

### К вопросу о применении наружного поворота при ягодичном предлежании.

Б. П. Фоменко (Ленинград).

В последние годы интерес к операции наружного поворота в целях исправления ягодичного предлежания заметно возрастает среди русских акушеров.

По почину проф. Скробанского Ленинградское акушерско-гинекологическое общество, высказавшись за применение этой операции только в условиях клинических консультаций и акушерских стационаров, признало необходимым дальнейшее изучение ее методики и уточнение противопоказаний к ней. За пересмотр вопроса о практическом значении ее высказался и проф. Фейгель с бригадой акушеров, обследовавшей московские консультации. Проф. Скробанский подробно рассмотрел литературу этого вопроса, имеющуюся на французском и немецком языках; недостатком этой литературы он считает отсутствие цифрового материала в статьях сторонников наружного поворота.

В настоящем обзоре мы рассмотрим английскую литературу последних десяти лет, представляющую особый интерес, так как у английских и американских акушеров наружный поворот довольно широко применяется и описывается с приведением цифровых данных.

В 1924 году журнал *Lancet*, в целях борьбы с высокой материнской смертностью, выпустил руководство для практических врачей под названием „Современные методы ведения патологических и трудных родов“. Отдел о ягодичных предлежаниях в этой книге написан Холлэндом—автором двух обстоятельных монографий о причинах мертворождаемости. Холлэнд полагает, что при правильном родовом наблюдении ягодичные предлежания должны быть редкостью—они будут встречаться: а) при преждевременных родах, б) в случаях, когда наружный поворот не удалось сделать, и с) в случаях, когда плод перед самыми родами неожиданно поворачивается на ягодицы. По мнению Холлэнда, после начала родов поворот трудно выполнить даже в наркозе и при тренделенбургском положении, а после отхождения вод рассчитывать на успех нельзя; при целом пузыре и очень глубоко стоящих ягодицах можно попытаться сделать поворот, если есть основания рассчитывать на успех.

Окончательная формулировка у Холлэнда такова: „Когда имеется ягодичное предлежание надо попытаться исправить его на головное, но до 34 недель не следует быть настойчивым при неудавшихся попытках, так как имеется еще много шансов на самоисправление предлежания; дождавшись же 34 недель, надо сделать более серьезную и настойчивую попытку, прибегая в случае надобности и к наркозу“. Техника, рекомендуемая Холлэндом, такова: 1) надо точно определить положение головки в той или иной стороне дна матки и выяснить отношение ягодиц ко входу в таз—вошли ли они в таз или находятся над входом и подвижны, как это и обычно бывает. Если ягодицы находятся уже в тазу, их выводят так: осторожно проникая в таз пальцами обеих рук сбоку около ягодиц, приподнимают ягодицы из таза и удерживают их над входом локтевым краем кисти правой руки. Если этот прием не удается, надо положить беременную в коленно-грудное или крутое тренделенбургское положение, и тогда ягодицы частью выходят из таза; иногда требуется помощь ассистента, который выталкивает ягодицы вверх из малого таза введенным во влагалище пальцем.

2) Поддерживая ягодицы правой рукой, охватывают левой рукой головку и надавливают на головку и ягодицы в разных направлениях; например: ягодицы отгесняют вверх и влево, а головку вниз и вправо; давление должно быть сильным и непрерывным и должно поворачивать плод в поперечное положение, после достижения коего поворот легко заканчивается и головка устанавливается над входом в таз. Если плод не поворачивается, надо попробовать повернуть его в противоположном направлении, а если и при этом не получается успеха, то иногда поворот удастся в передне-заднем направлении.

3) Сильным давлением на дно матки плод устанавливается головкой возможно ниже, причем и позвоночник его и головка сгибаются и восстанавливается общее согнутое расположение плода, которое во время поворота могло нарушиться; затем надавливанием на головку вколачивают ее возможно глубже в таз. После поворота живот туго забинтовывается (начиная с дна матки) на 12 часов; через 2—3 дня проверяется предлежание. Поворот удается не всегда даже в наркозе и после выведения ягодиц из таза; обычно неудача получается в тех случаях, когда ножки плода вытянуты вдоль туловища (чистое ягодичное предлежание); опасно применять значительную—больше чем среднюю—силу; известны случаи частичного отделения последа, возможно повреждение широких связок и кровеносных сосудов.

Такова установка книги, инструктировавшей широкий круг практических врачей Англии.

В 1931 году роды в ягодичном предлежании были программным вопросом годовичного заседания британской медицинской ассоциации (под председательством того же Холлэнда).

Докладчик Дирнлей указала, что при ягодичном предлежании помимо высокого процента мертворождаемости имеется ряд неблагоприятных моментов для матери: большая продолжительность родов, большее истощение и более медленное восстановление сил, частые повреждения тазового дна, разрывы, более частые септические заболевания; кроме того, многорожавшие отмечают, что при ягодичном предлежании роды вызывают болезненнее, чем при головных; «поэтому»,—говорит докладчица,—теперь вошло в обычную практику делать наружный поворот у всех первородящих за исключением особых противопоказаний; поворот следует делать около 35-ой недели, откладывая его до 37 недель в тех случаях, когда ожидается какое-либо затруднение при операции, чтобы в случае наступления преждевременных родов, вследствие произведенных манипуляций, плод был бы жизнеспособным; наркоз требуется редко; у повторнородящих поворот рекомендуется делать несколько позже 35 недель».

Техника Дирнлей не отличается от вышеописанной. Докладчик подчеркивает важное значение выведения ягодиц из таза: нередко через несколько дней после неудавшегося поворота плод самостоятельно поворачивается на головку, если оператору удалось вывести ягодицы из таза. Дирнлей считает необходимым делать перед операцией рентгеновский снимок и не производить попыток поворота при вытянутых ножках плода, а особенно, если они лежат близко к головке; при неправильном положении ручек поворот противопоказан. Без рентгеновского снимка вытянутое положение ножек (чистое ягодичное предлежание) распознается по следующим признакам: предлежащая часть мала, конусообразная форма ее более выражена, чем при смешанном ягодичном предлежании, при исследовании через влагалище предлежащая часть мала, мягка; головка в дне плохо контурируется, менее подвижна, рядом с нею прощупываются мелкие части; вся матка более плоска. Дирнлей полагает, что при вытянутых ножках плод никогда не поворачивается самостоятельно на головку. Она в своей практике видела один раз небольшое кровотечение, из чужой практики ей известен случай тяжелого кровотечения при операции в наркозе. Взгляд Дирнлей встретил ряд возражений.

Так, Броун не считает поворот малой операцией, так как поворот может вызвать отслойку последа, запутывание пуповины, замедление сердцебиения плода, лицевые предлежания; рентгеновские снимки необходимы. Моир видел 2 раза смерть плода во время поворота. Рой 3 раза видел кровотечение, вытянутые ножки считает противопоказанием. Оксли находит, что число удавшихся поворотов равно числу родов в ягодичном предлежании, причем неудачи относятся к случаям с вытянутыми ножками; по его мнению, введение в практику этой операции не понизило процента мертворождаемости а, наоборот отмечается склонность к повышению ее, да и частота этой операции с годами не

увеличивается; добиваться снижения процента мертворождений следует путем улучшения ведения родов в ягодичном предлежании, а не наружным поворотом. Холланд в своем резюме высказался все же за поворот, отметив, что наркоз при нем требуется редко.

Частота самостоятельного поворота на головку в последние месяцы беременности изучена Ильро и Ливеркис, проследившими 451 случай беременности с 20-ой недели беременности (пользуясь рентгеном). По их наблюдениям, поворот на головку происходит, как правило, до 36 недели, чаще между 30 и 36 неделями, а наиболее часто между 32 и 34 неделями; на 36—38-й неделях самостоятельный поворот произошел всего 11 раз, а на 38—40-й неделях всего 10 раз на 451 случай. Эти авторы предлагают: 1) до 34 недель не вмешиваться. 2) после 36 недель делать поворот у первородящих, а у повторнородящих не делать, так как у них после удачного поворота легко восстанавливается ягодичное предлежание, 3) у старых первородящих при наличии вытянутых ножек и при желании матери иметь живого ребенка они рекомендуют кесарское сечение.

На их материале поворот удался с первой попытки у 66 женщин, причем наркоз потребовался лишь 4 раза. Из этих 66 у 5 вскоре восстановилось ягодичное предлежание, затем самостоятельно исправившееся перед родами на головное. В 27 случаях первая попытка была неудачна (в том числе у 17 первородящих); из этих 27 у 13 поворот на головку произошел самостоятельно, а у остальных 14 сделана повторная попытка, закончившаяся успехом в 8 случаях; в 6 неудавшихся случаях имелось вытянутое положение ножек плодов. В этих 27 случаях потребовался наркоз, и авторы подчеркивают, что наркоз мало помогает в случаях с вытянутыми ножками и разогнутым позвоночником. Авторы не отрицают возможности преждевременных родов, срангуляции пуповины, отделения последа и смерти плода при неосторожном производстве поворота.

Заканчивая обзор английской литературы, упомяну статью Ригли, высказавшегося в 1934 г. не в пользу поворота; он считает, что значение этой операции переоценено, особенно в случаях с применением наркоза; она, по его мнению, может быть опасна; по статистике двух лондонских акушерских учреждений, на 76 поворотов, сделанных под наркозом, головное предлежание сохранилось в родах лишь в 45 случаях, но только 35 детей из этих 45 родились живыми<sup>1)</sup>.

Из американских акушеров Стоддифорд получил удачный результат в 86 случаях из 106 поворотов (81%), сделанных на 36—38-й неделях. О еще лучших результатах сообщает Глассманн, получивший успех в 87%—на 64 беременных поворот делался 70 раз, в том числе удачно 61 раз; из 9 неудачных случаев в четырех поворот делался безуспешно на последнем месяце, и роды прошли с ягодичным предлежанием, а у остальных пяти неудачная попытка делалась до 34-й недели, и в четырех случаях затем произошел самостоятельный поворот на головку. Глассманн делает поворот с 28-й, иногда даже с 24-й недели, считая операцию очень простой, легко выполнимой и для студентов. Техника такова: беременная во время операции лежит на простом столе с подушкой под голову для расслабления мышц живота, иногда надобно приподнять ножной конец стола; захватив ягодицы рукой, оператор отводит их вверх в сторону, сильным давлением на головку старается сдвинуть ее в сторону мелких частей плода; после поворота не накладывается ни бинт, ни бандаж. В его материале после удачного поворота у 2 беременных роды были в ягодичном предлежании (у одной из них поворот делался дважды). Насколько иногда упорно восстанавливается ягодичное предлежание показывает приводимый Глассманном случай Ридера—поворот делали 4 раза, и только уже в начале родов после поворота в наркозе был вскрыт плодный пузырь и головка фиксировалась в тазу.

Австралийский автор Донозен дает необычные для нас цифры мертворождаемости при ягодичных предлежаниях—у первородящих 66% в случаях осложненных и 39%— в несложненных, у повторнородящих 63% и 22%. На 91 слу-

1) В конце 1935 г. вопрос о повороте разбирался в Лондонском королевском медицинском обществе (The Lancet, 1935, № 5852, октябрь), но ничего по существу нового сравнительно с прореферированными работами не было высказано. Б. Ф.

чай ягодичного предлежания поворот удался в 80 случаях (87,9%), но во время поворота погиб 1 плод и родилось мертвыми 5%, т. е. потеря среди повернутых плодов была равна 7%; в тех же случаях, где поворот не удался, потеря была равна 31%.

Подводя итоги вышеизложенному, мы видим, что 1) все авторы не отрицают непосредственной опасности поворота для жизни плода и не исключают возможности серьезных осложнений и для матери при грубом производстве его; 2) неустойчивость предлежания до 35 недель делает операцию до этого срока излишней, а частые повороты у одной и той же беременной с 24--28-й недели несомненно повышают опасность заутробывания пуповины и отслойки последа; 3) перед операцией требуется точная рентгенодиагностика членорасположения плода; 4) операция считается противопоказанной при узком тазе, а также при чистых ягодичных предлежаниях при вытянутых ножках плода и при запрокинутых ручках и разогнутом позвоночнике, 5) наркоз требуется редко, а в случаях с вытянутыми ножками он не содействует удаче операции; 6) Тренделенбургское положение не всеми авторами признается необходимым; 7) приведенные авторами цифровые материалы еще недостаточны и с точки зрения статистической мало проработаны; 8) из материала Доновена и Ригли следует, что после поворота погибло все же 7% всех повернутых плодов (Доновен) и 22% повернутых с применением наркоза (Ригли) и, наконец, 9) несмотря на солидную и настойчивую рекомендацию со стороны видных английских акушеров, наружный поворот в их стране еще не нашел того широкого применения, которого они хотели бы, и там раздаются голоса о необходимости перенести центр тяжести борьбы с мертворождаемостью при ягодичном предлежании на улучшение ведения ягодичных родов, а не переоценивать значение наружного поворота.

Упомяну несколько о своих личных наблюдениях. Я применял эту операцию, работая в консультации и, не пользуясь рентгеном, наркозом и тренделенбургским положением; еще в 1928 году в своей статье о мертворождаемости и смертности новорожденных высказал сомнения в возможности получить большие достижения путем наружного поворота. Последующие годы не изменили моего отношения к этой операции. По своему материалу я вынес убеждение в необходимости отказаться от многократного производства поворота у беременной, если ягодичное предлежание у нее упорно восстанавливается; очевидно имеются иной раз условия, делающие у данной женщины ягодичное предлежание наиболее соответствующим некоторым, трудно учитываемым нами, особенностям ее конституции. Наконец, в нескольких случаях после неоднократно производившегося поворота роды протекали и при головном предлежании негладко—головка не вставлялась, механизм прохождения ее через таз был неправильный.

Что касается техники операции, то на личном опыте я убедился в правильности совета Холлэнда делать поворот в передне-заднем направлении, когда он не удается в обоих других направ-

лениях. После отведения головки от входа в таз в сторону, т. е. переведя плод в косое положение, я пробую применять „плодоповорот“ по Лазаревичу, рекомендованный им для исправления косых и поперечных положений. В способе Лазаревича давление производится только на один конец туловища плода, причем кисти обеих рук оператора, наложенные одна на другую, давят на подлежащую перемещению часть плода, и сообщенное этому концу плода движение вызывает перемещение другого конца тела по наклонной плоскости стенки матки к дну или к шейке. Лазаревич считает, что „единовременное действие рукой на другой конец плода при передвижении его вверх может быть бесполезно, а иногда даже затруднит поворот, так как охваченный с обоих концов плод только сильнее сгибается и притом стенка матки бывает более раздражена и скорее приходит в состояние сокращения“. Способ Лазаревича, по моему опыту, хорош, и, может быть, удачный исход поворота в передне-заднем направлении у Холлэнда и легкая выполнимость поворота по методу Глассмана объясняются принципом Лазаревича—одноконцевое применение давления на плод.

Что же требуется от врачей консультаций и родильных домов для дальнейшей проверки метода? Врачи практических консультаций должны направлять в клинические консультации и стационары беременных на 34—36-ой неделе с ягодичным предлежанием, уточнив его диагностику. В настоящее время по данным Лялина в род. доме им. Видемана поступает правильно распознанных тазовых предлежаний всего 42%; а по данным Стоддифорда, в одной из лучших дородовых клиник Нью-Йорка процент нераспознанных ягодичных предлежаний даже несколько больше 50. Для того, чтобы диагноз консультаций и найденное в родах предлежание чаще совпадали, необходимо, чтобы последнее посещение консультации было возможно ближе к родам, а в сомнительных случаях надо производить рентгеновский снимок.