

Из Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Университета
(директор—проф. В. С. Груздев).

Случай самопроизвольного родоразрешения при запущенном поперечном положении путем самоизвращения плода.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Ординатора Н. Н. Чукалова.

К числу наиболее тяжелых осложнений родового акта, наряду с узким тазом, гидроцефалией и пр., принадлежит, как известно, поперечное положение плода, т. е. такое, при котором длинная ось тела плода не совпадает, как обычно, с длинной осью тела матери, а перекрещивает ее под прямым (собственно поперечное положение) или острым углом (косое положение). Встречаясь сравнительно нередко, — по данным Михайлова ¹⁾, обнимающим более двухсот тысяч случаев родов, — в 1,13% всех родов, хотя в руководствах акушерства частота родов в поперечном положении определяется обычно в 0,5%, — и возникая в зависимости от различных причин, — чаще всего в связи с чрезмерным растяжением матки под влиянием многократных предшествовавших беременностей, гидрамниона, многоплодной беременности и т. п. и с узким тазом, реже — в связи с такими аномалиями, как фибромиомы матки, удвоения этого органа, placenta praevia и пр., — поперечное положение плода делает обыкновенно самопроизвольное родоразрешение совершенно невозможным. Как-бы энергичны не были родовые сокращения матки, — они не в состоянии бывают протолкнуть поперечно лежащее тело плода через тазовое кольцо; они ведут лишь к тому, что та или другая часть туловища плотно вколачивается в таз, плод утрачивает свою прежнюю подвижность, и таким образом создается так называемое „запущенное“ поперечное положение. При этом нижний сегмент матки все более и более растягивается,

¹⁾ В. Михайлов. Средние русские акушерские итоги за пятьдесят лет. Дисс., 1895, Новгород.

и, в конце концов, наступает разрыв матки,—осложнение, дающее, по Joly, 95% смертности для рожениц (на 580 случаев разрыва матки 480 случаев смерти рожениц¹⁾). К этому времени младенец уже обычно умирает, благодаря или преждевременной отслойке плаценты, или тетанусу матки, или благодаря прижатию выпавшей пуповины. Что касается матери, то даже и без разрыва матки ей при этом грозит опасность смертельного сепсиса, ибо поперечное положение весьма часто (в 26,5% по Михайлову) сопровождается выпадением ручки, и последняя является проводным телом, по которому бактерии, размножаясь, пробираются в полость матки и инфицируют сначала ее, а потом и весь организм роженицы. Лишь очень редко,—приблизительно в 10% по Михайлову,—роды в поперечном положении могут кончиться самопроизвольно без постороннего вмешательства. Совершается это двумя способами: или путем самоповорота плода, или путем его самоизворота.

Под самоповоротом (*versio spontanea*) в акушерстве разумеется самопроизвольное, происходящее под влиянием таких моментов, как изменение положения роженицы, движения кишок и т. п., превращение поперечного или косого положения плода в продольное. Разумеется, превращение это возможно лишь в тех случаях, где лежащий поперечно плод обладает значительной подвижностью, т. е. где роды еще находятся в самом начале, воды не сошли, и количество их значительно. По Михайлову самоповорот наблюдается не более, как в 1,4% всех родов в поперечном положении.

Совершенно иное разумеется в акушерстве под самоизворотом (*evolutio spontanea*). Этот вид самопроизвольного разрешения, в противоположность самоповороту, имеет место при запущенных поперечных положениях, причем механизм его может быть двояким: в одних случаях, когда в просвет таза вклатывается плечико, и головка находится в одной *fossa iliaca*, а тазовый конец плода—в другой, под влиянием сокращений матки в таз вгоняются, вслед за плечиком, все ниже и ниже лежащие части плода,—сначала грудная часть туловища, потом брюшная и, наконец, ножки плода,—которые и рождаются друг за другом, тогда как головка рождается последней. В других случаях запущенного поперечного положения имеет иногда место иная форма самоизворота, а именно, сначала через таз проходит предлежащее плечико плода, затем головка вме-

¹⁾ L. Penard et G. Abelin. Guide pratique de l'accoucheur. Paris. 1906, p. 376.

сте с туловищем и, наконец, — последними ягодичи и ножки плода. Ребенок здесь рождается, таким образом, *corpore conduplicato*.

Хотя этот механизм прохождения плода через тазовое кольцо и наблюдается при родах в поперечном положении несколько чаще самоповорота, тем не менее и он представляет собою не правило, а исключение. По Михайлову обе формы самоизворота имеют место в 8,3% всех родов в поперечном положении, причем первая форма наблюдается в 6,5%, вторая — в 1,8%. Чаще всего та и другая разповидность самоизворота встречаются при недопешенных и мацерированных плодах.

Если исключить указанные нами исходы родов в поперечном положении плода, то в остальных 90% роды эти без постороннего вмешательства оканчиваются смертью как плода, так и матери. В виду этого в акушерстве издавна принято за правило: как только у роженицы обнаружено поперечное положение плода, немедленно следует приступить к оперативной помощи, которая здесь может быть двоякая. При запущенных поперечных положениях плода, где последний сохранил еще свою подвижность, необходим поворот, т. е. превращение поперечного положения плода в продольное, каковая операция спасает зачастую жизнь не только матери, но и плода. Если же мы имеем пред собою запущенное поперечное положение, то здесь поворот слишком опасен для матери, да и бесполезен для плода, который в большинстве случаев оказывается в подобных случаях уже мертвым. Здесь покажется, в зависимости от особенностей случая, или деканализация, или спондилотомия, или эмбриотомия — операции известные под одним собирательным названием эмбриотомии.

С указанной точки зрения представляет большой интерес следующий случай запущенного поперечного положения, наблюдавшийся недавно нами в акушерском отделении Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Университета.

Больная А. М., крестьянка деревни Дербышки, Казанской губернии, русская, поступила в акушерское отделение клиники 18 декабря 1921 года, в 3 часа дня. Из распроса большой оказалось, что ей 24 года от роду, ходить она начала на первом году жизни, мензес у ней появились на 15-м году, приходили через 4 недели и шли по 5—6 дней без болей. Последние регулы были 13/III 1921 года.

Замужем бо́льная 5-й год, мужу 31 год. Беременная была 2 раза, причем первая беременность, бывшая 4 года тому назад, окончилась выкидышем 4-х месяцев, вторая же — срочными родами, протекшими совершенно нормально, без врачебной помощи. Ребе-

нок родился живым, кормила она его сама. Послеродовой период протек нормально. Настоящая беременность протекала также без всяких осложнений. Родовые боли начались около 12 часов ночи с 17-го на 18-е декабря. Первые воды отошли около 3-х часов утра 18/XII, причем через $\frac{1}{2}$ -часа после того выпала, по словам больной, ручка. Схватки все время были сильные, с короткими промежутками. Приглашенная к роженице акушерка распознала неправильное положение плода и направила роженицу в Казань, в клинику.

Объективное исследование пациентки, произведенное тотчас после поступления в клинику, дало следующее:

Роженица—женщина правильного телосложения, хорошего питания. Скелет ее построен нормально; наружное измерение таза показало, что D. sp. равняется 26 сапт., D. cr.—29, D. tr.—31, C. ext.—18. Окружность живота 93 сапт. При пальпации в матке определяется плод, лежащий в I поперечном положении, а именно, головка его лежит слева внизу, ягодицы справа вверху, спинка обращена вперед. При аускультации сердцебиения плода не слышно, слышен лишь справа слабый маточный шум. Из половой щели выступает отчетная правая ручка плода.

Внутреннее исследование обнаружило, что рукав расширен, наружный и внутренний зев матки раскрыт вполне, пузыря нет, через зев определяется глубоко вколотившееся в таз правое плечико.

На основании этих данных у роженицы было распознано запущенное поперечное положение плода, I позиция, передний вид, и решено было немедленно же прибегнуть к оперативной помощи в форме эмбриотомии. Однако в то время, как производились приготовления к операции, было замечено, что у роженицы, при сильных и частых схватках, сначала произошло более глубокое вставление правого плечика, затем начала показываться часть спинки. Через некоторое время дальнейшей работой схваток и брюшного пресса спинка стала все более выступать из половой щели, после того наружу вышли ягодицы и ножки плода, головка же была извлечена ручными приемами последней,—причем рождение ее сопровождалось отхождением значительного количества вод с примесью мекония, а родившийся в 4 ч. 35 м. дня ребенок оказался мертвым. Весил он 3 кило, развит был совершенно правильно и представлялся совершенно доношенным. Послед был выделен нажавливанием ладони руки на дно матки, при одновременном натуживании роженицы, через 15 минут по рождении ребенка. Плацента и оболочки дефектов не имели. По выделении последа, при массаже матки была обнаружена ненормальная форма маточного дна, а именно, в дне матки было констатировано глубокое вдавление, по сторонам которого имелись с каждой стороны выступы,—справа больший, слева меньший, непосредственно переходящие в тело матки (uterus bicornis).

В общей сложности роды продолжались 16 часов 35 минут, с момента появления первых схваток. Послеродовой период протек совершенно нормально, без лихорадочных повышений температуры. На 5-е сутки после родов родильница оставила клинику, причем бимануальное исследование ее перед выпиской показало, что мы действительно имели здесь *uterus bicornis unicollis*. Маточные рога были неравномерной величины, а именно, правый приблизительно вдвое больше левого. Рога отходили приблизительно под углом в 60° друг от друга, между ними существовала глубокая выемка, доходившая почти до середины маточного тела. Матка лежала в *ante-flexio*, по средней линии, была подвижна. Своды свободны. Собоих сторон, особенно слева, ясно можно было прощупать *lig. rotunda*, подходящие к рогам матки. Обратная инволюция органа представлялась замедленной.

Таким образом в данном случае мы имели роды в несомненно запущенном, — не в смысле их продолжительности, а в том смысле, в каком обычно понимают этот термин в акушерстве, — положении плода, окончившиеся самопроизвольно, без всякого оперативного вмешательства, путем самоизгорта плода. Уже одно это обстоятельство делает наблюдавшийся нами случай и редким, и интересным для акушера. Но и помимо этого данный случай представляет значительный интерес во многих отношениях и прежде всего — в отношении этиологии.

Как уже было сказано выше, главными причинами, обуславливающими развитие поперечных положений плода, являются: многократные предшествующие беременности, *hydramnion*, многоплодная беременность, отвислый живот и узкий таз. Этиологическое значение первого из этих моментов совершенно понятно: под влиянием многократных беременностей стенки матки растягиваются, упругость их уменьшается, и маточная полость теряет свою овоидную форму, приближаясь к круглой, вследствие чего плод легко может занять в ней поперечное положение. Оттого-то поперечное положение так редко наблюдается у женщин первобеременных. В материале Михайлова, напр., на долю их пришлось лишь 12% родов в поперечном положении, остальные же 88% имели место у женщин повторно рожавших, тогда как общее отношение числа первобеременных к числу повторобеременных равно у Михайлова для первобеременных — $30,9\%$, для повторобеременных — $69,1\%$.

Та же причина благоприятствует развитию поперечных положений и при многоплодной беременности, причем, как показывают наблюдения, во время родов двойнями особенно часто оказывается

лежащим в поперечном положении второй близнец. В материале Михайлова, напр., на долю многоплодных беременностей пришелся 21,2% всех случаев родов в поперечном положении, причем второй близнец лежал поперечно в 6 раз чаще, чем первый близнец. Приблизительно такие же цифры находим мы и в иностранной статистике. Так, по Kleinwächter¹⁾, материал которого обнимает 899 случаев многоплодной беременности, оба близнеца лежали в продольном положении в 89,99%, один близнец в продольном, другой в поперечном—в 9,68%, оба в поперечном—в 0,33%, т. е. в общем частота поперечных положений при двойнях равнялась 10,01%. По Léonard²⁾, на 426 случаев многоплодной беременности, оба близнеца оказались лежащими в продольном положении в 87,09%, один близнец в продольном, второй в поперечном—в 12,21%, оба близнеца в поперечном—в 0,7%, что дает в сумме 12,91%. По P. Strassmann³⁾, на 442 случая многоплодной беременности, оба близнеца лежали в продольном положении в 74,85%, один близнец в продольном, второй в поперечном—в 23,8%, оба близнеца в поперечном—в 1,35%, т. е. общая частота поперечных положений равна 25,15%. Таким образом на основании этих 3 иностранных статистик поперечные положения при родах двойнями встречаются в среднем в 19,35%, тогда как при всех родах вообще поперечные положения встречаются от 0,5% (иностранцы авторы) до 1,13% (по Михайлову).

С той же точки зрения может быть объяснено и частое развитие поперечных положений плода при отвислом животе, а также при hydramnion'e. Что касается сужений таза, то, помимо вызываемого ими отвисания живота, здесь несомненно играет роль то обстоятельство, что в этих случаях плод в конце беременности не в состоянии бывает уместиться между диафрагмой и входом в таз в продольном положении,—расстояние это оказывается для него слишком коротким, и потому плод занимает косое или поперечное положение.

Гораздо реже поперечное положение плода развивается в зависимости от таких причин, как placenta praevia (у Михайлова эта аномалия встретилась в 4,6% всех родов в поперечном положении), фибромиомы маточной стенки и удвоения матки.

¹⁾ Winckel. Handbuch der Geburtshülfe. Bd. I, H. 2, S. 1274.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Ibidem.

В нашем случае, хотя пациентка и принадлежала к числу повторных рождений, но никакого растяжения маточных стенок у ней не было, так как срочные роды у ней были всего вторые. Не было у ней, судя по анамнестическим данным, и *hydramnion'a*. Беременность была одиночная, отвисания живота не отмечалось, а сужение таза, хотя и имелось, но настолько незначительное (С. ext. 18 см. при нормальных поперечных размерах большого таза), что обусловить поперечное положение плода оно не могло.

Таким образом в нашем случае не было налицо ни одного из тех моментов, которые чаще всего фигурируют в качестве причин поперечного положения плода. Несомненно, здесь последнее развилось в зависимости от неправильности, сравнительно редко встречающейся в акушерской практике, им пно, от удвоения матки в форме ее двурогости. Почему удвоения матки благоприятствуют развитию поперечных положений, — это совершенно понятно: при таких формах удвоения, как, напр., *uterus arcuatus*, полость матки имеет большие размеры в ширину, чем в длину, и это благоприятствует развитию поперечных положений, при той же форме удвоения, какая имелаась в нашем случае, уже самое положение беременного рога, — косое, — способствовало косому положению плода.

Интересно, что в нашем случае рога матки, — как, впрочем, это и обычно бывает в подобных случаях, — были развиты далеко неодинаково: правый гораздо больше левого, причем беременным оказался правый рог. Вероятно, именно поэтому беременность в данном случае и дошла до конца. „Если зачатие, — говорят *Renard* и *Abelin* ¹⁾, — имеет место в роге, менее развитом, то ход беременности рано или поздно прерывается до срока; она может, однако, дойти до конца, если рог достаточно развит, но очень часто, вследствие особой формы матки; расположение плода не бывает правильным, и потому ненормальные (порочные) положения плода здесь обычны“.

В анамнезе нашей пациентки отмечено, что из двух беременностей, бывших у ней до настоящей, первая прервалась выкидышем на V месяце, вторая же окончилась в срок. Весьма вероятно, что в первый раз местом прививки оплодотворенного яйца был левый, менее развитый рог, во втором же случае — более развитый, правый.

Интересную особенность нашего случая представляет, даже, чрезвычайно быстрое превращение поперечного положения плода в

¹⁾ *Renard et Abelin*, о. с., p. 371.

апущенное. Обыкновенно проходит много часов прежде, чем попережно лежащий плод плотно вколачивается в просвет тазового кольца и погибает; здесь же здесь родовой акт длился, если верить показаниям роженицы, лишь 16 часов 35 минут, причем вколачивание плода и смерть его наступили, повидимому, уже очень скоро после начала родовых болей. Конечно, значительную роль в этом играла весьма энергичная с самого начала родовая деятельность. Нельзя не отметить и быстрого течения самого самоизворота,—последний совершился буквально на наших глазах, в течение немногих десятков минут. Между тем плод здесь был далеко немаленький,—его длина равнялась $49\frac{3}{4}$ см., а вес—3000 грам.

Именно быстротой как всего родового акта в его целом, так и периода изгнания надо, всего вернее, объяснить и то обстоятельство, что, несмотря на ранний разрыв плодного пузыря и выпадение ручки, наша пациентка не подверглась септической инфекции, и пуэрперальный период прошел у нее идеально, без лихорадочных повышений температуры.

Заканчивая описание этого случая, заметим, что, если-бы роженица более своевременно обратилась в клинику, то, может быть, роды здесь окончились-бы благоприятно не только для нее самой, но и для плода, которого мы постарались-бы извлечь еще живым—после, конечно, предварительного поворота.
