

Из акуш.-гинекологич. клиники Киевского мед. института (завед. клиникой проф. Ольшанецкий).

## Decapitatio крючком Брауна в модификации Ольшанецкого.

Проф. А. М. Ольшанецкий

Современное состояние акушерской помощи у нас в СССР сделало операцию эмбриотомии и в частности декапитации чрезвычайно редкой: при нашей широкой возможности госпитализации всех родов запустить поперечное положение до необходимости применения операции эмбриотомии является почти недопустимым. Все же такие факты еще есть, хотя встречаются все реже и реже.

В этих редких случаях—может быть потому, что эти случаи редки,—опыт производства эмбриотомии, в частности декапитации, имеется у немногих молодых акушеров, а поэтому сложность и опасность операции декапитации следует свести до минимума.

Для производства этой операции было предложено много различных инструментов: Zweifel'я trache lorector, Строганова—экразер, Лазаревича—брефотом с сжимателями, Шульца—декапитационный серповидный нож, Кюстнера—рахиотом, пилпроводник Ратемон Бонгу, всем известный крючок Брауна и т. п.

Неудовлетворенность этими инструментами, частично благодаря их сложности, частично из-за неэффективности применения их, заставила акушеров остановиться на самом простом из них—крючке Брауна и внести изменения в технику производства операции декапитации.

Уже то обстоятельство, что после наложения крючка Брауна необходимо применить большие усилия с целью перелома позвоночника и последующего разрыва мягких частей шеи, вследствие чего может произойти сдвиг с своего места головки, делает эту операцию весьма опасной.

К этому следует добавить, что все эти манипуляции совершаются при запущенном поперечном положении, после долгих часов тщетной работы матки, при ad maximum растянутом нижнем сегменте.

Эти условия побудили многих акушеров искать выхода из положения в изменении техники, в частности такой выход, наиболее удачный, был предложен Чудновским, который до наложения крючка Брауна, делал надрез кожи шеи плода и вводил крючок в образованный таким образом подкожный канал.

Практика показала, что и это добавление не устраняет в конечном счете необходимость делать поворот крючка Брауна для перелома шейных позвонков и, следовательно, сдвигая насильно головку, производить добавочное растяжение и без того истонченной ткани нижнего сегмента, т. е. стоять на грани разрыва матки.

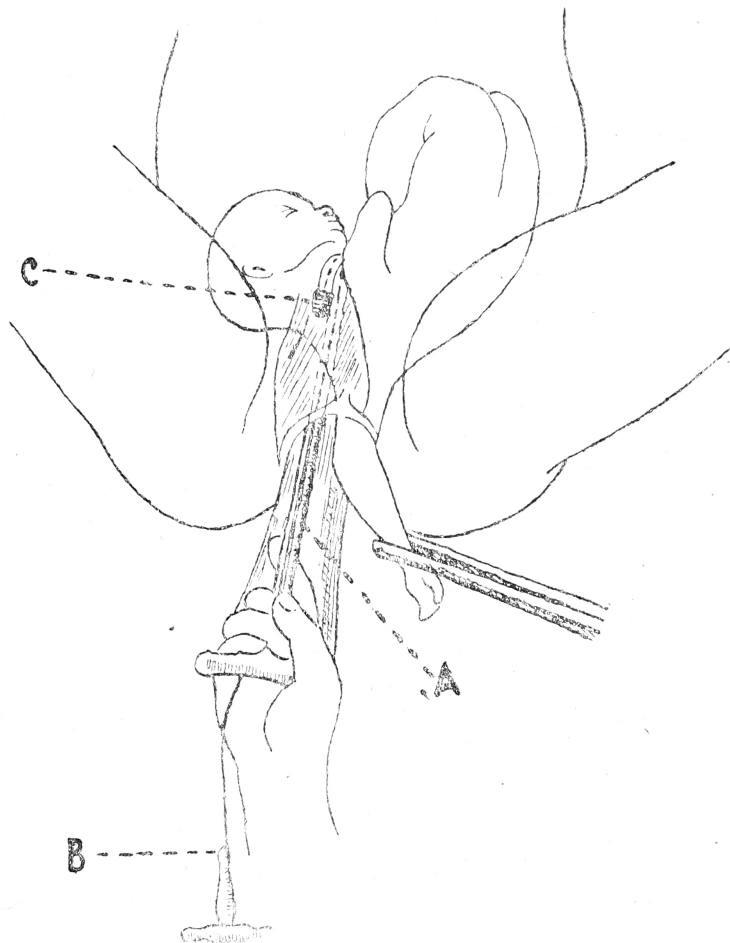
По нашему мнению, необходимо при декапитации создать такие условия, при которых исключалась бы необходимость поворачивать крючок Брауна вокруг своей оси и, следовательно, смещать головку.

Для этой цели мы предложили следующее изменение крючка Брауна.

Во внутренней поверхности крючка вплоть до его окончания загнутой части делается выемка (желобок), в которую легла бы сталь-

ная проволочка. К одному концу проволочки приделывается поперечная трубочка „В“ для захвата рукой. Другой конец проволочки приделывается к штифту „С“, который входит в конец загнутого крючка (рис. 1).

1-е положение.

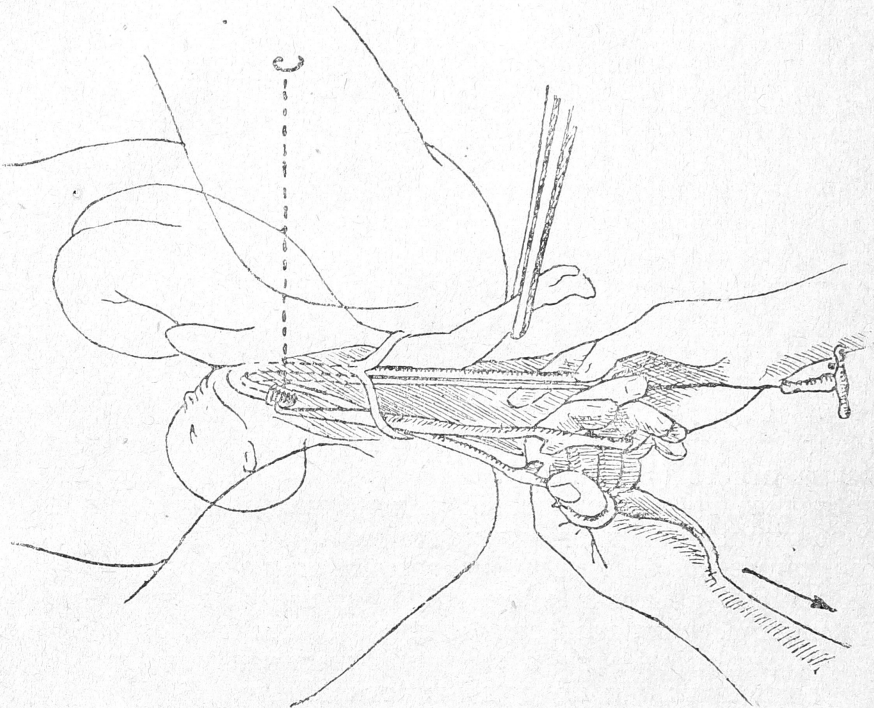


Наложённый декапитатор на шею плода. А—крючок. В—первый конец проволоки, заложенный в рейке крючка. С—штифт, на котором укреплен второй конец проволоки.

С вложенной проволочкой в выемку крючок Брауна вводится на шею плода по всем правилам этой операции. Не делая после введения никаких движений крючком (рис. 2), оператор захватывает штифт „С“ пулевыми щипцами либо другим инструментом. Штифт „С“ извлекается (рис. 3) наружу, а за ним следует проволочка, при чем крючок Брауна остается на месте. Оба конца проволоки акушер берет в руки, 3—4 пиловидными движениями декапитирует головку, после чего проволока выпадает и крючок без труда вынимается, В дальнейшем операция заканчивается как обычно.

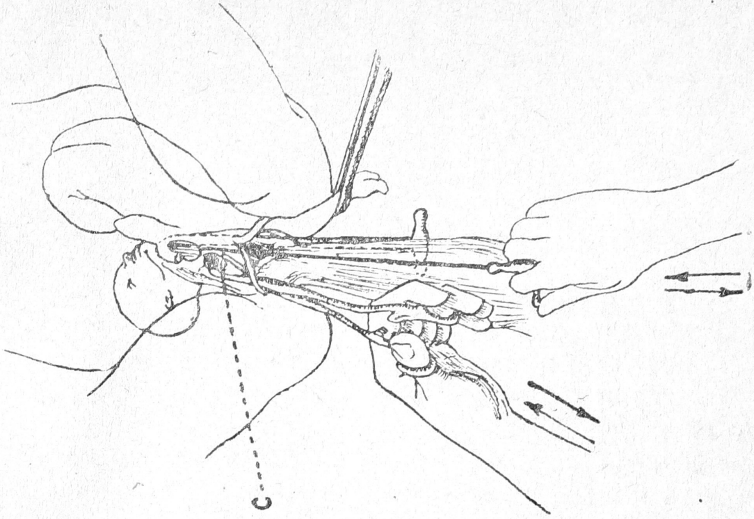
Перед применением крючка в нашей модификации следует проверить целостность и сохранность проволоки и лишь после этого приступить к операции. Если бы проволока оказалась негодной, ее легко заменить.

2-е положение.



С—Штифт захвачен пулевыми щипцами и извлекается.

3-е положение.



С—Штифт извлекается пулевыми щипцами и приступают к отпигу головки. При извлечении наружу штифта пулевые снимаются.

При этом методе головка и крючок остаются неподвижными, техника значительно упрощается и снижается до минимума опасность разрыва.

Поступила в ред. 3. VI. 1937.