

V.

Цѣль, условія и показанія къ операціи такъ называемыхъ „высокихъ щипцовъ“.

В. М. Бурлакова.

Origo artis obstetriciae—ab experientia, experientiae occasio—a necessitate...

Что такое «высокіе щипцы» (*forceps obstetricia superior s. alta*.¹⁾)?

По *Max'u Runge*,—«вѣрною руководящею нитью для опредѣленія высоты стоянія головки служатъ сѣдалищныя ости: если уже не удастся достигнуть до нихъ пальцемъ, то это означаетъ, что головка навѣрно уже стоитъ наибольшею своею окружностью въ тазу²⁾».

При обратномъ отношеніи діагностируется: головка стоитъ высоко, стоитъ надъ или во входѣ въ малый тазъ (т. е. при-

¹⁾ Считаю себя въ правѣ поставить этотъ вопросъ, чтобы потомъ избѣжать недоразумѣнія. Старинная акушерская операція „высокихъ щипцовъ“ принадлежитъ къ спорнымъ; особенно не разработанъ вопросъ о показаніяхъ къ ней. Школа покойнаго проф. *Schroeder*'а чуть-ли не отрицаетъ ее, называя „атипическою операціею наложенія щипцовъ“; другіе вообще допускаютъ „высокіе щипцы“, однако ограничивши до возможнаго *minimum*'а кругъ ихъ примѣненія. Не смотря на это, операція и на практикѣ примѣняется, и въ учебникахъ описывается; мало того—и здѣсь и тамъ рѣчь идетъ о выборѣ между нею и такими операціями, какъ прободеніе головки (у мертваго или даже живаго плода), кесарское сѣченіе или разсѣченіе лоннаго соединенія (поворотъ не идетъ здѣсь, какъ имѣющей свое показаніе). Думается, что слѣдовало-бы отличать щипцы „полостные“ отъ щипцовъ „высокихъ“, разъ извѣстны устройство французскихъ щипцовъ и ихъ примѣненіе. Собственно говоря, щипцы могутъ быть выходныя, полостныя и высокіе.

²⁾ Руководство по Акушерству, рус. пер. 1894 г. стр. 173. Между прочимъ, проф. *Феноменовъ* говоритъ, что понятіе о „высокомъ“ стояніи головки весьма неопредѣленно и растяжимо; по его мнѣнію, подъ высокимъ стояніемъ головки слѣдуетъ понимать такое отношеніе между тазомъ и головкой, при которомъ головка стоитъ неподвижно и большимъ своимъ сегментомъ прошла уже чрезъ входъ въ тазъ, герп., подвергалась цѣлесообразной конфигураціи. Оперативное Акушерство, 2 изд., 1893 г., стр. 212. (Казань).

мѣрно $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{3}$, до $\frac{2}{3}$ своей полусферы). Именно высотой стоянія головки и опредѣляются такъ называемые высокіе щипцы; и стало быть, подъ этимъ названіемъ всегда можно разумѣть только извѣстное оперативное пособіе, какъ имѣющее въ акушерствѣ свое показаніе и примѣненіе. Операция была предложена *Soleyrés de-Renhac*'омъ (1769 г.), теоретически обоснована *Baudelocque*'омъ и практически широко примѣнялась *Osiander*'омъ—отцомъ. Исторически ясно, что прошло не особенно много времени съ 1723 г., когда Парижской Академіи были представлены *Johann*'омъ *Palfyn*'омъ (вторично ихъ открывшимъ) знаменитые «*manus ferrei*», т. е. акушерскіе щипцы, какъ уже, при практическомъ ихъ примѣненіи, наткнулись на случаи, гдѣ очевидны были и малопримѣнимость, и пожалуй даже вредность новаго инструмента. Въ результатѣ получается, что въ прежнемъ спорѣ о цѣлесообразномъ устройствѣ и употребленіи щипцовъ выдѣлился важный вопросъ о показаніяхъ къ наложенію щипцовъ. Три простые вопроса,—почему въ встрѣтившемся случаѣ головка не опускается въ полость малаго таза, на сколько она не проходитъ сквозь тазовое кольцо (*resp. introitus pelvis min. s. apertura pelvis superior*) и будетъ-ли продвинута при имѣющемся объемномъ отношеніи къ наслѣдному одною силой сокращающейся матки—выдвинуло много какъ теоретическихъ соображеній, такъ фактическихъ данныхъ. Тутъ есть нѣчто и о сжимаемости или несжимаемости рождающейся головки, и о конституціональномъ страданіи роженицы (ея сифились, рахитъ, анемія и проч.) и главное объ узкомъ, вообще уродливомъ тазѣ и т. п. Знаменитый *Baudelocque* ³⁾, изучившій размѣры таза (его *conjugata*), нашелъ выходъ въ щипцахъ; онъ экспериментально разобралъ вопросъ о примѣненіи ихъ при узкомъ тазѣ, показавъ, что сжатые размѣры головки въ щипцахъ, перпендикулярно къ ложкамъ, уменьшаются даже до 11 миллим., тогда какъ другіе, противоположные, почти не увеличиваются. Онъ наблюдалъ самопроизвольные роды иногда при *conjug. vera* 7—8 сант., почему при узкихъ тазахъ (с. v. 8 сант.) прежде всего рекомендовалъ выжиданіе, а затѣмъ щипцы (въ поперечномъ размѣрѣ

³⁾ L'art des accouchements, 1844, т. II

таза), относясь къ прободенію головки отрицательно. *Stein*—старшій тоже накладывалъ щипцы, даже на головку, стоящую во входѣ ⁴⁾).

Можетъ быть, тутъ была теоретическая ошибка, которую удалось обнаружить *Stein*'у—младшему; именно во время операціи головка въ щипцахъ мѣняетъ свое положеніе, слѣдовательно несообразно ожидать благоприятнаго вліянія отъ сдавленія щипцами головки въ поперечномъ размѣрѣ если удлинняется часть, лежащая въ *conj.* (противоположно *Bandelocque*'у ⁵⁾). Изучивши механизмъ родовъ при узкомъ тазѣ, *Stein*—младшій предлагалъ также выжиданіе, но при не возможности родовъ силами природы—перфорацію головки даже живаго плода или кесарское сѣченіе, ограничивши такимъ образомъ кругъ употребленія щипцовъ.

Однако, не смотря на это, фактъ, подмѣченный двумя первыми авторами, оставался фактомъ, будучи подкрѣпляемъ отчасти и выжидательнымъ способомъ того же *Stein*'а—младшаго (въ надеждѣ на конфигурацію головки). Особенно часто накладывалъ щипцы *Osiander*—отецъ; на 2540 родовъ—1016 щипцовъ, а производилось иногда до 200 тракцій и т. д.

Scanzoni предлагалъ въ подобныхъ, подходящихъ случаяхъ тоже высокіе щипцы, указывая предѣльный размѣръ суженія въ $2\frac{3}{4}$ " прежней французской мѣры (= *conj.* v. $7\frac{3}{4}$ сант.), и онъ охотнѣе ихъ именно допускалъ, чѣмъ поворотъ плода при высоко и подвижно стоящей головкѣ, потому что видѣлъ мало успѣшное наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку ⁶⁾).

Словомъ, не приводя всѣхъ историческо-литературныхъ справокъ ⁷⁾, отмѣтимъ, что авторы, примѣнявшіе щипцы, въ разное время приписывали имъ не одинаковое дѣйствіе (а отсюда отчасти выводили и показанія къ операціи); по однимъ (*Baudelocque*, *Stein*—старшій) — это сдавливающій головку инструментъ; по другимъ, щипцы дѣйствуютъ на матку, какъ инородное тѣло, раздраженіемъ (динамическое дѣйствіе *Stein*'а—младшаго); третьи желаютъ видѣть, особенно въ настоящее

⁴⁾ „Журналъ Акушерства“ и пр., 1892, стр. 640.

⁵⁾ Lehrbuch d. Geburtsh., 2, § 606.

⁶⁾ Lehrbuch d. Geburtshilfe, 3 изд., стр. 606, 839 и др.

⁷⁾ Старинная литература приведена у *Schröder*'а, *Крассовскаго*, *Штольца*.

время, только эффект потягивания (*C. Schroeder* и его школа ⁸⁾).

Вѣроятно, благодаря послѣднему воззрѣнію, за высокими щипцами и стараются пока удержать названіе «атипической операциі наложенія щипцовъ». Но воззрѣніе это не всегда вѣрно и не вполне справедливо относительно новорожденнаго; будучи обосновано главнымъ образомъ на данныхъ *Litzmann'a*, *Schroeder'a* и др., оно въ глазахъ иныхъ должно имѣть неоспоримое право гражданства. Поэтому необходимо знать, какими показаніями пользуются авторы этого воззрѣнія, разъ встрѣчаютъ случай высокаго стоянія головки (что бываетъ чаще при патологическихъ тазахъ); тѣмъ болѣе, что образцовыя изслѣдованія о тазахъ *Litzmann'a* и *Michaëlis'a* служатъ базисомъ къ установкѣ безупречнаго показанія къ выбору одной изъ не легкихъ операций, требующихся въ данномъ случаѣ ⁹⁾.

По *Litzmann'у*, необходимымъ условіемъ наложенія щипцовъ при узкомъ тазѣ, въ предѣлахъ II степени, должно считать правильную установку головки во входѣ таза и наклонность ея конфигурироваться; разъ этого не существуетъ, то вообще—перфорациа головки. При суженіяхъ III степени, ниже 7 сант. при плоскихъ и 8,5 сант. при обще суженныхъ тазахъ, прямо показано уменьшеніе плода въ объемѣ или кесарское сѣченіе. Кромѣ того, особенно выдвинутъ авторомъ при этихъ условіяхъ вопросъ о поворотѣ, послѣдній показывается не только при суженіяхъ таза I и II степени, но и выше, даже какъ *ultimum refugium*, чтобы потомъ можно было перфорировать послѣдующую головку ¹⁰⁾.

⁸⁾ Нельзя здѣсь не отмѣтить интереснаго факта, какъ частота операций зависитъ отъ индивидуальной склонности оператора:

<i>Osiander</i>	на 2540 род.	— щипцы:	1016 = 40,0%
<i>Nägele</i>	" 1711	" — "	55 = 3,2 "
<i>Winckel</i>	" 5000	" — "	184 = 3,6 "
<i>Schauta</i>	" 2183	" — "	200 = 9,2 "
<i>Ahlfeldt</i>	" 1248	" — "	43 = 3,5 "

Вообще въ Германіи—2% щипцовъ; во Франціи у *Baudelocque'a*—0,17%; позднѣе (1852—80 г.) по *Charpentier'у*—1:37; также въ Англии чаще—по *Simpson'у* въ 1844 г.—1:472; въ новѣйшее время по *Johnston'у*—1:14,7 (по *Kehrer'у*, стр. 182, см. ниже); въ Россіи—по *Красовскому* 1,8% и по *Лебедеву* 4,9 (см. проф. *Феноменовъ*).

⁹⁾ Литературу объ узкомъ тазѣ, см. у д-ра *А. Р. Рышки*: „Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ и пр.“, 1892.

¹⁰⁾ *Die Geburt bei eng. Becken*, 1884; также *Volkmann's Samml. Klinich. Vortr.*, № 90.

Ясно, что, согласно *Litzmann*'у, сплошь и рядомъ пришло-сь-бы жертвовать жизнью младенца, а во 2-хъ, если имѣть въ виду перфорацію послѣдующей головки, то повороту слѣдуетъ приписывать только профилактическую роль (что пожалуй и соотвѣтствуетъ дѣйствительности), и въ 3-хъ, щипцы (или перфорация) и поворотъ относятся къ двумъ самостоятельнымъ методамъ, исключаяющимъ другъ друга во время теченія родовъ (*Schroeder, Штолцъ*).

C. Schroeder даетъ приблизительно такія же показанія къ наложенію высокихъ щипцовъ; онъ (вмѣстѣ съ *Simpson*'омъ) высказываетъ еще надежду, что послѣдующая головка, по своему анатомическому строенію, подходя къ формѣ клина, и дѣйствовать будетъ подобно клину и, слѣдовательно, легче можетъ быть выведена чрезъ родовые пути¹¹⁾. Поэтому поворотъ на тазовой конецъ плода *Schroeder* рекомендуетъ еще съ большею горячностью, чѣмъ *Litzmann*, даже при суженіяхъ до 7 сант., особенно ссылаясь на случай *Höning*'а. За то наложеніемъ щипцовъ, по его мнѣнію, положительно противо-дѣйствуется спасительной дѣятельности потугъ, которыя способствуютъ цѣлесообразному измѣненію формы головки, увеличивая прямой и укорачивая поперечный ея діаметръ; между тѣмъ какъ щипцы, накладываемые при высокомъ стояніи головки въ поперечномъ размѣрѣ, должны лечь на лобъ и затылокъ (т. е. сдавливать головку въ прямомъ размѣрѣ). Не слѣдуетъ забывать также пораненіе и ущемленіе мягкихъ частей, сдавленныхъ головкою съ одной стороны, и мысомъ и лоннымъ соединеніемъ съ другой, что будто имѣетъ мѣсто даже послѣ опытовъ *Fehling*'а, указавшаго, что сдавливаніе головки со всѣхъ сторонъ производитъ уменьшеніе ея объема на счетъ оттока крови и спинно-мозговой жидкости и т. д.

Словомъ, *Schroeder* придавалъ слишкомъ ограниченное значеніе выжидательному способу и сводилъ добрую половину терапіи въ данномъ случаѣ къ повороту, въ надеждѣ на клино-подобное дѣйствіе послѣдующей головки. Нѣтъ основаній отвергать анатомическій фактъ (*Simpson* и др.), но значеніе его

¹¹⁾ Учебникъ Акушерства, 1881, русс. пер. *Горвица*, съ примѣчаніями, стр. 250, 498 и др. Его проповѣдь поворота, стр. 502, примѣч.

преувеличено, и ввиду столь частых ущемлений послѣдующей головки и ввиду необходимости ее перфорировать (по *Litzmann*'у).

R. Kaltenbach ¹²⁾ при данныхъ условіяхъ, т. е. при III и IV степеняхъ суженія и при мертвомъ плодѣ, совѣтуетъ краніотомию, если же плодъ живой, то на плотно вставленную и прошедшую уже большею своею окружностью входъ въ малый тазъ головку можно попытаться наложить щипцы (6—8 сильныхъ тракцій). При подвижной же головкѣ нужно отложить всякую попытку къ наложенію щипцовъ (т. е. высокихъ), при III и IV ст. суженія; но и поворотъ слѣдуетъ считать здѣсь противопоказаннымъ ввиду опасности разорвать матку (вопреки совѣту *C. Schroeder*'а).

F. Kehrer (анатомически разобравшійся въ вопросѣ) высказываетъ, какъ общее положеніе, что при высокомъ стояніи головки наложеніе щипцовъ, должно быть по возможности ограничено. Особенно опасно оно при срединномъ и боковомъ вставленіи головки, и если здѣсь допускается то ввидѣ исключенія, лишь при отсутствіи или незначительности механическаго несоотвѣтствія, при невозможности произвести поворотъ, ради угрожающихъ явленій со стороны роженицы или плода, (выпаденіе пуповины, предлежаніе послѣда и т. п.). За то, напротивъ, при ущемленіи (*enthlipsis*, часто при плоскихъ тазахъ между лоннымъ соединеніемъ и мысомъ и т. п.), вколачиваніи (*gomphosis*, при обще-суженныхъ или воронкообразныхъ тазахъ, или даже при нормальныхъ и большой головкѣ) и закупориваніи (*empyngaxis*, при выпаденіи ручки и опухоли таза²⁾) наложеніе высокихъ щипцовъ цѣлесообразно, когда головка уже приспособилась къ родовому каналу, т. е. послѣ соотвѣтственной конфигураціи головки и смѣщенія черепныхъ костей ¹³⁾. Такимъ образомъ, здѣсь операціи высокихъ щипцовъ придаетъ самостоятельное значеніе.

M. Runge въ общемъ также допускаетъ высокіе щипцы, но это лишь попытка, къ безуспѣшности которой врачъ дол-

¹²⁾ Lehrbuch d. Geburtshilfe, 1893, стр. 292—296. Онъ принимаетъ 4 степени суженія *Litzmann*'а, а именно: I ст. conj. v. = 5—6; II ст. = 6—7, 4 сант.; III ст. = 7, 4—8, 25 сант.; IV ст. = 8,25 сант.; и полагаетъ, что веденіе родовъ при узкомъ тазѣ одна изъ трудныхъ задачъ: дѣло часто идетъ о жизни 2 индивидуумовъ, интересы которыхъ противоположны.

¹³⁾ Руководство оперативнаго акушерства, русс. пер., 1893 г., стр. 174, 194 и др.

женъ быть уже напередъ готовъ. Въ прекрасно составленной главѣ объ узкомъ тазѣ ¹⁴⁾, однако написанной подъ большимъ вліяніемъ *C. Schroeder'a*, *M. Runge* исходитъ изъ общаго взгляда, что терапія при сильнѣйшихъ степеняхъ суженія таза опредѣляется степенью самаго суженія, а при менѣ сильныхъ степеняхъ—теченіемъ родового акта. Поэтому, если головка вполнѣ или почти вполнѣ прошла чрезъ узкое мѣсто таза, а прощупать пальцемъ сѣдалищныя ости не удастся (стрѣловидный шовъ въ косомъ или уже прямомъ размѣрѣ),—то при такихъ обстоятельствахъ показывается операція наложенія щипцовъ.

Если же головка вставлена неблагопріятно (вставленіе—лба, внѣсрединное или задней темянной костью), то при наступающей асфиксіи жизнь младенца могла бы быть спасена только наложеніемъ щипцовъ; однако операція эта рѣшительно нецѣлесообразна до тѣхъ поръ, пока головка еще не прошла чрезъ узкое мѣсто таза, потому что она увеличиваетъ только несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ (поперечно стоящая головка, будучи захвачена щипцами у лба и затылка и сжата, будетъ имѣть увеличенный поперечный размѣръ, какъ у *Schroeder'a*). Но и при такихъ обстоятельствахъ,—говорить онъ—все таки слѣдуетъ попытаться наложить щипцы, особенно съ осевыми тракціями или протискивать головку по *Hofmeier'u*, какъ то и дѣлаютъ другіе.

Такимъ образомъ, судя по только-что изложеннымъ взглядамъ представителей акушерства, за границу, вопросъ о высокихъ щипцахъ до сихъ поръ прошелъ, можно сказать, 3 стадіи: увлеченія, отрицанія и ограниченія; въ общемъ-же, операція остается пока точно не установленною, и буде встрѣчается соотвѣтственный случай, то показанія устанавливаются слѣдующимъ образомъ: а) *поворотъ* или съ профилактическою цѣлью (узкій тазъ, conjug. до 7,5 сант., у многородящихъ, головка надъ входомъ, достаточное количество водъ и т. п.), или при спеціальному показаніи (выпаденіе пуповины, ручки, неправильное вставленіе головки и т. п.); б) *краніотомія* (при мертвомъ младенцѣ почти безъусловно, при живомъ-же,—если есть

¹⁴⁾ Учебникъ по Акушерству, русс. пер., 1894, стр. 300—305 и др.

угрожающія явленія со стороны матери и т. п.); в) *щипцы* высокіе позволительны при наступившей конфигураціи головки, уже прошедшей суженное мѣсто, въ противномъ случаѣ должны имѣть профилактическое значеніе (пробныя тракціи).

У насъ въ Россіи, дѣло обстоитъ тоже неопредѣленно: одни совершенно отрицательно относятся къ высокимъ щипцамъ, другіе-же держатся положительнаго взгляда на нихъ. Акад. *Крассовскій* ¹⁵⁾ совѣтуетъ обращать вниманіе на характеръ и степень суженія таза, на способность головки плода конфигурироваться и на силу потугъ. Относительно большинства случаевъ съ большою вѣроятностью можно допустить, что при частично-суженныхъ тазахъ, гдѣ *conjug.* имѣетъ не менѣе 8 сант., и при благоприятныхъ условіяхъ со стороны головки и потугъ, роды могутъ быть счастливо окончены щипцами; при обще-суженныхъ же тазахъ этого результата можно достигнуть только при конъюгатѣ въ 8,5 сант. На практикѣ поступаютъ такимъ образомъ, что *выжидаютъ*, на сколько это возможно безъ особеннаго вреда для матери и плода; при наступленіи показанія къ окончанію родовъ, накладываютъ щипцы и *пытаются*, съ осторожностью, извлечь ими головку, если же это не удастся, то, не снимая щипцовъ, прибѣгаютъ къ *перфорацимъ*. Удобство поворота при этихъ обстоятельствахъ, т. е. ради узости таза и въ надеждѣ на клиноподобное дѣйствіе послѣдующей головки, не признается ¹⁶⁾.

Не менѣе условно, но болѣе пространно разбираются высокія щипцы проф. *Н. Феноменовымъ* ¹⁷⁾. Его опредѣленіе «высокаго стоянія» головки приведено выше; на щипцы же онъ смотритъ, какъ на инструментъ только влекущій, дающій возможность приложить къ головкѣ силу и замѣнить, такимъ образомъ, *vis a tergo*,—почему, чтобы быть цѣлесообразнымъ пособіемъ искусства, отвѣчающимъ физиологическимъ требованіямъ, щипцы должны быть накладываемы на головку, стоящую «*Zangenrecht*». На основаніи этого, щипцы не могутъ служить инструментомъ, назначеннымъ исправлять положеній головки, или низвести высоко и подвижно надъ вхо-

¹⁵⁾ Оперативное Акушерство, 1880, стр. 536 и др.

¹⁶⁾ *Op. cit.*, стр. 439.

¹⁷⁾ Оперативное Акушерство, 1893, стр. 207, 212, 227 и др.

домъ стоящую головку; равнымъ образомъ ихъ нельзя примѣнѣть при узкомъ тазѣ именно *ради суженія*, разъ не имѣется общихъ показаній (ослабленіе родовой дѣятельности и т. п.). Въ послѣднемъ случаѣ, только тогда, когда природа помощью цѣлесообразной конфигураціи головки (впродолженіи многихъ часовъ, т. е. выжиданіе) *изгладила* первоначально существовавшее пространственное несоотвѣтствіе между тазомъ и родовымъ объектомъ и когда головка *уже вполне или почти вполне прошла суженное мѣсто* и для окончательнаго рожденія нуждается только въ усиленной потужной дѣятельности, операція наложенія щипцовъ является вполне цѣлесообразнымъ пособіемъ.

Мысль—провести головку чрезъ суженное мѣсто, развивая помощью щипцовъ болѣе или менѣе значительную силу, или помощью соотвѣтственнаго измѣненія формы головки (конфигурація),—безплодна, потому что конфигураціи головки *едва-ли* можно достигнуть, а сжатіе той же головки въ прямомъ размѣрѣ (въ смыслѣ *Schroeder*'а) можетъ повлечь за собою тяжкія поврежденія (разрывъ мозговыхъ пазухъ). Поэтому практикуемое иногда наложеніе «высокихъ» щипцовъ на головку, стоящую надъ входомъ (*подвижную*) или только ничтожнымъ сегментомъ вступающую въ плоскость входа, слѣдуетъ считать непозволительнымъ (безопаснѣе поворотъ); но можно накладывать щипцы при такомъ «высокомъ стояніи», если головка стоитъ неподвижно и большимъ своимъ сегментомъ прошла уже чрезъ входъ въ тазъ, геср. подверглась цѣлесообразной конфигураціи (щипцы—въ поперечномъ размѣрѣ таза). Что касается исправленія положенія высокостоящей головки (во входѣ) щипцами, то объ этомъ вовсе не стоитъ и толковать: нецѣлесообразность этого совѣта очевидна сама собою. Равнымъ образомъ необходимо, по существу дѣла, отнестись вполне отрицательно къ повороту, въ надеждѣ на клинообразное дѣйствіе послѣдующей головки (съ смыслѣ *Schroeder*'а), ибо не форма головки имѣетъ существенное значеніе для объясненія различныхъ способовъ прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, а способность ея къ конфигураціи во первыхъ—и сила, дѣйствующая на головку—во вторыхъ.—На основаніи только что изложеннаго, можно думать, что проф. *Феноменовъ* совершенно не признаетъ за самостоятельныя операціи ни поворота,

ни высоких щипцовъ при данныхъ условіяхъ. Напротивъ, д-ръ *Федоровъ* (изъ Варшавской клиники проф. *Астребова*) на основаніи 847 случаевъ узкаго таза, полагаетъ, что въ настоящее время, при методѣ *Листера* и удачныхъ модификаціяхъ въ инструментъ, предложенныхъ *Tarnier*'омъ, *Breuss*'омъ и проф. *Лазаревичемъ*, область показаній и условій наложенія щипцовъ значительно расширилась и есть возможность примѣнять ихъ тамъ, гдѣ раньше стояло безусловное противопоказаніе; теперь при узкомъ тазѣ щипцы вообще и высокія—въ частности слѣдуетъ отнести къ отдѣлу способовъ *титуческаго родоразрѣшенія*, разъ только щипцы по устройству отвѣчаютъ намѣченной цѣли—замѣнить собой дѣятельность ослабѣвшаго органа, т. е. матки. Авторъ наложилъ всего 113 разъ щипцы, при чемъ въ 90 случаяхъ вполнѣ успѣшно. Форма тазовъ—разнообразная, предѣлы conjug. v. 10—7,5 сант. Щипцы *Tarnier*'а—5 разъ на головку, наибольшимъ діаметромъ стоящую во входѣ (живыхъ плодовъ 40⁰/о). Щипцы *Breuss*'а—2 раза на головку, стоящую во входѣ малымъ сегментомъ; conjug. v.—8 сант., большой поперечникъ головки—9 сант. (ребенокъ въ глубокой асфиксіи, другой плодъ гниlostный). Щипцы Пражской школы, съ замкомъ *Буша*, наложены у 36 роженицъ, изъ нихъ у 16—на высокостоящую головку (5 разъ во входѣ малымъ сегментомъ и 1 разъ большимъ) при смертности отъ высокихъ щипцовъ—20⁰/о, а отъ полостныхъ—23,4⁰/о и поврежденій головки—8,8⁰/о. Сбуженіе—отъ 10 до 7,5 сант. Прямые параллельные щипцы наложены 49 разъ: на головку подвижную надъ входомъ—11 разъ, малымъ сегментомъ во входѣ—13 разъ, большимъ—12, остальные—полостные. На 36 случаевъ высокихъ щипцовъ: conjug. vera отъ 10 до 9,5 сант. встрѣтилась 9 разъ, с. v. 9—8,5 сант.—17 разъ, 8—7,5 сант.—10 разъ; родилось живыхъ дѣтей 33,3⁰/о, въ асфиксіи—оживленныхъ 52,8⁰/о, неживленныхъ 8,3⁰/о, умершихъ во время родовъ 5,5⁰/о, у трехъ младенцевъ поврежденія несмертельны. Умершихъ роженицъ 3, изъ нихъ 2 въ eclampsia, а 1 отъ sepsis'a, будучи изслѣдована до поступленія. Вообще, сравнивая результаты оперативной помощи при узкихъ тазахъ путемъ поворота (по *Schroeder*'у) и наложенія прямыхъ параллельныхъ щипцовъ, авторъ приходитъ

къ выводу, что общая смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ въ 3 раза менѣе, чѣмъ при поворотѣ съ послѣдующей экстракціей, при чемъ въ случаяхъ обще сѣуженнаго таза дѣтей при щипцахъ умерло въ 3,6 раза меньше, чѣмъ при поворотѣ, при тазахъ же частично-сѣуженныхъ въ 2,1 раза менѣе ¹⁸⁾.

Такой же оптимистическій взглядъ на щипцы, какъ это достаточно извѣстно, уже давно и настойчиво проповѣдуется проф. *Лазаревичемъ* ¹⁹⁾. Не давая подробныхъ показаній къ употребленію щипцовъ, онъ выражается, что случаи когда головка плода долго держится въ какомъ-бы то ни было мѣстѣ тазоваго канала, ущемляя мягкія части матери, составляютъ правильное показаніе къ наложенію щипцовъ (при чемъ допускается поворотъ головки съ цѣлью исправленія положенія ея, около вдольной или поперечной ея оси); предѣльная узость таза, т. е. conjug. v. = 8 сант.; при высокостоящей (но неподвижной) головкѣ съ особеннымъ успѣхомъ рекомендуются параллельные щипцы и т. д.

О качествахъ и примѣнимости прямыхъ щипцовъ—неперекрещивающихся проф. *Лазаревича* или перекрещивающихся *Боряковского*, вообще и въ частности при высокомъ стояніи головки говорилось и на III Пироговскомъ Съѣздѣ: проф. *Ястребовъ*, накладывавшій щипцы *Лазаревича* въ 44 случаяхъ узкаго таза на высокостоящую головку, не получилъ ни одного разрыва шейки и ни одной смерти ребенка ²⁰⁾; проф. *Рейнъ* нѣсколько ограничительно опредѣлилъ роль такихъ щипцовъ при исправленіи положенія головки, но въ общемъ и въ его клиникѣ результаты получились утѣшительные; проф. *Лебедевъ*, высказываясь вообще за прямые щипцы, полагаетъ, что, напр., у первородящей съ неподатливыми половыми путями на высокостоящую головку гораздо умѣстнѣе наложить кривые щипцы; д-ръ *Личкусъ* думаетъ, что можно накладывать и тѣ и другіе

¹⁸⁾ Матеріалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ, дисс. 1891 также „Журналъ Акушерства“ и пр., 1891, стр. 764 и др. (между прочимъ % смертности матерей при перфорации получился значительно большій, = 10,6% отъ сенсуса = 2,8%).

¹⁹⁾ Курсъ Акушерства, 2 изд., 1892 г., стр. 608, 609, 623 и др.

²⁰⁾ Проф. *Ястребовъ* еще разъ высказывается за расширеніе круга показаній къ операціи высокихъ щипцовъ, въ Юбилейномъ Сборникѣ проф. *Славянского*, Спб. 1894 г.

щипцы на высоко-стоящую головку (только не при узкомъ тазѣ) и пр. ²¹⁾).

Изъ болѣе *поздней* литературы считаемъ нужнымъ отмѣтить цифры *Braun'a v. Fernwald'a*, приводимыя у д-ра *Штольца*, также д-ромъ *Личкусомъ*; цифры показываютъ, что въ Вѣнской клиникѣ въ продолженіи послѣднихъ 6 лѣтъ (до 1888 г.) наложены щипцы при плоскихъ и обще суженныхъ тазахъ II степени суженія 64 раза, при чемъ щипцы удавались даже при conjug. v. въ 8 и 7; смертность матерей = 1,6⁰/₀, а дѣтей = 12,6⁰/₀ (щипцы высокіе). Присоединяя сюда свои 20 родовъ, наблюдавшихся при II степени суженія (тазы плоскіе и общенеравномѣрно-суженные) и оконченныхъ съ помощью высокихъ щипцовъ, а равно 7 пробныхъ предшествовавшихъ перфораций у него самого и 13 родовъ, также оконченныхъ высокими щипцами, у *Nagel'я*, д-ръ *Штольцъ* получаетъ 103 случая благополучныхъ высокихъ щипцовъ, съ одною умершею матерью (ибо остальные поступали уже инфицированными), т. е. 0,9⁰/₀ смертности матерей, и съ 13 умершими дѣтьми, т. е. 13,5⁰/₀ дѣтской смертности. Вообще, вопреки совѣту многихъ, рекомендовавшихъ накладывать щипцы только по прохожденіи головкою узкости таза, эта операція наоборотъ должна примѣняться ранѣе, т. е. во время стоянія головки во входѣ, въ особенности, если роды затягиваются очень долго, такъ какъ важное значеніе щипцовъ въ родахъ при II степени суженія какъ плоскаго, такъ и обще суженнаго тазовъ—очевидно ²²⁾).

Для веденія подобныхъ родовъ, авторъ выдѣляетъ 3 самостоятельныхъ способа, которые и должны быть строго различаемы: 1) *выжидательный способъ*, состоящій изъ акта

²¹⁾ „Врачъ“. 1889, стр. 110 и др.

²²⁾ У *Braun'a* на 228 родовъ II ст. суженія, исключая поворотъ и преждевременные роды, получились такіе результаты:

Щипцы	64	(пл. т. 36, общес. 28)	28	28	%—1	(ум. мать)	8	(ум. дѣтей)
Перфорация	52	(„ „ 20, „ 32)	22,8	„	—4	(„ „)	52	(„ „)
Самопр. р.	112	(„ „ 68, „ 44)	49	„	—0	(„ „)	2	(„ „)
	228	(пл. т. 124, общес. 104)	—	—5	(ум. мать)	62	(27,2 ⁰ / ₀)	

У д-ра *Штольца*:

Щипцы	7	(пл. т. 5, общес. 2)	31,8 ⁰ / ₀	—0	(ум. мать)	1	(ум. дѣтей)	
Перфорация	3	(„ „ 3, „ 0)	13,6	„	—0	(„ „)	3	(„ „)
Самопр. р.	12	(„ „ 11, „ 1)	54,5	„	—0	(„ „)	0	(„ „)
	22	(пл. т. 19, общес. 3)	—	—0	(ум. мать)	4	(18,6 ⁰ / ₀)	

Эти цифры взяты изъ ст. д-ра *Штольца* (см. ниже).

выжиданія въ тѣсномъ смыслѣ слова и операціи щипцовъ или перфорация; 2) *профилактической поворотъ*, и 3) кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи. Если при правильномъ механизмѣ родовъ и вставившейся, до извѣстной степени, во входѣ головки замѣчаются явленія, угрожающія жизни матери или плода, то показуется наложеніе высокихъ щипцовъ, даже при не вполнѣ, но все же достаточно раскрытомъ зѣвѣ, и влеченія могутъ примѣняться съ достаточною силой, размѣтается въ извѣстныхъ границахъ ²³⁾ и т. д.

Въ заключеніе, еще укажемъ, что по *Stadfeldt*'у въ Копенгагенскомъ родовспомогательномъ заведеніи въ продолженіи послѣднихъ 13 лѣтъ, были наложены 44 раза высокіе щипцы, по поводу узкаго таза (соіjug. v. 8—9 сант.), при чемъ 36 родовъ окончены исключительно щипцами (*Tarnier*'а и особенно *Simpson*'а), въ 8 случаяхъ, пришлось все таки прибѣгнуть къ прободенію головки; изъ 36 младенцевъ, 20 остались въ живыхъ, остальные жили нѣсколько дней или родились уже мертвыми; матери же всѣ выписаны здоровыми ²⁴⁾. Между прочимъ д-ръ *Füth*, также съ успѣхомъ примѣнявшій высокіе щипцы, пользуется при этомъ еще подавливаніемъ на головку чрезъ наружныя покровы надлобковой области (по *Hofmeier*'у ²⁵⁾).

Такимъ образомъ, если не всѣ русскіе авторы одинаково высоко цѣнятъ операцію «высокихъ щипцовъ», такъ они почти совсѣмъ отрицательно высказываются о поворотѣ, въ смыслѣ *Schroeder*'а; и во всякомъ случаѣ у насъ операція высокихъ щипцовъ, при извѣстномъ типическомъ устройствѣ (русскихъ) щипцовъ, имѣетъ шансы и на будущее, не говоря уже о настоящемъ.

Теперь переходимъ къ своимъ наблюденіямъ и выводамъ.

1-й случай. Анна 3—ва, солд. жена, 28 л., правосл., III—рага, поступила подъ наблюденіе 1/х 93, въ 4 часа дня, съ os totale и стоящими водами. Anamnesis: рожала 2 раза, мертвыхъ, оба раза трудно и долго; 1-е роды на 20-мъ году, послѣдніе—2 года тому назадъ; не выкидывала; менструа получила на 16 году, чрезъ 3 недѣли, по 3 дня, необильныя и

²³⁾ О веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза см. „Журн. Акушерства“, 1892, стр. 672 и др.

²⁴⁾ Bibliothek für Lägevid, Bd. III, Hft. 2, цит. по Centbl. f. Gynäkologie, 1893, стр. 694, „Ueber die sogenannten „hohen“ Zangenentbindungen“.

²⁵⁾ Centbl. f. Gynäkol, 1892, № 14, и 1893, № 40. „Zur Zangenoperation“.

безъ болей; послѣднія мѣсячныя до родовъ, когда—не помнить. Теперь родовыя боли и схватки начались въ 10 часовъ утра 1/х Роженица небольшого роста, сложена нормально, питанія средняго, высота маточнаго дна мѣняется въ зависимости отъ схватокъ. Сердцебиеніе младенца, слѣва около l. alba на 2 пальца ниже пупка, отчетливо выслушивается, движенія плода ясны;—вообще при наружномъ изслѣдованіи получилось впечатлѣніе, что ребенокъ большой и головка его большая и твердая. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: соответственная, даже большая отечность *genitalia externa*, набухлость рукава; зѣвъ вполне раскрытъ; оболочки цѣлы; предлежитъ головка, (затылокъ) высоко и вполне баллозирующая и не установившаяся,—кромѣ этого, тутъ же оказалось, что весь I крестцовый позвонокъ выдается сильно впередъ, такъ что суженіе представляло все пространство (протяженіе) между *promontorium* и ложнымъ мысомъ, очень ясно ощущаемымъ при изслѣдованіи. Размѣры таза: D. sp.—22 сант.; D. cr.—24; D. tr.—28; C. ext. 16; C. diag.—11—11½; C. diag. spuria (т. е. до ложнаго мыса) 9½. Такимъ образомъ, хотя *conjug. diag.* получилась 11—11½ сант., но такъ какъ суженной была не одна какая либо плоскость таза, но цѣлое пространство, то такое суженіе сочтено было довольно серьезнымъ. Определено: I затылочное, передней видѣ, ребенокъ живъ; *partus* при *pelvis plana justo—minor*. Въ 6 часовъ вечера отошли воды и до того высоко надъ входомъ стоявшая головка опустилась и вставилась во входъ такимъ образомъ, что малый родничекъ опредѣлялся слѣва спереди, а большою—справа сзади, выше малаго; *sutura sagittalis* проходила косо; кости твердыя, швы узкіе. Сердцебиеніе плода хорошее. Боли сильныя. Однако не смотря на сильныя боли и потуги роды мало подвигались впередъ, головная опухоль все больше увеличивалась, кости зашли одна за другую, но головка мало понижалась. t° поднялась до 38° (*Endometr. subpart.*). Сердцебиеніе плода удовлетворительное. Въ 10 часовъ вечера рѣшено наложить щипцы. Подъ хлороформнымъ наркозомъ наложены щипцы *Naegele* въ правомъ косомъ размѣрѣ на стоящую во входѣ головку, которую въ наркозѣ можно было немного приподнять; щипцы легли плотно, было сдѣлано неособенно много сильныхъ тракцій прямо внизъ, пока наконецъ удалось протянуть головку чрезъ суженное мѣсто и ввести ее въ полость таза; тогда вывести наружу головку и туловище удалось очень легко. Ребенокъ—мальчикъ родился въ асфиксін I степени, дышалъ правильно и его удалось вскорѣ привести въ чувство на столько, что двигалъ ножками и открывалъ глаза, но заставить кричать не удалось. Черезъ 20 минутъ вышелъ послѣдъ (оболочки всѣ на лицо); матка сократилась плотно; рукавъ промытъ сулемой; дано 1,0 Pulv. secal. corn. и положенъ ледъ на низъ живота. Вѣсъ ребенка—4050 grm. окружность, головки 38 сант., размѣры ея: *transv. magn.*—10¼, *transv. min.*—9, *rectus*—12, *obliqu. maj.*—14, *obl. min.*—11½. При осмотрѣ головки найдено: лѣвая теменная кость сильно зашла за правую, у наружнаго угла праваго глаза значительная ссадина кожи отъ правой ложки щипцовъ. На кожѣ лица и около лѣваго уха нѣсколько поверхностныхъ потерь эпидермиса, у праваго темяннаго бугра ушибъ кожи съ кровоподтекомъ величиною съ 2-хъ копѣечную монету, на лѣвой лобной кости, на всемъ ея протяженіи, большое ложкообразное вдавленіе, съ ушибомъ кожи.

Головная опухоль на правой теменной кости. (Поворотъ головки произошелъ въ ложкахъ щипцовъ незначительно). Дальнѣйшее теченіе ругергіи было вполне благопріятное:

1-е сутки,—вечеромъ т° 36, днемъ матка на уровнѣ пупка; очищенія кровянистыя; кишечникъ переполненъ, мочится по катетеру, болѣзненности въ животѣ нѣтъ.

Получаетъ: внутрь *secalis cornuti* 0,6,3 раза въ день, кишечникъ очищенъ приемомъ *ol. ricini* 30,0.

3-и сутки, т° 36,7 утр.—36,8 веч., матка плохо сокращается, дно ея на уровнѣ пупка, немного отклонена вправо; болѣе нѣтъ; животъ мягкій послѣ кастороваго масла; на *genit. ext.* небольшой отекъ, выдѣленія небольшие, яркокраснаго цвѣта, увеличиваются послѣ давленія на дно; мочится сама.

На слѣдующіе сутки нагрубаніе грудей (т° 37,3 веч. высшая).

5-ые сутки, матка на 1 пал. ниже пупка, плотнѣе; очищенія меньше и блѣднѣе окрашены. Самочувствіе хорошее. т° 36,9 утр.—37,2 веч. Получаетъ *secal. corn.* Назначены еще: влагалищныя спринцеванія сулемой (1:3000); ледъ вечеромъ снять.

7-ые сутки, т° 36,7—36,9, матка на 3 пал. ниже пупка, очищенія мало, серозно-блѣдно-окрашенныя; болѣе нѣтъ; отправления кишечника удовлетворительны. Позволено сидѣть.

На 9 сутки, т° 36,7—37,2, при внутреннемъ изслѣдованіи найдено: маточная шейка плохо сформирована, мягка, имѣетъ надрывъ въ лѣвую сторону до свода, содержитъ *ov. Nabothi*; наружный зѣвъ открытъ, чрезъ внутренній—проходитъ палецъ въ полость матки; на задней стѣнкѣ матки прощупываются тромбы; ткань матки дрябловата, дно ея пальпа на 3 выше лобка. Своды пусты. Назначено: горячіе души 36° R., 2 раза, согревающей компрессъ на животъ, внутрь *p. secal. corn.* 0,6,2 приема въ день. Позволено немного ходить.

Подъ вліяніемъ такой терапіи еще чрезъ 6 дней (15-й день) родильницу можно было выписать, какъ вполне здоровую. При выпискѣ найдено: маточная шейка хорошо сформировалась, чрезъ наружный зѣвъ проходитъ палецъ; матка все-таки мягковата, совсѣмъ не болитъ, въ легкой *anteflexio*; своды пусты; отдѣленіе водянистое, слегка окрашенное кровью. Ребенокъ здоровъ и взятъ матерью; ссадины и кровоизливанія головы исчезли.

2-й случай. Анна Ла—ева, крест. жена, 30 л., правосл., I—para, осмотрѣна въ первый разъ 14/II. 94, въ 10 час. утра.

Anamnesis таковъ: не рожала и не выкидывала; *menstrua* съ 16 лѣтъ, чрезъ 4 недѣли, по 7 дней, правильно, безъ болѣй, очень обильны, послѣднія въ маѣ 1893 г.; въ послѣднее время чувствовала себя не хорошо и лѣчилась амбулаторно отъ кашля и боли въ лѣвомъ боку; около недѣли захворала болями въ животѣ и поясницѣ; запоры, отсутствіе аппетита, слабость, а съ 13/II, начались схватки въ животѣ сильнѣе. *Status praesens*: тѣлосложенія правильнаго, подкожный жирный слой развитъ не сильно, животъ не особенно большой; сердечныя тоны плода (*p. justo-minor*) выслушиваются ясно слѣва внизу около *l. alba*; родовыя боли сильныя. Газъ обще суженный. Размѣры *ergo*: D. sp.—22 с., D. cr.—26, D. tr.—29, C. ext.—15¹/₂, C. d. 9¹/₂—10. При изслѣдованіи *per vaginam*

оказалось: отекъ genital ext. небольшой, рукавъ не широкій, шейка еще есть, открытіе на 1 палець, воды, еще не прошли; предлежитъ головка (затылкомъ), она стоитъ надъ входомъ и вполне подвижная. Въ 1 ч. дня прошли воды; хотя боли очень сильныя, но зѣвъ открывался очень медленно (въ 5 час. веч.—2½ пал., въ 7 час. веч.—3 пал.) и головка только вставлялась, но не опускалась въ тазъ; головная опухоль растетъ сильно.

Въ 10 часовъ вечера наружный зѣвъ матки вполне открытъ, большая родовая опухоль; оба родничка почти на одномъ уровнѣ (малый нѣсколько ниже), въ косомъ размѣрѣ (правомъ), головка во входѣ (не большимъ размѣромъ), но приподымается. Сердцебиеніе плода отчетливо. Хотя боли очень сильныя и роженица постоянно тужилась, но роды очень мало подвигаются впередъ, и въ 4 часа ночи 15/II, головка хотя конфигурировалась больше и стояла вплотную во входѣ малаго таза, ощущивается довольно большая часть задней телянной кости, передней же только незначительный сегментъ; роднички какъ выше; головная опухоль очень большая, воды грязныя (cum mesonio), но безъ запаха; т° 36,9. Сердцебиеніе плода „мѣняется“; роженица очень истощается отъ постояннаго натуживанія. Въ виду угрожающихъ явленій для жизни плода, наложены въ 4½ часа ночи подъ хлороформнымъ наркозомъ щипцы *Naegele* на высокостоящую головку; щипцы легли и замкнулись плотно въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ; нѣсколькими сильными тракціями (до 12) внизъ головка была низведена въ полость и затѣмъ выведена наружу. Извлеченъ мальчикъ въ глубокой асфиксіи, но былъ вскорѣ вполне оживленъ качаніями по *Schultze* и переменнымъ погруженіемъ въ теплую и холодную ванны. Черезъ ¼ часа, т. е. въ 5 часовъ утра 15/II, выжать послѣдъ по *Credé* (оболочки на лицо). Матка сократилась плотно; полость матки промыта sol. ac. carbol. 2%. На промежности разрывъ, недостигающій anus'a на 1 палець, не очень глубокой, соединяющійся съ разрывомъ нижней части задней стѣнки рукава, которая и разорвана глубоко до слизистой recti (ruptura perineae); наложены десять шелковыхъ швовъ (colporrhineographia) и присыпано pul. jodophotm. (на genitalia и ранѣ есть отекъ). Назначено: pulv. secal. corn. 0,6 внутрь и лёдъ на животъ; ноги связаны. Кромѣ того,—extr. hyosc. 0,015, с. natr. bicarbon. 0,3,3 порошка въ день; компрессъ согрѣвательный на лѣвый бокъ (въ виду бронхита). Вѣсъ младенца 2880 грм. Окружность головки—34 сант.; размѣры ея: большой поперечный—8¾; малый поперечный—7¾; большой косой—12; малый косой—9; прямой—11. Головка съ большою родовою опухолью и вообще очень удлинена (эллипсоидно); отъ ложекъ небольшие слѣды на os front. и occipit. въ области заушной (травма кожи). Пуэрперальный періодъ былъ съ осложненіями. 1-е сутки,—т° 36° утромъ—37,3° вечеромъ, п.—56, д.—24. Животъ вздутъ, безболѣзненный; uterus вправо, вяла, нечувствительна; незначительный отекъ вокругъ швовъ на промежности; lochia кровянистыя, не очень обильны; плохо мочится, пузырь полонъ. Стула не было; молока нѣтъ. Получаетъ: secal. corn. и pulv. с. hyosciam. Мочится по катетеру.

Діета: булка, молоко и манная каша. 3 сутки, дно матки на 3 пальца ниже пупка; матка безболѣзненна, менѣе смѣщается вправо; lochia еще кровянистыя, не обильны. т° 37,3 утромъ, 37,6 вечеромъ,

пульсъ 58. Кашель легче, съ мокротой; не слабило, получаетъ: прежніе pulv. № II; ol. ricin 30,0 на приѣмъ, вечеромъ cluſta; уборка съ jodoph.; ледъ снятъ. На слѣдующіе сутки швы сняты, такъ какъ они частью прорѣзались, и было замѣтно нагноеніе, сращенія не произошло. 5-е сутки, t° 37,0 утромъ, 37,0 вечеромъ, пульсъ 58; fund. ut. на 4 пальца надъ лобкомъ; матка плотна, контурируется ясно кругомъ; lochia кровянистая, грязноватая, безъ запаха; поверхность бывшаго разрыва нечистая, покрытая гнойнымъ отдѣляемымъ; кашель уменьшился; молока мало въ грудяхъ. Получаетъ: sort. pulv. № II; спринцеваніе рукава растворомъ сулемы 2 раза; уборка съ jodoph., котлетка.

7-е сутки, t° 36,8 утромъ, 36,8 вечеромъ, пульсъ 60. Не можетъ мочиться сама (моча прозрачная, насыщенная); матка на 3 пальца надъ лобкомъ, lochia окрашены; кашель прорешлъ. Получаетъ: secale corn. рукавныя спринцеванія и уборка съ іодоформомъ; моча выпускается катетеромъ; позволено сидѣть! (на 9 сутки). 10 сутки, t° 36,9 утромъ, 37,0 вечеромъ. Матка сдвинута вправо, животъ нечувствительный; мягкій; fund. uteri на 4 пальца надъ лобкомъ; lochia кровянистая, серозная, грязноватая; поверхность разрыва чище, гранулируетъ. Слабило, пузырь не опорожненъ; выпущено катетеромъ 700 куб. сант. мутной, свѣтложелтой мочи, удѣльный вѣсъ 1010, реакція слабокислая; бѣлка нѣтъ; слизь и нѣсколько эпителиальныхъ клѣтокъ подъ микроскопомъ. При изслѣдованіи per vaginam оказалось: uterus впереди, плохо сократился, цервикальный каналъ легко проходимъ, палецъ входитъ чрезъ внутренній зѣвъ въ матку: portio vag. сформирована; своды не заняты; секретъ на пальцѣ окрашенный, безъ запаха. Получаетъ: secal. corn. № III и на ночь pulv. с. extr. hyosciam; t-rae valerian spl. 15 + tr. nuc. vom. 3,0 S., по 15 капель, 3 раза. На слѣдующій день позволено встать. На 15-е сутки, t° 36,6 утромъ, 36,9 вечеромъ, матка на 2 пальца надъ лобкомъ, выдѣленія окрашены значительно еще. Назначено: горячія души изъ sol. ac). carbol. 1% въ 35° R. + вечеромъ и 36° R. + утромъ; также pulv. lig. com. ros 2 чайныхъ ложечки. На 18 сутки, выдѣленія съ большою примѣсью крови, животъ немного чувствителенъ надъ лобкомъ; t° 37 утромъ, 38,3 вечеромъ, пульсъ 90. Знобитъ, назначено: secal. corn. 0,3, 4 раза въ лень и mixt. ac. mur. 100,0 S., чрезъ 2 часа столовая ложка, горячія души отмѣнены. На 20-е сутки, головная боль, насморкъ, herpes labialis et nasalis, въ зѣвѣ ничего ненормальнаго, не кашляетъ; вчера знобило, ночью потъ; животъ безболѣзненный, lochia кровянистая съ сгустками. t° 37,5 утромъ, 39,7 вечеромъ, пульсъ 98 Per vaginam: uterus недостаточно хорошо сокращенъ, впереди, вялый, безболѣзненный; шейка короткая, наружный зѣвъ легко пропускаетъ палецъ; на суправагинальной части сзади и вправо мягкій валикъ, немного чувствительный; правый сводъ короче лѣваго; секретъ на пальцѣ кровянистый, безъ запаха.

Вечернія повышенія t° повторялись еще 5 сутокъ и на 25-е сутки, t° 36,9 утромъ—37,6 вечеромъ, пульсъ—60, не знобило; головная боль продолжается; плохой аппетитъ, дурной вкусъ: языкъ чистъ; животъ мягкій, не вздутъ; нерѣзкая чувствительность въ правомъ паху; выдѣленія кровянистыя въ меньшемъ количествѣ, стула не было. Назначено. inf. secal. corn. 5,0—100,0 с. ac. mur. dil. 1,0 S. чрезъ 2 часа по столовой ложкѣ и t-rae chinae comp. + t-rae valerian. aeth. aa 10,0 S. по 20 капель

4 раза. Спринцеваніе рукава 2 раза; компрессъ на животъ, ванна 29° R. +. На 28-е сутки, t° 36,5 утромъ—36,7 вечеромъ, пульсъ—58.

Per vaginam: uterus впереди, сократился за недѣлю, но все еще недостаточно хорошо, у дна утолщенъ, подвижный, безболѣзненный; шейка коротка, каналъ не проходимъ, только верхушку пальца пропускаетъ *orif. ext.* Секретъ слизистый, окрашенъ; правый сводъ укороченъ, немного чувствителенъ у края матки; эксудата не опредѣляется; другія своды пусты и безболѣзненны; прослабило жидко и съ болью. Назначено: *bismuth. subnitrici* 0,3 два приема. Ванна 29° R; компрессъ на животъ и спринцеванія рукава. 31-е сутки, t° 36,5 утромъ—36,5 вечеромъ, пульсъ—60; животъ мягкій, въ нижнемъ отдѣлѣ безболѣзненный; выдѣленія менѣе окрашены. Температура затѣмъ снова стала по вечерамъ (3 дня) подниматься до 38,0°.

На 37-е сутки, t° 36,6 утромъ—36,8 вечеромъ, пульсъ—58. *Per vaginam* опредѣлено: uterus въ *anteflexio*, сократился достаточно, подвижный, безболѣзненный; наружный зѣвъ закрытъ, шейка сформирована, какъ слѣдуетъ; правая крестцово-маточная связка напряжена и при давленіи немного чувствительна; эксудата здѣсь нѣтъ (пальцы сходятся), лѣвый и задній своды нечувствительны и свободны; секретъ на пальцѣ кровянисто-слизистый. Снять еще отыскавшійся шовъ; разрывъ зарубцевался, значительно сократившись. Больной назначено: *sol. arsenical.* *Fovll.* 1,0 *aq. menthae* 10,0 *S.*, по 10 капель, 2 раза въ день во время ѣды; суппозиторій съ ихтиоломъ.

Въ дальнѣйшемъ дѣло пошло гладко, и больная выписалась, выздоровѣвши, на 41-е сутки: съ животомъ безболѣзненнымъ, съ маткой непрощупывавшеюся, съ слизистыми, слегка окрашенными выдѣленіями, съ отличнымъ самочувствіемъ.

Ребенокъ здоровъ и отданъ былъ въ Воспитательный Домъ.

Ясно, что оба наши случая принадлежатъ къ такому отдѣлу оперативнаго акушерства, гдѣ послѣднее имѣетъ возможность предложить не одинъ какой либо оперативный способъ лѣченія, а нѣсколько одновременно. А *prout*, это именно и должно встрѣтить на практикѣ по самому существу дѣла; вѣдь, каждый сложный случай родовъ есть задача *sui generis*, разрѣшеніе которой возможно только въ предѣлахъ показаній даннаго случая. Схемы случаевъ родовъ, привычка къ извѣстному оперативному приему не должны имѣть здѣсь мѣста. Напр., въ 1-мъ случаѣ рѣчь могла идти о щипцахъ высокихъ, перфорации головки у живаго плода и симфизиотоміи. Оставляя послѣднюю ²⁶⁾, слѣдовало-бы и краніотомію предназначить исключительно для мертвыхъ плодовъ, при живыхъ же только какъ *ultimum refugium*, возлагая надежду или на *vis medicatrix*

²⁶⁾ Покойный *Scanzoni* категорично высказывался противъ этой операціи. См. *op. cit.*, стр. 914.

naturae (выжидательный способ *Baudelocque*'а и др.), или на другіе менѣ жестокіе способы. Вообще при наложеніи высокихъ щипцовъ слѣдуетъ прежде всего обращать вниманіе на слѣдующіе моменты: а) сколь большимъ размѣромъ стоитъ головка въ apertura pelvis sup.? б) какъ, т. е. въ какой плоскости или размѣрѣ таза, вставилась она (въ смыслѣ *Kehrer*'а)? и в) какой узкій тазъ, если есть таковой, а буде нѣтъ, то какъ велико пространственное несоотвѣтствіе и пр.? Отвѣты на эти вопросы позволимъ себѣ привести въ видѣ отдѣльныхъ положеній.

1) *Цѣль операціи высокихъ щипцовъ* быстро окончить затянувшіеся роды по способу, возможно похожему на естественный родовой актъ (per vias naturales), конечно безъ желанія сдѣлать это во чтобы то ни стало и съ сохраненіемъ жизни также и младенца. Суть операціи сводится или къ низведенію въ нормальный тазъ (малый) нормальной, но почему либо не опускающейся или даже хорошо не конфигурирующейся головки, или же къ проведенію головки же чрезъ суженное тазовое кольцо патологическаго таза. Въ послѣднемъ случаѣ суженіе часто происходитъ на счетъ выступающаго далеко впередъ promontorium'a (или I поясничнаго позвонка; 1-й сл.), почему, думается, сдавленіе материнскихъ (родовыхъ) тканей не можетъ здѣсь вызывать угрожающихъ послѣдствій, вродѣ патологическихъ сообщеній съ мочевымъ пузыремъ или прямой кишкой; по крайней мѣрѣ, практика не всегда оправдываетъ теоретическое предположеніе объ опасности ²⁷⁾.

2) *Условія операціи высокихъ щипцовъ*, въ сущности, тѣже; что при обыкновенныхъ щипцахъ: а) маточный зѣвъ долженъ быть сложенъ и совершенно раскрытъ (послѣднее, пожалуй, не абсолютно нужно); б) воды должны пройти и головка должна быть обнажена отъ оболочекъ; в) тазъ не долженъ быть «абсолютно» узкимъ (предѣльный minimum у насъ conj. spuria около 8 сант.).—особенно въ introitus pelvis minor.; также и суженное мѣсто вообще (у насъ на счетъ I поясничнаго позвонка) не должно быть уже 7,5 (при небольшой головкѣ);

²⁷⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkol., 1893, Bd. XXVI, стр. 373 „Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken etc“ v. dr. *Neugebauer*.

8 или 9 сант. ²⁸⁾, здѣсь играет роль и общая форма таза: при частично-сѣуженныхъ тазахъ можно допустить conjug. vega=8 сант., при обще-сѣуженныхъ—около 8,5 сант.; г) головка хотя и стоитъ высоко [$\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{3}$ до приблизительно $\frac{2}{3}$ своей полусферы, --стало быть, необязательно большимъ своимъ сегментомъ, и стало быть, не всегда пройдя вполнѣ чрезъ сѣуженное мѣсто (*Schroeder, Kaltenbach, Феноменовъ* и др.)], но должна быть фиксирована до нѣкоторой степени въ тазовомъ входѣ; вставленіе и установка головки должна быть правильная, относительно говоря:—такимъ образомъ, если головка находится прямо высоко около symph. pubis (балотируетъ сильно, venter propendens и т. п.), что называется срединное вставленіе epithlipsis (по *Kehrer'у*), или если она лежитъ за l. innominata, на одной изъ боковыхъ fossa iliaca, что называется боковое вставленіе, parathlipsis (по *Breisky'ому* ²⁹⁾),—то ясно, до исправленія положенія головки, щипцы не удадутся; но если головка только *ущемлена* (enthlipsis) какъ въ 1-мъ случаѣ у насъ, между ложнымъ мысомъ и s. pubis, или она претерпѣла *околичиваніе* (gomphosis), что было отчасти и у насъ во 2-мъ случаѣ и что бываетъ обыкновенно при обще-сѣуженныхъ и воронкообразныхъ тазахъ,—то вполнѣ возможно благопріятно окончить роды высокими щипцами; - въ этомъ случаѣ фиксація и вставленіе покажутъ, на сколько способна головка къ конфигураціи, съ одной стороны, а съ другой—руководясь этимъ—именно условіемъ, а не вообще степенью сѣуженія того или другаго таза, что до сихъ поръ не привело ни къ чему опредѣленному въ практическомъ отношеніи (см. выше и у *Kehrer'a* ³⁰⁾), можно, послѣ выжиданія (ванны, души, положеніе роженицы, ручные способы исправленія головки и т. п.), точнѣе выяснитъ себѣ вопросъ: полезно или вредно для матери и плода наложить высокіе щипцы и получится-ли успѣшный исходъ въ данномъ случаѣ?

3) *Показанія къ операціи высокихъ щипцовъ* сводятся къ требованію сразу-же окончить роды, затянувшіеся и угрожающія матери или плоду; *затянувшіеся* или *остановившіеся*—вслѣд-

²⁸⁾ Размѣры головки между темяными буграми достигаютъ 8 сант.

²⁹⁾ Известно,— играет роль и уголъ наклоненія таза.

³⁰⁾ Op. cit., стр. 178.

ствіе слабости родовыхъ потугъ (отъ общихъ или мѣстныхъ причинъ), вслѣдствіе узкаго таза, когда t^0 38^0 и выше, отекъ наружныхъ genitalia, глухіе сердечные тоны плода и проч.; *угрожающіе* плоду растройствомъ плицентарнаго кровообращенія и смертью (pulsus «мѣняется» во 2-мъ случаѣ у насъ), а матери *sepsis*'омъ (endometritis sub partu въ нашемъ первомъ случаѣ), омертвѣніемъ тазовыхъ тканей и органовъ (fistula), коляпсомъ, кровотеченіемъ и т. д.

Здѣсь все время имѣется въ виду, что *плодъ*—*живой*, а не мертвый, ибо тогда другая рѣчь; конечно, не считается показаніемъ желаніе исправить щипцами положеніе головки, надъ apertura pelvis неподвижно стоящей (что и принципиально, и на практикѣ едва-ли допустимо?), или немедленно—во чтобы то ни стало—низвести такую головку чрезъ мѣсто суженія (см. условія: фиксація, конфигурація, выжиданіе и пр.).

4) *Механизмъ наложенія высокихъ щипцовъ* совершается по обще-принятымъ правиламъ (подъ наркозомъ хлороформнымъ или эфирнымъ); только пальцы соотвѣтственной руки вводятся глубже, (т. е. лучше полурукой), и ложку можно вести изъ глубины крестцовой впадины, если въ поперечномъ размѣрѣ, или пожалуй сначала можно наложить болѣе «трудную» ложку, если въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза (проф. *Феноменовъ*), какъ это иногда «удаётся» при щипцахъ на послѣдующую головку; дѣлается это съ расчетомъ, возможно менѣе ранить рукавъ и матку; съ другой стороны, чтобы не подвергать опасности головку, не слѣдуетъ сжимать ложки (resp., рукоятки), и если, напр., послѣднія не сходятся, то это можетъ также означать, что наложены онѣ не въ косомъ размѣрѣ какъ предполагалось, а въ поперечномъ тазѣ, (т. е. захвачены лобъ и затылокъ). Что касается размѣра, въ какомъ накладываются высокіе щипцы, то не слѣдуетъ забывать, что при высокомъ стояніи головки, стрѣловидный шовъ очень часто (но не всегда!) стоитъ нѣсколько въ косомъ размѣрѣ, правомъ или лѣвомъ, установившись такимъ образомъ сразу же или во время наложенія щипцовъ, почему наложеніе ложекъ необходимо приспосабливать, такъ сказать, къ косому стоянію головки (но гдѣ нужно и къ принципиальному поперечнику!), т. е. накладывать въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза—одну ложку впереди

у горизонтальной вѣтви лобковой кости, а другую—у крестцово-подвздошнаго сочлененія противоположной стороны; впрочемъ, и это не всегда спасаетъ головку отъ пораненія ея крововъ, какъ это было у насъ (хотя и не стремились особенно къ косому наложенію). Направленіе тракцій книзу вначалѣ (отчего страдаетъ *perineum*!) смѣнялось влеченіями по *Osiander*'у, разъ только головка, хотя немного двинулась внизъ; число и сила тракцій не можетъ быть опредѣлена заранѣе, все зависитъ отъ правильности діагноза, мѣстонахожденія и положенія головки. При извлеченіи головка и въ высокихъ щипцахъ сколько нибудь дѣлаетъ поворотъ; противиться этому нѣтъ данныхъ, напротивъ—скорѣе обязательно наблюдать, чтобы рукоятки щипцовъ слѣдовали при тракціяхъ тому направленію, по которому совершается такой поворотъ (см. въ учебникахъ механизмъ прохожденія головки чрезъ родовой каналъ при узкихъ тазахъ).

Нельзя не пожелать, чтобы взглядъ школы покойнаго проф. *Scroeder*'а на высокіе щипцы былъ провѣренъ, — чаще-ли и насколько именно страдаютъ *genitalia* роженицы и головка плода при нихъ, чѣмъ вообще при родахъ при узкихъ тазахъ, — равнымъ образомъ, дѣйствительно-ли сжиманіе ложками головки въ одномъ размѣрѣ препятствуетъ роженію другихъ отдѣловъ ея? Можно сомнѣваться въ такомъ положеніи и объяснять себѣ дѣло иначе. Точно также не легко вѣрить въ громадное профилактическое и терапевтическое значеніе поворота плода на тазовой конецъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ (въ надеждѣ на клиноподобное дѣйствіе послѣдующей головки въ смыслѣ *Scroeder*'а), какъ это разъяснено отчасти выше (у *Крассовскаго*, *Феноменова* и др.).

Можетъ быть, даже наоборотъ—*данныя теоріи и практики авторовъ позволяютъ поставить на мѣсто этого оперативнаго пособія (поворота) операцию высокихъ щипцовъ*. Если придать этимъ операціямъ одинаковое самостоятельное значеніе, т. е. параллельно оцѣнивъ показанія, свойственныя той и другой, всетаки можно заключить, что здѣсь выгоднѣе наложить высокіе щипцы съ профилактическою цѣлью, чѣмъ произвести поворотъ на ножки съ такою-же цѣлью. Равнымъ образомъ, теоретически разсуждая—какъ акушерская операція, высокіе щипцы не являются противорѣчіемъ:—принципъ инструмента,

способствующаго рожденію головки *per vias naturales* сохраняется; такъ-что опасность слѣдуетъ искать прежде всего со стороны узкаго таза, патологическихъ измѣненій на его костяхъ (смъ выше у *Neugebauer*'а) и т. п.; словомъ, *недостаточно діагностировать степень уменьшенія conjug. vera, но желателенъ еще анатомическій діагнозъ* (въ смыслѣ *Kehrer*'а), какъ это выяснено выше, въ отдѣлѣ условій. Вотъ съ этихъ двухъ сторонъ (какъ операцію самостоятельную и какъ операцію съ опредѣленнымъ показаніемъ) и хотѣлось-бы разсматривать операцію высокихъ щипцовъ; отнюдь-же не съ точки зрѣнія только профилактической или даже отрицательной *).

*) Статья получена Редакціей 9 января 1895 г.