

Проф. Б. А. АРХАНГЕЛЬСКИЙ

*Заслуженный деятель науки
Директор акушерско-гинекологической клиники
II Московского медицинского института*

НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ
ПОВОРОТ НА ГОЛОВКУ
В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ
КАК МЕТОД БОРЬБЫ
С МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬЮ

С дополнительной статьей
аспиранта клиники д-ра М. Б. ТРУБКОВИЧА
*РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА
НА ГОЛОВКУ*

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1945 — МОСКВА

НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ НА ГОЛОВКУ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ КАК МЕТОД БОРЬБЫ С МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬЮ

В апреле 1941 г. на пленуме комиссии по родовспоможению Наркомздрава СССР нами было сделано сообщение о целесообразности и показанности применения женскими консультациями наружного профилактического поворота на головку при тазовом предлежании, поперечном и косом положении в целях снижения мертворождаемости. Это обязывает нас выступить в печати с более подробным сообщением, сделанным нами в Московском акушерско-гинекологическом обществе.

Мы рассматриваем роды в тазовом предлежании как физиологические для матери и патологические для плода. Роды при поперечном и косом положении мы рассматриваем, как и прочие авторы, как патологические в одинаковой степени и для матери, и для плода.

Срочные роды доношенным плодом (с весом от 2 500 г и выше) в тазовом предлежании составляют в среднем 3% по отношению к общему числу срочных родов [по данным московского родовспоможения (Трубкович¹ — 3,2%].

Срочные роды доношенным плодом (с весом от 2 500 г и выше) в тазовом предлежании дают в среднем 10% мертворождаемости (по Трубковичу — 10,1%), т. е. при тазовом предлежании каждый 10-й доношенный плод погибает в родах. Если учсть смертность среди детей, родившихся в тазовом предлежании, и смертность в отделениях новорожденных в первые дни их жизни, то процент смертности при родах в тазовом предлежании будет еще выше. Если взять 100 000 срочных родов, то на это количество родов в тазовом предлежании окажется 3 000, из которых 300 кончаются рождением мертвого плода.

Срочные роды доношенным плодом (с весом от 2 500 г и выше) при поперечном и косом положении составляют в сред-

¹ См. следующую статью.

нем 0,5% к общему числу срочных родов [по данным московского родовспоможения (Трубкович) — 0,4%].

Срочные роды доношенным плодом (с весом 2500 г и выше) при поперечном и косом положении дают в среднем 25% мертворождаемости (по Трубковичу — 26,4%).

Если взять 100 000 срочных родов, то на это количество родов в поперечном и косом положении окажется 500, из них около 125 оканчиваются рождением мертвого плода.

Таким образом, тазовые предлежания, косые и поперечные положения обусловливают ежегодно на 100 000 срочных родов 425 родов мертворожденным плодом. Если к этой цифре прибавить еще количество преждевременных родов при тазовом предлежании, поперечном и косом положении, при которых мертворождаемость является гораздо более высокой, и учесть смертность не только в родах, но и в первые дни жизни ребенка в отделениях новорожденных, то, надо думать, эта цифра будет приближаться к 1 000. Но пока нас интересуют случаи мертворождаемости доношенным плодом при тазовых предлежаниях, поперечных и косых положениях.

Изучая в течение ряда лет (с 1931 г.) вопрос о предупреждении тазового предлежания, поперечного и косого положения, являющихся для плода патологическими, мы пришли к твердому убеждению, что в подавляющем большинстве случаев эти положения могут быть переведены в головное предлежание путем своевременного применения профилактического наружного поворота на головку, производимого в женской консультации в процессе наблюдения за беременной. Такой профилактический наружный поворот, производимый, однако, при соблюдении необходимых условий и техники, с учетом соответствующих противопоказаний, обеспечивает, как показал наш опыт, в громадном большинстве случаев (не менее чем в 90%) стойкое головное предлежание. В результате профилактического наружного поворота мертворождаемость доношенным плодом падает с 10% при тазовом предлежании и с 25% при поперечном и косом положении до обычного процента смертности, наблюдающегося при головных предлежаниях и не выходящего для доношенных плодов за пределы 1%.

Если вычесть из 425 случаев мертворождений при тазовом предлежании, поперечном и косом положении, приходящихся на 100 000 срочных родов, 10% (43 случая), имеющих противопоказания к повороту, 10% (43 случая), в которых поворот не удается, и 1% (4 случая), в которых, несмотря на поворот, плод рождается в головном предлежании мертвым, получается цифра 335.

Таким образом, наружный профилактический поворот на головку, производимый в женских консультациях, мог бы обеспечить уменьшение мертворождаемости в среднем на 335 доношенных детей на каждые 100 000 срочных родов.

Между тем современные руководства, считая наружный поворот еще допустимым при поперечных и косых положениях, при тазовых предлежаниях считают его противопоказанным. Такая установка в иностранных руководствах еще попытна, так как отсутствие за границей широкой развитой сети женских консультаций и в связи с этим отсутствие постоянного наблюдения за каждой беременной исключают возможность производства своевременного наружного поворота, который в подобных условиях может быть применен лишь к моменту родов, когда он становится трудным, рискованным и потому непоказанным. По тем же причинам понятна такая же установка и в старых отечественных руководствах. Однако в наших современных руководствах подобную точку зрения надо объяснить недооценкой роли женских консультаций, охватывающих в городах почти 100% беременных и имеющих возможность производства поворота в наиболее благоприятный момент, когда риск и трудности поворота сводятся к минимуму.

Важнейшая задача женской консультации именно и заключается в том, чтобы обеспечить беременной к моменту родов состояние, наиболее благоприятствующее нормальному родоразрешению живым доношенным плодом.

Между тем эта возможность исправления женской консультацией невыгодных для родов предлежаний и положений до сего времени недоучитывалась как важное мероприятие в борьбе с мертворождаемостью. Поэтому как в современной иностранной, так и в нашей отечественной литературе наружный поворот рассматривается лишь как вмешательство, в основном заменяющее собой внутренний поворот во время родов.

Так, Iaschke-Pankow¹ пишет. Желательно производить наружный поворот всегда при наличии схваток и при возможно большем открытии зева, дабы головка хорошо подошла к выходному отверстию матки (*Uterusau führgungsgang*), где и была бы по возможности фиксирована последующим разрывом плодного пузыря». Таким образом, автор трактует поворот как вмешательство в родах, совершенно справедливо замечая при этом, что «ждать верного успеха от наружного поворота нельзя». Действительно, с этим трудно не согла-

¹ «Lehrbuch der Geburtshilfe», S. 684, 1923.

ситься, если наружный поворот производится в момент родов. То же можно встретить у Бумма, Виннера, Шредера, Штекеля и у наших соотечественников—Красовского, Феноменова, Скробанского, Гентера.

Гентер¹, например, говорит: «Показанием к наружному повороту на головку являются исключительно поперечные и косые положения...», «превращать путем наружного поворота ягодичные предлежания в головные в конце беременности (разрядка наша) нами решительно отвергается, как нерациональное и небезопасное». И далее, касаясь техники наружного поворота: «Во время родов... более надежно можно фиксировать головку в тазовом входе путем разрыва пузыря».

У Скробанского² мы находим: «Наиболее рациональным мне представляется производство наружного поворота только перед полным открытием матки, как попытка исправить положение, которое в случае неудачи должно быть закончено внутренним поворотом». И выше: «Главной задачей консультаций является своевременное определение поперечного положения, своевременное направление беременной в акушерское учреждение и заботы о том, чтобы предотвратить раннее отхождение вод, но и в коем случае не исправление положения» (разрядка наша). Между тем несколько выше тот же автор пишет (стр. 438): «По современным статистикам 2—3—4 и даже 9% всех женщин с поперечным положением плода гибнут при родах», не говоря уже о детской смертности (наше дополнение).

Было бы неправильно, придерживаясь иной точки зрения, не считаться с концепциями указанных выше авторитетов и целых школ. Поэтому мы проанализируем приведенные выше суждения с точки зрения своей концепции. Как видно из приведенных выдержек, все авторы говорят о наружном повороте, как о вмешательстве, производимом или в самом конце беременности, или преимущественно во время родов при достаточном или даже полном открытии зева. В этих условиях мы также считаем наружный поворот трудно выполнимым, рискованным, нецелесообразным, а главное запоздалым. В этих условиях мы, так же как и указанные авторы, наружного поворота не производим во все или прибегаем к нему из исключительно редких случаях. В подобных случаях наружный поворот предпринимается как заменяющий внутренний, комбинированный поворот. Говоря же о наружном профилактическом повороте, мы имеем в виду поворот, производимый

¹ Учебник акушерства, стр. 718 и 719, 1937.

² Учебник акушерства, стр. 438 и 439, 1937. Второе издание.

только на 35—36-й неделе беременности, когда его легко произвести, когда он дает стойкие результаты и не влечет за собой каких-либо осложнений. В этом основное отличие нашего профилактического наружного поворота от поворота в конце беременности или, вернее, во время родов, в период родовой деятельности и в момент достаточного уже раскрытия шейки.

Мы целиком согласны с авторами, что, если применять эту технику поворота (рис. 1), которая приведена на иллюстрациях Винтера (рис. 134)¹, Скробанского (рис. 336)², поворот в большинстве случаев не удается и положение плода вскоре



Рис. 1. Неправильная техника, ведущая к разгибанию плода.

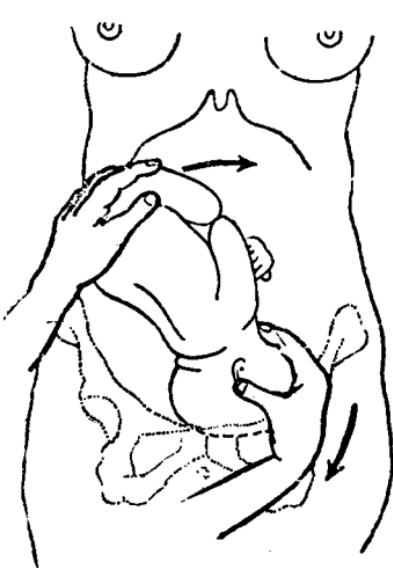


Рис. 2. Неправильная техника, обуславливающая разгибание плода.

возвращается к прежнему. Техника, предлагаемая в указанных выше изданиях, формулируется кратко Iaschke-Pankow следующим образом: «В момент отсутствия схватки один конец плода, на который производится поворот, смещается вниз, другой конец кверху». При такой технике, когда при первой позиции и поперечном положении со спинкой, обращенной ко входу в таз, головка смещается вниз, неминуемо происходит разгибание головки с тенденцией ее опять вер-

¹ Georg-Winter, Die operative Geburtshilfe, Halban-Seitz, «Biologie und Pathologie des Weibes», Bd. VIII, N. 2, S. 257.

² Скробанский К. К., Учебник акушерства, стр. 439, 1937.

нуться в прежнее согнутое положение, обеспечивающее тем самым вновь поперечное положение плода (рис. 2).

Предлагая наружный профилактический поворот на 35—36-й неделе беременности, мы предлагаем и иную технику, которая позволяет нам получить достаточно стойкие результаты, резко отличающиеся от результатов указанных авторов.

Утверждение авторов, что наружный поворот небезопасен, если производить его в самом начале родов или в разгар родовой деятельности, нами также разделяется полностью. Поэтому мы и предлагаем производить его как профилактический на 35—36-й неделе беременности при строго определенных условиях, при условии абсолютного покоя матери и расслабления брюшной стенки, учитывая все противопоказания, изложенные ниже. Считая вопрос об опасности такого поворота крайне важным, мы приводим в отдельной статье данные аспиранта кафедры д-ра М. Б. Трубковича, показывающие полную неосновательность таких опасений.

Таким образом, мы считаем возможным поставить вопрос о необходимости производства в консультациях наружного профилактического поворота при тазовом предлежании, поперечном и косом положении с учетом техники, условий и противопоказаний, изложенных ниже; своевременно произведенный поворот должен резко снизить мертворождаемость в родах, а при поперечных и косых положениях и смертность матерей.

Показания

Общим показанием к производству наружного профилактического поворота в условиях работы женских консультаций является наличие к моменту выдачи предродового отпуска, т. е. к 35—36-й неделе беременности, тазового предлежания, косого и поперечного положения плода.

Особенно показанным следует считать также наличие при тазовом предлежании, поперечном и косом положении плода ряда факторов, при которых роды могут быть более трудными. Этими факторами являются: 1) незначительное сужение таза, 2) крупный плод, 3) пожилой возраст женщины,—все это обусловливает так называемые трудные роды. Производя в этих случаях своевременно наружный профилактический поворот на головку, мы в значительной мере снижаем риск мертворождаемости, который особенно велик при сочетании указанных осложнений.

Противопоказания

1. Отсутствие хорошей подвижности плода, что может иметь место: а) при состоянии сокращения матки и напряжении брюшных стенок матери; б) при малом количестве вод (не говоря уже об отошедших водах); в) при опустившихся во вход в таз ягодицах; г) при неправильном развитии матки (*uterus arcuatus*).

Во всех этих случаях производство наружного поворота бывает сопряжено со значительными трудностями, требует применения насилия, что исключает успех поворота и создает опасность всевозможных осложнений. Поэтому отсутствие хорошей подвижности плода является первым противопоказанием к производству поворота.

2. Осложнение беременности предшествовавшим кровотечением, хотя бы самым незначительным.

Кровоточивость при беременности, а тем более кровотечение, хотя бы и однократное, свидетельствует либо о предлежании плаценты, либо о наличии некоторой лабильности матки, что может привести к преждевременным родам. И то, и другое служит достаточным основанием для того, чтобы отказаться от попытки наружного профилактического поворота, хотя бы и производимого самым бережным образом.

3. Наличие в анамнезе беременной при предшествовавших беременностях самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.

В этих случаях всякое внешнее раздражение матки, имеющей и без того склонность к выкидышу, может явиться причиной преждевременного изгнания плода. Поэтому здесь производство наружного профилактического поворота также противопоказано.

4: Наличие гидрамниона.

Чрезмерное количество вод обуславливает крайнюю неустойчивость плода и потому дает очень мало шансов на стойкий успех поворота, если бы он и удался. В громадном большинстве случаев производство поворота при гидрамнионе не удается уже по той простой причине, что плод ускользает из-под рук акушера, не позволяя ему точно ориентироваться в членорасположении плода и технически правильно произвести поворот.

5. Наличие двоен.

При двойнях профилактический поворот технически невыполним. После рождения первого плода наружный поворот второго плода уже не является собственно профилактическим наружным поворотом и потому на нем мы останавливаться не

будем. Таким образом, беременность двойнями, определяемая на 35—36-й неделе, является противопоказанием для поворота, как технически невыполнимого и опасного.

6. Наличие резкого сужения таза, когда возможность самостоятельного родоразрешения *per vias naturales* живым плодом сомнительна даже и в головном предлежании.

В этих случаях при тазовом предлежании, поперечном и косом положении целесообразнее прибегнуть к кесарскому сечению; если же мать не соглашается на это, следует отказаться и от наружного профилактического поворота, который не может в данном случае обеспечить родоразрешение живым плодом.

Условия для профилактического наружного поворота

1. Наружный профилактический поворот следует производить к концу 35-й или в начале 36-й недели беременности, приурочивая его к моменту выдачи предродового отпуска.

Производство поворота в более ранние сроки нецелесообразно уже потому, что до 35-й недели плод из тазового предлежания нередко переходит в головное самостоятельно, без какого-либо вмешательства. Производство же поворота после 35-й недели становится более трудным, так как ягодицы к этому времени нередко устанавливаются плотно во входе.

2. Необходима точная ориентировка в позиции, виде плода и главным образом в предлежании. В сомнительных случаях целесообразно сделать рентгенограмму, в случае невозможности рентгенографии лучше отказаться от поворота. Сколь большую роль играет вид и позиция плода, будет видно в дальнейшем, при изложении техники поворота.

3. Совершенно необходимо, чтобы матка и брюшной пресс находились в состоянии полного покоя. Малейшее напряжение мускулатуры матки или брюшного пресса исключает возможность производства поворота.

4. Необходимым условием является также полная подвижность плода, т. е. сохранение должного количества вод при целом пузыре. При недостаточной подвижности плода, что наблюдается, как правило, при малом количестве вод, при опустившихся во вход в таз ягодицах или при неправильном развитии матки (двурогая матка — *uterus arcuatus*) поворот может быть произведен лишь с насилием, исключающим его успех.

5. Поскольку наружный профилактический поворот является желательным, но не обязательным вмешательством, он про-

изводится с согласия беременной, которой объясняется его значение.

6. Правильная техника производства наружного поворота имеет решающее значение для успеха вмешательства. Поэтому мы считаем необходимым остановиться подробно на всех деталях этого вмешательства.

Техника наружного профилактического поворота

Как мы уже указывали выше, наиболее благоприятным моментом для производства наружного профилактического поворота является 35—36-я неделя беременности. С этого момента самопроизвольное изменение тазового предлежания в головное наблюдается сравнительно редко, а с 37-й недели тазовый конец плода нередко уже плотно устанавливается во входе в таз, создавая значительные трудности для наружного профилактического поворота. Производство же профилактического поворота до 36-й недели следует считать нецелесообразным, так как не исключена возможность самопроизвольного перехода тазового предлежания в головное без какого-либо вмешательства извне.

Беременной перед наружным профилактическим поворотом предлагают очистить кишечник легким послабляющим и клизмой и притти для поворота натощак. Непосредственно перед поворотом беременная должна опорожнить мочевой пузырь.

Наружный поворот необходимо производить на твердой кушетке. Постель или мягкая кушетка для этого непригодна, так как в этом случае таз проваливается, что создает трудности для техники производства поворота.

Наружный поворот производится в обычных условиях работы женской консультации. В случаях, где наружный поворот может быть трудным, беременную помещают на одни сутки в стационар. Безусловно необходимой является госпитализация в случае производства наружного поворота под наркозом.

После того как женщине придано горизонтальное положение, врач садится с правой стороны беременной и детально исследует предлежание, позицию и вид плода. До получения ясного представления о членорасположении плода производство наружного поворота следует считать недопустимым.

Между тем нередко приходится наблюдать ошибочное заключение не только в отношении позиции и вида плода, но и предлежания. Причины этих ошибок следующие.

Иногда тазовое предлежание ошибочно определяется на основании того, что акушер не находит ясно выраженной головки над входом вследствие стояния головки плода глубоко во входе в таз, а при обширном тазе и большей своей частью находящейся в полости таза. Если акушер не учитет такой возможности, то предлежащие плечики во входе в таз могут симулировать тазовое предлежание. В этом случае исследование беременной путем глубокого продвижения пальцев рук в сторону полости таза (четвертый прием Леопольда) или исследование ректум позволяет сразу выявить ошибку.

Попытка в этих случаях производить наружный поворот будет ошибочной и бесцельной и приведет лишь к травмированию плода.

Другой причиной ошибочного определения тазового предлежания может быть наличие двоен, когда ягодицы одного плода располагаются над входом. Это также может послужить поводом к попытке произвести наружный поворот на головку, который является в данном случае противопоказанным и невыполнимым. Поэтому при малейшем подозрении на двойню необходимо произвести рентгеноснимок, а при невозможности его получения — отказаться от наружного поворота.

Наконец, третьей причиной ошибочной диагностики тазового предлежания может быть наличие маленькой мягкой головки, стоящей над входом в таз и симулирующей ягодицы. В этом случае, помимо обычных методов определения предлежания (сердцебиение плода, рентгенограмма), крайне ценным является следующий издавна применяемый нами прием. Акушер охватывает рукой головку (большой палец с одной стороны, три пальца — с другой) и сдавливает ее, делая одновременно скользящее движение вниз в сторону симфиза. Нередко при этом ясно ощущается под пальцами «пергаментный хруст», зависящий от смещения костей головки. Наличие пергаментного хруста является безусловным признаком предлежания головки и отсутствия в данном случае ягодичного предлежания. Этот прием проверен нами во многих сотнях случаев; не оказывая какого-либо влияния на плод и совершенно безболезненный для матери, он является крайне ценным в диагностическом отношении.

Итак, первое условие для производства наружного поворота — отсутствие всяких сомнений в истинном предлежании плода.

Не меньшее значение имеет точное определение позиции и вида плода, при отсутствии чего требуется или рентгенограмма, или отказ от производства наружного поворота.

Нередко высказываемые сомнения в возможности точного определения позиции и вида плода через брюшные покровы матери объясняются лишь тем, что этому определению не всегда уделяется должное внимание. При известной тренировке, пользуясь пальпацией, прослушиванием сердцебиения плода и ощущением движения мелких частей, всегда удается точно определить не только позицию и вид плода, но и отклонение спинки в сторону дна матки или входа в таз при поперечном и косом положении. Очень важно для правильного определения членорасположения плода, а также для производства поворота полное расслабление брюшных мышц и состояние полного покоя матки. Малейшая напряженность матки или брюшных стенок должна служить основанием для отказа от производства поворота, по крайней мере в данный момент. Огромное значение здесь приобретает предварительная подготовка беременной.

Прежде всего беременную необходимо убедить в том, что производство наружного поворота не связано ни с какими болезненными ощущениями. И, действительно, наружный поворот должен производиться без малейшего насилия и не должен вызывать болевых ощущений. Если женщина будет относиться к нему несколько настороженно, не говоря уже о страхе, производство поворота будет сопряжено с большими трудностями, так как брюшные мышцы при первой же попытке к повороту будут напрягаться, что исключает возможность смещения плода.

Мы предлагаем беременной не терпеть неприятных ощущений, а, если они случайно появятся во время поворота, немедленно сообщать о них врачу либо словами, либо каким-либо жестом (движением пальцев). Это обеспечивает полное доверие со стороны беременной к врачу и устраниет у нее страх и настороженность. Только когда акушер убедится, что беременная совершенно спокойна, можно приступить к повороту. При этом врачу следует помнить, что поворот должен быть действительно произведен без малейших болезненных ощущений, в противном случае наступит напряжение брюшных стенок, что обеспечит неуспех поворота. Мы рекомендуем при производстве профилактического поворота не только внимательно прислушиваться к указаниям беременной, но и следить за выражением ее лица и при малейших неблагоприятных признаках временно приостанавливать дальнейшее производство поворота.

Самая техника поворота, как уже указывалось выше, зависит от позиции и вида плода.

Общим правилом при всех видах и позициях, косых и поперечных положениях является производство поворота плода со смещением ягодиц в сторону спинки, спинки в сторону головки, головки к брюшной стенке плода (рис. 3); в итоге плоду придается передний вид.

При такой технике поворота плод остается в естественном положении сгибания и его членорасположение обеспечивает ту форму овоща, которая наиболее благоприятна для вращения плода в полости матки.

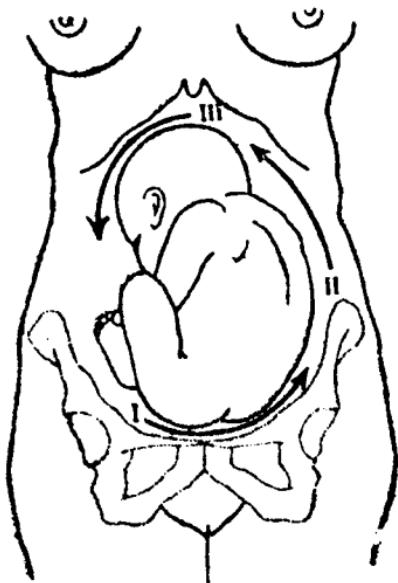


Рис. 3. Общее правило смещения плода при наружном профилактическом повороте, обеспечивающее плоду сохранение формы овоща: ягодицы смещаются в сторону спинки, спинка в сторону головки, головка в сторону брюшной стенки.

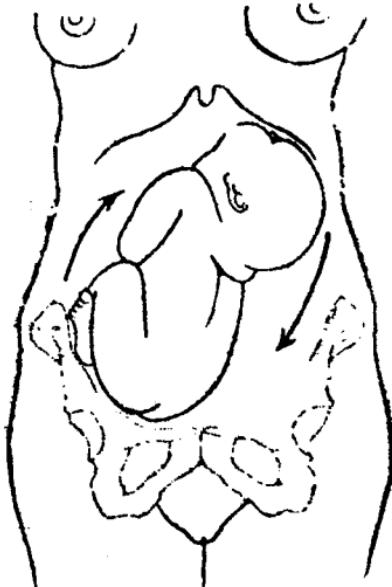


Рис. 4. Неправильная техника, обуславливающая разгибание головки и увеличение длинника плода.

Обратная техника смещения головки в сторону спинки приводит к разгибанию головки и увеличению длинника плода, что создает значительные трудности при повороте (рис. 4). И если при этом поворот, несмотря на все трудности, все же заканчивается успешно, не исключена возможность разгибающего предлежания и разогнутого вставления головки со всеми вытекающими отсюда последствиями (рис. 2).

Различные позиции и виды тазовых предлежаний, косых и поперечных положений требуют своей техники поворота

Техника поворота при тазовом предлежании

Рассмотрим технику поворота при тазовом предлежании, первой позиции и переднем виде. Поворот должен производиться соответственно указанному выше правилу со смещением тазового конца в сторону спинки, спинки в сторону головки и головки ко входу в таз по стенке матки, противоположной позиции плода.

Первым движением врача является охват всей рукой ягодиц и отведение их от входа в таз, что достигается сведением пальцев рук между симфизом и ягодицами (рис. 5).

Когда врач убедится, что ягодицы находятся над входом и подвижны, он энергично, но без малейшего насилия смещает их в сторону позиции плода, в сторону левой под-

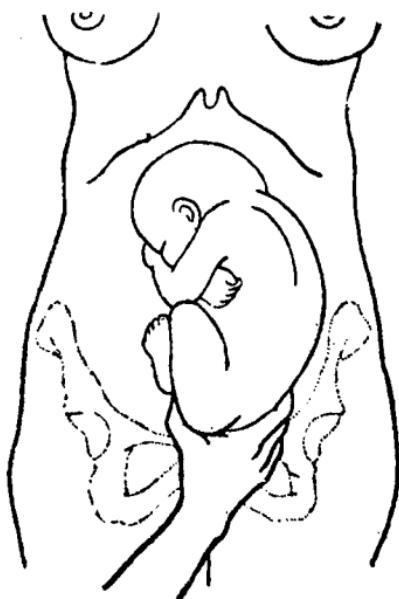


Рис. 5. Отведение ягодиц от входа в таз.

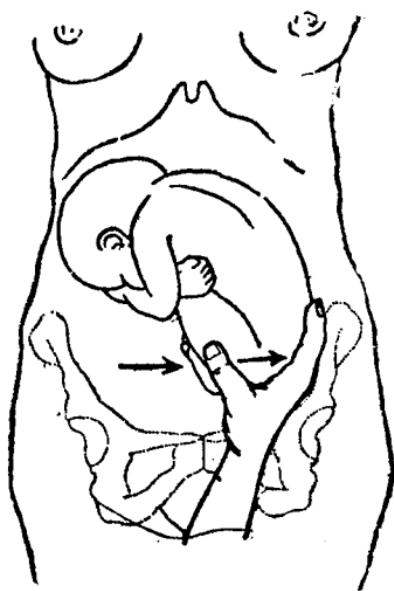


Рис. 6. Отведение ягодиц в сторону левой подвздошной области (при первой позиции).

вздошной области (*fossa iliaca sinistra*) (рис. 6). Начинать производство поворота со смещения головки не рекомендуется, так как в этих случаях давление, оказываемое рукой на головку, находящуюся в подреберье, неминуемо передается на тазовый конец плода, вследствие чего ягодицы опускаются во вход в таз и препятствуют смещению их в сторону.

Смещение головки начинают лишь тогда, когда ягодицы оказываются уже смещеными в сторону от входа в таз.

В этот момент левой рукой при первой позиции охва-

тыают головку со стороны подзатылочной области и смещают ее в правую сторону матери (обратную позиции плода), причем правой рукой, удерживающей ягодицы в левой подвздошной области, поднимают их по левому ребру матки (соответственно позиции плода) кверху (рис. 7).

Если в этот момент появляется болезненное щущение или напряжение матки и брюшных стенок, поворот следует прекратить до полного расслабления матки и брюшных

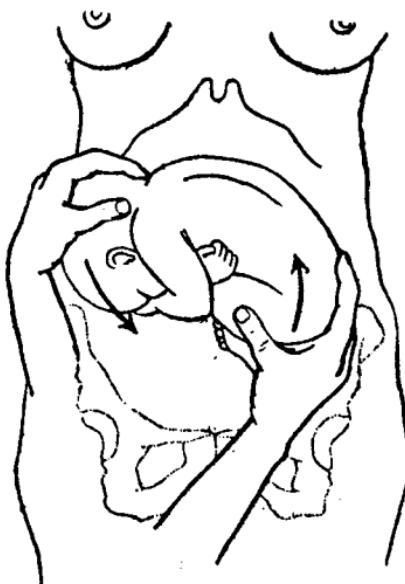


Рис. 7. Смещение ягодиц по левому ребру матки кверху и головки по правому ребру матки ко входу в таз.

мышц, оставляя, однако, руки в прежнем положении, чтобы закрепить ту часть поворота, которая уже сделана. Как только наступает расслабление мускулатуры, поворот продолжают.

Смещение головки производится рядом отдельных надавливаний левой рукой, напоминающих легкие удары пальцев, на затылок; при этом головка, если количество вод достаточно, легко продвигается вниз ко входу в таз, особенно при одновременном смещении правой рукой ягодиц кверху.

Самый ответственный момент наступает, когда положение плода оказывается близким к поперечному. В этот момент поворот должен производиться особенно тщательно и в состоянии полного покоя матки и брюшного пресса. Как

только головка прошла то положение, при котором спинка плода занимала поперечное положение, дальнейшее движение ее в сторону входа в таз совершается уже легко и, при одновременном смещении ягодиц в сторону дна матки, головка легко сдвигается левой рукой ко входу в таз. Нужно следить, кроме того, чтобы головка не только была смещена ко входу в таз, но чтобы над входом в таз оказался затылок! Для этого головку надо продвинуть несколько в сторону — дальше центральной точки входа в таз.

Когда головка оказывается над входом в таз, врач перемещает руки на боковые стороны живота матери, как при втором приеме Леопольда, и, слегка сдавливая матку с боковых сторон, делает одновременно юбками руками несколько раз движения от пупка кзади; тем самым обеспечивается естественное расположение частей плода соответственно новому его предлежанию. Движения рук напоминают собой тесноту движения, которые производятся при катании между пальцами продолговатого мягкого тела («катание теста»). В результате этих движений матка удлиняется и плод уже самопроизвольно применяется к длиннику матки, обеспечивая тем самым наиболее устойчивое и совершенное членорасположение.

После поворота следует тщательно пальпировать головку.

Если рядом с ней прощупываются мелкие части, целесообразно, охватив головку всей рукой, сделать пальцами скользящее движение кверху; при этом случайно опустившаяся ручка легко смещается кверху за головку, в сторону брюшной полости плода (рис. 8 и 9).

Впрочем, необходимость в этом приеме встречается исключительно редко.

После поворота нужно проверить сердцебиение плода, которое обычно никаких изменений не обнаруживает. Лишь в крайне редких случаях наблюдается незначительное учащение или замедление его, но через 1—2 минуты оно снова возвращается к прежнему ритму.

После поворота женщина не должна испытывать слабости, а тем более болезненных ощущений. Напротив, в большинстве случаев она испытывает чувство легкости, особенно в случаях тазового предлежания при первой позиции, когда головка, располагаясь в правом подреберье, оказывала давление на печень. Все же мы считаем целесообразным оставить женщину полежать на кушетке в консультации в течение 15—20 минут и дать ей на этот день бюллетень, посоветовав соблюдать максимальный покой в течение всего дня.

Никаких специальных бинтований живота мы не назначаем, считая основным фиксирующим положение плода моментом опущение головки ко входу в таз. В стандартных бандажах, изготавляемых для беременных, резиновые ленты, «поддерживающие живот», проходят над симфизом, что способствует, по нашему мнению, не опусканию предлежащей части во вход в таз, а, напротив, ее более высокому стоянию и более легкому смещению головки в сторону после поворота, тем более что поперечник матки при ношении бандажа становится больше.

После поворота врач должен систематически наблюдать за беременной до момента родов, чтобы быть уверенным в том, что предлежание остается головным. В тех редких слу-

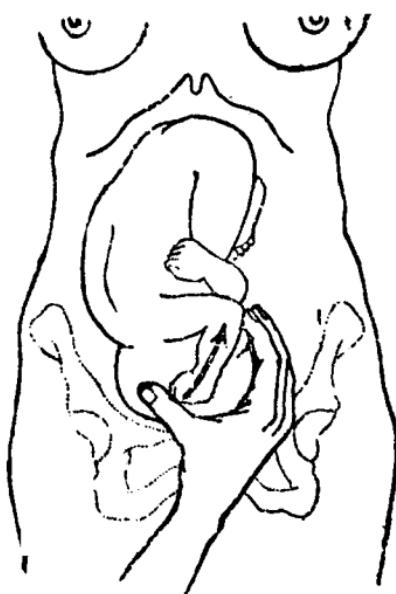


Рис. 8. Смещение опустившейся ручки за головку в сторону брюшной полости плода.

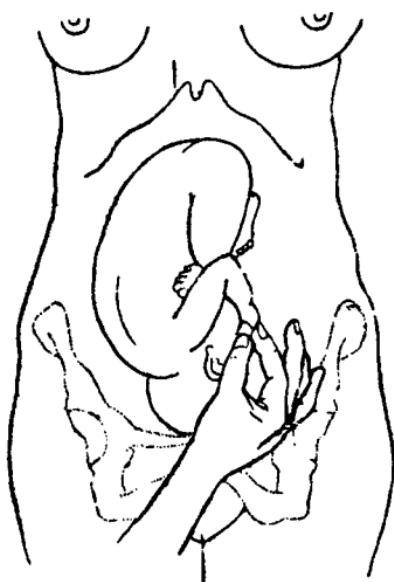


Рис. 9. Сместившаяся ручка отведена за головку в естественное для нее положение.

чаях, когда головное предлежание вновь переходит в тазовое, наружный профилактический поворот производится повторно.

Техника поворота при тазовом предлежании во второй позиции та же, что и в первой позиции, с той лишь разницей, что ягодицы отодвигаются в правую подвздошную область (в сторону позиции) и притом левой рукой, а головка сдвигается ко входу в таз по левой боковой стенке матки и притом правой рукой.

Важное значение для техники поворота при той и другой позиции тазового предлежания имеет наличие переднего или заднего вида.

При переднем виде, особенно в тех случаях, когда спинка располагается ближе к средней линии, головка юкавивается крайне трудно достижимой, так как находится в подреберье и обращена в сторону позвоночника. В этом случае подойти к головке, а тем более схватить ее рукой, достаточно трудно. Техника облегчается в этих случаях тем, что ягодицы, будучи смешены в одну из подвздошных областей, отодвигаются вверху и назад (в сторону почки), — тогда

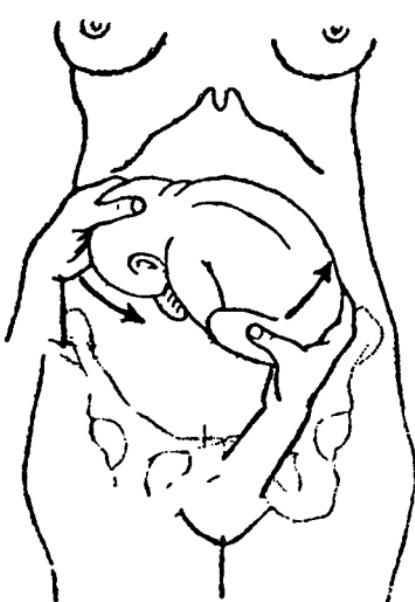


Рис. 10. Смещение ягодиц в сторону почки и захват головки из-под правого подреберья (лateralный вид).



Рис. 11. Охват головки при заднем виде.

головка смещается в сторону, выходя из подреберья, и становится более доступной для ее охвата (рис. 10).

Наоборот, в тех случаях, когда при тазовом предлежании той или иной позиции имеется задний вид, поворот оказывается особенно легким, так как головка обращена к брюшным покровам матери и потому легко доступна для полного охвата ее всей рукой (рис. 11).

Техника поворота при поперечных и косых положениях, при переднем и заднем виде со спинкой, обращенной ко дну матки

Техника поворота при поперечных и косых положениях имеет свои особенности, которые в основном зависят от вида.

При переднем виде той или иной позиции поперечного или косого положения могут быть две разновидности: спинка плода обращена в сторону дна матки и спинка обращена ко входу в таз.

В случаях, когда спинка обращена ко дну матки, следует смещать головку ко входу в таз, захватывая ее не сверху, а сбоку и сзади, при этом смещают ее не только вниз, но и кпереди (рис. 12), при первой позиции — в сторону правой подвздошной области, при второй ложиции — в сторону левой подвздошной области. Таким приемом, как

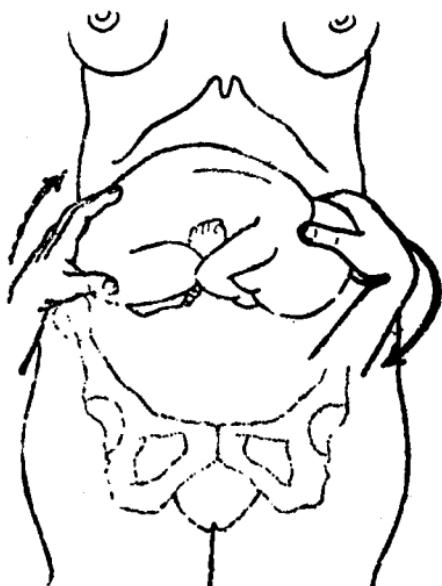


Рис. 12. Смещение ягодиц в сторону правой почки и прием, «выграбающий» головку из левого подреберья (при переднем виде со спинкой, обращенной ко дну матки).

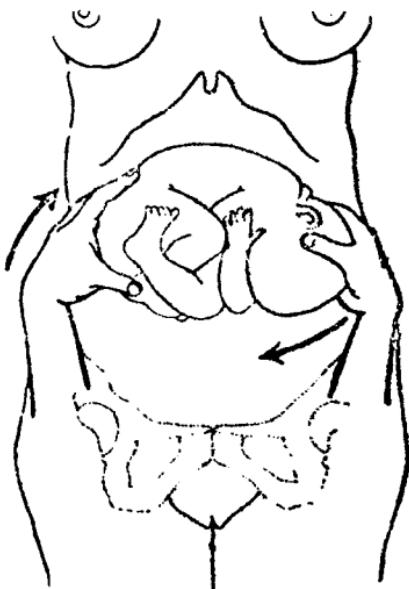


Рис. 13. Поворот при заднем виде со спинкой, обращенной ко дну матки.

бы «выграбающим» головку из боковой части живота матери, обеспечивается при окончании поворота на головку передний вид плода. Если пренебречь этой деталью, может получиться задний вид (так как спинка, обращенная ко дну матки, при смещении головки только вниз, может отойти кзади).

Захватыванию головки сзади и сбоку в значительной мере способствует в этом случае смещение ягодиц кверху и кзади, вглубь подреберья, благодаря чему головка приближается к брюшной стенке матери и делается более доступной для захватывания ее всей рукой.

При заднем виде поворот совершается очень легко и не требует применения указанного выше приема. Головка, расположенная непосредственно под брюшными покровами, легко захватывается рукой, свободно смещается ко входу в таз при одновременном смещении другой рукой тазового конца в сторону подреберья (рис. 13).

Техника поворота при поперечных и косых положениях, при переднем и заднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз

Значительно отличается техника поворота при переднем виде, когда спинка обращена ко входу в таз.

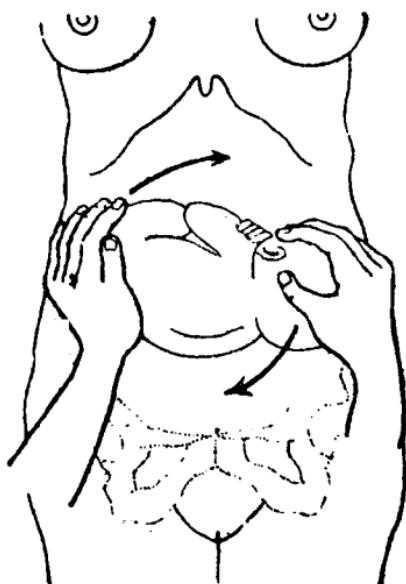


Рис. 14. Неправильная техника.



Рис. 15. Неправильная техника.

В этом случае, как уже указывалось выше, нередко совершают большую ошибку, производя поворот путем прямого смещения головки в сторону входа в таз по наиболее короткому пути, который кажется наиболее простым; на самом деле это неминуемо приводит к разгибанию головки, увеличению длины шеи плода, затрудняет поворот и после поворота

головка располагается над входом в таз в разогнутом предлежании (рис. 14). Еще чаще эта ошибка может встречаться при косом положении и спинке, обращенной к тазу (рис. 15), когда соблазн свести головку кратчайшим путем ко входу в таз становится особенно большим. В подобных случаях поворот становится невозможным и происходит одно лишь разгибание головки.



Рис. 16. Поворот при поперечном положении первой позиции, переднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз. Первый момент—перевод в тазовое предлежание.

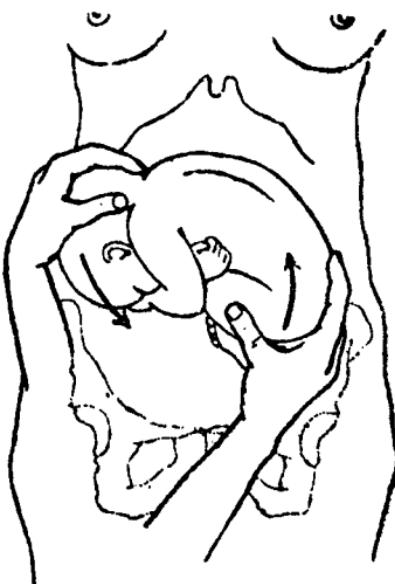


Рис. 17. Поворот при поперечном положении первой позиции, переднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз. Второй момент—поворот на головку.

При поперечном или косом положении плода при переднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз, поворот должен производиться по общему правилу в направлении от ягодиц к спинке и в сторону головки, что исключает возможность получения разогнутого положения головки. В этих случаях поворот делают на 270° , а именно сначала переводят плод в ягодичное предлежание путем смещения головки в сторону подреберья и ягодиц ко входу в таз, а затем из ягодичного предлежания уже в головное.

В качестве примера приведем случай поперечного положения плода при первой позиции и переднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз. Правую руку

кладут на головку, левую—на тазовый конец и одновременно смещают ягодицы в сторону входа в малый таз, а головку — в сторону подреберья (рис. 16) (первый момент). Как только ягодицы окажутся над входом в таз, рукой, находившейся на тазовом конце, продолжают удерживать их в этом положении, перенося правую руку, бывшую на головке, на тазовый

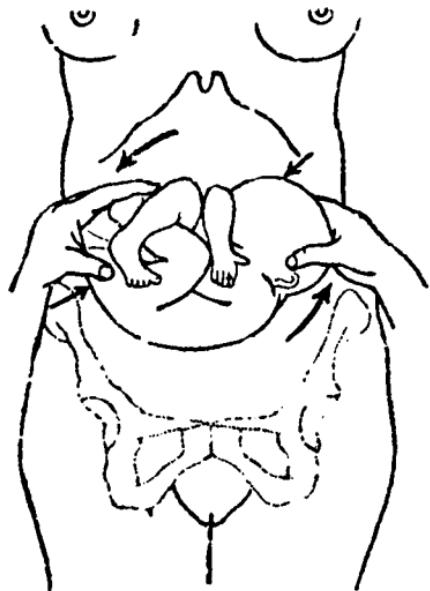


Рис. 18. Головка захватывается путем заведения кзади четырех пальцев.



Рис. 19. Головку смещают вверх, не давая ей отойти в подреберье.

конец, а левую кладут на головку (рис. 17). Затем ягодицы сдвигают правой рукой в левую подвздошную область, а головку левой рукой смещают по правой стенке матки в сторону входа в таз (второй момент), как это было описано выше при повороте из тазового предлежания в головное (рис. 6 и 7).

При заднем виде поперечного или косого положения плода, когда спинка обращена ко входу в таз, поворот также производится на 270° .

В качестве примера остановимся на случае поперечного положения плода в заднем виде при первой позиции со спинкой, обращенной ко входу в таз.

Правую руку кладут на затылок плода, стараясь как можно дальше завести кзади четыре пальца, что в этом случае удается очень легко (рис. 18). Левой рукой захватывают тазовый конец. Смешав ягодицы ко входу в таз, акушер

стремится по возможности глубже (к позвоночнику матери) ювости ягодицы, а правой рукой, охватывающей головку, по возможности смещает головку кверху, не давая, однако, отойти ей в подреберье и заставляя ее все время держаться непосредственно под брюшной стенкой матери (рис. 19).

Иными словами, смещающая одной рукой ягодицы ко входу в таз, другой рукой нужно стремиться обеспечивать вращение головки непосредственно вокруг пупка матери, не давая ей уходить далеко от пупка в сторону подреберья. При такой

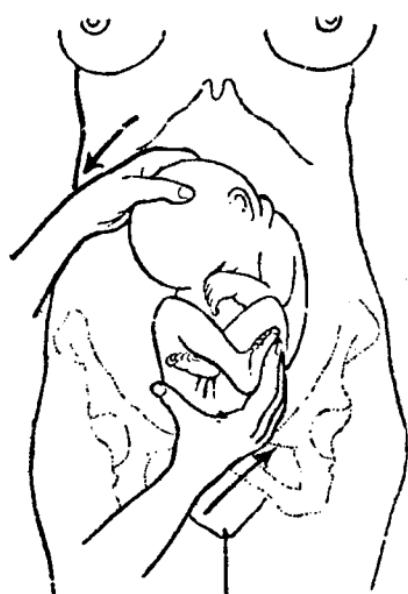


Рис. 20. Головка оказывается обращенной к брюшным покровам матери.

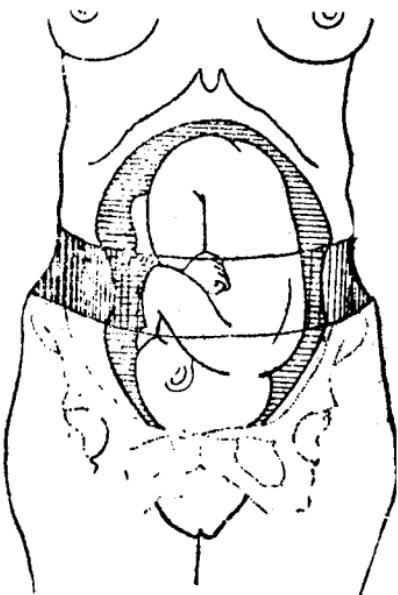


Рис. 21. Бандаж для фиксации головного предлежания после поворота на головку при поперечных и косых положениях.

технике поворота к моменту, когда тазовый конец плода оказывается над входом в таз, плод устанавливается в заднем виде, обеспечивающем положение головки непосредственно под брюшными покровами матери (рис. 20).

Если не уделять должного внимания положению головки, то к моменту поворота на тазовый конец она уйдет глубоко в подреберье матери и дальнейшее производство поворота станет крайне затруднительным. В этом случае для завершения поворота на головку, как уже было описано выше при переднем виде тазового предлежания, следует переместить руки, продвинуть ягодицы несколько кверху и в сторону почечной области матери, что способствует выходению головки из подреберного края.

Затем тазовый конец смещают в сторону fossa iliaca sinistra, соответственно бывшей позиции плода, а головку — по противоположному ребру матки ко входу в таз, что совершается крайне легко, так как головка все время хорошо захватывается рукой. Не давая головке в этот момент поворота отходить в сторону спины матери и производя ее смещение опять-таки вокруг пупка, акушер легко завершает поворот на головку, обеспечивая плоду наиболее выгодный для последующих родов передний вид.

Назначение обычного бандажа после поворота из попечного и косого положения на головку мы считаем особенно непоказанным. В этих случаях давление бандажа на нижний сегмент матки (поддерживающая роль бандажа) способствует не смещению головки ко входу в таз, а, наоборот, кверху, что в свою очередь содействует возвращению плода в попечное или косое положение.

С целью удержания головного предлежания после поворота из попечного или косого положения можно рекомендовать назначение особого бандажа в виде широкой ленты (ширина 10 см), который надевается на живот на уровне пупка или несколько ниже него; это способствует увеличению вертикального диаметра матки и уменьшению ее горизонтального диаметра (рис. 21). Такой бандаж, называемый на одну-две недели, наиболее надежно закрепляет поворот на головку и исключает возможность перехода плода опять в косое или попечное положение.

Техника наружного профилактического поворота под наркозом

Производство поворота под наркозом мы считаем допустимым лишь в исключительных случаях. Показанием к нему может служить попечное или косое положение, если его не удалось изменить в головное предлежание наружным поворотом без наркоза. Здесь целесообразнее, конечно, применить наркоз, чем прибегать к неизбежному в этих случаях внутреннему повороту, при котором имеется известный риск инфекции, связанный с введением руки в полость матки.

Еще более серьезным показанием для производства наружного поворота под наркозом при тазовом предлежании, косом и попечном положении мы считаем случаи, где наружный поворот не удался, а мать проявляет настоячивое желание иметь ребенка, особенно если это желание высказывается пожилой первородящей. В этих случаях наружный

поворот из тазового предлежания в головное создает для роженицы огромные преимущества.

Противопоказаниями к наружному профилактическому повороту под наркозом, помимо указанных выше применительно к повороту без наркоза, являются заболевания сердца и легких, исключающие применение такового.

Условия и техника поворота под наркозом остаются те же, что и при повороте без наркоза.

Непременное условие для наружного поворота под наркозом—это дача полного и глубокого наркоза.

Каковы результаты, получаемые при применении профилактического поворота и насколько обоснована опасность его, на которую указывает ряд авторов?

Ниже мы приводим результаты операции наружного профилактического поворота, произведившейся аспирантом моей клиники д-ром М. Б. Трубковичем в женской консультации клиники (поликлиника им. Грауэрмана) у беременных, направляемых из различных женских консультаций Москвы. Поворот производился с точным соблюдением техники, условий и противопоказаний, изложенных выше. Все случаи поворота в дальнейшем изучались д-ром М. Б. Трубковичем с точки зрения исхода родов и бывших осложнений.

Как видно из публикуемых ниже данных, наружный профилактический поворот удается в 90% случаев; при соблюдении указанной техники и строгом учете противопоказаний он не представляет никакой опасности и дает возможность снизить мертворождаемость при тазовом предлежании с 10 до 1%, а при поперечных и косых положениях—с 25 до 1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАРУЖНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА НА ГОЛОВКУ

Настоящая работа является предварительным сообщением. В ней мы приводим результаты наружного поворота, производимого под руководством проф. Б. А. Архангельского в его клинике, при тазовом предлежании, а также при поперечном и косом положении плода.

Ниже приводятся фактические данные, обосновывающие целесообразность наружного профилактического поворота на головку и иллюстрирующие степень безопасности этого вмешательства.

Частота головных, тазовых предлежаний, поперечных и косых положений

Первый вопрос, который мы пытались выяснить, — это как часто встречаются тазовые предлежания, поперечные и косые положения. В табл. 1 приведены данные, полученные нами на основе изучения материала московского родовспоможения.

Таблица 1

Частота родов при головных, тазовых предлежаниях, поперечных и косых положениях плода по материалам московского родовспоможения

Предлежание и положение плода	Общее количество родов	%	Общее количество срочных родов	%	Общее количество предлежаний, временных родов	%
Головное предлежание . .	103 735	96,08	96 048	96,48	7 687	91,35
Тазовое предлежание . .	3 758	3,48	3 148	3,16	610	7,25
Косое и поперечное положение плода	473	0,44	356	0,36	117	1,4
Всего . . .	107 966	100	99 552	100	8 414	100

Как видно из табл. 1, число тазовых предлежаний, косых и поперечных положений, вместе взятых, составляет 3,52% для срочных родов; 8,65% для преждевременных и 3,92% на общее число родов без разделения их на срочные и преждевременные.

Таблица 2

Частота тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода по литературным данным

	Тазовые предлежа- ния в %	Поперечные и косые по- ложении в %	Всего в %
Малиновский	3,5	0,5	4,0
Гентер	3,5	0,5 — 0,75	4,0 — 4,25
Михайлов	5,4	—	—
Винкель	3 — 4	—	—
Наши данные (см. табл. 1) . . .	3,48	0,44	3,92

Из табл. 2 видно, что процент тазовых предлежаний, поперечных и косых положений, вместе взятых, без подразделения на срочные и преждевременные роды, полученный нами на материале московского родовспоможения, приблизительно тот же, что и по другим литературным данным, составляя в среднем 4 (3,92%).

Если перевести этот процент в абсолютные цифры, то на каждые 100 000 родов число тазовых предлежаний, поперечных и косых положений составит в среднем 4 000.

Следующий вопрос, который нас интересовал,— это влияние тазовых предлежаний, поперечных и косых положений на преждевременное родоразрешение.

Соотношение срочных и преждевременных родов в отдельных группах родов при головном и тазовом предлежании, при поперечном и косом положении

Приводим сравнительные литературные данные о частоте недоношенности.

%₀ прежде-
временных
родов

1. При головном предлежании:

Кушнирская	15
Антонович	7,5
Наши данные по московскому родовспоможению	7,4

% прежде-
временных
родов

2. При тазовом предлежании

Кушнирская	37,5
Жордания	28,9
Антонович	22,6
Дарон	12,9
Наши данные по московскому родовспоможению	16,2

3. При поперечном и косом положении

Наши данные по московскому родовспоможению	24,7
--	------

Таблица 3
Недоношенность
(по материалу московского родовспоможения)

	Общее количество родов	Срочные роды		Преждевременные роды ¹	
		количество	%	количество	%
В головном предлежании . .	103 735	96 048	92,6	7 687	7,4
В тазовом предлежании . . .	3 758	3 148	83,8	610	16,2
В поперечном и косом положении	473	356	75,3	117	24,7
В тазовом предлежании, поперечном и косом положении, вместе взятых . . .	4 231	3 504	82,8	727	17,2
Всего . . .	107 906	99 552	92,2	8 414	7,9

¹ Считая преждевременными роды при рождении плода с весом менее 2 500 г.

Как видно из табл. 3, преждевременные роды при тазовом предлежании встречаются значительно чаще, чем при головном предлежании; при головном предлежании процент недоношенности равен 7,4, при тазовом предлежании он примерно в 2,5 раза больше (16,2), а при поперечном положении по сравнению с головным предлежанием почти в 3,5 раза больше (24,7).

Причина такого высокого процента досрочного родоразрешения при тазовых предлежаниях, а тем более при косых и поперечных положениях может быть двоякая. Это обус-

ловливаются или самим тазовым предлежанием, косыми и поперечными положениями, которые и являются каузальным моментом наступления преждевременных родов, или тем, что в группе преждевременных родов имеется меньшее число случаев с окончательно установившимся положением плода в головном предлежании и, наоборот, большее число случаев, в которых плод мог бы еще перейти в головное предлежание, если бы роды не наступили преждевременно. Не исключая последней возможности, мы склонны видеть основную причину преждевременных родов именно в тазовом предлежании, косых и поперечных положениях.

Действительно, если бы высокий процент преждевременных родов обусловился не тазовым предлежанием, косыми и поперечными положениями плода, а другими причинами преждевременных родов, при которых тазовые предлежания, поперечные и косые положения встречаются чаще, то на нашем материале наружного профилактического поворота, производимого за 5—4 недели до родов, мы должны были бы иметь тот же высокий процент преждевременных родов. Между тем, как это будет видно ниже, на материале в 228 случаев наружного профилактического поворота на головку процент недоношенности не превышает процента недоношенности при головном предлежании.

Это заставляет нас считать, что тазовые предлежания и особенно косые и поперечные положения являются причиной преждевременного наступления родов.

Влияние тазовых предлежаний, поперечных и косых положений на мертворождаемость

Вопрос о мертворождаемости принадлежит к числу наиболее актуальных вопросов современной медицины. Для нас, советских акушеров, этот вопрос является особенно актуальным потому, что в СССР вопросу снижения детской смертности уделяется чрезвычайно большое внимание.

Данные о мертворождаемости в царской России и в Советском Союзе приведены в табл. 4.

Из табл. 4 видно, что в царской России мертворождаемость с 1840 до 1908 г. колебалась в пределах 6,69—6,48%; в Советском Союзе по Ленинграду и Москве мертворождаемость за последние 20 лет резко снизилась, дойдя в 1938—1940 гг. в Москве до 1,88%.

Снижение мертворождаемости является, несомненно, результатом огромной санитарно-профилактической работы наших женских консультаций, максимального охвата беремен-

Таблица 4
Мертворождаемость

Царская Россия			СССР		
Автор	Годы	% мертво- рожда- емости	Автор	Годы	% мертво- рожда- емости
Михайлов.	1840—189	6,56	Гиневич, Петроград	1920—1924	3,81
Анфриев.	1879—1891	6,69	Фейгель, Ленинград	1923—1926	3,25—3,38
Хажинский	1892—1908	6,48	Кононова-Шварц, Мо- сква	1924—1927	2,6
Фейгель, Петербург	1910—1916	4,48	Леви, Москва	1938	2,3
			Трубкович, москов- ское родовспомо- жение (на 107 966 родов)	1938—1940	1,88

ных женщин родовспомогательными учреждениями и оказания им высококвалифицированной помощи.

Однако мы не должны довольствоваться успехами, достигнутыми в области снижения мертворождаемости, — даже те незначительные цифры, которые имеются на данное время, должны быть снижены еще более.

Необходимость при тазовом предлежании быстро проводить головку через тазовое кольцо во избежание асфиксии плода, отсутствие в связи с этим необходимой предварительной медленной конфигурации головки и большие размеры головки сравнительно с тазовым концом плода, — все это угрожает жизни плода.

Косые и поперечные положения требуют, как правило, еще и оперативного вмешательства — внутреннего поворота, а в отдельных случаях и кесарского сечения. В связи с этим нас интересовал вопрос, в какой мере тазовые предлежания, поперечные и косые положения влияют на мертворождаемость.

Для иллюстрации приводим наши данные о мертворождаемости (табл. 5).

Как видно из табл. 5, мертворождаемость при тазовом предлежании в 10 раз больше, а при поперечных и косых положениях в 25 раз больше, чем при головном предлежании.

Таким образом, тазовое предлежание, поперечные и косые положения дают огромный процент мертворождений — 10 для тазовых предлежаний и 25 для поперечных и косых

Таблица 5

Мертворождаемость доношенных плодов по материалу московского родовспоможения

	Общее количество	Количество мертворожденных	%
Срочные и преждевременные роды, вместе взятые	107 966	2 048	1,88
Срочные роды	99 552	1 327	1,32
Срочные роды в головном предлежании	96 048	905	0,94
Срочные роды в тазовом предлежании	3 148	318	10,1
Срочные роды в поперечном или косом положении	356} 3 504	422} 104	12} 26,4

положений. Другими словами, при тазовом предлежании гибнет каждый 10-й ребенок и при поперечных и косых положениях — каждый 4-й.

Если перевести эти данные в абсолютные цифры, то на 100 000 срочных родов тазовых предлежаний окажется 350 (3,5%), поперечных и косых предлежаний — 500 (0,5%). Тазовые предлежания обусловляют 350 (10%) случаев мертворождений доношенным плодом, а поперечные и косые положения — 125 случаев (25%), что вместе составит 475 случаев смерти плода при родах доношеными детьми.

Учитывая высокий процент мертворождаемости при тазовом предлежании, поперечном и косом положениях плода, а также все те осложнения, которые встречаются при поперечных и косых положениях и со стороны матери (по данным Скрабанского 2—3—4 и даже 9% всех женщин с поперечным положением гибнут при родах), мы задались целью выяснить, какое влияние оказывает наружный поворот, применяемый профилактически и обеспечивающий головное предлежание, на процесс беременности и родов в смысле появления осложнений.

Для этого мы считаем необходимым провести сравнение между отдельными осложнениями в течение беременности и родов, которые выявлены при головном предлежании на материале московского родовспоможения, и теми, которые возникли после производства нами наружного профилактического поворота.

Остановимся на выпадении пуповины, обвитии пуповины,

кровотечении во время беременности и родов, преждевременном отхождении вод и преждевременном родоразрешении.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА.

Выпадение пуповины

Таблица 6
Частота выпадения пуповины

Головное предлежа- ние		Тазовое предлежа- ние		Поперечное или ко- сое положение	
автор	%	автор	%	автор	%
Скробанский .	1,0	Ситске	4,1	Скробанский ..	21
Гентер . . .	0,5	Левина	2,7	—	—
Махилов . . .	0,75	Кушнирская. . .	1,8	—	—
Эберлин . . .	0,8	Большакова. . .	1,5	—	—
Трубкович		Трубкович		Трубкович	
Данные клини- ки	0,4	Данные клиники	2,1	Данные клиники	9,7
После предва- рительного поворота на головку (1 случай из 228)	0,44	После неудавше- гося поворота (1 из 31 слу- чай).	3,2	После кончив- шегося неуда- чей предвари- тельного пово- рота (1 из 31 случай)	3,21

Как видно из табл. 6, на материале клиники мы имеем 9,7% выпадения пуповины при поперечном или косом положении плода и 2,1% при тазовом предлежании, в то время как при головном предлежании процент выпадения составляет лишь 0,4.

Следовательно, тазовые предлежания и особенно поперечные или косые положения обусловливают более высокий процент выпадения пуповины.

Выпадение пуповины после наружного поворота на головку на нашем, правда, небольшом материале в 228 уже состоявшихся родов имело место лишь в одном случае, что составляет 0,44%.

Этот процент соответствует примерно проценту выпадения пуповины при головном предлежании. На материале нашей клиники он равен 0,4% и несколько ниже литературных данных, по которым он колеблется в пределах 0,5%—1%.

В табл. 7 приведены также два случая выпадения пуповины при предварительной неудавшейся попытке поворота на

головку. В одном случае поворот был произведен на головку за 3 недели до родов два раза, но ввиду большой подвижности плода очень быстро восстанавливалось первоначальное положение его, и женщина разрешилась в тазовом предлежании с выпавшей пуповиной живым доношенным младенцем. В другом случае была сделана попытка поворота, но поворот не удался, и женщина разрешилась в тазовом предлежании с выпадением пуповины мертвым плодом.

Таким образом, наружный поворот, изменяющий тазовое предлежание, поперечное и косое положения плода в головное способствует снижению процента выпадения пуповины до 0,4, что не превышает процента выпадения пуповины при головном предлежании без предварительного поворота.

Обвитие пуповины

По литературным данным, а также по материалу нашей клиники обвитие пуповины отмечается в 14,3—25%. Так, при головном предлежании Бумм наблюдал обвитие пуповины в 25% случаев, Преображенский — в 25%, Шульц — в 23%, Венцковский — в 14,3%, по материалам нашей клиники — в 16,8%. После предварительного поворота на головку обвитие пуповины наблюдалось на нашем материале в 5,2% на 228 родов. Таким образом, после поворота на головку мы имеем меньший процент случаев обвития пуповины, не превышающий такового при головном предлежании. Отсюда следует, что наружный поворот на головку влияния на участие обвития пуповины не оказывает.

Кровотечение во время беременности и родов

Мы тщательно исследовали также влияние наружного поворота на кровотечение во время беременности, являющееся, понятно, грозным осложнением. На 324 случая наружного поворота и на 228 уже состоявшихся родов при головном предлежании после профилактического наружного поворота мы наблюдали кровоточивость лишь в одном случае за 2 недели до родов в виде нескольких капель крови, что не оказалось какого-либо влияния на дальнейшее течение беременности и роды. Других случаев кровотечений не было. Этот единичный случай не превышает процента кровоточивости, которая наблюдается как случайное явление в конце беременности и при головном предлежании без предварительного поворота на головку.

Преждевременной отслойки последа, задержки последа,

требовавшей ручного отделения его и обследования полости матки, на нашем материале в 228 родов мы не имели.

Преждевременное отхождение вод

Преждевременное отхождение вод на нашем материале в 324 случая наружного поворота (из них 228 родов) имело место в 5 случаях, что составляет 2,2%, в то время как по материалам нашей клиники процент раннего отхождения вод составляет около 5% общего числа родов.

Таким образом, раннее отхождение вод как осложнение после профилактического наружного поворота на нашем материале наблюдалось не чаще, чем в случаях головного предлежания без предварительного поворота на головку.

Преждевременное родоразрешение

Большой интерес представляет вопрос о влиянии наружного профилактического поворота на преждевременное родоразрешение. Как указывалось выше, самый факт недоношенности является причиной высокой мертворождаемости и ранней детской смертности.

По материалам московского родовспоможения (стр. 28—29) процент недоношенности составлял 7,4 при головных предлежаниях, 16,2 при тазовых предлежаниях и 24,7 при поперечных и косых положениях. На нашем материале в 228 родов после предварительного наружного поворота недоношенность составила всего 1%. Такой исключительно низкий процент недоношенности объясняется, возможно, тем, что мы производили наружный поворот лишь на 35—36-й неделе беременности, т. е. в срок, близкий ко времени срочных родов. Но все же наличие лишь 1% недоношенности на 228 родов позволяет нам сделать вывод, что самый факт наружного профилактического поворота не увеличивает процента преждевременного родоразрешения, а наоборот, снижает его.

Результаты наружного профилактического поворота на головку

Переходим к разбору собственного материала.

Всего наружному повороту подвергалось 324 беременных женщины с тазовым предлежанием и поперечным и косым положением плода.

Из табл. 7 видно, что процент удавшихся поворотов составляет 90,5, неудавшихся поворотов — 9,5. Сюда относятся те случаи, когда поворот совсем не удался или когда после

удавшегося поворота роды прошли все же в тазовом предлежании при поперечном или косом положении плода.

Поворот производился, как правило, без наркоза, за исключением 4 случаев.

В подавляющем большинстве случаев поворот удавался с первого же раза. Повторные повороты имели место у повторнородящих женщин, когда плод был небольших размеров,

Таблица 7

Результаты наружного профилактического поворота на головку

	Количество случаев поворота	%	Число родившихся
Удавшиеся повороты:			
из поперечных и косых положений в головное предлежание	42	13	
из тазового предлежания в головное	251	77,5	
Неудавшиеся повороты	31	9,5	228
Всего	324	100	247

отмечалась большая подвижность плода и живот был отвислый, дряблый.

Случаи, в которых поворот не удавался, касались чаще всего первородящих при наличии у них напряженной матки, крупного малоподвижного плода, явившихся на поворот слишком поздно.

Результаты поворота для плода следующие.

Таблица 8

Результаты родов после наружного профилактического поворота на головку для плода

Число родов	Общее количество	Количество живых детей	%	Количество мертвых детей	%
При неудавшихся поворотах	19	17	89,5	2	10,5
» удавшихся поворотах	228	227	99,6	1	0,4
Всего родов, где произошелся поворот или попытка к повороту	247	244	98,8	3	1,2

Таким образом, на 247 родов после наружного поворота или попытки к наружному повороту мертворождаемость составила 1,2%.

Мертворождаемость при срочных родах в головном предлежании по материалам московского родовспоможения составляет 0,94%, при тазовом предлежании — 10,1% и при косых и поперечных положениях — 26,4%.

Следовательно, наружный профилактический поворот на головку позволил нам снизить процент мертворождаемости при тазовом предлежании в 10 раз, а при косых и поперечных положениях — в 25 раз.

Выводы

1. Роды при тазовом предлежании, при косом и поперечном положении плода составляют по материалам московского родовспоможения без разделения на срочные и преждевременные 3,9% всех родов, срочные роды — 3,5%.

2. Мертворождаемость по Московскому родовспоможению равняется при срочных родах в тазовом предлежании 10,1%, при срочных родах в поперечном и косом положении плода — 26,4%, при тех и других, вместе взятых, — 12%.

3. Мертворождаемость общая по Московскому родовспоможению равна 1,88%, при срочных родах в головном предлежании — 1,32%.

4. Мертворождаемость после наружного поворота на головку (на 228 родов) оказалась равной 0,4%. К общему числу случаев, в которых производилась попытка наружного поворота, вне зависимости от его результатов (247 случаев), мертворождаемость составляла 1,2%.

5. Наружный профилактический поворот на головку из тазового предлежания, поперечного и косого положения удается в 90%.

6. Поворот не влечет за собой каких-либо осложнений.

7. При производстве наружного профилактического поворота такие осложнения, как выпадение пуповины, обвитие пуповины, преждевременное отхождение вод, кровотечение во время беременности и родов, преждевременное родоразрешение, не превышали обычного процента, который наблюдается в родах при головном предлежании без предварительного наружного поворота.

8. Поворот обеспечивает снижение мертворождаемости в 10 раз — с 12%, наблюдавшихся при срочных родах при тазовом предлежании, при поперечных и косых положениях, вместе взятых, до 1,2%.

9. Наружный профилактический поворот на головку, производимый на 35—36-й неделе, с соблюдением всех противопоказаний позволяет снизить мертворождаемость при тазовом предлежании с 10% до 1% (в 10 раз) и при попечечных и косых положениях с 25% также до 1% (в 25 раз), т. е. до того процента [мертворождаемости], который имеет место при головном предлежании и срочных родах.

СОДЕРЖАНИЕ

Наружный профилактический поворот на головку в женских консультациях как метод борьбы с мертворождаемостью (проф. Б. А. Архангельский)	3
Показания	8
Противопоказания	9
Условия для профилактического наружного поворота	10
Техника наружного профилактического поворота	11
Техника поворота при тазовом предлежании	14
Техника поворота при поперечных и косых положениях, при переднем и заднем виде со спинкой, обращенной ко дну матки	19
Техника поворота при поперечных и косых положениях, при переднем и заднем виде со спинкой, обращенной ко входу в таз	21
Техника наружного профилактического поворота под наркозом	25
Результаты наружного профилактического поворота на головку (М. Б. Трубкович)	27
Частота головных, тазовых предлежаний, поперечных и косых положений	—
Соотношение срочных и преждевременных родов в отдельных группах родов при головном и тазовом предлежании, при поперечном и косом положении	28
Влияние тазовых предлежаний, поперечных и косых положений на мертворождаемость	30
Возможные осложнения при производстве профилактического поворота	33
Выпадение пуповины	33
Обвитие пуповины	34
Кровотечение во время беременности и родов	—
Преждевременное отхождение вод	35
Преждевременное родоразрешение	—
Результаты наружного профилактического поворота	37
Выводы	—