

VII.

Профилактический поворотъ при узкихъ тазахъ и отношеніе его къ выжидательному методу *).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНІЕ.

К. Ф. Мацѣвскаго.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

(Окончаніе).

Переходимъ теперь къ обзислѣдованію исхода родовъ для матерей какъ при выжидательномъ методѣ, такъ и въ случаяхъ профилактическаго поворота. Здѣсь мы прослѣдимъ травматическія поврежденія, лихорадочныя движенія и ихъ послѣдствія. Для болѣе удобнаго сравненія результатовъ, мы рѣшили сопоставить данныя 115 случаевъ выжидательнаго метода параллельно съ данными 60 случаевъ профилактическаго поворота.

ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ МЕТОДЪ. ПРОФИЛАКТИЧЕСКІЙ ПОВОРОТЪ.

I. Травматическія поврежденія.

а) РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

I ст. имѣли мѣсто 7 разъ, что состав. 6,1%	I ст. имѣли мѣсто 3 р., что состав. 5,0%
II „ „ „ 3 „ „ „ 2,6 „	II „ „ „ 6 „ „ „ 10,0 „
III „ „ „ 1 „ „ „ 0,9 „	III „ не было — „ „ „ — „
неознач. ст. имѣли мѣсто . . . 8 „ „ „ 7,0 „	неозн. ст. имѣли мѣсто . . . 5 „ „ „ 8,3 „

б) ПЕРИНЕОТОМИАЕ

выполнены . . . 9 разъ, что состав. 7,8%	не было. — „ „ „ — „
Всѣхъ поврежденій промежности, т. е. разрывовъ промежности и перинеотомій имѣлось, было . . . 28 „ „ „ 24,3 „	Всѣхъ поврежденій промежности было . . . 14, что состав. 23,3 „

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Январь 1897 г. стр. 3.

с) Другія незначительныя поврежденія

имѣли мѣсто 3 раза, что состав. 2,6% | имѣли мѣсто 1 разъ, что состав. 1,7%

d) Поврежденія шейки матки

Разрывъ шейки случился . . . 1 разъ, что состав. 0,9%		Разрывъ шейки случился . . . 1 разъ, что состав. 1,7%
Отрывъ губы шейки 1 „ „ „ 0,9 „		Кровавая расши- ренія ш. вы- полсны . . . 4 „ „ „ 6,7 „
Кровав. расшир. ш. не было . . . — „		Всѣхъ поврежд. на шейкѣ мат. получилось . . . 5 „ „ „ 8,8 „
Всѣхъ повреж- деній шейки по- лучилось . . . 2 „ „ что состав. 1,7%		

е) Разрывъ сводовъ

не имѣла мѣста — „ „ „ — „ | случился . . . 1 разъ, что состав. 1,7%

f) Разрывъ матки

имѣла мѣсто . . . 2 раза, что состав. 1,7% | случился . . . 1 разъ, что состав. 1,7%

II. Лихорадочныя движенія.

Въ послѣродовомъ періодѣ лихорадили въ теченіе одного или двухъ дней:

16 родильницъ, что состав. . . 13,9% | 9 родильницъ, что состав. . . 15,9%

Лихорадили болѣе продолжительное время, т. е. болѣе двухъ дней:

21 родильница, что состав. . . 18,3% | 13 родильницъ, что состав. . . 21,7%

III. Смерть

случилась 1 разъ, что состав. . . 0,9%		имѣла мѣсто въ 1 случ., что состав. 1,7%
При вскрытіи причинной смерти признано гнилоровіе.		При вскрытіи причинной смерти признано: разрывъ матки съ послѣдующимъ кровотеченіемъ и гнилоровіе.

Изъ вышеприведеннаго обзора данныхъ относительно исхода родовъ для матерей мы видимъ, что процентное отношеніе неопасныхъ травматическихъ поврежденій при выжидательномъ методѣ весьма близко подходит къ проценту таковыхъ же поврежденій при профилактическомъ поворотѣ; то же самое мы замѣчаемъ относительно лихорадочныхъ движеній. По моему глубокому убѣжденію мы должны оцѣнивать оба разбираемые здѣсь метода только по вышеупомянутымъ травматическимъ

поврежденіямъ и по лихорадочнымъ движеніямъ въ послѣ-родовомъ періодѣ, изъ которыхъ первыя часто ведутъ къ хроническимъ заболѣваніямъ полового аппарата женщины, а послѣднія, обуславливаясь, главнымъ образомъ, занесеніемъ инфекціи въ родовые пути роженицы, могутъ повести къ очень тяжелымъ, даже смертельнымъ заболѣваніямъ матери. Если именно такъ будемъ сравнивать оба метода между собою, то окажется, что они оба даютъ одинаковые результаты по отношенію къ матерямъ. Что же касается разрывовъ матки, то эти столь опасныя поврежденія никогда не обуславливаются рациональнымъ примѣненіемъ того или другого метода, тѣмъ или другимъ рациональнымъ вмѣшательствомъ, а всегда являются послѣдствіемъ ненормальнаго строенія мышечной ткани матки; на этомъ основаніи нераціонально оцѣнивать методы по процентамъ разрывовъ матки; послѣдніе проценты у насъ случайно совпали, но въ другихъ статистикахъ они разь дадутъ указанія въ пользу выжидательнаго метода, въ другой разь, наоборотъ, въ пользу профилактическаго поворота, какъ это часто бываетъ при счетѣ случайныхъ явленій. Смертельныя исходы матерей точно также нельзя ставить въ зависимость отъ примѣненія того или другаго метода; смерть матери при родахъ обуславливается или случайнымъ факторомъ, или суммой весьма разнородныхъ моментовъ; среди послѣднихъ весьма важную роль играетъ занесеніе инфекціи въ родовые пути матери; при этомъ также важно время инфицированія, свойства самой инфекціи, присутствіе травматическихъ поврежденій въ половомъ каналѣ роженицы; наконецъ, здѣсь имѣетъ весьма важное значеніе реакція со стороны заболѣващаго организма; такъ какъ тотъ или другой исходъ заболѣванія зависитъ отъ цѣлой массы факторовъ, то посему нераціонально по исходу заболѣванія оцѣнивать методъ, какъ и все лѣченіе, вообще; изъ всѣхъ моментовъ, слагающихся на тотъ или другой исходъ заболѣванія, мы можемъ лишь выдѣлить и поставить въ зависимость отъ того или другаго метода занесеніе заразы въ родовые пути матери и травматизацію ихъ; первый моментъ прослѣженъ у насъ по лихорадочнымъ движеніямъ въ послѣродовомъ періодѣ; второй моментъ мы объислѣдовали непосредственно.

Здѣсь считаю умѣстнымъ подчеркнуть основательность взгляда нѣкоторыхъ, весьма немногихъ изслѣдователей о томъ, что перфорация сама по себѣ не обуславливаетъ смерти матери; здѣсь же считаю умѣстнымъ отмѣтить взглядъ, что операція наложенія щипцовъ какъ полостныхъ, такъ и высокихъ сама по себѣ никогда не обуславливаетъ смерти матери; то же самое слѣдовало бы отмѣтить и объ операціи поворота плода: смерть матери послѣ поворота подобно тому какъ при щипцахъ и перфорацияхъ обуславливается случайными факторами, большею частью гнилокровіемъ, рѣже бываетъ послѣдствіемъ разрывовъ матки, но послѣдніе, какъ и это выше замѣтилъ, обуславливаются не самой операціею, а ненормальной структурой мышечной ткани матки. Изъ всего вышесказаннаго слѣдуетъ, что высчитываніе процента смертности матерей для перфорации, щипцовъ и поворотовъ вполне нерационально; оно не согласуется съ понятіями асептики и антисептики и не соответствуетъ современному уровню какъ акушерскаго искусства, такъ и акушерской науки.

Переходимъ теперь къ разбору тѣхъ основаній, которыя приводятся въ доказательство преимущества профилактическаго поворота передъ выжидательнымъ методомъ. Сторонники предохраняющаго поворота указываютъ на то, что 1) ихъ методъ даетъ лучшіе результаты для матерей, ибо при поворотѣ родовой актъ сокращается, и тѣмъ самымъ устраняются опасныя осложненія затяжныхъ родовъ; 2) профилактическій поворотъ даетъ лучшіе результаты для плодовъ; это происходитъ, главнымъ образомъ, отъ того, что 3) послѣдующая головка лучше аккомодируется и конфигурируется, чѣмъ впередъ идущая; 4) женщины, которыя при головныхъ предлежаніяхъ рожали мертвыхъ плодовъ, при тазовыхъ предлежаніяхъ родоразрѣшались благополучно.

Относительно 1-го пункта я долженъ отмѣтить, что всѣ смертвенія мягкихъ частей и большая часть разрывовъ матки относятся къ случаямъ запущенныхъ родовъ, которые были доставлены въ родовспомогательное заведеніе послѣ слишкомъ долгаго выжиданія, отличавшагося отсутствіемъ всякой критики и часто примѣнявшагося безъ соблюденія правилъ

асептики и антисептики. Такое выжиданіе не можетъ быть отождествляемо съ выжидательнымъ методомъ, и посему результаты такихъ родовъ не должны приниматься въ расчетъ при сравненіяхъ двухъ интересующихъ насъ методовъ. Нѣкоторая часть разрывовъ матки относится къ такимъ случаямъ, которые были доставлены въ заведеніе въ незапущенномъ видѣ; такіе разрывы случаются очень рѣдко и обусловливаются ненормальнымъ строеніемъ мышечной ткани матки; въ такихъ случаяхъ, какъ это явствуетъ изъ исторій родовъ, осложненныхъ разрывомъ матки, родовыя боли бываютъ слабы, часто принимаютъ судорожный характеръ, въ большинствѣ случаевъ раскрытіе зѣва замедляется; это послѣднее обстоятельство часто заставляетъ выжидать даже сторонниковъ профилактическаго поворота, и посему самопроизвольные разрывы *возможны и дѣйствительно бываютъ* также и въ тѣхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, гдѣ при узкихъ тазахъ примѣняется профилактическій поворотъ; такое мнѣніе доказывается, между прочимъ, исторіей родовъ, описанныхъ Nagel'емъ въ его сочиненіи:—«Die Wendung bei engem Becken»—на 40 стр. Въ указанной исторіи родовъ, давшихъ въ концѣ концовъ летальный исходъ какъ для матери, такъ и для плода, я позволю себѣ подчеркнуть тотъ фактъ, что въ заведеніи, гдѣ при узкихъ тазахъ примѣняется профилактическій поворотъ, въ данномъ случаѣ поворотъ былъ предпринятъ спустя 28 час. со времени поступленія рожевицы въ заведеніе; поворотъ оказался настолько легкимъ, что авторъ не сомнѣвается въ томъ, что разрывъ матки, обнаружившійся послѣ поворота, произошелъ до операціи; авторъ объясняетъ столь продолжительное выжиданіе незначительнымъ суженіемъ таза ⁹⁾, и сравнительно благопріятнымъ анамнезомъ предъидущихъ родовъ; однакоже такое объясненіе не оправдывается статистикой автора, въ которую на 60 всѣхъ случаевъ вошли 10 поворотовъ при con. diag. въ 11 ст. и 1 поворотъ при coniug. diag. въ 11^{1/2} ст., при благопріятномъ въ большинствѣ случаевъ анамнезѣ предъидущихъ родовъ; мнѣ бы казалось болѣе

⁹⁾ Размѣры таза указаны слѣдующіе: между верт. 29, м. греб. 26, м. ост. 24; наруж. конъюг. 18^{1/2} con. diag. 10^{1/2}.

вѣроятнымъ, что здѣсь медлили съ поворотомъ по причинѣ недостаточнаго открытія маточнаго зѣва; послѣдній при поступленіи роженицы въ заведеніе былъ «dreimarkstückgross» по словамъ автора.

Отсюда мы видимъ, что профилактическій поворотъ далеко не всегда примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ могъ бы быть полезенъ; такъ относительно поворота дѣло обстоитъ теперь, такъ оно будетъ вестись и въ будущемъ, ибо поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ при несовершенномъ зѣвѣ, обуславливая собою большую травматизацію родовыхъ путей матери, теряетъ свое профилактическое дѣйствіе; въ большинствѣ случаевъ предохраняющій поворотъ предпринимаема при стоячихъ водахъ или вскорѣ послѣ ихъ отхожденія, при полномъ или почти полномъ открытіи зѣва, т. е. въ такихъ случаяхъ, гдѣ родовая дѣятельность матки удовлетворительна и гдѣ, слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ мускулатура ея здорова, но въ такихъ именно случаяхъ профилактическое дѣйствіе поворота сомнительно, и посему поворотъ становится излишнимъ.

Здѣсь не могу не оговорить инфицированныхъ родовъ, при которыхъ возможности скорое родоразрѣшеніе весьма целесообразно; этому требованію отвѣчаетъ какъ профилактическій поворотъ по своему существу, такъ и выжидательный методъ своими основными принципами; именно, при послѣднемъ методѣ явленія *endometritidis sub partu* считаются настоятельнымъ показаніемъ для перехода отъ выжиданія къ оперативному вмѣшательству, т. е. къ родоразрѣшенію; нѣкоторые сторонники выжидательнаго метода отступаютъ отъ этого основнаго правила, главнымъ образомъ, во избѣжаніе перфораціи живаго плода; результаты родовъ при такихъ отступленіяхъ не могутъ быть поставлены въ вину выжидательнаго метода; въ статистику послѣдняго метода вошелъ у насъ одинъ подобный случай, въ которомъ роды затянулись и дали летальный исходъ для матери; при сравненіи результатовъ выжидательнаго метода съ результатами профилактическаго поворота упомянутый случай смерти матери уравнивается однимъ летальнымъ исходомъ при поворотѣ, который, кстати замѣчу, принадлежалъ къ числу поворотовъ, по условіямъ

своего производства неотвѣчающихъ идеальнымъ условіямъ профилактическаго поворота.

Переходимъ къ разбору втораго основанія приводимаго въ защиту профилактическаго поворота, а именно, что этотъ методъ даетъ лучшіе результаты для плода, чѣмъ выжидательный; *Schroeder* ¹⁰⁾ въ своемъ учебникѣ акушерства положительно высказывается, что равнымъ поворотомъ спасается отъ смерти цѣлая половина того числа плодовъ, которые при выжиданіи погибаютъ отъ перфорациі. На основаніи данныхъ нашей статистики мы можемъ вывести противоположное заключеніе, а именно, что при выжидательномъ методѣ остаются въ живыхъ около половины того числа плодовъ, которые погибаютъ при поворотѣ. Такая противоположность между указаніями нашихъ цифръ и взглядомъ знаменитаго *Schroeder*'а озадачивала насъ до тѣхъ поръ, пока мы не обратили вниманія на одинъ фактъ, объяснившій всю загадку въ пользу нашихъ цифръ. Дѣло въ томъ, что *Schroeder* судилъ о поворотѣ и выжиданіи по собственному матеріалу; мы же знаемъ, что онъ былъ горячимъ противникомъ высокихъ щипцовъ и посему долженъ былъ чаще прибѣгать къ перфорациі высоко стоящей головки плода. Этотъ же фактъ позволяетъ намъ заключить о томъ, что въ тѣхъ заведеніяхъ, гдѣ примѣняется профилактическій поворотъ, вмѣстѣ съ повышеніемъ смертности плодовъ въ зависимости отъ поворота, или лучше сказать, отъ многочисленныхъ этиологическихъ моментовъ для развитія асфиксін плода при поворотѣ, идетъ параллельно съ нимъ повышеніе смертности плодовъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ уже поворотъ непримѣнимъ, повышеніе, обусловливаемое избѣганіемъ высокихъ щипцовъ и болѣе частымъ примѣненіемъ перфорациі. Здѣсь я считаю умѣстнымъ привести процентныя отношенія краниотомій къ всему количеству родовъ за этотъ же самый промежутокъ времени какъ для германскихъ родо-вспомогательныхъ заведеній, гдѣ процвѣтаетъ профилактическій поворотъ, такъ и для тѣхъ заведеній, въ которыхъ не

¹⁰⁾ Учебникъ Акушерства. Русск. переводъ съ девят. исправл. изданія подъ редак. проф. Рейна. Спб. 1888; послѣд. строка 521-ой стр. и пять пер. строкъ 522-ой стр.

избѣгаютъ высокихъ щипцовъ; цифры для германскихъ учреждений и привожу по *Zeitmann*'у ¹¹⁾.

Въ Дрезденѣ перфорации составили	1, 8%	всего	числа	родовъ.
„ Лейпцигѣ „ „	1, 77	„ „ „	„	„
„ Halle „ „	1, 12	„ „ „	„	„
„ Берлинѣ (Charité) перфорации составили	1, 1	„ „ „	„	„
Въ Вѣнѣ (I. Gebärklinik) перфорации составили	0, 32	„ „ „	„	„
Въ Буда-Пештѣ перфорации составили	0, 4	„ „ „	„	„
„ С.-Петер. Родовспом. Зав. перфорации составили	0, 46	„ „ „	„	„
Въ Москов. Родовсп. Зав. перфорации составили	0, 58	„ „ „	„	„
Въ С.-Петер. Импер. Кавказ. Пов. Истг. за время завѣд. проф. <i>И. Ф. Баладина</i> перфорации составили	1, 5	„ ¹²⁾	„	„
За время зав. проф. <i>Д. О. Отта</i> перфорации составили	0, 36	„ „ „	„	„

На основаніи всего вышесказаннаго мы можемъ заключить, что веденіе родовъ по принципамъ выжидательнаго метода обезпечиваетъ гораздо большее число жизни плодовъ, чѣмъ примѣненіе принципотъ профилактическаго поворота.

Переходимъ къ разбору третьяго положенія сторонниковъ профилактическаго поворота, а именно, что послѣдующая головка лучше конфигурируется и лучше приспособляется къ размѣрамъ таза, чѣмъ впередъ идущая; такъ какъ именно болѣе полною конфигураціею и болѣе совершенною приспособляемостью послѣдующей головки многіе объясняютъ фактъ болѣе скорого прохожденія послѣдующей головки въ сравненіи съ впередъ идущею, такъ какъ, кромѣ того, нѣкоторые уже въ самомъ болѣе скоромъ прохожденіи послѣдующей головки усматриваютъ преимущество предлежавій нижнимъ концомъ передъ черепными, то посему прежде всего я долженъ рассмотреть фактъ болѣе скорого прохожденія послѣдующей головки. Последнее явленіе *въ большинствѣ случаевъ* дѣйствительно наблюдается и обусловливается преимущественно тѣмъ обстоятельствомъ, что, когда матка освобождается отъ части своего содержимаго, наступаетъ усиленіе плодоизгоняющихъ силъ; если же несмотря на это головка задерживается, то

¹¹⁾ Die Kraniotomie auf Grund von 121 Fällen. Arbeiten aus der Kön. Frauenkl. in Dresden von Leopold. Leipzig. 1893.

¹²⁾ % перфораций любезно сообщены мнѣ д-ромъ *С. Т. Виридарскимъ* по даннымъ его еще неизданнаго отчета; столь высокій % перф. объясняется тѣмъ, что проф. *Баладинъ* избѣгалъ наложенія высокихъ щипцовъ.

мы помощью искусства пополняем их дѣйствіе и извлекаемъ головку руками; такъ понимаемое болѣе скорое прохожденіе послѣдующей головки имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ или гдѣ оно, вообще, незначительно; въ остальныхъ случаяхъ, гдѣ именно является спросъ на конфигурацію и аккомодацию головки, тамъ она сплошь да рядомъ задерживается; акушерская практика указываетъ на то, что задержание головки въ тазу можетъ продолжаться безъ опасности для жизни плода не больше нѣсколькихъ минутъ *въ среднемъ счетъ*, и посему скорое прохожденіе головки здѣсь крайне необходимо; между тѣмъ впередъ идущая головка безъ всякой опасности для плода можетъ оставаться во входѣ таза цѣлые часы; къ тому же мы можемъ сократить продолжительность этого стоянія при помощи щипцовъ; слѣдовательно, при впередъ идущей головкѣ мы вовсе не считаемся съ тѣмъ моментомъ, который при послѣдующей составляетъ *condicionem sine qua non* для жизни плода; въ томъ, конечно, лежитъ преимущество черепныхъ предлежаній въ случаяхъ, гдѣ пространственное отношеніе между головкою и тазомъ ограничено.

Кромѣ того, если послѣдующая головка рождается быстро въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ и, наоборотъ, она задерживается очень часто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пространственное соотвѣтствіе между головкою и тазомъ ограничено, то на основаніи этихъ фактовъ можно предположить, что послѣдующая головка недостаточно конфигурируется и аккомодируется. Я наблюдалъ цѣлый рядъ головокъ плодовъ вскорѣ послѣ ихъ рожденія при предлежаніяхъ нижнимъ концомъ какъ при нормальныхъ, такъ и при узкихъ тазахъ; такія головки чаще всего имѣютъ правильную форму, больше всѣхъ другихъ головокъ приближающуюся къ формѣ шаровидной; иногда наблюдалъ слабое захожденіе швовъ; никогда не видѣлъ здѣсь значительнаго удлиненія головки по ея большому косому диаметру, какое почти всегда наблюдается на впередъ идущихъ головкахъ плодовъ при общеравнобѣрносуженныхъ тазахъ; никогда не наблюдалъ здѣсь сплющиванія головки по одному теменноушному размѣру и удлиненія ея по другому такому

же размѣру, какъ это почти всегда замѣчается на впередь идущихъ головкахъ при плоскихъ тазахъ; напротивъ того, вдавленія и переломы на костяхъ черепа послѣдующей головки составляютъ довольно частое явленіе. Всѣ эти обстоятельства заставляютъ предполагать, что послѣдующая головка хуже конфигурируется и приспособляется, чѣмъ впередь идущая.

Нѣкоторые указываютъ на то, что послѣдующая головка вступаетъ во входъ таза своею болѣе узкою частью подобно клину и посему легче приспособляется и конфигурируется; противъ такого мнѣнія можно возразить, что головку нераціонально сравнивать съ клиномъ; но допустимъ, что такое сравненіе вѣрно; тогда по дѣйствию клина первымъ эффектомъ будетъ здѣсь усиленіе приложенной силы; этимъ мы могли бы объяснить прежде всего частоту поврежденій костей черепа, никакъ не предполагать болшую при этомъ конфигурацію головки; вѣдь никто не говоритъ, что чѣмъ сильнѣе влечь, тѣмъ головка лучше конфигурируется или приспособляется.

Нѣкоторые полагаютъ, что при извлеченіи головки руками мы можемъ располагать первую въ болѣе удобныхъ для нея размѣрахъ таза; конечно, это такъ; но не имѣя *точного* представленія о формѣ и размѣрахъ полости таза, не зная точно механизма вставленія послѣдующей головки плода во входъ узкаго таза, мы не можемъ расположить головку такъ выгодно, какъ это дѣлаетъ природа *въ большинствѣ случаевъ* и никоимъ образомъ не можемъ провести головку въ наиболѣе выгодныхъ условіяхъ черезъ входъ таза; стоитъ намъ вспомнить о томъ сложномъ механизмѣ, который продѣлываетъ впередь идущая головка при поступательномъ движеніи своемъ черезъ входъ плоскаго таза, чтобы усумниться въ томъ, чтобы чело-вѣкъ могъ выполнить надлежаще подобную тонкую работу въ теченіе нѣсколькихъ минутъ; да еще тутъ же возникаетъ вопросъ, полезно ли для извлеченія послѣдующей головки подражать упомянутому механизму при плоскихъ тазахъ; рѣшеніе этого вопроса здѣсь важно, потому что мы до сихъ поръ не знаемъ точно механизма прохожденія послѣдующей головки черезъ входъ узкаго таза.

Нѣкоторые сторонники профилактическаго поворота при-

водятъ въ доказательство преимущества своего метода случаи благополучнаго окончанія родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ у тѣхъ женщинъ, которыя рожали мертвыхъ плодовъ при черепныхъ предлежаніяхъ. На это я долженъ возразить, что такіе случаи весьма рѣдки, какъ это явствуется изъ многихъ статистикъ, а также изъ того факта, что *Schroeder*, который располагалъ громаднымъ акушерскимъ матеріаломъ, былъ однакоже принужденъ позаниматься подобный случай у *Hooping'a*; на исключительность подобныхъ родовъ указываетъ давно установленный въ акушерствѣ законъ, по которому роды при ягодичныхъ предлежаніяхъ даютъ гораздо большее число мертворожденій, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ; въ заключеніе я считаю умѣстнымъ упомянуть объ одномъ случаѣ изъ моей статистики, гдѣ женщина въ 6-й разъ родила сама доношенную здоровую дѣвочку, между тѣмъ какъ предшдущіе роды у нея были очень тяжелые, въ томъ числѣ двое родовъ закончены профилактическимъ поворотомъ и извлеченіемъ мертвыхъ плодовъ; кстати замѣчу, что эти два поворота и послѣдніе самопроизвольные роды вошли въ мою статистику.

На основаніи нашихъ изслѣдованій мы приходимъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

При родахъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ 1-й и 2-й степени,

- 1) выжидательный методъ по отношенію къ матерямъ даетъ такіе же результаты, какъ и профилактическій поворотъ.
- 2) Выжидательный методъ оказывается болѣе выгоднымъ для плодовъ, чѣмъ профилактическій поворотъ.
- 3) Преимущество выжидательнаго метода передъ профилактическимъ поворотомъ особенно значительно въ трудныхъ случаяхъ, т. е. въ случаяхъ болѣе высокихъ степеней пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ.
- 4) Всѣ доводы, приводимые въ пользу профилактическаго поворота, основываются на предположеніяхъ или фактахъ, имѣющихъ исключительное значеніе.
- 5) Узкій тазъ самъ по себѣ не долженъ составлять показанія для поворота.

Краткій обзоръ случаевъ выжидательнаго метода.

Къ тому, что я выше сказалъ о матеріалѣ, послужившемъ мнѣ для изслѣдованія выжидательнаго метода, я считаю нужнымъ присовокупить слѣдующее: въ основной списокъ случаевъ для изслѣдованія означеннаго метода вошло 145 случаевъ самопроизвольныхъ родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ съ соп. diag. въ 11—8¹/₂ ст., 59 случаевъ полостныхъ и выходныхъ щипцовъ и 34 случая высокихъ щипцовъ; сюда также вошло 13 перфораций; въ числѣ означенныхъ щипцовъ имѣются случаи при нормальныхъ тазахъ; въ рубрику перфораций я завелъ все случаи прободенія головки, какіе имѣли мѣсто въ теченіе того времени, къ которому относятся все наши случаи выжидательнаго метода. Я смелъ полезнымъ занести въ основной списокъ щипцы при нормальныхъ тазахъ и все перфорации безъ исключенія потому, чтобы: 1) сдѣлать самостоятельныя изслѣдованія означенныхъ операций въ важномъ для нашей работы отношеніи; 2) дать возможность читателю свободно ориентироваться во всехъ нашихъ дѣйствіяхъ.

Самопроизвольные роды.

1-я группа.	{	При соп. diag. въ 11 ст.	77 сл.	{	84 случая съ 1 потер.
	{	„ „ „ „ 10 ³ / ₄ „	7 „	{	пл., что составляетъ
					1,2% смерт. плод.
2-я группа.	{	При соп. diag. въ 10 ¹ / ₂ ст.	16 сл.	{	56 случаевъ съ по-
	{	„ „ „ „ 10 ¹ / ₄ „	6 „	{	терей 3 плод., что
	{	„ „ „ „ 10 „	30 „	{	составляетъ 5,4%
	{	„ „ „ „ 9 ³ / ₄ „	4 „	{	смерт. пл.
3-я группа.	{	При соп. diag. въ 9 ¹ / ₂ ст.	3 сл.	{	5 случ. съ потерей
	{	„ „ „ „ 9 ³ / ₄ „	1 „	{	1 плода, что состав-
	{	„ „ „ „ 9 „	1 „	{	ляетъ 20% см. плод.
	{	„ „ „ „ 8 ³ / ₄ „	1 „	{	

Потеря плодовъ при тазовыхъ суженіяхъ всехъ трехъ группъ составляетъ 5 плодовъ на 145 случаевъ, т. е. 3,4⁰/₀ смертности.

Потеря плодовъ при тазовыхъ суженіяхъ двухъ послѣднихъ группъ составляетъ 4 пл. на 61 случай, т. е. 6,6⁰/₀ смертности.

Полостные и выходные щипцы.

Всѣхъ случаевъ наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ было 59 съ потерей 7 плодовъ, что составляетъ 11,9⁰/₀ смертности плодовъ.

Изъ числа 7 потерянныхъ плодовъ 1 ребенокъ померъ на 5 день отъ кровотеченія съ послѣдующимъ нагноеніемъ пупка; первые 3 дня отмѣчался совсѣмъ здоровымъ; 1 ребенокъ померъ на 7 д. отъ расстройства желудка и кишекъ; отмѣчался здоровымъ 6 дн.; 1 ребенокъ померъ на 19 д., отмѣчался здоровымъ 17 дн.

Исключивъ эти 3 потери, гдѣ дѣти померли отъ причинъ, неимѣющихъ ничего общаго съ родовымъ актомъ, получимъ 4 потери на 59 случаевъ, что составляетъ 6,8% смертн. пл.

Въ 34 случаяхъ наружные размѣры таза приближались къ нормальнымъ; при нихъ 1 плодъ померъ отъ эклампсiи и 1 мать отъ арорлексiа cerebri.

Въ 25 случаяхъ тазы были по своимъ размѣрамъ сужены, при нихъ погибло 3 пл., смерть которыхъ могла быть связана съ родовымъ актомъ и наложеніемъ щипцовъ; 3 потери на 25 случаевъ составляетъ 12% смер. пл. Эти 3 плода погибли при слѣдующихъ условіяхъ: въ одномъ случаѣ плодъ родился мертвымъ, былъ доношенъ, хорошо развитъ; до наложенія щипцовъ сердцебіеніе плода было учащено; въ одномъ случаѣ плодъ родился въ глубокой асфиксiи, былъ оживленъ, но вскорѣ померъ; былъ слабо развитъ; вѣсъ его составилъ 2450 грм., длина—45 ст., прям. окружн. головки—33 ст. роды въ этомъ случаѣ наступили на 38 нед.; плодъ имѣлъ признаки гидроцефалгiи; въ третьемъ случаѣ плодъ сейчасъ-же послѣ родовъ сталъ громко кричать, хорошо дышать; сосалъ хорошо; прекрасно развитъ; умеръ отъ рожи на 11 д. жизни; не былъ исключенъ мною изъ числа погибшихъ отъ родовъ, потому что на головкѣ были вдавленія отъ ложекъ щипцовъ, а тракціи послѣдними были сильны. Въ этомъ же случаѣ головка плода при поступленіи роженицы въ Институтъ была уже во входѣ таза.

Отсюда мы имѣемъ право заключить, что въ нашихъ совсѣмъ чистыхъ случаяхъ наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ при узкихъ тазахъ % потери плодовъ нулевой.

Въ числѣ узкихъ тазовъ оказалось только 5 случаевъ, гдѣ соп. diagn. была помѣчена, а именно:

соп. diag.	въ 11	ст.	въ 3	случаяхъ,	давшихъ	0	потерь
"	"	"	10	"	"	1	"
"	"	"	9½	"	"	1	"
"	"	"	9½	"	"	0	"

Высокіе щипцы.

Всѣхъ случаевъ наложенія высокихъ щипцовъ было 34 съ потерю 11 плод., что составляетъ 32,4⁰/₁₀₀ смертности плодовъ.

Въ 6 случаяхъ наружные размѣры таза приближались къ нормальнымъ, внутренніе размѣры ихъ не помѣчены; въ этихъ 6 случаяхъ потеряно 2 пл.

Въ остальныхъ 28 случаяхъ тазы были сужены; при нихъ потеряно 9 плод., что составляетъ 32,1⁰/₁₀₀ смертности плод.; относительно случаевъ, въ которыхъ потеряно 9 плод., слѣдуетъ замѣтить, что въ 2 случаяхъ головки плодовъ были уже фиксированы во входѣ таза при поступленіи матерей въ Институтъ.

Кромѣ того, относительно 9 потерянныхъ плодовъ слѣдуетъ замѣтить, что 2 изъ нихъ умерли до наложенія щипцовъ: въ 1 случаѣ сердцебіеніе плода не выслушивалось за 7 ч. до операціи; въ другомъ случаѣ щипцы были наложены спустя нѣкоторое время послѣ появленія признаковъ разрыва матки; къ тому же времени сердцебіеніе плода уже не выслушивалось; слѣдовательно, 9 потерь слѣдуетъ связать съ выжидательнымъ методомъ и только 7 потерь—съ операціею наложенія высокихъ щипцовъ; 7 потерь на 26 случаевъ составляетъ 26,9⁰/₁₀₀ смерт. Относительно случаевъ, давшихъ 7 потерь плодовъ, слѣдуетъ отмѣтить, что въ 1 случаѣ сердцебіеніе плода за 1 ч. до операціи не выслушивалось, а въ 3 случаяхъ до операціи замѣчены расстройства сердцебіенія плода; отсюда мы можемъ заключить, что въ 22 случаяхъ, въ которыхъ условія со стороны состоянія плода были удовлетворительны, потеряно 3 плода, что составляетъ 13,6⁰/₁₀₀ смертности плодовъ.

Въ 18 случаяхъ *con. diag.* была отмѣчена, а именно:

<i>Con. diag.</i>	въ 11 ст.	въ 3 случ.	съ 1 потер.	пл.
" "	" 10 ³ / ₄ "	" 4 "	" 1 "	" "
" "	" 10 ¹ / ₂ "	" 3 "	" 2 "	" "
" "	" 10 "	" 5 "	" 1 "	" "
" "	" 9 ³ / ₄ "	" 1 "	" — "	" "
" "	" 9 ¹ / ₂ "	" 2 "	" — "	" "

Слѣдовательно, въ 18 данныхъ случаяхъ потеряно 5 пл.

Перфорации.

Всѣхъ перфораций произведено 13 на 36 сотенъ родовъ, что составляетъ 0,36⁰/₁₀₀ всѣхъ случаевъ; перфорация на живомъ

плодѣ выполнена 4 раза, что составляет 30,8% всѣхъ перфораций и 0,11% всѣхъ случаевъ родовъ.

Въ 5 случаяхъ плоды оказались мертвыми уже при поступленіи роженицы въ Институтъ; а именно, въ 2 случаяхъ имѣлось выпаденіе пенульсирующей пуговички, въ 1 случаѣ плодъ оказался гипостнымъ, въ 1 случаѣ — мацерированнымъ; въ 1 случаѣ установлено отсутствіе сердцебіенія плода; въ этомъ же случаѣ головка плода была вколочена во входъ таза уже при поступленіи роженицы въ Институтъ; во всѣхъ 5 случаяхъ перфорация была выполнена вскорѣ послѣ поступленія роженицы въ родильню.

Въ остальныхъ 8 случаяхъ сердцебіеніе плода выслушивалось при приѣмѣ роженицы въ заведеніе; къ тому же времени головки плодовъ были уже фиксированы во входъ таза въ 3 случаяхъ; одинъ случай былъ осложненъ эклампсіею. Такъ какъ случаи, осложненные эклампсіею, не вошли въ число случаевъ, которые предназначались для сравненія съ профилактическимъ поворотомъ, такъ какъ сюда не вошли также случаи, въ которыхъ головки плодовъ были уже фиксированы во входъ таза при поступленіи роженицы въ Институтъ, то посему только 4 перфорации изъ всѣхъ 13 вошли въ число случаевъ, предназначенныхъ для сравненій.

Изъ числа послѣднихъ только въ 2 случаяхъ соп. diag. была отмѣчена, а именно:

соп. diag. въ 10¹/₂ отмѣчена 1 р.

Общіе итоги.

Основной матеріалъ, послужившій мнѣ для изслѣдованія выжидательнаго метода, обнимаетъ собою слѣдующіе случаи:

Самопроизволь. роды . . .	въ числѣ	145	сл., дав.	5	потер. пл.
Полости. и выход. щипцы . . .	„	59	„	4	„
Высокіе щипцы	„	34	„	11	„
Перфорации	„	13	„	13	„

Итого . . . 251 сл., дав. 33 потер. пл.

Въ томъ числѣ роды несомнѣнно были осложнены узкимъ тазомъ:

Самопроизвольн. роды въ 145 сл.,	давш. 5 пот. пл.
Полостн. и выход. щ. " 25 "	" " 3 " "
Высокіе щипцы . . . " 28 "	" " 9 " "
Перфорация безъ случая осложн. эклампсією и безъ 5 тѣхъ случаевъ, въ котор. плоды были несомѣнно мертвыя при поступл. рож. въ Инст.	7 " " 7 " "

Итого 205 сл., давш. 24 пот. пл., что составл. 11,7% смерт.

Для рациональнаго сравненія результатовъ выжидательнаго метода съ результатами профилактическаго поворота слѣдуетъ изъ числа случаевъ, давшихъ мертвыхъ плодовъ, исключить тѣ роды, въ которыхъ головка плода была уже фиксирована въ тазу при поступленіи роженицы въ Институтъ, ибо въ такихъ случаяхъ поворотъ уже невыполнимъ, и посему въ такихъ именно случаяхъ не можетъ быть рѣчи о выборѣ того или другаго метода; исключивъ такіе роды, получимъ:

Самопроиз. роды въ	145 сл., дав. 5 пот. пл.
Полост. и выход. щипцы	24 " " 2 " "
Высокіе щипцы	26 " " 7 " "
Перфорация	4 " " 4 " "

199 сл., дав. 18 пот. пл., что сост. 9% см.

Такъ какъ въ нашу статистику профилактическаго поворота вошли преимущественно случаи, осложненные тазовымъ суженіемъ съ соп. diag. въ $10^{1/2}$ — $8^{1/2}$ ст., тазовъ же съ соп. diag. въ 11 — $10^{3/4}$ ст., всего здѣсь имѣется 6 случаевъ, къ тому же въ этихъ случаяхъ рожденные плоды были значительнаго вѣса и длины, то посему для рациональнаго сравненія результатовъ необходимо изъ числа самопроизвольныхъ родовъ исключить случаи съ тазовымъ суженіемъ съ соп. diag. въ 11 — $10^{3/4}$ ст., тогда получимъ:

Самопроизволь. р. въ	61 сл., давш. 4 пот. пл.
Полост. и вых. щипц.	24 " " 2 " "
Высокіе щипц.	26 " " 7 " "
Перфорация	4 " " 4 " "

Итого 115 сл., давш. 17 пот. пл., что составл. 14,8% смерт.

Нѣкоторые, быть можетъ найдутъ, что введеніе щипцовъ, особенно полостныхъ, безъ указанія величины соп. diag. значительно улучшаетъ результаты выжидательнаго метода; чтобы доказать ошибочность такого мнѣнія, я собралъ всѣ

случай, въ которыхъ тазонзмѣреніе было произведено тщательно съ обозначеніемъ длины *con. diagon.* и распредѣлили ихъ въ три отдѣльныя группы по величинѣ *con. diagon.*

	Coning. diag.	Самостоят. роды (1)	Положит. щипца	Высокіе щипца.	Перфоратив.	Сумма
1-я гр.	11 ст.	77 сл. (—)	3 сл. (—)	3 сл. (1)	—	83 сл. (1)
	10 ³ / ₄ ст.	7 сл. (1)	—	4 сл. (1)	—	11 сл. (2)
2-я гр.	10 ¹ / ₂ ст.	16 сл. (1)	—	3 сл. (2)	1	20 сл. (4)
	10 ¹ / ₄ ст.	6 сл. (—)	—	—	1	7 сл. (1)
	10 ст.	30 сл. (1)	1 сл. (1)	5 сл. (1)	—	36 сл. (3)
	9 ³ / ₄ ст.	4 сл. (1)	—	1 сл. (—)	—	5 сл. (1)
3-я гр.	9 ¹ / ₂ ст.	3 сл. (1)	1 сл. (—)	2 сл. (—)	—	6 сл. (1)
	9 ¹ / ₄ ст.	—	—	—	—	—
	9 ст.	1 сл. (—)	—	—	—	1 сл. (—)
	8 ³ / ₄ ст.	1 сл. (—)	—	—	—	1 сл. (—)

Отсюда мы видимъ, что:

I-я группа дала 3 пот. въ 94 сл., что состав. 3,2% смерти.
 II-я " " " 9 " " 68 " " " 13,2 " "
 III-я " " " 1 " " 8 " " " 12,5 " "
 Всѣ 170 случаевъ дали 13 смерт., что составл. 7,6 " "
 II-я и III-я гр. вмѣстѣ дали 10 потерь, что сост. 13,2 " "

Заканчивая обзоръ, я долженъ оговорить 4 случая съ летальнымъ исходомъ у матерей, потому что они относятся къ тому акушерскому матеріалу, который послужилъ мнѣ для изслѣдованія выжидательнаго метода.

1) Въ случаѣ, регистрированномъ за № 448—94 г., роды были быстро закончены помощью наложенія полостныхъ щипцовъ при явленіяхъ *aroplexiae cerebri*; въ данномъ случаѣ тазъ былъ нормальный.

2) Въ случаѣ, регистрированномъ за № 633—94 г., роженица была принята въ Институтъ на 29-омъ ч. родовой дѣятельности съ явленіями *endometritidis s. partu* при температурѣ въ 38,5° и пульсѣ въ 102 удара въ 1"; къ этому времени головка плода стояла неподвижно во входѣ таза; роды закончены помощью наложенія высокихъ щипцовъ спустя 4¹/₂ ч. послѣ приѣма въ заведеніе. Умерла на 20-ый д. при явленіяхъ сепсиса.

¹²⁾ Въ скобкахъ обозначены потери плодовъ.

3) Въ случаѣ, занесенномъ въ книги за № 40—95 г., роженица была принята въ заведеніе въ періодъ раскрытія при общемъ удовлетворительномъ состояніи; разрѣшена помощью трудныхъ высокихъ щипцовъ послѣ долгаго выжиданія при явленіяхъ *endometritis s. partu* и высоко стоящемъ кольцѣ сокращенія. Умерла на 4-ый д. при явленіяхъ *sepsis'a*.

4) Въ случаѣ, регистрованномъ за № 1148—96 г., роженица поступила въ Институтъ во 2-мъ періодѣ родовъ при неподвижно стоящей во входѣ таза головкѣ плода съ *caput succedaneum*.; разрѣшена спустя 18 час. послѣ приѣма въ заведеніе помощью перфорациі послѣ неудавшихся высокихъ щипцовъ при явленіяхъ *endometritis s. partu*. Умерла на 11-ый д. при явленіяхъ *sepsis'a*. Отсюда мы можемъ заключить, что 1 случай смерти произошелъ отъ случайной причины, 2-ой случай смерти былъ послѣдствіемъ запущенныхъ и инфекционныхъ вѣтъ стѣнъ Института родовъ; въ 2-хъ послѣднихъ случаяхъ смертельный исходъ можно бы приписать продолжительному выжиданію; несмотря на то я внесъ въ число случаевъ, предназначенныхъ для сравненія результатовъ обоихъ методовъ только 3-й случай; 4-ый же случай былъ мною исключенъ, потому что роженица поступила въ родильню во 2-омъ періодѣ съ головкой, неподвижно стоящей во входѣ таза, слѣдовательно, при такихъ условіяхъ, при которыхъ поворотъ былъ уже невыполнимъ, и потому не могло быть здѣсь рѣчи о выборѣ того или другаго метода; случаи такого рода, въ общемъ, курируются одинаково какъ сторонниками выжидательнаго метода, такъ и защитниками профилактическаго поворота, а посему, для упрощенія изслѣдованія, не должны приниматься въ расчетъ.

Въ заключеніе моего изслѣдованія я долженъ сказать нѣсколько словъ о тѣхъ двухъ дѣйствіяхъ, на которыя распадается выжидательный методъ веденія родовъ, т. е. о выжиданіи и объ оперативномъ вмѣшательствѣ. Выжиданіе, по моему мнѣнію, основывается не на естественномъ стремленіи предоставить родовой актъ силамъ природы, не на консерватизмѣ, избѣгающемъ внести въ родовой актъ оперативное начало, а на прямомъ расчетѣ, который указываетъ намъ, что при

самопроизвольныхъ родахъ какъ для матери, такъ и для плода получаютъ лучшіе результаты, чѣмъ при любомъ оперативномъ вмѣшательствѣ: самопроизвольные роды даютъ намъ наибольшее число живыхъ плодовъ и менѣе всего травмируютъ родовые пути матери; такіе прекрасные результаты наблюдаются какъ при нормальныхъ, такъ и при узкихъ тазахъ и обуславливаются *правильнымъ* дѣйствіемъ тѣхъ силъ, которыя специально созданы природой для изгнанія плода, т. е. дѣйствіемъ маточныхъ сокращеній и всѣхъ другихъ мышцъ, принимающихъ участіе въ выработываніи потугъ; превосходство естественныхъ плодонизгоняющихъ силъ передъ нашимъ искусствомъ состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что 1) первыя дѣйствуютъ на головку по позвоночнику, т. е. концентрически въ противоположность щипцамъ, при которыхъ сила влеченія прилагается къ периферіи головки; 2) подъ вліяніемъ болѣе продолжительнаго и умѣреннаго дѣйствія этихъ силъ мягкія части матери легко растягиваются и посему менѣе травмируются; 3) подъ вліяніемъ дѣйствія этихъ силъ и противодѣйствія со стороны нѣкоторыхъ тазовыхъ точекъ конфигурація и аккомодация головки плода происходитъ въ наиболѣе совершенномъ видѣ. Какъ я выше замѣтилъ, прекрасные результаты самопроизвольныхъ родовъ обуславливаются *правильнымъ* дѣйствіемъ плодонизгоняющихъ силъ; гдѣ же послѣднія разстраиваются, тамъ необходимо лѣчить ихъ; если же лѣченіе оказывается безуспѣшнымъ, то выжиданіе теряетъ свой смыслъ, ибо тогда вышеозначенное полезное дѣйствіе плодонизгоняющихъ силъ ослабѣваетъ или совсѣмъ прекращается, мягкія части матери отекаютъ; при продолжительномъ выжиданіи увеличиваются шансы на инфицированіе случая; кромѣ того, выжиданіе въ такихъ случаяхъ далеко не всегда ведетъ къ самопроизвольнымъ родамъ, послѣдніе же слишкомъ дорого обходятся для здоровья матери и посему могутъ удовлетворять только самыхъ недалновидныхъ пособителей; послѣдствіемъ такихъ родовъ часто бываютъ расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ, расслабленіе связочнаго аппарата матки; наконецъ, измѣненія въ строеніи мышечной ткани матки, которая въ такомъ случаѣ получаетъ предрасположеніе къ разрыву во время послѣдующихъ родовъ. Если при разстройствѣ

плодоизгоняющихъ силъ выжиданіе нецѣлесообразно, то въ инфицированныхъ случаяхъ, особенно при явленіяхъ endometritis s. partu, оно прямо вредно; здѣсь особенно опасно продолжительное вліяніе инфекціи на тѣ отеки и ушибы мягкихъ частей матери, которые такъ часто развиваются при продолжительномъ стояніи головки во входѣ узкаго таза; дѣйствіе инфекціи на эти съ подавленной жизнедѣятельностью ткани гораздо опаснѣе, чѣмъ таковое на поврежденія, нанесенныя полнымъ жизни тканямъ своевременнымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ; кромѣ того, выжиданіе въ инфицированныхъ случаяхъ можетъ оказаться въ концѣ концовъ безсильнымъ, и мы будемъ принуждены окончить роды помощью той или другой операціи, но послѣдняя тогда является крайне опасною и почти безъ исключенія ведетъ къ общему зараженію крови. На основаніи всего вышесказаннаго мы можемъ заключить, что выжиданіе должно быть такъ же строго мотивировано, какъ мотивируется, вообще, всякое оперативное вмѣшательство. Я считаю здѣсь необходимымъ подчеркнуть, что такъ же горячо протестую противъ слишкомъ продолжительнаго выжиданія, какъ и противъ такъ называемаго профилактическаго поворота при узкихъ тазахъ: какъ нерациональное выжиданіе, такъ и систематическое оперативное вмѣшательство въ невыясненныхъ случаяхъ составляютъ крайность, вредное дѣйствіе которыхъ отражается при первомъ преимущественно на матеряхъ, при второмъ, главнымъ образомъ, на плодахъ.

Относительно втораго дѣйствія выжидательнаго метода, т. е. оперативнаго вмѣшательства, я долженъ замѣтить, что неправильны взгляды тѣхъ, которые думаютъ, что здѣсь подъ оперативнымъ вмѣшательствомъ слѣдуетъ понимать только операцію наложенія щипцовъ или прободеніе головки съ послѣдующею краниоклазіею или безъ нея. Если выяснилось, что дальнѣйшее выжиданіе безцѣльно, вредно или даже опасно, то необходимо перейти къ оперативному вмѣшательству; для послѣдняго долженъ быть избранъ тотъ способъ родоразрѣшенія, который лучше всего отвѣчаетъ условіямъ даннаго случая; при такомъ взглядѣ сюда войдутъ все извѣстныя въ акушерствѣ способы родоразрѣшенія; послѣдніе можно бы подраздѣлить на два разряда, а именно: на тѣ способы родоразрѣшенія, которые примѣняются

при полномъ пространственномъ несоотвѣтствіи между головкою плода и тазомъ матери, каковы: кесарское сѣченіе, симфизо-томія и перфорация живаго плода; въ другой разрядъ войдутъ тѣ способы родоразрѣшенія, которые примѣняются при достаточномъ или несовсѣмъ недостаточномъ пространственномъ соотвѣтствіи между головкою и тазомъ, каковы поворотъ и щипцы; такъ какъ случаи полного пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ касаются насъ только косвенно, то посему я не стану здѣсь разбирать тѣхъ способовъ родоразрѣшенія, которые въ такихъ случаяхъ примѣняются; я здѣсь оговорю кратцѣ только поворотъ и щипцы; первый способъ родоразрѣшенія долженъ быть примѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ головка плода еще подвижна и гдѣ нѣтъ противопоказаній для поворота; въ случаѣ наличности послѣднихъ необходимо предпочесть щипцы даже при подвижной головкѣ, но въ такихъ случаяхъ до наложенія щипцовъ ассистентъ долженъ прижать головку ко входу таза. Относительно щипцовъ я долженъ замѣтить, что никогда не слѣдуетъ избѣгать ихъ по причинѣ высокаго стоянія головки плода: накладывая много разъ щипцы на высоко стоящую головку, я убѣждался въ томъ, что высокіе щипцы въ большинствѣ случаевъ, даже при узкихъ тазахъ, бываютъ нетрудными; стремленіе накладывать щипцы только тогда, когда головка опустилась въ полость таза и къ тому же повернулась затылкомъ впередъ, настолько нераціонально, насколько въ данномъ случаѣ выжиданіе сопрягается съ опасностью; вообще, мы должны избѣгать не высокіхъ щипцовъ, а слишкомъ форсированныхъ тракцій; послѣднія въ высшей степени опасны при явленіяхъ *endometri- tidis sub partu*, и посему въ такихъ именно случаяхъ пробные щипцы должны быть своевременно замѣнены перфорациею даже живаго плода.

Заканчивая мое сообщеніе, я не могу умолчать о томъ побочномъ выводѣ, къ которому я пришелъ какъ на основаніи настоящаго моего изслѣдованія, такъ и многихъ наблюденій надъ теченіемъ родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ; именно, я убѣдился въ томъ, что общепринятое дѣленіе узкихъ тазовъ на 3 или 4 степени не отвѣчаетъ практическимъ цѣ-

лямя; въ практикѣ важно установить степень пространственнаго соответствія между головкою плода и тазомъ матери; въ этомъ отношеніи слѣдуетъ отличать:

во первыхъ: *достаточную соразмѣрность* между головкою и тазомъ, когда первая болѣе или менѣе свободно вставляется во входъ таза (механизмъ нормальнаго вставленія головки во входъ таза);

во вторыхъ: *недостаточную соразмѣрность*, когда пространственныя отношенія между головкою и тазомъ менѣе благоприятны, такъ что первая можетъ вставиться во входъ таза не иначе, какъ только при помощи приспособленія къ размѣрамъ таза, т. е., аккомодациі и нѣкотораго измѣненія своей первоначальной формы, т. е., конфигураціи (механизмъ вставленія головки при плоскомъ или при общеравнобѣрносуженомъ или при общесуженомъ плоскомъ тазѣ);

въ третьихъ: *полную несоразмѣрность*, когда головка плода помимо сильныхъ болей вовсе не можетъ вставиться во входъ таза. Каждая изъ этихъ степеней опредѣляется лишь приблизительно въ началѣ родовъ; въ періодѣ же изгнанія можетъ быть установлена вполне точно.

Недостаточная соразмѣрность и полная несоразмѣрность головки съ тазомъ укажутъ на узкій или относительно узкій тазъ, достаточная соразмѣрность на нормальный или относительно нормальный тазъ.

При такомъ распредѣленіи случаевъ: 1) значеніе величинъ тѣхъ или другихъ размѣровъ таза сводится до своего надлежащаго уровня; 2) становится вполне очевидной несостоятельность совѣтовъ приравнивать терацію къ опредѣленному числу сантиметровъ той или другой копьюгаты; 3) можетъ быть установлена объективная точная граница между нормальнымъ и узкимъ тазомъ; 4) отсюда можетъ быть точно установлено процентное отношеніе узкаго таза къ нормальному для каждой націи.

Основанія, которыя послужили мнѣ для только что высказанныхъ заключеній, будутъ изложены мною въ отдѣльной работѣ объ узкихъ тазахъ.

Заканчивая мое сообщеніе, считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. *Димитрію Оскаровичу Отту* за многостороннее содѣйствіе, оказанное имъ моею работѣ; равно также пріятно мнѣ высказать сердечную признательность доценту Императорской Военно-Медицинской Академіи многоуважаемому *Василію Николаевичу Массену* за любезное разрѣшеніе пересмотрѣть родильные листки и книги завѣдуемаго имъ С.-Петербургскаго Гаванскаго Родильнаго Пріюта, и доценту С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія многоуважаемому *Эдуарду Францевичу Черневскому* за сообщеніе нѣкоторыхъ дополненій къ тѣмъ свѣдѣніямъ, какія приведены въ его статьѣ, напечатанной въ еженедѣльникѣ: «Врачъ» за 1895 г., № 18 подъ заглавіемъ: — «О поворотѣ на ножки и извлеченіи плода при узкихъ тазахъ и объ извлеченіи послѣдующей головки, вообще».

Примѣчаніе. Данное сообщеніе было читано 19 сентября 1896 г. въ засѣданіи С.-Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества; въ печатное сообщеніе вошли также тѣ отдѣлы, которые при чтеніи были пропущены во избѣжаніе утомленія вниманія глубокоуважаемыхъ товарищей-сочленовъ.

28 ⁰ / ₀	31,7 ⁰ / ₀	16,7 ⁰ / ₀
72 ⁰ / ₀	68,3 ⁰ / ₀	83,3 ⁰ / ₀
28 ⁰ / ₀	17,4 ⁰ / ₀	50,0 ⁰ / ₀
48 ⁰ / ₀	43,5 ⁰ / ₀	25,0 ⁰ / ₀
24 ⁰ / ₀	39,1 ⁰ / ₀	25,0 ⁰ / ₀
12 ⁰ / ₀	—	25 ⁰ / ₀
36 ⁰ / ₀	47,8 ⁰ / ₀	58,3 ⁰ / ₀
44 ⁰ / ₀	52,2 ⁰ / ₀	16,7 ⁰ / ₀
8 ⁰ / ₀	—	—
1) 24 ⁰ / ₀	39,1 ⁰ / ₀	44,7 ⁰ / ₀
28 ⁰ / ₀	34,8 ⁰ / ₀	8,3 ⁰ / ₀
20 ⁰ / ₀	21,7 ⁰ / ₀	50,0 ⁰ / ₀
28 ⁰ / ₀	4,4 ⁰ / ₀	—
2) 52 ⁰ / ₀	52,2 ⁰ / ₀	41,7 ⁰ / ₀
32 ⁰ / ₀	43,5 ⁰ / ₀	44,7 ⁰ / ₀
16 ⁰ / ₀	4,4 ⁰ / ₀	16,7 ⁰ / ₀
3) 48 ⁰ / ₀	26,2 ⁰ / ₀	—
40 ⁰ / ₀	52,2 ⁰ / ₀	33,3 ⁰ / ₀
16 ⁰ / ₀	8,7 ⁰ / ₀	33,3 ⁰ / ₀
16 ⁰ / ₀	34,8 ⁰ / ₀	75,0 ⁰ / ₀
32 ⁰ / ₀	17,4 ⁰ / ₀	16,7 ⁰ / ₀
3490,0	3758,3	3842,5
51,8 (25 случ.)	50,4 (23 случ.)	51,5 (12 случ.)
34,3	35,1	34,9
4133,3	—	3940
53,0 (3 случ.)	—	35 (3 случ.)
35,3	—	36
3627,8	3894,6	3285,7
52,2 (9 случ.)	31,1 (11 случ.)	50,8 (7 случ.)
34,6	35,5	35,0
3295,5	3693,3	2850,0
31,4 (11 случ.)	49,6 (12 случ.)	48,0 (2 случ.)
34,2	34,7	33,3
51,4	41,8'	50,8' 4)
14'	18,2'	38,2' 4)
30,3'	20,5'	40,3' 4)
30,4'	—	30' 4)
4,5'	10,5'	23,5' 4)
10,1'	11,9'	27,2' 4)
81,8 ⁰ / ₀	20,8 ⁰ / ₀	45,2 ⁰ / ₀
18,2 ⁰ / ₀	66,0 ⁰ / ₀	45,2 ⁰ / ₀
—	13,2 ⁰ / ₀	—
18,2 ⁰ / ₀	71,7 ⁰ / ₀	44,9 ⁰ / ₀
7,0 ⁰ / ₀	28,3 ⁰ / ₀	12,9 ⁰ / ₀
9,1 ⁰ / ₀	1,9 ⁰ / ₀	12,9 ⁰ / ₀
1,5 ⁰ / ₀	5,7 ⁰ / ₀	6,5 ⁰ / ₀
—	—	0,5 ⁰ / ₀
—	—	3,2 ⁰ / ₀

1) Цифры Гаванских случаев здесь теряют свое значение из виду большого процента случаев, где время истечения воды не означено.

2) Приведенные проценты здесь теряют свое значение по причине большого числа случаев с льдом неопределенным.

3) Приведенные проценты теряют свое значение по причине значительного числа случаев без помех.

4) В одном случае у 1-р. родов продолжались 86 час. пребывание в родильн. — 85 час.; в одном случае у 8-1 родов длились 96 час., пребывание в родильн. — 87 час.; в первом случае поворот был произведен спустя 3 час. посл. отхождения воды; во втором случае — при сильных водах. Если исключить упомянутые 2 случая, осложненные очень сильными болями, тогда получим среднюю продолжительность родов для всех остальных в 30 час., а среднее пребывание в родильн. в 15,5 час.