

618.5 Ф
5-905 Д
Х

93

БІБЛІОТЕКА
ЛІКАРЯ



Проф. П.М.Буйко

**КЛІНІКА
І ПРОФІЛАКТИКА
РОЗРИВІВ
ПРОМЕЖИНИ
ПРИ РОДАХ**

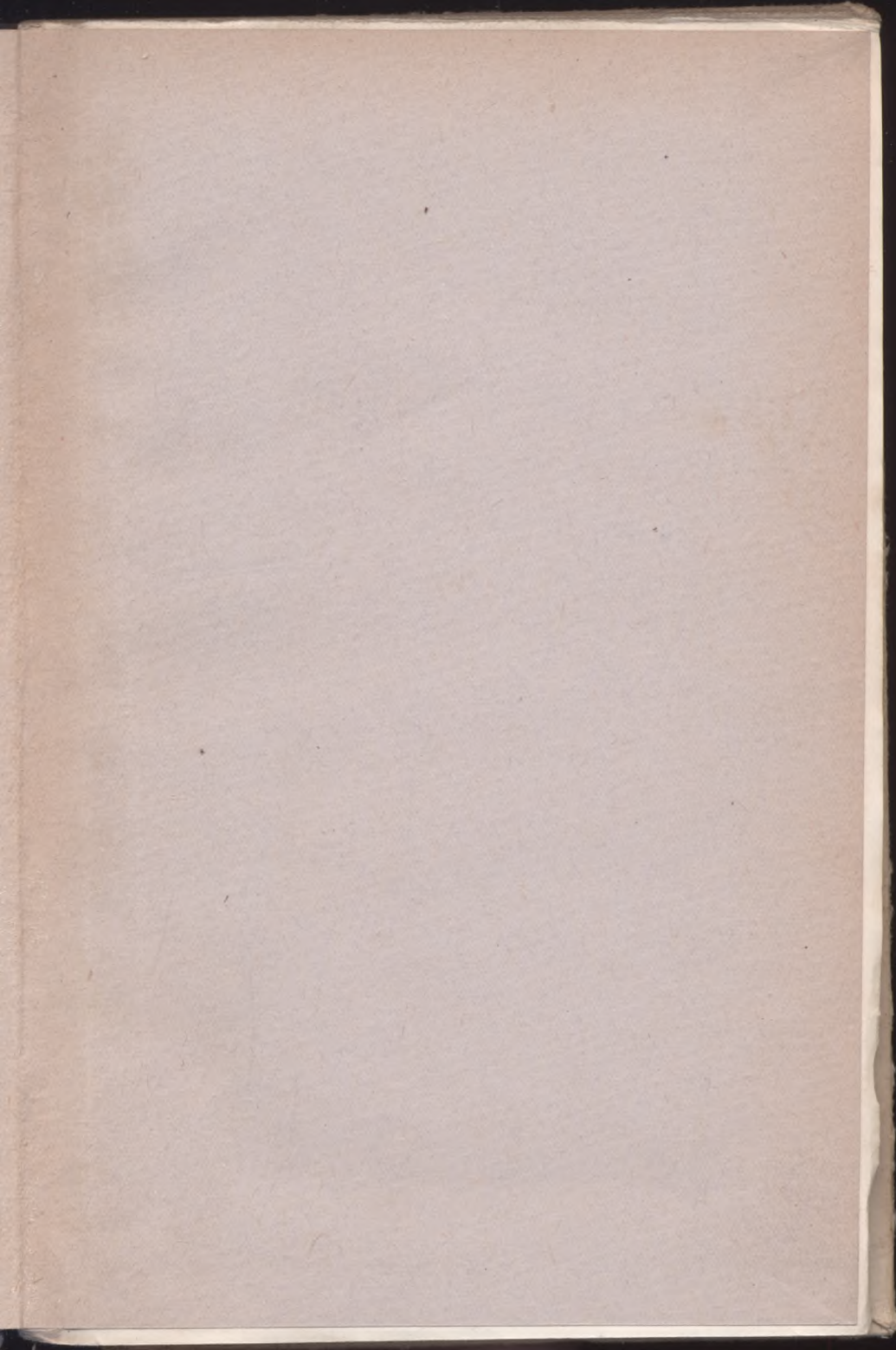


5



Держмедвидав УРСР





Проф. П. М. БУЙКО
Герой Радянського Союзу

618.5
Б-905

КЛІНІКА І ПРОФІЛАКТИКА
РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ
ПРИ РОДАХ

І-ше ПОСМЕРТНЕ
ПЕРЕРОБЛЕНЕ І ДОПОВНЕНЕ ВИДАННЯ

Під редакцією доктора медичних наук
проф. С. П. ВІНОГРАДОВОЇ

ПЕРЕОБЛ. К 13 85

ПЕРЕОБЛІК
1954 р.

6193X

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека



ДЕРЖАВНЕ
МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО УРСР
КИЇВ — 1951

Автор висвітлює одне з найактуальні-
ших питань акушерства — питання профі-
лактики родового травматизму. Докладно
подані етіологія розривів промежини і їх
класифікація. Викладена також методика
відновлення цілості промежини.

Книга розрахована на акушерів-гінеко-
логів.

122/2

ВІСНИК
1-547

„Ім'я цього відважного радянського
патріота, кращого представника нашої
інтелігенції, не забудеться ніколи“.

М. І. Калінін.



Герой Радянського Союзу
проф. П. М. БУЇКО
1895 — 1943

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
PAID BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO
JAN 10 1900



ПЕРЕДМОВА

Після перемоги Великої Жовтневої соціалістичної революції одним з перших законів радянської влади був опублікований у 1917 році декрет Ради Народних Комісарів, який закликав трудящих радянської Росії до охорони здоров'я матері й дитини. В декреті говорилося: «Два мільйони дітей, життя яких ледве встигло затеплитися, гинули в Росії від темряви і несвідомості пригніченого народу, від косності і байдужості класової держави.

Два мільйони страждальниць-матерів обливали щороку гіркими сльозами російську землю, засипаючи мозолястими руками ранні могилки безглуздо загиблих невинних жертв потворного державного ладу».

Партія і уряд закликали в той час всіх педагогів і лікарів взяти найактивнішу участь «у будівництві нової будови соціальної охорони майбутніх поколінь».

Усі наступні декрети й постанови радянського Уряду були спрямовані на забезпечення всіх умов для охорони здоров'я матері й дитини. Указ Президії Верховної Ради СРСР від 8 липня 1944 р. «Про збільшення державної допомоги вагітним жінкам, багатодітним і самотнім матерям, посилення охорони материнства і дитинства, про встановлення почесного звання «Мати-героїня» і заснування ордена «Материнська слава» і медалі «Медаль материнства» — найвизначніший історичний акт, який створив цілу епоху в справі охорони матері і дитини.

Указ і постанови Уряду забезпечили всі умови для того, щоб піднести охорону здоров'я матері і дитини на небувалу височінь. Заснування орденів і медалів підкреслює нечувану повагу і пошану, якими радянський народ оточує жінку-матір.

Благородній справі служіння матері і дитині віддають усі свої сили і знання радянські акушери і гінеко-

логи, виховані партією Леніна — Сталіна. До таких вихованців комуністичної партії належить і Герой Радянського Союзу професор Петро Михайлович Буйко. Ім'я цього вірного сина радянського народу, безстрашного партизана і досвідченого лікаря овіяне безсмертною славою.

Петро Михайлович Буйко народився в сім'ї робітника 19 жовтня 1895 р. в місті Бельську колишньої Гродненської губернії. У селі Беловеж він закінчив двокласну школу і в 1909 р. вступив до Петербурзької військово-фельдшерської школи. В 1913 р. після закінчення школи він працював молодшим медичним фельдшером у психіатричному відділенні колишнього Миколаївського госпіталю в Петербурзі, а через рік — у 1914 р. був переведений на службу в 1-й залізничний полк. Тут після повалення царизму, у лютому 1917 р. він був обраний членом ротного комітету і віддався революційній роботі. В кінці квітня 1917 р. Петра Михайловича призначено на роботу в 1-шу залізничну лікарню ПЗЗ (південно-західної залізниці). Тут незабаром його обирають членом групового комітету медичних працівників Київського залізничного вузла. У 1918 р. разом з робітниками Київських головних залізничних майстерень він брав участь у січневому повстанні проти Центральної Ради.

Вступивши в 1918 р. до Київського медичного інституту, він був змушений незабаром залишити його, у зв'язку з тим, що Київ зайняли денікінські полчища, і переховувався в селі Турбово, Київської області, працюючи там фельдшером на цукровому заводі.

Під час інтервенції білополяків у травні 1920 р. П. М. знову переховувався і разом з робітниками заводу проводив підпільну агітаційно-політичну роботу серед робітників і службовців, а також серед селян. У 1920 р. після вигнання білополяків він повернувся до Києва і продовжував навчання в інституті, одночасно працюючи в лікувальних закладах ПЗЗ. У цьому ж 1920 р. його було обрано головою дорожнього відділу профспілки медичних працівників.

У 1921 р. Петро Михайлович вступив до лав ВКП(б).

Закінчивши у 1922 р. Київський медичний інститут, він почав працювати в м. Бердичеві головою окружного відділу спілки Медсанпраця. З 1923 до 1927 р. П. М. завідує окружним відділом охорони здоров'я в м. Біла Церква, в той же час працюючи на посаді ординатора

акушерсько-гінекологічного відділення 1-ої окружної лікарні, а з 1926 р. він завідує лікарнею Червоного Хреста в м. Біла Церква. З 1927 до 1928 р. П. М. працював головним лікарем Люботинської лікарні Південної залізниці і водночас — завідуючим акушерсько-гінекологічним відділенням цієї ж лікарні. В цьому ж 1928 р. П. М. протягом півріччя проходив курс навчання на курсах удосконалення в акушерсько-гінекологічних клініках міста Леніна.

Протягом 1929—30 р.р. він працює головним лікарем і завідуючим акушерсько-гінекологічним відділенням 4-ої лікарні ПЗЗ в м. Києві.

У 1930 р. його було призначено доцентом акушерсько-гінекологічної клініки Київського медичного інституту. У 1931 р. П. М. був обраний завідуючим кафедрою акушерства і гінекології Київського стоматологічного інституту. Водночас він продовжував працювати на посаді доцента акушерсько-гінекологічної клініки Київського медичного інституту.

З 1933 р. П. М. працює в Українському інституті охорони материнства і дитинства, який він очолює до 1935 р. Нині цьому найвизначнішому на Україні науководослідному інституту охорони материнства і дитинства, де працював Петро Михайлович Буйко, віддаючи всі свої сили і знання справі дальшого покращання медичного обслуговування жінок та дітей, присвоєно ім'я славного сина українського народу Героя Радянського Союзу професора П. М. Буйко.

У 1935 р. П. М. був увільнений від обов'язків директора Інституту і працював завідуючим кафедри акушерства і гінекології Київського стоматологічного інституту і доцентом акушерсько-гінекологічної клініки Київського медичного інституту.

У 1936 р. за завданням Наркомздор'я УРСР він організує і очолює в Києві (Печерський район) акушерсько-гінекологічну лікарню.

10 червня 1938 р. на засіданні Ради 1-го Київського медичного інституту П. М. захистив дисертацію на ступінь кандидата наук на тему «Клініка і профілактика розривів промежини при родах».

У вересні того ж року Народним комісаріатом охорони здоров'я УРСР П. М. був затверджений професором кафедри акушерства і гінекології лікувального факультету.

тету Київського медичного інституту на базі лікарні ім. Жовтневої революції. Ця клініка була також базою акушерсько-гінекологічної клініки Київського стоматологічного інституту, якою П. М. продовжував завідувати.

У 1939 р. проф. Буйко командував медико-санітарним батальйоном, беручи участь у визволенні Західної України.

17 грудня 1940 року П. М. успішно захистив дисертацію на вчений ступінь доктора медичних наук на тему «Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин с применением плацентарной ткани». Ця робота П. М. Буйко являє собою оригінальне клініко-експериментальне дослідження. Автор вперше запропонував використати плацентарну тканину як вільний трансплантат при такому винятково тяжкому захворюванні, як міхурово-піхвові фістули у жінок. Петро Михайлович розробив і докладно описав зашивання міхурово-піхвових фістул із застосуванням плацентарної тканини як вільного трансплантата. Він не тільки розробив новий метод, але й довів його ефективність у клініці. В цьому головне значення цієї оригінальної праці.

У перший же день зухвалого нападу німецько-фашистських загарбників на нашу Батьківщину професор П. М. Буйко добровільно пішов на фронт. Поранений у боях біля м. Умані, він попав у полон. На шляху до табору військовополонених йому пощастило втекти і в кінці жовтня 1941 р. пробратись до Києва. У зв'язку з тим, що в Києві П. М. залишатись не міг, він виїхав до Фастова, де працював у місцевій лікарні.

На початку 1942 р. проф. Буйко встановив зв'язок з місцевою підпільною організацією; він провадить підготовку перших бойових партизанських груп, збирає зброю і веде антифашистську пропаганду серед населення. В умовах жорстокого фашистського режиму, безперервного нагляду з боку гестапо і поліції проф. П. М. Буйко врятовує радянських активістів від розстрілу, таємно організовує в лікарні і в себе вдома лікування поранених бійців і командирів Радянської Армії, які потрапили у вороже оточення.

Особливо велику роботу провів проф. Буйко щодо врятування радянської молоді від угону до Німеччини.

Протягом 1942 р. і на початку 1943 р., незважаючи на суворий контроль з боку гестапо, ризкуючи життям,

проф. Буйко визволив від відправлення до Німеччини понад 1000 радянських громадян. Жителі таких сіл, як Томашівка, Пришивальня, Ярошівка та інші майже повністю були врятовані від поневолення. Частину врятованих таким способом від німецького рабства людей він направляв у партизанські загони. До одного лише Васильківського партизанського загону він направив до 60 чоловік. Багато хто з них згодом стали командирами рот і взводів Фастівського, Бишевського, Васильківського партизанських загонів.

У червні 1943 р. гестапо викрило діяльність проф. Буйко. Однак йому пощастило своєчасно уникнути арешту. Забравши із фастівської лікарні цілу підводу медикаментів і цінного інструментарію, він разом з групою кращих лікарів пішов у партизанський загін, яким командував Герой Радянського Союзу т. Грисюк.

Вступ до партизанського загону проф. Буйко, який користувався серед жителів Фастівського району колосальним авторитетом, мав великий вплив на місцеве населення: боротьба проти окупантів в навколишніх районах посилювалась.

Фашистські молодчики неодноразово влаштовували засади, щоб схопити професора Буйко.

13 жовтня 1943 р. під час виконання чергового завдання щодо подання термінової допомоги тяжко пораненим партизанам у селі Ярошівка, Фастівського району, Петро Михайлович був схоплений фашистськими бандитами. Після триденних найжорстокіших катувань побитого і покаліченого професора-партизана фашисти облили бензином і спалили.

У самовідданій боротьбі проти німецьких окупантів професор П. М. Буйко загинув смертю героя. Радянський народ високо оцінив безсмертний подвиг свого вірного сина.

7 серпня 1944 р. Указом Президії Верховної Ради Союзу Радянських Соціалістичних Республік за геройський подвиг, проявлений при виконанні бойових завдань командування проти німецько-фашистських загарбників у тилу ворога і особливі заслуги в розвиткові партизанського руху на Україні, П. М. посмертно присвоєно високе звання Героя Радянського Союзу.

Безстрашність, мужність і героїство, з яким боровся професор П. М. Буйко проти іноземних загарбників, —

яскравий приклад вірного служіння соціалістичній Вітчизні, своєму народу.

Вічна слава професору-герою, який всі свої сили і життя віддав боротьбі за торжество великих ідей Леніна — Сталіна, за перемогу комунізму.

Дисертація П. М. Буйка на одержання вченого ступеня кандидата медичних наук «Клініка і профілактика розривів промежини при родах» присвячена одному з найактуальніших питань акушерства—профілактиці родового травматизму. В цій роботі автор докладно вивчив етіологію розривів промежини, виклав методику відновлення, а також висвітлив питання профілактики травматизму під час родів.

При підготовці першого посмертного видання були перероблені і доповнені розділи «Анатомія і топографія промежини», «Розриви промежини та поділ їх на ступені», «Перинеотомія як профілактичний захід проти розривів промежини», а також розділ «Метод відновлення розірваної промежини та її догляд в післяродовому періоді».

Перший розділ книги «Анатомія і топографія промежини» ілюстрований малюнками. Доповнення до останнього розділу зводились в основному до вказівок щодо методики застосування антибіотиків (пеніцилін) — могутнього засобу в профілактиці розвитку інфекції.

Книга проф. Буйка не дає відповіді на всі питання, зв'язані з кожним конкретним випадком порушення цілості м'язів тазового дна і промежини, але разом з тим це ніскільки не зменшує її виняткової цінності.

У цій роботі яскраво показана висока гуманність і надзвичайно чуйне ставлення Петра Михайловича до жінки-матері. Він прагне того, щоб наші жінки радісно зустрічали материнство. З цією метою він закликає всіх акушерів якомога обережніше провадити роди, чуйно ставитись до роділь, застосовувати під час родів обезболювання, боротися за те, щоб максимально знизити родовий травматизм.

Ця робота проф. Буйка є дуже цінним посібником для кожного акушера-гінеколога; вона збуджує науково-дослідницьку думку до дальшої роботи в цьому напрямі, до шукання нових шляхів профілактики травматизму при родах.

Л. Тимошенко.

ВСТУП

Питання про розриви промежини при родах досить старе. У XVIII і до кінця XIX сторіччя його всебічно вивчали і досліджували; з цього питання є вже чимало наукових праць. З давніх давен, відколи розриви промежини стали відомі лікарям, вони почали відшукувати методи запобігання їм. Однак кінець-кінцем, це питання зайшло в тупик, і з початку XX сторіччя і досі серед розробки різних акушерських проблем ми порівняно не часто знаходимо наукові статті, що трактували б цю надзвичайно важливу тему.

Особливої гостроти набирає питання розривів промежини при родах у теперішній час в зв'язку з декретом про заборону абортів, збільшення матеріальної допомоги породіллям, встановлення державної допомоги багатодітним матерям, розширення сітки родильних будинків, дитячих ясел, садків тощо.

Відкриваються нові родильні заклади в містах. Широко розгортається організація колгоспних родильних будинків. Цьому сприяє самодіяльність колгоспних мас та значні асигнування на цю справу з боку держави. Всі ці заходи щодня наближають нас до повного охоплення стаціонарною родильною допомогою всіх вагітних жінок як у місті, так і на селі, які народжуватимуть дітей під доглядом і при безпосередній участі кваліфікованого медичного персоналу.

Саме тому ми повинні дбати про те, щоб справа допомоги роділлям при родах, особливо в стаціонарних родильних закладах, була поставлена на належну висоту. Ми повинні дбати також і про те, щоб наші жінки радісно зустрічали материнство, а це може і повинно бути досягнуто шляхом зведення до мінімуму різноманітних ускладнень при родах, в першу чергу такого ускладнення, як розрив промежини. На превеликий жаль, такі

розриви при родах зустрічаються досить часто, турбуючи породіллю та її родичів.

Широка санітарна освіта нашого трудящого населення покладає на медичний персонал, особливо на лікарів, серйозні завдання та відповідальність за його роботу. Кожний трудящий нашого Союзу вимагає, а дедалі ще гостріше вимагатиме з'ясування причин, внаслідок яких сталося те чи інше ускладнення, особливо при такому важливому акті, як роди.

Слід відмітити надзвичайно цікавий психологічний момент, який не тільки ніколи не можна забувати, а навпаки, треба мати його за вихідний пункт для удосконалення ведення родів, щоб запобігти ускладненням, зокрема розривам промежини.

Кожну роділлю, а також і її родичів цікавить не тільки те, хто народився — дівчинка чи хлопчик; їх цікавить також і те, чи відбулися під час родів розриви і скільки накладено швів.

Хіба це не зобов'язує нас дбати про те, щоб якнайменше було у нас неприємних повідомлень як самим породіллям, так і їх родичам? Не тільки хвилювання породіль повинні непокоїти медичний персонал, а так само і хвилювання їх родичів. Цілком ясно, що побоювання за здоров'я і життя рідної близької людини відбивається на працездатності. А кожен з рідні є безпосереднім учасником нашого соціалістичного будівництва, і праця їх є величезна цінність для нашої держави. Тому всіляко треба оберігати їх спокій.

Треба також пам'ятати, що в кожному родильному закладі відвідувачі — чоловіки, батьки, брати та сестри — хочуть знати про стан своїх роділь чи породіль. Серед них ми знайдемо і таких, які надзвичайно схвилювані, стурбовані; це — коли у їх роділлі або породіллі роди відбуваються з ускладненням. Цих людей ми можемо побачити кілька раз біля родильного закладу. Все це зобов'язує нас піднести якість нашої роботи в родильних закладах, яка до деякої міри може оцінюватись кількістю розривів промежини під час родів. Досягти ж зменшення числа розривів промежини не тільки можна, а й потрібно, тому що ці розриви згодом призводять до цілого ряду ускладнень. Старанний догляд за роділлею в першому періоді родів, особливо ж уважне проведення другого періоду, безперечно дадуть відповідний ефект.

Неправильно, звичайно, було б думати, що існує такий готовий рецепт, при застосуванні якого можна було б зовсім уникнути розривів промежини. Не дивлячись на всі профілактичні заходи, які ми маємо сьогодні в своєму розпорядженні, розриви промежини при родах все ж таки мають місце. Тому другим нашим завданням повинно бути правильне відновлення порушеної частини генітального апарату і догляд її в післяродовому періоді, щоб добитись загоєння розриву первинним натягом. Ця обставина має те значення, що запобігає порушенню функцій тих органів, які містяться в малому тазі. Тому доскональне вивчення способів відновлення промежини має надзвичайно велике значення і не повинно недооцінюватись.

Аналізуючи історичний розвиток вивчення й дослідження питання про розриви промежини при родах, треба сказати, що питання профілактики розривів в основному лишилося і на сьогодні далеко не цілком розв'язаним, хоч воно вже порушувалося більше як 200 років тому (Пуцо, 1734 р.).

Через те, що стан питання про розриви промежини при родах не може задовольняти акушера, ми, вивчивши весь пройдений шлях розробки цього питання, користуючись власним досвідом та дослідженням матеріалів родильних закладів Києва, зокрема акушерсько-гінекологічної клініки і Київського медичного інституту, вирішили подати цей матеріал для того, щоб він був корисним не тільки на сьогодні, але й міг бути покладений в основу дальшого вивчення цього надзвичайно важливого й пекучого питання.

РОЗДІЛ I

АНАТОМІЯ І ТОПОГРАФІЯ ПРОМЕЖИНИ

Кожному акушеру-гінекологові потрібно добре знати розвиток та утворення промежини. Не знаючи цього, він неспроможний буде орієнтуватися в її пошкодженнях, які так часто зустрічаються у жінок під час родів. Особливо перед ним повстануть труднощі тоді, коли йому доведеться робити хірургічне втручання для відновлення цілості промежини. Без знання цього все його хірургічне втручання буде необгрунтованим, і він не досягне того, чого ми повинні вимагати від такої пластичної операції.

Для того, щоб робити обгрунтовані зшивання розривів промежини та надавати їм досконалої класифікації, потрібно знати, чому мускули промежини так тісно переплітаються один з одним, а також ясно собі уявити весь процес розвитку промежини, яка потребуватиме оперативного виправлення.

Початкова промежина, за даними ембріології, утворюється вже на початку другого місяця утробного життя через розділ ентодермальної клоаки. Слідом за цим у зародка 36 — 37 днів, довжиною в 14 мм, відкривається *sinus urogenitalis*. Отвір прямої кишки залишається закритим перегородкою навіть у самих дорослих зародків жіночої статі, які мають довжину від потилиці до куприка 25 — 29 мм, у віці 8½ — 9 тижнів. Перегородка прямої кишки проривається у зародків віком понад два місяці, а на 4-му місяці ми досить ясно можемо побачити сформовані органи, що містяться в малому тазі, а також *septum urorectale*, що лежить між заднім проходом та *sinus urogenitalis*, який одночасно із зміною форми статевих органів розширюється і поступово перетворюється в постійну промежину.

Фасція *recto vaginalis* відділяє верхню частину вагіни від *recti* і тягнеться від дна Дугласового простору до м'яза, який піднімає задній прохід. Цією фронтальною перегородкою відділяється сечостатева система від прямокишкової. Нижній відділ, що лежить нижче *m. levatoris ani*, уявляється злитим в загальну сполучнотканинну і м'язову масу.

Отже, передня стінка власної фасції прямої кишки є не що інше, як згадана фасціозна пластинка, яку називають *fascia recto-vaginalis*.

Зробивши горизонтальний розріз на рівні підочеревинної частини прямої кишки, ми будемо мати таке: передню м'язову стінку прямої кишки, вузький вісцеральний проміжок прямої кишки, *fascia recto-vaginalis*, вузький вісцеральний проміжок вагіни і, нарешті, м'язову стінку самої вагіни.

Під промежиною (*perineum*) у жінки треба розуміти м'які частини у виході таза, які займають дуже мало місця, а саме: між заднім проходом, з одного боку, та *vestibulum vaginae* — з другого. На це вказує розвиток зовнішніх статевих органів. З практичного боку промежину доводиться розглядати як всю суму м'яких частин

виходу таза. Якщо ноги зближені, то промежина має вигляд вузької щілини. Коли їх розвести, то посередині ми побачимо шов — *garhe*, який утворився внаслідок з'єднання обох половин в ранні часи зародкового життя. За ходом цього шва, в напрямку заднього проходу, робиться під час родів при відповідальних показаннях перинеотомія.

Щодо механізму походження розриви промежини бувають різні. Найчастіше вони починаються з нижньої третини задньої стінки піхви, праворуч або ліворуч від *columna rugarum posterior*. Звідси розрив поширюється на мускулатуру промежини і далі зсередини назовні на шкіру промежини. Розриви такого напрямку спостерігаються частіше при оперативних родах і значно рідше при спонтанних. При спонтанному розродженні розриви частіше починаються з розходження задньої стінки, після чого розрив швидко прогресує в напрямі вгору вбік піхви, поширюючись вниз по середній лінії промежини зовні всередину в напрямі до прямої кишки.

Значно рідше спостерігаються так звані центральні розриви промежини. Встановлено, що сприятливими моментами до таких розривів є висока промежина з вузькою неподатливою статевою щілиною, а також вузькість лонної дуги і недостатність кута нахилу таза (Гентер).

При таких умовах під час родів передлегла голівка просувається не вбік статевої щілини, а натискуючи на *septum rectovaginale*, прориває задню стінку піхви, і випинаючи промежину, розриває її центр. Плід народжується через цей рваний отвір, залишаючи іноді непошкодженими—спереду спайку, а знизу—анальне кільце.

Співвідношення вагіни до промежинної частини прямої кишки являють для нас надзвичайно великий інтерес. Промежинна частина прямої кишки різко відмінна від тазової, тому що вона не вільна, а вплетена в тазове дно і зовнішній сфінктер заднього проходу. Між мускульними волоконцями прямої кишки і мускульними пучками згаданих м'язів існує справжнє переплетення, завдяки чому пряма кишка в цій частині втрачає власну фасцію, а її вісцеральний проміжок зникає. Таким чином, найближчі топографічні взаємовідношення промежинної частини прямої кишки будуть полягати в тому, що вона з усіх боків, крім переднього її відділу, охоплена мускульними утворами: вгорі *m. levator ani*,

що піднімає задній прохід, вниз *m. sphincter ani ext.* — зовнішній сфінктер заднього проходу.

У жінки передня стінка прямої кишки, яка проходить в тазовій частині, по відношенню до піхви в її нижній третині, як ми бачили вище, уявляється в такому вигляді: до поздовжнього мускульного шару кишки прилягає вісцеральний проміжок її, за ним знаходиться фасція *recto-vaginalis*. Таким чином, у тазовій частині прямої кишки до складу *septi recto-vaginalis*, або вагіноректальної перегородки, входить кілька анатомічних частин, а саме: стінка прямої кишки, вузький вісцеральний проміжок її, вагіноректальна фасція, вузький вісцеральний проміжок вагіни і, нарешті, стінка самої вагіни. Товщина цієї вагіноректальної перегородки незначна і від просвіту однієї трубки до просвіту другої становить не більш як 1 см. Безпосередньо перед тим як тазова частина прямої кишки переходить в промежину, передня стінка кишки утворює випинання наперед, внаслідок чого в цьому місці перегородка між обома цими органами стає надзвичайно тонкою, оскільки в цьому місці зникають обидва вісцеральні проміжки, а фасція *recto-vaginalis* і м'язові стінки кишки і піхви тепер прилягають одна до одної.

Одночасно з початком промежинної частини прямої кишки перегородка між нею і піхвою швидко розширюється і перетворюється в промежину, так що віддал від уздечки губ до заднього проходу досягає 3 см.

Клиноподібну масу тканин промежини у жінок називають *trigonum recto-vaginale*. Вершина трикутника знаходиться коло верхнього кінця промежинної частини прямої кишки, де вагіна і пряма кишка сходяться найближче. Основа трикутника вкрита шкірою промежини, по середній лінії якої знаходиться шов — *garhe*.

При розривах промежини при родах саме і порушується цілість цього трикутника, причому при більш значних пошкодженнях, особливо при необережному накладанні акушерських щипців, цей розрив поширюється на весь трикутник, аж до його вершини, так що в цьому розриві ми можемо бачити випинання прямої кишки.

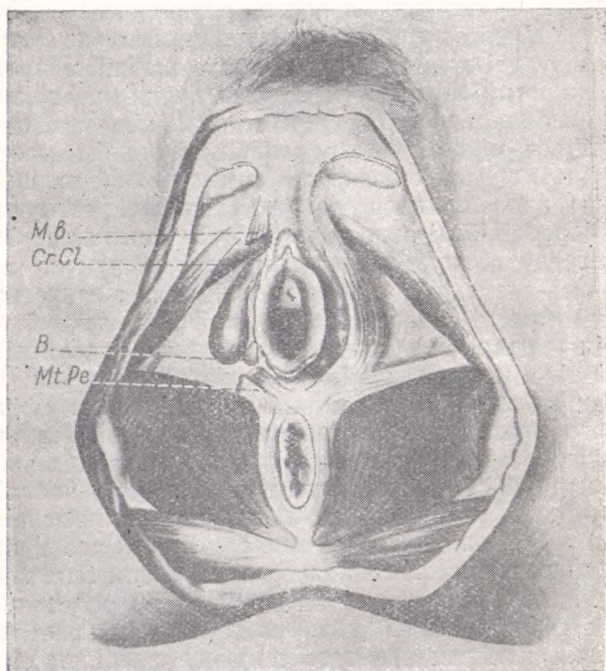
Препаруючи вагіноректальний трикутник, починаючи від шкіри, ми зустрічаємо насамперед з'єднання м'язових волокон *m. sphincter ani ext.* з *m. bulbo-cavernosus*, причому це з'єднання у жінок виявлене краще, ніж у чоловіків, а тому єдність сфінктера початкової клоаки виступає

ясніше. М. bulbo-cavernosus у жінок являє собою цілком парний мускул, розташований симетрично. Частина мускульних волокон м. bulbo-cavernosus починається від центра промежини, де ці волокна обох сторін зливаються і часто переходять одно в одне. Цей початок мускула надзвичайно щільно прилягає до зовнішнього сфінктера заднього проходу, причому перехрещені волокна зовнішнього сфінктера утворюють вихідний пункт для м. bulbo-cavernosus. Мускульні волокна зовнішнього сфінктера задньопрохідного отвору перехрещуються по середній лінії спереду і переходять у волокна м. bulbo-cavernosus протилежного боку. Інші мускульні пучки м. bulbo-cavernosus починаються на кожній стороні від тканини, що знаходиться між сідничним горбом і заднім проходом. Почавшись в двох описаних місцях, кожний м. bulbo-cavernosus направляється вперед, вкриває, оточуючи їх зовні, бартолінійові залози та цибулини переддвер'я вагіни. Спереду мускул поділяється на два пучки: перший проходить спереду уретри і сухожилками з'єднується тут з таким самим пучком другої сторони; другий пучок прикріплюється на бокових сторонах і дорсальній поверхні тіла клітора до його білуватої оболонки. Пучки волокон мускула, які виходять з зовнішнього сфінктера заднього проходу, відповідають м. ano-bulbo-cavernosus чоловіка. На цьому самому рівні розміщені ще два мускули, подібні до таких самих мускулів, як у чоловіків — м. ano-transversales або м. transversus perinei superficialis. (мал. 1). Вони виходять так само, як і у чоловіків, між пучками волокон м. bulbo-cavernosus, які починаються від зовнішнього сфінктера заднього проходу та самим зовнішнім сфінктером. В місці свого проходження обидва поперечні мускули заднього проходу здебільшого мускульно переходять один в одного. Буває нерідко й так, що волокна цих мускулів виходять з мускула зовнішнього сфінктера заднього проходу, які між собою схрещуються. Поперечні мускули заднього проходу, що так починаються, направляються вбік і наперед і закінчуються біля сідничних горбів коло кісткового початку сіднично-печеристих мускулів.

Дальший, більший глибокий шар промежини утворює сечостатева діафрагма, яка складається з двох апоневрозів — нижнього і верхнього. Між цими двома апоневрозами знаходяться мускули. Тут насамперед треба зупи-

нити увагу на *m. sphincter urogenitalis* (мал. 2). *M. sphincter urogenitalis* у жінок розкладається на два відділи: *pars urethro-vaginalis* — частина м'язу, що охоплює навколо одночасно сечівник і піхву, і *pars urethralis*, яка охоплює тільки один сечівник.

Перший відділ м'язу оточує кінець передньої частини сечівника та середню третину, або, як називають



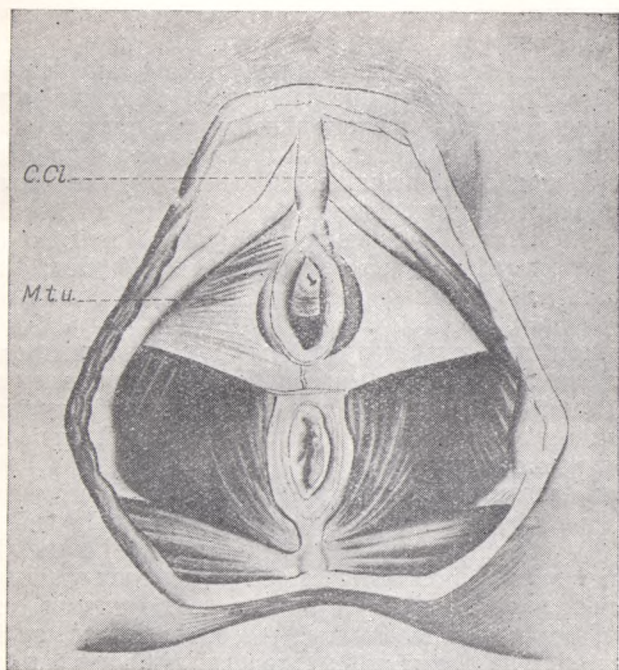
Мал. 1. М'язи поверхневого шару сечостатевої діафрагми.

M. b. m.—*lus bulbo-cavernosus*. *Cr. Cl.*—*crus clitoridis*.
B.—*gland. Bartholini*. *M. t. pe.*—*m-lus transversus perineci*.

її деякі автори, *pars trigonalis* і кінець *partis supratrigonalis*. Цей відділ відповідає головно сечостатевій діафрагмі і являє для акушерів найбільший інтерес.

Другий відділ — *pars urethralis*—сечостатевого сфінктера (*m. sphincter urogenitalis*) оточує задню третину сечівника, яка ближче до сечового міхура.

Передня третина сечівника залишається неоточеною сечостатевим сфінктером, але зате її оточує широкою дугою *m. bulbo-cavernosus*. Співвідношення обох мускулів таке: *mm. bulbo-cavernosus* і сечостатевого сфінктера уявляються в такому вигляді — *m. bulbo-cavernosus* ле-



Мал. 2. Глибокий шар сечостатевої діафрагми; по боках від заднього проходу видно леватори.

C. Cl.—corpus clitoridis, M. t. u.—*m-lus trigoni urogenitalis*.

жать збоку від печеристих тіл переддвер'я піхви, тоді як сечостатевий сфінктер розташований вище або глибше *m. bulbo-cavernosus*, і лише передній чи нижній край сечостатевого сфінктера стикається з *m. bulbo-cavernosus*. Перший стик двох згаданих мускулів ми знаходимо спереду сечівника недалеко від місця з'єднання цибулин переддвер'я піхви; тут волокна *m. bulbo-cavernosus*, що є самими верхніми, з'єднуються з самими нижніми волок-

нами сечостатевого сфінктера. Друге з'єднання обох мускулів відбувається внаслідок того, що *mm. bulbo-cavernosus* не тільки вкривають бокові поверхні цибулин переддвер'я, але заходять трохи навколо їх верхнього краю, що торкається сечостатевої діафрагми.

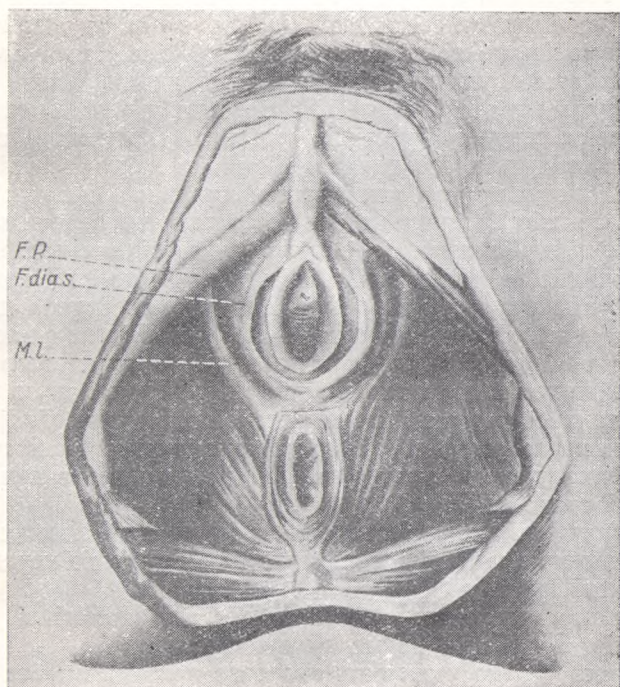
Щодо першої частини сечостатевого сфінктера, яка нас цікавить, то треба сказати таке: мускульні волокна сфінктера спереду сечівника переходять одне в одне, а позаду вагіни вони вільно закінчуються в сполучній тканині і не з'єднуються одне з одним. Проходячи навколо вагіни, мускульні волокна сфінктера не прикріплюються до стінки вагіни, проходять завжди до середини від цибулин переддвер'я вагіни. Найбільш поверхневі волокна сфінктера входять нерідко в бартолінійові залози і тут розгалужуються. Починаючи з середньої третини сечівника, мускульні волокна сечостатевого сфінктера вже не оточують всієї вагіни, а закінчуються на її бокових стінках.

В напрямку до сечового міхура мускульні волокна сфінктера закінчуються все більш і більш вентрально і починають проходити в кут між піхвою і сечівником, тоді як нижче вони перекидалися через цей кут і йшли на задню сторону вагіни.

Mm. transversi perinei profundi у жінок розвинені недостатньо через обмаль простору, який зайнятий вагіною. Мускульні волокна їх починаються біля межі сидничної і лобкової кісток наперед від кісткового початку *m. ischiocavernosus* і йдуть поперечно від задньої стінки вагіни, закінчуючись коло заднього кола *m. sphincter urogenitalis*, не досягнувши середньої лінії центра промежини і *m. recto-vaginalis*.

Поздовжній мускульний шар прямої кишки спереду дає зовсім подібні співвідношення у чоловіків і у жінок. Так само деяка частина волокон продовжує свій шлях по передній стінці донизу, другий же більший пучок волокон відділяється під гострим кутом від прямої кишки, поступово відходить від неї наперед і йде до вагіни і закінчується на її задній стінці недалеко від *introitus* (входу) *vaginae* у шкірі промежини. Пучок цей називається *m. recto-vaginalis*. *M. recto-vaginalis*, проходячи через сухожилковий центр промежини, поділяє його також на два відділи: передній і задній. Попереду цього гладкого пучка мускульних волокон і з обох боків ле-

жить задній кінець волокон сечостатевого сфінктера. Щодо мускульних волокон *m. transversi perinei profundi*, то вони не досягають його, а також не досягають і сухожилкового центра промежини, закінчуючись більш латерально в *m. sphincter urogenitalis*, на задній стінці вагіни.



Мал. 3. Тазова діафрагма — леватори.

F. p.—fascia pelvis; F. dia. s.—fascia diaphragmatica super.
M. l.—m. levator ani.

Ззаду від гладкого мускульного пучка відповідно до заднього відділу центра промежини, знаходяться: з'єднання обох *mm. bulbo-cavernosus* між собою, а також з зовнішнім сфінктером заднього проходу, початок *m. ano-bulbo-cavernosus* і початок *mm. bulbo-transversales*, а

ще більше назад передне коло зовнішнього сфінктера заднього проходу. На місці з'єднання цих м'якулів утворюється сухожилкова площадка, що зветься *centrum tendineum*.

Вище верхнього апоневрозу сечостатевої діафрагми проходять м'якули, які піднімають задній прохід *m. levator ani*, волокна якого не перехрещуються своїми серединними волокнами попереду заднього проходу (мал. 3).

М'яз, що піднімає задній прохід, є одним з найбільших і найістотніших м'язів тазового дна. На світанку анатомії як науки *m. levator* описували як один м'яз. Нині в ньому розрізняють три окремих м'язи: 1) *musculus ischiococcygeus* (частина, розташована ззаду) складається з пучків, що починаються від *spina ischiadica* і прикріплюються до бічних сторін куприка і нижньої частини крижів; 2) *musculus ileo-coccygeus*, що бере початок від *arcus tendinens fascia obturatoria* до бічних поверхней куприка, не зайнятих попереднім м'язом і до шва, що йде від верхівки куприка; 3) *musculus pubo-coccygeus* являє собою невеличку частину *m. levator ani*. Він починається теж від *fascia obturatoria* (спереду від попереднього м'яза) і йде потім до нижнього краю *symphysis ossium pubis* і до задньої поверхні низхідних гілок лобкової кістки. Пучки цього м'яза, ніби поясом охоплюють бічні стінки сечівника, піхви і прямої кишки, з'єднуючись з пучками другої сторони.

М'язи тієї і другої сторони закінчуються спільною сухожильною пластинкою, яка прикріплюється до передньої поверхні куприка.

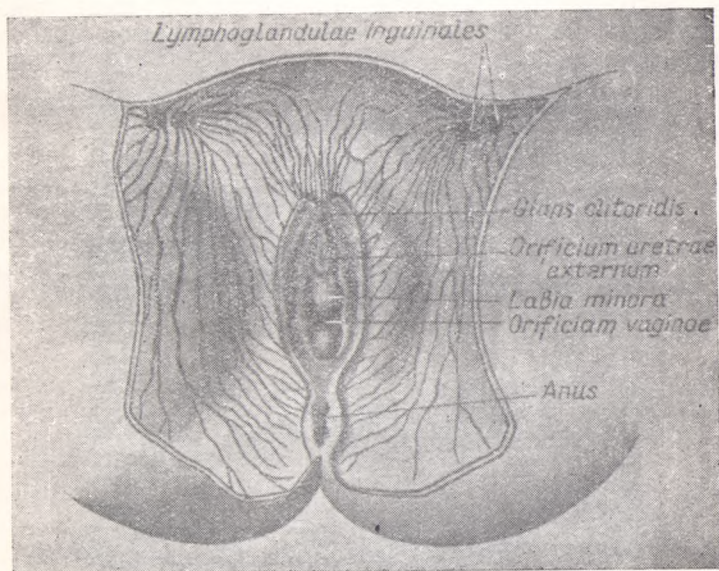
Цьому комплексу м'язів *levatora ani* аналогічні м'язи ссавців. Ці м'язи відають рухом хвоста.

Через те, що у людини хвостова частина хребта куприк являє собою рудимент, то і ці м'язи у людини втратили своє значення рухів хвоста, а зберегли лише функцію завідування рухом заднього проходу.

Кровопостачання артеріальною кров'ю вульви, промежини і ануса здійснюється а. *rudenda int.*, яка відходить від а. *hypogastrica*. А. *rudenda* опускається по задній стінці таза, і дійшовши до тазового дна, ділиться на дві гілки. Одна гілка розташована над діафрагмою і поставляє верхню ділянку піхви, друга — направляється через *foramen ischiadicum majus* і повертається в таз через *foramen ischiadicum minus*, після чого йде в *fossa ischio-*

rectalis і тут дає такі гілки: довгу гілку вперед, що має назву *a. clitoridis* і більш короткі гілки, які йдуть до задньої частини вульви, до промежини і до прямої кишки (гемороїдальні артерії — *art. haemorrhoidalis inferior*).

Вени у всій цій ділянці розвинені дуже сильно. В більшості випадків вени супроводять одноіменні артерії і створюють подекуди міцні венозні сплетення. Такі сплетення є на нижньому краї *bulbi cavernosi*, в ділянці сечо-

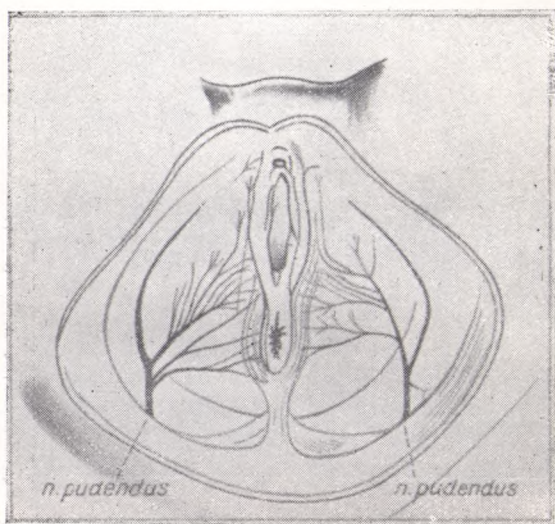


Мал. 4. Лімфатичні судини зовнішніх статевих органів.

вого міхура (*plexus vesico-vaginalis*) і прямої кишки (*plexus haemorrhoidalis*). Лімфатична система зовнішніх статевих органів, промежини і нижньої третини піхви також сильно розвинена, як і кровоносна система (мал. 4). На малюнку видно, що лімфовідтікання з цих ділянок іде в поверхневі і глибокі регіонарні пахові залози. Ці дані мають певне практичне значення при лікуванні запальних і новотвірних процесів зовнішніх статевих органів, промежини, окружності ануса і нижньої третини піхви.

Із окремих нервів таза особливе практичне значення для акушерів має п. pudendus, до анестезії якого часто доводиться вдаватись у повсякденній практиці. Згідно з останніми дослідженнями Шефера, проведеними на кафедрі проф. Шовкуненка, виділені два типи розгалужень п. pudendi:

1) концентрований тип, при якому п. pudendus виходить з порожнини малого таза одним міцним стовбуром і ділиться низько, тобто нижче нижнього краю від lig. sacro-tuberosi в самій ішіоректальній ямці, причому гілки його не дають петель і анастомозов між собою (мал. 5).



Мал. 5. Концентрований тип п. pudendi (за Шеффером).

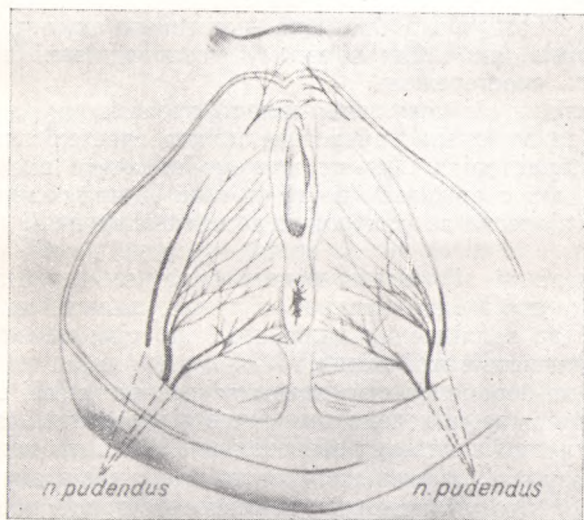
2) Розсипний тип, коли п. pudendi починається трьома окремими стовбурами, утворюючи відразу складну сітку, в петлях якої проходить судинний пучок (мал. 6).

Обізнання з топографією п. pudendi має велике значення при проведенні об'єднаного обезболювання промежини, в профілактиці її розривів, а також при пластичних операціях на промежині.

В іннервації таза бере участь переважно plexus lumbo-

sacralis, що тягнеться від поперекової ділянки по боках хребта до глибини малого таза. Plexus lumbo-sacralis розпадається на три основних відділи: plexus lumbalis, plexus sacralis і plexus pudendus. Одна з гілок plexus lumbalis, а саме п. ileoinguinalis іннервує шкіру пахової ділянки,mons Veneris і вульву. До вульви підходить також шкірний нерв — п. spermaticus externus. Plexus pudendus в свою чергу дає три гілки:

1) haemorrhoidalis superior, що іннервує шкіру навколо заднього проходу і жом.



Мал. 6. Розсипний тип п. pudendi
(за Шеффером).

2) п. perinealis, який іннервує шкіру і м'язи промежини, а також levator ani.

3) п. dorsalis clitoridis, що іннервує шкіру клітора.

Через клиноподібну масу тканин яку ми називаємо trigonum recto vaginale проходять тілочки від згаданих вище нервів.

При шиванні розривів промежини відчувається дуже різкий біль, в зв'язку з чим доводиться вдаватися до анестезії.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ ПРО РОЗРИВИ ПРОМЕЖИНИ ПРИ РОДАХ

Важливість цілості промежини визнана вже давно всіма акушерами-гінекологами, і на сьогодні цього факту ніхто не може заперечувати. Недарма питанню збереження цілості промежини при родах в свій час приділялося надзвичайно багато уваги, тому що порушення її цілості тяжко відбивається на здоров'ї жінки. Це було не раз констатовано багатьма видатними акушерами-гінекологами, які мали в своєму розпорядженні велику кількість спостережень.

Наслідки від порушення цілості промежини у вигляді різних захворювань найчастіше можна спостерігати в наших амбулаторіях. Тут ми можемо побачити цілий ряд хворих, які скаржаться на ті чи інші захворювання, які можна віднести за рахунок недостатньої функції промежини.

Неприємні відчуття різних болів, змін у статевих органах, порушення психіки, а також зменшення можливості до запліднення впливають на сімейне життя і працездатність такої жінки.

Ми не беремо на себе завдання розбирати всі ці хворобливі явища, а хочемо цим лише підкреслити, наскільки важливим є питання збереження цілості промежини і яку увагу воно мусить заслуговувати у лікарів акушерів-гінекологів та у акушерок, які безпосередньо, в переважній більшості випадків, допомагають при родовому акті.

Треба вважати, що розриви промежини під час родів в тій чи іншій мірі відбувалися в усі часи при народженні людини. Але відомі вони нам з часів Гіппократа, який пропонував для захисту статевих органів від розриву і зменшення родових болів втирати олійні речовини та вживати різні декокти.

Цельс в I сторіччі, за словами Бекер Броуна, не тільки описує розриви промежини, але подає і способи їх лікування.

Гален і Мошюн в II сторіччі для захисту промежини при родах радять користуватись спеціальним пластирем. Перший з них вказує на те, що причиною розривів бувають тяжкі роди і витягання дитини,

Едіус в VI сторіччі говорить про те, що при досить великій голівці плоду можуть утворитися тріщини і пропонує засоби для їх уникнення, а також попереджає повитух про те, що можуть трапитися розриви матки.

Лише в X і XI сторіччях арабські лікарі Авіцена і Альбукасіс на додаток до наявних тоді профілактичних засобів проти розривів промежини при родах запропонували вводити пальці рук у вагіну та зсовувати ними промежину разом з куприком в напрямку крижової кістки. Ця пропозиція арабських лікарів по суті є новий метод захисту промежини від розривів, який треба вважати переходом від засобів терапевтичного порядку до механічного. Відтоді цей принцип застосовувався практично аж до XVIII сторіччя.

В XIV і XVI сторіччях ще деякі автори — Альберт Магнус, Тротула та Ружієро, Героній Меркуріал розглядають це питання і вносять відповідні пропозиції з метою зменшення розривів промежини. Однак чого-небудь нового, що стосувалося б до цього питання, ми не зустрічаємо. Увесь напрямок думок за тих часів був спрямований лише на вишукування різних засобів як терапевтичних, так і механічних, які б сприяли зменшенню розривів промежини під час родів.

Після цього, до кінця XVII сторіччя, ми не знаходимо нічого нового щодо вчення про розриви промежини.

Таким чином, втирання олійних речовин запропоноване школою Гіппократа, і розширення статевої щілини пальцями, за пропозицією арабських лікарів, — були найпоширенішими способами для захисту промежини. Ці способи були настільки поширені, що Зігемундін не раз енергійно протестувала проти них, вказуючи, що вони не тільки не запобігають розривам промежини, а навпаки, сприяють їх виникненню.

У XVIII сторіччі Морісо описав окремі види розривів, а також вказав, як їх треба лікувати накладанням швів. Крім того, ми бачимо у нього намагання з'ясувати етіологію розривів. В цей час акушерська наука зробила великий крок вперед. Ці обставини не могли не відбитися і на такому важливому питанні, як розриви промежини при родах, і почали з'являтися самостійні дослідження з цього питання.

У 1734 р. французький акушер Пуцо запропонував підтримувати промежину при родах, виходячи з тих мір-

кувань, що під час родів, коли голівка виходить з піхви, утворюється надзвичайно велике розтягнення, яке розповсюджується на вхід у піхву, а також особливо на великі соромітні губи і на промежину. Від такого напруження й розтягнення м'яких частин, зокрема промежини, остання настільки тоншає, що внаслідок сильних натуг легко розривається. На його думку, в цей час треба послабити натуги, а цього можна досягти, стримуючи рукою тиснення голівки на промежину і направляючи його на лобок. Правда, каже він, не зважаючи на всі запобіжні заходи розриви все ж таки трапляються, і не так уже рідко, як думають.

Як бачимо з заяви самого Пуцо, цей захід не дав належного ефекту, але, не зважаючи на це, пропозицію про підтримку промежини під час родів підхопили найвидатніші акушери того часу, які поширили цей спосіб. До числа цих акушерів належали Смеллі і Осборн в Англії, Левре і Боделок у Франції, Штейн і Озіандер в Німеччині. В Росії вперше в XVIII сторіччі описав та радив застосовувати спосіб підтримувати промежину під час родів Максимович-Амбодік. З цього ми бачимо, як жваво відгукнулися на цей метод найвидатніші акушери того часу.

Згодом справа розробки питання про зменшення розривів промежини під час родів цим не обмежується, і цілий ряд акушерів пропонує різні способи. Так, Смеллі (1752) запропонував три різних способи запобігати розривам: перший — розширення зовнішніх статевих частин зігнутими, як крючки, пальцями; другий — тиснення на промежину і третій — виведення голівки двома пальцями, які треба вводити в пряму кишку.

Смеллі подає свої міркування з приводу етіології розривів і висловлює таку думку, що причинами розривів слід вважати: великий плід, старий вік у первородящих, а також необережне зсовування промежини з голівки плоду.

Пленк пропонує застосовувати відповідний крючок, яким радить звільняти голівку і цим самим уникати розривів промежини. Гелер, розглядаючи питання розривів промежини, дійшов висновку, що вони трапляються внаслідок незручного положення роділлі, через що голівка просувається не по осі таза. Він радив вводити на вгнуту поверхню крижової кістки кістяну пластинку, припуска-

ючи, що голівка мусить посуватися по ній, а не по промежині. Зсовування промежини з голівки, а також введення пальців у піхву він вважає шкідливим.

Віганд пропонував зсовувати шкіру з сідниць в напрямку до промежини, де вона збирається в складки.

Боер (1790) запропонував класти роділлю під час родів на лівий бік, вважаючи це найкращим засобом для зменшення розривів промежини.

Багато ще різних авторів пропонували різні засоби захисту промежини від розривів, але своїми пропозиціями вони не посували цю справу вперед.

Як ми бачимо, питання про зменшення розривів промежини розроблялось в напрямку шукання різних способів захисту її від розриву. Щождо вивчення причин виникнення цих розривів, висвітлення частоти їх та лікування, то цьому не приділялося належної уваги. Удосконаленню способу Пуцо (підтримування промежини) приділялося досить багато уваги, але, кінець-кінцем, акушерам прийшлося упевнитися в тому, що він не допомагає, і промежина все ж таки рветься. Деякі з видатних акушерів того часу висунули таке положення, що захист промежини при родах не тільки не є раціональним засобом зменшення розривів, а скоріше шкідливим. Оскільки виникла така протилежна течія, Зібольд на початку XIX сторіччя перевірив це і дійшов висновку, що без підтримування промежина рветься частіше як у первородящих, так і у багатороджалих. Але цей сумнів деяких акушерів в доцільності підтримування промежини під час родів примусив їх удатися до вишукування нових засобів.

Якщо до цього ми мали лише засоби зовнішнього і внутрішнього характеру, які мусили робити тканини більш податливими до розтягування, то Міхаеліс в 1799 р. з метою уникнення розриву застосовував оперативний спосіб. Він виходив з того, що рани, які утворюються внаслідок розрізу, загоюються скоріше і краще, ніж рани рвані. З цією метою він застосовував розріз промежини по шву. Спочатку спосіб Міхаеліса, як і всякий новий спосіб, зустрінули як панацею, що дійсно вирішує питання, але згодом було визнано, що він не тільки не вирішує питання про зменшення розривів промежини, а, навпаки, шкідливий. Кінець-кінцем, це питання зайшло в тупик тому, що деякі іноземні вчені як Шмідт, Зібольд, Віганд висловили думку, що, мовляв, розриви проме-

жини при родах траплялися завжди, в різні часи й епохи, у всіх народів, а тому не слід цією справою цікавитися і марно витрачати на це час, оскільки запобігти цим розривам ніщо не може. Внаслідок такої постановки питання інтерес до нього поволі зник і лише в 30 рр. XIX сторіччя до нього повернулися знову.

Рітген, спостерігаючи, що під час ригідності шийки матки скарифікація її дає позитивні наслідки, запропонував робити такі самі надрізи піхви коло її виходу, що, на його думку, повинно було полегшувати розширення її під час прорізування передлеглої частини плоду і цим самим захищати промежину від розриву.

Рітген в своїй практиці спочатку робив по 14 надрізів, по 7 з кожного боку, але потім знайшов, що досить і десяти. Цей спосіб викликав надзвичайно жвавий інтерес, хоч з'явилися і противники цього методу. Рітгенові довелося захищати свій метод від заперечень його противників, для чого він став збирати статистичний матеріал. Йому вдалося своїм методом викликати такий інтерес, який викликав Пуцо 100 років перед цим запропонованим ним способом підтримування промежини.

Далі метод скарифікації змінили Ківіш, Сканцоні та Дюбуа. Ківіш запропонував робити 2 — 4 розрізи збоку від спайки губ, а останні два автори — по 2 розрізи в нижній третині великих губ.

В другій половині XIX сторіччя вивчення причин розривів промежини і у нас викликає певний інтерес. Дослідженням цього питання займаються Красовський, Флорінський, Баскін, Микертчянц, Феноменов, Крузенштерн, Отт та цілий ряд інших акушерів. Флорінський каже, що при розривах промежини спочатку рвуться фасції і мускули, за ними слизова оболонка, а потім шкіра промежини. На підставі своїх досліджень мускулів та шкіри, взятих у одного трупа на розтягання, він дійшов таких висновків, що при швидкому розтяганні кожна тканина розривається швидше, ніж при повільному і висловився проти положення роділлі на спині.

Баскін у своїй роботі «Клінічні спостереження над розривами промежини при родах» дійшов до таких висновків: 1) зменшення кута нахилу таза сприяє розривам промежини; 2) *episiotomia* не забезпечує промежину від розриву, а лише є тим місцем, де виникає і поширюється інфекція. Щодо частоти розривів, то він вважає, що її

можна прийняти при теперішніх методах захисту промежини — один на 8—9 родів, тобто 11—12%, якщо виключити розриви, які сталися при оперативній допомозі під час родів, та розриви вуздечки.

Кетлінський вважає, що підтримувати промежину не слід, а краще вживати олії або мазі, а також теплі карболові або сулемові компреси, які, збільшуючи гіперемію, зменшують шанси на розриви, тому що обезкровлена тканина рветься значно швидше.

Рейн каже, що підтримувати промежину може лише кваліфікована особа, інакше це підтримування може стати шкідливим.

Савін не спостерігав жодного розриву промежини при 20 «вуличних» родах, причому 10 з цих родів були первородящі. Беручи це до уваги, він вважає, що підтримувати промежину зовсім зайва річ.

Отт звертає увагу на те, що при довгому стоянні голівки у виході таза вона тисне на тазове дно і це сприяє внутрішнім розривам промежини. Тому з метою більш швидкого розродження і профілактики розривів, він радить робити перинеотомію. Одночасно він попереджає, що не кожному промежину треба розрізувати.

Мандельберг стверджує, що в науці доведено і прийнято існування певного проценту випадків такої промежини, яка не піддається ніяким заходам до збереження її цілості і при родах обов'язково рветься. А тому він робить такий висновок: оскільки ми не можемо зберегти цілість промежини, то в таких випадках, де є загроза її розриву, треба робити перинеотомію.

Микертчянц, який в 1885 р. працював над проблемою зменшення розривів промежини при родах, виробив свій метод підтримування її. Він є великий прихильник цього заходу, а тому на протязі багатьох років удосконалював свій метод. Микертчянц радить приймати роди на залізному ліжку, висота якого повинна бути 71 см. На ньому стелеться звичайна постіль, і в ній роділля після родів проводить післяродовий період. Він вважає, що на такому ліжку, до якого можна приставити звичайний стілець для того, хто приймає роди, легше і зручніше підтримувати промежину. Самий захист промежини при родах він радить вести так, щоб на обидва боки її на протязі стегових згинів покласти зігнуті пальці будь-якої руки і розслаблювати промежину. Розслаблювання це

полягає в тому, що, захопивши таким чином промежину, намагаються звести пальці, натискаючи на тканини. Він також приділяє велику увагу швидкому прорізуванню голівки, що, на його думку, сприяє розривам. Для уникнення розривів він радить стримувати таке швидке прорізування керуванням натуг роділлею та рукою акушера. Крім того, він звертає увагу на те, що надмірне згинання ніг в кульшовому суглобі у значній мірі збільшує напруження промежини, що теж, на його думку, є небезпечним в розумінні розриву. По народженні голівки він радить звертати особливу увагу на народження плечиків, оскільки вони теж досить часто бувають причиною розривів промежини. Для профілактики розриву він пропонує, всупереч теоретичним настановам підручників, спочатку вивести заднє плечико, а переднє народиться само. Разом з тим він звертає увагу і на руки дитини, які теж можуть бути причиною розриву.

Звичайно, каже Микертчянц, що при поступовому розтягненні промежини розрив її відбувається не так легко, як при швидкому. І коли родовий канал був хоч раз розширений, то після цього він не так легко розривається, що ми спостерігаємо у жінок, які родять не вперше. На підставі цього він почав розширювати піхву, для чого вводяться вказівний і середній пальці обох рук у піхву, руки повертають тильними поверхнями одна до одної і рівномірно розтягують піхву. При застосуванні цього методу розширення вагіни пальцями переважно у первородящих Микертчянц досяг, за його даними, надзвичайно великих успіхів. У нього в лікарні процент розривів значно зменшився і досяг цифри приблизно 3%.

Лазаревич надає значення положенню роділлі під час родів. Він категорично висловлюється проти положення роділлі на спині і радить проводити роди на боці з помірно зігнутими та притягнутими до живота колінами, як це прийнято в Англії, а для того, щоб ноги були на деякій віддалі одна від одної, між ногами кладуть подушку.

Людвіг висловлюється проти положення роділлі як на спині, так і на боці, пропонуючи проводити роди вприсідку, як це прийнято у багатьох народів Азії.

Яшке вважає, що підтримування промежини при родах при нормальній промежині і нормальному тазовому

виході зайве, а при ригідності тканин та великій голівці просто шкідливе, тому він радить проводити роди без цього способу.

Бандергейер на підставі свого 25-річного досвіду радить проводити роди так: роділля лежить на спині, під крижі підкладається твердий польстер висотою 20 см; під час натуг роділля максимально пригинає стегна до живота й утримує коліна власними руками; з того часу, як голівка своїм великим сегментом під час паузи стає в статевій щілині і стає видимою, роділля опускає ноги, витягує їх і трохи розсуває. Ці прийоми значно зменшують, за даними Барденгейера, розриви промежини, причому положення з витягнутими ногами збільшує кут нахилу таза.

Ще досі в поглядах авторитетних акушерів-гінекологів немає згоди в цьому питанні. Частина з них додержується тієї думки, що захищати промежину від розриву не слід. Фрайман, наприклад, провів 762 родів без захисту промежини, з них 360 родів — в положенні роділлі на спині, а 402 — в положенні на боці. На підставі своїх даних Фрайман робить такі висновки: ведення родів без захисту промежини збільшує процент розривів порівняно з веденням родів при її захисті на 4 — 7% первородящих і на 6,1% у багатороджалих. Поруч з цим він каже, що в положенні на боці розриви у роділлі зустрічаються трохи рідше.

При проведенні родів без підтримування промежини, за даними Фраймана, значно зменшується кількість роділів, у яких підвищується температура в післяродовому періоді, в зв'язку з чим скорочується строк перебування роділлі в родильному закладі на 0,12 дня в середньому.

Травматизм немовлят при підтримуванні промежини зустрічається в 1,8 раза частіше, ніж без підтримування. Щодо асфіксії немовлят, то дані Фраймана дають надзвичайно позитивні показники. При проведенні родів без підтримування промежини асфіксія у немовлят зустрічається в 7,8 раза рідше, а тяжка асфіксія та мертворожденість, на його думку, виключаються зовсім. Техніка ведення родів без підтримування промежини полягала в тому, що під час врізування голівки керували диханням роділлі з таким розрахунком, щоб прорізування голівки відбулося поза потугами.

Барац, розглядаючи прийняте в більшості європейських країн положення роділь на спині під час родів з розведеними, зігнутими і притягнутими до живота стегнами, вважає, що таке положення не є раціональним, тому що воно не усуває всіх моментів динамічного характеру, які сприяють розривам промежини. Він приділяє багато уваги кутові нахилу таза. Оскільки, за його даними, положення роділлі на спині цей кут зменшує, він радить проводити роди в положенні Бандергейера, але з корективами. За даними Бараца, при витягнутих і розведених ногах нахил кута до деякої міри зменшується, а тому він пропонує замість розсунення ніг робити ротацію стегон назовні, чим можна досягти максимального збільшення нахилу кута таза, а також пригинати стегна до живота не до того часу, поки стане видно голівку в статевій щілині, як це робить Бандергейер, а лише до початку врізування. Цим досягається, на його думку, більш рівномірний тиск на всі відділи промежини.

Підсумовуючи все сказане, ми бачимо, що в різні часи та епохи питанню розривів промежини приділялося багато уваги, тому що вони приводили до цілого ряду ускладнень. Спочатку думка лікарів була спрямована на недостатню еластичність тканин, внаслідок чого, як їм здавалося, і виникають розриви промежини. Ця думка виникла емпірично тому, що в той час лікарям не доводилося спостерігати всього процесу механізму родів. Звідси витікає і терапевтичний метод лікування розривів, спрямований на те, щоб сприяти кращому та легкому розтягненню тканин.

Внаслідок того, що терапевтичні засоби не давали належного ефекту, на зміну їм з'являється механічний спосіб арабських лікарів, який теж до певного часу був надзвичайно поширеним. Однак цей засіб теж не був впроваджений в життя, тому що він не тільки не запобігав розривам промежини, а, за твердженням деяких авторів, навіть збільшував число їх.

Лише з розвитком акушерської науки настала можливість вивчення деяких етіологічних моментів розривів промежини, внаслідок чого французький лікар Пуцо запропонував підтримувати промежину. Його пропозиція, з відповідним обґрунтуванням, знайшла широкий відгук серед акушерів того часу. Але треба сказати, що хоч

цей спосіб теж не дав бажаного ефекту збереження цілості промежини, проте він на досить довгий час (більше як 200 років, відколи його було запропоновано і досі) був пануючим при проведенні родів.

Цей спосіб підтримування промежини при родах з усіма його видозмінами є по суті не стільки способом запобігання розривам, скільки способом психологічного впливу на роділлю. Така суть цього способу визнана більшістю акушерів, бо на практиці доведено, що і при цьому захисті промежини вона все ж таки досить часто рветься.

Крім того, є дані, що такий захист промежини не тільки не корисний, але навіть шкідливий, якщо його застосовують без відповідних знань та досвіду.

Недарма слідом за цим способом підтримування промежини ми маємо знову цілий ряд пропозицій щодо її захисту. Ми бачимо перехід від механічних способів до оперативних. Далі, з більш глибоким вивченням етіології розривів, велика увага приділяється положенню роділля. Але треба сказати, що, не дивлячись на досить значний час, протягом якого вивчається це питання, воно й досі, на нашу думку, не дало бажаних наслідків щодо запобігання розривам промежини при родах.

Така сміливість у висновках може ґрунтуватися на даних статистики. Статистика розривів промежини з початку XIX сторіччя, на превеликий жаль, надзвичайно недосконала, бо вона дає великі коливання цифр, з яких важко робити потрібні висновки.

Отже, саме тому питання про розриви промежини при родах повинно увійти в нову фазу свого вивчення. Для правильного вирішення цього питання треба удосконалити статистику, треба уважно проводити роди обов'язково в присутності лікаря в тих родильних закладах, де це можливо.

Лікарі повинні виявляти всі особливості перебігу родів, які можуть спричинювати порушення цілості м'яких частин та зокрема промежини. Це дасть можливість виявити справжню дійову, а не апіорно-емпіричну, етіологію розривів, на якій ще досі базуються при розв'язанні цього питання. Це буде вихідним пунктом для рішучого зрушення справи профілактики розривів промежини при родах, яке на сьогодні набирає надзвичайно великого значення в нашій країні.

СТАТИСТИКА РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ

Деякі з етіологічних моментів розривів промежини при родах можна з'ясувати також через статистичні дані. Важливість цих даних була усвідомлена акушерами-гінекологами вже досить давно, і ми бачимо, як статистичні відомості про розриви промежини, переважно про їх кількість у первородящих та багатороджалих, починають з'являтися поруч з розробкою етіології цього явища. Ці відомості ми можемо знайти у звітах родильних закладів, в окремих монографіях і підручниках акушерства. Тут же ми можемо іноді знайти й інші статистичні дані в цій справі.

Щодо кількості розривів промежини в різні часи, починаючи з XIX сторіччя, ми маємо такі дані:

Рітген, наприклад, на 758 родів не відмічає ні одного розриву промежини. На цю кількість родів було лише 83 епізіотомії.

За Гугенбергом, кількість розривів не перевищує 1%, а за Снов Беком — досягає 75%.

Шредер свої статистичні дані подає в двох варіантах. Він вважає, що кількість розривів промежини при родах коливається від 34 до 37,6%.

Ольсгаузен вираховував, що в його клініці розриви промежини у первородящих трапляються в середньому в 15% випадків, але на протязі 10 років ця цифра розривів збільшилась до 21%. В той же час в інших клініках кількість розривів досягала 47%.

Геккер наводить статистику Мюнхенської клініки за період 1859—1876 рр. З даних цієї статистики з'ясується, що в 1859 р. кількість розривів не перевищувала 0,9%, а в 1876 р. вона збільшилась до 9,8%, тобто більше ніж в 10 раз. Це збільшення Геккер пояснює тим, що серед родильців стало більше первородящих. Якщо в 1859 р. співвідношення первородящих та багатороджалих було 1:85, то в 1876 р. це співвідношення різко змінилось і становило 1:1,15. Крім того, на його думку, збільшенню кількості розривів сприяло і збільшення оперативних втручань, особливо накладання щипців (у 1859 р. число операцій накладання щипців дорівнювало 2,2%, а в останні роки 3—4%). «І якщо, — каже Геккер, — у мене все ж таки менший процент розривів, ніж у інших

акушерів, як, наприклад, у Ольсгаузена (21%), то це пояснюється тим, що на промежину під час родів в Мюнхенській клініці звертають надзвичайно велику увагу».

Але і Ольсгаузен, в свою чергу, стверджує, що в Гальській клініці на промежину під час родів звертають більшу увагу і застосовують кращі методи захисту промежини, ніж в інших місцях і все ж таки кількість розривів за останні десять років досягла у первородящих 21,1%, а у багатороджалих 4,7%.

За Флорінським, процент розривів промежини при родах досягає 30%.

Баскін подає матеріал Надеждінського родильного будинку за 1876 — 1878 рр. За ці три роки в цьому закладі відбулося 7522 родів. Відкинувши всі розриви, що траплялися внаслідок оперативних втручань, він виводить для первородящих в середньому 11 — 12% розривів.

За Бідером та Сутугіним, число розривів у первородящих становить 15 — 16%.

Гільдебрандт встановлює для розривів промежини 7,2% і вважає, що такого процента можна досягнути лише при особливому контролі та вмілому догляді за промежиною під час родів.

Баландін зменшив кількість розривів з 37,14% до 13,04% у 1882 р.

Паришев з клініки проф. Лебедева на матеріалі в 1200 родів, які пройшли через клініку з 1874 до 1884 р. (з них 577 первородящих), виводить процент розривів для первородящих 25,7, а для багатороджалих — 3.

Фасбендер, помітивши надзвичайну різноманітність статистичних цифр, почав старанно оглядати кожну промежину до родів та після них. Середній процент розривів у нього дорівнює 22,3, причому для первородящих — 34, а для багатороджалих — 10,6.

Варшавська клініка проф. Ястребова за 1888 — 1889 та 1890 рр. процент розривів при родах виражає цифрою 19,2, а розривів задньої комісури і задньої стінки вагіни цифрою 6. Такий високий процент розривів в клініці пояснюється навчанням в ній повитух, а також оперативним втручанням при родах.

Абуладзе у медичному звіті по Київській акушерсько-гінекологічній клініці за 1898 — 1894 рр. на 218 родів показує 54 випадки розривів промежини та 4 випадки розривів задньої стінки вагіни, що становить 26,6%. За-

хист промежини при родах провадився за всіма правилами в звичайному положенні роділлі на спині.

За Кудішем (Кременчуцька жіноча лікарня), в 1909 та 1910 рр. число розривів промежини становило 4,3—4,5%, а за 1911 р. на 579 родів було 3,6% розривів.

Микертцянци, наприклад, застосовуючи свій метод захисту промежини при родах, подає рекордну цифру в розумінні невеликої кількості розривів. В його лікарні, за його даними, розриви промежини не перевищували 3%.

За Штекелем, процент розривів промежини при родах доходить до 25, а за Скробанським — 18.

Для з'ясування питання як часто зустрічаються розриви промежини в родильних закладах м. Києва, ми зібрали статистичний матеріал по всіх родильних закладах за I півріччя 1935 р. який дає таку картину (табл. 1).

Таблиця 1

Назва закладу	Процент розривів
Ленінський родильний будинок	7,2
Петрівський родильний будинок	13,8
Жовтнева лікарня	15,4
Інститут удосконалення лікарів	16,8
Сталінський родильний будинок	18,2
I робітнича лікарня	24,3
Інститут Охматдиту	27,4
Акушерсько-гінекологічна клініка I Київського медичного інституту	31,75

Як видно з цієї таблиці, найменший процент розривів промежини показаний в Ленінському родильному будинку — 7,2, а також в Петрівському — 13,8. Найбільший же процент (27,4 і 31,75) — в клініці Інституту охматдиту та в акушерсько-гінекологічній клініці КМІ. Наведена кількість розривів по закладах надзвичайно характерна для того, щоб ми виробили в собі до певної міри критичне ставлення до статистичних даних.

Далі нами розроблена статистика розривів промежини в акушерсько-гінекологічній клініці КМІ за час 1931 — 1935 рр. окремо для первородящих та багатороджалих і загальний процент для всіх роділь. Одержані нами дані дають таку картину (табл. 2, стор. 39).

Таблиця 2

Розриви промежини під час родів по акушерсько-гінекологічній клініці І Київського медичного інституту за 1931 — 1935 рр.

Роки	Первородящі багатороджалі	Всього родів у первородящих та багатороджаль	Розриви промежини у первородящих та багатороджаль	Процент розривів у первородящих та багатороджаль	Кількість родів за рік	Загальний процент розривів
1931	Первородящі	296	91	30,74		
	Багатороджалі	146	35	23,97	442	27,35
1932	Первородящі	208	77	37,0		
	Багатороджалі	138	56	40,0	346	38,5
1933	Первородящі	419	172	41,0		
	Багатороджалі	159	62	38,99	578	39,5
1934	Первородящі	414	177	42,75		
	Багатороджалі	235	119	50,0	649	46,37
1935	Первородящі	714	291	40,7		
	Багатороджалі	421	98	23,27	1135	31,98
Разом	Первородящі	2051	808	39,39		
	Багатороджалі	1099	370	33,69	3150	37,39

При розробці історій родів, розривами промежини вважалися також всі випадки розривів задньої комісури та задньої стінки піхви, де накладалися шви. Розриви промежини, що відбулися при оперативних втручаннях, як накладання щипців, поворот — теж зараховані до загального числа розривів.

З обліку вилючені всі випадки родів, які відбулися поза клінікою, але роділлі проводили в клініці післяродовий період, а також ті роди, при яких робили перинеотомію. Разом з тим бралися на облік всі роди, починаючи з 29-го тижня вагітності.

До 1935 р. роди провадилися при звичайному положенні роділлі на спині і з захистом промежини шляхом згинання голівки або затримування голівки тисненням на лобні горби через промежину для прорізування її в малому косому розмірі. І лише в 1935 р. досить значну частину, але менше половини всіх родів проведено без будь-яких доторкань з боку медичного персоналу до

голівки плоду або промежини роділлі, тобто без підтримування промежини. Тільки в разі швидкого прорізування голівки плоду швидке просування її стримувалося рукою.

Розглядаючи табл. 2, ми бачимо, що, починаючи від 1931 р., крива розривів іде в бік збільшення їх кількості, досягши в 1934 р. 46,3%, причому коливання кількості розривів у первородящих та багатороджалих в 1932 — 1934 рр. в процентному відношенні надзвичайно незначне. Тільки в 1935 р. ми маємо зменшення числа розривів промежини як в їх загальній кількості, так і в співвідношеннях у первородящих та багатороджалих. Остання обставина пояснюється тим, що на розриви промежини при родах було звернуто потрібну увагу. Але поруч з цим треба сказати, що ця увага ще далеко недостатня, оскільки процент розривів залишається надзвичайно високий, і не може бути ніякого сумніву в тому, що він може і повинен бути значно меншим.

Аналізуючи статистичні дані, що їх подають окремі автори, ми бачимо величезну розбіжність в цифрах. Процент розривів промежини при родах починається з 0,9, як мінімум, і доходить до цифри 75.

На цю різноманітність цифр різні автори давно вже звертали увагу, і кожен по своєму намагався пояснити її. Так, наприклад, Ольсгаузен, який першим відмітив це, вважає, що причиною такої розбіжності в цифрах є недосить уважний огляд промежини акушером чи акушерки процент розривів промежини при родах завжди менший. Різні автори були надзвичайно індивідуальні у визначенні розривів, через що у них не було певної солідарності в діагностиці, тому статистика розривів промежини була недоскональна. Отже, коли буде досягнута одноманітність в діагностиці розривів та висновках, тоді справа правильної статистики буде вирішена.

Інші автори думають, що різноманітність цифр залежить від неоднакового догляду роділь під час родів більше, ніж від будь-яких інших причин.

На підставі вивчення питання про розриви промежини в різних родильних закладах ми повинні сказати, що статистика цих розривів неоднакова тому, що в деяких родильних закладах не відносять до загальної кількості ті розриви, які трапляються внаслідок оперативного

втручання. В інших не заносять розривів задньої комісури або розривів задньої стінки піхви.

Оскільки немає одноманітного підходу до цих порушень, тому нема, на нашу думку, і однорідної статистики з цього питання.

Ми вважаємо, що родильним закладам треба дати цілком ясні вказівки, що саме відносити до рубрики «Розриви промежини», а також і те, чи відносити до загальної кількості розривів промежини ті розриви, які виникли внаслідок оперативного втручання при родах, чи ні.

На нашу думку, потрібно ураховувати всі розриви промежини, при яких би родах вони не виникли — нормальних чи патологічних. Відносити до цих розривів потрібно розриви промежини всіх ступенів, а також і розриви задньої стінки вагіни. Ця загальна кількість розривів повинна поділятися на підгрупи: розриви, що виникли при нормальних родах, і окремо розриви промежини, що виникли внаслідок оперативного втручання при родах та при якому саме втручанні.

До окремої рубрики треба відносити перинеотомію.

Отже, правильно буде зробити висновок, що потрібно уважніше оглядати зовнішні геніталії та вхід у піхву, а також потрібна солідарність в діагностиці розривів. Багато авторів говорять про раціональну допомогу при родах. Хто може заперечувати те, що якість нашої допомоги при родах мусить оцінюватись з погляду зменшення різних ускладнень, в тому числі і розривів промежини.

Ось чому повсякденна боротьба за чіткість нашої роботи в родильному закладі, за правильне визначення пошкодження генітального апарату роділлі, яке повинно бути точно записане в історії родів, має велике практичне і наукове значення. Але що на сьогодні ще цього немає, може підтвердити такий приклад: в одній історії родів нашої клініки зазначено: *ruptura perineei gr. I*; а накладено на цей розрив 5 швів та 4 скобки. Мені здається, що з цього кожному повинно стати ясно, що в даному випадку ступінь розриву визначено неправильно. І це, звичайно, не поодинокий випадок. Вихованню та вдосконаленню медичного персоналу в родильних закладах треба надати серйозного значення.

На підставі даних статистики, що були в нашому розпорядженні, ми дійшли до таких висновків: загальним

середнім процентом розривів ще зараз у первородящих слід вважати від 25 до 30, а у багатороджалих — від 8 до 12 при проведенні родів в звичайному положенні роділлі на спині і при підтримуванні промежини за прийнятими правилами.

Але треба вважати, що наведені нами цифри лише більш-менш наближають нас до дійсного стану речей по наших родильних закладах.

Надалі нам належить боротися за правильність і чіткість статистики розривів промежини. І це буде для нас одним з вихідних пунктів справжньої боротьби за якість нашої роботи, за раціоналізацію дальшого ведення родів, за зменшення розривів промежини, а тим самим і інших ускладнень.

РОЗДІЛ IV

РОЗРИВИ ПРОМЕЖИНИ ТА ПОДІЛ ЇХ НА СТУПЕНІ

Для раціонального відновлення тканин, порушених внаслідок розриву промежини під час родів, велике значення має правильна діагностика розриву, тому треба конкретно розібратись, які саме тканини порушені в тому чи іншому випадку. Річ в тому, що з анатомо-топографічних даних нам відомо, що спочатку може розірватися лише шкіра та підшкірна клітковина, за нею поверхнева фасція, далі різні мускули, які входять до складу промежини, та глибока фасція і, нарешті, може розірватися передня стінка прямої кишки. При такій різноманітності ускладнень при розривах промежини цілком природно з'явилась потреба в поділі порушень цілості на різні категорії.

Вже Морісо робить перший крок у спробі поділити розриви промежини на різні ступені — він говорить про розриви промежини з прямою кишкою. У давніх авторів можна знайти окремо описи того чи іншого виду розривів, але певної класифікації та систематизації їх нема.

Класифікація і систематизація розривів промежини з'являється лише в XIX сторіччі, поруч з розробкою оперативних методів лікування. Оскільки в основу класифікації був покладений виключно клінічний погляд на значення того чи іншого розриву, то цілком зрозуміло, що ця класифікація зазнавала надзвичайно різноманітних

змін, залежно від індивідуального погляду автора на значення цього пошкодження. Саме поняття про те, що треба розуміти під розривом промежини, не було встановлено остаточно. Деякі з авторів до розривів промежини відносили навіть зовсім незначні пошкодження її, а також пошкодження вуздечки; такі, як Вельпо і Моро, справжніми розривами вважали лише центральні, а таким розривам, які відбулися по шву, не надавали особливого значення. Нарешті, були й такі автори, які до звичайних розривів відносили такі випадки, де розривалася передня стінка прямої кишки.

Через таку неясність суті розривів при розподілі їх на різні ступені різними авторами встановлюється неоднакова кількість цих ступенів. Через те не можна було мати однакового уявлення про клінічну важливість того чи іншого ступеня розриву. Навіть при поділі на однакову кількість ступенів один і той самий ступінь пошкодження різні автори характеризують по-своєму. Наприклад, Остандер і Маттеї поділяють всі розриви на 5 ступенів.

Перший з них, поділяючи розриви, характеризує їх так: 1) надрив вуздечки, 2) розрив досягає половини промежини, 3) розрив до сфінктера, 4) розрив промежини і сфінктера і 5) розрив прямої кишки.

За Маттеї, поділ розривів промежини на ступені був такий: 1) порушення слизової, 2) порушення слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини, 3) порушення мускульно-апоневротичного шару, 4) порушення перелічених тканин разом з сфінктером, 5) центральні розриви промежини.

Інші автори поділяли розриви на 4 ступені (Горвіц), на 3 і навіть на 2 ступені (Негеле) — причому один і той самий ступінь різні автори характеризують різними пошкодженнями. Така невиразність в класифікації пояснюється тим, що в її основу покладали, як уже було сказано, індивідуально-клінічні моменти і мало приділяли уваги анатомічній стороні справи.

У французьких переважно авторів (Будден, Штраус, Монфор та ін.) ми бачимо намагання покласти в основу класифікації не тільки клінічне значення розривів, а також анатомічне розташування органів, які травматизувалися. Цим самим моментом в класифікацію розривів було внесено більшу ясність і точність.

Баскін всі розриви поділяє на нескладні і складні. До нескладних розривів, за Баскіним, належать ті розриви різної довжини, які поширюються тільки на промежину. До складних — такі розриви, коли разом з промежиною травматизуються суміжні органи (сфінктер, пряма кишка). Такого ж погляду додержується Фор, який у своєму підручнику оперативної гінекології поділяє всі розриви промежини на неповні і повні.

Треба сказати, що і зараз справа класифікації і систематизації розривів промежини на практиці знаходиться в недосить якісному і задовільному стані. Безумовно, тільки через це ми бачимо, що в історії родів записується розрив промежини II ст., а у цієї жінки спостерігається неможливість утримання газів, що буває в результаті більш тяжкого порушення тканин.

Але у більшості сучасних авторів прийнято поділ всіх розривів промежини на 3 ступені. За Штеккелем, ці ступені характеризуються так: I ступінь — розрив вагіни і задньої комісури, а також шкіри промежини на протязі найбільше 2 см; II ступінь — розрив м'язів промежини, причому сфінктер заднього проходу залишається цілим або, принаймні, частина його, яку можна побачити в рані; III ступінь — розрив м'язів промежини і зовнішнього сфінктера заднього проходу з частковим розривом передньої стінки прямої кишки.

Ця класифікація, на нашу думку, не сприяє правильному визначенню наведених анатомо-топографічних пошкоджень, тому що дає змогу лікареві, залежно від його погляду або бажання, визначити замість II ступеня розриву — перший або замість III ступеня — другий, а це, звичайно, відбиватиметься на доскональному вивченні цього питання.

У більшості підручників вітчизняних акушерів (Генстера, Скробанського, Іванова Н., Груздьова, Білошапко та інших) розриви промежини прийнято ділити також на три ступені.

До розривів першого ступеня належать такі, що починаються з розриву задньої спайки, задньої стінки піхви в межах човноподібної ямки і шкіри промежини протягом не більш двох сантиметрів. Розрив не доходить до середини промежини.

До розривів другого ступеня належать такі розриви, які захоплюють власне тіло промежини, тобто її м'язи

(m. bulbocavernosus, m.m. transversus perinei superficialis profundus et centrum tendineum).

У піхві розрив поширюється вгору, причому звичайно іде збоку від *columna rugarum*, обходячи його праворуч або ліворуч, або вилоподібно з обох його сторін.

При другому ступені розрив задньої стінки піхви може поширюватись вгору в межі середньої його третини.

Завжди непошкодженим залишається поперечно розташований м'язовий шар зовнішнього сфінктера (m. sphincter ani externus).

До розривів третього ступеня належать такі розриви, при яких, крім пошкоджень, що зустрічаються при другому ступені, розривається зовнішній сфінктер і на деякій відстані передня стінка прямої кишки.

Розриви першого і другого ступеня називаються неповними на відміну від розривів третього ступеня, які є повними розривами промежини.

Ряд вітчизняних авторів (Іванов, Писемський та ін.) вважають, що необхідно ступені розривів промежини розрізняти, крім того, і по глибині поширення розриву тканини. Поверхневий розрив промежини, як пише Іванов, зачіпає тільки шкіру, незалежно від його довжини, не загрожує надалі зінянням статевої щілини, функціональними розладами сусідніх органів і наступним опущенням і випадінням статевих органів.

За сприятливих умов він може загоїтись сам, зашивання його дуже легке і дає найкращі результати.

У деяких випадках вагіно-перинеальні розриви, поширюючись вглиб праворуч або ліворуч від таза або в обидві сторони разом, ідуть іноді досить далеко вгору.

При розривах m. transversus perinei, що розташований поперек промежини між сідничними горбами, кожний з відрізків цього м'яза через велику еластичність м'язової тканини іде в сторони так, що кінці розірваного м'яза розходяться на велику відстань, на що необхідно зважати при відновленні промежини.

При розриві centrum tendinei одночасно відбувається розходження ніжок m. levator ani, волокна якого щільно зв'язані з ним. Через скорочення відірваних кінців ніжок levator'a настає різке зіняння промежини.

Щоб уникнути останнього, необхідно в цих випадках проводити відновлення цілості м'язів тазового дна.

При розривах м'язів сфінктера заднього проходу кінці цього розірваного м'яза, скорочуючись, відходять вниз і назад в напрямі до куприка. Аналіз цих даних має також велике значення при оперативному відновленні м'язів тазового дна і промежини.

Необхідно встановити таку класифікацію розривів промежини, щоб кожний ступінь розриву точно означав, які саме анатомо-топографічні пошкодження ми маємо в даному разі.

З цією метою автор вважає найкращим поділяти всі розриви промежини при родах на 4 ступені. До I ступеня треба віднести розриви слизової оболонки і задньої стінки піхви, задньої комісури, шкіри промежини і підшкірної клітковини, де треба обов'язково накладати шви. Тріщини слизової оболонки задньої стінки вагіни і тріщини, і надриви уздечки без швів до розривів не включаються. До II ступеня додається розрив поверхневої фасції *m. bulbo-cavernosis* та *m. transversus perinei superficialis*. До III ступеня — розрив *m. levatoris ani* та *m. sphincter ani ext.* частковий або повний і, нарешті, до IV ступеня — розрив передньої стінки прямої кишки. Інакше розрив IV ступеня можна назвати повним розривом промежини.

При такій класифікації розривів, при визначенні будь-якого ступеня розриву нам одразу стане ясно, що саме в даному випадку пошкоджено, оскільки вона не дає можливості лікареві визначати ступінь розриву за своїм розсудом. Тут лише потрібно орієнтуватись у правильному розпізнаванні розірваних тканин, чого звичайно при відповідних знаннях з анатомії та уважному огляді промежини досягти не важко. А в клінічних закладах ця справа може і повинна бути цілком забезпечена.

Точність класифікації розривів потрібна для правильної статистики, а сама по собі статистика допоможе до певної міри деякому з'ясуванню й орієнтуванню у вивченні різних зв'язаних з розривом промежини ускладнень, які трапляються в найближчий час в післяродовому періоді і через деякий час після родів.

До окремої категорії належить група центральних розривів промежини. Ці розриви зустрічаються надзвичайно рідко, так би мовити, являються випадками казуїстичного порядку, тому в класифікацію їх не включено. Суть цього центрального розриву полягає в тому, що

передлегла частина розриває центр промежини, між задньою комісурою і переднім краєм розриву залишається шкірний місток, який рідко буває більше 1 см.

РОЗДІЛ V

ЕТІОЛОГІЧНІ МОМЕНТИ РІЗНИХ СТУПЕНІВ РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ

З'ясування причин розривів промежини при родах є надзвичайно важливим фактором, тому що встановлення їх дає змогу медичному персоналові, допомагаючи при родах, запобігати їм. Хоча вивчення цих причин провадиться досить багато часу, але воно ґрунтується переважно на неудосягнутому статистичному матеріалі. Успішне й досконале вивчення їх, на нашу думку, може бути лише тоді, коли той з лікарів, хто їх вивчає, сам безпосередньо оглядає роділлю, буде приймати роди, стежити за поведінкою роділлі, за проходженням плоду через родовий канал, а також добре собі уявлятиме й спостерігатиме стан зовнішніх геніталій до родів і під час їх. Лише за цих умов, в разі виникнення розриву промежини, можна буде розпізнати і встановити причину його в даному конкретному випадку. Причин, які викликають розриви, може бути досить багато. Отже вивчення кожної окремої причини та комплексу причин, які призводять до розривів промежини, дасть змогу вживати тих або інших заходів, запобігти їм.

Не дивлячись на те, що поруч з іншими явищами в родовому акті порушення цілості статевих органів під час родів звернуло на себе увагу лікарів, все ж таки вивчення питання розривів промежини, особливо щодо їх етіології, відстає від інших питань акушерства.

Почасти це пояснюється тим, що на розриви промежини дивилися, як на щось таке, що не заслуговує на велику увагу, а почасти й тим, що на це дивилися, як на щось майже обов'язкове при родах.

Головна ж причина полягала в тому, що до Великої Жовтневої соціалістичної революції сітка родильних закладів була надзвичайно мала, причому ці заклади при своїй невеликій кількості були тільки у великих містах. Число спеціалістів цієї справи також було невелике.

Величезна більшість родів по містах провадилась акушерками на дому, а на селах і акушерка була не таким частим гостем.

Отже, через це і на причини, які сприяли цим розривам, не звертали та й не мали змоги звернути достатньої уваги.

Якщо в другій половині XIX сторіччя над цим питанням ще до деякої міри працювали, то з початку XX сторіччя до наших часів такому важливому, на нашу думку, питанню належної уваги не надано. В умовах нашого соціалістичного будівництва це питання набирає і повинно набрати ще більшої ваги. Тому кожна акушерсько-гінекологічна клініка, кожний родильний заклад, нарешті кожний лікар повинні вивчати причини, внаслідок яких виникають розриви промежини з тим, щоб по-науковому організувати боротьбу з ними. Боротьба з розривами промежини при родах є одночасно боротьба проти деяких ускладнень в післяродовому періоді, це є боротьба за спокій матері і її радісне материнство.

Щодо етіології розривів, то тут ми маємо багато різноманітних, часто діаметрально протилежних поглядів. Звичайно, досить значна кількість моментів, які так чи інакше впливають на стан промежини при родах, становить деякі труднощі у вивченні цього питання. Ці моменти часто діють одночасно, їх важко ізольовати один від одного, а тим самим ускладнюється й справа з'ясування, що саме в даному випадку було причиною розриву.

Баскін, наприклад, вважає, що етіологічними моментами розривів промежини є три фактори: 1) мати, 2) дитина і 3) механізм родів. Звичайно, такі фактори навряд чи хто буде заперечувати, оскільки зміни в конфігурації і будові самого таза матері, а також патологічні зміни зовнішніх геніталій можуть до певної міри сприяти розривам промежини. Надмірно велика голівка плоду або прорізування й народження її у найбільших своїх розмірах так само спричиняють значне розтягнення тканин промежини, які часто цього не витримують і рвуться. Ці положення для нас абсолютно безперечні і не потребують ніяких доказів. Але ми являємось свідками багатьох розривів в таких випадках, де, по суті кажучи, ми не маємо таких грубих моментів. Тут саме й постає питання, як з'ясувати ці причини та в чому вони полягають.

Ряд дослідників вказує на те, що поруч з іншими етіологічними моментами таз при його різноманітності будови є нібито причиною розриву промежини. Але доскональних досліджень з безперечними доказами, які саме зміни в тазі впливають на розрив промежини, в літературі ми не зустрічаємо. Є вказівки на те, що на стан промежини під час родів впливає кут нахилу таза.

Ще Озіандер і Негеле вказують на відповідний ступінь нахилу таза як на причину, що сприяє розривам промежини. Але Озіандер вбачає причину розриву промежини в надзвичайно великому куті нахилу таза. Негеле вважає навпаки. Він каже, що невеликий кут нахилу таза є моментом, який сприяє розривам промежини взагалі і центральним розривам зокрема. Не дивлячись на те, що Озіандер і Негеле висловили свої протилежні думки вже дуже давно, все ж таки це питання і досі не можна вважати вирішеним остаточно. Спочатку поглядів Озіандера дотримувалися. Але потім деякі автори стали твердити, що міркування Негеле вірні, і невеликий кут нахилу таза дійсно скоріше, ніж великий, призводить до розриву промежини. Труднощі вирішення цього питання полягають в тому, що вимірювати кут нахилу таза не так легко. З одного боку, важко удосконалити вимірювання, а з другого — всі дані, що ми їх маємо, настільки між собою розбіжні, що користуючись ними, важко дійти будь-якого певного висновку. Так, Негеле вважає, що кут нахилу таза в середньому дорівнює 60° , за Піроговим, — для чоловіків — $64,3^\circ$, а для жінок — $62,75^\circ$. Дані інших авторів, які вивчали це питання, показують великі коливання. Так, Кольрауш встановив коливання кута нахилу таза в межах $50 - 70^\circ$, Майер — 30° , Фюрст — $54,5^\circ$ та ін. Ряд авторів стверджує, що у живих людей виміряти нахил таза неможливо, а на трупах вони визначили його в $63,5^\circ$. Баскін на підставі своїх вимірювань кута нахилу таза на 130 роділлях та породіллях прийшов до висновку, що найчастіше рветься промежина у тих жінок, у яких більший кут нахилу таза.

Микертянц вважає, що як великий, так і малий кут нахилу таза однаково являє небезпеку для цілості промежини.

На думку Баландіна, кут нахилу таза не має особливого значення для механізму родів, причому він поси-

лається на Мейера, який довів індивідуальну мінливість цього нахилу при різних положеннях тіла. Сам Баландін вивчав ступінь кута нахилу таза і каже, що через рухомість хребта та його зв'язок з тазом при малому куті нахилу таза хребет буде більш плоским, а при більшому, навпаки, він буде більш вигнутий наперед. Але передня поверхня матки завжди буде доторкатись до черевної стінки, а тому, в разі малого кута нахилу таза і разом з тим сплюсненості хребта, черевна стінка буде більш вертикальною, так само, як і вісь матки, а при більшому нахилі — навпаки. Співвідношення осі довжини матки до прямого розміру входу залишиться таке саме. Ось чому Баландін не розуміє і дивується, що в питанні про розриви промежини деякі автори звертають увагу на кут нахилу таза.

Кут нахилу таза є обов'язковою передумовою рівноваги тулуба при вертикальному його положенні. Якби таз лежав горизонтально, то вісь тулуба, яка проходить позаду осі руху таза, мусила б викликати падіння назад. З другого боку, завдяки нахилу передня стінка малого таза утворює протидію тисненню внутрішніх органів більш надійну, ніж стінка живота, якби таз знаходився в горизонтальному положенні (Чаусов). Беручи це на увагу, треба думати, що під час вагітності, особливо починаючи з другої її половини, при рості плоду і збільшенні матки, змінюється до деякої міри і самий кут нахилу таза в бік його збільшення, як протидія, в зв'язку із збільшенням тиснення при вагітності.

Таз з хребтом утворює кут в $130 - 140^\circ$. Вхідний отвір малого таза являє собою площину з нахилом від *promontorii*, яка тягнеться до верхнього краю *synchondrosis pubis*. Вихідний отвір також нахилений, але менше. Внаслідок цього *promontorium* стоїть вище від верхнього краю *synchondrosis pubis*, а верхівка куприка на 15 — 17 мм вище за нижній край зрощення. Для з'ясування ступеня нахилу таза користуються кутом, який утворюють продовжена кон'югата та горизонтальна лінія. Цей кут дорівнює $55 - 65^\circ$.

За нашими спостереженнями, більший або менший нахил кута таза має зв'язок з анатомічною будовою промежини. При більшому нахилі ми маємо менш високі проміжжя і навпаки. Якщо кут нахилу таза дорівнює $65 - 80^\circ$, ми маємо середню висоту промежини коло

3 см. При відповідному збільшенні кута нахилу таза висота промежини буде менша 3 см, а при меншому — більша. Але разом з тим при проведенні родів ми не спостерігали, щоб тільки один кут нахилу таза в той або інший бік був причиною саме такої значної кількості розривів промежини, про що скажемо нижче.

Річ у тому, що кут нахилу таза, як каже і Баландін, може самовільно змінюватись в той або інший бік. При потребі збільшення кута нахилу таза ми користуємось вальхерівським положенням, а для його зменшення пригинаємо стегна до живота. Від цих змін кута нахилу таза може залежати до певної міри прискорення або, навпаки, сповільнення родового процесу. Якби розриви промежини у значній мірі залежали від кута нахилу таза, то, маючи змогу цей нахил змінювати, можна було б в деякій частині уникати розривів.

Барац надає великого значення нахилу таза в етіології розривів промежини. Він вважає, що чим більший кут нахилу таза, тим для промежини це безпечніше. А тому він радить таке положення для роділлі, яке збільшувало б нахил його, а саме: під час врізування та прорізування голівки плоду в положенні роділлі на спині витягувати її ноги, не розмикати їх, а лише повертати назовні. Цим зберігається збільшення кута нахилу таза.

На нашу думку, в даному разі відіграє роль не так нахил таза, як те, що при витягнутих та повернутих назовні ногах врізування та прорізування посувається поволі, чим забезпечується повільне, а не раптове розтягнення вульварного кільця, а разом з тим і повільне народження голівки, що, звичайно, повинно значно зменшити розриви промежини.

Можна лише припустити, що при невідповідно високій промежині, в поєднанні з великим кутом нахилу таза, промежина обов'язково повинна розриватись, тому що при такому стані порушується нормальний механізм врізування, прорізування та народження голівки. В таких випадках голівка, врізуючись, буде прямувати на промежину і створювати значний тиск; а через неможливість проведення нормального розтягування цей тиск буде продовжуватись та посилюватись і кінець-кінцем призведе до розриву. Цим механізмом, на нашу думку, треба пояснювати виникнення центральних розривів промежини, які бувають надзвичайно рідко.

Визнано правилом, що при нормальних тазах, де зовнішня кон'югата дорівнює 20 — 21 см, роди тягнуться в середньому у первородящих 18 — 20 год., а у багатороджалих 9 — 10 год., а при тазах рівномірно звужених або плоских роди в більшості випадків затягуються. При уважному спостереженні роділь, у яких роди затяглись внаслідок тих або інших причин, ми можемо впевнитися в тому, що у них зовнішні геніталії стають надзвичайно соковитими внаслідок розвитку застійних явищ. Цей момент соковитості промежини та вульварного кільця сприяє кращій еластичності його, тому, треба думати, що ті роди, які тягнуться довше, повинні давати менший процент розривів промежини. Проте, ми тут застерігаємо, що соковитість тканин сприяє еластичності їх і зменшує кількість розривів, тоді як набряклість, навпаки, зменшуючи опірність тканини, сприяє утворенню розривів, що треба пам'ятати.

Крім того, при загальнозвужених і плоских тазах голівка плоду завжди здовжується або внаслідок утворення значного родового опуху, або внаслідок конфігурації і набуває наче клиноподібної форми. Тому, проходячи через вульварне кільце, така голівка розширює його поступово, чим забезпечується поступове розтягнення промежини, а тому при таких родах виникає і менше розривів (коли нема втручань). При нормальному ж тазі голівка більш округла і одразу йде більшим розміром, ніж здовжена при вузькому тазі голівка, і, крім того, значно швидше. Тому тут виникає більше і швидше розтягнення вульварного кільця, чому при нормальному тазі промежина і рветься частіше.

Беручи це до уваги, ми вирішили перевірити, яке відношення має зовнішня кон'югата до розривів промежини. На 3008 родів по акушерсько-гінекологічній клініці Київського медичного інституту було 1054 випадки розривів промежини, які розподіляються так (табл. 3).

Якщо виключити з цієї таблиці роди та розриви при них за зовнішньою кон'югатою до 17,5 см, оскільки їх небагато, то ми побачимо, як із збільшенням прямого розміру входу в малий таз поступово збільшується кількість розривів. Виходить, що найбільші прямі розміри входу в таз дають більший процент розривів. Нам здається, що це треба пояснити досить значною швидкістю врізування та прорізування голівки плоду, поєдну-

Таблиця 3

Розміри зовнішньої кон'югати	Роди з розривами промежини	Роди без розривів промежини	Разом родів	Процент розривів
До 17,5	20	43	63	31,75
18 — 18,5	67	198	265	25,3
19 — 19,5	196	474	670	29,25
20 — 20,5	461	797	1258	36,65
21 і вище	310	442	752	41,22

ючи це з тими методами захисту промежини, які у нас досі існують. Разом з тим треба визнати, що і соковитість промежини при більш швидких родах буває значно меншою. Цим, на нашу думку, і пояснюється більша кількість розривів промежини в таких випадках.

Деякі автори, крім того, вказують ще й на інші особливості таза, які так чи інакше впливають на промежину, а саме: на неправильну будову крижової кістки, зменшення її вгнутості (Флорінський, Сканціні, Лазаревич, Шультце, Микертчянц), довжину симфізу, загнутисть наперед куприка (Микертчянц). Звичайно, що порожнина малого таза може впливати побічним шляхом, змінюючи в той чи інший бік механізм прорізування голівки. Але безпосередній вплив, на думку Баландіна, може робити лише лобкова дуга. Чим вужча ця дуга, тим, на думку Баландіна, більше розтягається промежина під час прорізування і народжування голівки, отже виникає і більша загроза розриву, і навпаки. Цілком природно, що з математичного погляду це так, оскільки при вузькій дузі голівка може проходити більшим діаметром передлеглої частини і, крім того, буде тиснути на більшу частину промежини. Однак приймати цей момент ізольовано від інших, що створюють цілий комплекс причин за і проти розриву, навряд чи буде вірно. В усякому разі треба взяти до уваги, що голівка може конфігуруватися не тільки у вході в таз чи його порожнині, а також і у виході з таза. Тому, на нашу думку, можуть мати значення лише ті лобкові дуги, у яких зміни в бік звуження досить яскраво виявлені. А це вже, треба думати, буде патологією.

Кінчаючи на цьому розгляд несприятливих умов з боку таза матері, які можуть в деякій мірі спричинювати роз-

риви промежини, переходимо до висвітлення цього питання з боку м'яких частин родового шляху матері.

Серед різних моментів, що їх вважають причинами, які сприяють розривам промежини, в першу чергу слід відмітити довгу, або високу промежину. Флорінський, Микертчянц, Баскін, Фрітч, Ольсгаузен, Альфельд та інші приєднуються до такої трактовки питання. Ольсгаузен, говорячи про виведення голівки за допомогою пальця, введеного через пряму кишку, особливо його рекомендує в тих випадках, коли промежина дуже висока, внаслідок чого, на його думку, треба передбачати розрив. Фрітч вказує на те, що у жінок, у яких вульва знаходиться ближче наперед, частіше трапляються розриви, оскільки голівка прямує на промежину, і вона зазнає безпосереднього тиску. Микертчянц каже про те, що висока промежина незручна тим, що вона після проходження голівки не може скоротитись. З такою трактовкою Микертчянца, звичайно, важко погодитись. Баскін, на рещті, не погоджується з Остандером і Ру, які пояснюють небезпечність високої промежини зменшенням статевої щілини. Баскін вважає, що висока промежина частіше рветься тому, що вона більше розтягується в довжину. Він каже, що еластичність високої промежини при досить значному розтягненні, переходить за межі пружності і порушується, незалежно від відношення її до механізму прорізування або отвору вульви. Баскін не довів, однак, своїми таблицями того, що висока промежина розтягується більше коротких. Він показав в своїх таблицях, що там, де промежина розтягується в довжину більше, ніж вдвоє, вона рветься в 35% випадків, а де менше як вдвоє або вдвоє — дає 9% розривів. Далі він показав, що в тих випадках, де довжина промежини доходить до 2 — 3 см, там вона рвалася в 19,7% випадків, а де було 4 см — в 38%. Це ще не значить, що висока промежина розтягується більше. Мандельберг на підставі своїх спостережень не наважується визнати, що висока промежина рветься частіше і вважає це питання спірним. Фасбендер на підставі своїх досліджень частоти розриву промежини прийшов до висновків, що чим вона вища, тим менший буває процент розривів.

Нами виміряно промежину до родів у 350 роділь з метою з'ясувати, яке значення має висока промежина в етіології розривів, причому з'ясувалося таке (табл 4).

Таблиця 4

Співвідношення між висотою промежини і розривами
її при родах

Розміри промежини	Кількість родів	Кількість розривів	Процент розривів
До 2,5 см	62	15	24,2
2,5 — 3,5 см	203	42	20,6
3,5 см і вище	85	19	22,3

Як бачимо, великої різниці в процентному відношенні залежно від висоти промежини тут нема. Поділ висоти промежини ми взяли, виходячи з того, що анатомічно висота її становить здебільшого коло 3 см. Ось чого взято один ступінь на 0,5 см нижче від цієї середньої більшості, а другий — вище. Треба підкреслити те, що, за нашими спостереженнями, висока промежина досить стійка щодо розривів: будучи в переважній більшості м'ясистою, вона прекрасно розтягається, досягаючи збільшення висоти в $2\frac{1}{2}$ — 3 рази. Ми могли демонструвати кілька таких випадків, коли промежина висотою в 4,5 см, розтягуючись під час прорізування голівки до 10 — 12 см, викликала побоювання за її цілість у присутніх при родах лікарів і студентів, які вважали потрібним застосувати в даних випадках перинеотомію. Але такі роди були проведені без підтримування промежини руками, що було надзвичайно показово, і закінчилися вони благополучно без будь-яких розривів промежини.

Ми вважаємо, що висота промежини більш 3 і 5 см не є моментом, що може сприяти збільшенню числа розривів. Якщо така промежина і рветься, то незалежно від висоти, деякі автори, наприклад Флорінський, вважають, що широка промежина або жирна і пігментована теж несприятливі в розумінні збереження її цілості під час родів. Власне кажучи, широка промежина стосується скоріше виходу малого таза, а тому говорити про широку промежину і її схильність до розриву навряд чи доводиться. Жирна промежина, на думку Флорінського, скоріше розривається, тому що жирові прошарки викликають атрофію мускулатури промежини. Але цим його твердженням, на нашу думку, керуватись не можна, бо важко встановити, яку саме промежину вважати жирною.

Ольсгаузен знаходить, що пігментовані промежини легше розриваються. Але і цю ознаку брати до уваги треба умовно, оскільки це ще й досі не доведено. Взагалі ознака Флорінського та Ольсгаузена потребує дальшого вивчення.

Серйозними несприятливими факторами для збереження цілості промежини при родах є різні патологічні зміни в м'яких частинах зовнішніх геніталій жінки. До цих патологічних змін треба віднести, поперше, всі рубцеві переродження, сифілітичні новотвори, виразки, конділоми, великі набряки тощо. Можна було б навести з цього приводу багатющий казуїстичний матеріал, що є в літературі, але навряд чи це потрібно. Треба лише підкреслити, що наявність таких змін на зовнішніх геніталіях дає право і змогу поставити відповідний прогноз щодо розривів промежини.

Впливові віку роділлі на цілість промежини при родах у роділь цілий ряд авторів вперше присвятив окремі статті; про це можна довідатись із звітів родильних закладів та прочитати в кожному підручнику акушерства. В широких народних масах можна почути про те, що народжувати перших дітей літній жінці важко. Нема потреби перелічувати всіх авторів, які писали з цього приводу; всі вони визнають, що більший вік первородящої несприятливий для родів, тому що з віком промежина стає менш еластичною, гірше розтягується під час родів і тому частіше рветься.

Але з такою постановкою справи не були згодні Баскін та інші. На їх спостереженнях це не ствердилося. Мандельберг вважає, що у цих останніх авторів такі висновки з'явилися лише через те, що вони мали в своєму розпорядженні незначний матеріал. Оскільки це справа статистичного порядку, то він приєднується до більшості.

Для з'ясування того, як відбивається вік на збереженні цілості промежини при родах, нами розроблено матеріал акушерсько-гінекологічної клініки КМІ за 1931 — 1935 рр. з розподілом на первородящих та багатороджалих; результати вийшли такі (табл. 5 і 6).

Розглядаючи ці таблиці, ми бачимо, що у первородящих процент розривів за віком збільшується хоч і не рівномірно, але невпинно. Беручи до уваги цей незмінний ріст числа розривів із збільшенням віку у первородящих, можна, звичайно, лише думати про те, що елас-

Таблиця 5

Процент розривів за віком у первородящих

Вік роділлі	Кількість родів	Кількість розривів	Процент розривів
До 20 років	345	117	33,91
21—25 "	1097	512	46,67
26—30 "	368	198	53,66
31—35 "	110	63	57,27
36 років і вище	34	23	67,65

Таблиця 6

Процент розривів за віком у багатороджалих

Вік роділлі	Кількість родів	Кількість розривів	Процент розривів
До 20 років	21	6	28,57
21—25 "	249	55	22,1
26—30 "	358	204	57
31—35 "	210	77	36,67
36 років і вище	77	26	33,77

тичність тканин у них зменшується. На превеликий жаль, довести цього на сьогодні аж ніяк не вдалося. Взяті п'ять кусочків тканин під час розриву з задньої стінки вагіни, при їх патологоанатомічному дослідженні нічого не показали, щоб на цьому можна було обґрунтувати зменшення еластичності або наявність будь-яких патологоанатомічних змін. Можна припустити, що чим краще розвинута сітка кровоносних судин в промежині, тим вона мусить бути більш еластичною і навпаки. Показ цього на дослідженні незначних кусочків лише з задньої стінки вагіни був би невірний. Щоб це довести, треба було б обслідувати значну частину промежини і мати відповідний контроль для порівняння, чого зробити не можна, а тому це було залишено. Таким чином, про момент зменшення еластичності тканин з віком роділлі можна лише думати і доводити його процентом розривів. Але, як ми бачимо, цей процент розривів росте з віком стрибками при порівнянні з досить молодим віком. Так,

до 20 років ми маємо 33,91%, а з 21 до 25 років—46,67% розривів, тобто збільшення майже на 13%. Від 26 до 30 років — 53,66%, а з 31 до 35 років — 57,27%, тобто збільшення тут коло 4%. В чому тут справа? Очевидно, треба думати, що промежина рветься не тільки тому, що в неї недостатня еластичність або якісь інші патологічні моменти, яких оком ніяк не помітиш. Вік 18 — 20 років або 21 — 25 — це такий вік, коли організм продовжує розвиватись або, принаймні, тільки починає припиняти свій ріст, дійшовши найвищого ступеня розвитку. А тому, здавалося б, що такого різкого стрибка не мусило б бути.

В тому, що існують якісь інші моменти, які спричиняють розриви, особливо впевнює нас процент розривів за віком багатороджалих (табл. 6), де стрибки цих процентів то в бік збільшення, то в бік зменшення досить значні. Про ці й інші моменти будемо говорити трохи нижче.

Якщо ми будемо намагатись визначити ту грань у віці дітородної жінки, яка повинна зробити її «старою первородящою», то ми можемо дуже і дуже помилитися. Спостерігаючи роди у жінок віком за 35 років, які родили вперше, можна було бачити, як роди у більшості з них проходять без всяких ускладнень, промежина прекрасно розтягається; іноді, правда, бувають і розриви. Це, звичайно, не дає нікому права залякувати таких жінок, що їм тяжко буде родити в їх віці, і взагалі, так би мовити, узаконювати нічим, з нашого погляду, не обгрунтоване прізвисько «стара первородяща», що до певної міри психологічно впливає на таких жінок. Не можна, на нашу думку, вважати старими тих жінок, які ще здатні народжувати дітей. Різні ускладнення під час родів, в тому числі і розриви промежини, можуть трапитись і трапляються при родах незалежно від віку роділлі взагалі. Однак треба визнати, що за статистичними даними із збільшенням віку як у первородящих, так і у багатороджалих процент розривів збільшується.

Щодо впливу плоду на стан промежини, то треба сказати, що при інших однакових умовах величина плоду, безумовно, повинна відігравати певну роль у збереженні або порушенні цілості промежини.

Правда, деякі автори, наприклад Феноменов, вважають, що справа не у величині об'єкта родів, а у швид-

кості прорізування передлеглої частини. При головному передлежанні велику силу має конфігурація голівки. Якщо передлегла частина не буде так швидко прорізуватись, то й небезпека розриву буде менша, хоч передлегла частина буде і більша в об'ємі.

Звичайно, не можна відкидати того, що при швидкому прорізуванні передлеглої частини промежина рветься частіше, але з цього так само не можна робити висновок, що промежину можна розтягнути до будь-яких розмірів. Ось чому не можна ні в якому разі заперечити вплив розмірів передлеглої частини на цілість промежини. Швидкість родів ми можемо регулювати, тому що вона, до певної міри, знаходиться в межах нашого впливу, зменшити ж об'єм частини живого плоду, яка передує, ми не можемо.

Тому, беручи до уваги все сказане, треба буде цілком логічно зробити висновок, що збільшення родового об'єкта збільшує відповідно небезпеку для цілості промежини.

Однак при ознайомленні з відповідною літературою ми бачимо, що Фасбендер і Баскін дійшли якраз протилежного висновку. Фасбендер наприклад, вимірюючи голівки плодів, знайшов, що при колі голівки до 34,5 см розриви становили 58%, а з колом більше як 34,5 см — тільки 41%. На підставі цього матеріалу він твердив, що при меншому колі голівки промежина рветься частіше, ніж при великому. Мандельберг, не погоджуючись з цими авторами, каже, що всі вони допустили статистичну помилку, і звертає увагу на те, як обережно і вміло треба поводитись з статистичними даними.

За матеріалами акушерсько-гінекологічної клініки КМІ, співвідношення між колом голівки і розривами промежини видно з табл. 7.

Таблиця 7

Розміри кола голівки	Кількість родів	Кількість розривів промежини	Процент розривів
До 34 см	286	76	26,6
34—34,5 см	1197	443	37,84
35—35,5 см	1028	406	39,5
36 см і більше	297	129	43,1

З цієї таблиці бачимо, що із збільшенням кола голівки збільшується і кількість розривів в процентному відношенні.

За тими ж матеріалами розроблено дані щодо впливу ваги плоду на розриви промежини (табл. 8).

Таблиця 8

Вага плоду	Кількість родів	Кількість розривів промежини	Процент розривів
1500 — 2500 г	173	40	23,11
2500 — 3000 „	602	171	28,41
3000 — 3500 „	1915	692	36,13
3500 г і більше	318	151	47,5

Отже, збільшення ваги плоду, за статистикою, дає збільшення розривів промежини. Те, що вага плоду впливає на кількість розривів, визнається багатьма акушерами. Разом з тим треба зазначити, що при невеликих плодах, з маленьким колом голівки і при вазі в 1580,0 г і трохи більше, ми зустрічаємо розриви II ступеня; навпаки, при великих плодах, більше як 4000,0 г та значному колі голівки розривів не зустрічаємо. Це свідчить про те, що як коло голівки, так і вага дитини ще не є тим моментом, який обов'язково повинен спричинити розрив. Лише в комплексі причин як коло голівки, так і вага плоду, а також ряд інших моментів можуть бути передумовою, що сприятиме пошкодженню цілості промежини.

Крім загальної величини і ваги плоду, для нас важливе ще те, якими розмірами голівка плоду проходить через тазове кільце і статеву щілину. Відомо і доведено статистично, що при народженні плоду як в задньому виді, так і при лицевому і лобному прорізуванні, промежина рветься значно частіше. Причому щодо заднього виду, то тут розходжень думок і поглядів немає; що ж до лицевого, то тут ми маємо заперечення з боку Феноменова; він не погоджується з тим, що промежина буде рватись частіше тому, що при лицевому передлежанні голівка прорізується поволі, а він цій обставині надає надзвичайно великого значення.

Далі, звичайно, ми маємо великий процент розривів при оперативних втручаннях, особливо при накладанні

щипців, а також і при витяганні плоду. Це стверджують багато авторів. Матеріал нашої клініки цю обставину може ствердити тим, що при цих оперативних втручаннях в переважній більшості випадків застосовували перинеотомію як метод профілактики розриву.

Феноменов та інші вважають, що при накладанні щипців розривів не повинно бути більше, ніж при звичайних родах, тому що тут ми маємо змогу регулювати швидкість руху голівки, а також розтягання промежини. На підставі власного досвіду ми можемо приєднатись до цих цілком слухних зауважень. Уважність при проведенні операції накладання щипців і витяганні плоду, особливо ж уважне ставлення до самої матері повинні різко зменшити процент пошкоджень промежини.

Витискування плоду за Крістеллером, за нашими спостереженнями, завжди дає розриви промежини або принаймні задньої стінки вагіни.

На підставі всього сказаного ми повинні зробити висновки, що розрив промежини при родах повинен був би, по суті, мати місце лише при будь-яких патологічних змінах чи то в зовнішніх геніталіях матері, чи в конфігурації малого таза, а також при якій-небудь патології плоду, яка обумовлює надмірне розтягання промежини. Але цей процент розривів був би надзвичайно малим, оскільки така патологія зустрічається не часто.

При аналізі статистичних даних перед нами постає таке питання: де ж ховається причина розривів у цілком здорових жінок, які народжують нормальних дітей? А ці ж розриви становлять більшу частину всіх розривів.

Вже через деякий час після застосування підтримування промежини за методом Пуцо, ряд авторів висунув питання про те, що цей метод не тільки не запобігає розривам, а, навпаки, збільшує число їх. Деякі акушери вважають, що підтримування промежини навіть шкідливе.

Дуже цікавим є той факт, що на 20 жінок з «вуличними» родами, з яких 10 були первородящі, Савін не спостерігав ні одного розриву промежини.

Для того, щоб упевнитись, як впливають на промежину роди, які проходять без підтримування промежини під час родового акту, ми зібрали 322 випадки родів, що відбулися поза клінікою і без участі медичного персоналу, причому виявилось таке (табл. 9).

Таблиця 9

Розриви промежини при родах без допомоги
медичного персоналу

Первородящі та багатороджалі	Кількість родів	Кількість розривів промежини	Процент розривів
Первородящі	147	37	25,17
Багатороджалі	175	19	10,86
Разом	322	56	17,38

Таблиця 10

Розподіл цих розривів промежини по ступенях (у відношенні
до загальної кількості родів відповідної групи)

Первородящі та багатороджалі	Загальна кількість родів	Кількість розривів					
		I ступеня	Процент	II ступеня	Процент	III ступеня	Процент
Первородящі	147	15	10,20	22	14,97		—
Багатороджалі	175	8	4,57	11	6,29		—

Всі ці роди пройшли через клініку з 1931 до 1935 р. Породіллі були оглянуті лікарем і проводили в клініці свій післяродовий період. Як бачимо, у цих родів процент розривів майже в два рази менший, ніж процент розривів в клініці за період 1931—1935 рр. взагалі. Щодо категорії пошкоджень, то при родах без участі медичного персоналу ми маємо більший процент розривів II ступеня, а при родах з підтримуванням промежини в акушерсько-гінекологічній клініці КМІ розподіл розривів промежини по ступенях за 1931—1935 р. на 3150 родів дав таку картину (табл. 11).

Порівнюючи кількість розривів промежини в процентному відношенні при раптових родах без участі медичного персоналу та при захисті промежини через її підтримування, ми бачимо, що процент розривів при нашій допомозі більший.

Таблиця 11

Первородящі та багатороджалі	Загальна кількість родів	Кількість розривів					
		I ступеня	Процент	II ступеня	Процент	III ступеня	Процент
Первородящі	2051	341	16,63	435	21,21	20	0,97
Багатороджалі	1099	143	13,10	114	10,50	1	0,09

Але з цього не слід робити такого висновку, що наша допомога роділлі є шкідливою. Цей більший процент розривів пояснюється тим, що в родильних закладах проводяться роди з ускладненнями, тоді як поза родильним закладом можуть відбутися лише нормальні роди. Якщо взяти до уваги інші моменти профілактики післяродових ускладнень, то роль акушерської науки та акушерського персоналу стає незаперечною.

Однак поруч з цим треба подумати над тим, чому без підтримування промежини процент розривів порівняно не такий великий. Треба пам'ятати також, що коли при спонтанних родах і без участі медичного персоналу при таких родах виникає розрив промежини, то він в переважній більшості випадків значно серйозніший, ніж при родах з кваліфікованою допомогою.

Для того, щоб з'ясувати, чи дійсно підтримування промежини при родах є шкідливим, і що саме рве промежину при нормальному тазі у матерів і при нормальних плодах, ми вирішили проводити роди так, щоб не доторкатись руками до промежини, а захищати (див. далі) її лише створенням таких умов, щоб передлегла голівка прорізувалась і народжувалась не раптово, а поволі. Всього родів з таким захистом промежини ми провели 419.

Спостерігаючи роди, ми помітили, що деяка незначна кількість родиль, у яких стала розриватися промежина ще на початку прорізування голівки плоду, мали виразно недорозвинені зовнішні геніталії, які під час натуг не виявляли потрібної еластичності. Зовнішні геніталії і промежина не були підготовлені в процесі всієї вагітності так, щоб вони мали соковитість, яка так потрібна при народженні дитини. Але це лише невеличка части-

на — 29 випадків, а решта розривів траплялася внаслідок тих або інших причин, які можна усунути. Це такі причини: невчасна та невдала допомога, просто непотрібне втручання, яке сприяло розриву промежини. На 419 випадків родів, проведених нами особисто, розриви промежини розподіляються так (табл. 12).

Таблиця 12

Первородящі та багатороджалі	Кількість родів	Кількість розривів промежини	Процент розривів
Первородящі	267	69	25,84
Багатороджалі	152	22	14,47
Разом	419	91	21,72

За ступенями всі розриви розподіляються так (табл. 13).

Таблиця 13

Первородящі та багатороджалі	Загальна кількість родів	Кількість розривів					
		I ступеня	Процент	II ступеня	Процент	III ступеня	Процент
Первородящі	267	44	16,48	25	9,36	—	—
Багатороджалі	152	17	11,18	5	3,29	—	—
Разом	419	61	27,66	30	12,65	—	—

Порівнюючи наші дані з даними акушерсько-гінекологічної клініки КМІ за 1931 — 1935 рр., бачимо, що коли не зачіпали промежини при родах, число розривів було на 15,67% менше; порівняно ж з даними, показаними на табл. 9, при родах, проведених без нашої допомоги, число розривів було на 3,69% більше. Тут треба звернути ще увагу на такий момент: при родах з підтриманням промежини більше було розривів II ступеня, а при веденні родів з таким розрахунком, щоб прорізування і народження голівки відбувалося поволі,

тобто без підтримування промежини, трапляється більше розривів I ступеня.

Нам здається, що звідси повинно стати ясним, що при нормальних родах наше втручання в ділянці промежини та в акт народження голівки плоду без належних вказівок ніякої користі не дає, а навпаки.

Уважно стежачи і придивляючись до кожної дрібниці процесу родів, ми помітили і підраховали, що половина всіх розривів припадає на моменти, які зв'язувалися з раптовим народженням голівки, підведенням переднього плечика плоду під лоно, або при народженні задньої ручки плоду, яку своєчасно не підтримали, причому всі ці порушення цілості промежини майже в усіх випадках були незначні і належать до розривів I ступеня. Ось чому, як ми бачили вище, вони становлять більшість розривів при даному методі ведення родів.

В тих випадках, де було застосовано спосіб Крістеллера, або там, де функціонально недостатня промежина починала рватися ще на початку врізування, а також в тих випадках, де голівка за одну натугу випорскувала із статевої щілини, в переважній більшості всіх цих випадків траплявся розрив промежини II ступеня. Розрив III ступеня не було ні разу, так само, як не було навіть надриву *m. sphincter ani ext.* Перинеотомія навмисне ні разу не застосовувалась.

Немалий процент розривів промежини в наших родильних закладах пояснюється тим, що акушерки, які приймають роди, провадять буквально боротьбу з поступовим просуванням плоду. Під час натуги вони або згинають голівку, натискаючи тим самим на промежину і ще більше натягуючи її, або притискають її до голівки. Цим способом вони знекровлюють промежину, чим зменшують її еластичність. Крім того, доторкування до промежини викликає скорочення мускулатури тазового дна. Все це разом взяте, на нашу думку, сприяє розривам промежини.

Після народження голівки допомога народженню плечиків, коли між ручками і тулубом плоду акушерка закладає пальці для витягання, може бути небезпечною, бо це збільшує далі прямий розмір плечиків і сприяє розтягненню промежини, а також розвиває силу випадання задньої ручки, що, безумовно, також збільшує небезпеку для промежини.

Іноді буває й так, що під час родів, при потиличному передлежанні голівки заднього виду, акушерка там, де не розібралися в цьому, проводить роди, захищаючи промежину згинанням голівки, як при передньому виді. Нема чого й говорити про те, що в таких випадках майже обов'язково буде розрив через збільшення розміру передлеглої частини голівки. Крім того, цим акушерка несвідомо затягує роди, що є шкідливим і небезпечним і для матері, і для плоду.

Підсумовуючи все сказане і проаналізувавши весь матеріал, що стосується етіології розривів промежини, треба сказати, як правильно зазначив Баскін, що причини розривів промежини залежать від матері, плоду та родового механізму. Він лише не помітив того, що деяка частина розривів трапляється від нашої невдалої або часом непотрібної допомоги. Цим, звичайно, ми не хочемо сказати, що наша допомога взагалі непотрібна. Не дивлячись на те, що при нашому втручанні під час родів розрив на 4,34% більше, ніж при родах без допомоги з боку медичного персоналу, треба відмітити, що якість цих розривів далеко не однакова. Ця обставина свідчить про те, що, досконально вивчаючи процес родів, набуваючи раціональних методів надання допомоги при родах і рішуче відкидаючи всі непотрібні, а часом і шкідливі втручання, розриви промежини можна звести до мінімуму, тому що таких випадків, де ми маємо виразні зміни в генітальному апараті матері або плоду, разом з випадками несприятливого родового механізму, не так багато. Це завдання зниження кількості розривів промежини до 8% запровадженням раціональної допомоги при родах ми повинні виконати в найближчий час, вивчаючи далі це питання для остаточного знищення цих ускладнень при родах.

РОЗДІЛ VI

РАЦІОНАЛЬНА ДОПОМОГА ПРИ РОДАХ ЯК ПЕРЕДУМОВА ЗАПОБІГАННЯ РОЗРИВАМ ПРОМЕЖИНИ

Пуцо запропонував підтримувати промежину більше як 200 років тому, проте, кінець-кінцем, сам визнав, що цей метод не досягає мети, і промежина все ж таки рветься.

В капіталістичних країнах справа родильної допомоги в переважній своїй більшості знаходиться в руках акушерок та повитух. До Жовтневої революції так воно було і у нас. Не можна ні в якому разі обминути мовчки той факт, що внаслідок цього успішному впровадженню в практику методу Пуцо сприяли економічні передумови. Акушерці або повитусі не вигідно було бути лише спостерігачем мук роділлі, перев'язати тільки пуповину та зробити туалет по закінченні родів. Треба було показувати, що тільки при її безпосередньому втручанні роди можуть пройти благополучно. І це втручання у вигляді підтримування промежини, хоч корисність його належного наукового обґрунтування і не має, в очах роділлі та її родичів значно підвищувало цінність цієї допомоги.

Найпередовіші з спеціалістів в різні часи не раз відмічали шкідливість підтримування промежини при родах, але воно настільки ввійшло в життєву практику, що викоренити це стало справою нелегкою. Вона ускладнювалася ще й тим, що замість підтримування промежини ці автори не пропонували нічого такого, що могло б змінити цей спосіб іншим показовим втручанням.

У нас, з розвитком радянської охорони здоров'я, з року в рік непинно зростає сітка родильних закладів як в місті, так і на селі. Зараз справа розвитку родильної допомоги набрала особливо величезного розмаху в зв'язку з декретом про заборону абортів, збільшення допомоги багатодітним матерям тощо.

Поруч з цим збільшуються кадри лікарів акушерів-гінекологів і акушерок. Ми підійшли до такого стану, коли цілковите охоплення наших сіл колгоспними родильними будинками остаточно викорінило рештки допомоги при родах повитухами. Але разом з тим нам треба визнати, що наша допомога при родах, в порівнянні з іншими галузями медицини, мало ще посунулася вперед. Навіть у багатьох наших висококваліфікованих родильних закладах справа подання допомоги при так званих нормальних родах іноді цілком передовіряється акушеркам. Тому ми не маємо значного успіху в зменшенні розривів промежини, а через недостатнє вивчення цього питання висококваліфікованими фахівцями не подаємо в достатній мірі належних ефективних вказівок, щоб цим розривам запобігати.

В нашій літературі ми маємо всього лише кілька робіт, що стосуються профілактики розривів промежини та ведення родів. Отт пише, що в періоді прорізування голівки можлива і навіть неминуха надмірна травма м'якушів тазового дна, а також промежини; тому він пропонує застосовувати перинеотомію як профілактичний проти розривів засіб. Він обґрунтовує це тим, що при розрізі краї рани рівні, а тому краще будуть загоюватись.

Вербов рекомендує провадити роди напівсидячи.

Фрайман подає наслідки від проведення родів без захисту промежини в порівнянні з наслідками родів, проведених з захистом її. Разом з тим він порівнює кількість розривів промежини при родах, проведених в положенні роділлі на спині і на боці. У своїх висновках він лише констатує факти, які є наслідком проведених спроб з метою зменшення розривів промежини, а також і ряд інших моментів, які стосуються матері і плоду. На превеликий жаль, він не подав своїх міркувань, як все ж таки краще провадити роди, а дає тільки можливість кожному зробити з цього свої висновки.

Нарешті, Барац пише, що важливу роль в етіології розривів відіграє кут нахилу таза. Надаючи цьому великого значення, він радить положення роділлі з витягнутими ногами (за Бандергейером) з деякими змінами. При застосуванні цього положення, на 100 проведених родів він спостерігав 6 розривів II ступеня, 2 розриви I ступеня, що дорівнює 8%.

Цим, власне кажучи, вичерпується наша література, присвячена проблемі профілактики розривів та ведення родів за останні 10 років.

Зупинятися на профілактиці розривів через перинеотомію зараз ми не будемо, тому що цьому питанню нами відведено окремий розділ. Щодо ведення родів «без захисту» промежини треба сказати, що цей термін надзвичайно невдалий, тому що наше завдання — все ж таки її захищати. Тому, на нашу думку, краще називати це веденням родів без підтримування промежини або без доторкання до зовнішніх геніталій жінки чи голівки плоду. Щодо положення роділлі, то нам здається, що одним тільки положенням або веденням родів з підтримуванням промежини чи без цього, із згинанням голівки чи без нього така складна справа вичерпуватися не

може. В такому складному процесі, як роди, потрібний цілий комплекс заходів, залежно від особливостей даних родів та особливостей індивідуального порядку. Отже, пов'язуючи одне з одним, можна досягти значних успіхів.

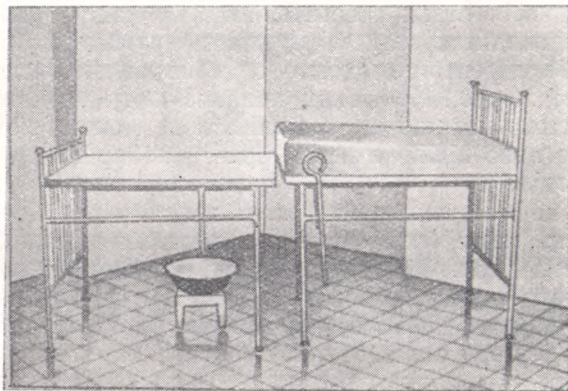
Насамперед наші заходи повинні виходити та пов'язуватись з тими причинами, які викликають розриви промежини. Ці заходи мають бути спрямовані на те, щоб усунути ці причини і таким чином запобігти розривам промежини при родах.

Рациональна допомога при родах — це основна передумова профілактики розривів, яка, на нашу думку, повинна проводитись так. З початком другого періоду родів треба перевести родильню з передродової палати на родильне ліжко. Це ліжко повинно бути зручним для відповідного положення роділлі, бо не можна відкинути того, що воно відіграє певну роль в найкращому проведенні родів.

Але це положення роділлі ні в якому разі, на нашу думку, не може бути чимсь стандартним в усіх без винятку випадках. Ті з лікарів, які уважно стежили за поведінкою роділь, розпитували їх, яке положення для них зручніше, — знають, що більшість жінок під час другого періоду родів бажають лягати на спину, час від часу змінюючи своє положення. Ця зміна полягає в тому, що жінка або сідає, або лягає на той чи інший бік. Є і такі роділлі, правда їх небагато, які вважали б за краще родити на боці або напівсидячи. Чи слід до цих бажань прислухатись, чи їх слід відкинути і додержуватись певного стандарту? Я вважаю, що почуття зручності того чи іншого положення під час проведення жінкою другого періоду родів ні в якому разі не можна ігнорувати. Треба вважати, що воно викликається різними моментами, які ми іноді не можемо передбачити, навіть при найуважнішому догляді за роділлею. Потрібна надзвичайна чуйність до роділлі, а цього у нас, треба визнати, не завжди вистачає. Для ведення родів нам потрібно, щоб родильне ліжко було сконструйоване так, щоб воно дало змогу роділлі якнайзручніше влаштуватись на ньому в різних положеннях, а разом з тим, щоб воно було пристосоване і зручне для проведення різних маніпуляцій та оперативних втручань для перенесення роділлі.

Існуючий на сьогодні тип родильного ліжка конструкції Рахманова, яким користуються наші родильні заклади, далеко не відповідає всім тим вимогам, які виникають при проведенні родів.

Виходячи з цього, ми сконструювали родильне ліжко, яке, на нашу думку, буде відповідати зазначеним вище вимогам. В родильному ліжку, яке ми пропонуємо, передбачені всі дрібниці, що роблять зручним положення роділлі під час родів, а також створюють максимально сприятливі умови для роботи медичного персоналу.



Мал. 7. Родильне ліжко конструкції проф. Буйка
(в зібраному вигляді)

Особливу цінність, на нашу думку, матиме це родильне ліжко в умовах роботи районних і сільських родильних закладів.

Родильне ліжко нашої конструкції складається з двох половин однакової довжини, які з'єднуються між собою автоматично, за допомогою спеціальних лапок. В з'єднаному вигляді ліжко має в довжину 2,14 м, а висота й ширина його по 80 см (мал. 7).

Головна частина родильного ліжка має матрац, рама якого зроблена з дерева, а площина її покрита диктом. Поверхня матраца вкрита повстю, а після цього весь матрац оббивається клейонкою. Висота цього матраца коло сидничного кінця його дорівнює 15 см, а до головного кінця він має невеликий схил, і висота головного

кінця матраца дорівнює 8 см. Цей схил має своїм завданням, з одного боку, створити умови для збільшення нахилу кута таза при родах, а з другого — дає можливість надати голові розділлі або породіллі низького положення при кровотраті. Якщо такої потреби немає, то таке положення можна змінити підкладанням спеціально виготовленої для цього подушки.

Площина ногоного кінця родильного ліжка вкрита 2-міліметровим залізом і до центра вона має схили для стікання рідини. Центр цих схилів з'єднується залізною трубкою в діаметрі до 4 см, яка відводить рідину до відповідної посудини, що ставиться під трубку.

В з'єднаному вигляді родильне ліжко готове до обмивання зовнішніх статевих органів роділлі, що можна робити без підкладного судна, тому що рідина стікає з статевих органів роділлі на ножний кінець ліжка і далі завдяки схилам — через трубку в посудину, яка спеціально для цього ставиться.

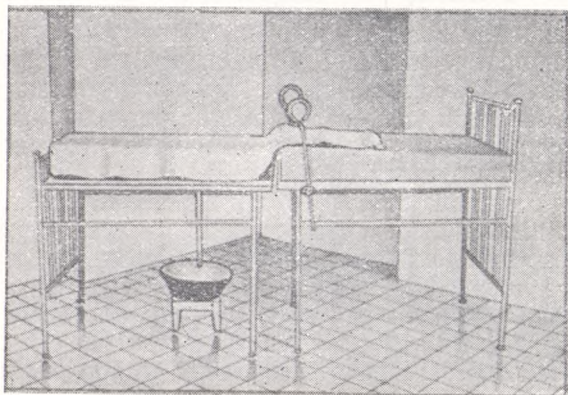
Коли зовнішні статеві органи роділлі обмиті, під спину їй підкладається стерильна підстилка і пристосовуються поручні, які вставлені в спеціально виготовлені для цього лапки. Ці лапки вільно рухаються по бокових рамах родильного ліжка. Поручні являють собою металічні стрижні, які у верхній своїй частині мають вигляд кільця. На потрібній висоті і дистанції ці поручні можуть укріплюватись спеціально виготовленими для цього гвинтами. Якщо виникає потреба, то поручні можна або зовсім вийняти, або спустити їх донизу. Вони використовуються роділлею для посилення потугової діяльності.

Коли проводиться другий період родів, особливо без підтримування промежини або на боці чи навкарачки, надзвичайно доцільно використовувати вузький матрац, шириною до 35 см, висота якого дорівнює висоті сідничного кінця родильного ліжка. Цей вузький матрац кладеться на ногоному кінці ліжка, по всій його довжині (мал. 8). Він буде, з одного боку, надійним захисником від можливої травми дитини, а з другого — дає змогу проводити роди в будь-якому положенні. На ньому ж можна покласти народжену дитину для проведення потрібного туалету.

Якщо виникає потреба подати ручну допомогу або будь-яку акушерську операцію, родильне ліжко надзвичайно легко можна швидко роз'єднати. Для цього по-

трібно лише підняти ножний кінець його і підтягнути його до себе. Коли піднімається ножний кінець родильного ліжка, то лапки роз'єднуються, а колесики на передній парі ніжок цього ліжка роблять цю половину легко рухомою.

Роз'єднавши ліжко, з головної половини його швидко можна зробити гінекологічне крісло. Для цієї мети пристосовані надзвичайно зручні для породіллі ноготримачі, які вставляються в сідничний кінець матраца в спеціальні отвори. Ноготримачі можна закріплювати гвинтами,



Мал. 8. Ліжко проф. Буйка, приготовлене для проведення родів. На ножному кінці ліжка покладено спеціальний матрацик.

якщо в цьому є потреба, або залишити вільними, і тоді вони можуть рухатися вбік. Ці ноготримачі, з одного боку, не стомлюють роділлю чи породіллю, а з другого — їх можна використати для підняття ніг догори при крововтраті, в поєднанні з тим схилом, який є в матраці.

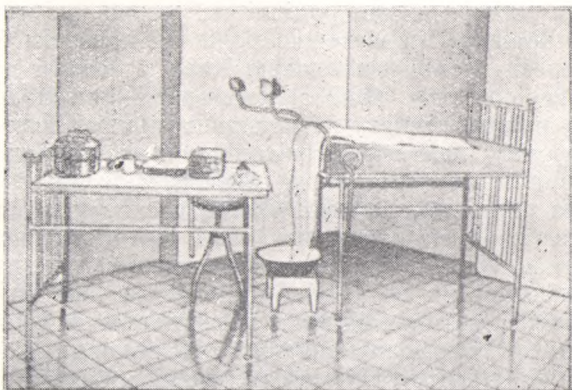
Ножний кінець родильного ліжка, в разі потреби, можна використати як операційний столик (мал. 9).

Отже, наше родильне ліжко має цілий ряд переваг перед родильним ліжком конструкції Рахманова. Це стає особливо наочним, коли бачити обидві конструкції в роботі одночасно.

Родильне ліжко нашої конструкції використовувалося по всіх акушерсько-гінекологічних клініках І Київського медичного інституту, де воно себе цілком виправдало.

Конструкція такого родильного ліжка дає можливість, як ми вже зазначали, проводити роди та подавати допомогу в будь-якому положенні роділлі. Виходячи ж з етіологічних даних, треба визнати, що положення роділлі може і повинно відігравати відповідну роль у розривах промежини.

Положення, яке дає деякі переваги щодо зменшення розривів, — це бокове. При боковому положенні швид-



Мал. 9. Головний кінець ліжка проф. Буйка, пристосований під гінекологічне крісло, а ніжний — під операційний столик.

кість прорізування значно менша, а також менша небезпека розриву промежини від народження задньої ручки. Ця ручка, народжуючись, буде падати при цьому положенні вбік, але все ж таки її треба притримувати.

При положенні роділлі напівсидячи, коли прорізується голівка плоду, тиск на всю вихідну частину статевої трубки, в тому числі і на промежину, рівномірний, що, звичайно, для неї непогано. Але швидкість прорізування при такому положенні може бути досить значна, а це дуже небезпечно для цілості промежини. Можливість пошкодження промежини задньою ручкою тут також виключена.

Як ми говорили вище, жінки в другому періоді родів більш охоче приймають положення на спині. Тому на раціональну допомогу при родах саме в цьому положенні і слід звернути особливо серйозну увагу. Річ в тому, що всі ці положення мають свої позитивні і негативні сторони при допомозі під час родів. Все ж таки найскладнішої допомоги потребує роділля в положенні на спині. Звичайно, при раціональній допомозі роділлі в положенні на спині можна так само домогтися мінімального процента розривів.

Більшість жінок віддає перевагу положенню на спині під час родів, тому нам потрібно вжити всіх заходів до того, щоб створити для роділлі всі умови, які могли б сприяти кращому проведенню родів та провести їх так, щоб уберегти її від ускладнень. Коли у роділлі почався другий період родів, вона з предродової палати переводиться в родову кімнату на родильне ліжко. Після закінчення туалету зовнішніх геніталій та анальної частини і запровадження асептики та антисептики ми, спостерігаючи за роділлею, бачимо, як під час натуги вона намагається за щось ухопитись, щоб дужче можна було натужитись. Цим, як їй здається, вона полегшує свої родові муки. Беручи до уваги, що у неї є таке бажання, нам здається, що не слід йому перешкоджати. Для цього у родильного ліжка повинні бути такі прилади, які допомагали б їй в цьому. Ці прилади можуть бути у вигляді віжок з рушників або якихось ручок чи кілець, як ми пропонуємо, за які можна було б триматись. Допомогою цих приладів роділля може користуватись, на нашу думку, лише доти, поки голівка плоду не з'явиться в статевій щілині. Як тільки вона з'явиться, користуватись цими приладами треба заборонити, щоб штучно не збільшувати тиск на промежину і не прискорювати народження голівки. Саме під час врізування та прорізування голівки ні в якому разі не слід втручатись руками для згинання або для підтримування промежини, а дати можливість голівці народитися вільно. Коли спостерігати, як прорізується голівка, то здається, що ось-ось вона випорсне і набить шкоди, тобто може статися розрив промежини. Щоб цього не було, треба керувати як диханням, так і потугами роділлі, що удається досить легко. Це керування під час прорізування повинно полягати в тому, щоб роділля глибоко дихала або розмов-

ляла. При таких умовах вона народжує голівку дитини при значно ослаблених натугах. Лише в тих випадках, коли роділля не піддається керуванню, для того, щоб голівка раптово не випорснула, треба обережно затримати її всією долонею, поволі випускаючи її з статевої щілини. Але такі випадки бувають не часто. Здебільшого керування удається, і ми можемо бачити, як народжується голівка, не порушуючи цілості промежини. Для більш повільного прорізування та народження голівки плоду раціонально в цей час застосувати таке положення, щоб прорізування та народження голівки плоду відбулося при витягнутих ногах роділлі.

Далі, після народження, голівка робить зовнішній поворот обличчям до відповідного стегна матері, залежно від позиції, і за цим іде народження плечиків. Не слід брати за голівку і підводити плечико під симфіз, бо відтягуючи голівку донизу, а разом з нею і плечико, цим самим створюємо небезпеку розриву. Спостерігаючи далі, ми бачимо, як при натузі переднє плечико підходить під симфіз, а після того ззаду починає народжуватись заднє плечико. Тут ми повинні бути напоготові, щоб підтримати дитину і притиснути до її тулуба задню ручку, бо її вільне випорскування з вагіни дуже часто рве стоншену промежину. Ні в якому разі не слід вводити пальці для витягання дитини після народження плечиків між плечиками і тулубом, бо це небезпечно для цілості промежини. Проведення за цим способом другого періоду родів, безумовно, дасть самий мінімальний процент розривів, але до нього потрібно призвичаїтись та виробити умовні рефлексії.

Такий спосіб проведення другого періоду родів має не тільки перевагу в розумінні зменшення небезпеки розривів промежини, а також щодо перебігу післяродового періоду та значного зменшення асфіксії новонароджених.

Фрайман доводить, що при проведенні родів без так званого захисту промежини післяродовий період проходить краще. Число роділь, у яких температура підвищується від $37,4^{\circ}$ і вище, на 4,7% менше, тобто на $\frac{1}{5}$, а якщо врахувати випадки з температурою від 38° і вище, — то на 1,9%, тобто на $\frac{1}{3}$. Виходить, що маніпуляція руками при захисті промежини значно збільшує кількість роділь з ускладненням в післяродовому періоді. Коли ж порівняти перебіг післяродового періоду в обох

групах без захисту промежини та з захистом, то за Фрайманом виходить, що кількість роділь без розривів, у яких підвищується температура від $37,4^{\circ}$ і вище, при захисті промежини збільшується на $\frac{1}{3}$, а при врахуванні випадків з температурою від 38° і вище, більше як на $\frac{2}{3}$ (71%). В зв'язку з цим, звичайно, збільшується кількість ліжкоднів перебування таких роділь в родильному закладі.

На 419 родів, що їх проведено нами за згаданим способом, у післяродовому періоді підвищення температури від $37,4^{\circ}$ і вище було у 48 роділь, що дорівнює трохи менше, як 11,9%. Якщо взяти лише підвищення температури від 38° і вище, то таке підвищення було у 7 роділь, що становить трохи менше, як 1,7%, причому у 2 роділь з 7 було втручання у вигляді ручного видалення плаценти. Асфіксія новонароджених, за Фрайманом, при проведенні родів без так званого захисту промежини зустрічається в 7,3 раза рідше, ніж з захистом, а травматизм їх — в 1,8 раза.

За даними акушерсько-гінекологічної клініки КМІ, асфіксія новонароджених за час 1931—1935 рр. зустрічалася в середньому в 7%. У проведених нами 419 родах асфіксія була всього 3 рази, що становить трохи більше 0,7%, тобто, коли не торкатись плоду руками, то зменшення асфіксії дуже значне, що цілком збігається з даними Фраймана. Щодо травматизму дітей, то на 419 родів ні одної травми не було.

Підсумовуючи все, що нами було сказано про проведення родів в положенні роділлі на спині без доторкання руками до геніталій роділлі і до голівки плоду під час її врізування та прорізування, треба визнати, що цей спосіб дає зменшення числа розривів промежини і їх розмірів, приводить до значно кращого перебігу післяродового періоду у матерів і, нарешті, дає значне зменшення асфіксії новонароджених. Тому цей спосіб ведення родів в інтересах суспільства повинен набрати, на нашу думку, широкого розповсюдження.

Так само при інших положеннях роділлі немає ніякої потреби в маніпуляціях руками під час врізування, прорізування та народження голівки плоду й інших частин його тіла. Потрібно лише стежити за силою натуг, вчасно усувати всі моменти, що можуть негативно відбитись на цілості промежини, і прийняти народжувану дитину.

Але разом з тим треба сказати, що в клініках і великих родильних закладах при наданні допомоги акушеркою при всіх без винятку родах повинні бути присутніми лікарі. В таких закладах мусить бути заведений порядок, що лікарі є не лише реєстратори факту родів і майстри виправляти пошкодження й ненормальності. Вони повинні невинно працювати над тим, щоб запобігти вчасно всім можливим пошкодженням. А цього можна досягти лише тоді, коли кожні роди будуть проходити при безпосередній участі або під безпосереднім керівництвом висококваліфікованого спеціаліста. Весь наш досвід з науковим обґрунтуванням треба передавати великій армії акушерок, яким часто доводиться подавати допомогу самостійно в колгоспних родильних будинках. При такій постановці справи не може бути сумніву в тому, що в найближчий час ми зможемо мати різке зниження числа розривів промежини при родах, яке буде виражатися однозначною цифрою в процентах, а разом з тим будемо мати значне зменшення захворюваності в післяродовому періоді та зменшення смертності і травматизму новонароджених. Крім того, безпосередня участь лікарів у цій роботі посуне вперед наукову розробку такого надзвичайно важливого питання, як раціональна допомога при родах.

Для того, щоб покінчити з питанням раціональної допомоги при родах, ми хочемо зупинитись ще на деяких видах оперативної допомоги, від яких надзвичайно часто трапляються розриви промежини, а саме: накладання щипців і витягання плоду за таз.

Відомо, що при операції накладання щипців розриви промежини трапляються надзвичайно часто. Деякі з акушерів з метою запобігання розривам, наклавши щипці, застосовують досить часто перинеотомію. Але ці розриви, які так залякують деяких спеціалістів, що вони з профілактичною метою роблять перинеотомію, виникають часто внаслідок того, що лікарі додержуються старих навичок і правил застосування операції накладання акушерських щипців, і ці правила переходять з одного підручника в другий.

Ще Штольд в свій час казав, що коли він додержувався загальних порад підручників щодо тракцій по осі таза, розриви промежини були у таких роділь майже загальним явищем. Коли ж він здобув власний досвід,

то думка його спрямувалася в інший бік. Накладаючи щипці, Штольц помітив, що при витяганні голівки плоду відчувається напруга, по якому треба тягнути її щипцями. Тоді він кинув усяке теоретичне керівництво тракціями і почав приглядатися до руху щипців, намагаючись не порушувати механізму цього руху. Далі він каже, що цей його прийом цілком себе виправдав. Розривів промежини у роділь, які підлягали цій операції, ставало все менше і менше. Спочатку на 30 випадків виведення голівки вихідними щипцями у первородящих він мав 20 розривів, тобто 67%, а з того часу, як він став керуватися вищенаведеним прийомом, на 400 накладених щипців у первородящих він мав 120 розривів. Таким чином, процент розривів промежини він звів до 30, що дорівнювало в ті часи кількості розривів промежини у первородящих, які виникали при нормальних родах.

З цим досвідом і практикою Штольца, на нашу думку, треба цілком погодитись. Робити тракції при цій операції в напрямку ходу голівки в щипцях — цілком вірний і логічний спосіб, в чому кожен може впевнитись.

Якщо до раціонального напрямку тракцій додати ще своєчасне знімання щипців, то ефект у збереженні цілості промежини буде, безумовно, ще більший. Навряд чи хто може заперечити, що виведення голівки плоду в щипцях збільшує розтягання статевої трубки взагалі та її виходу зокрема. Крім того, при такому прийомі щипці легко можуть спорснутися з голівки, що зустрічається в практиці, через що можуть виникнути серйозні пошкодження.

Ми вважаємо, що своєчасне знімання щипців, яке відомо не тільки нам, а й багатьом акушерам, може дати нам змогу уникнути зайвих розривів промежини. Своєчасне зняття щипців повинно полягати в тому, що коли прорізалися потилиця і вийшли тім'яні горби, щипці вже більше не потрібні, і навіть шкідливі: їх треба негайно зняти, щоб не робити зайвого розтягання тканин геніталій, особливо промежини. З цього моменту голівка народиться легко і без нашої допомоги. Метод повільних раціональних тракцій та своєчасне знімання щипців завжди дадуть більш позитивні наслідки щодо збереження цілості промежини.

Додержуючись в своїй практиці цих настанов, ми, правда, на досить незначній кількості випадків накла-

дання акушерських щипців за цим методом (10), спричинили два розриви, причому вони виникли при народженні голівки в задньому виді. Вважаємо, що при достатній увазі до роділлі під час цієї операції розривів промежини ніяк не може бути більше, навпаки, їх повинно бути, безумовно, менше, ніж при нормальних родах. Пояснювати це треба так, що розтягання тканин при операції накладання акушерських щипців ми можемо регулювати значно досконаліше, ніж при нормальних родах.

Нарешті, про розриви промежини при витяганні плоду. Тут треба зазначити, що ці розриви виникають при виведенні або ручок, або голівки плоду, причому вони трапляються надзвичайно часто виключно через те, що в цей час забуваються інтереси роділлі, і вся увага зосереджується на плоді. При народженні плоду тазовим кінцем, він в переважній більшості випадків, невеликий і, здавалося б, що його можна було б витягнути без всяких пошкоджень. Але на практиці воно не так і виключно через те, про що ми говорили вище. Це перевірили не тільки ми при своїх операціях витягання плоду за тазовий кінець, а також і товариші, які проводили цю операцію в нашій присутності. Тут можна сказати лише одне. Кожен лікар, акушер-гінеколог, тільки при відповідному тренуванні може досягти значних успіхів у збереженні цілості промежини при проведенні цієї операції — виведенні наступної голівки плоду. Він не повинен забувати в таких випадках про роділлю, тоді його рухи будуть більш впевненими, більш обережними щодо самої роділлі, а це, безумовно, дасть певний ефект у збереженні цілості промежини, в чому ми переконалися на власному досвіді.

У профілактиці розривів промежини велике значення має проведення обезболювання родів у другому періоді. Суть обезболювання полягає в тому, щоб зменшити чутливість і легку збудливість нервової системи роділлі в другому періоді родів. Сильні, болючі потуги під впливом анестезії стають менш чутливими, роділля спокійно виконує вказівки лікаря, який керує родовою діяльністю. Добре проведена анестезія, крім того, послаблює м'язи тазового дна і промежини, внаслідок чого передлегла частина легше і вільніше проходить через нижній відділ родового каналу. Досвід показує, що при застосуванні

анестезії в другому періоді родів значно зменшується кількість розривів, особливо у первородящих.

Такий же вплив на розслаблення м'язів тазового дна спостерігається при застосуванні атропіну, діяння якого позначається на зниженні тонусу п. *pelvisi*, що виходить з автономних центрів сакрального відділу, який належить до парасимпатичної нервової системи.

Знижуючи тонус п. *pelvisi* атропіном, ми тим самим сприяємо розслабленню мускулатури тазового дна. З цією метою за 15—20 хвилин до народження дитини роділлі вводять внутрішньом'язово 1 см³ розчину атропіну. Найбільш поширеними сучасними методами обезболювання родів у другому періоді є застосування інгаляційної анестезії ефіром, вдиханням закису азоту або хлоретілу. Особливо підкреслюється цінність і ефективність обезболювання в профілактиці розривів промежини застосуванням місцевої анестезії новокаїном. В зменшенні кількості розривів проведення методу пудендоанестезії дає найкращий ефект.

Техніка провідникової анестезії з метою блокування п. *rudendi* проста. Блокування проводиться в місці, де нерв проходить з *foramen ischiadicum minus* в *cavum ischiorectale*. Роділлі кладуть так, як для операції на зовнішніх геніталіях. Проводиться звичайна старанна дезинфекція вульви і сідниць, після чого вводиться свіжовиготовлений розчин новокаїну (0,5% по 30 мл з кожної сторони). Голку вколюють на 1,5 см медіально від *tuber ischii* і на $\frac{1}{4}$ см вперед від лінії, що з'єднує обидва сідничних горби. Проводять голку в напрямі знизу і зсередини вгору паралельно висхідній частині сідничної кістки по ходу середньої гілки п. *rudendi*. З першим уколom вводиться до 10 мл розчину новокаїну. Трохи витягнувши голку, змінюють напрям анестезії до ділянки промежини і прямої кишки.

Останні 10 мл розчину новокаїну вводять в глибокий тканин промежини (від 2 до 6 см) і м'язів тазового дна залежно від товщини шкірних покривів.

Щоб перевірити, чи не пошкоджені голкою шприца а. *rudendam*, необхідно перед введенням новокаїну провести легку аспірацію поршнем шприца. І тільки при відсутності в шприці крові можна вливати розчин. Час настання анестезії після введення новокаїну починається через 10—15 хвилин. Триває анестезія від 1 до 2 годин.

Підсумовуючи все, що стосується розривів промежини при проведенні акушерських операцій, треба сказати, що й тут глибоке і доскональне вивчення причин виникнення цих розривів, критичне і самокритичне ставлення до кожної проведеної операції з боку акушера-гінеколога в значній мірі зменшить небезпечну для роділлі травму промежини.

РОЗДІЛ VII

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ЖІНОК ЯК ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РОДАХ, ЗОКРЕМА РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ

Не може бути сумніву в тому, що фізично вихований і загартований організм людини є більш стійким проти різних захворювань. Він легше переносить і переборює різні зміни біологічного порядку. Отже, завдання фізичного виховання повинно полягати в запобіганні хворобам, а це щільно зв'язується як з практичними, так і з теоретичними основами акушерства і гінекології.

Доведено, що перші ознаки захворювань, які повільно впливають на організм людини, поступово поглиблюючи цей вплив, з'являються в ранньому дитячому віці. В цьому ж таки віці з'являються і деякі аномалії, що яскраво відбиваються на біологічній функції таких жінок як під час статевого дозрівання, так і під час таких функцій, як вагітність, роди і післяродовий період.

Вивчаючи вплив гімнастичних вправ на породіль, ряд авторів, як Некрасов, Ількевич, Д. І. Розенфельд, Окінчиц, Нікульцев, Юріна, а також дані акушерсько-гінекологічної клініки КМІ стверджують, що ці вправи дають значні позитивні наслідки. Поруч із зміцненням психіки і тіла, що виявляється у зменшенні збудженості вегетативної нервової системи, ми констатуємо в переважній більшості випадків самостійне і нормальне відновлення функцій сечового міхура і кишок. Крім того, гімнастичні вправи зміцнюють черевний прес, тазове дно, промежину і мускулатуру спини. Вони впливають на нормальне скорочення матки і виділення лохий, зменшують процент післяродових захворювань. Звичайно, все це разом взяте не може не відбитися на ліжкообороті в наших пологових закладах, а також, що найголовніше, на своєчасному відновленні працездатності наших трудящих жінок. Ось

чому ми повинні подбати про те, щоб раціональна гімнастика у породіль була запроваджена як система по всіх наших закладах під керівництвом лікаря, який повинен бути обізнаний з цією справою. Якщо досі це було методом досліджень, то зараз воно повинно перетворитись в життєву практику.

Беручи до уваги позитивний вплив гімнастичних вправ на організм жінки та на окремі його органи в післяродовому періоді з метою профілактики різних ускладнень при родах, треба запровадити ці вправи і серед вагітних. Але найдоцільніше і раціональніше починати фізичне виховання, на нашу думку, з дівчат та нероджалих жінок — майбутніх матерів.

У дівчат і нероджалих жінок, застосовуючи доцільні гімнастичні вправи, можна досягти міцної мускулатури живота, спини, тазового дна, промежини і таким чином підготувати їх до тих завдань, які вимагаються при родах і материнстві.

Поруч з іншими терапевтичними заходами гімнастичні вправи повинні бути профілактичним і терапевтичним фактором в боротьбі з природженими аномаліями. З клінічного погляду найбільш важливими для нас є астенія, гіпоплазія та інфантилізм.

Кольрауш дав важливі вказівки, як запобігати і лікувати астенію гімнастичними вправами, починаючи з молодого віку. Шредер каже, що гімнастичні вправи, які повільно посилюються, зміцнюють черевну стінку і мускулатуру спини, внаслідок чого поступово утворюється потрібний тургор м'язів. Для лікування астенії головним вважають тренування разом з м'язовою системою і судинної системи.

У жінок, крім астенії, ми зустрічаємо також інфантилізм. Цих інфантильних жінок часто відносять до незрілих. Деякі автори стверджують, що не тільки зародкова тканина, але і передчасні роди є причина інфантилізму. При гіпоплазії геніталій явища дисменореї зустрічаються в 60% випадків. Вузький таз, порушення менструального циклу, розлади в статевому житті, неплідність — з одного боку, а з другого — передчасне зганняння плоду, ненормальні явища під час родів тощо трапляються внаслідок інфантилізму.

В літературі є дані, які стверджують, що фізичне виховання може запобігти і виправити інфантилізм у жі-

нок. Фізичне виховання, за цими даними, впливає на кровообіг, внаслідок чого збільшується приплив крові до тазових органів, підвищується обмін речовин, що кінцево дає цим органам значні імпульси до росту. Гімнастика зміцнює мускулатуру, зв'язки, сухожилки і кістки.

Фізичні вправи безпосередньо впливають на гладку і поперечно-смугасту мускулатури таза, на сполучну тканину, а також на зв'язки матки. Якщо нагинати тіло вперед або піднімати тулуб в положенні на спині, лазити чи ходити вгору по драбині, то велику участь в цих вправах бере *m. ileopsoas*. Зв'язки таза майже всі мають, разом із сполучнотканинними пучками, також і мускульні волоконця. З круглих зв'язок ці мускульні волоконця безпосередньо переходять на поверхню тіла, а при гімнастичних вправах таза і живота вони можуть зробитись міцнішими, беручи участь у периферичних рухах тіла. В круглих зв'язках знаходяться також поперечносмугасті мускульні волоконця *m. obliquus int.* і *transversus*, які йдуть до самої матки. Відомо, що вольові рухи *m. levatoris ani* піднімають пряму кишку і вагіну. Сучасні гімнастичні системи спроможні досконально розвинути всі ці мускульні групи, а це, безумовно, буде сприяти зміцненню зв'язок та сполучнотканинних перегородок між органами, як, наприклад, між вагіною і прямою кишкою.

«Ми маємо тепер нову соціалістичну економіку, яка не знає кризисів і безробіття, не знає злиднів і розорення і дає громадянам усі можливості для заможного культурного життя» (Сталін). Тим самим у нас знищено несприятливі передумови, що можуть впливати на утворення аномалій організму, як недостатнє харчування, надмірна праця тощо. У нас широко розгорнуто фізичне виховання молоді. Потрібно лише це фізичне виховання раціонально організувати серед дівчат, починаючи з часу відвідування школи. Гімнастика для них повинна бути до деякої міри відмінною від тої, яку можна запроваджувати для хлопців. Річ в тому, що дівчата з певного віку починають менструювати, далі вони, з початком статевого життя, вагітніють і народжують. Все це повинно бути ураховано при їх фізичному вихованні.

Фізичне виховання дівчат — це справа насамперед лікарів. Вони повинні правильно і раціонально її організувати в наших школах і вишах і здійснювати над цим вихованням відповідний контроль.

Ми добре знаємо, що гімнастичні вправи дають користь, але вони можуть бути і шкідливими. Тому треба старанно добирати окремі групи для тих чи інших вправ залежно від стану здоров'я. Сучасна гімнастика для жінок має так багато різних форм, що з неї можна вибрати вправи, які будуть корисні для кожної окремої вікової групи, окремо для здорових і кволих дівчат або жінок.

Наше завдання — вміти дати вказівки, які вправи корисні для жінок в дитячому віці, в період їх статевого дозрівання, в юності та більш зрілому віці. Це все вимагає від нас певних знань в галузі фізичного виховання. Отже, правильно і раціонально поставлене фізичне виховання дівчат буде впливати на успішну боротьбу з аномаліями розвитку організму, а також підготувати дівчат до більш досконалого проведення функцій родів та материнства.

Добре розвинений і загартований організм жінок дає значно менший процент ускладнень при родах взагалі і розривів промежини зокрема.

РОЗДІЛ VIII

ПЕРИНЕОТОМІЯ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАСІБ ПРОТИ РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ

Як уже з'ясовано, під час родів трапляються випадки, коли промежина функціонально явно недостатня. Внаслідок цієї недостатності при дальшому прорізуванні голівки плоду промежина починає рватися. Отже, для полегшення родів, з одного боку, а з другого — з метою профілактики розриву було введено в практику розширення вульварного кільця. Є вказівки на те, що за старих часів акушери іноді розривали вузьку статеву щілину нігтями, а також застосовували гострі інструменти для її розрізування.

Наукове обґрунтування оперативному розширенню статевої щілини під час родів дав Міхаеліс. Ще в 1794 р. він зробив перший розріз по шву з метою полегшити і прискорити роди, оскільки внаслідок ригідності промежини вони не посувалися вперед.

Крім Міхаеліса, такі розрізи робили і інші автори. Взагалі ж вони застосовувалися надзвичайно рідко.

Проти цього методу виступили Кіліан і ін. Кіліан, наприклад, каже, що він міг би рекомендувати цей метод, якби Міхаеліс сказав, в яких саме випадках і скільки треба різати.

У 1886 р. Рітген з метою профілактики розриву промежини, користуючись з пропозиції Міхаеліса, запропонував свій метод скарифікації в тих місцях, де зустрічається опір з боку вульварного кільця. Він робив по 5—7 насічок з кожного боку на рівні вуздечки або відповідно дівочої перетинки (гімену).

Дальший розвиток методу Рітгена полягає в тому, що поступово зменшували кількість насічок, відповідно збільшуючи їх глибину. Так робили Сканцоні, Лангерих, Ріхельберг та ін.

Кохен дійшов такого висновку, що розрив промежини трапляється внаслідок спазматичного скорочення *m. sphincteri cunni*, причому передня частина цього м'язу, як більш товста і менш розтягнута, перемагає при спазматичному скороченні задню, більш розтягнуту, і розриває її. Беручи це до уваги, він запропонував робити підшкірний розріз передньої частини *m. constrictoris cunni*. Ольсгаузен радить робити розріз не з боку шкіри, а з боку слизової оболонки вагіни, на 1,5 см від вуздечки.

Дюрсен вважає, що розріз тільки *m. constrictoris cunni* не дає бажаних наслідків, оскільки розриви промежини все ж таки трапляються. А тому він радить розрізати не тільки *m. constrictor cunni*, а й *m. levator ani*, який оточує нижній відрізок вагіни. Напрямок його розрізу посередині між *tub. ischii* і анусом. Цей дюрсенівський розріз з метою профілактики розривів промежини при родах не дуже поширився. Його застосовують не дуже часто, переважно в Німеччині.

У 1892 р. Кюстнер повідомив, що він на протязі двох років робить розрізи по шву, як запропонував Міхаеліс. Свій поворот до способу Міхаеліса він пояснює бажанням уникнути ускладнень при бокових надрізах розривами промежини, які все ж таки трапляються. А коли розрив промежини поєднується з надрізом, то утворюється така рана, яку надзвичайно важко зашивати. В 1895 р. Отт знову запропонував робити розрізи по шву в тих випадках, коли нема надії на те, що можна зберегти цілість промежини й тазового дна.

Профілактичний розріз промежини (перинеотомія)

Отт пропонує проводити в таких випадках: при різкому випинанні промежини, особливо, коли вона різко побіліє, що може настати в результаті недостатнього кровопостачання через сильне розтягнення; при родах у первородящих, коли голівка плоду велика, а також при наявності високої промежини. Він радить в таких випадках робити розріз по шву, а після цього зашити його *lege artis*, і ні в якому разі не захоплюватися бажанням зберегти цілими шкіру промежини і слизову оболонку, які в функціональному розумінні не являють собою чогось важливого.

Як бачимо, ідея Міхаеліса розсікати вульварне кільце при родах з метою їх прискорення або з метою збереження цілості промежини знайшла собі певний ґрунт. Розвиток цієї ідеї переважно був спрямований на вишукування більш доцільних і раціональних місць розсікання вульварного кільця. Щодо показань до цієї операції, то цьому не було приділено відповідної уваги, а тому й досі ці показання не є конкретними. Отже, треба думати, що розсікання промежини з метою профілактики розриву робляться лікарями залежно від їх індивідуального погляду.

Тільки цим і можна пояснити таку велику розбіжність в статистиці проведених насічок, або перинеотомій. Наприклад, Михайлов зібрав з російської літератури дані про 206 441 роди за 50 років. На цю кількість родів проведено 3827 насічок, що дорівнює 1,85%, причому найменша кількість цих насічок, якщо розглядати їх по закладах, дорівнювала 0,5%, а найбільша — 5,4%.

В акушерсько-гінекологічній клініці КМІ процент перинеотомій по відношенню до кількості родів виражається так (табл. 14).

Як видно з цієї таблиці, процент перинеотомій майже щороку збільшується. Виняток становить лише 1933 р., в якому процент перинеотомій трохи нижчий за попередній рік. Зате в наступні два роки процент перинеотомій знову дає різке підвищення. Крім цих перинеотомій, в цій же клініці ми маємо понад 37% розривів промежини при родах як середню цифру за вказані роки. Якщо взяти до уваги кількість розривів, яку подають інші родильні заклади, то ми побачимо, як в деяких з них процент самих розривів або менший, або дорівнює процентіві проведених перинеотомій в акушерсько-гіне-

кологічній клініці КМІ. Це повинно стверджувати те, що перинеотомія як спосіб профілактики розривів в да-

Таблиця 14

Роки	Кількість родів	Кількість проведених перинеотомій	Процент перинеотомій
1931	442	17	3,80
1932	346	20	5,78
1933	578	31	5,36
1934	649	50	7,70
1935	1135	95	8,37

ному разі себе не виправдала. Ця операція застосовувалася залежно від індивідуального погляду лікаря, часто без належних до цього показань. Нам не раз доводилося впевнюватися в тому, що багато лікарів побоювалися розриву в жінок з високою промежиною. Вони готові були вже її розрізати, але вчасне застереження зберігало цілість промежини, і по закінченні родів, при огляді, вона виявлялася цілою. Нам здається, що порівняно високий процент перинеотомій можна було б виправдувати лише тоді, коли при цьому ми мали б незначний процент розривів. В протилежному разі над цим треба добре поміркувати і визнати, що все ж таки перинеотомія при родах не завжди застосовується при достатніх для цього показаннях.

Мандельберг, захищаючи пропозицію Отта про перинеотомію, яка ще досі більшістю акушерів визнається кращим методом серед різного типу насічок, каже, що робити її треба не тільки тоді, коли порушується цілість слизової оболонки вагіни або шкіри промежини, а центр уваги треба перенести на підшкірні мускульні розриви, внаслідок чого порушується функція і цілість тазового дна. Він каже, що Отт не має на увазі запобігати розривам промежини, а, навпаки, він сам його робить ножом для того, щоб краї рани були рівні, щоб їх легше і краще можна було зашити. Але разом з тим Мандельберг не подає конкретних вказівок, як розпізнавати цей внутрішній розрив і коли саме робити перинеотомію. Він лише

погоджується з думкою Лангейриха, який каже, що тут можна скоріше говорити лише про досвід і практичне значення, ніж про теоретичні підстави або показання до перинеотомії.

Якщо взяти це трактування за вихідний пункт, то треба одверто сказати, що в більшості випадків ці перинеотомії в клініках застосовуються молодими лікарями, у яких великого досвіду ще немає. Передавати ж на їх індивідуальний погляд порушення цілості промежини через перинеотомію навряд чи доцільно.

Не можна, на нашу думку, так легко підходити до розрізування промежини тому, що це не така небезпечна справа, як здається спочатку. За матеріалами акушерсько-гінекологічної клініки КМІ, 4% цих перинеотомій перетворюються в *ruptura perinei completa* під час прорізування і народження голівки дитини; такий же приблизно процент розходжень ран ми маємо при зніманні швів з промежини. Крім того, в розрізану промежину, як і в усяку рану, може попадати інфекція, тоді як в підшкірний розрив м'язів тазового дна, як каже Штеккель, шансів на попадання інфекції менше. Тому ні в якому разі не можна допускати, щоб таке оперативне втручання робилося без належних і цілком конкретних показань.

Відкидати операцію перинеотомії для прискорення родів і для профілактики розривів промежини та при порушенні тазового дна аж ніяк не доводиться. Застосована за відповідними показаннями перинеотомія може дати лише користь. Але доцільність застосованих перинеотомій повинна бути доведена наочно значним зменшенням числа розривів промежини.

Мандельберг як на одне з показань до перинеотомії вказує на ширину і еластичність статевої щілини. Нам здається, що ця вказівка не є конкретною і на це не можна спиратись.

Визначити початок розриву промежини з слизової оболонки піхви, при цілості шкіри промежини, можна, якщо придивлятись до рухів голівки плоду під час її вирівнювання. Коли розрив промежини починається з слизової оболонки піхви, тоді та частина голівки, яка знаходиться біля промежини, майже завжди забарвлюється кров'ю. Далі, функціональна недостатність промежини виявиться в цей самий момент або надривом вуздечки,

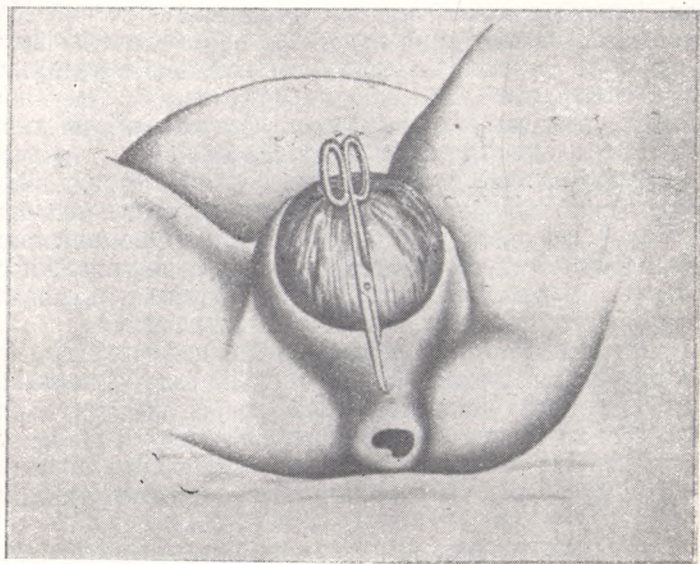
або навіть надривом шкіри на промежині. При таких явищах недостатності промежини перинеотомія, безумовно, показана. В решті випадків об'єктивно нормальних зовнішніх геніталій і при високій промежині і при вузькій на перший погляд статевої щілині розрізати промежину, на нашу думку, не слід. Крім того, можуть трапитись випадки, коли з'явиться потреба негайно закінчити роди, і цього можна досягти, застосувавши спосіб Крістеллера. В такому разі, перш ніж приступити до витискування плоду за цим способом, потрібно обов'язково провести перинеотомію, щоб усунути опір з боку промежини, яка однаково розірветься. Ось основні, на нашу думку, показання до цієї операції. Звичайно, спостерігаючи родовий акт, лікарі повинні брати до уваги й інші моменти, які можуть виникнути під час родів і які спонукають їх до проведення перинеотомії. Ці моменти завжди повинні бути обгрунтовані так, щоб не залишалося сумніву в їх доцільності, тоді вони будуть доповнювати й розширювати перелік обгрунтованих показань.

Якщо перед нами є показання до оперативного розширення вульварного кільця, то слід завжди робити розріз по шву (мал. 10). Цей розріз обгрунтований з анатомо-топографічного погляду. В цьому ж таки напрямку майже завжди йде розрив промежини, а також при такому розрізі легше і зручніше відновлювати промежину.

Отже, приступаючи до перинеотомії, ми повинні добре собі уявити, що саме нам треба розрізати. Нам здається, що цей розріз треба провадити так, щоб, крім шкіри промежини, слизової оболонки вагіни, клітковини та поверхневої фасції, були розрізані *m. bulbo cavernosus* та *m. transversus perinei superficialis*. Цей розріз ми вважаємо цілком достатнім. Цілість зовнішнього сфінктера прямої кишки треба зберігати.

Щоб цю операцію (perineotomia) застосувати *lege artis*, потрібно мати міцні гострі ножиці. Одна бранша цих ножиць плазом заводиться між слизовою оболонкою вагіни і предлеглою частиною голівки; по введенні її повертають гострим краєм до слизової оболонки вагіни і під час натуги одним змиканням ножиць треба розрізати промежину з таким розрахунком, щоб були розрізані і згадані мускули. Цей розріз повинен бути виконаний за одне змикання ножиць тому, що інакше ми

будемо мати роздавлювання або розминання тканин, а це може відбитися на загоюванні рани. Ось чому на придатність інструмента треба звернути особливу увагу. Розрізати промежину можна також і скальпелем. Починаючи цей розріз, треба від вуздечки різати по шву до заду пошарово ззовні всередину. Розріз треба робити



Мал. 10. Перинеотомія по середині промежини ножицями.

під час натуги, оскільки чутливість в цей час майже відсутня. Розрізати потрібно обов'язково *m. bulbo-cavernosus* і *m. transversus perinei superficialis*, бо якщо розріз буде недостатній, то далі його продовжить розрив, що не бажано.

Голівку плоду треба вивести повільно і правильно, тому що неувважність при цьому може спричинитись до *ruptura perinei completa*.

Відновлення промежини після перинеотомії, а також догляд за нею провадиться за тими самими правилами, що й при розривах промежини, про що буде сказано нижче.

МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ РОЗІРВАНОЇ ПРОМЕЖИНИ ТА ЇЇ ДОГЛЯД В ПІСЛЯРОДОВОМУ ПЕРІОДІ

Вище говорилося, що для правильного відновлення промежини потрібно знати її анатомію і топографію. Треба, розкривши рану, добре орієнтуватися, які саме тканини і мускули розірвалися в тому чи іншому випадку. Таке орієнтування дасть змогу правильно визначити ступінь розриву, а також раціональний з анатомо-топографічного погляду план відновлення промежини.

Хоч існує погляд, що зашивання рани промежини краще робити після відходження плаценти, беручи до уваги можливість ручного усунення її, проте, на нашу думку, найкраще робити його зараз же по народженні дитини, не чекаючи народження плаценти, тому що в цей час промежина не буде такою чутливою, як через деякий час після родів. Тому зашивання розриву можна зробити, в переважній більшості випадків, без наркозу. З другого боку, рана в цей момент буде найбільш чистою і тому на первинне загоювання її можемо мати більше надії. Ось чому ніколи не слід залишати зашивання рани на будь-який час, якщо до цього немає перешкод.

Щоб відновити цілість промежини, треба покласти породіллю на рахманівське поперечне ліжко або на крісло і розсунути її ноги.

Проводиться старанна дезинфекція зовнішніх геніталій розчином хлораміну в розведенні 1 : 1000 або розчином марганцевокислого калію 1 : 4000.

Потім навколо розриву проводиться обробка шкіри і слизових 5% розчином *tinctura jodi*. Під роділлю підкладають стерильну підстилку, а на геніталії одягають спеціальну стерильну маску.

Перед тим, як приступити до зашивання рани промежини, потрібно подбати про те, щоб рану не заливала кров, яка в цей час буде виходити з матки. Щоб усунути цей момент, треба ввести у вагіну марльовий тампон. Потім, для з'ясування, що саме розірвалося, треба розкрити рану, захопивши симетрично її краї інструментами (див. мал. 11). Робити це краще кульовими щипцями, тому що затискачі роздавлюють тканини, що небажано і несприятливо відбивається на загоюванні рани. Біля опера-

тора повинні бути на столику в достатній мірі марльові кульки, пінцети, ножиці, затискачі, кульові щипці, голки, голкотримач та шовний матеріал, а також розчини: новокаїн з пеніциліном та шприц. Після того як рана розкрита і осушена від крові марльовими тампонами, можна побачити, як порушена промежина. Тут визначається ступінь розриву, і, залежно від цього, приступають до відновлення промежини.

У всіх випадках розривів, особливо при великих травмах м'язів промежини і тазового дна необхідно перед початком операції провести новокаїнову анестезію. Останню можна провадити за типом повзучої інфільтрації навколо рани або робити анестезію за ходом *p. pudendi*.

З метою профілактики інфікування швів рекомендується до розчину новокаїну додавати пеніцилін (на 1 л 0,25% розчину новокаїну 200.000 о. пеніциліну).

Якщо перед нами розрив I ступеня, де порушена лише слизова оболонка задньої стінки вагіни, деяка частина шкіри промежини та клітковини, зашивання такого розриву надзвичайно просте. В тому місці слизової оболонки вагіни, де починається розрив, накладається перший шов, який після того як його зав'язали, беруть на затискач і передають асистентові. Коли підтягнути цим швом верхній кут рани догори, стає виразнішою вся рана. По накладенні першого шва, відступивши приблизно на 1 см від нього, накладають другий шов і так далі, поки всі краї розриву не будуть з'єднані вузлуватими швами аж до задньої комісури.

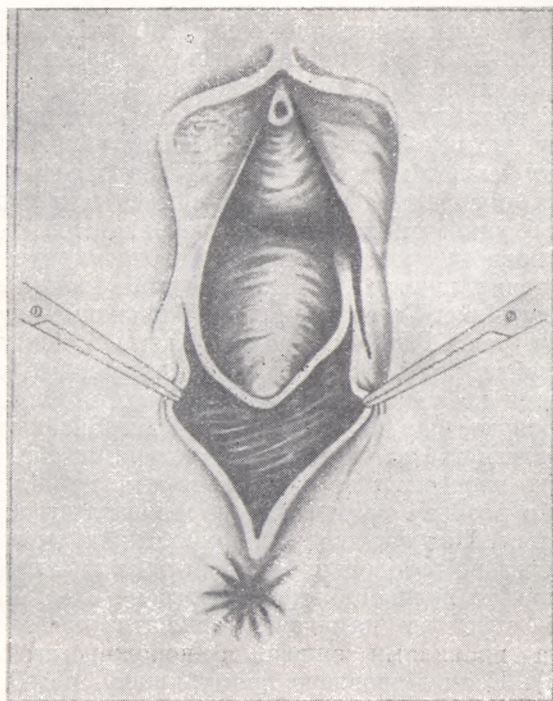
Гіменальне кільце відновлюється двома кетгутувими швами, які накладають по його обидві сторони.

При зшиванні рани треба обов'язково захоплювати дно рани, щоб не було порожнин. Після того як наклали наступний шов, кінці попереднього шва зрізуються, затискач з нього знімається і накладається на другий і т. д. Коли зшито задню комісуру, шкіру промежини найкраще з'єднати скобками, при накладанні яких для зручності треба підтягнути догори шов задньої комісури (мал. 12).

При відновленні промежини при розриві II ступеня порядок зашивання, власне кажучи, той самий, як і при розриві I ступеня.

Але через те, що тут ми маємо розрив *m. bulbocavernosus* і *m. transversus perinei superficialis*, то ці мускули потрібно з'єднати глибокими заглибними швами окремо. Коли це зроблено, то далі рана зашивається в такому ж порядку, як і при розриві I ступеня.

Значно складніше відновлення цілості промежини при розриві III ступеня, де, за нашою класифікацією, до



Мал. 11. Розрив промежини та задньої стінки вагіни.

Краї розриву розведено пінцетами.

розриву тих тканин, цілість яких порушується при розриві II ступеня, додається ще розрив *m. levatoris ani* і *m. sphincter ani ext.* Пряма кишка при цьому повинна бути цілою, в чому треба впевнитись. При таких розривах в першу чергу треба відшукати кінці порушеного сфінктера і зшити їх вузлуватим швом. Після того як

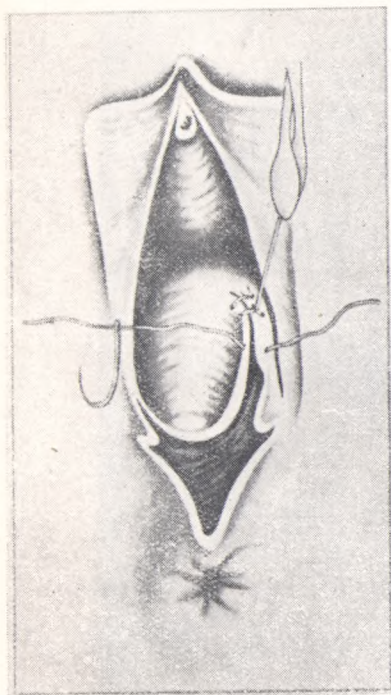
сфінктер відновлено, рана має вигляд, як при розриві II ступеня, але вона трохи глибша і потребуватиме накладання більшої кількості глибоких швів.

Треба визнати, що відшукати кінці розірваного сфінктера не так легко, тому що через відтягання мускульних пучків його вони зникають в глибині ранової поверхні. Якщо при розриві промежини III ступеня знайти кінці сфінктера все ж таки легше, тому що в даному випадку деякі мускульні волоконця внаслідок їх щільного переплетення з прямою кишкою при її цілості можуть ще залишитись, — то при *ruptura perineae completa*, або при розриві IV ступеня, кінці сфінктера цілком зникають в глибині та кзаду до рани. До того ще рана дає значну кровотечу, що ще більш утрудняє орієнтування. В таких випадках, перш ніж приступити до відновлення промежини, треба спочатку добре розібратись в ступені розриву, щоб уникнути накладання неправильних швів.

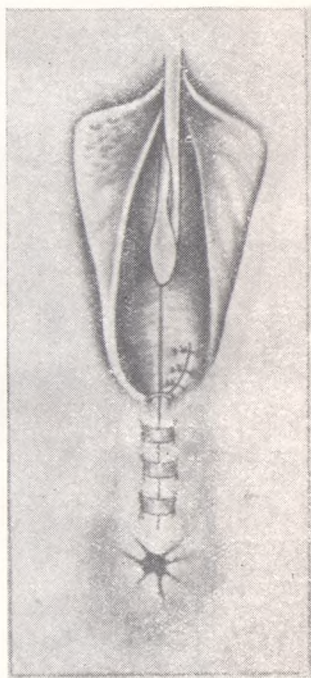
При повному розриві промежини насамперед треба зашити пряму кишку. При розриві вона майже завжди має пряму лінію. Середина цієї лінії знаходиться у верхньому куті рани. Щоб було ясніше і легше орієнтуватись, треба знайти кінці розірваного сфінктера, які завжди знаходяться на межі країв рани і шкіри в ділянці заднього проходу, яка зібрана в зморшки. Знайшовши їх, треба підтягнути до середини затискачами або, проколовши їх, провести шов і ним зробити це підтягання. Тоді лінія розриву прямої кишки випрямляється і вона зашивається. При зашиванні кишки бажано не захоплювати її слизової оболонки. Якщо ж вона частково попадає в шов, то великої біди від цього не буде. Важливо те, щоб оператор намагався зшивати пряму кишку за всіма правилами зшивання порожнистого органу (мал. 13). Коли відновлено пряму кишку, потрібно старанно відновити сфінктер. Обидва кінці останнього, які в цей момент знаходяться коло країв зібраної в зморшки біля задньопрохідного отвору, шкіри, проколюються голкою через всю товщу мускула і стягуються двома міцними кетгуттовими швами (мал. 14). Після цього перед нами вже буде розрив II ступеня, який треба зашити за вказаними вище правилами. Спочатку накладаються глибокі шви на решту розірваної мускулатури (*m. levator ani* з боку вагіни), далі зашивається вагіна, а потім м'язи промежини і сама промежина (мал. 15).

Центральні розриви промежини завжди треба перетворити у відкриті, застосувавши розріз містка на задній комісурі. Після цього вони зашиваються залежно від порушень за вищенаведеними правилами.

Як шовний матеріал, при розривах промежини найкраще застосовувати кетгут. Звичайно, можна шити



Мал. 12. Розрив промежини та задньої стінки вагіни. Початок накладання швів.

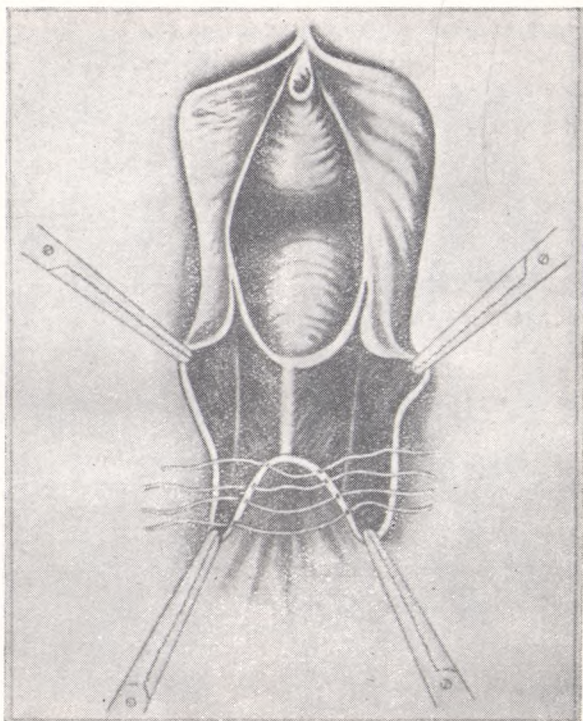


Мал. 13. Зашитий розрив задньої стінки вагіни та промежини. На шкіру промежини накладено скобки.

й шовком. Перевага кетгутових швів в тому, що їх не треба знімати, тоді як шовкові треба знімати обов'язково. При відшукуванні швів для їх знімання досить часто буває так, що зашитий розрив знову до деякої міри порушується. Ось чому при зніманні шовкових швів потрібно надати породіллі зручного положення, у вагіну ввести піднімач і відтягнувши передню стінку її догори,

оглянути стан вагінальних швів, щоб шви якнайлегше удалось відшукати і зняти їх без всякої травми.

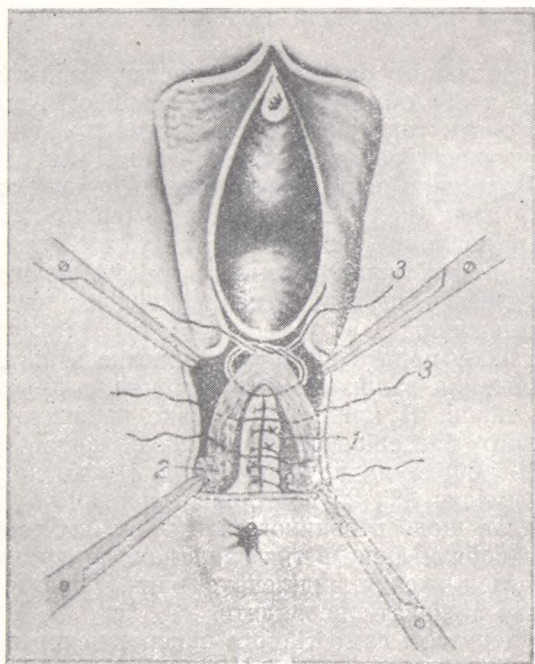
Дальший догляд зашитих розривів промежини повинен полягати в тому, щоб навколо зашитого розриву не було застоювання виділень, які являють собою хороше



Мал. 14. Повний розрив промежини. Момент накладання швів на стінку прямої кишки.

середовище для росту мікроорганізмів. Для цього треба три-чотири рази на добу обмивати навкругні ділянки статевих органів, стегна та анус розчином калій-перманганату 1 : 4000, у вагіну вводити 50 см³ 0,04% розчину граміцидину. Місце зшитого розриву один раз на день треба змащувати 1% спиртовим розчином брильянтової зелені. За нашими спостереженнями, добре впливає на загоювання обмивання зашитого розриву 10% розчином

Natrii chlorati один раз на добу. Закладку на місце розриву, на нашу думку, краще не застосовувати, тому що вона лише допомагає втирати виділення в рану, яку натирає при рухах сама породілля, виключити ж ці рухи породіллі ніяк не можна.



Мал. 15. Дальші моменти зашивання повного розриву промежини: 1 — зашита стінка прямої кишки; 2 — накладання шва на sphincter ani ext.; 3 — накладання швів на levator ani.

Повертатися на бік породіллі, у якої є зашитий розрив, на нашу думку, можна дозволити через той самий час, як і породіллі, у якої не було розриву. Тільки її треба попередити, щоб при поверненні вона щільно стискувала ноги.

Якщо при зашиванні застосовувався шовк, то шви з слизової оболонки вагіни треба знімати на 5—6-й день. Скобки з промежини треба знімати на 4-й день; шовкові

шви з промежини — на 5—6-й день. Але як тільки ми побачимо, що первинного загоєння немає, а відбулось нагноєння, то треба негайно видалити всі шви.

Після того, як зняли шви з промежини, породіллю можна поставити на ноги біля ліжка, а на наступний день можна дозволити ходити. Сідати, ми вважаємо, дозволяти не можна, щоб породілля не напружувала промежини.

Коли первинного загоєння не настає, то після видалення швів треба обмити рану 10% розчином *Natrii chlorati* і повторити таке обмивання ще два-три рази. Рана від цього швидко робиться чистою, зникають гнійні виділення, і загоєння рани посувається надзвичайно добре. Проведені нами коло 1500 випадків зашивання швів дають нам право це рекомендувати. Якщо при цьому розійшлися не всі тканини, то після загоєння рани можна одержати досить позитивні наслідки щодо функціонування промежини.

Тепер знову радять після розходження зашитого розриву промежини зашивати його вдруге на другому або третьому тижні. В клініці КМІ таке зашивання, після попереднього бактеріоскопічного дослідження виділень з рани, ми робили на другому тижні, і воно давало позитивні наслідки. На 25 повторних зашивань була лише одна невдача щодо первинного загоєння. Але все ж таки це можна робити лише в тих закладах, де є можливість провести дослідження виділень з рани. Шредер вдруге так швидко зашивати не радить.

При відсутності самостійного випорожнення породіллі на 3-й день при розривах I і II ступеня треба поставити клізму. При розривах III і IV ступеня, або *ruptura perinei completa*, починаючи з четвертого дня треба давати 3 рази на день *Magnesia ustaе* з *Pulv. rad. Rhei* aa 0,5 г, а на 6-й день, якщо не буде самостійного випорожнення, треба поставити олійну клізму. В таких випадках треба додержувати спеціальної дієти.

Виписувати породіль, у яких були розриви промежини I та II ступеня і де загоєння пройшло нормально, можна на 8—9-й день. Щодо тих породіль, у яких були більш складні розриви, то до них треба підходити індивідуально.

ЛІТЕРАТУРА

Баландин И. Ф., Об измерении мертвого таза вообще и женского в особенности и об определении границ костяного родового канала, Протокол засед. о-ва русских врачей, стр. 32—49—81, СПб, 1870—1871 г.

Барац М. Е., О рациональном положении при защите промежности, журн. «Акуш. и гин.», № 2, 1936.

Баскин С., Клинические наблюдения над разрывами промежности, Диссерт., СПб, 1881.

Берковский, Несколько слов о наложении шва при разрывах промежности, «Моск. мед. газета», № 9, 1858.

Брок, Сохранение промежности, Журн. «Акуш.», т. XXVI, стр. 975.

Бумм Е., Акушерство, Підручник, 1929.

Вастен, Подготовка к родам старых первобеременных, Журн. «Акуш.», т. VII, стр. 810.

Введенский А., Топографический очерк женской промежности, 1893.

Вербов, Ведение родов силами среднего медперсонала, «Врач. газета», № 24, 1928.

Викторовская Е. Н., Местное обезболивание при родах, Сб. трудов по обезболиванию родов, изд. Днепропетр. инст. охматдет, 1936 г.

Виноградова С. П., Опыт применения обезболивания родов. Напечатано там же.

Гарфункель, Зашивание промежности, Журн. «Гин. и акуш.», № 2, 1931.

Гентер Г. Г., Учебник акушерства, 1937 г.

Груздев В., Курс акушерства и женских болезней, Берлин, 1922.

Губарев А., Анатомия женской половой сферы, 1926.

Жмакин, Розриви слизової оболонки вагіни та промежини, «Оперативное акушерство», За ред. проф. Крупского, 1936.

Загорецкий С. А., Пальцевой прием, сокращающий второй период родов, Журн. «Гин. и акуш.», № 4, стр. 47—49, 1933.

Иванов Н. З., Акушерство, 1926 г.

Илькевич В. Н., Некрасов С. П., Гимнастика в послеродовом периоде как метод борьбы с ретродевиациями матки и влияние ее на течение пuerпериума. Труды I укр. з'їзду акуш.-гінекологів, стор. 464—470, 1927.

Кан Е. Г., Partus per rupturam perinei centralem, Протокол Вилен. мед. о-ва, стр. 120, 1895.

Кетлинский, Нужно ли поддерживать промежность.

Корнинг Г. К., Топографическая анатомия, 1931.

Крассовский А., Оперативное акушерство, 1885.

Крассовский О., О предохранительном способе лечения разрывов промежности во время акта родов помощью надрезов, «Воен. — мед. журн.», X, 1859.

Кузнецов П. П., Три случая центральных разрывов промежности во время родов, Сов. и Вост. Сиб., № 2—3, стр. 136—138, 1931.

Лазаревич И., Курс акушерства, 1892.

Личкус Л. Г., О центральных разрывах промежности при родах, Журн. «Врач», № 36—38, 1884.

Малиновский и Кушнир, Оперативное акушерство.

Маляр С., Про дослідження впливу фізичних вправ на вагітність, роди та післяродовий період, Журн. «Охматдит і ОЗДП», № 2—3, стор. 27—30, 1932.

Мандельберг, О растяжении промежности в различных ее отделах при нормальных родах, Журн. «Акуш.», т. X, стр. 523.

Мандельберг В., О предупреждающем срединном рассечении промежности (perineotomia) во время родов, Журн. «Акуш.», т. XV, 1901.

Мандельштам А. Э., Гинекологическая диагностика, Ленинград, 1936 г.

Марьянич Н. П., О разрыве промежности и о способах его предотвращения, Журн. «Врач», № 43—44, 1893.

Массен В. Н., К вопросу о нарушении целости брюшной стенки и тазового дна у родивших, «Акушерские вопросы дня», СПб, 1899.

Микертянц, Поддерживание промежности, Журн. «Акуш.», т. XXI, 1914.

Михнов С. Д., Случай центрального разрыва промежности, Журн. «Врач», № 6, стр. 173, 1897.

Окинчиц Л. Л., Никульцев А. С., Физкультура в раннем послеродовом периоде, Журн. «Гин. и акуш.», № 4, стр. 32—34, 1935.

Отт Д., Ложный консерватизм в деле предупреждения промежности от повреждений во время родов как причина смещений матки, Журн. «Гин. и акуш.», № 6, 1927.

Побединский Н., Краткий учебник акушерства, 1914.

Рессин Б., Случай центрального разрыва промежности, Журн. «Акуш. и гин.», № 3, стр. 11—12, 1933.

Розенфельд Д. И., Значение физкультуры в акушерстве и гинекологии, Журн. «Гин. и акуш.», № 5, стр. 448—459, 1927.

Семьянников, Два случая центрального разрыва промежности, Журн. «Акуш.», т. XX, стр. 290.

Скробанский К. К., Учебник акушерства, 1936.

Скробанский К. К., Учебник акушерства. 1946.

Старков И., Анатомия фасций и клетчатки малого таза, Монография, 1912.

Фейгель И., К вопросу о механизме возникновения типиче-

ских разрывов промежности и продольных спонтанных разрывов шейки матки во время родов, Журн. «Гин. и акуш.», № 2—3, 1935.

Феноменов Н., Оперативное акушерство, 1927.

Флоринский В., О разрывах промежности во время родов, Диссерт., СПб, 1851.

Фор Ж. Л., Оперативная гинекология, 1933.

Фрайман С. А., Ведение родов без защиты промежности, Журн. «Гин. и акуш.», № 2—3, 1935.

Хотовицкий С. Ф., Ruptura perinei parturitionum, «Воен. — мед. журн.», № 32, стр. 302, 1838.

Чаусов М. Д., Анатомия топографическая таза человека, Монография, 1888.

Черневский Е. Г., О разрывах промежности, заболеваемости и смертности при уличных родах, Журн. «Акуш.», стр. 241, 1889.

Шаргородская Е. (акушерка), Случай центрального разрыва промежности, «Акушерка», № 23, 1894.

Шредер К., Учебник акушерства.

Штеккель В., Основы акушерства, т. II, 1933.

Штольц В. И., О щипцах, Журн. «Акуш.», т. IX, 1895.

Эпштейн, К профилактике расхождений после родов швов промежности, Журн. «Гин. и акуш.», № 2, 1931.

De Lee, The principles and practice of obstetrics (5 вид.), 1928.

Laffont A. et Burieux F., Encyclopedie medicochirurgicale, 1934.

Martius. Die geburtshilflichen Operationen, 1934.

Pancow—Jaschke, Lehrbuch der Geburtshilfe 1923.

Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes.

Waldeyer, Das Becken.

Winkel, Handbuch.

ЗМІСТ

Передмова	
Вступ	11
<i>Розділ I.</i> Анатомія і топографія промежини	13
<i>Розділ II.</i> Історичні дані про розриви промежини при родах	26
<i>Розділ III.</i> Статистика розривів промежини	36
<i>Розділ IV.</i> Розриви промежини та поділ їх на ступені	42
<i>Розділ V.</i> Етіологічні моменти різних ступенів розривів промежини	47
<i>Розділ VI.</i> Раціональна допомога при родах як передумова запобігання розривам промежини	66
<i>Розділ VII.</i> Фізичне виховання жінок як основа профілактики ускладнень при родах, зокрема розривів промежини	81
<i>Розділ VIII.</i> Перинеотомія як профілактичний засіб проти розривів промежини	84
<i>Розділ IX.</i> Метод відновлення розірваної промежини та її догляд в післяродовому періоді	91
Література	99

Редактори *С. П. Виноградова і Л. В. Тимошенко*
Літредактор *В. М. Протасевич*. Техредактор *Є. Н. Розенцвейг*
Коректори *В. М. Протасевич і Н. І. Тхоржевська*

**Проф. П. М. Буйко Герой Советского Союза „Клиника
и профилактика разрывов промежности при родах“
(На украинском языке)**

БФ 00935. Зам. 339. Тираж 5000. Обліково-видавн. арк. 5,83.
Папір $84 \times 108 \frac{1}{32} = 1,63$ паперових, 5,35 друков. арк.
Підписано до друку 9. III. 1951 р.

Друкарня б. школи ФЗУ Укрполіграфвидаву при РМ УРСР.
Київ, Золотоворітська, 11.

ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО УРСР

НОЗІ КНИГИ

Проф. В. М. АРХАНГЕЛЬСЬКИЙ. Очні хвороби. Тираж 8000 екз., стор. 120, ціна в оправі 7 крб. 30 коп.

В книзі коротко і ясно викладені елементи очних хвороб. Вона розрахована на практичного лікаря, на не спеціаліста-офтальмолога і особливо на дільничного лікаря, якому в його практичній діяльності доводиться, поряд з іншими хворобами, подавати допомогу і при очних хворобах.

Доц. Я. С. БЕНІЄВ. Пеніцилінотерапія ендокардитів. Тираж 7000 екз., стор. 94, ціна 5 крб. 80 коп.

Автор викладає питання застосування пеніциліну при різних формах ендокардиту, найбільш раціональні дозировки й методи пеніцилінотерапії.

Книга розрахована на лікарів-практиків.

Доц. Г. І. БУРЧИНСЬКИЙ. Нагнійні процеси в легенях. Тираж 5000 екз., стор. 178, ціна 10 крб. 40 коп.

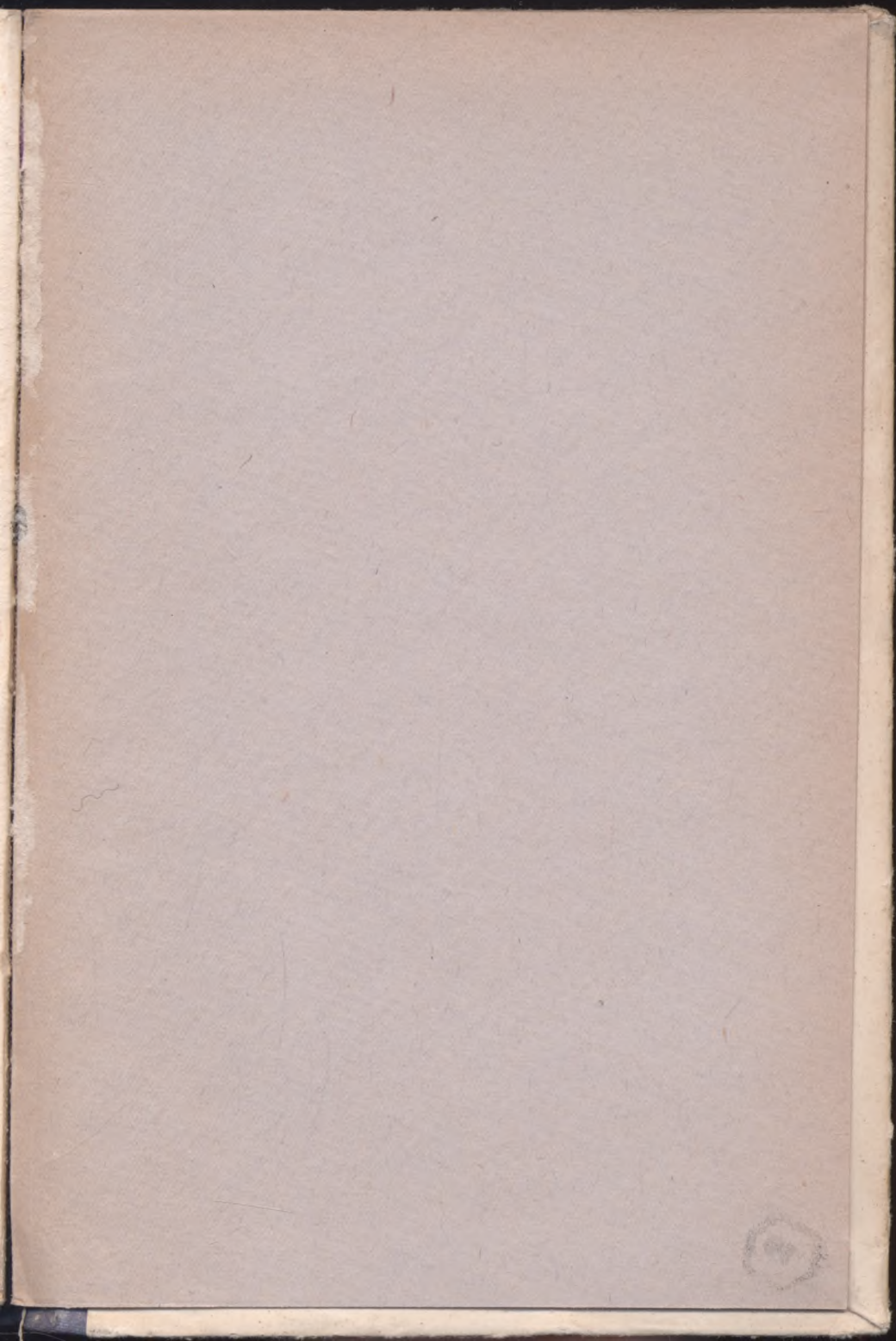
У книзі, розрахованій на практичного лікаря, розглядаються питання етіопатогенезу, клініки й терапії легневих нагноень. Основну увагу приділено питанням діагностики і різних методів лікування.

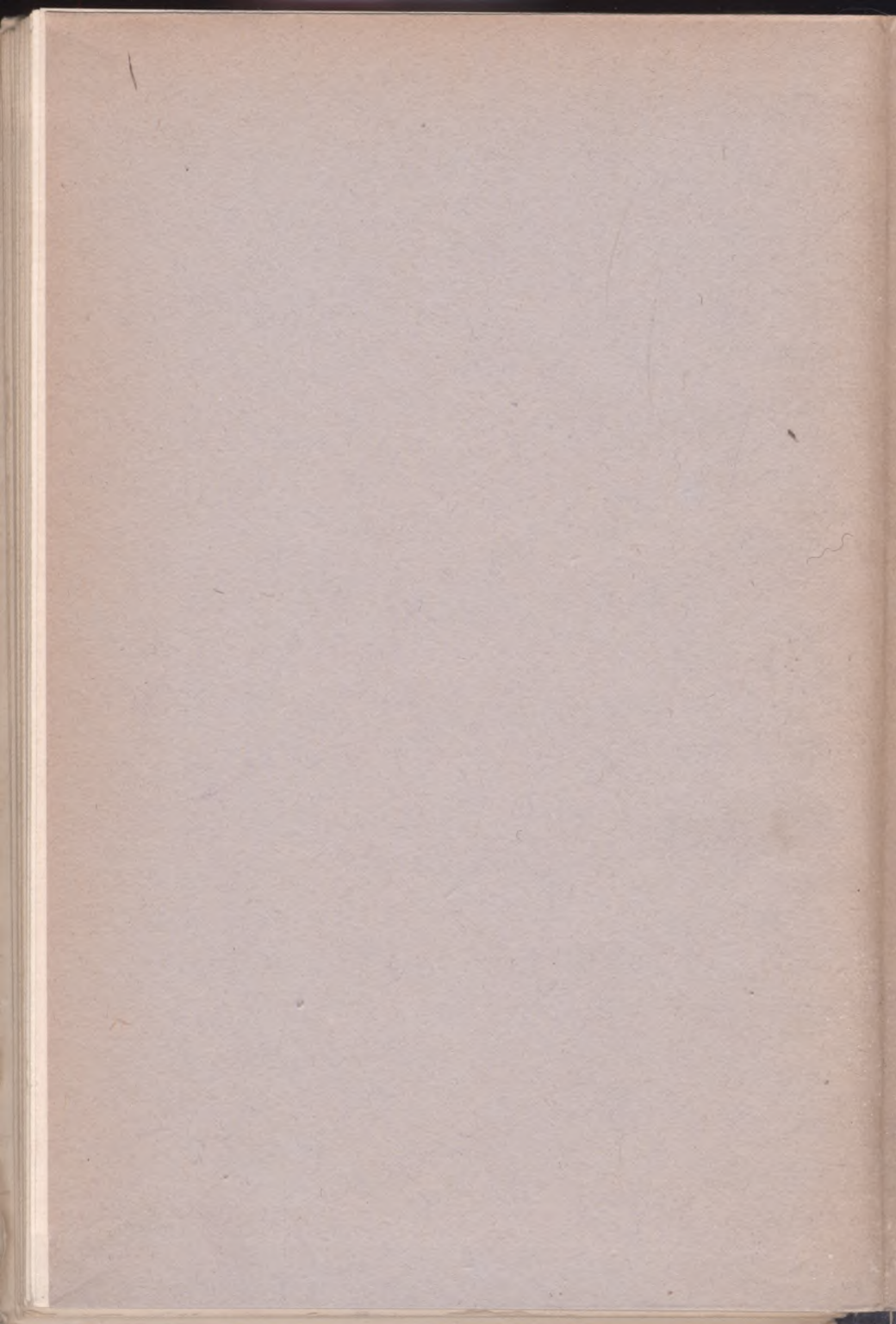
Книга може бути корисною не тільки для лікаря-терапевта, а й для лікарів інших спеціальностей (хірургів, рентгенологів), які вивчають легневі нагноєння.

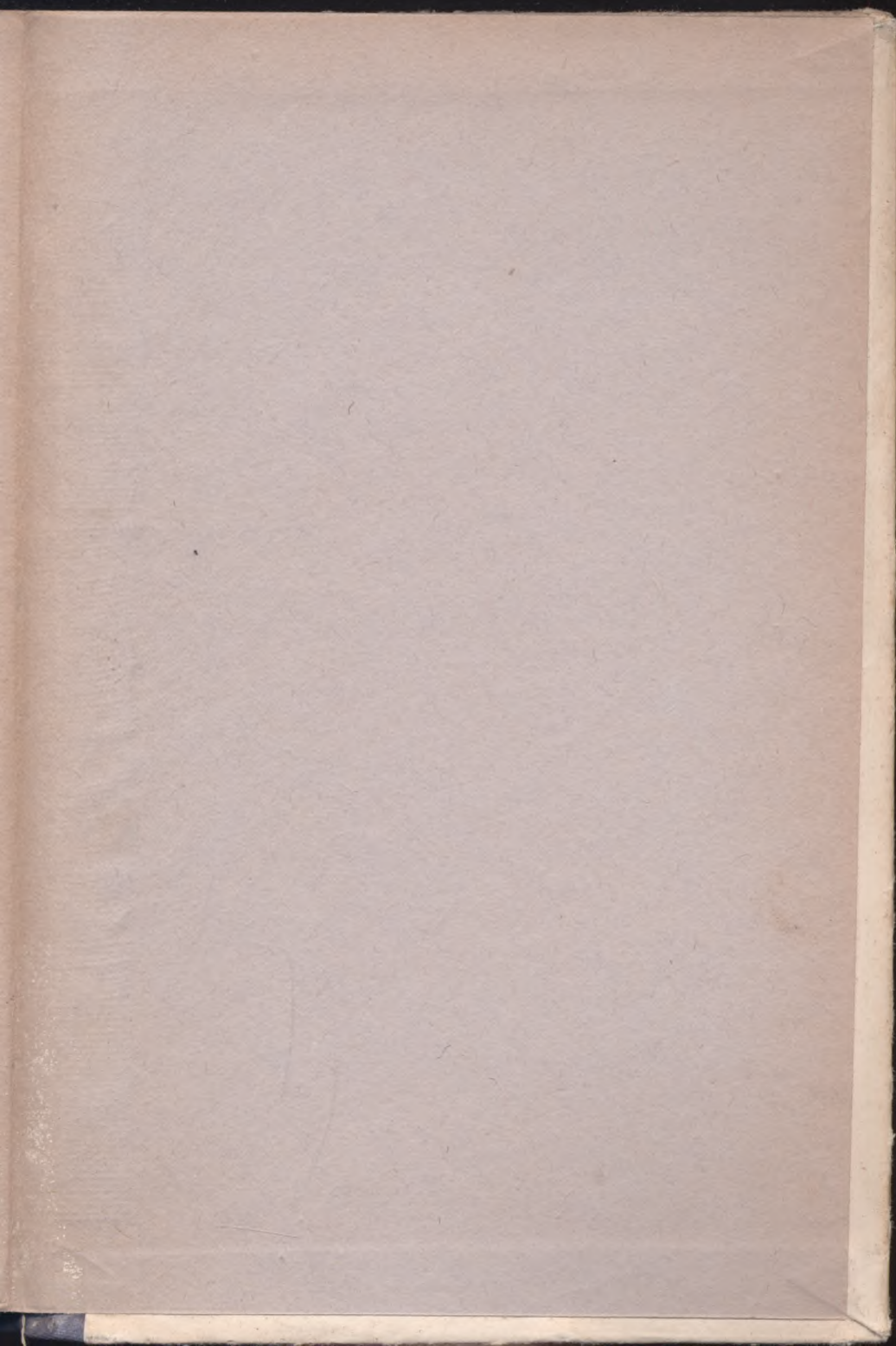
Проф. ФРУМКИН Я. П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. Тираж 5000 екз., стор. 198, ціна 11 крб. 25 коп. (вид. 1950 р.).

В книзі коротко, але досить докладно висвітлені питання диференціальної діагностики найважливіших психічних захворювань. Книга розрахована на практичних лікарів.

З замовленнями звертатися
до всіх книжкових крамниць Укркниготоргу.







6 крб. 45 коп.

