнером).

Перший етап операції складається з таких моментів: 1) розріз черевної стінки від пупка до лобка; 2) виведення матки, з додатками, з черевної порожнини; 3) зашивання розрізу черевної стінки навколо матки; 4) розріз матки, з відхиленням її наперед (щоб не попала плодова рідина в черевну порожнину); 5) вимання дитини і плаценти; 6) протирання внутрішньої поверхні матки сфіром і зашивання стінки матки. Асептична пов'язка на рану.

До другого етапу операції приступають через 20—30 день, коли рана матки вже загоїться; при цьому розрізають шрам черевної стінки, звільняють матку від зрощень і вводять її в черевну рану; шов шарами на черевну стінку. Світова література ще надто мала, але все таки треба сказати, що таке велике, повторне втручання не може не відбитися тяжко на здоров'ї і на працездатності жінки. В радянській літературі опубліковано один тільки випадок операції (Л. Бубліченко). З клініки Кувелера (Couvelaire) було опубліковано 32 вип. операції Порта; померли 2 хворі.

ПОЗАЧЕРЕВИННІ МОДИФІКАЦІЇ КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ

Модифікації ці побудовані на анатомічних дослідах Зельгейма, який виявив залежність висоти стояння передньої Дугласової складки очеревини від строку вагітності і зокрема родів. Складка ця під час вагітності і зокрема в II періоді родів піднімається на 4—5 см над симфізом. З цього і виникла думка розрізати матку в позаочеревинному її сегменті.

Операція Ляцко. Ляцко (Latzko) описав операцію (мал. 258, 259), яка складається з таких моментів: а) наповнення рідиною сечового міхура (150 см³); розріз черевних стінок за Піфаненштілем (хвора в положенні за Тренделенбургом); прямі мускули живота тупо відсепаровують один від одного, а парієтальну очеревину вгору; б) сечовий міхур відсепаровують праворуч від шийки матки, катетеризують і відтягають тупим гачком; в) розріз матки в нижньому сегменті і вимання дитини і плаценти; г) шви на матку і на черевну рану. Цю операцію слід робити вже після початку родової діяльності, коли нижній сегмент матки досить розтягся і складка очеревини переднього Дугласового простору піднялася вгору.

Дедерлейн оперував теж таким способом, тільки проводив поздовжній розріз черевної стінки.

Оцінка. Операції ці не поширилися через свої дефекти. Дефекти операцій такі: 1) можлива інфекція клітковини, як і інфекція очеревини; 2) великий



Мал. 258. Позаочеревинний кесарський розтин за Ляцко. (I акт) (за Ліпманом).

Мал. 259. Те саме, що й на мал. 258. Тупим способом відсепаровано збоку сечовий міхур; видно нижній сегмент матки (за Ліпманом).

процент ускладнень — пошкодженнь сечового міхура і очеревини; 3) операція трудна.

РАДИКАЛЬНИЙ КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН

Під цим терміном роз міють комбінацію к. р. з ампутацією або з екстирпацією матки.

Показання:

1. атрезія вагіни або неможливість, у зв'язку з тяжкими шрамовими змінами, розширити її;
2. множинні фіброматозні вузли, які вимагають ампутації матки;
3. комбінація вагітності і рака шийки матки;
4. рідкі випадки атонічної кровотечі після к. р., яку не можна спинити, напр. при особливій формі передлежання плаценти, при цервікальній плаценті;
5. після к. р. з приводу розриву матки, коли орган цей надто травматизований;
6. при наявності тяжких змін у стінці матки, коли виявляють їх, оперуючи з приводу передчасного відділення плаценти;
7. інфіковані випадки (рідко).

До цієї групи операцій належать дві операції: операція Порро і комбінація к. р. з екстирпацією матки.

Операція Порро. За оригінальною авторовою методикою операція складається з таких моментів: розріз стінок очеревини і матки, вимання дитини і плаценти, накладання лігатур на *lig. infundibulo-pelv. et lig. rotunda*; супрагінальна ампутація матки з додатками. Куксу шийки матки обшивають навкруги очеревиною і виводять (позаочеревинно) в нижній кут рани. Тепер роблять типову ампутацію матки, без додатків (техніка описана в підручниках оперативної гінекології). Показання до операції Порро виникають при умовах, зазначених в пунктах 1, 2, іноді 5, 6, 7.

Тотальна екстирпація матки. Цю операцію (техніку описано в підручниках оперативної гінекології) роблять, коли є показання, зазначені в пунктах 1, 3, 4, іноді 5, 6, 7.

МАЛИЙ КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН

Під терміном *sectio caesarea minor* слід розуміти той абдомінальний к. р., який роблять у першій половині вагітності, як операцію пізнього штучного аборту. Ідея цієї операції належить Вальтарду (Walthard, 1912 р.), а докладне розроблення техніки — Зельгейму; перший у кол. Росії зробив її Бекман (1915 р.).

Показання: 1. захворювання матері, які вимагають не тільки припинення вагітності, але й стерилізації, — напр. тяжкі форми туберкульозу легенів (коли несприятливі матеріально-побутові умови);

2. комбінація вагітності, яку за медичними показаннями треба припинити, і новотвору, який вимагає оперативного втручання (кіста яєчника, міома матки).

Умови. Перша й головніша — асептичність випадку.

Оточення. Операцію треба робити в оточенні, аналогічному для к. р. в кінці вагітності.

Техніка операції. Техніка абдомінального к. р. в нижньому сегменті матки. Плідне яйце виймають пальцем або кореткою.

Оцінка. В останні роки операція малого к. р. надзвичайно поширилася при чому переважає група т. зв. побутових показань або надто мало обгрунтованих медичних (показань). Треба рішуче застерегти від такого надмірного поширення операцій, пам'ятаючи, що кожен череворозтин небезпечний і може спричинити тяжкі ускладнення і навіть смерть хворої. Отже ми категорично проти вживання малого к. р. зокрема в комбінації з стерилізацією тільки при матеріально-побутових показаннях і проти надмірно широкого трактування т. зв. „медичних“ показань.

НКОЗ України видав розпорядження з категоричною заборону операційної стерилізації жінок за якими б не було соціальними показаннями. Операційну стерилізацію дозволяється тільки за суто серйозними медпоказаннями, які встановляє обов'язково консіліум лікарів („Бюллетень НКОЗ УСРР 1931 р. № 34—36).

ТРУДНОЩІ І УСКЛАДНЕННЯ

Перший момент. При дуже товстих черевних стінках доводиться значно збільшити операційний розріз.

Якщо раніше була вже операція лапаротомії, то при повторній операції можуть бути труднощі, які залежать від зрощень між черевною стінкою, маткою, чепцем і кишками. Відсепарування і порушення цих зрощень вимагає великої обережності, щоб не пошкодити кишку і сечовий міхур. Проф. Ількевіч опублікував випадок таких міцних зрощень після к. р., що при повторній операції неможливо було порушити ці зрощення, і від операції довелося відмовитися.

У першому моменті операції треба пам'ятати про високу локалізацію дна сечового міхура і про небезпеку пошкодження його.

Другий момент. Розріз стінки матки необхідно робити швидко, щоб уникнути зайвої кровотечі, але обережно, пам'ятаючи, що можна пошкодити дитину.

Розріз на місці імплантації плаценти (placenta praevia caesarea) дає значну кровотечу, але, не зважаючи на це, необхідно надрізати плаценту і швидко виняти дитину і плаценту.

Третій момент. Гіпотонічна кровотеча може виникнути як у другому, так і в третьому моменті операції. В переважній більшості випадків можна припинити її, впорскуючи ерготин або пітуітрин (1,0 у стінку матки або інтравенозно). Зігварт у цих випадках рекомендує протирати внутрішню поверхню матки тупфером в етері. У виключних тільки випадках (placenta isthmico-cervicalis) кровотеча буває така велика, що примушує зробити екстирпацію матки.

Четвертий момент. Тут звичайне не буває будь-яких ускладнень або труднощів.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ДОГЛЯД

Відразу після операції хвору переносять у тепле ліжко і зогрівають. В перший день після операції, при незадовільному скороченні матки призначають лід на живіт (на 2-3 год.) і впорскуювання ерготину. Коли немає блювот, уже наприкінці першого дня дозволяють пити; тоді ж таки або на початку другого дня прикладають дитину до грудей. Інші подробиці після операційного догляду не відрізняються від випадків лапаротомії з приводу гінекологічних захворювань. Спеціальні терапевтичні заходи залежать від

основного захворювання, що було показанням до операції (лікування за Строгановим при еклампсії, переливання крові при анемії та ін.). Найкращий спосіб досягти правильної зворотної інволюції матки — годування дитини.

БЛИЗЬКІ І ДАЛЬШІ НАСЛІДКИ

Програмні доповіді і дискусія на VIII Всесоюзному з'їзді акушерів і гінекологів (1928 р.), а також дискусія з приводу статей М. Гірша дали великий матеріал для відповіді на це питання.

Вживання к. р. щоразу ширшає: так, у клініці КМІ за період 1883—1900 р. р. к. р. проведено в 0,19% родів, за 1900—1910 р. р. — в 0,28%, а за 1921—1931 р. р. в 0,5% усіх родів. У клініці проф. Груздева процент к. р. збільшився з 0,22 (1900—1915 р. р.) до 1,17 (1918—1928 р. р.), у Москві (за Ількевичем, Селіцьким, Леві) цей процент збільшився з 1,27 (1921 р.) до 4,4 (1928 р.) В Америці число операцій к. р. досягає жахливих цифр: 1:12 і навіть 1:6 родів. За даними Ількевіча материнська смертність на 743 випадків к. р. становить 4,2% (редуковано).

Вінтер зібрав загально-німецьку статистику операцій к. р. в 4450 випадках (за 1928 р.) і конспектує 4,2% первинної материнської смертності. Жодна з вагінальних акушерських операцій не дає такої високої материнської смертності.

Сприятливі наслідки (0,58% смертності на 170 випадків к. р.) Дерфлер (Dörfler) - Черкасов 0,5% на 51 випадків к. р. є винятком і пояснюються суворим дотриманням (Дерфлер) принципу оперувати лише в асептичних випадках. Пізніше Дерфлер опублікував серію операцій к. р. в сумнівних щодо асептики випадках з однаково сприятливими наслідками; проте він має ще занадто невелике число спостережень.

Черкасов, оперуючи і в сумнівних щодо асептики випадках, у 17 відзна чив нагноєння рани або інфільтрати.

За даними клініки КМІ (1900—1931 р. р.) первинна смертність при к. р. 9,7%, редукована 4,8% при цьому як до 1920 р., так і після того смертність змінилася мало, а післяопераційна захворюваність навіть різко збільшилася. Ми редукуємо такі випадки: 1) к. р. на мертвій, 2) смерть від еклампсії, 3) смерть від анемії при передчасному відділенні плаценти, 4) смерть від загального карциноматозу. В усіх інших випадках причиною смерті було запалення очеревини. Захворюваність у післяопераційному періоді значно збільшилася після 1920 р.: з 67 хворих гарячковий післяопераційний період був у 33, тоді як за період з 1900 до 1920 р. гарячковий перебіг післяопераційного періоду був лише у 2 з 15 хворих. Такий великий процент ми пояснюємо поширенням показань до к. р. на групу випадків, сумнівних щодо асептичності. Смертність дітей (13,2%, редукована—6%) стабілізувалася в обох періодах: ми редукуємо випадки смерті дитини до операції, а також випадки смерті дитини, що важила менше 2000,0.

Усі спроби поширити вживання к. р. і на групу інфекційних випадків (позачеревинний к. р., черевостійково-маточна фістула за Зельгеймом, операції Лестокуа, Фоціо, вживання гумових підстилок для ізоляції черевної порожнини — (Черепакін, Архангельський) не дали покищо досить сприятливих наслідків.

Для ілюстрації наведу таблицю за Голяядом. Наслідки к. р. в залежності від чистоти випадку.

А в т о р	Чисті випадки			Сумнівні випадки			Інфіковані випадки		
	число випадків	Смертність %		число випадків	Смертність %		число випадків	Смертність %	
		за- гальна	реду- кована		за- гальна	реду- кована		за- гальна	реду- кована
Голянд (збірна англій- ська статистика) . .	384	1,8	—	213	9,4	—	102	25,6	—
Гаусо (збірна статис- тика)	1245	2,8	1,5	374	6,5	5,6	253	9	7,6
Крукенберг (Бонн) . .	190	1,26	—	224 (II—III гурпа)	8,9	—	—	—	—

Операція Порта (Portes, 1924 р.) звернула на себе чималу увагу, але без сумніву навіть при сприятливих близьких наслідках вона тяжко відіб'ється на здоров'ї жінки.

Пропозиція частини авторів робити в інфікованих випадках цервікальний к. р. не стверджена переконливими даними.

Для дитини наслідки від операції к. р. багато сприятливіші, ніж для матері: смертність від 0 до 5% і далеко менша, ніж при вагінальних операціях.

ІСТОРИЧНІ АНАТОМІЧНІ ДАНІ

У 90-х роках XIX ст. операція абдомінального кесарського розтину, не зважаючи на великі успіхи асептики і антисептики, а також на накладання шва на матку, все таки давала найтяжчі ускладнення (до 12% смертності). Шукаючи нових способів хірургічного закінчення родів, Дюрсен запропонував глибокі надрізи шийки матки, паравагінальний розріз (помилково його звуть Шухартівським) і кінець-кінцем геніальну своєю ідеєю операцію вагінального кесарського розтину (1896 р.). Пропонуючи нову операцію, Дюрсен базувався на анатомічних змінах під час вагітності.

Очеревина вкриває задню поверхню сечового міхура і переходить на передню стінку матки, утворюючи передню Дугласову складку. У невагітних очеревина звичайно переходить з сечового міхура на передню поверхню матки приблизно на висоті внутрішнього устя матки. Під час вагітності змінюється топографія очеревини (Зельгейм, Кувелер); матка, збільшуючись, зокрема в нижньому сегменті, перетягає на себе і суміжну очеревину (сечового міхура). Коли в перші місяці вагітності передня Дугласова складка лежить нижче верхнього краю симфізу, то в кінці вагітності і під час родів ця складка лежить вище верхнього краю симфізу (на висоті до трьох поперекових пальців).

Отже передній Дугласів простір під час родів (а іноді і під час вагітності) лежить вище і поза малим тазом. Під час вагітності змінюються і ті границі, при яких можна відсепарувати очеревину від стінки матки. Гофмейєр і Бенкейзер (Benkeiser) знайшли, що під час вагітності (2-х місяців) очеревину можна відсепарувати по передній поверхні матки на 2 см вище внутрішнього устя, в 3-4 місяці — на 3 см, в 7 місяців — 5 см, в кінці вагітності на 5-7 см (зрозуміло, що цифри ці лише орієнтовні). Крім того під час вагітності клітковина між стінкою вагіни і сечовим міхуром, яка вповняє везико-вагінальний простір, стає ще пухкішою. Ці анатомічні факти лягли в основу операції в. к. р., яка, коротко кажучи, є розрізуванням стінок вагіни, переднього і заднього склепіння вагіни, а далі медіальне розрізування передньої і задньої стінки нижнього сегмента матки і витягання дитини через природні родові шляхи; отже операція в. к. р. в своїй основній формі — суто позаочеревинна.

Операція Дюрсена відразу стала дуже популярною, і багато акушерів як і сам автор її, вважали, що вона може конкурувати з операцією абдомінального к. р. Але думка ця була помилкова; операцію в. к. р. можна робити тільки при правильних співвідношеннях між розмірами таза й дитини і не можна робити її у великій групі випадків з звуженим тазом. Після ери надзвичайного захоплення і поширення операції по всіх країнах світу (1905—1912 рр.) показання до в. к. р. почали звужувати, обмежуючи операцію переважно такими випадками, коли дитина ще не життєздатна. Проте на цьому новому, і для нас сучасному, етапі від операції в. к. р. не відмовились (як було з способом Боссі), а ґрунтовно переглянули показання і техніку її.

Як приклад успішного в. к. р. можна навести новіші дані Мартіна (Ed. Martin), що з 1919 до 1928 р. оперував 312 вип., при чому в 158 вип. показанням до операції було передлежання плаценти; наслідки треба визнати цілком сприятливими; материнська смертність була 4,8% (редукована 1,2%, дитяча — 15%, редукована — 9,5%).

ПОКАЗАННЯ

Якщо взяти показання до операції взагалі, то можна сказати, що це всі ті захворювання, які вимагають швидко і суто хірургічним способом звільнити вагітну матку. Але таке визначення показань було б мало конкретизованим. Перед тим, як розглядати показання до операції, скажемо, що принципіально ми вважаємо доцільним в. к. р. лише в інтересах матері, тобто при недоношеній вагітності. Тільки у виключних випадках при достатній підготовленості м'яких родових шляхів і при правильних співвідношеннях між розмірами таза й дитини і коли неможливо зробити абдомінальний к. р., доводиться — і в інтересах дитини — зробити в. к. р.

Показання до операції в. к. р. можна визначити такі:

Еклампсія. Ми не визнаємо схематизації в терапії еклампсії, не поділяємо думки тих клінік, які принципіально додержуються консервативного або активного методу лікування. Матеріал Акушерської гінекологічної клініки КМІ стверджує, що найправильніша терапія індивідуальна (ми не говоримо тут про колосальне значення профілактики).

Оперативне втручання звичайно стає потрібним при тяжких формах захворювань, коли попередня консервативна терапія (за Строгановим) не мала успіху; ми рекомендуємо в. к. р. у випадках еклампсії в multigravae, коли шийка матки ще не відкрита, переважно при нежиттєздатній дитині. На 143 вип. еклампсії в Київських акушерських клініках в. к. р. вжито було 5 раз.

Інші токсикози вагітності. Невпинні блювоти, хorea вагітних; тяжкі дерматози, неврити можуть бути показанням до в. к. р. у тих випадках, коли трапляються вони при вагітності понад 3 місяці і коли консервативні методи лікування не мають успіху. Доц. О. Ніколаєв описав випадок невпинної блювоти і токсичного поліневриту, де довелося зробити в. к. р.

Передчасне відділення плаценти. Це захворювання залежно від строку вагітності і від ступеня крововиливу може дати занадто неоднакову картину; від гострої, загрозливої життя матері анемії, до легких — діагностично трудних — випадків, які не вимагають зовсім активної терапії. В тяжких випадках, коли шийка матки закрита або мало ще відкрита, доцільно зробити в. к. р. Можливість швидко закінчити роди, зробивши перфорацію головки дитини, звичайно вже мертвої, і швидко виїняти матку, коли в стінці її є значні зміни — надриви, крововиливи, — все це говорить за в. к. р. при таких показаннях.

У випадках неясних, коли трудно поставити певний діагноз і виключити іншу причину кровотечі, а також при непередбачених родових шляхах треба віддати перевагу операції абдомінального к. р.

Тяжкі гострі захворювання матері. Захворювання матері під час вагітності (серця, дихальних шляхів, нирок) можуть привести до такого тяжкого стану, який вимагає негайно звільнити матку і тим полегшити стан матері. При відповідних умовах (підготовлені родові шляхи, закрита або мало відкрита шийка матки) доцільно зробити в. к. р. Інші методи штучних передчасних родів (метрейриз, ручне розширення шийки матки) не можуть тут допомогти, бо надто довго тривають (напр., при метрейризі) (середня тривалість родів 30 годин). Спроба форсувати метрейриз надто небезпечна і загрожуватиме тяжкими пошкодженнями.

Аборт і передчасні роди. Дюрсен запропонував в. к. р. переважно як таку операцію, що конкуруватиме з абдомінальним к. р. наприкінці вагітності і під час родів. В останні роки операція в. к. р. набуває все більшого значення як операція вибору, коли необхідно зробити пізній аборт або передчасні роди. З 50 вип. у клініці КМІ лише 7 оперовано було після 8 міс. З розділу про аборти ми знаємо, що до 3-х місяців вагітності ми ще не маємо кращої операції як вискрібання. Погляди авторів на вибір методу штучних передчасних родів або пізнього абортів надто розходяться: одні радять в. к. р. як операцію вибору для всіх випадків; другі рекомендують спочатку спробувати консервативніші методи (бужування, метрейриз) і тільки після неуспіху їх — в. к. р.; треті радять в. к. р. тільки в тих випадках пізнього абортів і передчасних родів, де є невідкладні показання до звільнення матки.

Ми поділяємо погляд третьої групи авторів і вважаємо, що для в. к. р. необхідні достатньо обгрунтовані показання; серед матеріалу клініки КМІ (50 вип.) тільки в 4-х в. к. р. зроблено було на підставі соціальних показань.

В останні роки все більшої популярності набуває малий к. р. (sectio caesarea minor).

Деякі акушери роблять його навіть у випадках абортів за так зв. соціальними показаннями. Ми рішуче заперечуємо проти такого надмірного поширення показань до череворозтинів і вважаємо доцільним обмежити малий к. р. тільки тими випадками, де необхідно стерилізувати або вирізати новотвір (докладніше в розділі про абдомінальний к. р.).

Стороннє тіло в матці. Для таких випадків ще Дефонтен (Defontaine) запропонував глибокі надрізи шийки матки. Операція в. к. р. дає можливість цілком хірургічним способом виняти стороннє тіло. При таких показаннях з успіхом оперували Рашкес, Тимофеев, Соколов, Круський.

Цим і можна резюмувати сучасні наші погляди на показання до в. к. р.; крім того операцію в. к. р. робили ще при інших захворюваннях (передлежання плаценти, рак матки, ригідність родових шляхів). Проте літературні дані показують, що ці захворювання треба вважати протипоказаннями до в. к. р.

ПРОТИПОКАЗАННЯ

Передлежання плаценти. Не сплячючись на питанні про терапію цього ускладнення (див. розділ „Негайна допомога в акушерстві“), скажемо, що основна принципальна настанова мусить бути така: кращий метод лікування той, який не угрожує розтягом і надривами нижнього сегмента матки. В. к. р. не може задовольнити цієї вимоги, бо при операції дитину доводиться витягати через природні родові шляхи. В літературі про в. к. р. описано випадки кровотечі від розривів розрізу, які сталися при витяганні дитини (Панков, Бумм); поруч з цим окремі автори (Дедерлейн, Мартін) опублікували великі серії успішних операцій; напр. у Мартіна з 120 хворих померло 2 (одна від повторної кровотечі, друга — від інфекції).

Правда, щоб запобігти надривам країв розрізу, Дюрсен запропонував розрізувати по метрейринтеру, введеному в порожнину матки. Ця модифікація набагато полегшує операцію, але все таки не цілком гарантує від розриву.

Тому ми принципально не рекомендуємо в. к. р. при передлежанні плаценти, при значній кровотечі і недостатньо відкритому усті матки; в цих випадках ми перше місце віддаємо операції абдомінального к. р.

Рак і вагітність. В перші роки розвитку операції в. к. р. показання це було найчастішим. Так, з 26 випадків операції, які зібрав з 1902 р. Бумм, 21 випадок оперовано було при такому ускладненні. Дюрсен, а трохи раніше

Аккончі (Ассонсі) запропонував навіть спеціальну операцію — радикальний в. к. р. — комбінацію в. к. р. з наступним вирізуванням матки. Але операція в. к. р. може спричинитися до таких ускладнень: надривів операційного розрізу, пошкоджень суміжних органів — сечового міхура (urether), випадки Ортмана (Orthmann), Бумма, Ліндквіста (Lindquist). Велика пухкість тканин, їх травматизація під час операції, неможливість зробити досить широкий отвір з першого вже моменту інфікування операційного поля — все це негативні сторони в. к. р. Для таких випадків ми рекомендуємо абдомінальний к. р. і поширену екстирпацію матки за Вертгеймом.

Ригідність родових шляхів. Під цим терміном автори розуміють різні порушення еластичності і податливості маткової шийки і вагіни. На нашу думку, в цих випадках слід дуже обережно визначати показання до в. к. р., бо невідготовленість м'яких родових шляхів загрожує тяжкими пошкодженнями і матері і дитині. Операція абдомінального к. р. цілком забезпечує нас від цих ускладнень.

Запропоновано було в. к. р. в інфікованих випадках, а також при комбінації вагітності з новотвором, який виповняє таз. Обидві ці пропозиції не раціональні. В інфікованих випадках однаково небезпечні пошкодження і очеревини, і кілтковини. При комбінації вагітності з новотвором безпечніше буде для матері і для життя дитини швидше зробити операцію абдомінального к. р.

УМОВИ

Найширше накреслив їх Дюрсен; єдиною умовою для операції в. к. р. він визнав нормальні — або близькі до них — розміри таза. Тепер умови до в. к. р. визначаємо, базуючись на тому, що дитину доводиться виймати через природні родові шляхи. З такого погляду умови до операції в. к. р. слід сформулювати так: 1) правильні співвідношення між розмірами таза й дитини (при життєздатній дитині); 2) при нежиттєздатній або мертвій дитині розміри таза не мають значення; 3) підготовленість м'яких родових шляхів; зрозуміло, що ця умова є лише частиною першої загальної умови — правильних співвідношень між родовими шляхами й дитиною.

Дюрсен широко практикував глибокі паравагінальні розрізи, але правильно пише Бумм, що в цих випадках операція в. к. р. може бути трудною, а витягання дитини може спричинитися до тяжких пошкоджень.

ОТОЧЕННЯ

Операцію в. к. р. можна робити тільки в умовах добре устаткованої лікарні, хоч окремі автори робили її навіть у помешканні хворої. Оператор повинен добре знати техніку вагінальних операцій і мати не менше двох асистентів. Наркоз під час операції може бути загальний або місцевий (див. розділ „Умови, показання і оточення при акушерських операціях“). У важких випадках при дуже тяжкому стані хворої доводиться оперувати і без наркозу.

Потрібні інструменти: широкі, плоскі дзеркала Дуайена, 1—2 узьких піднімача (з них один короткий), 4 пари щипців Мюзо або Дуайена, № 4—23 розширника Гегара, балон Шампетъе де-Ріб, скальпель, ножиці довгі, ножиці Купера, 2 довгих голкотримача, 6 хірургічних голок для шийки матки і для вагіни, 2 хірургічних пінцета, 2 анатомічних пінцета, 6 стискачів Кохера, 6 стискачів Пеана, шприць — 200,0¹.

¹ Метрейринтер, шприц і великі розширники потрібні лише при модифікації операції за Дюрсеном (див. далі).

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ

Техніка операції в. к. р. проробила певну еволюцію залежно від того, як визначали показання до неї. Оригінальна операція Дюрсена з розрізом передньо-задньої стінки шийки матки і нижнього сегмента матки з часом втратила свою популярність, бо, мало збільшуючи операційний отвір, разом з тим вона загрожувала пошкодженням очеревини. Тепер найчастіше вдаються до модифікації Бумма (*hysterotomia vaginalis anterior*).

Модифікація Бумма. Хвора лежить на спині, в положенні для гінекологічного дослідження; асистенти стоять біля неї; після дезинфекції зовнішніх геніталій і вагіни стерильним зеленим милом і антисептичним розчином (sol. Brillantgrün 1%; sol. hydrarg. bichlor. cor. spirituosa) поле операції відокремлюють стерильними салфетками; далі відкривають вагіну широкими дзеркалами Дуайєна і знову дезинфікують вагіну і шийку матки.

Операція складається з чотирьох моментів:

1. Розріз вагіни і відсепарування сечового міхура;
2. Розріз матки;
3. Виймання дитини і плаценти;
4. Зашивання розрізу матки і вагіни.

Перший момент. Двома щипцями (Мюзю або Дуайєна) захоплюють з двох боків вагіну частину шийки матки і підтягають її донизу; скальпелем роблять поздовжній розріз передньої стінки вагіни, починаючи на 1—2 см від зовнішнього отвору сечівника і до зовнішнього устя матки (мал. 260); в операційній рані видно (зокрема коли ввести катетер) сечовий міхур. Ножицями Купера підрізують зрощення між сечовим міхуром і шийкою матки (мал. 261); і тоді легко тупим способом (пальцем у салфетці) відділити сечовий міхур; за сечовим міхуром видно передню поверхню шийки матки і нижнього сегмента матки; захищаючи сечовий міхур піднімачем, тупо відсепарувати складку очеревини — її видно у верхньому куті рани. Треба відсепарувати сечовий міхур і стінку вагіни близько до серединної лінії, щоб не пошкодити



Мал. 260. *Hysterotomia vaginalis ant. modo Bumm.* Шийка матки підтягнута двома кульовими щипцями; надрізано вздовж слизової вагіни (за К. Жмакіним).



Мал. 261. Анатомічним піддетом підняли сечовий міхур. Ножицями Купера починають надрізувати спайку між сечовим міхуром і передньою стінкою вагіни (за К. Жмакіним).



Мал. 262. Сечовий міхур відсепарували дзеркалом, подовжній розріз передньої стінки шийки; hysterotomia vaginalis ant. modo Bumm (за К. Жмакіним).



Мал. 263. Розривали передню стінку шийки і нижнього сегмента матки; глибоко в операційному отворі видно навколорідний міхур. Hysterotomia vaginalis ant. m. Bumm (за К. Жмакіним).

венозне сплетення на боковій поверхні матки; слід обережно відсепарувати очеревину, зокрема в випадках операції в першій половині вагітності, коли клітковина ще не дуже пухка; в кінці вагітності небезпека пошкодити очеревину далеко менша.

Другий момент. Відсепарувавши сечовий міхур і складку очеревини, оператор вузьким дзеркалом-піднімачем захищає сечовий міхур і ніжцями розрізує вагіну частину шийки за нижній сегмент матки. увесь час контролюючи верхній край розрізу (мал. 262, 263).

Третій момент. Розривавши матку так, щоб можна було ввести руку (два пальці при вагітності 5—6 міс.), знімають усі інструменти з шийки матки; оператор вводить руку у вагіну і в матку і, розривавши навколорідний міхур, виймає дитину, зробивши поворот, коли дитина рухома. В цей момент другою рукою оператор крізь передню черевну стінку тисне на дно матки. Коли головка вже верухома, треба накладати щипці. У випадках абортів плаценту виймають рукою; коли операцію роблять у другій половині вагітності, то ждуть спонтанного відділення плаценти; тільки при кровотечі або при інших ускладненнях відділяють її руками.

Четвертий момент. Вийнявши дитину і плаценту, знову накладають щипці на край розрізу, добре розкривши їх (треба, щоб добре було видно верхній край). На лігатури ми беремо кетгут. Стінку матки зашивають вузлуватими швами у 2 (або в 1) шари, не захоплюючи децидуальної оболонки (мал. 264). (Не треба міцно затягати шви!). Потім накладають шви на передерікальну клітковину, звужуючи отвір, який утворився у вагіні після розрізу її передньої стінки. Треба накладати шви на фасцію вагіни (Старков, Гальбан, Жмакін), щоб не випав сечовий міхур. Сечовий міхур підшивають 2—3 лігатурами до передньої стінки шийки матки. На стінку вагіни накладають безперервний шов.

Накладаючи таким способом шви, ми ні разу не спостерігали гематом у післяопераційному періоді і не мали потреби тампонувати передне склепіння.

МОДИФІКАЦІЇ ОПЕРАЦІЇ

Ми розглянемо їх відповідно до моментів операції; найбільше число модифікацій стосується до другого моменту.

Розріз Дюрсен — Шухардта. Розріз цей роблять у primiparae з мало податливими родовими шляхами (докладніше в розділі „Розширення м'яких родових шляхів“). У 3-х випадках (з 50) ми примушені були зробити такий розріз, але тепер вважаємо, що це надто ускладняє операцію і спричинює зайву травму; при значній ригідності м'яких родових шляхів краще зробити абдомінальний к. р.

Розтин вагіни може бути поздовжнім, поперечним, овальним або язикоподібним (мал. 265).

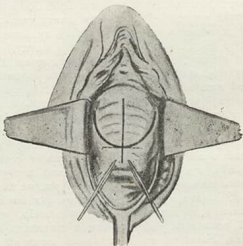
Вважаємо, що кращий розріз поздовжній, бо, на нашу думку, він дає більше місця і полегшує відсепарування сечового міхура саме по середній лінії; при овальному поперечному розрізі вагіни легше поранити венозне сплетення (plexus venosus utero-vaginalis), що лежить позаду сечового міхура. Не можна дуже ускладняти операцію і затягати її; коли гемостаз недостатній, може бути гематома і неповне загоєння швів.

Попередіє розширення шийки. Запропоновано було, щоб не затримувалися виділення. Але досвід багатьох авторів показує, що ця операція не потрібна.

Модифікацію другого моменту. розріз по метрейринтеру запропонував Дюрсен, назвавши його „Metreurynterschnitt“ (мал. 266). Підтягаючи за трубку балона, багато легше наблизити до себе операційне поле і анемізувати його; при цьому краї рани так стискаються, що з розрізу майже не кровоточить. Значення цього методу зовсім неоднакове в першій і в другій половині вагітності; за нашим досвідом і на думку більшості авторів, вводити метрейринтер і розрізувати по ньому доцільно тільки в другій половині вагітності. Зрозуміло, що ця модифікація не можлива при фіксованій передній частині.



Мал. 264. Зашивання операційної рани після hysterotomia vaginalis ant. m. Bunn; другий шар швів (за К. Жмакіним).



Мал. 265. Форми розрізів вагіни перед операцією вагінального кесарського розтину; поздовжній розріз — за Bunn'ом; невеличкий поперечний (пунктир) крім поздовжнього — за Dührssen'ом; дугуватий за Olshausen'ом (за Д. Оттом).



Мал. 266. В порожнину матки введено метрейринтер. Metreux-rinterschnitt за Dührssen'ом (за К. Жмакіним)



Мал. 267. Розрізани передні і задня стінки шийки, а також нижній сегмент матки; в операційному отворі видно навколорідинний міхур (операція за Дюрсеном) (за Вільгельмом).

Класична операція Дюрсена. Оригінальна техніка Дюрсена вимагає розрізати не тільки передню, а й задню стінку матки (мал. 267). Для цього автор рекомендує, розрізавши ножицями задню губу шийки і склепіння, в отвір, що утворився, ввести дзеркало і тупим способом відсепарувати очеревину від задньої маткової стінки і шийки. Далі таким самим способом розрізають передню губу матки. Як ми вже сказали, метод цей небезпечний, і тому його не вживають.

Для випадків комбінації вагітності і рака Дюрсен запропонував в. к. р. з наступною екстирпацією матки, так званий радикальний в. к. р. (sectio caesarea vaginalis radicalis).

Цю операцію роблять тепер мало, вважаючи на її негативні сторони (див. „Протипоказання до операції“).

Креніг запропонував розрізувати лише задню стінку матки, але при цьому буває велика загроза пошкодження очеревини, і тому модифікація Креніга зовсім не набула популярності.

Модифікації Гейнсіуса, Лейбчика, Какушкіна. У розділі „Показання до операції в. к. р.“ ми вже зазначали, що за останні роки в. к. р. набуває все більшого значення у випадках пізнього абортів. Тут зовсім не треба вводити в матку всю руку, і тому запропоновано було нові модифікації, які дають можливість хірургічним способом звільнити матку, не порушуючи цілості її шийки; при цих модифікаціях легше запобігти і деформації шийки.

Модифікація Гейнсіуса (Heinsius). Основний принцип операції: розріз матки в нижньому сегменті без пошкодження шийки матки (мал. 268). Автор так описує техніку операції: поздовжній розріз передньої стінки вагіни над шийкою матки, відсепарувати сечовий міхур, не пошкоджуючи очеревини; поздовжній розріз матки над внутрішнім устям, тобто в ділянці нижнього сегмента матки; виняти дитину і плаценту; зашити операційну рану.

Проф. Д. Отт запропонував аналогічну операцію; різниця тільки в тому, що робиться не поздовжній, а поперечний розріз вагіни.

Модифікація Лейбчика основна відмінність її — розріз шийки матки і нижнього сегмента матки без пошкодження її шийки. Техніка операції така

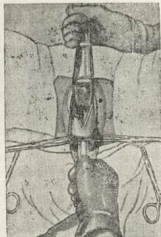
(мал. 269). Розширяють шийку матки розширниками Геґара до № 10; розширник залишають у шийці і роблять серповидний розріз переднього склепіння; якнайшвидше відсепаровують сечовий міхур і складку очеревини переднього Дугласового простору; розрізають передню стінку шийки в ділянці внутрішнього устя; вагіна частина шийки лишається цілою. Витягають розширник Геґара і продовжують ножицями розріз вище внутрішнього устя, не пошкоджуючи очеревини. Витягають дитину, перфоруєчи, коли треба, її голівку; виймають плаценту і вискрібають залишки децидуальної оболонки; зашивають шийку і стінку вагіни.

Модифікація Дюцман-Какушкіна. Ця модифікація відрізняється від усіх попередніх своїм принципом: вона інтраперитонеальна. Техніка, за проф. Какушкіним, така: матку захоплюють кульовими щипцями і відтягають донизу. Поперечний або Т-подібний розріз переднього склепіння; відсепаровують сечовий міхур, розрізають очеревину переднього Дугласового простору, захищаючи дзеркалом сечовий міхур. Автор зазначає, що коли відтягти шийку до крижової кістки, то добре видно поверхню тіла матки; невеликий розріз над внутрішнім устям по серединній лінії тіла матки, краї розрізу захоплюють двозубцями і, знявши кульові щипці з шийки, підтягають донизу. Почасти ножем, почасті ножицями продовжують розріз в матці в напрямі до дна; в порожнину матки вводять 2—3 пальці і витягають плід і плаценту; можна в цьому моменті зняти щипці з країв рани і натискувати на дно матки крізь передню черевну стінку. Децидуальну оболонку вискрібають гострою кюреткою; шарами зашивають стінку матки, очеревину і стінку вагіни.

Порівняльна оцінка різних модифікацій. Насамперед модифікації Гейнсіуса, Дюцман—Какушкіна, Лейбчика дають тільки дуже малий операційний отвір, і тому можна вжити їх тільки в першій половині вагітності, приблизно не пізніше 6 міс. У першій половині вагітності можна з успіхом зробити опе-



М а л. 268. Модифікація за Гейнсіусом. Розріз нижнього сегмента матки над внутрішнім устям (за К. Жмакіним)



М а л. 269. Модифікація за Лейбчиком. Розріз нижнього сегмента матки і верхньої частини шийки без порушення вагінальної частини шийки; розрізають по розширнику Геґара, введеному в канал шийки (за К. Жмакіним)

рацію Бумма. Ми бачили таке ideale загоєння після неї, що трудно було знайти шрам. Але нові модифікації (Гейнсіуса, Лейбчика) ще краще забезпечують щільне зростання країв рани.

Мій іншим Гейнсіус запропонував свою операцію для випадків з інфекцією шийки матки; він мав на думці уникнути інфекції тіла матки. Ми спробували цю операцію в кількох випадках і відзначили прекрасне загоєння. Надія уникнути інфекції здається нам проблематичною: підтягаючи до себе матку і оперуючи через вагіну, трудно уникнути того, щоб не попав секрет шийки у вагіну.

Модифікація Лейбчика легша попередньої, і ми рекомендуємо її для всіх випадків операції при вагітності до 6 місяців; попереднє розширення шийки і розріз її по розширнику не обов'язкові; міцно підтягаючи шийку кульовими щипцями донизу, можна зробити правильний розріз.

Коли є комбінація вагітності з якимсь новотвором або одночасно потрібна і стерилізація, ми даємо перше місце операції малого к. р. (див. розділ „Кесарський розтин“).

Операція проф. Какушкіна надто складна і не може конкурувати з нею.

За даними анкети серед акушерів СРСР (1928 р.) різні модифікації операції в. к. р. дають такі цифри:

Модифікація Бумма	277	випадків
„ Дюрссена	42	„
„ Лейбчика	51	„
„ Гейнсіуса	13	„
„ Какушкіна	1	„

Разом 384

За останні роки опубліковано нові серії операцій за Гейнсіусом, Лейбчиком і Какушкіним. Так, проф. М. Какушкіна описав 55 випадків своєї операції (так званої *sectio caesarea vaginalis corporalis*). Проф. Козінський, базуючись на матеріалі з 38 випадків операції Гейнсіуса, гаряче її рекомендує. Такої самої думки і Мінін (20 вип. операцій). Проф. Ю. Лейбчик опублікував (1934 р.) ще 35 випадків операції своєї модифікації.

В клініці КМІ на 50 вип. було застосовано такі модифікації:

Бумма	30
Гейнсіуса	5
Лейбчика	15

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Трудно визначити післяопераційну смертність або захворюваність після операції в. к. р., бо дуже часто вона залежить від основного захворювання.

За новітніми даними Мартіна (1929 р.) материнська смертність (на 312 вип.) — 4,8% (редукована 1,2%), дитяча — 15% (редукована 9,5%). Серед 50 хворих, про яких повідомляє проф. К. Жмакія у своїй дисертації, померло 2 — одна від еклампсії без судорог, через 1½ 2 години після операції (випадок проф. Г. Пісемського); друга хвора загинула на 4-й день після операції з приводу еклампсії; на аутопсії констатовано було крупозну пневмонію. Підвищення температури зазначено в 7 хворих; як причину визначено: тромбофлебіт — 1 (після операції з приводу передчасного відділення плаценти, хвора оперована в 1909 р. проф. Пісемським дома при асистенції однієї акушерки); крупозна пневмонія, *ulcus ruggerale* — по 1 вип., ендометрит — 4 вип.

За даними проф. Ю. Лейбчика (1934) з 45 хворих померла 1 (септичний перитоніт); гарячковий післяопераційний період у 6 хворих.

При відсутності ускладнень, післяопераційний період мало відрізняється від нормального післяродового, а тому догляд за хворими такий самий як і після нормальних родів. Катетеризація і спринзування вагіни, як правило, не потрібні. Хворим можна дозволити повертатися на 2—3 день, сідати на 5—7 день і вставати на 9—10 день після операції.

УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ

Кожний момент операції може спричинитися до тих чи інших ускладнень як з боку матері, так і з боку дитини. Найважливіші ускладнення: 1) поранення суміжних органів; 2) надриви операційного розрізу; 3) кровотеча.

Пошкодження сечового міхура. За анкетними даними проф. К. Жмакіна з 587 випадків операції пошкоджено було сечовий міхур у 4-х вип. (0,68%).

Сечовий міхур і очеревину можна пошкодити, відсепаровуючи їх і витягаючи дитину. Відсепарування очеревини ускладняється в першій половині вагітності, коли тканини ще мало пухкі; в другій половині вагітності відсепарувати сечовий міхур далеко легше.

У клініці КМІ на 50 випадків в. к. р. ні разу не було пошкодження сечового міхура; такі самі наслідки були в проф. А. Криського, який оперував 168 вип. На 55 вип. операції за Какушкіним (автор) у 2 було пошкодження сечового міхура.

Іноді трапляються пошкодження *urether*. Таке ускладнення описано при операції радикального в. к. р. з приводу рака шийки матки.

Пошкодження очеревини в асептичних випадках не має значення, але в інфікованих випадках може загрожувати запалення очеревини. Розглядаючи умови для операції, ми вже сказали, що в інфікованих випадках не треба робити в. к. р.

У клініці КМІ двічі було пошкоджено очеревину (на 50 випадків) при операції за Лейбчиком; одуження без ускладнень.

Надриви країв розрізу можуть бути поздовжні і поперечні і загрожують великою кровотечею. Описано навіть випадок (Писаревський), де зовсім не вдалося захити верхній край розрізу, і в післяопераційному періоді утворилася гематома. Щоб запобігти такому ускладненню, треба пам'ятати, що при невідготовлених родових шляхах краще відмовитися від в. к. р.

Кровотеча може статися як під час операції, так і після неї. Щоб запобігти цьому, треба, відсепаровуючи сечовий міхур, суворо додержуватися середньої лінії матки. В частині випадків трапляються кровотечі і в післяопераційному періоді (гіпотонія матки або розходження швів) (про терапію див. розділ „Негайна допомога в акушерстві“).

ДАЛЬШІ НАСЛІДКИ ОПЕРАЦІЇ

Проф. К. Жмакін зібрав з світової літератури (до 1928 р.) відомості про 162 вип. наступної вагітності; після операції з 136 вип. відбулися роди, у 26 — аборт. Розглядаючи групу з 26 абортів після операції, слід відзначити, що в 14 вип. було штучно припинено вагітність, 10 раз був спонтанний аборт, у 2 вип. — звичайний аборт.

Група родів після операції в. к. р. складається з 136 вип. Нормальний перебіг родів зазначено в 113 вип.; у 23 вип. були ускладнення. Серйозні ускладнення зазначено в 6 вип., а саме: трудне відкриття шийки, значний розтяг нижнього сегмента матки, розрив шийки матки по одному вип., розрив післяопераційного шраму — 3 вип.

Проф. Ю. Лейбчик опублікував (1934) 7 вип. нормальних родів після операції в. к. р. Серед матеріалу клініки КМІ в 2 вип. спостерігали цілком нормальний перебіг родів. Найтяжче ускладнення — розрив післяопераційного шраму, як видно з наведеної вже статистики, трапляється не частіше ніж після а. к. р.

Щоб запобігти всім цим ускладненням, треба зважати на умови і на показання до операції і додержувати суворої асептики.

У всіх випадках, де попередній післяопераційний період був нормальним, при повторній операції не було будь-яких труднощів. Коли перша операція мала ускладнення, то повторна буде трудна.

КОРЕГУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ

Корегуючі операції роблять при неправильних передлежаннях головки, при випаданні кінцівок або пуповини.

Ці операції вимагають від акушера дуже високої техніки і, на жаль, не завжди дають сприятливі наслідки, а через те вживаються дуже рідко.

При неправильному передлежанні головки запропоновано такі оперативні втручання: 1) спосіб Торна; 2) спосіб Цангемейстера; 3) спосіб Ліпмана і 4) спосіб Міхаеліса.

ОПЕРАЦІЯ ТОРНА

При повороті за Торном (Thorn) внутрішньою рукою лобне або лицеve передлежання переводять в потиличне, а зовнішньою усувають розгинання тулуба, який при цих передлежаннях має яскраво виявлений лордоз.

Показання до операції: 1) лобні і лицеve передлежання (при слабості потуг); 2) задній вид лицевого передлежання, коли головка вже знизилася і час для повороту вже минув.

Протипоказання: 1) передлежання плаценти; 2) опух у тазі заважає родам; 3) випадання кінцівок і пуповини; 4) значно розтягнутий нижній сегмент матки.

Умови: 1) достатня рухомість головки; 2) цілком відкрита матка (у multiparae до 4 поперечних пальців); 3) навколоплідний міхур розрізаний (Цангемейстер, Гаммершляг не надають цьому значення); 4) дитина жива і життєздатна; 5) нижній сегмент матки не дуже розтягнутий; 6) правильні співвідношення між розмірами таза й дитини.

Техніка. Операцію Торна роблять рукою; наркоз, як правило, непотрібний (при неуспіху можна вжити наркоз).

Роділлі спорожняють сечовий міхур і кладуть її на поперечне ліжко, повертаючи на той бік, де підборіддя дитини, тобто при першій позиції на правий бік. Після відповідної дезинфекції оператор вводить руку (при першому лицевому — праву, при другому лицевому — ліву) в матку, відсовує лице від входу в таз, іде по черепу, поки не намацає потиличку, обхоплює її всією долонею і тягне дони-у (тоді головка згинається). Одночасно друга (зовнішня рука) натискує кризь черевні стінки роділлі на груди дитини (в ділянці плечевого пояса), в напрямі до потилички. Таким способом усувають лордоз хребта дитини і дають їй зігнуте положення (мал. 270). В цей час асистент відсовує сидниці плоду на дні матки в напрямі протилежному тому, як іде зовнішня рука оператора. Після операції треба покласти роділлі на той бік, де спина, натискуючи внутрішньою рукою на потиличку, поки перейми не зафіксують голову.

СПОСІБ ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

Виправити лице або лобне передлежання можна ще способом Цангемейстера.

Техніка — при першій позиції — ліву руку, при другій — праву вводять у вагіну. Великий палець вводять в рот плоду і відсовують підборіддя від тазового входу вгору. Одночасно кінцями інших пальців — вони лежать на



Мал. 270. Спосіб Торна. Стрілки показують напрям прикладання сил (за Дедерлейном).



Мал. 271. Спосіб Цангмейстера.

грудах плоду — тиснуть на груди в напрямку до спинки. Друга рука зовні пересовує сідниці плоду в напрямку до лиця. Коли головка зігнулася, роділлю кладуть на той бік, де спинка (мал. 271).

При лобному передлежанні краще провести роди консервативно.

При корегуючих операціях треба пильнувати, щоб не травмувати око дитини і не вводити глибоко палець у рот, бо це може спричинити дихальні рухи дитини. Дитяча смертність при цих операціях дає 23,3% (Опітц — Опітц). У Берлінській університетській клініці при 114 лицевих передлежаннях у 78% корегуючі операції були успішні. У Опітца з 72 випадків тільки в 54 вдался поворот, а 2 випадки дали розрив матки. В клініці КМІ ручних способів повороту при лобних і лицевих передлежаннях не робимо.

СПОСІБ ЛІПМАНА

Показання. Завдання способу за Ліпманом „Kegelkugelhandgriff“, виправити неправильний поворот головки, — напр. високе пряме стояння головки (positio occipitalis publica, sacralis), коли у вході в таз сагітальний шов стоїть у прямому розмірі таза.

Умови аналогічні умовам при ручних способах Торна і Цангмейстера.

Техніка. Всю руку акушер вводить у вагіну і далі через шийку в матку, головку — всією рукою — захоплює так, як захоплюють м'яч, і повертає її навколо вертикальної осі в той бік, куди найлегше рухається головка (мал. 272). В той самий час зовнішня рука натискує на дно матки. Асистент, натискуючи на спинку плоду, намагається повернути тулуб дитини в той самий бік.

Операцію Ліпмана може зробити тільки досвідчений лікар-спеціаліст і то у виключних лише випадках. Краще зробити поворот на ніжку, якщо є умови для цієї операції. На жаль, досвід показує, що втручатися доводиться тоді, коли головка вже стоїть щільно у вході. Здебільшого тоді накладають щипці (докладніше див. розділ „Акушерські щипці“). У немолодих primiparae при недостатньо підготовлених родових шляхах, щоб урятувати життя дитини, можна зробити абдомінальний к. р. (проф. О. Круський).

РУЧНИЙ СПОСІБ МІХАЕЛІСА

До цієї операції вдаються при задньому асинклітизмі (Літцманівське вставлення, заднє, вушне). Прогноз для дитини при цій аномалії несприятливий, і Міхаеліс запропонував ввести руку у вагіну, потім у матку, обхопити головку і повернути її так, щоб сагітальний шов став посередині між промонторієм і симфізом. Спосіб цей надто трудно реалізувати.

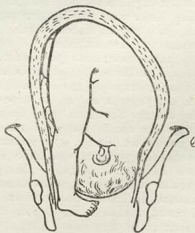
ВПРАВЛЕННЯ ВИПАЛИХ ДРІБНИХ ЧАСТИН

Випадання ніжки при головних передлежаннях. При головних передлежаннях іноді може випасти ніжка (мал. 273) або ручка (мал. 274). Випадання ніжки треба вміти диференціювати від положення ногами. При рухомій головці і цілком відкритій матці можна витягти ніжку і зовнішнім способом — відхилити головку до дна матки, тобто зробити зовнішній поворот, щоб потім не було ускладнень. Коли головка щільно стоїть в порожнині таза, роди можуть скінчитися спонтанно. Випадання ніжки трапляється частіше при мацерованих і недошогених плодах. Коли загрожує розрив матки через розтягання нижнього сегмента, краще перфорувати головку і витягти дитину краніокластом.

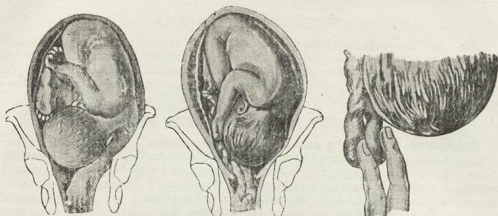
Випадання ручки при головних передлежаннях. При випаданні ручки терапія може бути різною. Коли плодова рідина не відійшла і поруч з головкою промащується і ручка, то ручка сама ще може відійти вгору, коли головка знизиться. Допомогти цьому можна, поклавши родіалю на протилежний бік випалої ручки; коли води відійшли, можна спробувати вправити ручку, якщо головка була ще рухома і ручка не защемлена між головкою і стінкою таза. Для цього під наркозом вводять руку у вагіну, відсовують випалу ручку вгору над головкою. Не витягаючи руки, ждуть перейми; зовнішньою рукою, крізь черепні стінки, фіксують головку і втякують її в порожнину таза способом Гофмейєра (див. розділ „Акушерські щипці“ — Показання). Коли головка фіксується у вході в таз, то небезпека випадання минула. Коли цей спосіб не дав наслідків, треба зробити поворот на ніжку, попереду наклавши на ручку пегло з марлі, щоб рука не пішла в порожнину матки, і тим запобігти інфекції.



Мал. 272. Спосіб Ліпмана (за Гентером).



Мал. 273. Випадання ніжки при головному передлежанні.



Мал. 274. Випадання ручки при головному передлежанні.

Мал. 275. Випадання пуповини (за Буммом).

Мал. 276. Пальцеве вправлення пуповини (за Генгером).

Коли головка стоїть щільно у вході в таз, то при широкому тазі роди можуть відбутися спонтанно і при випадій ручки. Якщо роди затягаються, можна накласти щипці. Ложка повинна лягти між рукою і головою. При мертвому плоді — перфорація головки і краніоклазія. Смертність дітей до 28%.

Вправлення випадлої пуповини. Показання. Показання для цієї операції — випадання пуповини, що може спричинитися до смерті дитини (мал. 275). Вправляти треба тільки рукою. Різні інструменти, так звані репозитори, уже не вживаються і мають виключно історичний інтерес.

Умови. Відкрита шийка не менш як на 2 пальці.

Передлежання. Треба відрізати передлежання пуповини при цілому навколоплідному міхурі і випадання пуповини, коли води відійшли і петля пуповини знизилася у вагіну, а далі може і випасти з неї і показатися зовні.

Терапія. Передлежання пуповини не потребує будь-якої терапії. Єдине, що можна зробити — покласти жінку à la vache або з піднятим тазом. Передлежання пуповини далеко не завжди переходить у випадання. Треба зробити дослідження per vaginam негайно як відійшли води, поки ще головка не ввійшла щільно в таз. Коли уже по відходженні вод пуповина все таки передлежить і не випала ще у вагіну, треба надати роділлі положення à la vache або покласти близько до Trendelenburg'івського положення. Пуповина сама може ввійти в порожнину таза; коли цього не станеться, можна спробувати вправити її.

Вправлення роблять, поклавши жінку з піднятим трохи вгору тазом. Обережно (не натискаючи) двома пальцями або всією рукою беруть пуповину (мал. 276) і, відсунувши високо за передлежну частину, зачеплюють за ручку або за ніжку плоду. Виводити руку треба обережно, бо пуповина може легко випасти. Якщо цей спосіб знову не дає наслідків при рухомій головці, краще зробити поворот на ніжку; при зниженій головці накладають щипці. У випадках випадання пуповини при мало відкритому усті матки і при живій та життєздатній дитині Абуладзе і Дедерлейн радять робити к. р. У клініці КМІ випадання пуповини при неповному відкритті устя і живій та життєздатній дитині вважаємо показанням до абдомінального к. р. При мертвій дитині немає показань для будь-якого оперативного втручання.

Якщо випадання пуповини діагностуємо під час прорізування головки і дитина ще жива, прискорюємо закінчення родів перинеотомією і способом Крістеллера.

ЕМБРИОТОМІЯ

До цієї операції вдаються тоді, коли треба витягти дитину через природні родові шляхи, а виийати плід не зменшеним — неможливо або небезпечно для матері. Порушення цілості плоду при цих операціях звичайно мусимо робити лише при мертвій дитині, а при живому плоді треба вжити всіх заходів, щоб зберегти йому життя.

В сучасних умовах ми повинні рішуче відкинути цю операцію на живій дитині. В усіх випадках патології родів справу необхідно організувати так, щоб таку роділлю можна було швидко приставити до лікарні і дати їй відповідну кваліфіковану акушерську допомогу, щоб лишилися живими і мати, і дитина. Відповідні умови для цього ми маємо тепер в усіх районах — (наявність лікарів і автотранспорта).

Щоб зменшити плід, треба порушити його цілість. Для цього існує цілий ряд типових і атипових оперативних втручань. Залежно від того, яку маємо передлежну частину плоду, робимо ту чи іншу операцію.

Класифікація. Якщо плід передлежить головою і її треба зменшити, ми робимо операцію, яка називається „краніотомією“; коли є запущене поперечне положення, тобто не можна робити поворот, відділяємо тіло плоду від головки; ця операція називається „декапітацією.“ У випадках звуження родових шляхів залежно від їх розмірів або від занадто великих розмірів дитини, щоб витягти тіло плоду, зменшують тулуб, витягають нутрощі з черевної порожнини і з грудної кайтки; цю операцію називають „евісцерацією“.

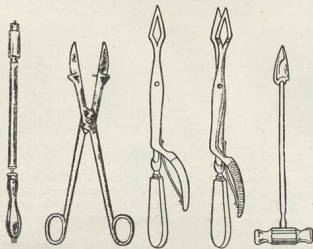
КРАНІОТОМІЯ

Показання. Краніотомією ми маємо на меті зменшити головку плоду, і робити краніотомію ми повинні на мертвому плоді. Коли плід мертвий, краніотомію треба робити завжди, коли є для цього відповідні умови та показання, щоб швидше закінчити роди. Тоді зменшена головка набагато легше проходить плоду через родовий канал.

Під терміном „живий плід“ ми розуміємо цілком довшену й життєздатну дитину; коли плід живий, але до життя не здатний (напр., гідроцефаліки), тоді можемо робити цю операцію відразу.

Умови. Для краніотомії потрібна: 1) відсутність „абсолютного звуження“; 2) розірваний навколплідний міхур; 3) повне відкриття матки. Але тут мусимо сказати, що перший акт краніотомії, а саме перфорацію головки, можемо зробити і при невеликому відкритті, а закінчити операцію при повному відкритті матки, бо при неповному відкритті витягти плід без травми для матері неможливо. Нарешті треба сказати, що більшість акушерів вважає мсжливим робити краніотомію при справжній коньюгаті, при плоскому тазі 6 см, при загальнозвуженому 6,5 см. Треба додати, що операцію можна робити і при більших звуженнях, але тоді доведеться дробити плід більше.

Для операції треба мати відповідне оточення, асистента і такі інструменти: 1 перфоратор Бло, краніокласт Брауна, 2 пари кульових щипців,



Мал. 277.
Трепаноподібний перфоратор Ківіша

Мал. 278.
Перфоратор Смеллі.

Мал. 279.
Перфоратор Бло.

Мал. 279-а
Перфоратор Феноменова

ложку Феноменова для порушення мозку, голкотримач, 2 затискачі Кохера, кружку Есмарха, ножіці довгі, прямі, наконечник Фрітш-Боузмена, скальпель, 3 голки хірургічних, 2 затискачі Пеана, 3 хірургічних пінцета.

Техніка. Операція складається з трьох актів: з перфорації головки, ексцеребрації і краніоклазії або кефалотрипсії.

Перфорація. Перший з цих актів, перфорацію головки, роблять перфоратором. Перфораторів надзвичайно багато. В основному їх можна поділити на три групи: перфоратори 1) трепаноподібні, 2) ножицеподібні і 3) списи. Трепаноподібні перфоратори роблять на зразок звичайного трепана; складаються вони з прямої металічної гільзи, всередині в ній прямий стрижень, на одному кінці в нього ручка, а на другому свердло і коронка з зубцями, прикріплена так, що свердло з неї трохи виходить. Коли ручка крутиться, то стрижень з коронкою і свердлом може то виходити з гільзи, то ховатися (мал. 277).

Ножицеподібні перфоратори — ножіці з загостреними кінцями та лезами не в середину, а назовні. Вони розходяться, коли стискати ручки. Детально описувати цей інструмент не доводиться тому, що його можна добре собі уявити з малюнка (мал. 278).

Нарешті, простіша модель перфоратора — короткий масивний спис.

Поруч з цими типовими перфораторами є перфоратори, які мають властивості перфораторів різних типів. До них належить перфоратор Бло (мал. 279), зроблений за принципом ножицеподібного перфоратора і спису, і перфоратор Феноменова (мал. 279-а), де можна бачити комбінацію трепаноподібного перфоратора із списом.

Є ще комбіновані моделі. Досвід довів, що кращі перфоратори, які можна рекомендувати — це перфоратори Бло і Феноменова. Проте, можуть бути використані і інші типи перфораторів, які є в лікувальних установах.

Перфорація передньої головки. Перший акт краніотомії — перфорація передньої головки найлегше виконати тоді, коли головка міцно втиснулася

в малий таз. Після того, як роділля поклали на край ліжка і належно підготували до операції, вагіну відкривають дзеркалами, а коли дзеркал немає, акушер вводить один перфоратор, під захистом і контролем пальців лівої руки, в канал роділля. Коли акушер увів перфоратор Бло, то гострий кінець перфоратора під контролем ока (або напам'ятки) встромляє в головку в ділянці швів або тім'ячок. Додільно перед цим захопити шкіру головки 2 міцними щипцями і, надізвавши її, вітягти краї рани.

Коли перфоратор встромили до широкого місця лез, ручки треба стиснути; леза розійдуться, а отвір збільшиться (мал. 280). Потім повертаємо інструмент на 90° , знову стискуємо ручки і розводимо леза, перфоративний отвір збільшується і впоперек. Таким способом маємо досить великий зубчастий отвір.

Коли головка рухома і стоїть над входом у малий таз, то до перфорації неодмінно треба фіксувати головку. Це робить помічник, натискуючи на головку обома руками кризь черевну стінку роділля; припинити зовнішній тиск на головку можна тоді, коли її міцно захопили краніокластом.

Коли недостатньо фіксували головку, перфоратор може спорснути і спричинити тяжкі пошкодження; далі головка може повернутися, а зроблений отвір сховається. Тоді не можна буде виконати другий акт краніотомії і операцію треба буде починати знову.

Перфорацію головки, коли вона стоїть високо в тазі або над тазом, неодмінно треба робити (як це радить Феноменов) під контролем ока. Для цього треба відкрити вагіну дзеркалами, захопити шкіру черепа кульовими щипцями, розрізати її скальпелем, краї розрізу захопити теж кульовими щипцями. Після цього розтягти їх і в розріз до черепа прикласти перфоратор.

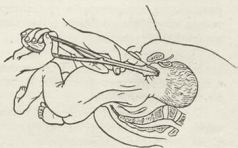
Фіксація головки зверху і оперування під контролем ока значно зменшують небезпеку ускладнень.

При лицевих і лобних передлежаннях перфоратор треба вводити в орбіту або лобний шов, а при перфорації наступної головки в потиличку (мал. 281) — через рот.

Майже так само як перфоратором Бло роблять перфорацію головки і перфоратором Феноменова. Тут потрібно менше часу на вибір місця для перфорації, бо цим перфоратором (Феноменова) можемо розвинути більшу силу. Кістковий отвір при маніпуляції перфоратором Феноменова збільшується тому, що тут ми свердаємо.



Мал. 280. Розведення кінців перфоратора, введеного в головку (за Дежерлейном).



Мал. 281. Перфорація наступної головки (за Дежерлейном).

Але завжди треба пам'ятати, що як перфоратор Бло, так і перфоратор Феноменова при необережності оператора можуть зміститися, а це може спричинити тяжкі пошкодження.

Після того, як головку перфоровано, під тиском родових сил вона трохи спадається, і невелика кількість мозкової маси виходить з перфорованого отвору.

Ексцеребрація. Щоб набагато зменшити головку, неодмінно виконаємо другий акт краніотомії — ексцеребрацію.

Техніка. Порушуємо мозок ложечкою, введеною в перфоративний отвір, потім вимиваємо мозок з порожнини черепа якоюнебудь стерильною рідиною (фізіологічний розчин, розчин борної кислоти, просто переварена вода), з кружки Есмарха і катетера Фрігш-Боузмена або навіть з довгого скляного наконечника.

Краніоклазія. Коли звільнили череп від мозку, починаємо третій акт краніотомії — витягання плоду з перфорованою головою, тобто краніоклазію. (Точно слово „краніоклазія“ означає „виламування кісток“). Операцію робимо краніокластом Брауна; своєю будовою він схожий, до деякої міри, на щипці і складається з двох перехресних бранш; якраз на перехресті має замок.

Ручки краніокласта фіксуються гвинтом.

Ложки мають невелику тазову кривину; одна ложка без отворів, з зубцями на опуклій поверхні, а друга вікончаста (мал. 282).

Техніка. Краніокласт на перфоровану головку накладають так: спочатку беруть ложку краніокласта без отворів, з зубцями, і череп перфоративний отвір черепа вводять у череп. Вводити ложку через канал роділії треба неодмінно під контролем пальців так, щоб опукла поверхня ложки була обернена до долоні; якщо цього не додержати, то зубцями можна поранити м'які частини каналу. Оператор, вівши ложку в череп, ручку її передає помічникові, а сам, під контролем пальців, вводить вікончасту ложку. Накладати її треба на зовнішню поверхню головки, як ложку щипців, додержуючись відповідного положення першої бранші. Упевнившись, що обидві ложки лежать як треба, оператор замикає їх і загвинчує, скільки можна з'єднуючи ручки (мал. 283). Тоді ложки міцно обхоплюють ту чи іншу частину черепа. Після цього тягнуть інструментом захоплену головку, при чому тракції роблять так як при щипцях.

Тут може буде питання, на яку частину черепа накладати краніокласт. Треба сказати, що в тих випадках, де трапляються труднощі при накладанні, доводиться захоплювати ту частину, яка доступніша. А коли можна вибирати, то при черепних передлежаннях краніокласт краще накладати через лице черепа або на потилицю, бо тут кістки сполучені міцніше, а подруге, захопивши таким способом головку, проводимо її через таз — до деякої міри відповідно до механізму родів.

При лицевих і лобних передлежаннях краніокласт краще накладати на задню частину черепа. Тоді можна захопити головку на більшому протязі, а крім того будемо витягати її так, як ішла б вона нормально, тобто підборіддям наперед.

При перфорації наступної головки накладати краніокласт доводиться не часто, бо в більшості випадків вдається витягти головку ручними способами після перфорації і ексцеребрації; якщо ж доводиться робити краніоклазію, то краніокласт треба накладати на потиличну кістку.

При значному зжужженні таза іноді не вдається провести перфоровану головку і тоді доводиться виламувати всі черепні кістки. Краще робити це кістковими щипцями (мал. 284, 285).

Аккончі (Acconci) запропонував навіть спеціальну операцію — радикальний в. к. р. — комбінацію в. к. р. з наступним вирізанням матки. Але операція в. к. р. може спричинитися до таких ускладнень: надривів операційного розрізу, пошкоджень суміжних органів — сечового міхура (urether), випадки Ортмана (Orthmann), Бумма, Ліндквіста (Lindquist). Велика пухкість тканин, їх травматизація під час операції, неможливість зробити досить широкий отвір з першого вже моменту інфікування операційного поля — все це негативні сторони в. к. р. Для таких випадків ми рекомендуємо абдомінальний к. р. і поширену екстирпацію матки за Вертгеймом.

Ригідність родових шляхів. Під цим терміном автори розуміють різні порушення еластичності і податливості маткової шийки і вагіни. На нашу думку, в цих випадках слід дуже обережно визначати показання до в. к. р., бо невідготовленість м'яких родових шляхів загрожує тяжкими пошкодженнями і матері і дитині. Операція абдомінального к. р. цілком забезпечує нас від цих ускладнень.

Запропоновано було в. к. р. в інфікованих випадках, а також при комбінації вагітності з новотвором, який виповняє таз. Обидві ці пропозиції не раціональні. В інфікованих випадках однаково небезпечні пошкодження і очеревини, і клітковини. При комбінації вагітності з новотвором безпечніше буде для матері і для життя дитини швидше зробити операцію абдомінального к. р.

УМОВИ

Найширше накреслив їх Дюрсен; єдиною умовою для операції в. к. р. він визнав нормальні — або близькі до них — розміри таза. Тепер умови до в. к. р. визначаємо, базуючись на тому, що дитину доводиться виймати через природні родові шляхи. З такого погляду умови до операції в. к. р. слід сформулювати так: 1) правильні співвідношення між розмірами таза й дитини (при життєздатній дитині); 2) при нежиттєздатній або мертвій дитині розміри таза не мають значення; 3) підготовленість м'яких родових шляхів; зрозуміло, що ця умова є лише частиною першої загальної умови — правильних співвідношень між родовими шляхами й дитиною.

Дюрсен широко практикував глибокі паравагінальні розрізи, але правильно пише Бумм, що в цих випадках операція в. к. р. може бути трудною, а витягання дитини може спричинитися до тяжких пошкоджень.

ОТОЧЕННЯ

Операцію в. к. р. можна робити тільки в умовах добре устаткованої лікарні, хоч окремі автори робили її навіть у помешканні хворої. Оператор повинен добре знати техніку вагінальних операцій і мати не менше двох асистентів. Наркоз під час операції може бути згальний або місцевий (див. розділ „Умови, показання і оточення при акушерських операціях“). У виключних випадках при дуже тяжкому стані хворої доводиться оперувати і без наркозу.

Потрібні інструменти: широкі, плоскі дзеркала Дуайена, 1 — 2 узьких піднімача (з них один короткий), 4 пари щипців Мюзю або Дуайена, № 4 — 23 розширника Гегара, балон Шампеттьє де-Ріб, скальпель, ножиці довгі, ножиці Купера, 2 довгих голкотримача, 6 хірургічних голок для шийки матки і для вагіни, 2 хірургічних пінцета, 2 анатомічних пінцета, 6 стискачів Кохера, 6 стискачів Пеана, шприць — 200,0¹.

¹ Метрейринтер, шприць і великі розширники потрібні лише при модифікації операції за Дюрсеном (див. далі).

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ

Техніка операції в. к. р. проробила певну еволюцію залежно від того, як визначали показання до неї. Оригінальна операція Дюрсена з розрізом передньо-задньої стінки шийки матки і нижнього сегмента матки з часом втратила свою популярність, бо, мало збільшуючи операційний отвір, разом з тим вона загрожувала пошкодженням очеревини. Тепер найчастіше вдаються до модифікації Бумма (hysterotomia vaginalis anterior).

Модифікація Бумма. Хвора лежить на спині, в положенні для гінекологічного дослідження; асистенти стоять біля неї; після дезинфекції зовнішніх геніталій і вагіни стерильним зеленим милом і антисептичним розчином (sol. Brillantgrün 1%; sol. hydrarg. bichlor. cor. spirituosa) поле операції відокремлюють стерильними салфетками; далі відкривають вагіну широкими дзеркалами Дуайена і знову дезинфікують вагіну і шийку матки.

Операція складається з чотирьох моментів:

1. Розріз вагіни і відсепарування сечового міхура;
2. Розріз матки;
3. Виймання дитини і плаценти;
4. Зашивання розрізу матки і вагіни.

Перший момент. Двома щипцями (Мюзю або Дуайена) захоплюють з двох боків вагіну частину шийки матки і підтягають її донизу; скальпелем роблять поздовжній розріз передньої стінки вагіни, починаючи на 1—2 см від зовнішнього отвору сечівника і до зовнішнього устя матки (мал. 260); в операційній рані видно (зокрема коли ввести катетер) сечовий міхур. Ножицями Купера підрізають зрощення між сечовим міхуром і шийкою матки (мал. 261); і тоді легко тупим способом (пальцем у салфетці) віділати сечовий міхур; за сечовим міхуром видно передню поверхню шийки матки і нижнього сегмента матки; захищаючи сечовий міхур піднімачем, тупо відсепаровують складку очеревини — її видно у верхньому куті рани. Треба відсепарувати сечовий міхур і стінку вагіни близько до середньої лінії, щоб не пошкодити



Мал. 260. Hysterotomia vaginalis ant. modo Bumm. Шийка матки підтягнута двома кульовими щипцями; надрізано вдовля слізую вагіни (за К. Жмакіним).



Мал. 261. Анатомічним піддемом підняли сечовий міхур. Ножицями Купера починають надрізувати спайку між сечовим міхуром і передньою стінкою вагіни (за К. Жмакіним).



Мал. 262. Сечовий міхур відсепарували дзеркалом, подовжній розріз передньої стінки шийки; *hysterotomia vaginalis ant. modo Bumm* (за К. Жмакіним).



Мал. 263. Розрізали передню стінку шийки і нижнього сегмента матки; глибоко в операційному отворі видно навколоплідний міхур. *Hysterotomia vaginalis ant. m. Bumm* (за К. Жмакіним).

венозне сплетення на боковій поверхні матки; слід обережно відсепарувати очеревину, зокрема у випадках операції в першій половині вагітності, коли клітковина ще не дуже пухка; в кінці вагітності небезпека пошкодити очеревину далеко менша.

Другий момент. Відсепарувавши сечовий міхур і складку очеревини, оператор вузьким дзеркалом-піднімачем захищає сечовий міхур і ножицями розрізує вагіну частину шийки за нижній сегмент матки. увесь час контролюючи верхній край розрізу (мал. 262, 263).

Третій момент. Розрізавши матку так, щоб можна було ввести руку (два пальці при вагітності 5—6 міс.), знімають усі інструменти з шийки матки; оператор вводить руку у вагіну і в матку і, розрізавши навколоплідний міхур, виймає дитину, зробивши поворот, коли дитина рухома. В цей момент другою рукою оператор крізь передню черевну стінку тисне на дно матки. Коли головка вже нерухома, треба накласти щипці. У випадках аборту плаценту виймають рукою; коли операцію роблять у другій половині вагітності, то ждуть спонтанного відділення плаценти; тільки при кровотечі або при інших ускладненнях відділяють її руками.

Четвертий момент. Вийнявши дитину і плаценту, знову накладають щипці на край розрізу, добре розкривши їх (треба, щоб добре було видно верхній край). На лігатури ми беремо кетгут. Стінку матки зашивають вузлуватими швами у 2 (або в 1) шари, не захоплюючи децидуальної оболонки (мал. 264). (Не треба міцно затягати шви!). Потім накладають шви на прецервікальну клітковину, звужуючи отвір, який утворився у вагіні після розрізу її передньої стінки. Треба накласти шви на фасцію вагіни (Старков, Гальбан, Жмакін), щоб не випав сечовий міхур. Сечовий міхур підшивають 2—3 лігатурами до передньої стінки шийки матки. На стінку вагіни накладають безперервний шов.

Накладаючи таким способом шви, ми ні разу не спостерігали гематом у післяопераційному періоді і не мали потреби тампонувати передне склепіння.

МОДИФІКАЦІЇ ОПЕРАЦІЇ

Ми розглянемо їх відповідно до моментів операції; найбільше число модифікацій стосується до другого моменту.

Розріз Дюрсен — Шухардта. Розріз цей роблять у *grimi-raiae* з мало податливими родовими шляхами (докладніше в розділі „Розширення м'яких родових шляхів“). У 3-х випадках (з 50) ми примушені були зробити такий розріз, але тепер вважаємо, що це надто ускладняє операцію і спричинює зайву травму; при значній ригідності м'яких родових шляхів краще зробити абдомінальний к. р.

Розтин вагіни може бути поздовжнім, поперечним, овальним або язикоподібним (мал. 265).

Вважаємо, що кращий розріз поздовжній, бо, на нашу думку, він дає більше місця і легше відсепарування сечового міхура саме по середній лінії; при овальному поперечному розрізі вагіни легше поранити венозне сплетення (*plexus venosus utero-vaginalis*), що лежить позаду сечового міхура. Не можна дуже ускладняти операцію і затягати її; коли гемостаз недостатній, може бути гематома і неповне загоєння швів.

Попереднє розширення шийки. Запропоновано було, щоб не затримувалися виділення. Але досвід багатьох авторів показує, що ця операція не потрібна.

Модифікацію другого моменту. розріз по метрейринтеру запропонував Дюрсен, назвавши його „*Metreurynterschnitt*“ (мал. 266). Підтягаючи за трубку балона, багато легше наблизити до себе операційне поле і анемізувати його; при цьому краї рани так стискаються, що з розрізу майже не кровоточить. Значення цього методу зовсім неоднакове в першій і в другій половині вагітності; за нашим досвідом і на думку більшості авторів, вводять метрейринтер і розрізувати по ньому доцільно тільки в другій половині вагітності. Зрозуміло, що ця модифікація не можлива при фіксованій передній частині.



Мал. 264. Зашивання операційної рани після *hysterotomia vaginalis ant. p. Bumm*; другий шар швів (за К. Жмакіним).



Мал. 265. Форми розрізів вагіни перед операцією вагінального кесарського розтину; поздовжній розріз — за *Bumm*'ом; невеличкий поперечний (пунктир) крім поздовжнього — за *Dührssen*'ом; дугуватий за *Olshausen*'ом (за *Д. Оттом*).



Мал. 266. В порожнину матки введено метрейринтер. Metreyr-interschnitt за Dührssen'ом (за К. Жмакіним)



Мал. 267. Розрізани передні і задні стінки шийки, а також нижній сегмент матки; в операційному отворі видно навколоріздний міхур (операція за Дюрсеном) (за Вільгельмом).

Класична операція Дюрсена. Оригінальна техніка Дюрсена вимагає розрізати не тільки передню, а й задню стінку матки (мал. 267). Для цього автор рекомендує, розрізавши ножицями задню губу шийки і склепіння, в отвір, що утворився, ввести дзеркало і тупим способом відсепарувати очеревину від задньої маткової стінки і шийки. Далі таким самим способом розрізають передню губу матки. Як ми вже сказали, метод цей небезпечний, і тому його не вживають.

Для випадків комбінації вагітності і рака Дюрсен запропонував в. к. р. з наступною екстирпацією матки, так званий радикальний в. к. р. (sectio caesarea vaginalis radicalis).

Цю операцію роблять тепер мало, зважаючи на її негативні сторони (див. «Протипоказання до операції»).

Креміг запропонував розрізати лише задню стінку матки, але при цьому була велика загроза пошкодження очеревини, і тому модифікація Креміга зовсім не набула популярності.

Модифікації Гейнсіуса, Лейбчика, Какушкіна. У розділі «Показання до операції в. к. р.» ми вже зазначали, що за останні роки в. к. р. набуває все більшого значення у випадках пізнього аборту. Тут зовсім не треба вводити в матку всю руку, і тому запропоновано було нові модифікації, які дають можливість хірургічним способом звільнити матку, не порушуючи цілості її шийки; при цих модифікаціях легше запобігти і деформації шийки.

Модифікація Гейнсіуса (Heinsius). Основний принцип операції: розріз матки в нижньому сегменті без пошкодження шийки матки (мал. 268). Автор так описує техніку операції: поздовжній розріз передньої стінки вагіни над шийкою матки, відсепарувати сечовий міхур, не пошкоджуючи очеревини; поздовжній розріз матки над внутрішнім устям, тобто в ділянці нижнього сегмента матки; виїняти дитину і плаценту; зашити операційну рану.

Проф. Д. Отт запропонував аналогічну операцію; різниця тільки в тому, що робиться не поздовжній, а поперечний розріз вагіни.

Модифікація Лейбчика основна відмінність її — розріз шийки матки і нижнього сегмента матки без пошкодження її шийки. Техніка операції така

(мал. 269). Розширюють шийку матки розширниками Гегара до № 10; розширник задишають у шийці і роблять серповидний розріз переднього склепіння; якнайшвидше відсепаровують сечовий міхур і складку очеревини переднього Дугласового простору; розрізають передню стінку шийки в ділянці внутрішнього устя; вагінна частина шийки лишається цілою. Витягають розширник Гегара і продовжують ножицями розріз вище внутрішнього устя, не пошкоджуючи очеревини. Витягають дитину, перфоруєчи, коли треба, її головку; виймають плаценту і вискрібають залишки децидуальної оболонки; зашивають шийку і стінку вагіни.

Модифікація Дюїман-Какушкіна. Ця модифікація відрізняється від усіх попередніх своїм принципом: вона інтраперитонеальна. Техніка, за проф. Какушкіним, така: матку захоплюють кульовими щипцями і відтягають донизу. Поперечний або Т-подібний розріз переднього склепіння; відсепаровують сечовий міхур, розрізають очеревину переднього Дугласового простору, захищаючи дзеркалом сечовий міхур. Автор зазначає, що коли відтягти шийку до крижової кістки, то добре видно поверхню тіла матки; невеликий розріз над внутрішнім устям по серединній лінії тіла матки, краї розрізу захоплюють двозубцями і, знявши кульові щипці з шийки, підтягають донизу. Почасти ножом, почасти ножицями продовжують розріз в матці в напрямі до дна; в порожнину матки вводять 2—3 пальці і витягають плід і плаценту; можна в цьому моменті зняти щипці з країв рани і натискувати на дно матки крізь передню черевну стінку. Децидуальну оболонку вискрібають гострою кюреткою; шари зашивають стінку матки, очеревину і стінку вагіни.

Порівняльна оцінка різних модифікацій. Насамперед модифікації Гейнсіуса. Дюїман — Какушкіна, Лейбчика дають тільки дуже малий операційний отвір, і тому можна вжити їх тільки в першій половині вагітності, приблизно не пізніше 6 міс. У першій половині вагітності можна з успіхом зробити опе-



Мал. 268. Модифікація за Гейнсіусом. Розріз нижнього сегмента матки над внутрішнім устям (за К. Жмакіним)



Мал. 269. Модифікація за Лейбчиком. Розріз нижнього сегмента матки і верхньої частини шийки без порушення вагіної частини шийки; розрізають по розширнику Гегара, введеному в канал шийки (за К. Жмакіним)

рацію Бумма. Ми бачили таке ideale загоєння після неї, що трудно було знайти шрам. Але нові модифікації (Гейнсіуса, Лейбчика) ще краще забезпечують щільне зростання країв рани.

Між іншим Гейнсіус запропонував свою операцію для випадків з інфекцією шийки матки; він мав на думці уникнути інфекції тіла матки. Ми спробували цю операцію в кількох випадках і відзначили прекрасне загоєння. Надія уникнути інфекції здається нам проблематичною: підтягаючи до себе матку і оперуючи через вагіну, трудно уникнути того, щоб не попав секрет шийки у вагіну.

Модифікація Лейбчика легша попередньої, і ми рекомендуємо її для всіх випадків операції при вагітності до 6 місяців; попереднє розширення шийки і розріз її по розширнику не обов'язкові; міцно підтягаючи шийку кульовими щипцями донизу, можна зробити правильний розріз.

Коли є комбінація вагітності з якимсь новотвором або одночасно потрібна і стерилізація, ми даємо перше місце операції малого к. р. (див. розділ „Кесарський розтин“).

Операція проф. Какушкіна надто складна і не може конкурувати з нею.

За даними анкети серед акушерів СРСР (1928 р.) різні модифікації операції в. к. р. дають такі цифри:

Модифікація Бумма	277	випадків
„ Дюрссена	42	„
„ Лейбчика	51	„
„ Гейнсіуса	13	„
„ Какушкіна	1	„
Разом	384	

За останні роки опубліковано нові серії операцій за Гейнсіусом, Лейбчиком і Какушкіним. Так, проф. М. Какушкін описав 55 випадків своєї операції (так званої *sectio caesarea vaginalis corrigalis*). Проф. Козіньський, базуючись на матеріалі з 38 випадків операції Гейнсіуса, гаряче її рекомендує. Такої самої думки і Мінін (20 вип. операції). Проф. Ю. Лейбчик опублікував (1934 р.) ще 35 випадків операції своєї модифікації.

В клініці КМІ на 50 вип. було застосовано такі модифікації:

Бумма	30
Гейнсіуса	5
Лейбчика	15

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Трудно визначити післяопераційну смертність або захворюваність після операції в. к. р., бо дуже часто вона залежить від основного захворювання.

За новішими даними Мартіна (1929 р.) материнська смертність (на 312 вип.) — 4,8% (редуквана 1,2%), дитяча — 15% (редуквана 9,5%). Серед 50 хворих, про яких повідомляє проф. К. Змакін у своїй дисертації, померло 2 — одна від еклампсії без судорог, через 1½ 2 години після операції (випадок проф. Г. Пісемського); друга хвора загинула на 4-й день після операції з приводу еклампсії; на аутопсії констатовано було крупозну пневмонію. Підвищення температури зазначено в 7 хворих; як причину визначено: тромбофлебіт — 1 (після операції з приводу передчасного відділення плаценти, хвора оперована в 1909 р. проф. Пісемським дома при асистенції однієї акушерки); крупозна пневмонія, *ulcus puerperale* — по 1 вип., ендометрит — 4 вип.

За даними проф. Ю. Лейбчика (1934) з 45 хворих померла 1 (септичний перитоніт); гячковий післяопераційний період у 6 хворих.

При відсутності ускладнень, післяопераційний період мало відрізняється від нормального післяродового, а тому догляд за хворими такий самий як і після нормальних родів. Катетеризація і сприндування вагіни, як правило, не потрібні. Хворим можна дозволити повертатися на 2—3 день, сідати на 5—7 день і вставати на 9—10 день після операції.

УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ

Кожний момент операції може спричинитися до тих чи інших ускладнень як з боку матері, так і з боку дитини. Найважливіші ускладнення: 1) поранення суміжних органів; 2) надриви операційного розрізу; 3) кровотеча.

Пошкодження сечового міхура. За анкетними даними проф. К. Жмакіна з 587 випадків операції пошкоджено було сечовий міхур у 4-х вип. (0,68%).

Сечовий міхур і очеревину можна пошкодити, відсепаровуючи їх і витягаючи дитину. Відсепарування очеревини ускладняється в першій половині вагітності, коли тканини ще мало пухкі; в другій половині вагітності відсепарувати сечовий міхур далеко легше.

У клініці КМІ на 50 випадків в. к. р. ні разу не було пошкодження сечового міхура; такі самі наслідки були в проф. А. Кривського, який оперував 168 вип. На 55 вип. операції за Какушкіним (автор) у 2 було пошкодження сечового міхура.

Іноді трапляються пошкодження urether. Таке ускладнення описано при операції радикального в. к. р. з приводу рака шийки матки.

Пошкодження очеревини в асептичних випадках не має значення, але в інфікованих випадках може загрожувати запалення очеревини. Розглядаючи умови для операції, ми вже сказали, що в інфікованих випадках не треба робити в. к. р.

У клініці КМІ двічі було пошкоджено очеревину (на 50 випадків) при операції за Лейбчиком; одуження без ускладнень.

Надриви країв розрізу можуть бути поздовжні і поперечні і загрожують великою кровотечею. Описано навіть випадок (Писаревський), де зовсім не вдалося захити верхній край розрізу, і в післяопераційному періоді утворилася гематома. Щоб запобігти такому ускладненню, треба пам'ятати, що при непідготовлених родових шляхах краще відмовитися від в. к. р.

Кровотеча може статися як під час операції, так і після неї. Щоб запобігти цьому, треба, відсепаровуючи сечовий міхур, суворо додержуватися середньої лінії матки. В частині випадків трапляються кровотечі і в післяопераційному періоді (гіпотонія матки або розходження швів) (про терапію див. розділ „Негайна допомога в акушерстві“).

ДАЛЬШІ НАСЛІДКИ ОПЕРАЦІЇ

Проф. К. Жмакін зібрав з світової літератури (до 1928 р.) відомості про 162 вип. наступної вагітності; після операції з 136 вип. відбулися роди, у 26 — аборт. Розглядаючи групу з 26 абортів після операції, слід відзначити, що в 14 вип. було штучно припинено вагітність, 10 раз був спонтанний аборт, у 2 вип. — звичайний аборт.

Група родів після операції в. к. р. складається з 136 вип. Нормальний перебіг родів зазначено в 113 вип.; у 23 вип. були ускладнення. Серйозні ускладнення визначено в 6 вип., а саме: трудне відкриття шийки, значний розтяг нижнього сегмента матки, розрив шийки матки по одному вип., розрив післяопераційного шраму — 3 вип.

Проф. Ю. Лейбчик опублікував (1934) 7 вип. нормальних родів після операції в. к. р. Серед матеріалу клініки КМІ в 2 вип. спостерігали цілком нормальний перебіг родів.

Найтяжче ускладнення — розрив післяопераційного шраму, як видно з наведеної вже статистики, трапляється не частіше ніж після а. к. р.

Щоб запобігти всім цим ускладненням, треба зважати на умови і на показання до операції і додержувати суворої асептики.

У всіх випадках, де попередній післяопераційний період був нормальним, при повторній операції не було будь-яких труднощів. Коли перша операція мала ускладнення, то повторна буде трудна.

КОРЕГУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ

Корегуючі операції роблять при неправильних передлежаннях головки, при випаданні кінцівок або пуповини.

Ці операції вимагають від акушера дуже високої техніки і, на жаль, не завжди дають сприятливі наслідки, а через те вживаються дуже рідко.

При неправильному передлежанні головки запропоновано такі оперативні втручання: 1) спосіб Торна; 2) спосіб Цангемейстера; 3) спосіб Ліпмана і 4) спосіб Міхаєліса.

ОПЕРАЦІЯ ТОРНА

При повороті за Торном (Thorn) внутрішньою рукою лобне або лицеве передлежання переводять в потиличне, а зовнішньою усувають розгинання тулуба, який при цих передлежаннях має яскраво виявлений лордоз.

Показання до операції: 1) лобні і лицеві передлежання (при слабості потуг); 2) задній вид лицевого передлежання, коли головка вже знизилася і час для повороту вже минув.

Протипоказання: 1) передлежання плаценти; 2) опух у тазі заважає родам; 3) випадання кінцівок і пуповини; 4) значно розтягнутий нижній сегмент матки.

Умови: 1) достатня рухомість головки; 2) цілком відкрита матка (у multiparae до 4 поперечних пальців); 3) навколоплідний міхур розрізаний (Цангемейстер, Геммершлаг не надають цьому значення); 4) дитина жива і життєздатна; 5) нижній сегмент матки не дуже розтягнутий; 6) правильні співвідношення між розмірами таза й дитини.

Техніка. Операцію Торна роблять рукою; наркоз, як правило, непотрібний (при неуспіху можна вжити наркоз).

Роділлі спорозняють сечовий міхур і кладуть її на поперечне ліжко, повертаючи на той бік, де підборіддя дитини, тобто при першій позиції на правий бік. Після відповідної дезинфекції оператор вводить руку (при першому лицевому — праву, при другому лицевому — ліву) в матку, відсовує лице від входу в таз, іде по черепу, поки не намагає потиличку, обхоплює її всією долонею і тисне донизу (тоді головка згинається). Одночасно друга (зовнішня рука) натискає крізь черевні стінки роділлі на груди дитини (в ділянці плечевого пояса), в напрямі до потилички. Таким способом усувають лордоз хребта дитини і дають їй зігнуте положення (мал. 270). В цей час асистент відсовує сидниці плоду на дні матки в напрямі протилежному тому, як іде зовнішня рука оператора. Після операції треба покласти роділлію на той бік, де спина, натискуючи внутрішньою рукою на потиличку, поки першими не зафіксують головку.

СПОСІБ ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

Виправити лице або лобне передлежання можна ще способом Цангемейстера.

Техніка — при першій позиції — ліву руку, при другій — праву вводять у вагіну. Великий палець вводять в рот плоду і відсовують підборіддя від тазового входу вгору. Одночасно кінцями інших пальців — вони лежать на



М а л. 270. Спосіб Торна. Стрілки показують напрям прикладання сил (за Делерлейбом).



М а л. 271. Спосіб Цангмейстера.

грудей плоду — тиснуть на груди в напрямі до спинки. Друга рука зовні пересовує сідниці плоду в напрямі до лица. Коли головка зігнулася, роділля кладуть на той бік, де спинка (мал. 271).

При лобному передлежанні краще провести роди консервативно.

При корегуючих операціях треба пильнувати, щоб не травматизувати око дитини і не вводити глибоко палець у рот, бо це може спричинити дихальні рухи дитини. Дитяча смертність при цих операціях дає 23,3% (Опітц — Опітц). У Берлінській університетській клініці при 114 лицевих передлежаннях у 78% корегуючі операції були успішні. У Опітца з 72 випадків тільки в 54 вдался поворот, а 2 випадки дали розрив матки. В клініці КМІ ручних способів повороту при лобних і лицевих передлежаннях не робимо.

СПОСІБ ЛІПМАНА

Показання. Завдання способу за Ліпманом „Kegelkugelhandgriff“, виправити неправильний поворот головки, — напр. високе пряме стояння головки (positio occipitalis publica, sacralis), коли у вході в таз сагітальний шов стоїть у прямому розмірі таза.

Умови аналогічні умовам при ручних способах Торна і Цангмейстера.

Техніка. Всю руку акушер вводить у вагіну і далі через шийку в матку, головку — всією рукою — захоплює так, як захоплюють м'яч, і повертає її навколо вертикальної осі в той бік, куди найлегше рухається головка (мал. 272). В той самий час зовнішня рука натискує на дно матки. Асистент, натискуючи на спинку плоду, намагається повернути тулуб дитини в той самий бік.

Операцію Ліпмана може зробити тільки досвідчений лікар-спеціаліст і то у виключних лише випадках. Краще зробити поворот на ніжку, якщо є умови для цієї операції. На жаль, досвід показує, що втручатися доводиться тоді, коли головка вже стоїть щільно у вході. Здебільшого тоді накладають щипці (докладніше див. розділ „Акушерські щипці“). У немолодих primiparae при недостатньо підготовлених родових шляхах, щоб урятувати життя дитини, можна зробити абдомінальний к. р. (проф. О. Крпуський).

РУЧНИЙ СПОСІБ МІХАЕЛІСА

До цієї операції вдаються при задньому асинклітизмі (Літманівське вставлення, заднє, вушне). Прогноз для дитини при цій аномалії несприятливий, і Міхаеліс запропонував ввести руку у вагіну, потім у матку, обхопити головою і повернути її так, щоб сагітальний шов став посередини між промонторієм і симфізом. Спосіб цей надто трудно реалізувати.

ВПРАВЛЕННЯ ВИПАЛИХ ДРІБНИХ ЧАСТИН

Випадання ніжки при головних передлежаннях. При головних передлежаннях іноді може випасти ніжка (мал. 273) або ручка (мал. 274). Випадання ніжки треба вміти диференціювати від положення ногами. При рухомій голові і цілком відкритій матці можна витягти ніжку і зовнішнім способом — відхилити головку до дна матки, тобто зробити зовнішній поворот, щоб потім не було ускладнень. Коли головка щільно стоїть в порожнині таза, роди можуть скінчитися спонтанно. Випадання ніжки трапляється частіше при мацерованих і недоношених плодах. Коли загрожує розрив матки через розтягання нижнього сегмента, краще перфорувати головку і витягти дитину краніокластом.

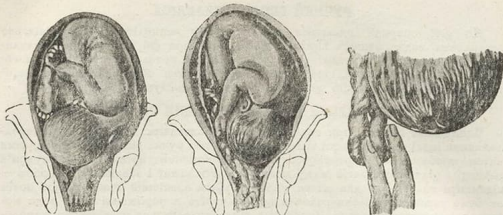
Випадання ручки при головних передлежаннях. При випаданні ручки терапія може бути різною. Коли плодова рідина не відійшла і поруч з головою промацуються і ручка, то ручка сама ще може відійти вгору, коли головка знизиться. Допомогти цьому можна, поклавши родіаля на протилежний бік випалої ручки; коли води відійшли, можна спробувати вправити ручку, якщо головка була ще рухома і ручка не защемлена між головою і стінкою таза. Для цього під наркозом вводять руку у вагіну, відсовують випалу ручку вгору над головою. Не витягаючи руки, ждуть перейми; зовнішньою рукою, крізь черепні стінки, фіксують головку і вгискують її в порожнину таза способом Гофмейєра (див. розділ «Акушерські шипці» — Показання). Коли головка фіксується у вході в таз, то небезпека випадання минула. Коли цей спосіб не дав наслідків, треба зробити поворот на ніжку, попереду нахлывши на ручку петлю з марлі, щоб рука не пішла в порожнину матки, і тим запобігти інфекції.



Мал. 272. Спосіб Ліпмана (за Гентером).



Мал. 273. Випадання ніжки при головному передлежанні.



Мал. 274. Випадання ручки при головному передлежанні.

Мал. 275. Випадання пуповини (за Буммом).

Мал. 276. Пальцеве вправлення пуповини (за Генгером).

Коли головка стоїть щільно у вході в таз, то при широкому тазі роди можуть відбутися спонтанно і при випаданні ручки. Якщо роди затягаються, можна накласти щипці. Ложка повинна лягти між ручкою і головою. При мертвому плоді — перфорація головки і кравіоклазія. Смертність дітей до 28%.

Вправлення випадлої пуповини. Показання. Показання для цієї операції — випадання пуповини, що може спричинитися до смерті дитини (мал. 275). Вправляти треба тільки рукою. Різні інструменти, так звані репозитори, уже не живаються і мають виключно історичний інтерес.

Умови. Відкрита шийка не менш як на 2 пальці.

Передлежання. Треба відрізати передлежання пуповини при цілому навколоплідному міхурі і випадання пуповини, коли води відійшли і петля пуповини знизилася у вагіну, а далі може і випасти з неї і показатися зовні.

Терапія. Передлежання пуповини не потребує будь-якої терапії. Єдине, що можна зробити — покласти жінку à la vache або з піднятим тазом. Передлежання пуповини далеко не завжди переходить у випадання. Треба зробити дослідження per vaginam негайно як відійшли води, поки ще головка не ввійшла щільно в таз. Коли уже по відходженні вод пуповина все таки передлежить і не випала ще у вагіну, треба надати роділлі положення à la vache або покласти близько до Trendelenburg'івського положення. Пуповина сама може ввійти в порожнину таза; коли цього не станеться, можна спробувати вправити її.

Вправлення роблять, поклавши жінку з піднятим трохи вгору тазом. Обережно (не натискуючи) двома пальцями або всією рукою беруть пуповину (мал. 276) і, відсуваючи високо за передлежну частину, зачеплюють за ручку або за ніжку плоду. Виводити руку треба обережно, бо пуповина може легко випасти. Якщо цей спосіб знову не дає наслідків при рухомій головці, краще зробити поворот на ніжку; при зниженій головці накладають щипці. У випадках випадання пуповини при мало відкритому усті матки і при живій та життєздатній дитині Абуладзе і Деделейн радять робити к. р. У клініці КМІ випадання пуповини при неповному відкритті устя і живій та життєздатній дитині вважаємо показанням до абдомінального к. р. При мертвій дитині немає показань для будь-якого оперативного втручання.

Якщо випадання пуповини діагностуємо під час прорізування головки і дитина ще жива, прискорюємо закінчення родів перинеотомією і способом Крістеллера.

ЕМБРИОТОМІЯ

До цієї операції вдаються тоді, коли треба витягти дитину через природні родові шляхи, а вийняти плід не зменшеним — неможливо або небезпечно для матері. Порушення цілості плоду при цих операціях звичайно мусимо робити лише при мертвій дитині, а при живому плоді треба яжити всіх заходів, щоб зберегти йому життя.

В сучасних умовах ми повинні рішуче відкинути цю операцію на живій дитині. В усіх випадках патології родів справу необхідно організувати так, щоб таку роділлю можна було швидко приставити до лікарні і дати їй відповідну кваліфіковану акушерську допомогу, щоб лишилися живими і мати, і дитина. Відповідні умови для цього ми маємо тепер в усіх районах — (наявність лікарів і автотранспорта).

Щоб зменшити плід, треба порушити його цілість. Для цього існує цілий ряд типових і атипових оперативних втручань. Залежно від того, яку маємо передлежну частину плоду, робимо ту чи іншу операцію.

Класифікація. Якщо плід передлежить головою і її треба зменшити, ми робимо операцію, яка називається „краніотомією“; коли є запущене поперечне положення, тобто не можна робити поворот, відділяємо тіло плоду від головки; ця операція називається „декапітацією“. У випадках звуження родових шляхів залежно від їх розмірів або від занадто великих розмірів дитини, щоб витягти тіло плоду, зменшують тулуб, витягають нутрощі з черевної порожнини і з грудної клітки; цю операцію називають „евісцерацією“.

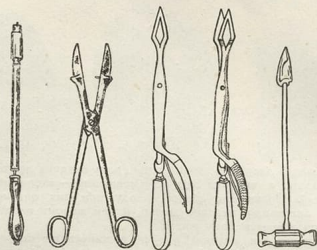
КРАНІОТОМІЯ

Показання. Краніотомією ми маємо на меті зменшити головку плоду, і робити краніотомію ми повинні на мертвому плоді. Коли плід мертвий, краніотомію треба робити завжди, коли є для цього відповідні умови та показання, щоб швидше закінчити роди. Тоді зменшена головка набагато полегшує проходження плоду через родовий канал.

Під терміном „живий плід“ ми розуміємо цілком доношену й життєздатну дитину; коли плід живий, але до життя не здатний (напр., гідроцефалію), тоді можемо робити цю операцію відразу.

Умови. Для краніотомії потрібна: 1) відсутність „абсолютного звуження“; 2) розірваний навколоплідний міхур; 3) повне відкриття матки. Але тут мусимо сказати, що перший акт краніотомії, а саме перфорацію головки, можемо зробити і при невеликому відкритті, а закінчити операцію при повному відкритті матки, бо при неповному відкритті витягти плід без травми для матері неможливо. Нарешті треба сказати, що більшість акушерів вважає несприятливим робити краніотомію при справжній коньюгати, при плоскому тазі 6 см, при загальнозвуженому 6,5 см. Треба додати, що операцію можна робити і при більших звуженнях, але тоді доведеться дробити плід більше.

Для операції треба мати відповідне оточення, асистента і такі інструменти: 1 перфоратор Бло, краніокласт Брауна, 2 пари кульових щипців,



Мал. 277.
Трепаноподібний перфоратор Ківіша

Мал. 278.
Перфоратор Смеллі.

Мал. 279.
Перфоратор Бло.

Мал. 279-а
Перфоратор Феноменова

ложку Феноменова для порушення мозку, голкотримач, 2 затискачі Кохера, кружку Есмарха, ножиці довгі, прями, наконечник Фрітш-Боузмена, скальпель, 3 голки хірургічних, 2 затискачі Пеана, 3 хірургічних пінцета.

Техніка. Операція складається з трьох актів: з перфорації головки, ексцеребрації і краніоклазії або кефалотрипсії.

Перфорація. Перший з цих актів, перфорацію головки, роблять перфоратором. Перфораторів надзвичайно багато. В основному їх можна поділити на три групи: перфоратори 1) трепаноподібні, 2) ножицеподібні і 3) списи. Трепаноподібні перфоратори роблять на зразок звичайного трепана; складаються вони з прямої металічної гільзи, всередині в ній прямиий стрижень, на одному кінці в нього ручка, а на другому свердло і коронка з зубцями, прикріплена так, що свердло з неї трохи виходить. Коли ручка крутиться, то стрижень з коронкою і свердлом може то виходити з гільзи, то ховатися (мал. 277).

Ножицеподібні перфоратори — ножиці з загостреними кінцями та лезами не в середину, а зовні. Вони розходяться, коли стискати ручки. Детально описувати цей інструмент не доводиться тому, що його можна добре собі уявити з малюнка (мал. 278).

Нарешті, простіша модель перфоратора — короткий масивний спис.

Поруч з цими типовими перфораторами є перфоратори, які мають властивості перфораторів різних типів. До них належить перфоратор Бло (мал. 279), зроблений за принципом ножицеподібного перфоратора і спису, і перфоратор Феноменова (мал. 279-а), де можна бачити комбінацію трепаноподібного перфоратора із списом.

Є ще комбіновані моделі. Досвід довів, що кращі перфоратори, які можна рекомендувати — це перфоратори Бло і Феноменова. Проте, можуть бути використані і інші типи перфораторів, які є в лікувальних установах.

Перфорація передньої головки. Перший акт краніотомії — перфорація передньої головки найлегше виконати тоді, коли головка міцно втиснулася

в малий таз. Після того, як роділля поклали на край ліжка і належно підготували до операції, вагіну відкривають дзеркалами, а коли дзеркал немає, акушер вводить один перфоратор, під захистом і контролем пальців лівої руки, в канал роділля. Коли акушер увів перфоратор Бло, то гострий кінець перфоратора під контролем ока (або навпомацки) встромляє в головку в ділянку швів або тім'ячок. Доцільно перед цим захопити шкіру головки 2 міцними щипцями і, надрізавши її, вітягти краї рани.

Коли перфоратор встромили до широкого місця леза, ручки треба стиснути; леза розійдуться, а отвір збільшиться (мал. 280). Потім повертаємо інструмент на 90° , знову стискаємо ручки і розводимо леза, перфоративний отвір збільшується і впоперек. Таким способом маємо досить великий зубчастий отвір.

Коли головка рухома і стоїть над входом у малий таз, то до перфорації неодмінно треба фіксувати головку. Це робить помічник, натискаючи на головку обома руками крізь червну стінку роділля; припинити зовнішній тиск на головку можна тоді, коли її міцно захопили краніюкластом.

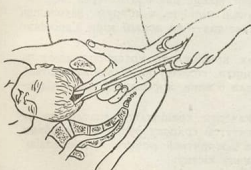
Коли недостатньо фіксували головку, перфоратор може спорснути і спричинити тяжкі пошкодження; далі головка може повернутися, а зроблений отвір сховається. Тоді не можна буде виконати другий акт краніотомії і операцію треба буде починати знову.

Перфорацію головки, коли вона стоїть високо в тазі або над тазом, неодмінно треба робити (як це радить Феноменов) під контролем ока. Для цього треба відкрити вагіну дзеркалами, захопити шкіру черепа кульовими щипцями, розрізати її скальпелем, край розрізу захопити теж кульовими щипцями. Після цього розтягти їх і в розріз до черепа прикласти перфоратор.

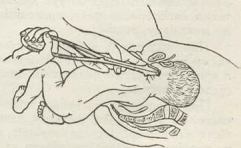
Фіксація головки зверху і оперування під контролем ока значно зменшують небезпеку ускладнень.

При лицевих і лобних передлежаннях перфоратор треба вводити в орбіту або лобний шов, а при перфорації наступної головки в потиличку (мал. 281) — через рот.

Майже так само як перфоратором Бло роблять перфорацію головки і перфоратором Феноменова. Тут потрібно менше часу на вибір місця для перфорації, бо цим перфоратором (Феноменова) можемо розвинути більшу силу. Кістковий отвір при маніпуляції перфоратором Феноменова збільшується тому, що тут ми свердлимо.



Мал. 280. Розведення кінців перфоратора, введеного в головку (за Деделрейном).



Мал. 281. Перфорація наступної головки (за Деделрейном).

Але завжди треба пам'ятати, що як перфоратор Бло, так і перфоратор Феноменова при необережності оператора можуть зміститися, а це може спричинити тяжкі пошкодження.

Після того, як головку перфоровано, під тиском родових сил вона трохи спадається, і невелика кількість мозкової маси виходить з перфорованого отвору.

Ексцеребрація. Щоб набагато зменшити головку, неодмінно виконаємо другий акт краніотомії — ексцеребрацію.

Техніка. Порушуємо мозок ложечкою, введеною в перфоративний отвір, потім вивимаємо мозок з порожнини черепа якоюнебудь стерильною рідиною (фізіологічний розчин, розчин борної кислоти, просто переварена вода), з кружки Есмарха і катетера Фрітш-Боузмена або навіть з довгого скляного наконечника.

Краніоклазія. Коли звільнили череп від мозку, починаємо третій акт краніотомії — витягання плоду з перфорованою головою, тобто краніоклазію. (Точно слово „краніоклазія“ означає „виламування кісток“). Операцію робимо краніокластом Брауна; своєю будовою він схожий, до деякої міри, на щипці і складається з двох перехресних бранш; якраз на перехресті має замок.

Ручки краніокласта фіксуються гвинтом.

Ложки мають невелику тазову кривину; одна ложка без отворів, з зубцями на опуклій поверхні, а друга вікончаста (мал. 282).

Техніка. Краніокласт на перфоровану головку накладають так: спочатку беруть ложку краніокласта без отворів, з зубцями, і через перфоративний отвір черепа вводять у череп. Вводити ложку через канал роділлі треба неодмінно під контролем пальців так, щоб опукла поверхня ложки була обернена до долоні; якщо цього не додержати, то зубцями можна поранити м'які частини каналу. Оператор, ввівши ложку в череп, ручки її передає помічникові, а сам, під контролем пальців, вводить вікончасту ложку. Накладати її треба на зовнішню поверхню головки, як ложку щипців, додержуючись відповідного положення першої бранші. Упевнившись, що обидві ложки лежать як треба, оператор замикає їх і загвинчує, скільки можна з'єднуючи ручки (мал. 283). Тоді ложки міцно обхоплюють ту чи іншу частину черепа. Після цього тягнуть інструментом захоплену головку, при чому тракції роблять так як при щипцях.

Тут може бути питання, на яку частину черепа накласти краніокласт. Треба сказати, що в тих випадках, де трапляються труднощі при накладанні, доводиться захоплювати ту частину, яка доступніша. А коли можна вибирати, то при черепних передлежаннях краніокласт краще накладати через лице черепа або на потилицю, бо тут кістки сполучені міцніше, а подруге, захопивши таким способом головку, проводимо її через таз — до деякої міри відповідно до механізму родів.

При лицевих і лобних передлежаннях краніокласт краще накладати на задню частину черепа. Тоді можна захопити головку на більшому протязі, а крім того будемо витягати її так, як йшла б вона нормально, тобто підборіддям наперед.

При перфорації наступної головки накладати краніокласт доводиться не часто, бо в більшості випадків вдається витягти головку ручними способами після перфорації і ексцеребрації; якщо ж доводиться робити краніоклазію, то краніокласт треба накладати на потиличну кістку.

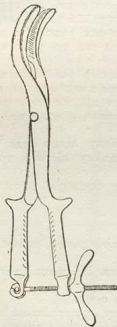
При значному звуженні таза іноді не вдається провести перфоровану головку і тоді доводиться виламувати всі черепні кістки. Краще робити це кістковими щипцями (мал. 284, 285).

При значному звуженні родових шляхів перфоровану головку витягають інструментами Цвейфеля, Овара та ін., т. зв. базіотрибами, — бо ними порушується і основа черепа. Краніокласт Цвейфеля складається з трьох бранш. Від звичайного краніокласта Брауна відрізняється він тим, що має дві зовнішні бранші і середню, подібну до бранші перфоратора Бло. Отже інструмент Цвейфеля є комбінація перфоратора з кефалотрибом (мал. 286). Базіотриб міцно захоплює черепні кістки і через те рідко тільки може спорснути. Коли добре його накласти, то базіотриб зменшує головку так, що її можна витягти через таз при досить великому звуженні (мал. 287). Але базіотриби дуже масивні, загрожують пошкодженням родових шляхів, і ми ніколи їх не живимо.

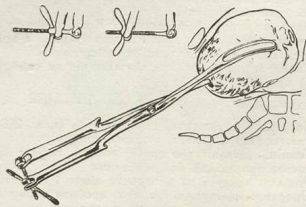
Клейдотомія. Буває, що як вивели головку через таз при значних його звуженнях, плічка натрапляють на опір. У таких випадках показана клейдотомія, тобто перерізування дужки.

Техніка. Для цього у вагіну вводять ліву руку або півруки до грудної поверхні тулуба плоду і намагаються дужку; асистент відводить головку в краніокласті в протилежний бік; правою рукою беруть зігнуті ножиці з закругленими кінцями, проводять їх по долоні введеної руки і перерізають дужку. Після цього плечовий пояс спадається і його легко можна провести через таз. При значному звуженні таза треба перерізати таким способом дужку з обох боків.

Стернотомія. Якщо клейдотомія не дає достатнього зменшення верхньої частини тулуба, можна порушити ножицями груднину (sternotomia). Крім того можна перерізати ребра (thoracotomia).



М а л. 282 Краніокласт Брауна.



М а л. 283. Краніокластом Брауна захопили головку (за Лішманом).



Мал. 284, 285. Кісткові щипці Боера (284); їх модифікація (285) (за Дедерлейном)



Мал. 286. Краніо-кефалокаст (базіотриб) Овар-Цвейфеля



Мал. 287. Краніо-кефалокаст на голці (за Дедерлейном).

ДЕКАПІТАЦІЯ, ЕВІСЦЕРАЦІЯ, СПОНДИЛОТОМІЯ

Ці операції робимо при запущеному поперечному положенні. Як правило, при поперечних положеннях показана операція повороту; її і треба зробити, коли для цього є відповідні умови, а найголовніша з них рухомість плоду. Коли цієї умови немає і плід міцно втиснувся в малий таз, то робити операцію повороту вже пізно.

Прикладаючи фізичну силу, і при тому значну, можемо розірвати матку, бо в таких випадках буває вона дуже розтягнута, особливо в нижньому сегменті.

Отже тоді треба вдатися до операції типу ембріотомії, бо вона далеко безпечніша для матері. Дитина при запущених поперечних положеннях звичайно дуже швидко гине.

Який вибрати спосіб операції? Коли в даному випадку легко буде дійти до шийки плоду, треба зробити декапітацію, а коли шийку дістати трудно, а передлежить бочок дитини, то евісцерацію.

Спондилотомію роблять звичайно не як самостійну операцію, а як допоміжну при евісцерації.

ДЕКАПІТАЦІЯ

Потрібні інструменти: гачок Брауна (мал. 288), перфоратор, краніокаст Брауна, ножиці Зібольда, кісткові щипці.

Технік. Декапітацію треба робити гачком Брауна. Малюнок цього інструмента зрозумілий без пояснення.

Роділяю кладуть на поперечне ліжко і готують до операції.

Оператор маніпулює так, щоб зробити шийку плоду доступнішою.

При запущених поперечних положеннях часто випадає ручка дитини; оператор відтягає її донизу і наближає до себе плічко, а разом з ним наближається і шийка плоду до виходу з таза. Коли шийка наблизилася, опе-

ратор відхиляє ручку в напрямі до тулуба, щоб не заважала¹, на ручку накладає петлю і передає петлю помічникові, і в такому положенні помічник тримає її.

Після цього оператор вводить у канал родіалі всю руку — напрям руки повинен відповідати положенню головки плоду; діставши шийку, оператор обхоплює її так, щоб великий палець був до симфізу, а решта пальців до крижів.

Головне призначення цієї руки — контроль, коли вводять гачок і маніпулюють ним. Крім того зовнішня рука фіксує головку під час операції, бо при маніпуляціях вона може зміщатися, а від її рухів може статися розрив розтягнутого нижнього сегмента матки.

Гачок вводять другою рукою так, щоб його зігнутий кінець проходив по долонній поверхні великого пальця тієї руки, яка в каналі. Дійшовши до того місця, де великий і вказівний пальці обхоплюють шийку, захоплюють її гачком зверху, упевнившись, що гачок лежить на шийці як треба, оператор потягує його вниз, щоб міцно закріпити на шийці, і починає повертати гачок навколо здухвинної асті так, щоб гудзик гачка повертався в напрямі головки. Від таких повертань ламається шийна частина хребта і розриваються м'які частини шийки плоду (мал. 289, 290). Коли м'які частини остаточно не розірвалися, треба підтягти їх до входу у вагіну і розрізати ножицями Зібольда (мал. 291).

Коли головку відділили від тулуба зовсім, тулуб можна витягти за ручку, а потім вивести. Головку можна вивести руками або інструментом. Виводячи головку руками, оператор вводить два пальці однієї руки в рот, а асистент натискає на головку зовні; щоб не пошкодити вагіну, треба кістковими щипцями захопити обламаний хребет.

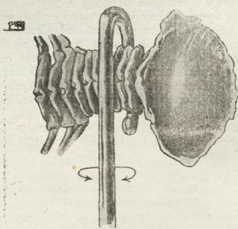
ВИВЕДЕННЯ ГОЛОВКИ

При значному звуженні таза вивести головку рукою може не вдатися; тоді роблять це краніокластом після перфорації головки і ексцеребрації.

¹ Мало досвідчені акушери іноді роблять екзартикуляцію або ампутацію випаді ручки; це груба помилка — ручка допомагає операції, тому що за неї тягнуть.



Мал. 288. Гачок Брауна.



Мал. 289. Гачком Брауна порушують хребет (за Буммом).



М а л. 290. Гачок Брауна введено для деканітації (за Ліпманом).



М а л. 291. Ножиці Зібольда.

Потрібні інструменти: перфоратор, гачок Брауна, кісткові щипці, корцанг, ножиці, абортцанг.

ЕВІСЦЕРАЦІЯ

Техніка. Випалу ручку оператор передає помічникові, а сам вводить у канал роділлі руку і намагається дійти пальцями до стінки живота або до грудної клітки плоду; після цього по долонній поверхні руки вводять ножицеподібний перфоратор або інший інструмент, — напр. довгі ножиці — і робить ним отвір у стінці живота або грудної клітки, розсікаючи ребра. Через цей отвір корцангом або іншим яким інструментом (напр. абортцангом) або навіть пальцем тягне нутрощі з однієї порожнини, а потім проходить пальцем через діафрагму і забирає нутрощі з другої (порожнини).

Вийнявши нутрощі, оператор через розріз вводить гачок Брауна в черевну або грудну порожнину до хребта; опуклістю гачка натискує на шкіру асередини так, щоб вершок гачка зайшов за хребет і обхопив його щільно. Далі рухами вниз, вправо і вліво, переламає хребет і тягне, щоб розірвати зв'язки; п'яід складається вдвоє, і так його витягають.

Думку про потребу якнайшвидше викинути з арсеналу акушерських операцій ембріотомію можна тільки витати, але слід пам'ятати, що в певному (хоч і невеликому) проценті випадків до цієї операції ми примушені вдаватися. Однак в умовах буйного росту нашого Союзу та охоплення населення рододопомогою маємо всі дані до того, що за короткий час ліквідуємо практику в ембріотомії.

НЕГАЙНА ДОПОМОГА В АКУШЕРСТВІ

СПОНТАННИЙ АБОРТ

З перших уже місяців вагітність у жінок може перерватися. Таке явище називаємо абортom; коли перерва сталася без будь-якого штучного втручання, аборт називається спонтанним (abortus spontaneus), аборт, зроблений у лікарні, — легальним штучним, а зроблений поза лікарню, не лікарем, без відповідних для цього умов, — нелегальним, кримінальним, підпільним (abortus illegalis)

Умовно абортom вважають перерив вагітності до сьомого місяця; а з 7-го місяця перерив вагітності називаємо передчасними родами (partus praematurus).

Аборт є порушення зв'язку плідного яйця з стінкою матки; таке порушення спричинює кровотечу, іноді дуже велику, і це може привести жінку до різкого некрові'я. Значні кровотечі в наслідок аборту, які могли б привести жінку до смерті, трапляються рідко.

В перші місяці вагітності іноді бувають криваві виділення замість регул. Не спляючись на причинах такого явища, треба сказати, що такі криваві виділення від тих, які стають від порушення вагітності, різняться тим, що бувають періодично, припадають на той час, коли мали бути регули, крові йде далеко менше проти звичайних регул, тільки „плямиться“, тривають вони менший час.

Причини спонтанного аборту. Причин спонтанного аборту багато. Всі їх можна поділити на дві великі групи — ендогенні і екзогенні. До перших — ендогенних — належать аномалії розвитку, захворювання організму матері, плоду або плідного яйця; до екзогенних — фізичні, хемічні, термічні і інфекційні впливи. Але думати, що кожна з цих причин сама по собі може спричинити аборт, було б механістичною помилкою. Вони різко комбінуються між собою, доповнюють, допомагають одна одній, і аборт завжди є наслідок комплексу причин.

Серед тих аномалій розвитку жінки, які можуть перешкодити розвитку плідного яйця, треба назвати і недорозвиток геніталій — інфантилізм. Звичайно такі явища недорозвитку, як різка ante flexio матки, довга конічна шийка та ін., перешкоджають заплідненню взагалі, але треба сказати, що від недорозвитку може змінитися не тільки топографія, але й анатомічна будова організму; отже тут зміни слизової оболонки і мускулів матки іноді перешкоджають розвитку плідного яйця.

Цілий ряд інфекційних захворювань загального характеру переривають вагітність в різні її строки. Тифи — плямистий, червоний, поворотний, холера, дизентерія, натуральна віспа та ін. дуже легко спричинюють аборт. Але причини аборту не при всіх інфекційних захворюваннях однакові. Напр. при холері, дизентерії, віспі маємо порушення з боку слизової оболонки матки — геморрагічний ендометрит (endometritis haemorrhagica). При цих зах-

ворюваннях взагалі бувають кровотечі, але при вагітності судини надто розвиваються, і кровотечі набувають характеру великих крововиливів в decidua, досить тонкі тканини плідного яйця через це відділяються на певному протязі, і стається аборт. При таких захворюваннях, як запалення легенів, поширений дифузний бронхіт, грип, аборт може статися від великого кашлю, ціанозу і задихки. При менших строках вагітності при цих захворюваннях загрожує тільки кашель, бо при кашлю живіт увесь час неспокійний, підвищується раптом внутрішньо-черевний тиск, і це може спричинити відділення плідного яйця, перейми, кровозгечу і нарешті аборт. Туберкульоз може спричинитися до аборту тільки при досить тяжких формах (декомпенсованих фтизах). З одного боку, впливає тут частий кашель, а з другого — висока t° , а найбільше інтоксикація, захворювання плаценти на туберкульоз (середні місяці вагітності), від чого порушується кровообмін між плодом і матір'ю, а також нормальний розвиток і прикріплення плаценти.

При інших інфекційних захворюваннях перериває вагітність висока t° . Плід має t° вищу t° матері на $0,5^{\circ}$ і не може іноді, при перегріві крові матері від високої температури, пристосуватися до нових умов і гине, при чому швидкі підвищення t° впливають багато гірше, ніж підвищення повільне. Так впливають тифи черевний, плямистий

І нарешті перериває вагітність інтоксикація плоду специфічними токсинами, які є в крові матері; токсини можуть ввійти в плід через плаценту. Так впливає віспа, scarlatina, малярія. Малярія впливає на вагітність навіть у хронічній формі і спричинює аборт майже в 50%.

Щодо люєса, то тут вплив залежить від стадії хвороби. Коли інфекція свіжа і стадія хвороби гостра, перерив вагітності стається і в перші 3 місяці, а коли хвороба тягнеться довго, то перерив буде на пізніших місяцях, у другій половині, і виявлятиметься передчасними родами, доношеним мертвим плодом або й живим, але кволим, маложиттєздатним.

Порушення функцій нирок таксамо може спричинити значні зміни плаценти: склероз судин, крововиливи в плаценту, утворення великих білих інфарктів і крововиливів між плідним яйцем і стінкою матки; живлення плоду порушується і стається аборт.

Крім того захворювання нирок, печінки і серця спричинюють застійне перекровлення в малому тазі і можуть привести до аборту.

Серед захворювань кишок треба спинитися на апендициті; разом з вагітністю він спричинюється до загострення, навіть до перфорації appendix, через що може статися загальне запалення очеревини (peritonitis diffusa). З другого боку, в наслідок тиску ексудатом і дратування матки апендицит може перервати вагітність. Отже при перших випадках апендициту під час вагітності радимо, не відкладаючи, робити апендектомію (хоч і після операції можуть бути перейми і вагітність іноді переривається).

Треба сказати, що після хірургічних втручань при вагітності там, де спостерігали ми значні кровотечі, септичні процеси, шок, часто було аборт.

Цілий ряд захворювань внутрішніх геніталій може перервати вагітність. Сюди належать ті причини, які в основі своїй мають фізичні умови, а також інтоксикаційні — місцеві запальні процеси. Великі розриви шийки при попередніх родах, а також висока ампутація її в тих випадках, коли плідне яйце прикріплюється до стінки в нижньому сегменті близько до внутрішнього устя, зміщення матки — retroflexio, запальні зміни мускульного і слизового шару стінки матки, де плідне яйце не знаходить собі сприятливого оточення, значні запальні процеси додатків, звичайно однієї, коломаткової клітківини, очеревини таза, — всі вони, при відповідних умовах, дратуючи матку, спричинюються до аборту.

Не можна проминути й попередні штучні аборти. При попередніх старанних вискрібаннях стінки матки, де на місці слизової оболонки утворився сполучна тканина, плідне яйце не знаходить сприятливого для свого розвитку ґрунту і гине, спричинюючи аборт. Впливають тут і хронічні захворювання геніталій після абортів.

До названих уже анагомічних порушень матки треба додати, що в перші місяці вагітності, коли плідне яйце ще не досить міцно прикріплюється до стінки матки, фізичні причини, які підвищують внутрішньо-черевний тиск — піднімання важких речей, трудні фізкультурні вправи, травматичні причини — удар у живіт, падання або іноді значний тиск на живіт, а також різкі рухи — біганина, танці, їзда верхи, на труському возі, — також можуть спричинитися до абортів. Проте слід мати на увазі, що при таких умовах аборт легше може статися тільки там, де є вже схильність до нього через інші причини.

Ми знаємо, що ці фактори (стрибання, роз'їзна служба, піднімання важких речей, розминання живота), коли їх іноді роблять самі жінки, щоб перервати вагітність, не завжди дають бажані наслідки, — це стверджують і праці Магіда — Вендківського.

Те саме треба сказати і про термічні моменти — загальні гарячі ванни, гарячі сприндування; ними теж марно намагаються спричинити аборт, хоч велике тепло і може мати такий вплив (діатермія). Як причину перериву вагітності можна назвати ще бурхливий або частий coitus — крім механічного дратування, він впливає перекровленням геніталій.

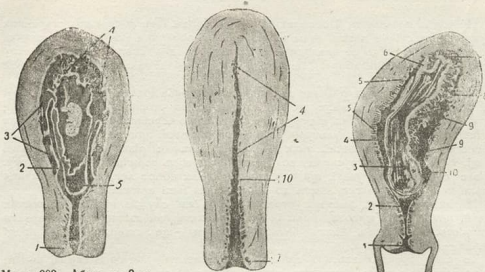
Треба ще сказати про так звані психічні моменти — жах, хвилювання та інші нервові збудження — при інших сприятливих умовах — можуть спричинити аборт. Пояснюється це парезом вазомоторів; коли тазові судини розширюються, стається перекровлення, а через те і крововиливи між плідним яйцем і стінкою матки.

Нарешті, з порушень самого плідного яйця як причину перериву вагітності наземо міхурчастий занесок (*mola hydatidosa*).

Поширення абортів. Зважаючи на те, що на 2—3 місяці плацента ще остаточно не сформувалася, найчастіше перерив вагітності спостерігаємо саме в цей час. На різні запальні процеси геніталій, що є однією з причин абортів, хворіють переважно такі жінки, які в минулому мали аборти або ролі, і тому перерив вагітності спостерігаємо частіше у повторновагітних.

Знаки порушення вагітності. Порушення зв'язку між стінкою матки і плідним яйцем починається крововиливом між ними; цей крововилив з часом збільшується, виявляється постійною ознакою — різної сили кривавистими виділеннями з матки. Далі, коли плідне яйце відділяється вже на більшій площі, з'являється друга ознака — перейми. На перших місяцях вагітності невелика і матка не дуже збільшена, перейми не мають такої сили і характеру як при родах. Сила перейм залежить від строку вагітності — чим пізніша вагітність, тим сильніші перейми. Отже через те, що ці перейми легкі, жінка скаржиться тільки на тупий, невеликий біль внизу живота і в попереку. Коли причина не ліквідована і перерив вагітності розвивається далі, всі ці явища набувають більшої сили. матка під час перейм твердішає, устя її поступово відкривається і через певний час, різний у кожному випадку, плідне яйце виходить з матки або застрягає в її шийці. В інших випадках повного відділення плідного яйця не буває; яйце залишається в порожнині матки і іноді на довгий час.

Механізм відділення плідного яйця — залежить від того, коли саме перервано вагітність, а також і від того, чи мала вже дана жінка роди чи ні. Відділення плідного яйця від стінки матки в перші місяці вагітності починається за *decidua serotina s. basalis i vera*; ця остання разом з *d. capsularis* поступово втискується в канал шийки (мал. 292) і канал розширюється. Коли це



Мал. 292. Аборт на 2-му місяці. Відділення deciduae serotinae verae, початок відкриття шийки (за Буммом).

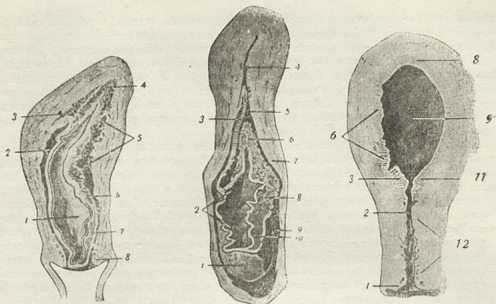
На малюнку 292: 1 — Орф. ext. 2 — Орф. int. 3 — Decidua vera. 4 — Decidua serotina та зв'язок плаценти. 5 — Верхня яєць, що складається з просянутої колової decidua capsularis.

Мал. 293. Повний аборт. Все плідне яйце вийшло. Матка скоротилася, зовнішнє устя трохи відкрите.

На малюнках 293 — 294: 1 — Орф. ext. 2 — Верхня частина шийки розірвалася. 3 — Яєць порожики. 4 — Порожнина матки. 5 — Decidua vera. 6 — Переходова складка d. capsularis. 7 — Плацента ще прикріплена. 8 — Decidua serotina. 9 — Відшарування плаценти закінчилося. 10 — Орф. int.

Мал. 294. Аборт на 3-му місяці. Початок відділення плаценти і відкриття устя (за Буммом).

розширення буде вже достатнє, на цей момент відпадна оболонка вже на найбільшому своєму протязі відділилася, плідне яйце випадає в вагіну, а звідти і назовні, завжди цілим, вкритим decidua vera s. parietalis. Це т. зв. одномоментний або повний аборт (мал. 293). На третьому місяці вагітності, не зважаючи на те, що плід уже досить великий, механізм може бути таким самим, але частіше буває трохи відмінним. З часом, як ширше далі канал шийки, плідне яйце своїм нижнім кінцем спускається в канал, відігравачи роль клину. На цей час відділяється яйце тільки в місці chorion frondosum, а decidua vera ще на значному протязі прикріплена до стінки матки (малюнок 294); але разо з тим, як поступово відкривається устя, плідне яйце відділяється на більшому протязі і від перейм спускається в устя. Іноді повне відділення яйця затримується в одному з рогів матки, коло маткового устя труби (мал. 295). Це пояснюється тим, що ріг матки при перейм стискується, особливо коли виступає над дном матки (uterus arcuatus). Остаточно відділившись, плідне яйце, вкриті decidua capsularis, виходить з матки у вагіну, тягне за собою з порожнини матки decidua vera, де її затримується (мал. 296). Отже крім зазначеного вже повного одномоментного відділення плідного яйця в перші 3 місяці (мал. 293) можна навести ще інші способи, а саме такі, де плідне яйце виходить, відділяючись не все відразу. Тут може вийти усе плідне яйце (плід, decidua capsularis, chorion, amnion), а в матці залишиться тільки decidua vera (мал. 297). Далі може бути порушена decidua capsularis і разом з dec. vera залишиться в матці, а з нею виходить плід з водною і ворсистю оболонками (мал. 298). В інших випадках разом з dec. capsularis може розірватися і ворсиста оболонка, при чому обидві вони залишаються в матці, а з неї виходить плід тільки в амніоні (мал. 299) і нарешті може розірватися і амніон і народитися лише самий плід, а всі оболонки — decidua vera, capsularis, chorion і amnion —

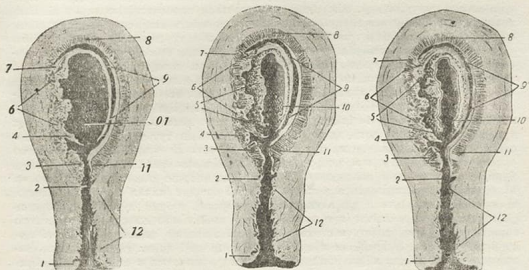


Мал. 295. Аборт на 3-му місяці. Відділення плаценти, затримання її в куті матки. Початок відділення *D. verae*, розширення устя („Abortus im Gange“) (за Буммом)

На малюнку 295. 1—Яйцева порожнина. 2—Порожнина матки. 3—Початок відшарування с. vera. 4—Плацента ще прив'язана. 5—Плацента відшарувалася. 6—*Orif. int.* 7—Пресекнута кров'ю *d. capsularis*. 8—*Orif. ext.*
На малюнку 296. 1—Нижній полюс яйця. 2—Яйцева порожнина. 3—*Decidua vera*. 4—Порожнина матки. 5—*Orif. int.* 6—Плацента. 7—*Orif. ext.* 8—П'явцева. 9—Скелетина вагіни. 10—Пресекнута кров'ю стінка яйцевого мішка (*capsularis, chorion, amnion*).

Мал. 296. Аборт на 3-му місяці. Відділене яйце вийшло з матки і, перебуваючи частково в шийці, а частково у вагіні, тягне за собою *d. vera* (за Буммом)."

Мал. 297. Неповний аборт. I вид. *d. capsularis, chorion* і *amnion* вийшли, лишилася тільки *d. vera*.



Мал. 298. Неповний аборт. II вид. Плід, *amnion, chorion* вийшли, лишилася *d. vera, d. capsularis*.

Мал. 299. Неповний аборт. III вид. Плід, *amnion, chorion* вийшли, лишилася *d. vera, d. capsularis, chorion*.

Мал. 300. Неповний аборт. IV вид. Плід вийшов, лишилася *d. vera, d. capsularis, chorion, amnion*.

На малюнках 298, 299, 300. 1—Зовн. устя. 2—Внутр. устя. 3—*D. vera*. 4—Місце відходження *d. capsularis*. 5—*Chorion frondosum*. 6—*D. basalis*. 7—Місце відходження *d. capsularis*. 8—*Decidua vera*. 9—Порожнина матки. 10—Порожнина яйця. 11—*Decidua vera*. 12—Шийка.

залишається в порожнині матки, ще не відділені від стінки (мал. 300). Всі ці способи — способи неповного відділення плідного яйця — називаються ще двоментним способом відділення або неповним абортom. Можна сказати, що в повторно вагітних жінок канал шийки розширюється разом увесь і досить легко; тому частіше буде неповний аборт. У вагітних уперше канал відкривається поступово, починаючи з внутрішнього устя, а зовнішнє закрите; за той час, коли плідне яйце перебуває в шийці, всі його частини встигають відділитися, і, коли відкривається зовнішнє устя, все яйце виходить з матки, тобто стається повний аборт.

Починаючи з п'ятого місяця, коли decidua vera, зростаючись за decidua capsularis, значно поширюється, стає недокрівною, при перериві вагітності такої великої кровотечі немає і після розриву цих оболонок, під час перейми, плід народжується вже сам — без оболонок, а після плоду і ці останні. Це вже — перехід до того механізму, який відбувається при своєчасних родах і яким матка звільняється від вагітності в другій її половині, тобто одночасне розширення каналу шийки, разом з вклиненням навколоплідного міхура, розрив оболонок і відходження вод, народження окремо плоду, а за ним плаценти разом з оболонками. Проте через невеликий свій розмір і нестійке положення на 4—7 місяці вагітності плід може народжуватися в неправильному положенні і неправильним механізмом, хоч і в ці місяці доводиться іноді спостерігати механізм народження всього плідного яйця відразу як до 3-х місяців.

Клінічні форми абортy. Залежно від перебігу вагітності відрізняють кілька клінічних форм спонтанного абортy: 1) загрозливий аборт (abortus imminens); 2) початковий аборт (abortus incipiens); 3) аборт, що затягнувся (abortus protrahens); 4) аборт на ходу (abortus in Gange); 5) шийковий аборт (abortus cervicalis); 6) незакінчений, неповний аборт (abortus incompletus); 7) закінчений, повний аборт (abortus completus); 8) аборт, що не відбувся (missed abortion). Звичайно кожний з цих абортів може статися сам собою або після стороннього втручання.

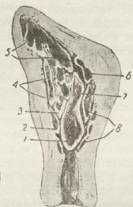
Коли, в наслідок названих вище причин, зв'язок між плідним яйцем і стінкою матки порушується, між ними утворюється крововилив, починає відділятися яйце, з'являються перейми, за ними кривавісті виділення в різній кількості. В даному разі маємо загрозливий аборт; дальший перебіг його у великій мірі залежить від поводження жінки. Коли при перших явищах призначити жінці спокій, ліжковий режим, то можна сподіватися, що це порушення зв'язку поширюватися не буде, крововилив може розсмоктатися, і вагітність буде розвиватися далі. А коли цих умов не буде, відділення поширяться, кривавісті виділення будуть більшими, різними в кожному випадку — від „плям“ (abortus incipiens) (мал. 292) до досить значних профузних кровотеч, які загрожують здоров'ю жінки. Перейми тут також сильніші і дослідженнями можна виявити, що устя відкрилося. В такому разі ми будемо спостерігати аборт на ходу (мал. 295). Дальше вигнання плідного яйця буде неоднаковим, в залежності від того, чи вперше родить дана жінка, чи ні. Коли це спостерігається в жінки вагітної вперше (канал відкривається повільніше і починається це з внутрішнього устя), плідне яйце, відділяючись цілком, може спуститися все в розширену шийку або до самого закритого зовнішнього устя, тобто міститися в цервікальному каналі. Це — шийковий аборт (мал. 301). Коли жінка вже мала роди і канал розширюється разом увесь, то плідне яйце, попадаючи з самого початку в шийку своїм нижнім кінцем, розривається, плід виходить, а решта залишається в матці — маємо неповний аборт (мал. 302).

Іноді перейми розвиваються слабо, аборт затягується; це аборт protrahens. видень вони відсутні, чому аборт затягується; це аборт protrahens.

Затриманню частин плідного яйця в матці допомагає те, що при аборт



Мал. 301. Аборт на 5-му місяці. Повне відділення яйця. Яйце затрималося в каналі, „Abortus cervicalis” (за Буммом).



Мал. 302. Неповний аборт. Шийка пропускає палець. В матці — рештки deciduae плідного яйця (за Буммом).



Мал. 303. Перехід кров'яного занеска в м'ясистий. Mola carnosа (за Буммом).

На малюнку 301. 1—Зовнішнє устя. 2—Decidua vera. 3—Decidua capsularis. 4—Закалдана плацента 5—Внутр. устя. 6—Порожнина матки. 7—Внутр. устя. 8—Vagina. На малюнку 302. 1—Кров'яні згустки. 2—D. vera ще прикріплена. 3—Вдирювана ф. vera. 4—Кров'яні згустки. 5—Плацентарний заплісок. 6—Decidua vera. 7—Кров'яні згустки. 8—Проста нитка кров'яної ф. vera ще прикріплена. На мал. 303. 1—Центральна кров'яна плацента. 2—Світліше місце м'ясного коагуму в кров'яній масі. 3—Зовнішня шарувата поверхня занеска. 4. Яйцева оболонка, вкрита водною оболонкою.

перейми, власне качучи, недосить сильні. Іноді затриманню плідного яйця допомагає невелике відкриття або повне закриття зовнішнього устя після народження плоду. Таке явище не може не відбитися на здоров'ї жінки, бо коли взяти до уваги, що в разі устя відкрите, мікроби з вагіни дуже швидко (на 2—3 день) проникають в місце прикріплення яйця, всі частини, які залишилися в порожнині матки, можуть розкладатися, а через те може статися місцеве, а за нею і загальна інфекція.

У випадках неповного аборту внутрішнім дослідженням можна виявити, що устя відкрилося і вільно пропускає палець, а в шийці іноді можуть бути плідне яйце або його рештки.

Ускладнення. Найчастіше ускладнення спонтанного аборту — кровотеча, іноді досить велика. Така гостра кровотеча може статися не тільки, так би мовити, від зовнішніх причин — пошкодження плаценти будь-яким інструментом при нелегальному аборті, але й від захворювань матки і плідного яйця — хронічний метрит, фунгозний ендометрит, в'яла матка, несильні перейми, низьке положення плідного яйця або нарешті міхурчастий занесок. В інших випадках яйце довго залишається в порожнині матки. Тоді крововилив буває не тільки назовні, але й у саме яйце, і оболонки просякають численними крововиливами. Якщо кров'ю просякає все плідне яйце, плід гине, розсмоктується, а яйце перетворюється в тверде, щільне тіло, яке складається головню з згустків крові, і розізнати серед них окремі частини яйця трудно. Це буде так званий „кривавистий занесок” (mola cruenta seu haemotomata). Коли так явище буде в матці довгий час, згустки тверднуть, втрачають колір, щільнішають і на розрізі вони світліші, нагадують м'ясо, тому і звуть їх „м'ясистим занеском” (mola carnosа) (мал. 303). Іноді таке мертве плідне яйце залишається в матці довго — тижні, місяці. Таке довге перебування в матці мертвого плідного яйця в перші місяці його розвитку має назву аборта, що не відбувся — missed abortion (мал. 304). Коли ж плідне

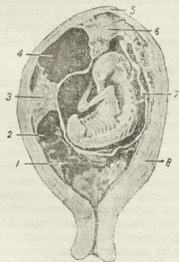
яйце мертве, плодова рідина з часом всмоктується, плід зморщується і зменшується, а плацента деякий час зв'язана ще з стінкою матки і, живлячись від неї, виходить наче свіжа; в такому разі маємо missed labour.

При неповних абортах decidua найчастіше залишається в одному з трубних кутів матки і з одного боку заважає скороченню матки, а з другого — спричинює постійне перекровлення, через що маємо реактивний запальний процес слизової оболонки матки — endometritis decidualis.

Не завжди рештки плідного яйця змінюються однаково. Так за дослідженнями Вінтера і Бумма, decidua vera на першому місяці вагітності, як відійшло яйце, може регенерувати в нормальну слизову оболонку матки. На другому місяці вагітності таке явище спостерігаємо рідко. Тут рештки плідного яйця весь час спричинюють криваві виділення і не дають матці скорочуватись, сприяють утворенню згустків крові. Згустки крові нашаровуються на рештки плідного яйця і дають новотвір, в центрі якого ворсинки плаценти, а навколо організовані шари фібрину. Новотвір пристосовується до форми порожнини матки, пізніше спускається в шийку і виглядає з неї як поліп. Це так званий плацентарний поліп (маєл. 305).

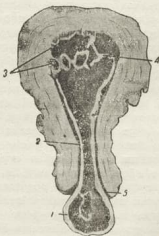
Деякі ускладнення можуть бути наслідком змін самого плідного яйця. Перше — „міхурчастий занесок“ (mola hydatidosa) — міхурцеве переродження плідного яйця, який може дати переродження в злоякісний новотвір — хоріоепітеліому.

Ми вже сказали, що при аборті через відкрите устя або з різними інструментами при сторонньому втручанні або й без них можуть пройти в порожнину матки різні мікроби. Там, де плідне яйце вийшло з матки цілком і стінки її щільно прилягають одна до одної, а устя закривається, мікробам пройти в матку трудно. А коли устя трохи відкрите і частки яйця, що залишилися в матці, дають криваві виділення, мікробам пройти в неї далеко легше, а в шийці рештки плідного яйця являють собою міст для переходу мікробів з вагіни в матку. Коли в матці є рештки яйця, згустки, оболонки, — мікроби знаходять собі надзвичайно добру поживу, починають



Маєл. 304. Затриманий аборт („Missed abortion“) (за Буммом).

На малюнку 304. 1, 2—Кров'яні згустки. 3—Плацента. 4—Кров'яний згусток. 5—Ваточна стінка матки. 6—Розривлена плацента. 7—Зморщений аденей алшок. 8—Потовадна стінка матки. На малюнку 305. 1—Нижня частина поліпу, яка плавно виходить у вагіну. 2—Orif. int. 3—Матко-плацентарні артерії. 4—Плацентарна тка. вна, пресиєла кров'ю. 5—Orif. int.



Маєл. 305. Плацентарний поліп (за Буммом).

швидко розмножуватись, а через те кривавісті виділення з часом стають септичними, з тяжким запахом, і може підвищуватись. Тоді асептичний аборт переходить у пуптирний або септичний, і перебіг його буде залежати з одного боку від виду мікробів, кількості поживи, а з другого боку — від стану організму і мобілізації його захисних сил.

Коли в матку проходить анаеробна флора загнивання або коли захисні сили досить великі, мікроби поширюються лише в поверхневих шарах слизової оболонки, углиб тканин не проходять і дають легкі форми септичного аборту. Правда, коли стається нове порушення між яйцем і стінкою, судини відкриваються — в наслідок різких рухів жінки, або вискрібання рештків яйця — мікроби-анаероби можуть пройти в кров і в ній розмножитися. Мікроби ці мало вірулентні, не можуть довго бути в крові і зникають, елімінуються, спричинюючи часто загальне явище — озноб. Коли в матку проходять сильні мікроби з великою активністю, здатні проходити в тканини, напр. стрептокок, а захисні сили організму малі, вони дуже швидко проходять углиб тканин, швидко розходяться по лімфатичних і кровоносних судинах, і ми маємо різної сили тяжку місцеву або загальну інфекцію — сепсис. Треба сказати, що хоч умови для розвитку тяжкого септичного процесу після аборту не такі сприятливі як після родів, але смерть від септичного процесу після аборту буває досить часто і завжди частіше після кримінального аборту.

Закінчуючи розгляд ускладнень після перериву вагітності, треба додати, що такий перерив вагітності часто може спричинити різні хронічні запалення геніталій. Напр. дуже часто після такого аборту бувають запалення додатків, а через малу здатність матки скорочуватися *subinvolutio uteri post abortum*, що теж може спричинитися до хронічного метриту. Про захворювання ендометрія ми вже сказали.

Діагноз. Діагноз аборту може бути поставлений на анамнезі і на об'єктивному досліджуванні. Цілий ряд фактів з анамнезу, напр. відсутність менструацій, скарги на нудоти, блювоти, зміни смаку будуть свідчити, що менструації припинилися через вагітність. Цьому допомагатимуть і деякі дані огляду і дослідження — набрякання грудей, збільшення матки, пом'якшення її, ознака Гегара та ін. Щодо діагнозу аборту, то тут треба керуватися, головним чином, даними дослідження. Найтрудніше поставити діагноз в перші тижні вагітності, при початкових формах аборту. З одного боку тут немає ще такого збільшення матки і розм'якшення нижнього його сегмента, щоб з певністю можна було говорити про вагітність, а з другого — при загрозовому або початковому аборті устя, при дослідженні, буде ще закрите, тоді як відкриття його є майже головною ознакою початку перериву вагітності. Діагноз буде трудним ще й тому, що матка зменшується і стискується під впливом переїм. Навіть значні кривавісті виділення не можуть неодмінно свідчити про безперечний початок аборту, бо, як ми сказали, при вагітності можуть бути менструації. На загрозовий аборт будуть показувати лише біля унизу живота, скорочення матки при внутрішньому дослідженні і переїм. Далеко легше поставити діагноз, коли устя відкрите і є кривавісті виділення. Правда такий стан може бути і при *dysmenorrhoeae membranaceae*, коли устя хоч і трохи відкрите, але не так, щоб пропустити палець. Про відкриття устя в наслідок попілу або міоми буде свідчити наявність їх в усті.

Коли устя відкрите так, що вільно пропускає палець, можна думати про початковий аборт, звичайно коли є ще інші показання на вагітність. Коли внутрішнім дослідженням крім відкриття устя виявляємо і плідне яйце, це буде показувати на аборт на ходу. Якщо є сумнів щодо вагітності, в такому разі поставимо правильний діагноз, мікроскопічно досліджуючи рештки.

З практичного погляду важливо буває виявити, чи залишилися в матці рештки плідного яйця, чи ні. Вказівки в анамнезі на відходження рештків

тканини, збільшення матки, її м'яка консистенція, відкриття шийки і кривавість виділення будуть свідчити про неповний аборт. Коли внутрішнє дослідження виявляє, що матка майже не збільшена, тверда і крім того устя закрите, а кривавистих виділень майже немає, можна говорити про повний аборт.

Ставлячи діагноз аборт, для правильної дальшої терапії треба виключити позаматкову вагітність. Зважаючи на те, що картина її не однакова в різному періоді розвитку, діагноз не завжди буде легким. Особливо трудно відрізнити від маткової вагітності позаматкову в прогресивній стадії перших місяців її розвитку. При обох вагітностях анамнез буде однаковим: ті самі суб'єктивні відчущання вагітності, матка пом'якшена, збільшена, є скарги на біль унизу живота, але не посередині живота, а збоку, в ділянці труби. Навіть коли при трубному аборті перейми збільшуються, це не полегшує діагнозу, а вихід з матки децидуальної оболонки, як відкрилося її устя, часто помилково вважають за вихід частин плідного яйця. Потовщення труби з одного боку і її чутливість можна вважати за звичайний сальпінгіт. І тільки пізніше при трубному аборті або при розриві труби, що буває разом з внутрішньою кровотечею, діагноз полегшується. Крововилив тут у задньому Дугласі; внутрішнє дослідження дає сплющення або випинання заднього склепіння, а в ньому промацуємо опух м'якої консистенції — без ясних контурів угорі. Пункція заднього склепіння в такому разі виявить наявність крові, і це стверджує діагноз¹.

Треба пам'ятати, що значне збільшення (порівнюючи з строком вагітності) розмірів матки дає право думати про міхурчастий занесок; діагноз його буде легшим, коли з кров'ю виходять пухирці, характерні для цього захворювання.

Тривалі кровотечі після аборт, виснаження хворці можуть навести на думку про хоріонепітеліому. Виділення при ній брудні, з тяжким запахом; діагностично допомагає реакція AZ (різко позитивна) і мікроскопічне дослідження пробного вискрібу. Треба ще сказати про кровотечі в наслідок порушення менструального циклу і в наслідок запальних процесів.

З порушень менструального циклу нас більше цікавлять збільшення днів менструації, типу і кількості крові, тобто менорагії і метрорагії (menorrhagia et metrorrhagia), але головне при них не буде вказівок на затримання менструації і суб'єктивних відчущань вагітності, а про ці явища завжди буде говорити жінка при вагітності і при перериві її. Крім того при менорагії в анамнезі буде певна періодичність цих кровотеч, а при метрорагіях цикл може бути не порушеним, при чому кровотечі з'являються або перед менструаціями і безпосередньо в них переходять, або наприкінці менструації, або між ними. Нарешті внутрішнє дослідження виявить у даному разі тверду не збільшену матку і з закритим устям.

Щодо кровотеч у наслідок запальних процесів, то вони знову такі є порушенням менструації через ці запальні процеси, і крім зазначених уже явищ об'єктивне дослідження може виявити відповідний запальний процес (збільшені яєчники, потовщені труби та ін.) На кровотечі в наслідок злоякісних новоутворів (рак) знову показуватимуть незатримані менструації, зв'язок їх з зовнішніми причинами (coitus), серозно кривавість виділення у вигляді м'ясних помпів між менструаціями і нарешті дані внутрішнього дослідження — розрощення на шийці і мікроскопічне дослідження при біопсії або при пробному вискрібанні.

Діагноз endometritis decidualis можна поставити, базуючись на великій матці і на постійних або з невеликою перервою кривавистих виділеньх після недавнього аборт, у анамнезі.

Щодо missed abortion, то тут характерними в анамнезі будуть вказівки

¹ Реакція Цондека-Ашгейма дає нам правильні вказівки майже в усіх випадках на вагітність взагалі, але диференціювати вагітність позаматкову від маткової за допомогою AZR не можна.

на те, що вагітність спочатку збільшувалася, а потім припинилася, і суб'єктивні відчущення вагітності зникають. Хвора говорить про погіршення загального стану, про біль голови, кровотечі (іноді бувають) змінюються брудними виділеннями з запахом, але температура не підвищується. При внутрішньому дослідженні вражає невідповідність між строком вагітності і розмірами матки, вона багато менша, порівнюючи з строком затримання. Матка стає досить щільною, просякнутою серозною рідиною.

Лікування. Лікування спонтанного абортів цілком буде залежати від клінічної його форми. Коли маємо загрозований або початковий аборт, все лікування мусить бути направлене на те, щоб зберегти вагітність, звичайно коли цього хоче і сама вагітна. В такому разі найкращих наслідків можна сподіватися від повного спокою жінки, перебування її певний час у ліжку; при цьому, зважаючи на те, що кровотечі легко можуть повторитися, не треба спинятися перед ліжковим режимом — навіть на кілька тижнів. Сподіватися зберегти вагітність можна лише тоді, коли перейми зовсім незначні, а устя ще закрите. Повний фізичний спокій, coitus заборонити. Всі такі заходи, як тампонація вагіни, спринцування, лід на живіт не можна, на нашу думку, рекомендувати. Заходи ці дають якраз протилежні наслідки. Лід спричинює скорочення матки, спринцування крім того і приливи крові, а тампонада, як стороннє тіло, тільки дратує.

Зважаючи на те, що від перейм плідне яйце може відділятися далі, лікування мусить бути направлене на їх ліквідацію. Найбільше призначають тут опій з беладоною або без неї. Опій можна призначити в свічках (Extr. opii, Extr. Belladonae aa 0,015, Butyri cacao 1,5), а ще краще опій з теплими клізмами до 10-12 крапель. Допомогає, але трохи менше, пантопон (0,02). Крім того можна призначити супозиторії з Papaverini 0,04, Butyri cacao 1,5 — двічі на день; це дає гарні наслідки¹.

Крім медикаментозного лікування серйозну увагу треба звертати і на сечовий міхур і пряму кишку; переповнення їх буде дратувати матку; через що вона буде скорочуватися. Їжу слід призначити рідку і таку, щоб давала якнайменше відходів. Якщо спостерігається запор, призначити обережні клізми і тільки у виключних випадках — легке проносне як *Cascara sagrada*.

Звичайно, коли аборт є наслідок інших захворювань — серця, нирок та ін. — до цього додається відповідне лікування, щоб полегшити основне загальне захворювання. Там, де маємо такі інфекційні хвороби, як *diphtheria*, *scarlatina*, тифи, tbc, сифіліс, рак, при яких плідне яйце відповідно змінюється, зберігати вагітність недоцільно.

Така терапія мусить бути там, де аборт ще не ускладнений.

Коли, не зважаючи на вжиті заходи, свіжа або стара кров виділяється і далі, устя відкривається і можна думати, що вагітність не збережеться, тоді треба вирішити, яку допомогу подати жінці. Дальші заходи залежатимуть звичайно від періоду вагітності, від ¹⁰ і стану внутрішніх геніталій, від сили кровотечі і нарешті від відкриття устя.

Взагалі в лікуванні абортів можна відрізнити два напрямки — консервативний і активний, але не можна протиставити їх один одному, вони взаємно доповнюють один одного, і при потребі комбінують їх так, як буде корисно для здоров'я хворої. Коли немає найменшої навіть надії на те, що вагітність залишиться, або коли маємо аборт на ходу, аборт незакінчений, неспетичний, терапія мусить бути активною і при вагітності до 3 х місяців направленою на оперативне втручання — на вискрібання матки. Але треба пам'ятати, що ця операція дасть гарні наслідки тільки тоді, коли з матки

¹ Початковий аборт, особливо не перший, а т. зв. звичний (*abortus habitualis*), коли причиною його, можна думати, є гормональні порушення, за літературними даними, треба лікувати гормоном жовтого тіла.

виведено буде всі рештки плідного яйця. Отже втручання повинна вміла рука, бо в протинному разі таке втручання, крім нової кровотечі, занесе вглиб тканини ті мікроби, які до операції були в матці, або перенесе мікроби з вагіни в матку. У випадках шийкового аборту або значної кровотечі показано негайне оперативне втручання.

При незакінченому аборті, як ми вже сказали, можуть залишитися рештки плідного яйця, звичайно немає радії ждати, що вони вийдуть самі, а треба звільнити порожнину матки інструментально.

Деякі автори пропонують виийнати плідне яйце абортцангом. Рекомендувати абортцанг ми ніяк не можемо, зважаючи на можливі тяжкі пошкодження стінки матки, перфорацію і повну можливість обійтися без нього. Клініка КМІ серед свого інструментарію абортцанга не має. Виймати плідне яйце абортцангом під контролем пальця недоцільно. Коли плідне яйце відділилося і перебуває в шийці, його можна витягти поліпними шипцями, далеко безпечнішими, ніж абортцанг. А коли можна відділити плідне яйце пальцем (вагітність понад 3 міс.), то пальцем і без абортцанга може відділяти і виийнати його.

При незакінченому аборті понад 3 місяці, де викидання плідного яйця всім механізмом наближається до родів, треба вдатися до комбінованого методу. Коли немає перейм, немає показань до негайного втручання (кровотеча), тоді немає підстав поспішатися з виийманням плоду. У таких випадках плід може бути об'єктом драгування шийки, і треба його залишити на сили самого організму жінки, допомагаючи тільки вигнати його — призначити хінін 0,2 гр тричі на день. Можна ще впорскувати sol. Chinini muratici 20% — 1,0, інтрамукулярно. Підвищення ¹⁰, значні кровотечі вимагають якнайшвидше звільнити матку.

При аборті понад 3 місяці додержуються експектативного методу. Хворій призначають спокій, вагіну тампують; щоб спричинити перейми, призначають хінін, пітуїтрин і після того втручаються. Якщо устя відкрите мало, а є значні кривавісті виділення, канал шийки треба розширити розширниками Гегара, при потребі ввести метрейнер і відповідно (не менше 2-х пальців) відкривши устя, виийти в порожнину матки і при допомозі звнішньої руки, що тисне на дно матки і наближає плід до устя, захопити його за ніжку і вивести з матки. Після народження плоду, коли немає кровотечі, вихід плаценти можна не прискорювати — через певний час вона може вийти сама, але коли плацента вийшла з оболонками без втручання при вагітності 3-5 міс. хоча б і здавалося, що вийшла вона вся, краще зробити вискрібання матки великою кюреткою, бо частки плаценти залишаються дуже часто. Коли плацента не виходить, а устя відкрите достатньо, при таких строках вагітності краще виийнати плаценту ручним способом.

Неоднакові погляди авторів на те, як бути тоді, коли залишилася в матці сама тільки децидуальна оболонка. На останніх місяцях вагітності цій оболонці не надають великої уваги, бо з утворенням плаценти вона дедалі тоншає і виходить сама разом з виділенням. Інша річ, коли вона залишається при аборті 3—5 міс., тобто коли вона ще в достатній мірі груба, і через те, що зовнішнє устя, як рівняти з родами, досить швидко закривається, вона затримується в порожнині і може стати позитивним середовищем для мікробів. В такому разі одні автори радять консервативний метод лікування, другі — активний. Зважаючи на можливі тяжкі ускладнення при консервативному методі (невтручання), наша клініка практикує активний метод.

При закінченому повному аборті треба призначити хворій на 2-3 дні спокій, а щоб швидше скоротилася матка, можна призначити *secale cornutum*.

Коли потрібне втручання при перериві вагітності понад 3 місяці, то, зважаючи на випадок, мусимо вибрати й метод. Не розглядаючи тут тех-

ніки цих методів (див. розділ „Припинення вагітності до 3-х міс.“ і „понад 3 місяці“), лише назвемо їх:

1) розширення каналу шийки ламінаріями або металічними розширниками Геґара; 2) вагінальна або шийко-вагінальна тампонада; 3) надризування зовнішнього устя при ригідному звуженні; 4) прокол навколоплідного міхура; 5) бужування; 6) metreuysis; 7) sectio caesarea vaginalis; 8) малий кесарський розтин.

Септичний аборт. Окремо треба сказати про лікування септичного аборту. Пояснюється це тим, що досі ще немає однієї певної думки, яка саме терапія потрібна при септичному аборті. Всупереч тому поглядіві, що при підвищенні t^0 треба неодмінно звільнити матку, Вінґер на підставі своїх спостережень запропонував застосовувати активний метод при септичних абортах, крім випадків з великою кровотечею, тільки тоді, коли всі явища інфекції зникли. Але такий метод часто дає негативні наслідки тим більше, що саме підвищення t^0 не може бути підставою, щоб заперечувати звільнення матки. Лікар тут мусить негайно втрутитися, коли є велика кровотеча, не зважаючи на високу t^0 . Робити вискрібання, коли є запальний процес додатків, параметрія або очеревини матки, тобто коли запальний процес поширився за границі матки, не можна. Тут оперативне втручання часто приводить до генералізації процесу і тим погіршує дуже прогноз. У таких випадках треба всі заходи спрямувати на зменшення або на ліквідацію поширення процесу, призначити спокій, лід на живіт і взагалі протизапальну терапію. Вискрібання треба зробити тільки після того, як знизилася t^0 і локалізувався процес. А там, де хоч і є підвищення t^0 , але з боку додатків, параметрія нічого немає, тобто коли патологічних змін з боку додатків та ін. не виявляємо, — вискрібання в переважній більшості випадків ускладнення не дає. Після вискрібання t^0 швидко падає до норми, інволюція матки відбувається задовільно, і хвора через кілька днів може виписатися.

Профілактика. Профілактика спонтанного аборту насамперед — у найширшій диспансеризації жінки. Всі причини цього аборту залежать від умов життя і поведження жінки, отже своєчасною зміною умов праці й побуту і освітньою роботою причини ці можна усунути. Захворювання серця, нирок, легенів уже самі по собі потребують диспансерного обслуговування жінки, а інфекційні хвороби, напр. сифіліс, малярія, — крім того і специфічного лікування.

Профілактику зміни положення матки ми повинні починати не з того часу, коли жінка з цією зміною завагітніла, а ще до вагітності, урахувавши, що ці зміни дають небажані явища і відчущання не тільки при вагітності. Коли диспансеризації підпала вагітна жінка з наявною вже ретрофлексією, треба маті дати нормальне положення, весь час стежити за нею, поки не мине загроза защемлення. Ще раніше потрібно диспансеризувати жінок з недорозвиненими геніталіями — відповідно лікувати, щоб допомогти геніталіям дорозвинути. В однаковій мірі стосується це й цілого ряду запалень геніталій. Крім того — під час вагітності при недорозвинених геніталіях або при запальних процесах кожне різке зусилля, дратування або пошкოდження може перервати вагітність; отже треба, щоб жінка на 2-3 місяці уникала великого фізичного зусилля, труднолого спорту, не їздила верхи та ін. Треба уникати також і частого coitus. Коли попередні вагітності закінчувалися спонтанним абортотом, доцільно порадити на 2-3 міс. ліжковий режим і особливу обережність на той час, який відповідає менструаціям. Так само і попередні штучні аборти є однією з причин спонтанного абортоту, тому широка освітня робота серед жіноцтва про шкідливість абортоту, про потребу після абортоту певного режиму і поведження, а також популяризація запобіжних способів — така головна профілактична робота в цьому напрямку.

КРОВОТЕЧІ В ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ В ПЕРШОМУ ТА ДРУГОМУ ПЕРІОДАХ РОДІВ

Допомога при кровотечах в акушерстві найвідповідальніша. Сприятливі наслідки від неї залежать не тільки від стану організму, від того, в яких умовах він перебуває, але й від уміння і спритності лікаря.

Вміти відразу з'ясувати причину кровотечі, відразу оцінити її силу і можливі наслідки, відразу вирішити, що саме треба зробити, щоб урятувати жінку, вжити таких заходів, які б надалі не пошкодили здоров'ю, — такі вимоги ми повинні ставити лікарю-акушерові.

Профілактика. Коли доводиться боротися з кровотечею під час вагітності або родів, то виникає думка, що треба було зробити, щоб запобігти їй. Звідси профілактика кровотеч. Консультація для жінок багато вже зробила, але ще має багато і зробити, щоб забезпечити вагітну жінку від різних хворобливих явищ під час вагітності, під час родів і в післяродовому періоді. І справді, в консультації може зберегти себе жінка напр. від передчасного відділення плаценти, коли лікуватиме завчасно нефрити, уникатиме частих абортів, оздоровлятиме умови праці й побуту. Де як не в консультації, зможе зрозуміти жінка всю небезпеку від передлежання плаценти. Розвиток сітки установ Охматдиту, підвищення санітарної освіти набагато зменшили процент післяродових захворювань і процент смертності від родів. Госпіталізація родів, раціоналізація рододопомоги, колгоспний родільний дім забезпечують жінку від фатальних наслідків, почасти від захворювань, від смерті при кровотечах. Поширення наукових знань дало лікарів могутню зброю на боротьбу з знекровленням — трансфузією (переливання) крові. Уважність лікаря до родів, правильне ведення їх, зокрема 3-го періоду, забезпечує жінку від зайвої витрати крові під час родового акту.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПРИЧИН КРОВОТЕЧІ

Кровотеча в другій половині вагітності і при родах може залежати від:

1. передлежання плаценти (placenta praevia);
2. передчасного відділення плаценти (separatio placentae praematura);
3. прикріплення пуповини до оболонок (insertio funiculi umbilicalis velamentosa);
4. розриву зариковного вузла на шийці матки або на поверхні матки;
5. рака шийки матки;
6. травми і
7. розриву матки, вагіни і промежини, гематоми, розриву кісткових родових шляхів.

ПЕРЕДЕЖНА ПЛАЦЕНТА

Передлежна плацента (*placenta praevia*) — аномалія прикріплення плаценти. Звичайно плацента прикріплюється при дні матки, на передній або на задній її стінці. В таких випадках, коли плацента прикріплюється в нижньому сегменті матки і частину плаценти промацуємо в усті матки, ми говоримо про передлежання плаценти. Відрізняють дві форми передлежної плаценти: 1) повну (*placenta praevia totalis*) і 2) часткову (*placenta praevia partialis*).

При першій формі над розширеним устям промацуємо тільки тканину плаценти. При частковому передлежанні поруч з плацентою промацуємо оболонки плоду.

Передлежання плаценти буває як у тих, що ні разу ще не родили, так і в тих, що вже мали роди, але частіше у цих других.

Клінічні симптоми. Клінічна картина, а також і небезпека залежить від виду цієї аномалії. Найзагрозливіше повне передлежання плаценти, і тут своєчасна тільки операція може врятувати жінку від кровотечі й від смерті. Часткове передлежання плаценти не таке загрозливе і може закінчитися сприятливо і для матері, і для дитини, навіть без оперативного втручання.

Головний симптом цього захворювання — кровотеча з матки — виникає в другій половині вагітності або під час родів. Сила кровотечі, як ми вже сказали, залежить від форми передлежання. Це ускладнення загрожує життя матері й дитини. Мати може загинути від недокрів'я, а дитина від асфіксії, яка стається після перших уже перем. В наслідок відділення плаценти низьке, близьке до вагіни, положення плацентарної площадки сприяє септичним захворюванням у післяродовому періоді.

Коли в другій половині вагітності несподівано з'являється кровотеча з родових шляхів, то лікар негайно мусить подумати про передлежання плаценти. Кровотеча під час вагітності може статися і від пізніших захворювань (передчасне відділення плаценти, розрив судин пуповини, коли прикріплена вона до оболонки, розрив варикозного вузла у вагіні, рак шийки матки). В таких випадках треба зробити дослідження *per vaginam*, і коли в шийці матки промацуємо плаценту, діагноз ясний.

Терапія при кровотечі. Терапія під час вагітності залежить: а) від строку вагітності; б) передлежання плаценти; в) сили кровотечі; г) від загального стану роділлі, її пульсу, дихання, від анемії.

При невеликій кровотечі в 2-й половині вагітності треба призначити ліжковий режим і наркотичні, щоб запобігти скороченню матки і відділенню плаценти (*tinct. opii 15 крапель*). Кровотеча може припинитися, і жінка продовжує вагітність.

В інших випадках кровотеча поновлюється, а потім спиняється, коли жінка спокійно лежатиме в ліжку, і призначити їй наркотичні. Таку жінку слід попередити про можливі ускладнення при родах і про те, що родити їй треба буде в родильному домі.

Кесарський розтин. Якщо кровотеча не спиняється, а набуває загрозливих розмірів, то при закритому усті тільки абдомінальний кесарський розтин є найкращим способом урятувати і матір, і дитину. У виключних випадках буває так звана *placenta isthmica cervicalis*, коли плацента прикріплюється не тільки в нижньому сегменті матки, а і в шийці. Тоді доводиться комбінувати к. р. з екстирпацією матки.

Акушерсько-гінекологічна факультетська клініка КМІ не рекомендує при передлежанні плаценти вагінальний к. р. тому, що травматизація нижнього сегмента матки надто небезпечна для матері. Коли лікар не знає добре техніки абдомінальних операцій, а кровотеча надто сильна і загрожує життя жінки, треба перевести хвору в лікарню і тут їй зроблять цю операцію.



Мал. 306. Прорвавши плаценту, захоплюють ніжку (за Лігманом).



Мал. 307. Ніжка виведена вниж; сидниці притиснути передлежну частину плаценти (за Лігманом).

Кольпелізі. Щоб забезпечити жінку від витрати крові в дорозі можна зробити кольпелізі, а коли немає балона, треба тампонувати вагіну стерильним марлевым великим бинтом.

Поворот за Брекстон-Хіксом. Якщо хвору взяти не можна або вона відмовляється від к. р., то, коли шийка розширилася вже хоч на два пальці, можна зробити комбінований поворот на ніжку за Брекстон-Хіксом (мал. 306, 307). Коли зробили поворот, то ніяк не можна зараз же витягати дитину, треба пам'ятати правило: „зроби поворот, але не поспішайся витягати дитину“. На ніжку накладають петлю і передають її помічникові. Щоб сидниці і стегно дитини краще тампонували відділену плаценту, можна до ніжки причепити пляшку з водою, гірню тощо ($\frac{1}{2}$ —1 кг). При повороті за Брекстон-Хіксом смертність дітей до 68%. Поворот за Брекстон-Хіксом — операція не легка і не завжди вдається мало досвідченому лікарю.

Метрейрізі. У таких випадках ми рекомендуємо метрейрізі (техніку метрейрізі див. у розділі „Розширення м'яких родових шляхів“) (мал. 308). При передлежанні плаценти, перед тим, як вводити метрейрінтер, необхідно розірвати оболонки або порвати тканину плаценти (placenta praevia totalis). Деякі автори рекомендують проривати оболонки не пальцями, а кінчиками коринцанга для метрейрінтера; для цього накладають коринцанг так, щоб кінчики його були над скрученим метрейрінтером (мал. 309). Інтраамніально введений метрейрінтер притискує відділену частину плаценти до стінки матки і спиняє кровотечу, а шийка розширяється. Через короткий час шийка така вже широка, що можна зробити класичний поворот на ніжку. Ця операція дає меншу смертність дітей, ніж поворот за Брекстон-Хіксом, — 58%.

Терапія при кровотечі при частковому передлежанні плаценти. При частковому передлежанні плаценти і при невеликій кровотечі можна ждати, бо часто, як відійшла води, кровотеча спиняється і роди кінчаються спонтанно. Коли кровотеча не зменшується, а навколоплідний міхур цілий, треба розірвати його (техніку див. у розділі „Припинення вагітності понад 3 місяці“). Коли навколоплідний міхур розірвали, передлежна частина знижується і притискує плаценту; кровотеча може зовсім спинитися (мал. 310, 311), роди закінчуються без дальших втручань. Якщо кровотеча не спиняється і шийка



М а л. 308. Правильно введений метрейринтер (за Ліпманом).



М а л. 309. Верхком щипців, якими вводять метрейринтер, розривають наркооплідний міхур.

матки відкрита хоч на два пальці, треба зробити поворот за Брекстон-Хіксом, а при недостатній техніці акушера — метрейризом. Коли шийка мало розширена, коли кровотеча велика, коли бажать неодмінно мати дитину живу (при життєздатній дитині), ми рекомендуємо абдомінальний к. р.

Повне передлежання плаценти. При повному передлежанні плаценти, яке майже завжди дає значну кровотечу, небезпечну для життя жінки — найкращим і для матері, і для дитини буде абдомінальний к. р. За статистикою Креніга і Зельгейма ця операція дає 0% смертності дітей і матерів. Гарні наслідки має і клініка КМІ. У виключних випадках — при великій кровотечі, при



М а л. 310, 311. — Наркооплідний міхур розірвали кульовими щипцями; після розриву міхура головка глибоко спустнає і притиснула місце кровотечі (за Ліпманом).

надто тяжкому стані хворої і при зовсім непередготовлених родових шляхах — доводиться робити абдомінальний к. р. навіть і при мертвій дитині.

Якщо мати інфікована або відмовляється від операції, а також при невідповідному оточенні або недостатньому досвіді лікаря, можна рекомендувати метрейриз або поворот за Брекстон-Хіксом. При передлежанні плаценти треба берегтися розривів шийки, бо нова кровотеча може бути фатальною для вже знекровленої жінки. Спинити таку кровотечу дуже трудно, тому що шви легко прорізуються.

Коли дитина народилася, небезпека для матері ще не минула. У III періоді родів може статися ще велика кровотеча, бо стончені стінки нижнього сегмента матки, де локалізувалася плацента, недостатньо скорочуються. Отже необхідно стежити за виходом плаценти, не дуже швидко її витискувати, вприснути пітуїтрин, зробити масаж. Якщо кровотеча не спиняється, треба негайно відділити плаценту ручним способом, і тільки в найнебезпечніших випадках — при великій кровотечі — екстирпувати матку. Після родів доводиться лікувати гостру анемію (див. розділ „Гіпотонія матки“).

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

Передчасне відділення плаценти (*separatio placentae praematura*) може статися під час вагітності, а також у 1-му й 2-му періоді родів; спостерігаємо його в 0,1% родів, а за даними клініки КМІ в 0,047%: 9 раз на 18882 вагітних, що вступили в клініку за 45 років.

Етіологія. Більшість авторів називає травму етіологічним моментом, але відомо, що це далеко не так. Травма (удар в живіт, падання), напруження черевного преса, струси, блювоти, піднімання важких речей, сильний кашель, соітус — все це при відповідних патологічних змінах у плацентарній тканині або в стіці матки може дати імпульс до відділення плаценти. Механічними причинами можна пояснити передчасне відділення плаценти при багатовідді (як раптом відходять води). Немалу роль відіграє тут раптова зміна внутрішнього маткового тиску. Те саме може статися при близнятах, коли плацента першої дитини відділяється і навіть може випасти до народження другої дитини. Відносно коротка пуповина, амніотичні зрощення, спізнілий розрив навколоплідного міхура теж спричинювали передчасне відділення плаценти. Зміна слизової матки в наслідок гонореї і вискрібання при частих абортax теж відіграє певну роль в етіології цього ускладнення. Більшість випадків залежить від такого загального захворювання матері, як порок серця Базедова хвороба, гемофілія, скорбут, тbc, виснаженість. Найчастіше передчасне відділення плаценти буває у хворих на нефрит або нефропатію. Такі жінки мають більшу або меншу альбумінурію, і в них можна спостерігати зміни в плацентарній тканині. Профілактика передчасного відділення плаценти — боротьба з тими захворюваннями, які спричинюють його.

Механізм передчасного відділення плаценти. Плацента звичайно лежить у верхніх відділах маткової порожнини. Під час I і II періодів при скороченні матки плацента не відділяється від її стінок. Пояснюється це тим, що чим дужче скорочення стінки матки, тим вищий внутрішньоматковий тиск і тим дужче притиснута плацента до стінки матки. Під час реакції стінки матки плацента, маючи пухку губчасту будову, теж зменшується у своєму об'ємі, але не відділяється від стінки. При передчасному відділенні плаценти через те, що змінені анатомічні властивості плацентарної тканини, цілість матково-плацентарних судин дедалі більше порушується і стається крововилив. Збільшуючись, крововилив ніби відриває плаценту і порушує більшу частину судин. Плацента буде випинатися в порожнину матки гематомою,

а гематома випинатиме і стінку матки назовні. Коли периферичні частини плаценти тримаються міцно, то утворюється більша або менша ретроплацентарна гематома. Коли гематома відділить і периферичні частини плаценти, кров проб'є собі дорогу між оболонками плоду і стінкою матки і буде виходити назовні. Гематома може так розтягти стінку матки, що середній шар її не витримає тиску і розірветься. Це так звана *fissura uteri peritonealis*, *ruptura uteri incoepeta externa* інших авторів. Плід гине від асфіксії тим швидше, чим більше плаценти відділилося і стаєся це раптом. При поступовому відділенні плід може ще пристосуватися до зміни в плацентарному кровообігу, але при відділенні половини плаценти плід гине майже завжди.

Симптоматологія. Від того, наскільки і як відділилася плацента, залежать і явища анемії, і кровотеча. При значному відділенні в центрі зовнішньої кровотечі не буде, а явища гострого недокрів'я можуть бути надто загрозливими. Звичайно при передчасному відділенні плаценти жінка анемічна, пульс малий, нитковидний, частий, малоого наповнення, жінка скаржить на біль у животі, як наслідок роздратування очеревини — блювоти. Матка скорочена, напружена, дуже болюча, не розслаблюється. Контури матки не рівномірні і в тому місці, де була плацента, помітно випинаються. Частина плоду не промацуємо. Серцебиття дитини здебільшого не вислуховується. При внутрішньому дослідженні навколоплідний міхур напружений.

Диференціальний діагноз. Якщо гематома відділила і периферичні частини плаценти, то до всього цього приєднується ще й зовнішня кровотеча. Диференціальний діагноз може бути при зовнішній кровотечі між передлежанням плаценти, розривом судин пуповини, розривами варикозного вузла вагіни. При внутрішній кровотечі слід подумати про позаматкову вагітність, розрив матки, перекручену кісту, гострий апендицит, внутрішню кровотечу з підсерозного варикозного вузла матки. Докладний анамнез і уважне дослідження допоможуть поставити правильний діагноз. Доля дитини залежить від того, коли і як саме стається передчасне відділення плаценти.

Наслідки. Під час вагітності майже 100% дітей гине; в кінці II періоду можна ще врятувати дитину, а все такі близько 80% дітей гине при передчасному відділенні плаценти при родах.

Наслідки для матері також залежать від строку вагітності, від періоду родів і форми відділення плаценти.

Терапія. При передчасному відділенні плаценти терапія вимагає дуже великої індивідуалізації, але основа одна, а саме — найшвидше звільнити матку. Спосібів для цього багато, залежно від того, коли саме сталося передчасне відділення плаценти і який стан жінки. Під час вагітності при закритому усті і загрозливих явищах анемії треба зробити абдомінальний або вагінальний к. р. Вагінальний к. р. радимо робити при мертвій або нежиттєздатній дитині і підготовлених родових шляхах. У випадках надрипу стінки — тотальна екстирпація матки. При незначних загальних явищах рекомендують розширити шийку матки і розірвати оболонки плоду, розширити шийку метрейринтером і зробити класичний поворот.

У періоді родів при мало відкритому усті і мало виявленій анемії, коли немає явищ, загрозливих життю жінки, слід зробити розрив міхура в комбінації з поворотом за Брекстон-Хіксом або метрейризом, а потім поворот на ніжку і витягти дитину. При загрозливих явищах недокрів'я — абдомінальний або вагінальний к. р. При повному відкритті устя, при зниженій голові — щипці; при передлежанні сідницями — витягання за них, при рухомій голові — поворот на ніжку і витягання дитини. Коли витягти дитину, плацента відразу відходить або витискують її способом Креде або відділяють рукою (якщо не вся плацента відділилася). Далі впорскують ерготин або пітуітрин і вживають заходів проти анемії (див. розділ «Гіпотонія матки»).

ПРИКРІПЛЕННЯ ПУПОВИНИ ДО ОБОЛОНОК

Таке прикріплення (insertio funiculi umbilicalis velamentosa) може спричинитися до кровотечі, коли гілочки пуповинних судин проходять у нижньому сегменті яйця над устямі; під час родів, коли розривається навколоплідний міхур, розриваються і ці судини. Кровотеча буває сильна, але стан матері гарний, не такий, як при передчасному відділенні плаценти. Серце в дитини раптом перестає битися. Слід негайно з'ясувати причину, досліджуючи *per vaginam*, і швидко витягти дитину, щоб не загинула від знекровлення. При недостатньому розширенні шийки (на 2-3 пальці) можна зробити глибокі надрізи і, в залежності від передлежання, або накласти щипці, або витягти дитину за сідниці, або зробити поворот. Коли шийка розширена менше як на два пальці, щоб урятувати дитину, треба зробити абдомінальний к. р., коли устя відкрите цілком або майже цілком, головка стоїть високо — поворот на ніжку і витягання дитини; при зниженій головці — щипці.

РОЗРИВ ВАРИКОЗНОГО ВУЗЛА

Досить сильна кровотеча з шийки матки або з вагіни може залежати від розриву варикозного вузла на шийці матки або вагіні. Діагностувати це ускладнення можна звичайно, тільки зробивши дослідження вагіни і шийки. Спинити таку кровотечу можна швами — кетгуттом або шовком.

Надзвичайно рідко буває розрив субсерозного варикозного вузла на поверхні матки. При цьому можуть розвинути явища гострої анемії як при внутрішній кровотечі. При тяжкому стані хворої слід зробити лапаротомію, і тільки тоді діагноз буде ясним.

РАК ШИЙКИ МАТКИ

Рак шийки при вагітності, за літературними даними, буває дуже рідко (0,1—0,03%). В клініці КМІ серед 18.882 вагітних і роділь (1883—1921 р.р.) всього було 3 випадки. При цьому захворюванні вагітність рідко доходить до кінця, а частіше буває аборт. Рак шийки під час вагітності надзвичайно швидко росте і поширюється на сусідні тканини.

Діагностика. Поставити діагноз не трудно, хоч Ліпман наводить випадки, де губчасту масу ракової шийки вважали за тканину плаценти. З другого боку напр. *apenserhalus* вважали то за передлежну плаценту, то за рак шийки. Для диференціального діагнозу треба не забувати, що губчасті маси, коли маємо рак шийки, промацуємо звичайно або навколо зовнішнього устя, або всередині в цервікальному каналі. Тканина плаценти при її передлежанні буде звичайно вище при внутрішньому усті. Дослідження дзеркалами остаточно з'ясує діагноз. При аницефалосії губчасті маси некритого мозку черепа плоду промацуємо при внутрішньому усті або над ним, але уважне дослідження дозволяє промацати ще й кістки основи черепа плоду.

Терапія. Негайна операція: в кінці вагітності — к. р. і розширена екстирпація матки, в перші 3 місяці вагітності — екстирпація матки (докладніше див. розд. „Абдомінальний кесарський розтин“, „Показання“).

Випадкові травми. Травми під час вагітності можуть спричинити кровотечу. Надто небезпечно пошкодження клітора. Кровотеча може навіть бути смертельною, коли не допомогти своєчасно. У цих випадках треба насамперед притиснути салфеткою місце розриву і потім накласти шви.

УСКЛАДНЕННЯ І ОПЕРАЦІЇ В ТРЕТЬОМУ ПЕРІОДІ РОДІВ (ЗОКРЕМА КРОВОТЕЧІ)

Третій період найкоротший, але може стати найнебезпечнішим для жінки і спричинити навіть смерть. Найсерйозніші ускладнення, що примушують до оперативного втручання — кровотечі або відразу по народженні дитини, або трохи пізніше. Профілактика жіночих захворювань і правильне поводження лікаря в III періоді родів забезпечать жінку від зайвої витрати крові після родів. Правильне лікування кровотечі цілком залежить від знання і видержки лікаря. Він мусить негайно з'ясувати причину кровотечі і накреслити план заходів відповідно до даної кровотечі, стану жінки і оточення.

Кровотеча в III періоді родів — явище фізіологічне; як правило, безкровного III періоду не буває. Але кількість витраченої крові має значення для організму відповідно до конституції жінки, до того, в яких умовах вона перебуває. Не можна базуватися тільки на абсолютних цифрах витраченої крові, бо залежно від умов для однієї жінки 1000 см³ витраченої крові може минути без тяжких наслідків, а для іншої вже 500-600 см³ можуть стати фатальними і спричинити смерть від недокрів'я.

Коли плацента не народжується більш як півгодини, перевіряємо, відділилася вона чи ні. Для цього користуємося показаннями Шредера, Кюстнера, Альфельда, Штрасмана та ін. (див. розділ „Плацентарний період і його фізіологія“).

Коли вони позитивні, а плацента все таки не виділяється і кровотечі немає, можна ждати 3-4 години.

Сластиче затримання плаценти. Відділена плацента може не виходити в наслідок тетанічного скорочення матки або навпаки в наслідок гіпотонії матки і червеного преса (retentio placentae). Причиною першого ускладнення може бути нерациональне ведення II і III періодів родів, непотрібні маніпуляції над маткою, неправильно вжитий спосіб Креде. Завжди треба перевірити, чи не переповнений сечовий міхур, і випустити сечу, якщо роділля сама не може це зробити. Коли поставили діагноз (внутрішнє дослідження), треба, відкинувши впорскування таких ліків, які скорочують матку, дати роділлям спокій, впорснути морфій або зробити клізму з хлорал-гідрату 2,0 на 50,0 — 100,0 теплою водою, клізму з tinct. opii 10-15 крапель, впорснути атропін — 0,001. Коли ці заходи не дають наслідків, то хлороформний наркоз відразу усуває спазм і, коли легко натискувати на дно матки, плацента легко відділяється.

Гіпотонія матки і червеного преса. При гіпотонії матки і червеного преса клініка КМІ рекомендує такі способи. Стінку живота беруть по середній лінії в обидві руки в поздовжню складку і, відтягаючи її, рекомендують роділля натужитися (Бер-Абуладзе). Цей спосіб часто дає позитивні наслідки.



Мал. 312 Спосіб Креде (за Буммом).



Мал. 313. Плацента затрималася в трубному куті (за Ліпманом).

Коли плацента, відділившись, не виходить сама, Епштейн рекомендує натиснути на живіт кулаком в епігастральній ділянці і роділля під час цього сама натужується. Спостереження клініки КМІ (Савицький) показують, що спосіб цей доцільний.

Спосіб Креде. Коли способи Бер-Абуладзе і Епштейна не дають наслідків, витискуємо плаценту за Креде (мал. 312). Перед цим треба: 1) сечовий міхур звільнити — роділлі рекомендують помочитись або випускають сечу м'яким катетром, додержуючись правила антисептики і асептики; 2) якщо матка відхилена вбік, поставити її по середній лінії живота; 3) зробити масаж матки. Масувати матку кінцями пальців правої руки треба обережно; грубого масажу вживати не можна. Масаж роблять доти, поки матка не стане твердою (добре скоротилася). Далі дно матки обхоплюють кризь черевну стінку так, що великий палець кладуть на передню поверхню тіла матки, а чотири інших пальця на задню (поверхню) і натискають на матку пальцями спереду назад, а всією рукою донизу і назад.

Затриматися плацента може тоді, коли вона прикріплена в трубному куті (Tubeneskenplacenta) (мал. 313). Неправильна форма матки з м'якою опуклістю в ділянці одного з рогів наводить на думку про цю аномалію. Стінка матки в місці прикріплення плаценти дуже тонка; скорочення цієї ділянки стінки слабші і не можуть відділити плаценту.

Спосіб Майон-Габасту. Pl. membranacea своєю тонкістю і широкою поверхнею теж перешкоджає плаценті однаково відділитися. В таких випадках радять спосіб Майон-Габасту. Але клініка КМІ не спостерігала гарних наслідків від нього. Техніка цього способу: кінець пуповини обрізають, вводять у пуповинну вену канюлю, з 200 г шприцем, з теплим фізіологічним розчином. Габасту вводив близько 2000 см³ цього розчину. Звичайно рекомендують вводити не більше 500—600 см.³ Ефект цього способу пояснюють тургенценцією плаценти. Потовщена і важа плацента легше відділяється від стінки матки, зокрема коли зробити після цього масаж матки і вжити способу Креде. Коли спосіб Креде не дав наслідків, треба спробувати його під наркозом і, — при негативних результатах, — доводитися відділяти плаценту ручним способом.

Часткове приростання плаценти. Великі кровотечі дає часткове приростання плаценти (accretio placentae partialis)

Частково відділена плацента не дає матці добре скоротитися, і розірвані матково-плацентарні судини кровоточать у тому місці, де плацента відділя-

лася. При тотальному приростанні (*accretio placentae totalis*) кровотечі не може бути. Сила кровотечі при частковому приростанні плаценти залежить від того, наскільки відділилася плацента. При незначній кровотечі можна ждати і буває, що через деякий час плацента відділяється. Спостерігаємо це при *placenta adhaerens*. При справньому частковому приростанні плаценти з сильною кровотечею треба спробувати спосіб Креде і, при негативних результатах (під наркозом), відразу приступити до ручного відділення.

Ручне відділення плаценти. Ручне відділення плаценти найнебезпечніша акушерська операція і приступати до неї треба тільки тоді, коли всі інші заходи не дали позитивних наслідків. Доцільно відрізняти ручне відділення (*separatio*) приростлої і виймання (*extractio*) уже відділеної плаценти. Перша операція небезпечніша. Небезпека в тому, що можна занести інфекцію, а також при недосвідченості можна залишити частку плаценти і вона спричинить тяжке септичне захворювання, а далі і смерть. Можлива також перфорація стінки матки.

Техніка операції. Неодмінно загальний наркоз. Відмовитися від нього можна тільки при занадто тяжкому стані роділлі.

Дезинфікувати руку оператора, зовнішні геніталії роділлі і залишок пуповини, що звисає, треба особливо старанно. В клініці КМІ цю операцію роблять без рукавичок, щоб чутливіша була рука.

Всю руку, складену конусом, оператор вводить у вагіну, а далі по пуповині в порожнину матки; знайшовши відділену частину плаценти, закладає руку між цією частиною плаценти і стінкою матки і пилкоподібними рухами відділяє плаценту (маг. 314). Попереду зовнішня рука масує матку і обхоплює її дно. Відділявши плаценту і оболонки, захоплюють її і витягають назовні. Коли є сумнів, чи вийняли всю плаценту, треба повторно ввести руку в матку. Відділявши плаценту, треба промити порожнину матки розчином *tinct. jodi* 40—35 крапель на літр води (колір міцного чаю, температура 40—45° C), впорснути ерготин або пітуїтрин.

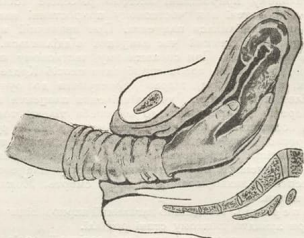
Рукав Окінчиця. Щоб не проходити через вагіну, де завжди є бактерії, пропонували захопити вагіну частину матки кульовими щипцями і вивести її назовні (Феноменов, Петерс). Деякі автори пропонують спеціальні різноманітні вагіні манжети (Роозен—Roosen, Крампіц—Kramplitz, Кріцлер—Kritzler) і вводити руку в порожнину матки. Проф. Окінчиц запро-



Маг. 314. Ручне відділення плаценти (за Буммом).



Маг. 315. Рукав Окінчиця перед введенням руки в вагіну (за Генстером).



Мал. 316. Рукав Окінчиці (за Гентером).

понував полотняний рукав; рукав надягають на руку і на передпліччя, зсередини захоплюють пальцями так, щоб рукав був закритий, і вводять руку у вагіну, після того пальці відпускають і вводять в порожнину матки (мал. 315, 316). Щоб не дратувати стінки вагіни, щоб легше було ввести рукав, перед тим як надягнути, змочують його в розчині лізолу.

Повне приростання плаценти. Повне приростання (accretio placentae totalis) буває надзвичайно рідко. За 30 років у клініці КМІ не було жодного випадку. Діагноз цього тяжкого ускладнення, входячи в матку рукою, можна поставити тільки тоді, коли плацента не вийшла за 3-4 години. У цих, підкреслюємо, надзвичайно рідких випадках доводиться робити екстирпацію або ампутацію матки відразу, як не вдалося відсепарувати цілком прирослу плаценту.

Залишені частки плаценти. Після того, як вийшла плацента, кровотеча може статися через те, що в матці затрималися частки плаценти або додаткові частки (placenta succenturiata). Залишена частка плаценти може спричинитися далі до кровотечі, а таксамо і до інфекційного захворювання; отже, коли плацента вийшла, треба уважно її оглянути і перевірити цілість материнської її частини цілим рядом спроб (див. розділ „Плацентарний період і його фізіологія“). Якщо виявлено дефект плаценти або є підозріння на дефект (навіть без кровотечі), оператор мусить негайно продезинфікувати старанно руки собі і зовнішні геніталії роділлі, вийти рукою в порожнину матки і вийняти частку. Краще відділяти частку, як і всю плаценту рукою без рукавички. Ми не рекомендуємо замінити руку кюреткою, бо спосіб цей і ненадійний, і небезпечний: може бути перфорація розтягнутої післяродової матки. Відділивши залишену частку плаценти, треба промити порожнину матки, як уже сказано. Частки оболонки, залишені в матці після народження плаценти, рекомендуємо відділяти тільки в інфікованих випадках або при кровотечі.

В післяродовому періоді відділяти оболонки (можливо, і вискрібати) ручним способом треба тоді, коли підвищується температура і виявляється картина місцевої інфекції.

Кровотеча при фіброміомах матки. При фіброміомах матки в III періоді родів можуть статися загрозливі маткові кровотечі. Фіброміома

матки не може не вплинути на скорочення її мускулатури і на стан судин. Ускладнення це буває рідко, і тому не завжди можна поставити відразу діагноз. Розвиваючись, інтерстиціальні фіброміоми можуть перейти в підслизові і так змінити контури порожнини матки, що плацента не відділяється, і тоді доводиться відділяти її ручним способом. У випадках Окічицица довелося виїняти матку після того, як спроба відділити плаценту ручним способом не дала наслідків (міома). В клініці КМІ двічі спостерігали кровотечі при підслизовій міомі. В одному з цих випадків, як відділилася плацента, почалася кровотеча. Інспекція плаценти показала, що вона вийшла цілком, а жінка втрачала багато крові (гіпотонія відпадала), і тільки ручне дослідження порожнини матки виявило підслизову міому завбільшки з яблуко; вона і завжала ретракції маткової мускулатури й спричинила кровотечу. В таких випадках треба *per vaginam* вирізати міому, перев'язавши ніжку, а коли міома тісно зв'язана з стінкою матки, розрізати капсулу і вилуштити міому. Зробити це не трудно, бо при вагітності тканини пухкі і міому легко відділяти.

У другому випадку підслизова міома спричинила інфекцію в післяродовому періоді. Опух народився спонтанно через два тижні після родів (відбулися поза клінікою), і природу його встановлено було мікроскопічним дослідженням. При кровотечі, якщо немає розривів м'яких частин, коли немає підстав думати, що в матці залишилися частки плаценти або оболонки плідного яйця, коли матка добре скорочена і гіпотонія її відпадає, завжди треба згадати про це, хоча й не часто, але небезпечно ускладнення родового акту.

СХЕМА ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ УСКЛАДНЕННІ В III ПЕРІОДІ РОДІВ

- | | |
|---|---|
| 1. Затримання плаценти без кровотечі | 1. Ждати 3—4 години |
| | 2. Спосіб Абуладзе, Епштейна |
| | 3. Спосіб Креде без наркозу |
| | 4. Спосіб Креде під наркозом |
| | 5. Ручне відділення плаценти |
| 2. Затримання плаценти з кровотечею | 1. Спосіб Креде без наркозу |
| | 2. Спосіб Креде під наркозом |
| | 3. Ручне відділення плаценти |
| 3. Тетанічне скорочення матки без кровотечі | 1. Narcotica (опій, хлорал-гідрат, хлорформи) |
| 4. Тетанічне скорочення матки з кровотечею | 1. Спосіб Креде під наркозом |
| 5. Часткове приростання плаценти | 1. Спосіб Креде |
| | 2. Ручне відділення плаценти |
| 6. Залишені частки плаценти | 1. Ручне відділення |
| 7. Залишені оболонки плідного яйця без кровотечі і без ознак інфекції | 1. Консервативна терапія |
| 8. Залишені оболонки + кровотеча або інфікований випадок | 1. Ручне відділення оболонок |

ВИВОРОТ МАТКИ

В III періоді може статися ще одно ускладнення, а саме — виворот матки (*inversio uteri*). Буває він дуже рідко і в останні часи, коли поширилася сітка установ Охматдиту як у місті, так і на селі, і в зв'язку з збільшенням

процента госпіталізації родів з правильним веденням III періоду майже зовсім не трапляється.

При вивороті матки дно її вивертається назовні так, що її внутрішня поверхня показується в усті матки, у вагіні і далі в *rima pudendi*. Там, де було дно матки, з'являється ліycopодібна заглибина, а при верхньому її краї лежать труби, яєчники. Таке явище може статися при дуже розслабленій матці. Виворот буває або після народження дитини, до виходу плаценти, або після того як відділялася вона. Потягання за пуповину, надто форсований спосіб Креде, зокрема коли матка не скорочена, гіпотонію матки, так зв. параліч плацентарної площадки, коротку пуповину та ін. автори наводять як можливі причини цього ускладнення. При вивороті матки звичайно буває кровотеча і шок. Діагноз поставити легко, але вивернену матку іноді вважали за головку другої дитини або за новотвір. Наслідки такої помилки були фатальними.

При вивороті з невідділеною ще плацентою треба спочатку відділити плаценту і тоді вже вправити матку. Це доцільніше і безпечніше для хворої. Відділивши плаценту, обмиваємо стінку порожнини антисептичними речовинами (крім сулеми), а потім вправляємо матку.

Коли виворот стався на очах у лікаря, то вправити матку легко. Далеко трудніше вправити матку тоді, коли минуло 12—24 години і навіть більше. Тоді доводиться вправляти матку під наркозом. Вправляють рукою, натискуючи на випале тіло матки в ділянці її дна. Після того, як матка вправлена, промиваємо її гарячим (45—50° C) розчином *tinct. jodi* (35—40 крапель *tinct. jodi* на 1 літр води), а потім впорскуємо ерготин або пітуїтрин. Вправивши матку, треба лікувати явища анемії і шоку. При запущених виворотах не завжди вдається вправити матку відразу, і тоді треба спробувати повторний кольпелізіс або операцію Кюстнера (див. підручник гінекології).

ГІПОТОНІЯ МАТКИ

Коли вийшла плацента і оболонки, місце, де прикріплювалася плацента, не може не давати кровотечі. Потім кровотеча припиняється поперше тому, що скорочується мускулатура матки і ніби стискує простір судин, подруге — утворюються тромби. Причини кровотечі — слабка мускулатура матки, недостатня іннервація, зміни в наслідок захворювань стінки матки, а також часті аборти, розтягнута матка при близнятах, багатовідді, надто швидкі роди, гемфілія, конституціональні моменти. Повної атонії матки, як правильно зазначає Штеккель, не буває.

Діагноз. Поставити діагноз гіпотонії матки не завжди легко, зокрема коли одночасно є розрив матки і гіпотонія.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

Розрив шийки

Кров — артеріальна, біжить струмком;
Масаж — не спиняє кровотечі;
Кровотеча стається відразу, як народилася дитина.

Гіпотонія

венозна
спиняє кровотечу
як вийшла плацента.

Але ознаки ці не завжди ясно виявлені, і буває, що кров при розривах шийки темна, коли, назбирившись у вагіні, згусне, і плацента, спустившись, на деякий час може затамувати місце розриву шийки, і тільки, як вона вже вийде, кровотеча починається знову. При розривах шийки матка скорочена,

тверда, при гіпотонії велика, м'яка, розтягнута, іноді зовсім не можна промацати її контури. Нормально, як вийшла плацента, дно матки на 1—2 пальці нижче пупка, а тепер піднімається під реброву дугу. Коли кров збирається в порожнині матки, кровотеча назовні може бути не велика, а явища анемії загрозливі. Гіпотонія матки більш загрозлива, і ознаки анемії різко виявлені. Жінка бліда, губи спочатку сині, потім бліднуть, таксамо і шкіра. Свідомість втрачається, темніє в очах, дихання часте, пульс частий, нитковидний. Хвора неспокійна. Кінцівки холодні. Виступає холодний піт, нудота, голова морочиться, в ушах шум, зіниці розширені. Коли негайно не подати допомоги, дихання прискорюється, пульс зникає, хвора помирає.

Лікування. Для лікування кровотечі в III періоді не можна дати однамантичної схеми. Всі маніпуляції і способи треба суворо індивідуалізувати, залежно від сили кровотечі, стану організму і від того, в яких умовах перебуває жінка.

При великих кровотечах необхідно впорснути ерготин, пітуїтрин, зробити масаж матки, і тим можна спинити кровотечу. Найкраще впливає пітуїтрин. За дослідями Керера пітуїтрин сенсibiliзує матку гормонально. Ерготин впорскують у мускул, а пітуїтрин під шкіру або у вену. Бергман рекомендує впорскувати інтрамурально, крізь черевну стінку в мускул матки. Цього способу ми не вживали ніколи. Одночасно з впорскуванням треба робити масаж матки.

Промивання матки. Коли ці маніпуляції не дають ефекту або після короткого інтервалу кровотеча починається з новою силою, матку треба промити. Промивання звичайно роблять гарячою водою (45—50° С). Деякі автори вважають, що холодна вода краще спиняє кровотечу, і рекомендують холодну воду температури 4—5° С. У клініці КМІ завжди промивають гарячою водою, бо вона суб'єктивно приємніша знекровленій жінці, довше підтримує скорочення матки і легше мати її особливо літом. До води ми додаємо tinct. jodi 35—40 крапель на 1 літр; можна промивати і фізіологічним розчином або kali hypermanganici (1:5000). Штекель рекомендує 0,5% розчин лізолу. Не можна промивати сулемою (отрута!) або H₂O₂ (повітряна емболія).

Промивають з кружки Есмарха, яка з'єднується з наконечником Фрітш-Боузмена з гумовою трубкою. Перед тим, як ввести наконечник у вагіну, необхідно випустити повітря з наконечника і з трубки (повітряна емболія). Рідину не можна впускати під великим тиском, тому кружку треба повісити не вище $\frac{3}{4}$ —1 м над операційним столом. Наконечник вводять під контролем дзеркала або пальця у вагіну, а потім у порожнину матки, майже до дна; щоб не сталося перфорації, другою рукою вагіну контролюють, де саме проходить в матці наконечник. Промивати треба доти, поки матка не скоротиться, тобто поки не спиниться кровотеча.

При кровотечах середньої сили звичайно досить буває цих маніпуляцій.

Притиснення аорти. При загрозливих кровотечах, коли відразу і суб'єктивні, і об'єктивні ознаки виявляють картину тяжкого некрові'я, ми рекомендуємо притиснути аорту. Спосіб цей відомий був ще старим акушерам, вони притискували аорту кулаком. Шмідт (Schmidt) запропонував такий спосіб: ставши з боку, стиснувши праву руку в кулак, покласти його на живіт роділл вище пупка і тильною поверхнею основних фаланг притиснути аорту до хребта. Притиснути треба з такою силою, щоб не відчувалася пульсація стегнової артерії. Натискувати треба 15—20 хв. Щоб рука не втомилаася, лівою рукою обхоплюють променево-зап'ястковий суглоб правої руки.

Джгут Момбурга. Можна притиснути аорту звичайним рушником або джгутом Момбурга (Momburg) (мал. 317). Для цього можна взяти звичайну гумову трубку від кружки Есмарха. Притискувати не більше 15—20 хв. Але,



М а л. 317. Джгут Момбурга (за Ліпманом).



М а л. 318. Аорткомпресор Зерта.

стискуючи аорту, ми стискуємо і сечоводи, внутрішні органи; через те спосіб цей тепер вживається мало. В клініці КМІ при профузних кровотечах, поки оператор готує руки, накладають аорткомпресор Зерта (Sehrt) (мал. 318); Рісман (Rissmann) запропонував свій компресор (мал. 319). Аорткомпресор притискує аорту більш-менш ізольовано. Звичайно і тут не завжди можна бути певним, що притиснуто лише аорту. Накладати його треба не поспішаючись і повільно знімати (через 15—20 хв), щоб не спричинити шоку. Окремі автори зазначали такі ускладнення від аорткомпресорів: блювоту, біль, непритомний стан, збільшену кровотечу після того, як зняли інструмент. В клініці КМІ ми не бачили таких ускладнень, але не радимо накладати аорткомпресор при пороках серця.

Коли немає компресора, матку стискують рукою.

Стиснення матки двома або однією рукою. При бімануальній компресії матку стискують між зовнішньою рукою і внутрішньою, введеною в переднє склепіння або в порожнину матки. Кращі і безпечніші зовнішні способи — напр. спосіб Фрітша. Фрітш запропонував зробити масаж матки, перевести її (мал. 320) в різку антефлексію і притиснути до симфізу так, щоб дно матки лежало на *pecten pubis*, а ззаду за маткою, в заглибині, покласти на черево скручений рушник. Тоді не буде просвіту порожнини матки; судини притиснуть. Фрітш при гіпотонічних кровотечах у III періоді, зокрема при кровотечах від розривів м'яких частин, рекомендує охопити матку однією рукою і притискувати її глибоко до порожнини таза; другою рукою, захопивши обидві великі губи, притискувати їх до *os pubis* 30—45 хв.

Спосіб Гентера (мал. 321). Гентер спостерігав гарні наслідки від свого способу (модифікація Піскачека - Лайо - Гота — *Piskacek - Lajos - Goth*) (мал. 322). Роділлі звільняють сечовий міхур і переводять її в положення за Тренделенбургом. Ліву руку кладуть на передню черевну стінку, глибоко проводять її між симфізом і маткою в напрямі до *promontorium*;



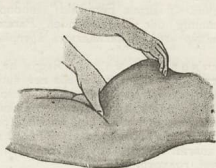
М а л. 319. Компресор Рісмана (за Гентером).



М а л. 320. Спосіб Фрітша (за Ліпманом).



М а л. 321. Спосіб Гентера



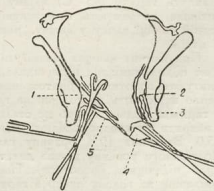
М а л. 322. Спосіб Піскачек-Лейб-Гота.

стискають нижній сегмент матки великим і вказівним пальцем, матку підтягають дуже вгору і разом притискають її до хребта, а правою рукою в цей час можна робити масаж. В такому положенні тримають матку 5—15 хв.

Тампонація матки. В тяжких випадках, коли, не зважаючи на вжиті заходи, матка не скорочується або повторно стає гіпотонічною, пропонують тампонацію матки за Дюрсенем.

За останні роки тампонація матки майже не робиться, тому що при ній можлива інфекція і не завжди вдається спинити кровотечу. Коли немає дзеркал, доводиться захопити шийку і тампонувати матку під контролем пальців, ввівши їх у вагіну. Техніка операції: після дезинфекції рук оператора і зовнішніх геніталій роділлі відкривають вагіну дзеркалами, кульбовими щипцями або щипцями Мюзе, захоплюють окремо передню і задню губу шийки матки, а довгим пінцетом вводять у порожнину матки до дна марлевий бинт і щільно її заповнюють. Деякі автори тампнують рукою або спеціальним інструментом Дюрсена, дуже зручним rapid-тампонатором. Штеккель радить тампонувати вогкою марлею. На його думку, вагіну краще тампонувати в тою, але потім витягати її справа складніша. При надто тяжкому стані кроворі, після неуспіху всіх попередніх способів, можна спробувати спосіб Генкеля—стиснення параметрів (мал. 323).

Спосіб Генкеля (Henkel). Звільнивши сечовий міхур, захоплюють передню і задню губи шийки матки щипцями Мюзе і підтягають її назовні, відтягають шийку в протилежний бік, накладають щипці Мюзе через бокові склепіння на широкі зв'язки (перпендикулярно до вже накладених щипців). Щипці накладають так, щоб захопити і мускулатуру матки (мал. 323). Обклавши щипці тампонами, щоб не було пролежнів, залишають їх на 12—24 год. Ефект залежить певно від перегинання і стиснення артерій. Але можна поранити сечоводи. Щоб уникнути цього, Тіканадзе рекомендує кишкові затискачі. Описано гарні накладки.



М а л. 323. Стиснення судин матки за Генкелем.

Ми вжили їх один раз теж з гарними наслідками, наклавши довгі клеми Більбота.

Феривальд (Braun Fernwald) запропонував накладати клеми на параметрії (Abklemmung der freigelegenden Parametrien). Техніка: відсепаровують сечовий міхур угору і накладають артеріальні клеми на параметрії на 24—48 год.

Екстирпація матки. Якщо, не зважаючи на всі попередні заходи, кровотеча не спиняється, треба негайно зробити тотальну екстирпацію матки (абдомінальну або вагінальну— залежно від техніки хірурга).

У кожній родильній установі завжди повинен бути наготові бікс з стерильними інструментами, щоб спинити раптові кровотечі підчас родів. У біксу треба покласти: 2 дзеркала Дуайєна, 2 пари кульових щипців, 2 пари щипців Мюзе, довгий півцет, кружку Есмарха, наконечник Фрітш-Боузмена, гоаки хірургічні, голкотримач.

Треба також завжди мати наготовлений шовк і кетгут, широкий і стерильний бинт, краще в спеціальній Дюрсенівській коробці.

СХЕМА ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ГІПОТОНІ МАТКИ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Невелика кровотеча | 1. Впорскування препаратів, які скорочують матку (ерготин, пітуїтрин) |
| | 2. Масаж матки |
| | 3. Лід на живіт |
| 2. Велика кровотеча | 1. Впорскування (ерготин, пітуїтрин) |
| | 2. Масаж матки |
| | 3. Промивання порожнини матки |
| 3. Занадто велика кровотеча | 1. Аорткомпресія |
| | 2. Промивання матки |
| | 3. Спосіб Фрітша або Гентера |
| | 4. Стиснення параметрів за Генкелем |
| | 5. Екстирпація матки |

Боротьба з анемією. Спинивши кровотечу, лікареві доводиться ще боротися з наслідками кровотечі. При невеликій кровотечі досить влити в підкірну клітковину грудної залози або з зовнішнього боку стегна фізіологічний розчин (до 1000 см³) і дати cardiaca (ol. camphora 20% см³, Sol. coffeini patriobenzoici 10% — 1 см³ або ефіру 1 см³ під шкіру). Стерильний фізіологічний розчин повинен завжди бути наготові. Коли його немає, то ставлять гарячу (45° С) клізму з фізіологічного розчину. Щоб клізма не витікала, затримують її, стискуючи сфінктер пальцями— великий палець на задній спайці входу у вагіну, решта пальців ззаду прямої кишки стискують її отвір.

При тяжких явищах анемії піднімають нижній кінець ліжка вгору (Кларкове положення); під ноги підкладають подушки; ноги й руки туго і старанно бинтують полотноним бинтом, починаючи з пальців (автотрансфузія). Хвору тепло вкривають до голови, на груди і на плечі кладуть грілки або пляшки з гарячою водою, а щоб не сталося опіку, краще покласти їх поверх ковдри і накрити ще ковдрою. Дають пити гарячий чай з цукром, кофе, вино, коньяк 15,0. Вливання 10% розчину глюкози має підняти сили організму. До фізіологічного розчину можна додати адреналіну (1:10000)— 20 к на 500 см³ (щоб підвищити кровотиск). Нестерпний біль голови можна полегшити, поклавши на голову подузір з гарячою водою або гарячий компрес.

Переливання крові. В останні часи медицина збагатилася на новий захід боротьби з кровотечами— переливання крові. Перелиту кров необхідно

вважати тканиною, яку пересаджують в новий організм і тим збільшують його дихальну поверхню, допомагають обмінній речовині і підвищують тонус організму. Переливання крові в тяжких випадках недокрів'я в жінок впливає надзвичайно гарно. При правильно поставленій роботі Охматдиту ще в консультації повинні визначити вагітній групу крові. Завдання Охматдиту організувати інститут донорів, щоб він був зв'язаний з родильними установами. Маючи стандартні сироватки (2 і 3 групи), визначити групу крові не трудно. Для цього, взявши голкою Франка краплю крові з кінчика пальця, впускають її в пробірку з 5% розчином натрії цитриці (на 10 крапель розчину натрії цитриці 1—2 краплі крові). Після того краплю цієї крові додають до краплі однієї і другої стандартної сироватки, нанесеної на препаратне скло. Стан аглютинації показує групу крові.

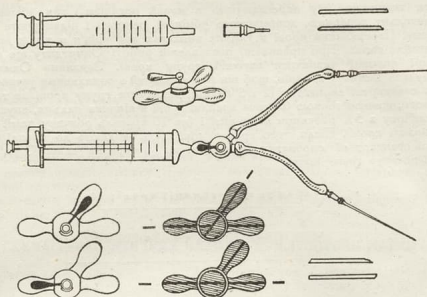
Таблиця аглютинації крові:

E \ S	$\alpha\beta$	β	α	O
O	—	—	—	—
A	+	—	+	—
B	+	+	—	—
AB	+	+	+	—

Переливати кров краще між людьми однакової групи. Якщо стандартних сироваток немає, то, чи підходить донор, можна виявити 3-крапельною пробою. Для цього на препаратне скло наносять одну краплю дистильованої води, додають краплю крові роділі; краплі змішують скляною паличкою і до гемолізованої крові реципієнта додають краплю крові з пальця донора. Якщо через 5—10 хв. суміш залишається гомогенною, то донор підходить, і можна безпечно перелити кров. При аглютинації донор не годиться.

Техніка переливання і апаратура проста: беруть шприц Жюбе (Jube) або якунебудь стерильну посудину (можна взяти апарат Боброва). Проф. О. Крупський запропонував брати звичайний 5,0—10,0 шприц Рекорда; на нього надягають кран від Потенівського апарата і на дві голки цього крану надягають гумові трубки з троакарком і голкою (мал. 324).

Переливають кров або безпосередньо з кубітальної вени донора в кубітальну вену реципієнта, або спочатку кров донора вливають у стерильну посудину (апарат Боброва), наливши в нього 50,0 розчину (3,8%) натрії цитриці (10 см³ цього розчину на 100 см³ крові) і вже після того вливають у вену реципієнта. Тепер при переливанні вживається консервована кров. Рідко доводиться робити венесекцію жінці. Вливають звичайно 500—600 см³ крові, зважаючи на кількість втраченої крові. Після трансфузії, під впливом



М а л. 324. Шприц проф. О. Крупського для переливання крові.

активної тканини, жінка перед тим анемічна, moribunda, відразу оживає, губи стають рожевими, блідість лиця і шкіри зменшується, нігті вже не сині, під очима синців немає, пульс кращає, дихання стає рівнішим, і суб'єктивно жінка почуває себе краще.

В останій час проблема переливання крові вступила в нову форму — переливання трупної крові. Процеси асиміляції і дисиміляції в тканинах трупні зникають не відразу. Трупну кров, узяті від раптово померлих від грудної жаби (angina pectoris) або від травми, коли кров стоїть на льоду в стерильній посудині, додавши 5% натрії цитрици, можна переливати навіть після 2-х тижнів цілком безпечно. Бактерицидність такої крові повна, ефект переливання такий самий як і від живого донора.

Отже в боротьбі з кровотечею треба насамперед: 1) спинити кровотечу; 2) поповнити втрачену кількість крові і 3) посилити діяльність серця.

РОЗРИВ МАТКИ, ВАГІНИ І ПРОМЕЖИНИ. ГЕМАТОМИ. РОЗРИВИ КІСТКОВИХ РОДОВИХ ШЛЯХІВ

Розрив матки. Розрізняють дві групи розривів матки: спонтанний і віолентний розрив. Розрив матки може статися як під час родів, так і під час вагітності; остання група випадків далеко менша.

Етіологія спонтанного розриву матки. Етіологія розриву матки — питання надзвичайно складне і породило величезну літературу, повну суперечностей. Велика більшість авторів і досі твердо стоїть на теорії Бандля (Bandl) про механізм розриву матки. За Бандлем і К. Шредером (Schroeder) матка різко поділяється на дві частини: верхню, активну, так зв. „мотор“, і нижню, пасивну, яка не скорочується; границя цих частин — внутрішнє устя матки. Під час родової діяльності нижня, пасивна, частина матки завжди розтягається. Коли родові шляхи звужені, то між переддежною частиною та симфізом (спереду) і промонторієм (ззаду) защемлюється край шийки, а скорочення тіла матки все більше розтягають шийку, плід більшою чи меншою частиною народжується в шийку, розтягаючи її відносно П вище входу в таз; у нижньому сегменті найчастіше й розривається матка. Місце переходу надмірно розтягнутої, пасивної, шийки матки в товсте, скорочене маткове тіло можна констатувати кризь передню черевну стінку у вигляді так зв. „контракційного кільця“; при нерівномірному розтягненні і шийки кільце скорочення іде навскісно; чим вище над симфізом (кільце скорочення, тим більша загроза розриву матки.

Такі основні моменти теорії Бандля; пізніше розвинули її Фрейд (Freund) і К. Шредер. Але дальші дослідження (зокрема ґрунтовні анатомо-гістологічні дослідження Н. Іванова і оригінальні клінічні спостереження Вербова) довели неможливість пояснити цією теорією всі випадки розриву матки, зокрема розрив матки під час вагітності. Н. Іванов категорично заперечує поділ матки на активну — верхню і пасивну — нижню частину; за автором вся мускулатура матки — як шийка, так і тіло — здатні до скорочення. Причина розривів матки не в значному розтягненні тканин, а в патологічних змінах стінки матки після ускладнення при попередніх родах (протирання стінки матки при звуженні таза, надзвичайна пухкість нижнього сегмента матки при переддежани плаценти, шрами після к. р., процес запалення — дрібнокаліберна інфільтрація і розвиток сполучної тканини серед мускулатури матки). У рідкі рараге, за Н. Івановим, навіть і при певній невідповідності між розмірами таза й дитини, розрив матки неможливий, коли стінка матки нормальна.

Детальне гістологічне дослідження (В. Лісовецький) кількох випадків розриву матки в клініці КМІ також підтвердило наявність у всіх випадках значних патологічних змін в стінці матки. Резюмуючи ці короткі дані, треба визнати, що як клінічні спостереження, так і ґрунтовні анатомо-гістологічні дослідження приводять до висновку, що теорія Н. Іванова про механізм розриву матки правильніша.

Симптоматологія загрози розриву матки. Розрив матки частіше спостерігаємо під час родів і, лише як виняток, під час вагітності (мал. 325, 326). Можна відрізнати клінічну картину загрози розриву матки і картину розриву, що вже стався.

У деяких підручниках, навіть сучасних, можна прочитати, ніби симптоматологія загрози розриву матки надзвичайно ясна. Наводять такі подромальні симптоми: роділля неспокійна, весь час кричить, перейми часті і різко болючі, іноді мають тетанічний характер, під час перейм або потуг роділля береться за живіт, родова діяльність триває довго, є перешкода народженню дитини

через природні родові шляхи (з боку матері або дитини), сечовидлення утруднене, пульс прискорений, температура може бути підвищена, тони серця дитини аритмічні, прискорюються.

При такому яскравому симптомокомплексі ми маємо всі підстави для діагнозу розриву матки.

На жаль, цілий ряд клінічних спостережень (за останній час Горнунга з клініки Штеккеля) показує, що така яскрава картина буває не завжди — описано розриви матки майже без жодних продромальних симптомів. Це вимагає від акушера ще пильнішої уваги до ведення родів при неправильних співвідношеннях між розмірами таза й дитини, при неправильних передлежаннях (лицеве і лобне) і при несприятливому акушерському анамнезі. Надто консервативно-експектативна терапія, коли не зважати на всі ці моменти, загрожує не тільки здоров'ю, але й життю жінки.

Симптоматологія розриву матки. Розрізняють дві форми розривів матки: повний (*ruptura uteri completa*) і не повний (*ruptura uteri incompleta*); при першому розриваються всі шари стінки матки, при другому — очеревина не надривається. Розрізняють ще надриви верхніх шарів мускулатури матки без пошкодження очеревини (т. зв. *fissura subperitonealis*).

При повному розриві матки клінічна картина майже завжди ясна: родова діяльність, досі така активна, і різко болюча, раптом припиняється; родділя іноді крикне, є почуття ніби щось розірвалося в животі, з'являються симптоми анемії і шоку: дуже прискорюється пульс, наповнення його мале, роділля різко бліде, скаржитья, що паморочиться голова, надто слаба, іноді стає не-притомною. Об'єктивне дослідження показує, що серце в дитини не б'ється, дрібні частини плоду надзвичайно ясно промацуються крізь черевні стінки, а поруч з плодом іноді можна контурувати скорочене тіло матки, з вагіни з'являється більше або менше крові; при дослідженні *per vaginam* виявляється, що передлежна частина піднялася вгору і цілком рухома, а входячи рукою в матку, можна ясно визначити місце розриву, зокрема, коли розрив повний і промацуються кишки.

При розриві матки під час вагітності виявляється два кардинальних симптома: явища кровотечі (переважно внутрішньої) і шоку; серце у дитини не б'ється.

При неповному розриві матки клінічна картина не така ясна: родова діяльність може тривати, дитина гине не завжди і визначити границю між загрозою розриву матки і розривом, що вже стався, вдається далеко не у всіх випадках.



М а л. 325. Розрив матки в нижньому сегменті (за Ліпманом).



М а л. 326. Рідкий випадок розриву дна матки (за Ліпманом).

При вагітності ми не можемо визначити будь-яких продромальних симптомів розриву матки. Має значення патологічний акушерський анамнез.

Терапія при загрозі розриву матки. Поставивши діагноз загрози розриву матки, мусимо негайно втрутитися; форма втручання залежить від особливостей кожного окремого випадку.

Коли іде ще I період родів і надто сильні або тетанічні скорочення матки сталися в наслідок неправильної терапії (напр. призначення ерготину, частий масаж), співвідношення між розмірами таза і дитини правильні (внутрішнє дослідження під наркозом), треба призначити наркотичні (морфій, пантопон, опійна клізма) і загально теплу ванну. Коли це не дасть позитивних наслідків, негайно зробити к. р.

Форма втручання в II періоді родів залежить від того, чи фіксована вже і стоїть низько, або рухома передлежна частина. Коли голвка (чи сідниці) низько, у виході з таза, треба негайно закінчити роди (під наркозом) — обережно накласти щипці або витягти дитину за сідниці. При рухомій головиці на жаль, це і досі рекомендують спробувати (під наркозом) акушерський поворот або високі щипці. Ми рішуче проти таких заходів і радимо в таких випадках абдомінальний к. р.; пробувати зробити поворот (навіть і досвідченим акушерам) або накласти високі щипці надзвичайно небезпечно, бо це загрожує розривом матки.

При мертвій дитині (а при неможливості через зовнішні умови або через недостатню кваліфікацію лікаря — і при живій) треба негайно зробити ембріотомію. Перевозити хвору небезпечно; можна це дозволити тільки тоді, коли є добрі транспортні засоби і добра дорога, але перед тим неодмінно треба впорснути морфій або зробити опійну клізму.

Терапія розриву матки. Коли є симптомокомплекс розриву матки, негайне оперативне втручання необхідне; форма втручання залежить від особливостей випадку. Раніше, а іноді і тепер вважають, що можна вибрати той чи інший принцип терапії: консервативний або оперативний.

При консервативному способі втручання дитину і плаценту виймають через природні родові шляхи, а потім тампонують матку і вагіну, а на живіт роділлі кладуть щонебудь важке. Ми рішуче проти такого способу, бо він не гарантує жінку від небезпеки тяжкої кровотечі, від інфекції і навіть від смерті. Якщо жінка видає, то шрам від розриву, який загоїться вторинним натягом, надзвичайно небезпечний при наступній вагітності; наслідки процесу запалення набагато зменшують працездатність жінки.

Отже ми принципово відкидаємо консервативне втручання і рекомендуємо тільки оперативне. Коли дитина не вийшла в червну порожнину, передлежна частина вже знизилась в тазі, забита, стоїть, а родові шляхи підготовлені, треба вийняти дитину *per vaginam*, а потім зробити лапаротомію. А коли дитина, хоч частково, вийшла через розрив у червну порожнину, треба відразу робити лапаротомію.

При лапаротомії радикальність або консерватизм залежить від особливостей конкретного випадку. Коли розрив невеликий, краї його мало травма тизовані і випадок не інфікований, можна освіжити краї рани матки і зашити її. При значній травматизації матки, а таксамо в інфікованих випадках треба зробити ектірпацію матки. Тяжкий стан хворої може примусити оператора обмежитися лише ампутацією матки, щоб прискорити закінчення операції.

В окремих випадках при розриві матки пошкоджені бувають суміжні органи, сечовий міхур; звичайно це дуже ускладняє операцію і погіршує прогноз.

При неповному розриві матки доводиться оперувати за аналогічними принципами.

Віолентний розрив матки буває або наслідком зовнішніх випадкових травм (хвора впала, переїхав її автомобіль або підвода), або ускладненням при опера-

тивному втручанні, — напр. спроба повороту, коли дитина вже мало рухома і нижній сегмент матки дуже розтягнутий, накладання щипців при значній невідповідності між розмірами таза й дитини.

Віолентні розриви матки дають більш яскраво виявлений симптомокомплекс ніж спонтанні; терапія при них аналогічна.

Фістули. При затяжних родах і значній невідповідності між розмірами таза й дитини передлежна частина (головка) притискує м'які частини рогового каналу (вагіну, шийку матки) і сечовий міхур до симфізу. В наслідок такого довгого тиску починають мервтіти тканини, а далі (через кілька днів після родів) утворюються фістули. Фістули виявляються на 4—5 день після родів і поновляти їх можна не раніше, як через 3 міс. після родів, коли вже цілком закінчиться інволюція.

Форсовані акушерські операції (напр. накладання щипців при зуженому тазі або витягання дитини за сідниці при тих самих умовах) також можуть спричинитися до фістул, і вони виявляються відразу після родів.

Відрив шийки матки від вагіни. Дуже рідко буває відрив шийки матки від стінки вагіни (т. зв. *colporrhexis*). Симптомокомплекс цього тяжкого пошкодження аналогічний до розривів матки; терапія — виключно оперативна. При незначному розриві стінки вагіни можна обмежитися зашиванням рани *per vaginam*; при тяжкому пошкодженні доводиться робити абдомінальний к. р. в комбінації з екстирпацією матки.

Профілактика розриву матки. Профілактика розривів матки зумовлюється етіологією їх. Охоплення всіх жінок консультацією, збільшення сітки стаціонарної рододопомоги, підвищення кваліфікації медичного персоналу, профілактика і своєчасне лікування захворювань жіночих геніталій, оздоровлення дитинства — забезпечать працюючу жінку від розривів матки і від інших пошкоджень родових шляхів.

Розрив шийки матки. Розриви шийки матки найчастіше бувають у II періоді родів, коли проходить головка або плічко. Спостерігають їх і при надто форсованому відкритті шийки метрейринтером або тоді, коли накладають щипці до повного ще відкриття шийки матки. Глибокі розриви шийки, які проходять у параметрії і загрожують смертю жінці, звичайно є наслідок спроб форсовано витягти дитину при передлежнанні плаценті.

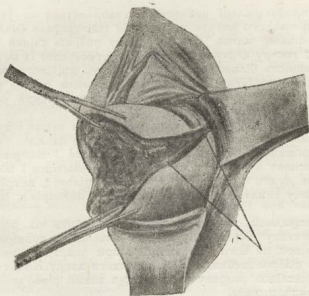
Основний симптом розриву шийки — кровотеча, яка найчастіше починається відразу як народилася дитина. Таку кровотечу треба диференціювати від гіпотонії матки (докладніше в розділі „Гіпотонія матки“).

Щоб поновити розрив шийки матки, треба дзеркалами відкрити вагіну (мал. 327, 328) і, захопивши краї розриви кульовими щипцями, старанно накласти шви, міцно підтягти шийку — це спинить кровотечу; тоді легше буде побачити верхній край розриву. Коли цього не зробити, накласти шви буде трудно, а далі можлива повторна кровотеча, гематома і інфекція.

У виключних випадках при великих розривах не можна побачити верхній край розриву і накласти на нього шви; але в таких випадках кровотеча дуже велика, приводить до найтяжчої анемії і загрожує життям хворої; необхідно негайно зробити лапаротомію і екстирпувати матку.

В дуже рідких випадках, — напр., коли немає інструментів, можна тампувати вагіну шийки матки і негайно везти хвору до лікарні, щоб зробити їй операцію.

Гематоми геніталій. Гематоми поділяють на дві групи: на інтрафасціальні, які локалізуються нижче тазової фасції, і супрафасціальні з локалізацією вище тазової фасції. Бар (Bar) поділяє гематоми на три групи, залежно від їх місця відносно *m. levator ani*, а саме на: 1) нижню або вульварну гематому — крововилив нижче *m. levator ani*; 2) середню або вагінальну — крововилив



Мал. 327. Розрив шийки матки (за Буммом).

в ділянці вагіної частини цього мускула і 3) верхню або тазово-черевну гематому — кров збирається вище *m. levator ani*.

У всіх цих випадках є порушення цілості глибоких судин, які проходять у клітковині в товщі губ, навколо вагіни або в широкій зв'язці матки, при гематомах шкіра або слизова оболонка звичайно цілі.

Етіологія. Найчастіше гематоми утворюються під час родів, зокрема в III періоді, іноді під час вагітності і надзвичайно рідко в невагітних жінок.

Причини гематом можна поділити на дві групи: сприятливі і утворюючі. До перших належать: анатомічні особливості судинної стінки, напр. їх крихкість, нерівномірна васкуляризація лівої і правої половини таза (в зв'язку з густішою васкуляризацією лівої половини таза — частіше утворення гематом з лівого боку родових шляхів), до другої: оперативна травма, занадто швидко прорізування дитини, гіпертонія.

Симптоматологія і діагностика. Найхарактернішу картину дають гематоми вульви і вагіни, які утворюються в перші години після родів. Роділля починає скаржитися на різкі болі в ділянці однієї губи або вагіни і різке почуття натискання на пряму кишку, наче потуги (іноді, зокрема коли роділля не оглянуть, це приводить до помилкового діагнозу післяродових перейм).

При значному крововиливі розвивається картина анемії: блідість, частий пульс і навіть несприятливий стан.

При утворенні супрафасціальної гематоми, яка локалізується між листками широкої зв'язки матки і, відділяючи очеревину, може піднятися ззаду до ділянки нирок, а спереду до пупка, крововилив буває дуже великий і загрожує навіть життям хворої.

Діагноз гематоми нижньої частини геніталій ставимо на анамнезі, огляді і внутрішньому дослідженні. При гематомі губа синя, набрякла і може бути з чоловічий кулак завбільшки; іноді поверхня гематоми надривається. Гематоми вагіни не завжди дають такі ясні симптоми, але при значному розмірі (до чоловічого кулака) вони знижуються до входу в вагіну і деформують її канал; розводячи губи дзеркалом, можна констатувати гематому.

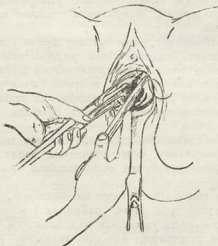
Гематоми супрафасціальні найчастіше утворюються як ускладнення операції (напр. форсованого витягання головки гідроцефала (мал. 329) з глибоким розривом шийки матки, при боковому розриві стінки матки і дають більш або менш гостру картину некрокрів'я. Діагностувати їх можна пальпацією, яка виявляє наявність більш або менш твердого, широкого опуху з боку від матки найчастіше в комбінації з глибоким розривом шийки матки. Коли ця картина розвивається гостро після форсованого закінчення родів і температура не підвищена, то діагноз ясний.

Терапія. Основний принцип лікування гематоми вагіни і вульви — консерватизм, асептичний догляд. Розріз гематоми майже завжди приводить до інфікування її порожнини, значно зтягає одужання і погіршує прогноз захворювання. Активне втручання, а саме розріз гематоми і потім тампонація або обколювання судин (іноді дуже трудне) доцільні і потрібні тільки тоді, коли маємо велику гематому і явища значного некрокрів'я, інфіковану гематому.

При супрафасціальних гематомах терапія залежить від розмірів гематоми і від загального стану здоров'я жінки. При невеликих розмірах крововиливу, коли немає вказівок на його збільшення, і при незначній анемії треба старанно поновити цілість шийки, а далі доглядати хвору. Коли гематома велика і утворилася в наслідок розриву матки, явища анемії різко виявлені, треба негайно зробити лапаротомію.

Розрив вагіни і промежини. Під час прорізування плоду або акушерського втручання можливі пошкодження як зовнішніх, так і внутрішніх геніталій. Отже, як народилася дитина, треба уважно оглянути зовнішні геніталії вагіни. Кожне, невелике навіть, пошкодження треба старанно поновити, щоб запобігти інфекції рани в післяродовому періоді, і хронічним процесам запалення і змінам у положенні геніталій.

Звичайно при родах або при операції розрив починається в вагіні, а далі переходить на промежину. Пошкодження зовнішніх геніталій можуть спричинитися до великої кровотечі, коли травматизовано клітор. Розрізняють три степені розриву промежини: перший степінь — поверхневе пошкодження шкіри промежини або слизової вагіни; другий степінь — пошкодження фасцій і м'язулів промежини (*m. transvers. perinei superfic.*, *m. constrictor cunni*, *m. levator*



Мал. 328. Накладання швів на розрив шийки матки (за Ліпманом).



Мал. 329. При форсованому витяганні головки стався глибокий розрив шийки з утворенням великої гематоми (за Ліпманом).

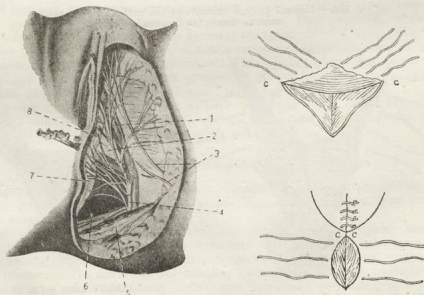
ani), третій степінь — пошкодження мускулатури промежини, сфінктера і стінки прямої кишки; цю останню форму називають ще повним розривом. У надзвичайно рідких випадках спостерігаємо так званий „центральный“ розрив промежини, тобто пошкодження промежини і задньої стінки вагіни без порушення цілості задньої спайки; плід у таких випадках народжується через штучно утворений новий канал.

Потрібні інструменти. Операцію накладання швів при пошкодженнях промежини чи слизової оболонки вагіни слід робити під анестезією п. pudendi чи інфільтраційною.

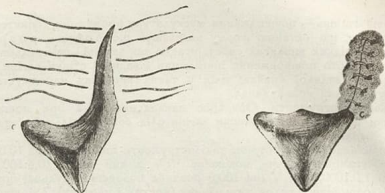
Для накладання швів потрібні такі інструменти: шприц Рекорд 10,0 (20,0) — 1 (з довгою голкою), розчин новокаїна 1/4% з kali sulfur. (0,4:100,0) та sol. adrenalinі 1,0:1000,0 gtt V (на 100,0 розчину новокаїна), кульові щипці 2 — 4 пари, голкоприймач, 6 голок хірургічних (крутих і плоских), 2 хірургічних пінцета, 2 анатомічних пінцета, скобки Мішеля, пінцет для накладання скобок, ножиці, дзеркало Дуайена або Симса з підіймачем (велике при розривах шийки) — 1 пара. Щоб не затримувати операції, треба інструменти готувати в кожному випадку родів уже тоді як прорізується плід.

Необхідно пам'ятати, що в наслідок розривів мускулів промежини рана значно розтягається впоперек і деформується. Щоб анатомічно поновити розрив (крім асептики — це невідмінна передумова гарних функціональних результатів), починаючи операцію, необхідно:

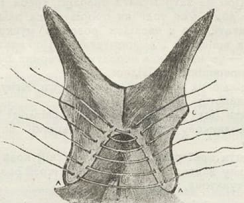
1. Покласти роділля на поперечне ліжко, ноги зігнути в колінах і стегнах і притягти до живота;
2. добре освітлити (штучним або сонячним світлом) поле операції;
3. зробити проводникову анестезію п. pudendi чи інфільтраційну (при тріщинах слизової);
4. широко відкрити край рани, зокрема верхній край її (для цього треба захопити край розриву задньої стінки і верхній край розриву кульовими щипцями і добре орієнтуватися в анатомії).



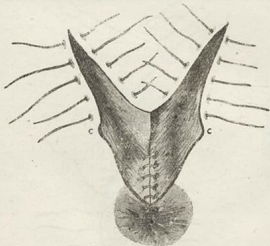
Мал. 330, 331. Зашивання поверхневого розриву промежини. СС — задня commissura (за Буммом).



Мал. 332, 333. — Зшивання глибокого розриву промежини. СС₁ — зв'язка commissura (за Буммом).



Мал. 334. — Повний розрив промежини (III ступеня); накладання швів на кишку (за Буммом).



Мал. 335. Те саме, що й на мал. 334. Кишку зашите, шви на стінку вагіни (за Буммом).



Мал. 336. Те саме, що й на мал. 334. Вид рани перед повоанням промежини (поверхнього шару) (за Буммом).

Техніка анестезії п. pudendi така (див. мал. 330); довгою тонкою голкою вколюють від гарбе perinei у напрямку до tub. ischii, і повертаючи голку до низу та до верху, впорскують по 40,0—50,0 $\frac{1}{4}\%$ sol. novocaini з кожного боку. Через 8—10 хв. можна накладати шви; операція проходить без болю.

Коли розрив глибокий і зашити його трудно, а лікар мало досвідчений, необхідно відкласти зашивання такого розриву і запросити кваліфікованого асистента; шкоди від цього хворій не буде. Розриви, зашиті через 12 і навіть через 24 год. після родів, загоюються без ускладнень.

Не описуємо докладно техніку зашивання розривів, тому що почати видно її на малюнках (мал. 330—336), а головне тут потрібна практика. Спинимосся тільки на складніших випадках. При поновленні розриву 3-го ступеня насамперед треба накладати шви на кишку; вузлуваті шви ведуть з боку рани так, щоб вони не виходили на слизову кишки і не інфікувалися; потім тонкою лігатурою зшивають кінці розриваного сфінктера; після цього розрив має вигляд розриву 2-го ступеня; накладають ще один шар глибоких швів на слизову вагіну і скобки на вагіну.

При центральному розриві промежини треба зробити перинеотомію, щоб добре відкрити рану; те саме рекомендуємо у випадках глибоких розривів задньої стінки вагіни, де промежина ціла, а в вагіні утворюється заглибина. В усіх випадках накладати шви необхідно так, щоб захопити дно рани і не залишити „мертвих просторів“.

Як матеріал рекомендуємо кетгут — шовкові шви трудно знімати і вони легше інфікуються; на шкіру промежини найкраще накладати скобки Мішеля. (Профілактику розривів родових шляхів розглянуто в розділі „Розширення м'яких родових шляхів“).

Післяопераційний період. Основна вимога цього періоду — найсуворіша асептика. Ми признаємо обмивання зовнішніх геніталій і викривання їх стерильними закладами. Повертатися дозволяємо хворій вже на 2-й день після родів, а при повному розриві промежини — на 4-й після дефекації. Коли зашивали кетгутом, то шви знімати не треба; скобки з промежини, залежно від вигляду рани, знімають на 4—5 день після родів; суворої дієти не признаємо; для шлунку — рицина на 3-день після родів (або клізма). У випадках повних розривів промежини не признаємо опіатів, а тільки легку, переважно рідку, їжу; на 4-й день рицина і зустрічна клізма. При розривах шийки речим аналогічний як при розривах другого ступеня.

Коли рана загоюється добре, поновлюється не тільки анатомічна будова, а і фізіологічна функція родових шляхів. При ускладненнях в наслідок інфекції або при незащитій рані буває цілий ряд захворювань, — напр., зниження геніталій, запалення як зовнішніх, так і внутрішніх геніталій.

З усього сказаного видно, яке велике значення має профілактика пошкоджень і один з могутніх факторів цієї профілактики — раціонально організована, 100%, кваліфікована стаціонарна рододопомога.

РОЗРИВИ КІСТКОВИХ РОДОВИХ ШЛЯХІВ

Розриви кісткових родових шляхів — ускладнення дуже рідке і буває не частіше як 1 раз на 30000—60000 родів. Розриви ці можуть бути спонтанними і віолентними.

Раніше бували як переломи кісток таза (при спробі форсовано закінчити роди), так і розходження суглобів таза (art. sacro-iliaca et symphysis ossium pubis). Тепер, і то дуже рідко, спостерігаємо тільки другу форму пошкоджень.

Симптоматологія розходження симфізу досить ясна: під час родів (зокрема оперативних) з'являється біль у лобку; при значному розходженні лобкових кісток можливе тяжке пошкодження сечових шляхів і надриви венозного

сплетення з утворенням великої гематоми; отже виявляються симптоми кровотечі. Далі хвора скаржиться на утруднені рухи ніг або і зовсім не може ходити, ступні назовні; пальпація (а зокрема при R-графії) показує розходження лобкових кісток. В інших випадках картина не така ясна і діагноз багато трудніший.

Поставивши діагноз, треба міцно забинтувати таз і тримати хвору в ліжку кілька тижнів; при можливості — повторити рентген.

АСФІКСІЯ ДИТИНИ

Слово „асфіксія“ буквально означає відсутність пульсу. Але під цим терміном розуміють відсутність дихання. Такий стан може утворитися ще до народження дитини і в такому разі являтиме собою порушення плацентарного дихання — маткову асфіксію плоду. Коли плід народжується без дихання, тоді маємо мниму смерть дитини; треба додати, що ця смерть є безпосереднім продовженням маткової асфіксії плоду. Розглядаючи порушення плацентарного дихання, треба згадати, що всі оксидаційні процеси плоду потребують великої кількості кисню; цей кисень плід одержує не через свої легені, як доросла людина, а з кров'ю матері через плаценту. Отже плід одержує кисень через пупкові вени, а віддає вуглекислоту через пупкову артерію, в потрібній для нього кількості. Але буває такий стан, коли плід починає одержувати кисню менше. Це може бути разом з початком родової діяльності. Тут при скороченнях матки під час перейм, а ще більше потуг, через стиск, а тому і через звування просвітів матково-плацентарних судин, а також і через зменшення плацентарної площі, ки приплив крові зменшується. Плід одержує зменшену кількість кисню і разом з тим менше віддає вуглекислоту, кількість вуглекислоту в плоді поступово збільшується. Перейми швидко припиняються і через те швидко поновлюється кровопостачання плоду, і порушення його негативних явищ не залишають.

Коли порушення кровопостачання тривають довго, тоді воно вже загрожує життю плоду; кількість кисню в нього поступово зменшується; в крові збільшується CO_2 , вона починає дратувати дихальний центр у довгастому мозку, і плід ще в матці починає робити дихальні рухи. Залежно від місця плоду в його дихальні шляхи замість повітря попадають плодова рідина (в матці) або кров і слиз (у вагіні). Разом з цим у наслідок дихальних рухів змінюється і кровообіг плоду. При вдиху легені розширюються, розширюються їх судини, і при скороченні серця забирають собі велику частину крові з правого серця (шлукочка); крові протокою Батала попадає в аорту (а. descendens) далеко менше — й кровотиск в артеріальній системі, а також і в пупкових артеріях поступово зменшується; через те зменшується і постачання через плаценту нової крові, багатой на кисень. Кожен вдих плоду ще більше погіршує стан. Кількість CO_2 в крові збільшується і вона починає збуджувати дихальний центр; дедалі він роздратовується дужче, і плід робить нові видихи; центр починає втрачати свою збудливість, видихи поступово зникають, і плід гине.

Причини. Причини асфіксії плоду можна поділити на дві групи: 1) ті, які залежать від матері, і 2) ті, які залежать від плоду.

До перших належать: зменшення кількості кисню в крові матері в наслідок захворювань серця і легенів, при значних крововитратах під час ва-

тітності або родів (placenta praevia, передчасне відділення плаценти та ін.), токсикози вагітності — еклампсія і нарешті різні гострі і хронічні інфекції.

З боку плоду або плацентарного яєця можуть спричинити асфіксію зміни плаценти і, в наслідок їх, облітерація плацентарних судин, передчасне відділення плаценти, випадання або стиск пуповини, insertio velamentosa, надриги пуповини, обвивання, невелика довжина її, справжні вузли пуповини, а також природжені аномалії серця і легенів плоду. Крім того асфіксія може статися і в наслідок механічного дратування, притиснення пуповини, коли витягають плід, при повороті або при витяганні за сідниці, від крововиливу в мозок при накладанні щипців і нарешті в наслідок порушень нормального ходу родової діяльності (затяжні роди, передчасне відходження вод, спазматичні перейми і тетанія матки).

Тривалість асфіксії. Коли кровопостачання припиняється раптом, напр. при випаданні і стиску пуповини, плід гине дуже швидко. А коли порушення плацентарного дихання триває довго, збільшується поступово, напр. при тривалих родах, спазматичних переямах, гострих явищах асфіксії може не бути зовсім. За Шульце асфіксія іноді може проходити навіть без дихальних внутрішніх рухів.

За Горєцьким, коли газообмін припинився остаточно, у тварин (собаки, кішки, кролі) плід перші 6 хвилин живий і здоровий, далші 4 хвилини — в легкій асфіксії, потім з $\frac{1}{4}$ години — в глибокій асфіксії і нарешті, через 26 хвилин — завжди мертвий.

Для плоду людини цей час повинен бути ще меншим, і тому вважають, що через 10 хв. після того, як остаточно припинився газообмін між плодом і матір'ю, плід уже мертвий. До цього треба додати, що доношені плоди потребують більше кисню, гірше і швидше реагують на відсутність його і раніше гинуть, а недоношені навпаки досить довго життєздатні після того, як припинилося плацентарне дихання.

Клінічні ознаки початку асфіксії. Отже акушер мусить своєчасно виявити всі ознаки початку стану загрозливого для плоду, щоб якнайшвидше закінчити роди.

Утробна асфіксія плоду має такі симптоми: 1) коливання серцебиття; 2) відходження меконію з водами.

Нормальним серцебиттям плоду вважаємо таке, коли кількість ударів за хвилину дорівнює 120—140. Під час перейми або потуг серцебиття падає до мінімальної кількості ударів в наслідок стиску плацентарних судин, але після перейми або потуги серцебиття поступово прискорюється до 120—140 ударів. Коли в крові плоду збільшиться CO_2 , разом з роздратуванням дихального центру, п. vagus депресується і серцебиття плоду прискорюється і доходить до 160—180 ударів за хвилину. Це, так би мовити, перша фаза асфіксії. При дальшому збільшенні CO_2 настає пригнічення дихального центру і разом з тим зменшення числа ударів до 100 і нижче. Це — друга фаза, а далі серцебиття, поступово зменшуючись, зникає зовсім. Таке зменшення серцебиття вимагає прискорити закінчення родів.

При збільшенні кількості CO_2 в крові подразнюється п. coeliacus і п. splanchnicus, через що виникає перистальтика кишечника. Разом з тим слабшає sphincter ani і меконій відходить в плодову рідину, яка стає брудною, зеленуватою. Відходження меконію теж необхідно брати до уваги, але думати про розвиток асфіксії можна лише тоді, коли меконій з'являється в рідині при черепному передлежанні, бо при сідничному передлежанні меконій відходить через механічні причини — стиск живота плоду, коли він проходить через кісткові і м'які родові шляхи матері.

Минна смерть дитини. Коли дитина народилася в періоді розвитку асфіктичних явищ, можна спостерігати, що вона не дихає, хоч пульсація серця

і може бути. Це т. зв. мнима смерть дитини, але тут треба відрізнити її від фізіологічного арноє, коли дитина народжується з лишком кисню в крові, без дихання. Таке арноє спостерігаємо головним чином при швидких родах, напр. при к. р., і в тих жінок, які багато вже родили.

Синя і біла асфіксія. Ще в 1850 р. Казо (Cazeaux) довів, що, залежно від стану і вигляду дитини, можна розрізнити два види асфіксії, легшу форму — **синю асфіксію** (asphyxia livida) і тяжку — **білу асфіксію** (asphyxia pallida), але звичайно дуже часто доводиться спостерігати асфіксію на різноманітних ступенях її розвитку.

При синій асфіксії шкіра в дитини синьо-багрова, серце б'ється, але рідко і сильними ударами, судини в пуповині переповнені кров'ю, тонус мускулів зберігся і дитина додержує певне положення кінцівок і головки. Крім того є рефлекси.

При білій асфіксії шкіра в дитини недокрівна, бліда, як у мертвого, холодніша, губи трохи сині. Пупкові судини спадаються і майже не пульсують, мускульного тонусу зовсім немає і кінцівки вільно падають, головка схилється набік, а нижня щелепа звисає. Всі рефлекси зникають, серцева діяльність різко понижена. Серце в легких випадках б'ється ще помітно, часто; іноді через різні, але досить великі перерви часу з'являється глибокий, ніби спазматичний вдих. При білій асфіксії глибшого ступеня серце ще скорочується, але на стільки слабо, що биття його може на око бути непомітним і пальпаторно не відчуватися.

Терапія при синій асфіксії. Як тільки народилася асфіктична дитина, треба негайно відділити її від матері, перерізвавши між двома затискачами пуповину, і неодмінно відразу звільнити дитині дихальні шляхи від слизу і від інших аспірованих мас. При легких формах асфіксії, як радять деякі автори, іноді досить буває витерти рот ватю або краще шматком стерильної марлі і тим роздратувати дихальний центр. Ми цього не рекомендуємо, бо слизова рота дуже ніжна, легко пошкоджується, а це приводить до ускладнень і заважає дитині їсти. При глибокій асфіксії висмоктують слиз стерильним катетром, — можна з балоном, а краще спеціальним трахеальним, бо він не пошкоджує слизової оболонки гортані (він завжди повинен стояти в родильній кімнаті біля дитячого столика). Катетер уважно вводять за трахею за epiglottis; другий кінець лікаря бере собі в рот і висмоктує ці маси. Щоб не попали вони лікареві в рот, ми посередині катетера вставляємо скляну кульку. Дитину при цьому краще покласти так, щоб головка лежала нижче тулуба, тоді легше витікає слиз із трахеї. Піднімати дитину за ноги вгору не треба, бо при мозкових крововиивах це небезпечно.

Тільки очистивши дихальні шляхи від слизу, можна вживати інших заходів. При синій асфіксії здебільшого досить буває після цього роздратувати периферію і головним чином шкіру. Здавна для цього б'ють дитину долачею по сідницях. Але такий спосіб не можна рекомендувати, бо при глибоких ступенях синьої асфіксії він не дає потрібного ефекту, а спричиною крововиливи під шкіру. Краще буде розтирати спину дитини пелюшкою. Досить добре допомагають гарячі ванни, при чому не самого лише тулуба, як це іноді роблять, а також (і це головне) потилички, бо тоді збуджується дихальний центр. Дуже рекомендований Буммом спосіб впускати дитину то в теплу (до 40° С), то в холодну (15°) воду, починаючи і кінчаючи теплою водою, заперече Альфред; він вважає, що це спричиною в дитини шок і схильність до захворювань дихальних шляхів, і рекомендує держати дитину весь час в теплій (40°) ванні і бризкати на неї холодною водою. Дехто замість цього ллє холодною воду на границі серця або на спину, дуже швидко впускаючи дитину в теплу воду.

Нарешті можна ще вжити спосіб Лаборда (Laborde), тобто ритмічно витрати язык — цим рефлекторно дратується дихальний центр. Але спосіб цей у нас не поширився. Наша клініка з успіхом вдюває CO₂ або матері, коли дитину ще не відділено, або дитині, коли пуповина вже перерізана, (докладніше про це далі).

Отже при синій асфіксії лікар повинен:

1. не перев'язуючи пуповину, коли пульсація добра, звільнити рот і дихальні шляхи від слизу і крові і дати матері дихати CO₂;

2. коли 5 хв. немає ефекту, негайно перев'язати пуповину і відділити дитину від матері;

3. гріти дитину і стежити, щоб вона не охолоджувалася;

4. різними способами роздратувати шкіру, а ще краще CO₂.

Терапія при білій асфіксії. Коли необхідно допомогти дитині в стані білої асфіксії, витратити час на різні роздратування шкіри недоцільно, бо ніякого ефекту вони не дадуть. Необхідно звільнити дихальні шляхи від слизу, дитину зогріти теплими ваннами і збудити дихальний центр штучним диханням. Для цього лікар:

1. негайно перев'язує пуповину і відділяє дитину від матері;

2. звільняє дихальні шляхи від аспіраційних мас;

3. гріє дитину і

4. робить штучне дихання.

Штучне дихання. Способів штучного дихання запропоновано багато, але здебільшого всі вони мають певні показання, не всі дають певний ефект, а деякі навіть і шкодять дитині. Всі способи штучного дихання треба починати з моменту видиху, тому що перший вдих спричиняє ще глибшу аспірацію мас у дихальні шляхи.

Вдуювання. Серед акушерів французької школи поширене ритмічне вдуювання повітря в легені дитині. Цей спосіб може бути доцільним лише в недоношених дітей, бо штучне дихання тут може пошкодити (м'яка грудна клітка).

Спосіб Шульце. Багато авторів, переважно в старій літературі, радять хитати дитину способом Шульце (Schultze). Спосіб цей дає найвищі — порівняно з усіма іншими — збільшення і зменшення тиску в грудній порожнині і газообміну в легенях, внаслідок масажу серця і різких коливань кровотоку (значно посилюється кровообмін). Крім того в момент видиху, коли дитину підкидають вгору (дихальні шляхи донизу), полегшується витікання аспірованих мас, і вони витікають ротом або носом. Техніка цього способу така: висмоктавши слиз, дитину витирають насухо і обома руками беруть за плічка спинкою до себе; на грудну клітку кладуть великі пальці обох рук так, що вони лежать паралельно з грудниною, вказівні пальці через плічка заходять ззаду в пахи (*fossae axillaris*), а всі інші пальці лежать уздовж спинки дитини. Головка тоді буде поміж зап'ястками обох рук і через те не хитається і не зсувається наїк. Спускаючи дитину ніжками донизу, між розставленими ногами, лікар тримає її за грудну клітку легко, не стискаючи. Це буде стан видиху (мал. 337). Лікар підкидає дитину вгору перед собою, головою донизу, стискаючи грудну клітку дитини пальцями, при цьому ніжки падають йому на живіт (мал. 338). Від цього, а також і від зникнення діафрагми внаслідок натискування черевними органами ділянка грудної клітки зменшується, дитина видихає — і рештки аспірованих мас витікають з дихальних шляхів. Після цього лікар переводить дитину в перше положення, знову підкидає, але не частіше 16–20 раз на хвилину. Далі дитину зогрівають теплою ванною і знову хитають. Іноді оживляти дитину доводиться 1½–2 год., і тільки після впертої праці вдається добитись позитивного ефекту. Способу цього не можна вживати в недоношків, у дітей з переломами стегна, плічка, дужки — можуть бути значні розриви м'язів навколо переломів, —



Мал. 337. Хитання (за Schultze) I момент. Вдих.



Мал. 338. Хитання (за Schultze) II момент. Видих.

а також при крововиливах у мозок (ознаки їх ясно виявлені не завжди, бо крововиливи ці туг збільшуються. Не зважаючи на те, що спосіб цей досить привабливий, тепер удаються до нього рідко. Причина та, що часто бувають крововиливи в мозок, пошкодження черевних органів — розриви печінки, розтяг селезінки, спинного мозку та ін.

Спосіб Сильвестра. Свій спосіб оживляти дитину Сильвестер (Sylvester) запропонував ще в 1863 р., і він дуже поширився в акушерстві. Спосіб зручний тим, що його можна вживати тоді, коли дитина в теплій ванні, тобто не охолоджується. Саме в такій модифікації спосіб цей в клініці КМІ найчастіше і вживається.

Дитина лежить на спині, лікар стає в головах, а його помічник у ногах. Захоплюють ручки біля ліктьового суглоба, витягають вздовж над головою і тримають так певний час. Це — вдих (мал. 339). Потім, згинаючи руки в ліктьовому суглобі, прикладають їх до грудної клітки, стискаючи її з боків; це відповідає видихові. Таких рухів роблять 10—15 на хвилину. Помічник на цей час фіксує простягнуті ніжки — такий спосіб рекомендують деякі автори. Більшість беруть ніжки за голінку біля колінного суглоба і притискають їх колінами до живота; це посилює стиск легень, тобто видих (мал. 340); це — другий момент, у першому, коли витягають ручки, разом витягають і ніжки. При цьому способі добре буває витягти спочатку язик і в такому стані тримати його, щоб легко входило повітря.

Спосіб Прохownіка (Prochownik) можна застосувати при різних переломах. Лікар захоплює дитину лівою рукою за обидві ліжки, повертає головою вниз, а лобом впираючи в стіл, відхиливши головку назад; цим випрямляє він трахеї. Правою рукою стискає грудну клітку, а разом з тим легені і серце ритмічно разів 10—20 на хвилину і відпускає (мал. 341). Таким способом він витискує з легенів, наче з губки, аспіровані маси, і рідина витікає ротом або носом. Спосіб цей корисний ще тим, що тут, як каже Цангемейстер, швидко збуджується дихальний центр, аспіровані маси при першому видиху не втягуються глибоше, зменшується надокрів'я мозку, що, на думку Нолле (Nolle) і Рейн-



М а л. 339. Спосіб Sylvester'a. I момент. Вдих.



М а л. 340. Спосіб Sylvester'a. II момент. Видих.

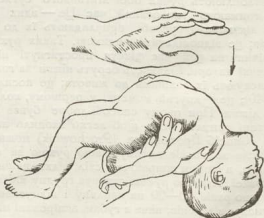
гольда (Reingold), і є причиною асфіксії. Але саме через те, що до мозку приливає кров, спосіб цей буває для дитини небезпечним, і саме при крововиливах у мозок; отже в таких випадках вживати його не можна.

Спосіб Одебера і Соколова. Майже однакові способи оживляти дитину запропонували в нас Соколов (1912 р.), а у Франції Одебер (Audebert). Дитина лежить на спині, на колінах у лікаря (Одебер) або на столі, але так, щоб головка звисла (Соколов). Правою рукою лікар захоплює дитину за шию, притискує її до грудної клітки. Це — момент видиху. Далі ніжки випрямляють, головку розгинають, відхиляють її донизу; так дитина вдихає. Грудна клітка ритмічно звужується і розширяється.

Спосіб Огата. Дитину кладуть на долоню лівої руки так, що головка і кінцівки звисають донизу; грудна клітка випинається. Друга рука ритмічно



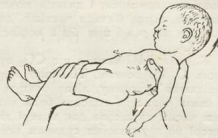
М а л. 341. Спосіб Prochownika.



М а л. 342 Спосіб Огата.



Мал. 343. Спосіб проф. О. Крупського.
I момент. Вдих (в теплій ванні)



Мал. 344. Спосіб проф. О. Крупського.
II момент. Видих (в теплій ванні)

(10—15 раз на хвилину) стискує грудну клітку; в цей момент відбувається експірація, а коли руку віднімають — інспірація (мал. 342).

Спосіб Крупського. В клініці КМІ вживається спосіб, запропонований проф. О. І. Крупським. Техніка його така: дитину кладуть у теплу ванну; при цьому головка лежить у лікаря на правій руці потиличкою на долоні між великим і вказівним пальцями (на горбку основної фаланги вказівного пальця), а вся долоня лікаря під лопатками; великий палець кладе він на грудну клітку в ділянці серця. Ліва рука фіксує нерухомо ніжки. Перший момент — долонею правої руки лікар піднімає вгору тулуб дитини, трохи перегинаючи його так, щоб грудна клітка випиналася, головку при цьому повільно перегинає трохи назад — через долоню, а великий палець знімає з грудної клітки. Це — вдих (мал. 343). Потім у ванні повільно опускає дитину, кладе рівно на спині, головку пригинає до грудної клітки підборіддям, а великим пальцем легенько натискує на грудну клітку в ділянці серця. Це другий момент — момент видиху (мал. 344).

Спосіб Мінкевіча. На закінчення треба сказати ще про спосіб Мінкевіча, запропонований в 1902 р. Дитину садовлять, підкладаючи за спинку невеликий валик. Лікар стає ззаду і обома руками захоплює дитину з боків так, що великі пальці припадають на лопатки, а всі інші на грудну клітку (мал. 345 — момент перший), далі різко перегинає тулуб наперед до поверхні столу між розведеними ніжками, стискуючи долонями грудну клітку — момент видиху (мал. 345 — другий момент). Після цього лікар розгинає дитину так, що вона лежить на спинці, перегинаючись через підкладений валик; при цьому лікар руками тримає грудну клітку, не стискуючи її; це відповідає вдихові (мал. 345 — третій момент).

Оживлення CO_2 . В останні часи поширюється оживлення асфіктичних дітей вуглекислою; спосіб цей запропонував американець Гендерсон (Henderson), і перший ужив його в практиці Е. Леві (Ettore Loevi). Спосіб побудовано на діянні іонів водню на дихальний центр.

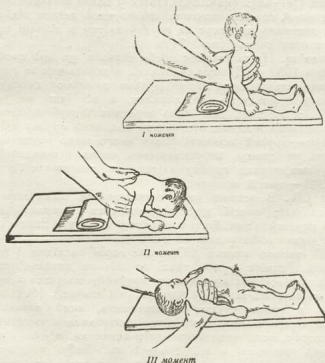
Клініка КМІ широко вживає CO_2 і має гарні наслідки, і тому особливо рекомендує його. Техніка у нас така: як тільки дихальні шляхи дитини звільнились від аспірованих мас, беруть звичайну подушку з вуглекислою (наповнена з балона вона завжди є в родильній кімнаті). На її кранику є гумовий відрізок з гутапечевим наконечником, який вставляють дитині в ніздру. Друга ніздра вільна, щоб могло проходити нею повітря. Щоб не було великого тиску, який може пошкодити аавеоли, подушку не стискують і CO_2 поступово виходить з неї $1\frac{1}{2}$ — 1 хв. Якщо подушка наповнена мало, поступово закручують далекий її ріг. При синій асфіксії дуже часто, як очистили від слизу дихальні шляхи, досить буває, дратуючи шкіру, вдати

трохи вуглекислоти, і дитина починає добре і глибоко дихати. Шкіра стає рожевою, серце б'ється частіше, дитина починає кричати. Такий самий ефект мали ми не раз і при білій асфіксії, де дитина оживала багато швидше ніж без CO_2 .

Клініка КМІ вживає ще CO_2 при синій асфіксії способом запропонованим проф. О. Крупським. Тількино народилася дитина в синій асфіксії, не перерізаючи пуповину, лікар очищає дитині дихні шляхи від слюзу; дитину держать так, щоб головка була нижче тулуба, що сприяє витканню слюза. Тим часом акушерка дає матері дихати CO_2 , яка дуже швидко через кров матері по пуповинним судинам передається дитині, від чого вона починає правильно, глибоко дихати. Ми мали завжди гарний ефект (при синій асфіксії); при білій вживати його недоцільно.

Отже в клініці КМІ в кожному випадку асфіксії вживається такий метод:

- 1) дати дихати CO_2 матері, вичищаючи рот дитини від слюзу (при синій асфіксії);
 - 2) негайно перев'язати пуповину і відділити дитину від матері;
 - 3) очистити дихальні шляхи від слизу та ін.;
 - 4) вдувати CO_2 ;
 - 5) тепла ванна з обливанням холодною водою;
 - 6) розтирати спинку пелюшкою;
- а з способів штучного оживлення наша клініка віддає перевагу:
- 1) способі Крупського і
 - 2) способі Сильвестера.



Мал. 345. Спосіб Мінкевича. I вихідний момент. II момент — видих. III момент — вдих (за Грудзевим).

При цьому дитина лежить не на столику, а в теплій ванні — тоді ефективність обох цих способів набагато збільшується.

Впорскування адреналіну. При незначній діяльності серця при білій асфіксії впорскують ще 1 см³ розчину адреналіну (1:1000) безпосередньо в серце. Для цього беруть довгу голку як на камфору, встромляють її в третій міжреберний проміжок, близько до груднини, бо серце в дитини міститься вище ніж у дорослих. Але спосіб цей небезпечний. Так голка іноді може натрапити на якунебудь з коронарних вен і спричинити значний (навіть смертельний) крововилив у перикардій. Крім того вколоти якраз у серце буває не так легко. Часто голка не доходить до серця або проколює його наскрізь, і рідина в його мускули не попадає. Ефект може бути тільки тоді, коли впорснуті адреналін не пізніше як через 10 хв. після того, коли перестало битися серце.

Прогноз. Несприятливе показання — довго $\frac{1}{2}$ — 1 год., немає дихання, немає будь-яких рефлексів, збільшується або не змінюється блідість шкіри і нарешті кривависта піна в рота або з носа. Але оживляти дитину треба доти, поки можна чути серце. Прогноз буває сприятливий тільки при синій асфіксії і досить несприятливий при білій. Смертність, за Цангемейстером, при синій до 20%, при білій 40%; за Демеленом, при білій 34%, а за іншими авторами, при синій — 15%, при білій — 30%.

Профілактика. Уважно весь час стежити за серцебиттям плоду, своєчасно закінчити роди, коли вони стають ненормальними, а також при всякій загрозовій зміні серцебиття в дитини.

Оживляючи дитину, треба не забувати, що заспокоїтися не можна там, де дитина хоч і дихає, але не кричить голосно. Коли припинити оживлення, в таких випадках діяльність дихального центру може знову послабшати. Дитина легко впадає в сопорозний стан, знову синіє, стає холодною і гине — або скоро після оживлення, або через кілька днів — від ателектазу або від аспіраційної пневмонії.

Оживленою можна вважати дитину тільки тоді, коли вона дихає правильно і рівно, шкіра нормального рожевого кольору, дитина голосно кричить і рухає кінцівками. Оживляючи дітей після глибокої білої асфіксії, треба завжди бути напоготові, що станеться рецидив асфіктичного стану; отже такі діти в перші дні потребують безперервного догляду і тепла.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Аборт затриманий див. *Mis-
sed abortion*
— інфікований 70, 72,
74, 125
— кримінальний 72, 125,
197, 199
— легалізація в СРСР
72, 197
— методи 64—74
на ходу 201, 202, 205,
207
— неповний 69, 70, 201,
202, 203, 207, 208
— повний 200, 202, 205,
208
— початковий 202, 205,
207
— поширеність 199
— септичний 204, 205,
207, 209
— спонтанний 197—209.
— терапія при загрозі
аборту 207
— при неповному аборті
207, 208
— при повному аборті
208
— при початковому аборті
207
— при септичному аборті
209
— цервікальний 202, 203,
— штучний 60, 61, 62,
63, 76, 197
Абортаж 70, 71, 93, 208
Абразія див. „Вискрібання“
Абсолютне з'вуження таза 28,
29, 62, 75, 15, 158, 189,
192
Абсцес зовнішніх геніталій,
показання до к. р. 160
Абуладзе, спосіб визначення
відділення плаценти 216
Акушерські операції. Загалом
показання 48—50
— загальні умови 50
— особливості 48—50
Акушерський поворот див.
„Поворот акушерський“

Акушерські щипці див.
„Щипці акушерські“.
Альфелд, ознака відділення
плаценти 43, 217
Американський спосіб пере-
дчасних родів 75, 76
Ампутація матки надзвичай-
на (після к. р.) 156,
163, 170
— в приводу розриву 231
Англійське положення ро-
ділки 52
Англійський спосіб перед-
часних родів 76, 77
Англійські щипці див. „Щип-
ці“
Анемія гостра, лікування 214,
222, 223, 226—228
Анестезія епідуральна 53
— інфільтраційна 53
— місцева 53, 235, 236
— регіонарна 53
— спинномозкова 53, 81,
163
Антрефлексія матки штучна
при гіпотонічній кровоте-
чі 224
Антисептика 75, 156, 162,
174
Аорткомпресор Рісмана 224
— Зерта 224
Апарат серцево-судинний
апарат „Серцево-судинний
апарат“
Асептика 56, 72, 75, 76, 78,
81, 156, 162, 174, 234, 237
Асінкаїтам 3, 34, 35, 41
— задній 33, 34, 80, 185,
187
— накладання щипців
148
— передній 33, 34, 35,
150
— Редерера 29, 30.
— Асфіксія дитини 27, 28,
36, 40, 49, 50, 76, 89, 99,
100, 105, 109, 116, 125, 127,
155, 183, 230, 239—247
Атонія матки, черевного пре-
са див. „Гіпотонія“

Аускультация серцебиття ди-
тини 49, 116, 127
Аутогтрансфузія 226

Б

Базіотриб 193, 194
Бакава спосіб дезинфекції
рук 52
Бакауза клеми 51, 130, 162.
Балон Брауна 78
— Мюллера 78, 79
— Шампетье де-Ріб 78,
79, 177
Бандь, теорія механізму
розриву матки 160, 229
Барис метрейринтер 78, 79.
Бер-Абуладзе, спосіб відді-
лення плаценти 217
Бинт Вербова 114—115
Бинтування живота у роз-
діллі 88
Бло (перфоратор) 190, 191,
192, 193
Боера, кісткові щипці 193
194
Боряковського щипці див.
„Щипці“
Бояркін (поворот) 87, 91, 92
Брауна балон 78
— гачок для декапітації
194, 195
— коальпейринтер 73
— країокастет 192, 193,
194, 195
Брейса щипці див. „Щипці“
Бректон-Хікса поворот 94,
95, 96, 98
— показання 94
— при передлежній пла-
центи 212, 214, 215
— техніка 95
— умови 94, 95
Брильянтова зелень 51, 90,
129, 130, спосіб дезинфек-
ції рук 52
Бумма операція див. Кесар-
ський розтин вагінальний
— гола для пубіотомії
83

- Буж 77
 Бужування за Краузе 77, 209
 Бунге спосіб витягання плоду за сідниці 104, 110
 Буж гачки 119
 — поворот 95, 96
- В**
- Вагіна, надрізні 54 — 56
 — стеноз, показання до к. р. 159
 Вагіна-пошкодження 35, 54, 98, 112, 134, 234 — 237
 Вагінальний кесарський розтин 53, 74, 174 — 184, 209
 Вальдерове поакшення роділлі 52, 53, 83, 117, 129, 147, 148
 Вастен-Генкеля спосіб 117, 158
 Введення ложок щипців 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 152, 153
 — руки при повороті за Брекстон-Хіксом 95
 — при повороті каласичному 90, 96
 Вдування повітря при асфіксії дитини 242
 Ведення III пер. родів 45, 46, 47, 215 — 228
 Вени, варикозні вузли зовнішніх геніталій 159
 — — вагіни, розрив їх 233, 276
 — — матки, розрив їх 210, 216, 234, 234
 Ве, бов бинт 114 — 115
 Вибір ніжки при повороті 93
 — руки при повороті 92
 Вибір часу для акушерських операцій загалом 50
 — — кесарського розтину 163
 Виведення ніжки 90, 91, 92, 95, 97, 99, 101
 Виворот матки 221, 222
 — етіологія 222
 — симптоматологія 222
 — терапія 222
 Вилування кісток черепа див. „Краніокалія“
 Випадання ніжки при головному передлежанні 89, 185, 187
 — пуповини при головному передлежанні 36, 78, 89, 161, 188
 — пуповини при сідничному передлежанні 100
 — ручки при головному передлежанні 36, 89, 185, 187
 — ручки при поперековому положенні 96, 97, 194
 Вискрібання матки 53, 65 — 68
 — — при затриманих частках плаценти 220
 — — матки при неповному аборті 70, 208
 — — матки при септичному аборті 2, 9
 Висока температура в матері — показання до накладання щипців 125
 Високе пряме стояння головки 146, 147, 148
 Високі щипці див. „Щипці“
 Витиснення дитини за Кристеллером 116, 134, 188
 — плаценти за Креде 45, 46, 215, 217, 218, 219, 221
 Витягання дитини за сідниці, спосіб Бунге 104, 10.
 — дитини за сідниці — відрив головки 112, 113
 — гачок Смеллі 103
 — головки, спосіб Віганд-Мартін-Вінкеля 107, 108, 109
 — — правий 107, 108
 — — Смеллі 107, 108.
 — — Фейт-Смеллі 107, 108
 — — французький 107, 108
 — зав'язання ручок 27, 100, 110
 — звільнення ручок 105, 106
 — перфорація головки 111, 112
 — петля 98, 104.
 — показання 100
 — сідничні щипці 104, 152
 — техніка операції 101—109
 — щипці акушерські на сідниці 152
 Вихід з тазу 4, 5, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 35, 37, 39, 10, 127, 128, 130, 133, 134, 136, 137, 138, 139.
 Вихідні щипці див. „Щипці“
 Віганд, зовнішній поворот 87, 88
 Віганд-Мартін-Вінкеля спосіб витягати головку 107, 108, 109
 Відділення плаценти 45, 46 134, 217
 — передчасне див. „Піддита“
 — спосіб Дункана 45
 — спосіб Шульце 45
 Відрив головки при витяганні за сідниці 112, 113
 Вілтера кюретка 65, 67
 — принципи терапії септичного аборті 209
 Вісь провідна тазу 5, 7, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 30, 33, 104, 121
 Внутрішньо-зовнішній поворот див. „Поворот“
 Води зади 31
 — передні 31
 Водянка головки див. „Гідроцефалія“
 Ви рекування фізіологічного розчину при анемії 226.
 Вправлення пуповини випаї 188
 — передлежної 188
 — ручки випаї 187, 188
 Врізування передлежної частини 15, 19, 20, 23, 25, 26, 30, 34, 35, 37, 39, 40, 42
 Вставка передлежної частини 15, 16, 17, 19, 24, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 41
 Витиснення на кістках черепа дитини при вузькому тазі 36, 113, 151, 155
 Вузький таз („Абдомінальний кесарський розтин“) 158
 — механізм родів при загальнопрямому звуженому 29, 30
 — механізм родів при загальнозвуженому ріднично-пасоковому тазі 35
 — пасоковому 30 — 35.
 — функціональна діагностика 28, 29
 Вузька — гематома 232, 233, 234
 — набряк 159
 — надрив 35, 36, 54, 82, 83, 112, 151, 216, 234, 235, 236, 237
- Г**
- Габасту-Майон, спосіб відділення плаценти 218
 Гачок Брауна 194, 195
 — Смеллі 103
 — Гебестеотомія див. „Пубіотомія“
 Геґара розширники 65, 66, 67, 69, 70, 73, 76, 77, 78, 79, 177, 182, 209

- Гейнсіуса операція (Вагінальний розтин кесарський) 181, 182, 183
- Гематома**
- вульви 232, 233, 234.
 - інтрафасціальна 232, 233
 - вагіни 233
 - ретроплацентарна 214, 215
 - супрафасціальна 232, 233, 234
 - широкої зв'язки 98, 234
- Генітальні показання до штучного аборту** 61, 62, 63
- Генічвал-Вастена спосіб** 117, 158
- Генкеля спосіб** (стискання судин) 225, 226
- Гентера спосіб** (припинення кровотечі) 2 4, 225
- Гідраміон** 76, 222
- Гідроцефалія** 100, 111, 189, 234
- Гіпомохаіон при потиличному передлежанні, передньому виді** 19, 22
- при потиличному передлежанні задньому виді 22, 23
 - при сідничному передлежанні 25, 26, 27.
 - при лицевому передлежанні 39
 - при лобному передлежанні 39, 40, 41
 - передньо-тім'яному 42.
- Гіпотонія матки** 47, 161, 171, 217, 222—228, 232
- Глибоке поперечне стояння головки** 34, 139, 143, 144, 145
- Голка Бумма для симфізіотомії, пубіотомії** 83
- Доделасія для симфізіотомії, пубіотомії 83, 84
- Головка дитини**
- відрив при витяганні за сідниці 112, 113
 - внутрішній поворот при потиличному передлежанні, передньому виді 17, 18
 - внутрішній поворот при задньому виді 22, 23
 - внутрішній поворот при загальноорієнтовано-звуженому тазі 30
 - внутрішній поворот при плоскому тазі 34
 - внутрішній поворот при загальнозвуженому рахитично-плоскому тазі 35
- внутрішній поворот при лицевому передлежанні переднього виду 38, 39
- внутрішній поворот при лобному передлежанні 39, 40
- внутрішній поворот при передньо-тім'яному передлежанні 41
- врізування 15, 19, 20, 23, 25, 26, 30, 34, 35, 37, 39, 40, 42
- затримана після декапітації 195, 196
- зовнішній поворот при потиличному передлежанні передньому виді 15, 22
- зовнішній поворот при потиличному передлежанні задньому виді 23
- зовнішній поворот при загальноорієнтовано-звуженому тазі 30
- зовнішній поворот при плоскому тазі 34, 35
- зовнішній поворот при лицевому передлежанні переднього виду 39
- зовнішній поворот при лобному передлежанні 40
- зовнішній поворот при передньо-тім'яному передлежанні 42, 43
- осове положення в тазі 13, 14, 22, 23
- конфігурація 8, 14, 30, 31, 32, 33, 34, 128
- розміри 8, 9, 12
- розгинання 15, 20, 21, 23, 30, 36, 37, 38, 39, 41
- прорізування 15, 19, 20, 21, 23, 34, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42
- Гофмейера спосіб** (пгиснення головки) 117, 158
- Гросіха, спосіб дезинфекції рук** 52
- Губарьова ноготримач** 52, 65, 129
- Д**
- Дезинфекція**
- вагіни 51, 65, 69, 76, 77, 79, 83, 178, 191
 - зовнішніх геніталій 51, 55, 65, 69, 76, 77, 79, 83, 90, 129, 130, 163, 178, 191, 194, 219, 225
 - інструментів 50, 79
 - операційного поля при кесарському розтині 163
 - рук 51, 52, 90, 219, 225.
 - шийки матки 65, 76, 79, 178
- Декапітаційний гачок Брауна** 194, 195
- Декапітація** 112, 194, 195, 196, — показання 194
- техніка 194, 195, 196
- Дельма спосіб** (розширення шийки) 80, 81
- Демелена щипці** 119, 121
- Демена спосіб** 43, 44
- Деклєксія головки** 15, 20, 21, 23, 30, 36, 37, 38, 39, 41, 111, 136, 137, 138, 139, 150, 151, 185, 186
- Джугт Момбурга** 223, 224
- Джі-і-піака** 83, 84
- Дитина**
- розміри довшеної дитини 7, 8, 9, 12, 13
 - пошкодження див. „Пошкодження“.
- Дихання плоду див. „Асфіксія“**
- Дугласа спосіб** самовивороту 44
- Дуникана (спосіб відділення плаценти)** 45
- Дюрена**
- бікс 225, 226
 - надрізи шийки матки 57, 96, 123, 174
- Дюрена операція** (вагінальний кесарський розтин) 157, 174, 176, 177, 178, 180, 181, 183
- спосіб тампонування матки 225
- Дюрсен-Шухардта** паравагінальний розріз 55, 56, 96, 152
- Дюдман-Какушкіна операція** (вагінальний кесарський розтин) 182, 183
- Е**
- Евісцерация** (Евентрація) 141, 194, 196.
- Еклампсія**
- показання до витягання за сідниці 100
 - вагінального кесарського розтину 175
 - кесарського розтину 1 0, 161
 - накладання щипців 126
 - повороту 89
- Екстрерація** 72, 156, 170, 171, 177, 181, 214, 216, 220, 226, 231, 232
- Екстрегенітальні показання до штучного аборту** 58—61

Екстракція дитини див. „Витягання“
 Експедирація 191, 192
 Емб іотомія 36, 97, 189—196.
 Ендометрит під час родів 83, 125
 — після абортів 204
 — септичний 204.
 Епізіотомія 54, 55, 56
 Епштейна спосіб видавлювання плаценти 218
 Ербієвський парапіч 113

З

Задньо-тім'яний вступ головки 16, 17
 Задній вид лицевого переддаження 38, 39, 139
 — — потиличі го переддаження 22, 23, 135, 136
 Закнення ручок (при витяганні за сідиці) 37, 109, 110
 Замок щипців див. „Щипці“
 Запасок криванний див. „Mola cruenta“
 — міхурчастий див. „Mola hydatidosa“
 — м'ясистий див. „Mola carnea“
 Запушене поперечне положення 44, 90, 97, 194, 195.
 Затримання головки 109, 110, 111
 — облонок 46
 — плаценти 217, 218, 221
 — часток плаценти 218, 219, 220
 Закопання ніжки при повороті 90, 91, 93, 97, 98.
 Захист промежини 134.
 Захис спосіб (перевіряння цілості плаценти) 46
 Зашивання
 — промежини 235, 236
 — шийки матки 232, 233, 235
 — матки 232
 Зельгейма операція див. „Кесарський рости“
 Зерта аорткомпресор 224
 Зібоальд-Отт — ножиці 194, 195, 196
 Зігемундін—поворот 98

І

Іванов (теорія механізму розриву матки) 229
 Інструменти потрібні для окремих операцій див. ці операції
 — стерилізація 50, 79.

Юд

— впрокування в матку 69, 70
 — заборона вживати 69, 70.
 — негативні сторони 69, 70
 Історія акушерських операцій, див. окремі операції 75, 82, 86, 94, 118, 151, 156, 157, 170, 172, 174, 229

К

Какушкіна операція (Вагінальний кесарський рости) 181, 182, 183
 Каруса крива 5, 7
 Катетер див. „Фрітш-Боумен“
 Кесарський рости абдомінальний 156—173
 — абсолютні показання 157
 — абсцес зовнішніх геніталій, показання 160
 — агонія матері, показання 161, 162
 — анатомічні дані — рости абдомінальний 163
 — аномалії вставлення передньої частини (показання) 161
 — близькі наслідки для дитини 172, 173
 — для матері 172, 173
 — Брендо спосіб (перитонізації) 165, 166, 167
 — вагіно-вентрофіксація матки (показання) 160
 — вен розширення (зовнішніх геніталій) (показання) 159
 — відносні показання 157
 — вибір м.менту 163
 — вузький таз (показання) 158
 — підготовка хворої 163
 — дальші наслідки 172, 173
 — еклампсія (показання) 160, 161
 — загроза розриву матки (показання) 160
 — Зельгейма операція 168
 — інструменти потрібні 162
 — інфільтрати (показання) 159
 — історичні дані 156, 157
 — кіста яєчника (показання) 159
 — класифікація 163
 — малій (показання, умови, оцінка) 170, 171

— міома матки (показання) 159
 — набряк зовнішніх геніталій (показання) 159.
 — остеомаляція (показання) 158
 — оточення для операції 162
 — переддаження плаценти (показання) 161
 — передчасне відділення плаценти (показання) 161
 — післяопераційний період 171, 172
 — повторна операція (показання) 160
 — позаочеревинні модифікації 169, 170
 — положення геніталій, змінні (показання) 160.
 — поперечне положення (показання) 161
 — Порро операція 170
 — Порто операція 168, 169
 — опухи вульви (показання) 159
 — опухи кісток таза (показання) 159
 — рак матки (показання) 159
 — рости після вентрофіксації матки 160
 — розрив див. „Фрітш“
 — смерть матері (показання) 161
 — стеноз вагини (показання) 159
 — техніка операції в нижньому сегменті матки 163—166
 — — калесичного к. р. 167, 168
 — трудності 171
 — умови для операції 162
 — уrogenітальні фістули (показання) 159, 160
 — ускладнення 171
 — кесарський рости вагінальний 174—184
 — аборт штучний (показання) 176
 — анатомічні дані 174
 — Бумма модифікація 178, 179, 183
 — Гейнсіуса модифікація 181, 182, 183
 — дальші наслідки 184
 — Дюрсона операція 174, 180, 181, 183
 — Дюрсен-Шухардта розрив 180
 — Дюдман - Какушкіна операція 182, 183
 — еклампсія (показання) 175

- інструменти потрібні 177
 - історичні дані 174
 - Какушка операція 182, 183
 - Кренга операція 181
 - Лейбника операція 181, 182, 183
 - модифікація форми розривів вагіни 180
 - модифікація форми розривів по метрейринтеру 180, 181, 182
 - оточення для операції 177
 - оцінка 182, 183
 - передляжання плацент (протипоказання) 176, 177
 - передчасне відділення плаценти (показання) 175
 - передчасні роди (показання) 176
 - післяопераційний період 183
 - повторна операція 184
 - показання 175, 176
 - попереднє розширення шийки 180
 - протипоказання 176, 177
 - рак матки 180
 - ригідність родових шляхів (протипоказання) 177
 - стеноз родових шляхів (протипоказання) 177
 - техніка операції 178, 179, 180
 - умови для операції 177
 - ускладнення 184
 - Кесарський розтин класичний 167
 - Кесарський розтин радикальний 170
 - Кефалгематома 36
 - Кефалотриб 194
 - Кефалотрипеція 192
 - Ківіш-перфоратор 190
 - спосіб спричиняти передчасні роди 76
 - Кіланд шипці див. „Шипці“
 - Кісткові шипці Боера 192, 194
 - Клейдотомія 193
 - Клеми Бакгауза 51, 130, 162
 - Клітор — пошкодження 83, 216
 - Кольєвріз 212
 - Кольєйринтер 78
 - Коагуляція (зовнішнього устя матки, терапія) 57
 - Контраційне кільце 44, 89, 90, 194
 - Конфігурація головки, див. Головка, конфігурація
 - Кольюгата
 - зовнішня 4, 5
 - справжня 4, 5
 - Косе
 - положення плоду 43, 44
 - показання до повороту 87, 89
 - Косі розміри таза 5, 6, 7, 18, 19, 24, 25, 27, 29, 30, 34, 38, 39, 41, 101, 103, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 150
 - Краниоклавія 92, 193
 - Краниотомія головки, яка високо в тазі 148, 188 — 193
 - низько в тазі 188 — 193
 - затрималася при витяганні 112
 - техніка 190 — 193
 - Краузе — бужування див. Бужування за Краузе
 - Креде спосіб (витискати плаценту) 45, 46, 215, 217, 218, 219, 221
 - Кримінальний аборт див. „Аборт“
 - Кристеллера спосіб (витискати дитину) 116, 134, 188
 - Крововиди (у череп дитини) 36, 113, 122, 155
 - Кровотеча 57, 70, 77, 83, 89, 134, 154, 171, 175, 176, 184, 210 — 216, 217 — 228, 230, 231, 232, 233, 234
 - внутрішня при перфорації матки 72
 - при розриві варикозного вузла 126, 127, 216, 219
 - при розриві пуповини 216
 - при розриві шийки 57, 112, 126, 127, 154, 230, 232, 233
 - при розриві матки 154, 184, 210, 229, 230, 231
 - гіпотонічна 171, 217, 218, 222 — 228
 - при затриманні плаценти 217, 218, 219, 221
 - при затриманих частках плаценти 220, 221
 - при неповному аборті 70, 199
 - при передляжанні плаценти під час вагітності 89, 94, 210, 216
 - при передчасному відділенні плаценти 89, 127, 175, 210, 214, 215
 - при родах 210 — 214
 - при раку шийки матки 216
 - після родів 217 — 228
 - при абдомінальному к. р. 171
 - покання до вагінального к. р. 175, 184
 - покання до шийці 226, 227
 - при розриві вагіни 210, 234, 235
 - при розриві промежини 210, 234, 235
 - при розриві кісткових родових шляхів 238
 - при пошкодженні клітора 83, 216
 - при частковому приростанні плаценти 218, 219
 - при фіброміомах матки 220, 221
 - Кюретка гостра див. „Шпигельберґ“
 - тупа 65, 67, 192
 - Кюстнер — ознака (відділення плаценти) 46, 217
 - проба молочна 46
- Л**
- Лазаревич — зонд матковий 65, 66
 - шипці див. „Шипці“
 - Лапаротомія при передчасному відділенні плаценти 215
 - при перфорції матки 71, 72
 - Левре шипці див. „Шипці“
 - Ліпмана спосіб виправлення головки 139, 145, 185, 186
 - Лидеве передляжання 36, 37, 38, 39
 - задній 39, 139
 - механізм родів 36 — 39
 - шипці 139
 - Літмана асинклітним 33, 34, 89, 185, 187
 - Ложки шипці див. „Шипці“
 - Людко операція кесарського розтину 169, 170
 - Ляпальєв — спосіб звільнення головки 107, 108
- М**
- Майон-Габасту, спосіб відділяти плаценту 218
 - Мартін-Віґанд-Вінкель — спосіб 107, 108
 - Масаж матки 218, 222, 223, 224
 - розрив див. „Розрив“
 - тетанія 217, 230
 - тимпанія 24

- фіброміома 159, 220, 221
- Медичні показання до перерви вагітності 58—63
- Меконій 49, 127
- Метрейризм 77—80, 176
- близькі наслідки 80
- — дальші 80
- інструменти потрібні 78, 79
- показання 77, 78, 176, 209
- при передлежній плаценті 212, 213
- штучних передчасних родах 77—80
- техніка 79
- ускладнення 80
- Мейтрейринтер
- Барнса 78, 79
- Мюллера 78, 79
- Шампетва де-Ріб 78, 79, 177
- Механізм родів при загально-рівномірному зуженому тазі 29, 30
- родів три загальнозуженому рахитично-пласкому тазі 35
- при ліденому передлежанні 36—39, 139, 145
- лобному передлежанні 39, 40, 41
- передтім'яному передлежанні 40, 41, 42, 43, 136, 137
- — плоскому тазі 30—35
- — потягачному передлежанні заднього виду 22, 23, 135, 136
- — передньому виду 11—22
- — сідничному передлежанні 24—28, 101
- Міома матки (показання до кесарського розтину) 159
- субмукозна (після родів) 220, 221
- Missed abortion аборт, що не відбувся 203
- Missed labour 203
- Mixaelis, romb 4
- Міхурчастий занесок див. „Mola hydatidosa“
- Мішель, скробки 56, 130, 235 237
- Mola carnosa 203
- cruenta 2 3
- hydatidosa 63, 199, 204, 206
- Момбург, джугт 223, 224
- Морисо—Левре—Лашпель, спосіб звільнення головки 107, 108
- Мускулатура таза 6, 7, 8, 9, 10, 11
- Мюллер—Гофмейер (спосіб втискання головки в таз) 117, 158
- Мюллер, метрейринтер 78, 79
- спосіб виймання ручки 106
- М'які родові шляхи
- мускулатура 6—11
- пошкодження 35, 80, 81, 83, 112, 154, 155, 229—237
- Н**
- Наркоз 53, 83, 90, 130, 163, 177, 185, 217, 219
- загальний 53, 83, 90, 131, 163, 177, 185, 217, 219
- місцевий 53, 177
- під час акушерських операцій 51
- Негеле асинклітизм 33, 34, 35, 150
- щипці 119, 120
- Неправильні положення плоду 43, 44, 86, 87
- Німецький спосіб знаходження ніжки при повороті 93
- Німецькі щипці див. „Щипці“
- Новокаїн, місцева анестезія 53
- Ноготримач Губарьова 52, 65, 129
- Ножиці Зібольда—Отта 194, 195, 196
- О**
- Оболовки
- затримані 46, 268, 219
- розрив при передлежній плаценті 212, 213
- — штучних передчасних родах 76, 80
- затримані, терапія 46, 220, 221
- Опух в тазі (показання до к. р.) 159
- Освідчення поля акушерських операцій 53
- Остеомаляція (показання до кесарського розтину) 158
- Отт—ноготримач 65, 129
- нерієстомія 56, 55, 134, 152
- П**
- Параліч
- плацентарної площадки 221, 222
- сідничного нерва, після накладання щипців 155
- Передлежання див. різні операції
- Передлежана плацента див. „Плацента“
- Перфорация матки 70, 71, 72
- діагностика 71, 72
- причини 70, 71
- терапія 72
- ускладнення 73, 74
- частота 70
- Передчасні роди 75—81
- акушерські способи 71—81
- Боєсі інструмент 80, 81
- вагінальний кесарський розтин 80
- Дельма спосіб 80, 81
- класифікація методів 75
- малий кесарський розтин 80
- прокол навколоплідних оболонок 76, 80
- показання 75
- ускладнення 80
- фармакологічні способи 75, 76
- хірургічні способи 80, 81
- Передання крові 210, 226—228
- Переломи
- дужки в дитини 112
- таза в матері 237, 238
- ніжки в дитини 112
- руки в дитини 112
- черепа в дитини 113
- Перерва вагітності 56—83
- показання 58—63
- Периєстома 54, 55, 134, 152
- Період родів (II) 15
- Перфоратор Бло 190, 191, 192, 193
- Ківіта 190
- Смедлі 190
- Феноменова 190, 191
- Петля
- витягання за сідниці 98, 104
- Піскачка — спосіб спинення кровотечі 224, 225
- Плацента
- висинення 45, 46, 215, 217, 218, 219, 221
- відділення 45, 46, 47
- відділення за Дуканом 45
- — за Шуальце 45
- етіологія передчасного відділення 214
- інкариєрація 216, 217
- молочна проба на цілість 46
- ознаки цілості 46, 47
- передлежання 49, 78, 89, 94, 161, 176, 211—214
- передчасне відділення (діагноз) 100, 127, 161, 175, 214 215

- приростання часткове 218, 219
 - повне 219, 220
 - ручне відділення 219, 220
 - — симптоматологія 215
 - — терапія 215,
 - шийково-істмічна 171,
 - повторна проба на цілість 46
 - Плацентарний період 45—47, 217—228
 - кровотечі 217—228,
 - принципи ведення 45, 217
 - фізіологія 45—46
 - Плоаочеревинний кесарський розтин 169, 170
 - Поворот 86—98
 - акушерський 86—98
 - Бояркіна 87, 91, 92
 - Брекстон-Хікса 94, 95, 96, 98
 - Віганда 87, 88
 - вибір ніжки 93
 - руки 92
 - внутрішньо-зовнішній 86, 87, 88—91
 - Зігеундлін 98
 - зовнішній 87, 88
 - історичні дані 86
 - класифікація операції 86, 87
 - класичний 88, 89, 90, 91
 - на голову 95, 96
 - сідинці 95
 - наслідки операції для матері й дитини 98
 - німецький спосіб (знаходження ніжки 98
 - передлежля плацента 89, 94
 - показання 86, 87, 89, 94
 - протипоказання 89
 - профілактичний (при вузькому тазі) 88
 - серцево-захворювання (показання) 89
 - техніка 87, 90, 91, 92, 92
 - Бояркіна 91, 92, 94
 - Брекстон-Хікса 93
 - класичного 90, 91
 - зовнішнього 87, 88
 - ускладнення для дитини 97, 98
 - для матері 96, 98
 - труднощі 96, 97, 98
 - французький спосіб (знаходити ніжку) 93
 - Позиція плоду при тракції щипці 122, 123
 - Показання до акушерських операцій взагалі 49, 50
 - Повно, модифікація кесарського розтину 167
 - Поле операційне 51
 - Положення плоду
 - неправильне 43, 44, 85, 87,
 - правильне 43, 44, 86, 87
 - хворої при акушерських операціях 52, 53
 - Поперечний розмір
 - головки 9, 12
 - таза 4, 5, 6
 - Порро, операція 170
 - Порта 168, 169
 - Потшкодження
 - вагіни 35, 54, 58, 112, 134, 234—237
 - вульви 35, 36, 54, 82, 83, 112, 154, 216, 234, 235, 236, 237
 - дитини при витяганні за сідинці 112, 113
 - при щипцях 155
 - при кесарському розтині 171
 - сечового міхура 184,
 - матері див. «Окремі операції»
 - шийки 70, 80, 112, 154, 184
 - матки див. «Перфорація», «Розрив»
 - Правильний спосіб (витягання дитини за сідинці) 107, 108
 - Преображенського спосіб допомоги при закінненні ручок 110
 - Прогноз родів 23, 24
 - при вузькому тазі 35, 36
 - Притиснення аорти.
 - аорткомпресором 224
 - рукою 224
 - Промивання матки.
 - після аборту 68
 - при гіпотонії матки 223, 226
 - Промежина
 - класифікація розривів 234—235
 - поновлення 234, 235, 236, 237
 - при витяганні дитини 112
 - при щипцях 154, 155
 - профілактика 54, 55
 - розрив за Оттом 54, 55
 - виведення ніжки 94, 95, 212
 - поворот при вузькому тазі 68
 - Прямий щипці див. «Щипці»
 - Прямий
 - розмір головки 8, 12
 - — таза 4, 5, 6
 - Пубіотомія 83, 84, 85
 - підготовка хворої 83
 - інструменти 83
 - оцінка 83
 - післяопераційний період 85
 - показання 83
 - техніка 83, 84
 - умови 83
 - Пункція головки при гідроцефалії 111, 112
 - Пуповина
 - випадання 36, 78, 89, 100, 161, 188,
 - передлежання 168
 - репозиція 168
- Р**
- Рак матки 159, 210, 216
 - Редерера вставлення голвок 9, 30
 - Репозиція (пуповини) 168,
 - Рісман аорткомпресор 224.
 - Розрив матки 44, 98, 193, 210, 229—234
 - — діагностика 229—231
 - — етіологія 229
 - промежнин 35, 40, 42, 112, 154, 155, 234—237
 - профілактика 54, 55,
 - симфізу 35, 36, 237, 238
 - — терапія 235, 236, 237
 - Ригідність шийки (показання до вагінального к. р.) 56, 57
 - родових шляхів (показання) 177
 - Розширення шийки матки 66, 67, 80, 81, 181, 215
 - Ромб Міхеласа 4
 - Ротація головки
 - внутрішній 17, 18, 22, 23, 30, 34, 35, 38, 39, 40, 41
 - зовнішня 15, 22, 23, 30, 34, 35, 39, 40, 42, 43
 - Роттер, операція
 - резекція виступу крижової кістки 85
 - Ручки.
 - закінчення (при витяганні дитини) 37, 109, 110,
 - вильнення 105, 106
 - Ручне відділення плацентою жінок 69, 207, 208
 - плаценті, див. «Плацента»

- розширення шийки матки 80, 181
- С**
- Самоворот способом Демена 43, 44
— способом Дугласа 44
Самоворот 44
Серцебиття дитини 49, 116, 127
— зміни його 49, 116, 127—230, 240
Серцево-судинний апарат 49, 59, 126
— захворювання 49, 59, 126
— показання до щипців 126
— — кесарського розтину абдомінального 161
— — вагінального 175
— — штучного аборту 59
Сімсон, щипці див. „Щипці“
Симфіз
— розшквення при вагітності 237, 238
— розрив при родах 35, 36, 237, 238
Симфізіотомія 82 — 85
— історичні дані 82
— оцінка операції 82
Синклітизм 15
Сканцоні, спосіб (накладання щипців) 143, 144,
Скобки Міселя 56, 130, 235, 237
Смеллі, гачок (для витягання дитини) 103
Смеллі, спосіб (витягання головки) 107, 108, 109, 110, 172, 173
Смертність дітей 35, 36, 44
— при акушерських операціях 172, 173
— при витяганні за сідниці 113
— при кесарському розтині абдомінальному 172, 173
— — вагінальному 172, 173
— при повороті 98
— — щипцями взагалі 155
Спасокуцький спосіб (миття рук) 51, 52
Спосіб
— Бунге — витягання за сідниці 104, 110
— Віганда-Мартін-Вінкеля (витягання головки) 107, 108, 109
— Генкеля-Вастена при вузькому тазі 117, 158
— Генкеля — сплинення кровотечі 225, 226
— Гентера (сплинення кровотечі) 224, 225
— Гофмейера (втиснення головки) 117, 158
— Демена 43, 44
— Дугласа 44
— Епштейна, видавлення плаценти 218
— Зігемунді (поворот) 98
— Ківіша, спричинення передчасних родів 76
— Кред: (втиснення плаценти) 45, 46, 215, 217, 218, 219, 221
— Кристеллера (втиснення дитини) 116, 134, 188
— Ліпмана 139, 145, 185, 186
— Мюллера А. (звільнення ручок) 106
— Мюллера П. (втиснення головки) 117
— німецький знаходження шийки при повороті) 93
— Пискачєка (сплинення кровотечі) 224, 225
— правий (витягання дитини за сідниці) 107, 108
— Сканцоні (накладання щипців) 43
— Смеллі (витягання головки) 107, 108
— Торна, 145, 185
— Утрепона 96
— Фейт-Смеллі 107, 108, 109
— французький (витягання головки) 107, 108
— Фрігта (сплинення кровотечі) 224
Спонділотомія 194, 195
Стеноз вагіни (показання до абдомінального кесарського розтину) 159
Стерилізація
— матеріалу для акушерських операцій 50, 51, 65
— інструментів 50, 79
Сулема 51, 9, 163, 178
— Дезинфекція зовнішніх геніталій 51, 90, 168, 178
— промивання матки 223
— червоної стінки 163
- Т**
- Таз
— вузький (функціон. ді агностика) 28, 29
— кістковий 4, 5, 6, 7
— кісткова вісь провідна 5, 7, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 30, 33, 104, 121
— книжкові розміри 11, 131
— поширення див. Симфізіотомія, пубіотомія
Тазове діо 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Тазомір 4
Тампонація матки 68, 69, 222, 225
— при кровотечі 225
— при штучному аборті 68, 69
Тарнь, щипці, див. „Щипці“
Тетанія матки 217, 230
Тимпанія матки 124
Токсикози вагітності (показання) 49, 59, 89, 126, 160, 161, 175
— — до штучного аборту 59
— — до кесарського розтину абдомінального 160, 161
— — вагінального 175
Торна спосіб 145, 185
Тракції
— напрям 122, 123
— у I позиції 123
— у II позиції 123
— у III позиції 123
— проби 132, 133, 135, 153
— характер 122, 123
Трансфузія крові див. „Переливання крові“
Трепаноподібний перфоратор Ківіша 190
Туберкульоз (показання до акушерських операцій) 49, 60, 127, 175
- У**
- Умови див. „Окремі операції“.
Утрепона спосіб повороту на головку 96
- Ф**
- Фейт-Смеллі спосіб витягання головки 107, 108
Феноменов, перфоратор 190, 191
Фіброміома матки (кровотечі) 220, 221
— показання до к. р. 159
Фістули
— після щипців 154, 155
— при вузькому тазі 35
— урогеніталій 154, 159, 184

- Флаксія передлежної частини 15, 16, 17, 18, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40, 42
- Французький спосіб (знаходження шийки) 93
- Французькі щипці див. "Щипці"
- Фрітша розріз при к.р. 167.
- спосіб при кровотечі 224
- Фрітш-Боумена катетер 65, 66, 192, 223
- Х**
- Хінін при передчасних родах 75, 76
- Хоріоепітеліома 204, 206
- Ц**
- Цвєйфель, бавотриб 193, 194
- Цангемайстера, спосіб виправлення положення головки 185, 186
- Ч**
- Череп дитини (форма його при вузькому тазі) 12, 13, 14
- Ш**
- Шампетье де Ріб, метрейринтер 78, 79, 177
- Шви 135, 235, 236, 237.
- Шийка матки
- надрізи 56, 128
- розриви 70, 80, 112, 154, 184
- Шнігєльберг, гостра юрєтка 6, 67
- Штраєсман, ознака (відділення плацент) 217
- Щ**
- Щипці
- акушерські 118—155
- англійські 119, 121
- асфіксія дитини (показання) 127
- атипові 131, 139—151.
- Брейса 121, 122, 147
- Бредо, спосіб накладання щипців при задньому виді поначного передлежання 136, 142
- Боряковського 119, 120, 135
- Буша 119
- Вв-дення ложок 131, 132, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 148, 149, 152
- високі 146—151
- вихідні 129—139
- гачки Буша 119, 148
- підготовка хворої 129, 130
- Демелена 119, 121
- замикання 132, 133, 135, 153
- замок 319
- ідеальне захоплення 122, 123
- інструменти 130.
- інфекційні захворювання гострі (показання) 127
- історичні дані 118
- Кілаанда 121, 122, 130, 147, 148—151, 152
- кісткові 192, 193
- кривина головки 119
- кривина тазова 121
- для проемжини 121
- кровотеча, показання 126, 127
- Лазарєвича 119, 120, 121, 122, 130, 145, 146, 147, 148
- Ланге, спосіб (накладання) 143, 144, 145
- Левре 119, 120
- ложки щипців 119, 120, 121
- моменти операції 131, 132, 133, 134, 135
- накладання на наступну головку 152
- на сідниці 152
- наркоз при операції 130
- наслідки для дитини 155
- наслідки для матері 154, 155
- Негеле 119, 120
- оточення 129.
- Пальфіна 118, 121
- позиції 123
- показання з боку дитини 127
- матері 123, 124, 125, 126, 127
- Полотобнова 122
- порожинні 139—146
- при косому напрямку сагітального шва 139—145
- при косому напрямку лицевої лінії 145
- при лицевому передлежнанні, передньому виді 139
- при лицевому передлежнанні, задньому виді 139
- при лобному передлежнанні 138, 139
- при положенні головки Zangengerecht 135
- при поперечному положенні сагітального шва 145, 146
- при потягчому передлежнанні, задньому виді 135, 136
- при потягчому передлежнанні, передньому виді 130—135
- при тім'яному передлежнанні, задньому виді 137
- при тім'яному передлежнанні, передньому виді 136, 137
- пробні трагції 132, 133, 135, 153
- прями 119, 120, 121, 122, 130, 135, 145, 146, 147, 148
- Сімпсона 119, 120, 121, 122, 130, 141, 145, 147
- Скапцони, спосіб (накладання) 137, 139, 143
- Спозвання 153
- Тарьє 119, 121, 122, 136, 147
- температура (показання) 126
- тєтника 130, 131, 132, 135, 137, 138, 139, 140, 144, 148, 149, 152
- типові 131—135
- токсикози вагітності (показання) 126
- трагції (характер) 122, 123
- труднощі 152, 153, 154
- умови 127—129
- Укладення і пошкідження 154, 155
- Флєдорова-Лазарєвича 119, 120, 121, 122, 130, 145, 146, 147, 148
- Французькі 118, 120, 121, 122, 146
- Чемберлена 118

ЗМІСТ

Механізм родів.

Загальні попередні відомості	3
Фізіологія родів	3
Родовий канал	3
Відділи малого таза, кісткя малого таза, розміри (4), М'які тканини малого таза (7).	
Під я як об'єкт родів	
Нормальний механізм родів при потиличному передлежанні	11
Конфігурація головки (14), Осьове розміщення головки (14), Моменти механізму родів (15), Механізм родів при потиличному передлежанні переднього виду (15)	
Механізм родів при потиличному передлежанні заднього виду (22).	
Тазове передлежання	23
Механізм родів при сідничному передлежанні	24
Механізм родів при вузькому тазі, коли передлежить головка	28
Загальнорівномірню звужений таз і властивий йому механізм родів	29
Плоский таз і властивий йому механізм родів	30
Механізм родів при загальнозвуженому рахитично-плоскому тазі	35
Прогноз родів при вузькому тазі	35
Розвинутий тип механізму родів	36
Механізм родів при лицевому передлежанні переднього виду (36), Проходження головки в родовому каналі (37), Механізм родів при лоб'яму передлежанні (39), Механізм родів при передньо-головному, тім'яному передлежанні (40), Поперечні й косі положення (43), Перебіг родів (44).	

Плацентарний період і його фізіологія.

Ведення III періоду родів (45), Ознаки відділення плаценти (46),
Огляд плаценти (46).

Загальні показання, умови і оточення при акушерських операціях.

Показання до акушерських операцій	49
Показання з боку матері (49), Показання з боку дитини (49).	
Умови і оточення при акушерських операціях	50
Готування інструментів (50), Готування операційного стола (51), Підготовка хворої (51), Підготовка оператора і асистентів (51), Положення хворої (52), Нарков (53), Освітлення (53).	

Операції розширення м'яких родових шляхів.

Епізіотомія і перинеотомія	54
Показання (54), Потрібні інструменти (54), Техніка перинеотомії (55), Техніка епізіотомії (55).	
Паравагінальний розріз Дюрсен-Шухардта	55
Показання (55), Потрібні інструменти (55), Техніка операції (55), Поновлення розрізу і післяопераційний період (56), Наслідки операції (56).	
Порівняльна оцінка операції перинеотомії, епізіотомії і паравагінального розрізу	56
Розріз шийки матки	56
Поверхній надріз шийки матки (57), Показання (57), Умови (57), Потрібні інструменти (57), Техніка операції (57), Розріз згладженого устя матки (57), Показання (57), Умови (57), Техніка операції (57), Глибокі надрізи шийки за Дюрсеню (57), Близькі й дальші наслідки цих операцій і порівняльна оцінка їх (57).	

Показання до штучного припинення вагітності.

Загальні медичні показання	58
Захворювання серця (59), Захворювання нирок (59), Туберкульоз легень (60), Захворювання обміну речовини (61), Вола. Міопія. Вітмарування ретини, неврити очного нерва, отосклероз (61), Захворювання крові (61), Нервові захворювання (61).	
Генітальні показання	61
Вузький таз (62), Зміни положення матки (62), Випадання вагітної матки (62), Новотвори (62), Захворювання півного яйця (63).	

Припинення вагітності в перші три місяці її розвитку.

Умови операції штучного аборту (64), Протипоказання (64), Оточення, положення і підготовка до операції (65).	
Вискрібання	65
Потрібні інструменти (65), Підготовка хворої до операції (65), Техніка вискрібання (65), Розширення шийки матки ламінарієм (66), Стерилізація ламінарія (68), Техніка введення ламінарія (69).	
Пальцеве відділення півного яйця	69
Тампонація матки	69
Впорюкування йоду	69
Післяопераційний період	70
Ускладнення від операції штучного аборту	70
Нервовий аборт (70), Пошкодження під час операції штучного аборту (70), Інфекційні ускладнення штучного аборту (72), Біологічна травма від штучного аборту (73).	
Профілактика ускладнень при операції штучного аборту	73
Ускладнення при живанні ламінарія і профілактика їх	74

Припинення вагітності понад три місяці.

Методи операції	75
Фармакологічні і органотерапевтичні методи	75
Суго акушерські методи	76
Прокол навколоплідних оболонок (76), Показання (76), Протипоказання (76), Умови (76), Потрібні інструменти (76), Техніка операції (76), Гарячі сприндування вагини за Квішем (76), Показання (76), Умови (76), Потрібні інструменти (76), Техніка операції (76), Бузування за Краузе (77), Показання (77), Протипоказання (77), Умови (77), Потрібні інструменти (77), Техніка операції (77), Близькі наслідки операції (77), Метреризація (77), Показання (77), Умови (78), Потрібні інструменти (78), Техніка операції (79), Близькі наслідки операції і ускладнення її (80).	
Суго хірургічні операції	80
Спосіб Боссі (80), Ручне розширення шийки (80), Спосіб П. Дельма (80), Показання (81), Протипоказання (81), Умови (81), Потрібні інструменти (81), Техніка операції (81).	

Розширення кісткових родових шляхів

Симфізіотомія	82
Оцінка операції (82).	
Пубіотомія	83
Оцінка операції (83), Показання до цих операцій (83), Умови (83), Потрібні інструменти (83), Підготовка хворої (83), Техніка операції (83), Післяопераційний період (85).	
Резекція виступу крижової кістки	85

Акушерський поворот

Історичні дані (86), Класифікація операцій акушерського повороту (86).	
Зовнішній поворот	87
Показання (87), Умови (87), Техніка операції (87).	
Профілактичний поворот	88
Класичний поворот	88
Показання (89), Умови (89), Підготовка хворої (90), Техніка операції (90).	
Поворот за Боррміним	91
Вибір руки (92), Місце розриву навколоплідного міхура (92), Способи знаходити ніжку (93), Яку ніжку захисити (93), Як захопити ніжку (93), Ручна і ніжка (93).	

Поверст за Брекстон Хіксом	94
Показання (94), Умови (94), Техніка операції (95), Поверст на сідниці (95).	
Поверст на голову	95
Перешкоди і ускладнення операції повороту	96
Спосіб Юстини Зігемундін	98
Наслідки операції для матері й дитини	98

Витягання дитини за тазовий кінець

Переделання головки й тазового кінця (99), Порівняльна характеристика (99), Види оперативного втручання (100), Показання з боку дитини (100), Показання з боку матері (100), Умови (100), Механізм родів при тазовому переделанні (101), Техніка операції (101), I момент при неповному сидничому переделанні (101), Знання для витягання сідниці (103), I момент при повному ніжковому переделанні (104), I момент при переделанні колінами (104), I момент при неповному переделанні ніжками (104), II момент операції (105), III момент операції (105), Техніка операції (105), IV момент операції (107), Спосіб Смеллі (107), Спосіб Смеллі-Фейта (107), Французький спосіб (Морісо-Левре-Лашпель) (107), Правильний спосіб (107), Спосіб Віганда (107), Оцінка кожного способу (108), Накладання щипців на голову (109), Роль помічника при операції витягання дитини (109), Ручна допомога при тазовому переделанні (109), Труднощі при витяганні дитини за тазовий кінець (110), Пошкодження матері й дитини (112).

Биття Вербова

Показання (114), Протипоказання (114), Умови (114), Опис бията (114).

Витиснення плоду за Крістеллером

Показання (116), Протипоказання (116), Умови (116), Техніка (116), Оцінка (116).

Способи Мюллера, Гофмейєра, Генкель-Вастена

Спосіб Мюллера (117), Спосіб Гофмейєра (117), Спосіб Генкель-Вастена (117).

Акушерські щипці

Історичні дані	118
Будова і моделі щипців	118
Призначення щипців	122
Тракції	122
Показання до операції щипців	123
Слабкість родової діяльності (123), Неправильні співвідношення між розмірами таза й дитини (125), Підвищення температури в роділлі (126), Захворювання серця (126), Захворювання дихальних шляхів (126), Захворювання нирок і токсикози вагітності (126), Кривотечі (126), Гострі інфекційні захворювання матері (127), Показання з боку дитини (127).	
Умови	127
Операція накладання щипців	129
Оточення (129), Підготовка роділлі до операції щипців (129), Внутрішнє дослідження (130), Наркоз (130), Інструменти (130), Техніка операції при передньому виді переделаної потилички (130).	
Операція титових щипців	131
Введення ложок (131), Замикання ложок і пробна тракція (132), Тракції (133), Знімання щипців (134).	
Операція накладання прямих щипців при положенні голови Zangengerecht	135
Операція накладання щипців при задньому виді потиличного переделання і положенні сагітального шва в прямому розмірі виходу з таза	135
Щипці при різних степенях дефлексії головки	136
1. Передній вид тім'яного переделання (136), Техніка (137), 2. Щипці при лобному переделанні (138), 3. Щипці при лицевому переделанні (139). Техніка накладання щипців (139).	
Щипці при задньому виді лицевого переделання	139
Порожнинні щипці	139
Щипці при косому і поперечному положенні сагітального шва (139). Щипці при задньому виді потиличного переделання в косому розмірі (141), Накладання щипців за Скандоні (143), Накладання щипців за Ланге (143), Накладання щипців,	

коли лицева лінія в косому розмірі таза (145), Щипці при поперечному положенні сагітального шва (145), Дитина в першій позиції (145), Дитина в другій позиції (146).	
Високі щипці	146
Показання (147), Умови (147), Щипці Фьодорова-Лазаревича (147), Техніка операції (148), Високі щипці, сагітальний шов у косому розмірі входу в таз (148), Високі щипці, сагітальний шов у прямому розмірі входу в таз (148).	
Щипці Кіаланда	148
Техніка (149).	
Накладання щипців на наступну головку	152
Наклада на щипців на сідниці	152
Труднощі при накладанні щипців	152
Труднощі в I моменті операції (152), Труднощі в II моменті (153), Труднощі в III моменті (153), Труднощі в IV моменті операції (154)	
Усладнення і пошкодження від операції накладання щипців	154
Пошкодження матері (154), Пошкодження дитини (155).	

Абдомінальний кесарський розтин

Історичні дані	156
Показання	157
Показання з боку матері (158), Вузький таз (158), Опухи в тазі (159), Міома матки (159), Кіста яєчника (159), Рак матки (159), Опухи вагіни й вульви (159), Опухи кісток таза (159), Інфільтрати від запалення (159), Зміна зв'язок родових шляхів, Стенози вагіни (159), Значний набряк зовнішніх геніталій (159), Фістули уrogenіталій (159), Абсцес зовнішніх геніталій (160), Дефекти розвитку й неправильне положення геніталій (160), Роди після вентр-фіксації матки (160), Розрив матки (160), Роди після кесарського розтину (160), Еклампсія (160), Передежання пацієнти (161), Передчасне відділення нормально прикріпленої плаценти (161), Інші показання (161).	
Показання з боку дитини (161), Випадання пуповини (161), Поперечне положення (161), Аномалії вставлення передлежної частини (161), Агонія або смерть матері (161), Показання з боку матері й дитини (162).	
Умови	162
Оточення	162
Потрібні інструменти (162).	
Підготовка хворої й вибір моменту операції	163
Техніка операції	163
Анатомічні дані (163), Класифікація операції кесарського розтину (163), Інтраперитонеальні модифікації (кесарський розтин у нижньому сегменті матки) (163), I момент операції (164), II (164) і III моменти операції (164), IV момент операції (165), Оцінка операції (166), Класичний кесарський розтин (167), Модифікації Фрідма (167), Модифікація Поляко (167), Оцінка операції (167), Операція Зельгейма (168), Операція Порто (168).	
Позачеревинні модифікації кесарського розтину	169
Операція Лядо (169), Оцінка (169), Радикальний кесарський розтин (169), Показання (170), Операція Порро (170), Тотальна екстирпація матки (170), Малий кесарський розтин (170), Показання (170), Умови (170), Оточення (170), Техніка операції (171), Оцінка (171), Труднощі і усладнення (171), Післяопераційний догляд (171), Близькі й дальні наслідки (172).	

Вагінальний кесарський розтин

Історичні анатомічні дані	174
Показання	175
Еклампсія (175), Інші токсичні вагітності (175), Передчасне відділення плаценти (175), Тяжкі гострі захворювання матері (175), Аборт і передчасні роди (176), Строніє тіло в матці (176).	
Противопоказання	176
Передежання плаценти (176), Рак і вагітність (176), Ригідність родових шляхів (177).	
Умови	177
Оточення	177
Потрібні інструменти (177), Техніка операції (178), Модифікації Бумма (178).	
Модифікації операції	180
Розріз Дюрсен-Шухардта (180), Класична операція Дюрсена (181), Модифікація Крєніга (181), Гейнсіуса (1-1), Лейбчика (181), Какушкіна (182), Порівняльна оцінка різних модифікацій (182).	

Післяопераційний період	183
Ускладнення під час операції	184

Повшкодження сечового міхура (184), Дальші наслідки операції (184).

Корегуючі операції

Операція Торна (185), Показання (185), Протипоказання (185), Умови (185), Техніка (185).	
Спосіб Дангемейстера	185
Техніка (185).	
Спосіб Лішмача	186
Показання (186), Умови (186), Техніка (186).	
Ручний спосіб Міхасіса	187
Вправлення випадків дрібних частин	187
Випадання ніжки при головних передлежаннях (187), Випадання ручки при головних передлежаннях (187), Вправлення випадкої пуповини (188), Показання (188), Умови (188), Передлежання (188), Терапія (188).	

Ембріотомія

Класифікація (189).	
Краніотомія	189
Показання (189), Умови (189), Техніка (190), Перфорація (19 ⁰), Перфорація передлежної головки (190), Екскербрація (192), Техніка II (192), Краніоклавія (192), Техніка (192), Клейдотомія (193), Техніка II (193), Стернотомія (193), Декапітація Евісцерація, Спонділотомія (194), Декапітація (194), Виведення головки (195), Евісцерація (196).	

Негайна допомога в акушерстві

Спонтанний аборт

Причини спонтанного аборту (197), Поширення аборту (199), Ознаки порушення вагітності (199), Механізм відділення плідного яйця (199), Кліні пі форми аборту (202), Ускладнення (203), Діагноз (205), Лікування (207), Септичний аборт (209), Профілактика (209).

Кровотечі в другій половині вагітності і в першому та другому періодах родів

Профілактика (210), Класифікація причин кровотечі (210), Передлежня плацента (211), Клінічні симптоми (211), Терапія при кровотечі (211), Кесарський розтин (211), Кол-пейриз (212), Поворот за Брекстон Хіксом (212), Метреїриз (212), Терапія при кровотечі при частковому передлежнанні плаценти (212), Повне передлежання плаценти (213), Передчасне відділення плаценти (214), Етіологія (214), Механізм передчасного відділення плаценти (214), Симптоматологія (215), Диференціальний діагноз (215), Наслідки (215), Терапія (215), Прикріплення пуповини до оболонок (216), Розрив варикозного вузла (216), Рак шийки матки (216), Діагностика (216), Терапія (216), Випадкові травми (216).

Ускладнення і операції в третьому періоді родів

Спастичне затримання плаценти (217), Гіпотонія матки і черевного преса (217), Спосіб Креде (218), Спосіб Майон Габасту (218), Часткове приростання плаценти (218), Ручне відділення плаценти (219), Техніка операції (219), Рукав Окінцида (219), Повне приростання плаценти (220), Залишені частки плаценти (220), Кровотеча при фібриомах матки (220), Схема терапевтичних заходів при ускладненні в III періоді родів (221), Виворот матки (221), Гіпотонія матки (222), Діагноз (222), Лікування (223), Промивання матки (223), Притиснення аорти (223), Джгут Момбурта (223), Стиснення матки двома або однією рукою (224), посіб Гентера (224), Тампонація матки (225), Спосіб Генкея (225), Екстарнація матки (225), Схема терапевтичних заходів при гіпотонії матки (222.), Боротьба з анемією (226), Переливання крові (226).

Розрив матки, вагіни і промежини. Гематоми. Розриви кісткових родових шляхів

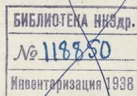
Розрив матки (229), Симптоматологія загрози розриву матки (229), Симптоматологія розриву матки (230), Терапія при загрозі розриву матки (231), Терапія розриву матки (231), Віолентний розрив матки (231), Фістули (232), Відрив шийки

матки від вагіни (232), Профілактика розриву матки (232), Розрив шийки матки (232), Гематоми геніталій (232), Симптоматологія і діагностика (233), Терапія (234), Розрив вагіни і промежнини (234), Потрібні інструменти (235), Післяопераційний період (237), Розрив кісткових родових шляхів (237).

Асфіксія дитини

Причини (239), Тривалість асфіксії (240), Клінічні ознаки початку асфіксії (240), Мнима смерть дитини (241), Синя і біла асфіксія (241), Терапія при синій асфіксії (241), Терапія при білій асфіксії (242), Штучне дихання (242), Вдування (242), Спосіб Шульце (242), Спосіб Сильвестра (243), Спосіб Прохоніка (233), Спосіб Одебера і Сокола ва (244), Спосіб Огата (244), Спосіб Крупського (245), Спосіб Мінкевича (245), Оживлення CO₂ (245), Впорскування адреналіну (247), Прогноз (247), Профілактика (247).

Алфавітний показчик



Ум
От
Під
Тех

Поз

Исто
Пока

Прот

Умов
Оточе

Модис

ин шийки матки
(23), Терапія (234),
Післяопераційний

уку асфіксії (240),
ри синій асфіксії
ання (242), Спосіб
, Спосіб Одебера
Спосіб Мінкевіча
огоноз (247), Про-

..... 24

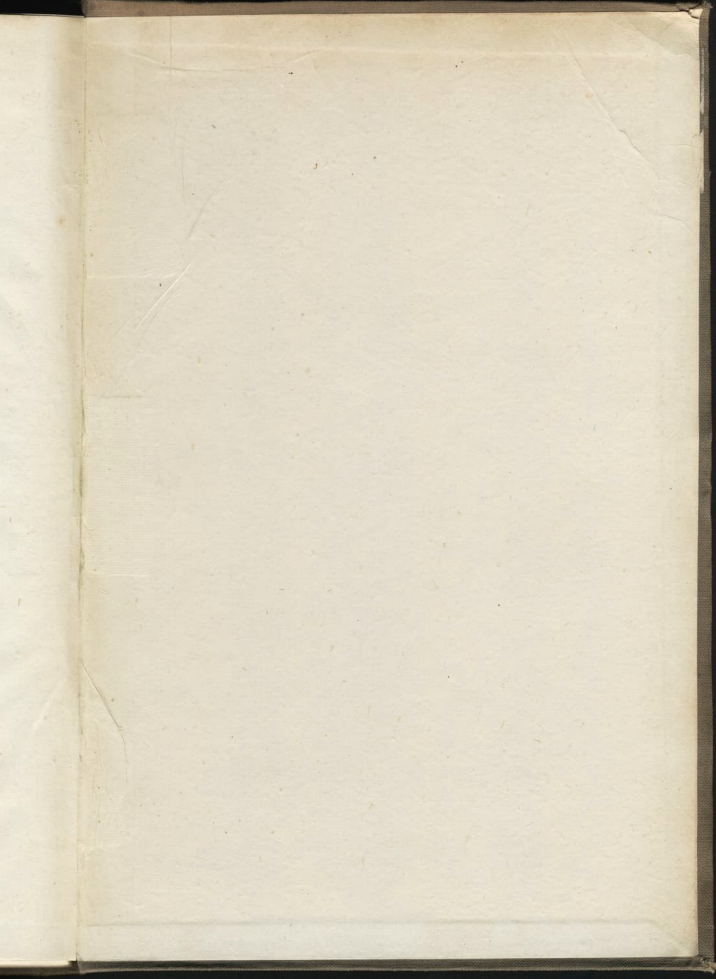
~~БІОТЕКА НІЗДР.~~

~~118850~~

~~серіалізація 1938~~

July

36-5009



0.85k

ЦІНА 7 КРЕ.
ВІДРАБА 1 К. 50К.

36-5009

✓

+