

Т. Ю. Смольнова*

ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФГДО МГМСУ

*Смольнова Татьяна Юрьевна, д-р мед. наук, доц. каф. Москва, Делегатская ул., д. 20/1. E-mail: smoltat@list.ru

В последние годы в акушерстве значительно увеличилась частота рассечения промежности в родах, колеблющаяся в различных госпиталях от 20 до 73% [23]. Не лучше ситуация и в России, где почти половина родов проходит с рассечением промежности. Эта тенденция явилась результатом расширения показаний к проведению вмешательства, причем в ряде случаев сомнительных и необоснованных. Сегодня защита промежности в родах носит формальный характер, а эпизио/перинеотомия стала рутинной процедурой.

Не вызывает сомнений тот факт, что рассечение промежности в родах при определенных клинических ситуациях может предупреждать серьезную травму промежности. Но частота рассечения промежности в родах составляет 80,7%, а частота самопроизвольных разрывов – от 4 до 30%, что позволяет по меньшей мере подвергнуть сомнению все показания, по поводу которых проводится вмешательство. Складывается парадоксальная ситуация – для профилактики травмы в 80,7% случаев наносится ятрогенная травма. Кроме того, по мнению ряда исследователей, процедура сама по себе имеет низкую научную обоснованность.

Помимо необоснованного ятрогенного вмешательства, используемого в большинстве случаев при отсутствии абсолютных показаний, имеет место неправильное понимание тех показаний, на основании которых проводят операции. Все перечисленное в совокупности определяет актуальность проблемы.

В царской России в XVIII–начале XX века отношение к рассечению промежности в родах было крайне сдержанное, считалось целесообразным защитить промежность. Так, частота самопроизвольных разрывов промежности у первородящих составила от 4,3 до 30% по данным разных авторов [2], что не отличалось от данных европейских клиник. Даже при инструментальных родах (при наложении акушерских щипцов: выходных – 43,4%, полостных – 54,8%) по данным сводного отчета, собранного А. В. Ланковицем, частота разрывов промежности II степени не превышала 22,4–40%, а частота ее рассечений составляла лишь 11,9–30,7% [9].

В настоящее время, показания к рассечению промежности носят субъективный характер, что, с нашей точки зрения, является результатом отсутствия школы и системы, а также единых взглядов на целесообразность сохранения промежности в родах, методы ее сохранения, противопоказания и показания к рассечению. Если в 1907 г. Э. Бумм выделял единичные показания к этой операции (чрезмерно большая головка, неблагоприятный механизм прорезывания, рубцовая деформация промежности), то в учебниках акушерства послереволюционной России

показаний существенно больше и носят они уже менее конкретный характер. Появляются такие понятия, как «первородящая в 30 лет с ригидными мягкими тканями», «высокая промежность», «угроза разрыва промежности», «тяжелое состояние беременной», «угроза гипоксии плода», «необходимость немедленно закончить роды».

Однако перечисленные показания достаточно сомнительны. Например, выражение «пожилая первородящая» как не было определено в XIX веке, так не определено и сейчас. Проф. С. Баскин на основании проведенного исследования показал, что только возраст до 20 лет у первородящих актуален при рассмотрении вопроса о возрастных факторах, повышающих риск повреждения мышц тазового дна. Мало того, автор подчеркивает, что в возрасте после 33 лет «этиологическое значение возраста сомнительно..., колебания частоты разрывов незначительны и даже в более позднем возрасте». «Способность к зачатию исчезает раньше, чем ткани меняют свои свойства».

Сомнительна и формулировка «высокая промежность», во всяком случае она отличается от той, к которой мы привыкли. Речь в первоначальном варианте, вероятно, шла о «длинной и узкой промежности», которая действительно является предрасполагающим фактором к разрыву за счет невозможности расширения промежности в ширину. Например, была показана частота разрывов промежности при высоте ее 3,5–4, 3–2 и 2–1,5 см – соответственно 35, 36,5, 41,4%. При этом автор делает очень своевременное заключение, что малые тонкие промежности «расползаются скорее».

Проблема не только в расширении показаний к рассечению промежности в родах, причем в большинстве случаев относительных и субъективных, но и в формализации понятий, обосновывающих ее применение. Так, понятие «ригидная промежность» (является показанием к рассечению промежности) в XIX веке разительно отличалось от аналогичного понятия в XX и XXI веках. В своей докторской диссертации проф. В. О. Мандельберг, обосновывая показания к рассечению при ригидной промежности, которая «препятствует продвижению головки после врезывания или прорезывания малого косога размера в течение 1–1,5 ч и более», так описывает понятие «ригидная промежность»: «...головка долго врезывалась – с 10 ч утра до 2 ч 20 мин, когда решено вмешаться...» или «...головка прорезалась малым сегментом, но несмотря на энергичные потуги в течение 2,5 ч дальнейшего поступательного движения родов не было...».

Формальный подход к решению вопроса привел к тому, что отношение к рассечению промежности в родах стало крайне либеральным, причем до такой степени, что фактически можно констатировать полное отсутствие

принципов в решении данного вопроса. Спорный характер проблемы наметился давно. Еще в 40-х годах XX столетия Р. Л. Зак писал, что “вопрос о защите промежности в родах и способах ее рассечения не является пока достоянием истории... и образ действия акушера... не является решенным...”.

Показания к проведению рассечения основаны, как правило, на двух фундаментальных убеждениях – рассечение промежности в родах уменьшает частоту травм промежности, а также способствует профилактике релаксации мышц тазового дна, что в ряде случаев не находит доказательных аргументов. Утверждения, что данное вмешательство может быть использовано для укорочения второго периода родов, рождения детей с более высокой оценкой по шкале Апгар, а также для профилактики перинатальной асфиксии, также несостоятельны, поэтому в некоторых странах введены ограничения на проведение вмешательства.

В ряде стран процедура проводится лишь в двух случаях: при инструментальных родах и родах крупным плодом. Несмотря на такие ограничения, частота разрывов промежности не превышает 18,8%, причем в 98,4% случаев это разрывы I степени. Все перечисленные аспекты требуют крупномасштабных рандомизированных исследований, серьезного внимания к проблеме, что еще раз подчеркивает ее актуальность.

Отсутствие системы в определении показаний к рассечению промежности в родах не имело бы столь серьезных последствий, если бы вопрос о защите промежности стоял по-прежнему на первом месте. К сожалению, наметилась иная тенденция.

Защита промежности в родах – проблема давняя. Н. М. Максимович-Амбодик в 1784 г. повивальную науку приравнял к искусству, а Ольсгаузен в XIX веке утверждал, что “... при физиологических родах забота о сохранении промежности составляет одну из главных задач и даже самое высшее искусство медика”. Дискуссии о защите промежности поднимались через каждые 15–20 лет. Проблема знала своих ярких защитников (Флоринский В. “О разрывах промежности во время родов”, 1861; Баскин С. “Клинические наблюдения за разрывами промежности в родах”, 1881; Феноменова Н. Н., 1883; Славянский К. Ф., 1886; Введенский А. А., 1893; Мандельберг В. О. и др.) и противников (Менге “О вреде поддержания промежности”; Виганд, 1829; Сканцони, 1855 и др.), которые рекомендовали оставить решение вопроса о “поддержании промежности скучающим акушеркам”. Парадоксально, но даже те ученые, которые считали, что “разрывы промежности являются обстоятельством, неприятным больше для врача и акушерки, чем для большой...”, демонстрировали на съездах “ложку особого придуманного В. О. Мандельбергом устройства для защиты промежности от разрыва”.

В 1905 г. в докторской диссертации В. О. Мандельберг писал, что «в настоящее время можно считать окончательно установленным, что нарушение целостности промежности очень сильно отражается на всем здоровье женщины... приводя ее к телесным и душевным страданиям». А ведь имелись в виду всего лишь разрывы промежности I–II степени.

В связи с этим в конце XIX–начале XX века появилось большое количество изобретений для защиты промежности, которые затрагивали как акушерские пособия и способы выведения головки и плечиков плода, так и механические средства защиты (от зеркал до родовых кроватей). Так, известна свинцовая пластина проф. А. И. Крупского

(1938), которую он вводил во влагалище под головку плода и которая оставалась во влагалище в момент прохождения головки через вульварное кольцо. По форме из мягкого свинца впоследствии были отлиты гинекологические зеркала особой формы (длина ложки достигала 8 см, ширина ее проксимальной части составляла 6,6 см, дистальной – 3 см, глубина выгнутости – соответственно 1 и 0,3 см. По данным автора, частота разрывов при применении этой ложки сократилась с 22,3 до 12,1%.

В стремлении сохранить промежность дело доходило до абсурда. В США родовой акт было предложено заканчивать наложением акушерских шипцов, что позволяло уменьшить объем головки, медленно ее продвигать, исправлять и выводить головку наименьшим размером, правда, число разрывов при этом с 20,6% «уменьшилось» до 31,1% (цит. по [9]). История акушерства знала и постулат доктора Де Ли (США, 1920), который утверждал, что женщинам следует рожать «в сумеречном состоянии и в условиях общей анестезии с применением шипцов и эпизиотомии».

В России, несмотря на значительный интерес к данной проблеме, частота повреждений промежности существенно не менялась. Поэтому работы С. Баскина, В. Флоринского и др. актуальны и в настоящее время.

Представляет интерес установить, что собственно понимается под защитой промежности в сравнении с аналогичной формулировкой прошедших веков, а вопрос, что провоцирует возникновение разрывов промежности, актуален всегда, но приобретает еще большую актуальность в современном акушерстве.

Впервые проблема «защиты промежности в родах и ее целесообразности» стала упоминаться в работах J. Sylvi, L. Bonacioli и др. с 1566 г., о которых упоминает В. Флоринский в 1861 г. в своей докторской диссертации. Фактически с 1566 г. этот вопрос и дискутируется.

Основными целями, которые преследовало ручное пособие по защите промежности, были: 1) удержание головки от быстрого продвижения через половую щель и 2) сгибание головки с целью прохождения через вульварное кольцо наименьшим ее размером – малым косым. Для решения этих вопросов использовалось ректальное пособие по Ольсгаузену и захватывание корнцангом кожи головки по Баландину (с целью ее максимального сгибания). Впоследствии появились различия в суждениях “поддержание промежности” и “защита промежности”, “давление руки на промежность, ее разминание” сменилось на ее защиту “вплоть до стремления “полностью ее не касаться”. Так, в 40–50-е годы Р. Л. Зак четко разграничивал понятие “шаблонное поддержание промежности в родах” и “защита промежности” и считал, что “отмена прикосновения рук к промежности должна быть ведущей». Проведя более 3000 родов, автор сделал вывод о том, что процесс врезывания и прорезывания головки можно регулировать с помощью дыхания и положения роженицы во время потуг, поэтому необходимость ручного пособия сомнительна. Отсутствие принципиальных различий в частоте разрывов промежности с поддержанием и без (10,9 и 11,1% соответственно) диктует необходимость отказаться от пособия. Аналогичные данные приводят и другие авторы – 24,9 и 25% (Зяблов-Пашков), 15,4 и 19%.

Указанные подходы не должны казаться абсурдными. Так, М. Ansfeld из Будапешта в 1940 г. делает вывод, что ручное пособие по защите промежности изменяет качество травм, но не их количество. Кохрейновский обзор за 2011 г., проведенный на рандомизированных исследованиях 11 650 родов, указывает на то, что различные ручные

пособия по защите промежности во втором периоде родов существенно не влияют на частоту разрывов промежности 3–4-й степени, но одновременно увеличивает частоту рассечения в родах.

Анализ литературы по данной проблеме позволяет сделать вывод о том, что разрывы промежности I–II степени и их частота не могут быть предотвращены ручным пособием по защите промежности, и что увеличение количества рассечений в родах при оказании ручного пособия носит субъективный характер и в ряде случаев определяется выдержкой акушера и его опытом (школой) по сохранению промежности в родах. Вывод очень важный. И здесь взгляды и подходы к защите промежности в родах ведущих акушерских школ оказываются в центре внимания.

Р. Л. Зак подчеркивал, что «отмена прикосновения рук к промежности должна быть ведущей», приводит серьезные данные о перинатальных исходах. Так, частота родовой травмы при поддержании промежности и без составила 0,2 и 0,11% соответственно, ранняя неонатальная смертность – 1,4 и 0,65%, синдром аспирации – 0,1 и 0,04%, пневмония – 0,74 и 0,23%, мертворожденность – 1,03 и 0,23% соответственно.

Данный подход непривычно слышать акушерам ХХI столетия, так как пособие по защите промежности в родах прочно вошло в практику. Тем не менее в нем есть рациональное зерно. В 1861 г. В. М. Флоринский провел исследование, при котором определил, что для разрыва промежности на трупe необходима сила в 3,5–4,5 пуда, а на живой женщине – 5–6 пудов. Сила, необходимая для сдерживания головки, составляет 10–20 кг. Поэтому можно представить, какое давление может испытывать головка плода в момент врезывания и прорезывания при неправильно понятом «ручном пособии по защите промежности».

Представляется, что именно этот момент является центральным в дальнейшей «судьбе» промежности. В учебнике акушерства для студентов медицинских вузов читаем: «Для выполнения задачи защиты промежности от повреждений необходимо соблюдать следующие условия: 1) прорезывающая головка должна продвигаться медленно и постепенно... Касаясь головки пальцами во время потуги, задерживают быстрое ее продвижение... Если при сильных потугах правая рука не может задержать быстро продвигающуюся головку, помогают левой рукой». Аналогичное описание содержится в учебниках 1954–1956 гг., а также в учебниках более поздней редакции.

Сравним также текст в учебнике акушерства Э. Бумма 1902 г.: «Приходится видеть, как при защите промежности производятся нецелесообразные манипуляции. Чрезмерно усердствующие начинают действовать тогда, когда головка только начинает показываться и когда о растяжении промежности еще не может быть и речи. Другие долгое время вообще не дают прорезываться головке, удерживают кзади затылок, сжимают и мнут промежность или закрывают ее всей рукой...»¹. Вместе с тем защита промежности предлагает совсем иные действия.

Э. Бумм далее продолжает: «Вы не должны думать, что при естественном ходе родов головка непременно должна разорвать промежность и что без искусственной защиты разрывы неизбежны. Существует достаточно случаев, где головка, предоставленная самой себе, прорезывается столь совершенным образом, что особая защита промеж-

ности является излишней... С другой стороны, нередко бывает, что прорезывание головки происходит слишком бурно... Еще до того, как затылок как следует выкатится из-под лона, начинается разгибание головки и приподнимающийся лоб разрывает одним толчком кожный мостик промежности... При таких условиях защита промежности вступает в свои права...».

Защита промежности, по Э. Бумму, предполагает «восстановление идеальных физиологических условий, которых достичь нетрудно». «Двумя пальцами, расположенными на 3–4 см выше задней спайки ... там, где находятся лобные бугры... во время потуги начинают оказывать противодействие на лоб, а ...затылку вы оставляете путь свободным. Затылок с каждой схваткой поднимается впереди лона и вскоре освобождает также теменные бугры, так что двумя пальцами другой руки можно отодвинуть переднюю окружность половой щели вплоть до затылочной ямки плода. Когда это совершилось, вы можете дать прорезываться лбу...». И нигде нет «...задержания продвижения по родовому каналу» и «...обеими руками задерживают продвижение головки до окончания потуги». В этом месте дословное понимание молодым специалистом текста учебника становится центральным.

Принципиально различными являются и формулировки: «...не дать головке произвести экстензию прежде, чем затылок совершенно выйдет из-под лонного соединения и «...сгибание головки осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образуется точка фиксации».

Примечателен и тот факт, что «разрыву промежности может способствовать сильное давление на промежность сверху вниз левой руки, которая препятствует своевременной экстензии головки», что пропагандируется учебниками акушерства.

Также потеряна преемственность во взглядах и на этиопатогенетические механизмы разрывов промежности в родах. Сегодня размеры плода, его состояние и состояние промежности (ригидная, высокая) являются ведущими. Вместе с тем акушеры XIX столетия говорят не столько о массе и размерах плода, сколько о диспропорциях плода и половой щели, касается ли это неправильного предлежания плода или других причин (например, раннего разгибания головки при ее малых размерах).

Так, В. Флоринский в 1881 г. писал, что «...величина головки не составляет еще неперемного условия для разрыва промежности ...который более зависит от способа прорезывания головки». С. Апетов в 1940 г., проведя обзор литературы по этому вопросу, писал: «...Daparsque в XVII столетии первый, кто высказал мнение, что слишком малые головки могут вызвать разрыв промежности...». Necker в 1861 г. показал, что в 22 случаях из 37 головка достигла нормальных размеров и в 15 случаях лишь немного превышала норму... Fasbender, Liebman, Straus утверждали, что при меньшем объеме головки разрывы встречаются чаще». С. Баскин отметил, что в 64,7% случаев разрыв промежности произошел при малой головке. В итоге, по мнению В. Флоринского, разрывы промежности происходят в основном в тех случаях, «когда головка флексирована мало...», так как различия в длине окружности от бугра затылочной кости до лба и от основания затылочной кости до лба могут составлять 1–5 см. Еще одним фактором, который, как правило, не учитывается и на долю которого приходится более 50% случаев разрывов промежности, является рождение плечиков. А вместе с тем объем плечиков порой превышает окружность головки и мо-

¹Проф. Флоринский в своей докторской диссертации чрезмерное сдерживание головки относит к предрасполагающим факторам разрыва промежности во втором периоде родов.

жет симулировать рождение головки в разгибательных предлежаниях.

Другими факторами, к сожалению, незаслуженно «забытыми», которые также относятся к факторам, увеличивающим риск разрыва промежности в родах, являются: наклон таза (с уменьшением наклона таза процент разрывов увеличивается); плоскость выхода (с укорочением выхода...), узкий выход, длительное стояние головки в плоскости выхода, широкий таз при относительно небольшой головке, острый угол лонной дуги, стриктуры влагалища, широкая и глубокая «запромежностная впадина», «толстая (ожиревшая) промежность». Факт, что при ягодичных предлежаниях частота самопроизвольных разрывов составляет 26% против 11% при головных, в своем роде уникален, поскольку сейчас роды в ягодичном предлежании однозначно ведут с рассечением промежности и проследить истинную частоту разрывов не представляется возможным.

Что касается силы маточных сокращений и их влияния на разрыв промежности, то, несмотря на то что энергичная маточная деятельность способствует стремительному продвижению головки через половые пути, а, следовательно, повышает риск повреждения промежности, эти факторы, по мнению В. Флоринского, влияют на частоту разрывов промежности лишь при наличии перечисленных выше условий.

Несомненно, «разрывы промежности случались во все времена и никакое искусство в мире не могло предотвратить этой случайности, если тому благоприятствовали известные условия...». Поэтому «профилактическое лечение разрывов также необходимо, как лечение грудных болезней». Разные подходы к рассечению вульварного кольца, его целесообразности, показаниям и технике его применения имели как сторонников, так и противников. Различия были в количестве и глубине насечек, а также в способе их ушивания и ведения в послеродовом периоде. Основным показанием к проведению эпизиотомии (насечки)/перинеотомии были объективные препятствия к рождению ребенка со стороны мягких тканей (именно в том понимании, которое описано нами выше): врожденная узость влагалища; ригидность входа во влагалище у пожилых первородящих; рубцы промежности, что, по мнению Дюрсена, «помогало предотвратить не один случай критинизма». Но даже в этих случаях авторы методик разрезов не рекомендовали их к широкому применению из-за сложности сведения леваторов или неполного заживления раны.

В. Е. Радзинский в своей книге «Акушерская агрессия» указывает на распространенность рассечений про-

межности в родах, их высокую частоту и справедливо рассматривает эти закономерности как проявление акушерской агрессии. В своем руководстве он поднимает вопрос о качестве акушерского пособия в родах. По мнению В. Е. Радзинского, данная ситуация объясняется отсутствием практикующих врачей в медицинских училищах, коммерциализацией родильных домов, что препятствует обучению акушеров. И как следствие – «документирование перинеотомии», что, по сути, представляет собой «умывание рук» средним медицинским персоналом, снятие с себя ответственности за произошедшую травму».

Но трагизм всей ситуации намного серьезнее и глубже. Речь идет о потере преемственности между поколениями врачей акушеров-гинекологов и формализации понятий. Фактически сегодня отмечается снижение профессионализма не только акушеров, но и врачебных бригад, которые оставляют заботу о защите промежности на откуп «скучающим акушеркам», что и рекомендовал проф. Ф. Ф. Кетлинский на заседании общества акушеров-гинекологов в Киеве в 1893 г.

Что касается показаний и целесообразности рассечения промежности в родах – это вопрос другого обсуждения. В царской России (1887–1900) частота рассечения промежности в родах (при одновременной частоте самопроизвольных разрывов 9–30%) не превышала 5% (анализ 206 441 родов). За период с 1976 по 1994 г. в США после введения политики ограничения частота использования эпизиотомии снизилась с 86,8% до 10,4%, а число родов с интактной промежностью возросло до 30% при одновременном уменьшении частоты разрывов промежности III–IV степени с 9 до 4,2%.

Принцип Д. Отта и В. О. Мандельберга, в соответствии с которым для сохранения промежности ее надо рассечь, в современных условиях должен быть пересмотрен. Данный принцип был провозглашен в отсутствие методов функциональной диагностики состояния мышц тазового дна, констрикторов и леваторной тарелки, в частности методов визуализации. Да и «хирургическое вмешательство не может являться правильно выбранным профилактическим методом» сохранения целостности, рассечение не может служить методом профилактики повреждения, так же как рассеченная ткань не может сохранять свою функциональную целостность. основополагающие принципы защиты промежности в родах, выработанные предыдущими поколениями, сохраняют свою актуальность, и возврат к ним абсолютно необходимым.

Поступила 26.06.12