

**В.И. Пирогова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последилового образования Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого**

## Вопросы перинеологии в современном акушерстве

**Желание минимизировать любые вмешательства в родах, обеспечить их естественное течение не должно входить в противоречие как с выводами доказательных исследований, так и с реальной необходимостью проведения обоснованных манипуляций.**

К сожалению, на практике, которая не всегда находит свое отражение в статистических данных, мы можем констатировать, что это стремление не всегда приводит к желаемым результатам. Ни одна акушерская операция или манипуляция в современном акушерстве не имеет права быть вмешательством отчаяния или «на всякий случай», а должна иметь свои четко определенные показания, условия, противопоказания и технику выполнения, чтобы не подтвердились практикой обвинения (кстати, не беспочвенные) в акушерской агрессии.

На сегодняшний день в условиях, когда частота использования перинео/эпизиотомии широко варьирует как в различных странах, так и в клиниках, а практики и теоретики акушерства имеют различные, часто противоположные мнения о данном вмешательстве, возникает необходимость еще раз вернуться к вопросу о роли рассечения промежности в предупреждении или, наоборот, возникновении ряда акушерских и гинекологических проблем.

Несмотря на то что дебаты о «рутинном – либеральном» или «селективном» применении перинео/эпизиотомии в родах теряют свою остроту, поскольку в доступной научно-практической литературе освещены результаты многих рандомизированных и сравнительных исследований по этой проблеме, различная частота перинео/эпизиотомии и официально зарегистрированных случаев разрывов промежности III-IV степени свидетельствуют об актуальности проблемы [10, 11, 14, 19].

Рассмотрим некоторые важные аспекты травм промежности и перинео/эпизиотомии, причем вначале обратимся к анатомии тазового дна, знание которой является основой правильного проведения любого оперативного вмешательства.

Тазовое дно является основной структурой, поддерживающей органы малого таза в физиологическом положении, принимающей участие в поддержании внутрибрюшного давления, процессах мочеиспускания и дефекации, удержании мочи и кала [2]. Промежность (perineum) – соответствующий выходу таза тканевый массив ромбовидной формы, ограниченный лобковым симфизом, верхушкой копчика и седалищными буграми. Ее пространство условно подразделяют на переднюю промежность, которая представляет собой кожно-мышечно-фасциальную пластинку между задней спайкой больших половых губ и заднепроходным отверстием, и заднюю, расположенную между заднепроходным отверстием и верхушкой копчика. Под употребляемым в акушерской практике термином «промежность» чаще всего понимают переднюю промежность, так как задняя ее часть существенного значения в акушерстве не имеет. Кожа и мышцы передней промежности при рождении плода в большой степени растягиваются, что нередко приводит к их травме (разрывам) [2]. К сожалению, многие акушеры, в том числе и англоязычные, используют различные термины для обозначения одних и тех же структур или их нарушений – передние разрывы, задние

разрывы, передняя и задняя промежность, подчас не расшифровывая или давая различное толкование использованным терминам, что иногда затрудняет оценку изложенного материала.

Толщу промежности составляют мышцы и их фасции, расположенные в два слоя и образующие тазовое дно. Мышцы промежности распределены в двух направлениях и формируют две треугольные диафрагмы, которые совмещаются своими основаниями почти под прямым углом. Мочеполовая диафрагма (diaphragma urogenitale), через которую у женщин проходят мочеиспускательный канал и влагалище, занимает треугольное пространство между лобковым симфизом спереди (вершина треугольника) и ветвями лобковых и седалищных костей по сторонам. Поверхностно-поперечная мышца (m. transversus perinei superficialis) у женщин развита слабо или вообще отсутствует. Она представляет собой как бы границу между обеими диафрагмами и состоит из двух тонких мышечных пучков, которые идут навстречу друг другу от седалищного бугра и сходятся по средней линии в сухожильном центре (septum tendineum perineale), расположенном между влагалищем и заднепроходным отверстием.

Тазовая диафрагма (diaphragma pelvis), сквозь которую проходит прямая кишка, образует дно тазовой полости. Она занимает задний треугольный промежности, его вершины – копчик и седалищные бугры. Поверхностный слой мышц тазовой диафрагмы представлен наружным сфинктером заднего прохода (m. sphincter ani externus), который охватывает промежностный отдел прямой кишки и осуществляет его произвольное сокращение. Поверхностные пучки мышцы оканчиваются под кожей вокруг заднего прохода кнаружи от произвольного внутреннего сфинктера (m. sphincter ani internus), образованного стенкой прямой кишки; волокна, идущие от верхушки копчика, охватывают задний проход и заканчиваются в сухожильном центре промежности. К глубоким мышцам тазовой диафрагмы относят мышцу, поднимающую задний проход (m. levator ani), и копчиковую мышцу (m. coccygeus), дополняющую ее в заднем отделе. M. levator ani – плоская парная треугольная мышца, образующая как бы перевернутый купол. Она берет начало на стенке таза спереди от нисходящей ветви лобковой кости, латеральнее лобкового симфиза, по бокам от фасции внутренней запирательной мышцы, и сзади – от тазовой поверхности седалищной кости. Отсюда у женщин часть мышечных пучков направляется назад и к середине, охватывая прямую кишку и срастаясь с ее мышечной оболочкой. Другая часть проходит с латеральной стороны, тесно переплетаясь с мускулатурой мочевого пузыря и влагалища, и направляется к верхушке копчика. Мышца поднимает задний проход, укрепляет тазовое дно и сдавливает влагалище, активно участвуя в процессе родового акта [2].

Органы и образования малого таза, представляя собой единый анатомический комплекс, совокупно функционируют как в норме, так и при нарушениях

его целостности. Основные роли по удержанию матки в физиологическом положении принадлежат трем видам тканей и их комбинациям. Это мышечная ткань тазового дна и некоторых связок матки, соединительная ткань фасций и сухожилий тазового дна, фасций полости малого таза и связок матки и костная ткань таза. Основная нагрузка по удержанию органов малого таза ложится на мышечный слой тазового дна, поскольку мышцы и фасции фиксируют матку посредством шейки и влагалища с одной стороны, а с другой – создавая поддержку матки снизу. Поэтому ослабление тазового дна, которое сегодня рассматривают как синдром несостоятельности промежности, приводит к выпадению влагалища и матки, развитию цистоцеле, ректоцеле и другим нарушениям [2, 3, 7].

Разделение несостоятельности тазового дна на травматическую и нетравматическую (функциональную) можно считать условным. По некоторым данным, появлению несостоятельности тазового дна предшествует ослабление мышечного компонента, по другим – врожденная аномалия структуры соединительной ткани (дисплазия соединительной ткани) является более значимой, чем различные факторы и родовая травма [16]. Проследить истинную роль дисплазии соединительной ткани как первичной причины несостоятельности тазового дна возможно лишь у женщин, страдающих пролапсом гениталий и не имевших в анамнезе беременности в сроке более 20 недель, а таких женщин, по данным разных авторов, не более 1% [3, 16]. В то же время накопленные на сегодня данные свидетельствуют, что нетравматические факторы (дисплазия соединительной ткани, гипострогенные состояния, генетическая обусловленность) реализуются под воздействием повреждающего агента, когда при травме (повреждении) тазовой диафрагмы происходит снижение сократительной и поддерживающей способности тканей [12]. Таким образом, функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна (мышечного каркаса) может быть следствием посттравматического повреждения тазового дна, которое чаще всего возникает в процессе родов [2, 3, 12, 16].

Несмотря на продолжающиеся поиски оптимальных методов ведения родов через естественные родовые пути, число травм промежности не имеет тенденции к снижению и происходит более чем у половины рожениц. По данным разных авторов, число разрывов промежности I-2 степени колеблется от 18 до 78% (при этом не все они фиксируются). Частота применения перинеотомии также неодинакова не только в разных странах, но и в разных клиниках, колеблясь от 10 до 73% [8, 10, 11, 14, 19]. Одни исследователи отмечают неуклонный рост этих манипуляций, другие же указывают на значительное снижение применения перинео/эпизиотомии в течение последних лет во Франции, Швеции, Нидерландах, США, при этом в некоторых странах с одинаковой частотой отвечают на судебные иски как по осложнениям от эпизио- и перинеотомии, так и по отказу



В.И. Пирогова

**«...Мои студенты приходят в уныние, когда я говорю им, что половина из того, чему вас учат, через 10 лет будет признана ошибочной. Проблема состоит только в том, что никто не знает, какая это будет половина...»**

С. Барвелл,  
декан Гарвардского факультета медицины (1956)

от их применения. В то же время, по данным некоторых исследований, можно предположить, что истинная частота эпизиотомии и разрывов промежности, вероятно, выше, чем заявляется в официальных статистических отчетах [14].

Рассечение промежности в родах широко применяется в клинической практике с XVIII века. Накопленный опыт использования перинеотомии очерчивает важный круг проблем современного акушерства, которые решаются в ходе проведения клинических исследований: наилучшая техника выполнения операции, показания, целесообразность применения, группы риска разрыва и рассечения промежности, отдаленные последствия и, наконец, оптимальная частота рассечений промежности. Вместе с этим оценка акушерского рассечения промежности весьма неоднозначна. С одной стороны, перинео/эпизиотомия – фактор, предотвращающий любые разрывы промежности и способ профилактики повреждения наружного анального сфинктера и прямой кишки. С другой – рассечение промежности является фактором, не только в три-четыре раза увеличивающим риск разрыва промежности 3-4 степени, но и увеличивающим общее количество травм промежности [9, 18, 24, 33]. Остается открытым вопрос, что же обуславливает такие осложнения рассечения промежности? Около 67% так называемых малых эпизиотомий с длиной разреза до 2-3 см провоцируют банальные разрывы промежности, и даже без повреждения сфинктера прямой кишки акушеры сталкиваются с рваной раной при манипуляции, предназначенной для ее предупреждения. Аналогичные парадоксы наблюдаются у рожениц с воспалительными изменениями слизистой влагалища [5].

Обсуждаются также отдаленные последствия рассечения промежности для состояния тазового дна. Ключевой вопрос этой дискуссии – является ли рассечение промежности в родах профилактикой или предрасполагающим фактором для дальнейшей слабости тазового дна, развития пролапса гениталий и сопутствующей этому патологии?

На сегодня уточняются основные факторы риска рассечений промежности в родах. Среди них рассматриваются первые роды, крупный плод, возраст роженицы, высота промежности (высокая и низкая промежность), оперативные вмешательства (акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода), эпидуральная анестезия, расовая предрасположенность, уровень образования рожениц

(чем выше, тем большая вероятность эпизиотомии в родах), роды в частных клиниках, зависимость от квалификации медицинского персонала [19, 21, 26].

Существует несколько вариантов рассечения промежности в родах [1, 3, 5, 9].

Различают:

- перинеотомию — разрез по средней линии промежности, где имеется минимальное число сосудов и нервных окончаний;

- эпизиотомию — боковой разрез промежности, выполняется на 2-3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру;

- латеральную перинеотомию — разрез от задней спайки в сторону седалищного бугра под углом 30-40°.

В англоязычной литературе любые рассечения промежности обозначаются термином «эпизиотомия», при этом срединная эпизиотомия — то же, что и перинеотомия; латеральная эпизиотомия — то же, что и эпизиотомия; срединно-латеральная эпизиотомия — то же, что и латеральная перинеотомия (рис.).

Особенности топографической и акушерской ситуации допускают выбор между различными видами рассечения промежности. Доказано, что выполнение латеральных рассечений промежности должно выполняться только вправо вследствие характера нервных стволов и сосудистых пучков: справа они носят расспынный, а слева — стволый характер [5].

Рассечение промежности производится ножницами. Для этого вне потуги бранша с тупым концом вводится по направлению предполагаемого разреза между подлежащей частью и стенкой влагалища. Введение бранши осуществляется под контролем пальца. Разрез производится на высоте потуги, когда ткани промежности наиболее растянуты. При этом ошибочным является мнение о «безболезненности» манипуляции. Согласно многим клиническим руководствам рассечение промежности должно проводиться с адекватным обезболиванием (инфильтрационная анестезия).

При перинеотомии рассекаются задняя спайка и прилежащая к ней слизистая влагалища, кожа, подкожная клетчатка, фасции, луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности и лобково-копчиковая часть мышцы, поднимающей задний проход. При этом нарушается медиальная точка опоры этих мышц. Кроме того, при перинеотомии можно

повредить целостность центрального фасциального узла промежности. Грозным осложнением перинеотомии является также продление разреза до наружного сфинктера и стенки прямой кишки, когда формируется разрыв промежности 3-4 степени (в англоязычной литературе — «задний разрыв»).

При эпизиотомии рассекаются кожа и подкожная клетчатка больших половых губ, стенка влагалища, фасции, луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности и частично подвздошно-копчиковая и лобково-копчиковая части мышцы, поднимающей задний проход. При этом пересекаются периферические ветви полового сосудисто-нервного пучка, что часто приводит к кровотечению, образованию гематом, нарушению кровоснабжения и иннервации этой области. Кроме того, при эпизиотомии можно повредить большую железу преддверия влагалища и ее протоки. Снизить риск осложнений рассечения промежности можно, рассекать промежность по типу латеральной перинеотомии, однако и с помощью этого направления разреза все же не удастся избежать повреждения указанных мышечно-фасциальных структур.

Показаниями для рассечения промежности в неосложненных вагинальных родах являются угроза разрыва или признаки начавшегося разрыва промежности (резаная рана предпочтительнее рваной) и необходимость укорочения второго периода родов, связанную или не связанную с состоянием плода [1, 5, 7, 21]. Не подлежит обсуждению хирургический постулат, что резаная рана технически восстанавливается и заживает лучше рваной [6].

Следует отметить, что противопоказания к рассечению промежности почти никогда не уточняются авторами учебников, пособий и рекомендаций. Так, например, низкая промежность является противопоказанием для проведения перинеотомии, поскольку в этом случае разрез почти всегда переходит в разрыв с повреждением прямой кишки. Следовательно, необходимо оценивать в конкретных ситуациях возможность выбора определенного типа рассечения промежности. Срединную эпизиотомию (перинеотомию) следует выполнять при угрозе разрыва высокой промежности, при преждевременных родах, тогда как срединно-латеральную — при угрозе разрыва низкой промежности, тазовом предлежании плода, рубцовых изменениях промежности после ее зашивания при предыдущих родах, акушерских операциях, для коррекции затрудненного выведения плечиков при их дистопии. Латеральная эпизиотомия показана в случае наличия опухоли или варикола промежности [1].

Возможно, представление практических врачей и акушеров о перинеотомии как о манипуляции, не имеющей угрожающих жизни последствий, служит одной из многочисленных причин столь широкого ее применения. На современном этапе польза рутинного проведения эпизиотомии опровергнута, а «рекомендуемая норма» (если это можно рассматривать как норму, скорее — «необходимая частота вмешательства») сохраняется на уровне 20-30% всех родов [10]. Ограниченное использование эпизиотомии при неосложненных вагинальных родах обладает рядом преимуществ по сравнению с политикой рутинного ее использования. На фоне ограниченного использования эпизиотомии наблюдается меньше травм задней промежности, использование меньшего количества швов и меньшее количество осложнений, связанных с заживлением ран, но отмечается увеличение количества травм передней промежности. По различным данным, разрывы промежности происходят в 15-40% родов через естественные

родовые пути, статистические вариации обусловлены многими факторами [10, 18].

К факторам риска разрыва промежности в первых родах относятся вес плода, возраст матери, усиление родовой деятельности окситоцином, длительность второго периода родов (длительность менее 30 и более 60 мин значительно увеличивает риск разрыва промежности), применение масел и других смазок во втором периоде родов, способы обезболивания родов (риск разрыва промежности напрямую зависит от степени болезненности родов, но в то же время управленческие роженицей своими потугами — условие, значительно снижающее риск разрывов) [3, 5, 16, 26].

Среди причин, наиболее часто приводящих к разрывам промежности в повторных родах, исследователи отмечают наличие травмы промежности в анамнезе, особенно в сочетании с операцией наложения акушерских щипцов. При такой клинической ситуации риск получения повторной травмы возрастает в 2-3 раза [21, 24, 26].

Разрыв промежности может начинаться с задней или боковой стенок влагалища, или с задней спайки с последующим переходом на ткани промежности и заднюю стенку влагалища. Разрыву предшествуют признаки угрозы разрыва промежности: значительное выпячивание промежности, отек, цианоз кожи промежности, постепенно переходящий в побледнение с характерным блеском измененной кожи, появление микротрещин. Появление этих признаков обусловлено первично нарушением венозного оттока от тканей промежности, а затем — ишемизацией тканей вследствие сдавления артерий [1].

В отечественном акушерстве различают три степени разрыва промежности:

I — нарушается целостность задней спайки, может произойти повреждение задней стенки влагалища и кожи промежности без травмирования мышечно-фасциальных образований тазового дна;

II — повреждается кожа промежности, стенки влагалища и мышцы тазового дна, при этом наружный сфинктер анального отверстия и стенка прямой кишки остаются неповрежденными;

III — повреждение промежности достигает и затрагивает m. sphincter ani externus, а иногда и переднюю стенку прямой кишки (неполный и полный разрыв по Малиновскому).

Однако в большинстве стран Европы и Америки используется градация, которая включает четыре степени разрыва промежности. При этом разрывы I и II степени соответствуют отечественной системе, разрыв III степени подразумевает повреждение промежности, которое затрагивает только наружный жом анального отверстия, а разрыв IV степени включает повреждение тканей промежности, m. sphincter ani externus и стенку прямой кишки [21].

В редких случаях может произойти так называемый центральный разрыв промежности, когда роды проходят через искусственно образованный канал в тканях задней стенки влагалища, мышц тазового дна и кожи промежности, при этом задняя спайка и анальный сфинктер остаются неповрежденными.

Общий риск разрывов промежности III-IV степени составляет 1% при влагалищном родоразрешении [21]. Увеличение частоты разрывов промежности III-IV степени могут обуславливать вес плода более 4 кг (более 2%); персистирующее переднеголовное предлежание (более 3%); первые роды (более 4%); родоусиление (более 2%); эпидуральная анестезия (более 2%); продолжительность второго периода родов больше часа (более 4%); дистопия плечиков (более 4%); срединная эпизиотомия (перинеотомия) (более 3%); родоразрешение при помощи

акушерских щипцов (более 7%). Клиницисты должны знать факторы риска акушерского повреждения анального сфинктера, в то же время осознавая, что знание факторов риска не всегда помогает в профилактике и прогнозировании развития данных осложнений [23, 24, 26, 29].

Многие авторы считают, что у женщин старше 30-35 лет ткани промежности менее эластичны, что обуславливает их ригидность и повышает риск разрывов во время родов [1, 2]. Рубцы промежности, оставшиеся после предыдущих родов, способствуют уменьшению растяжимости тканей и увеличивают вероятность разрывов [3]. При крупном плоде, неправильных положениях и предлежаниях плода, при заднем виде затылочного предлежания, при тазовом предлежании или если одновременно с головкой по родовым путям идет ручка младенца, риск разрыва промежности повышается [4].

Пути снижения акушерской травмы промежности состоят в своевременной профилактике, диагностике и лечении осложнений беременности, в том числе нарушений биоценоза влагалища, грамотном неагрессивном ведении родов, выполнении эпизиотомии по показаниям.

В ряде европейских стран, Украине, России традиционно применяется акушерское пособие по защите промежности. Это совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода, направленных на содействие физиологическому механизму родов и на предупреждение разрыва промежности. Вопрос положительного влияния акушерских пособий на состояние промежности по-прежнему остается спорным. Одни авторы считают его оказание чрезвычайно эффективным для сохранения промежности, другие утверждают, что риск и разрывов, и рассечений промежности при применении этих манипуляций значительно растет. Спорным является также дифференцированное использование акушерского пособия в зависимости от паритета: применение пособия у первородящих является мероприятием, защищающим от травм промежности, а для повторных родов эта закономерность не выявлена. Проблему эффективности акушерского пособия по сохранению целостности тканей промежности можно рассматривать также в контексте «вертикальных» родов, имеющих меньший процент перинеальных травм [15, 32].

Таким образом, одним из путей снижения числа случаев перинеальной травмы является ограничение использования и оптимизация пособия по защите промежности и применения перинео- и эпизиотомий по показаниям. В связи с этим нельзя не отметить недопустимость документальной фиксации перинеотомии вместо разрыва 1-2 степени или заведомое уменьшение степени тяжести разрыва промежности как снятие ответственности с медицинского персонала за произошедшую травму.

Важным аспектом является качественное восстановление поврежденной промежности в раннем послеродовом периоде, что обуславливается хорошим знанием анатомии; правильным и своевременным зашиванием раны с тщательным сопоставлением поврежденных мышц; обезболиванием, позволяющим адекватно восстановить мышечный слой; правильным выбором шовного материала.

Во многих публикациях отмечается недостаточно ответственное отношение медицинского персонала к операции перинеорофии. На фоне сложности клинического ведения родов, риска возможных осложнений, зачастую смертельных

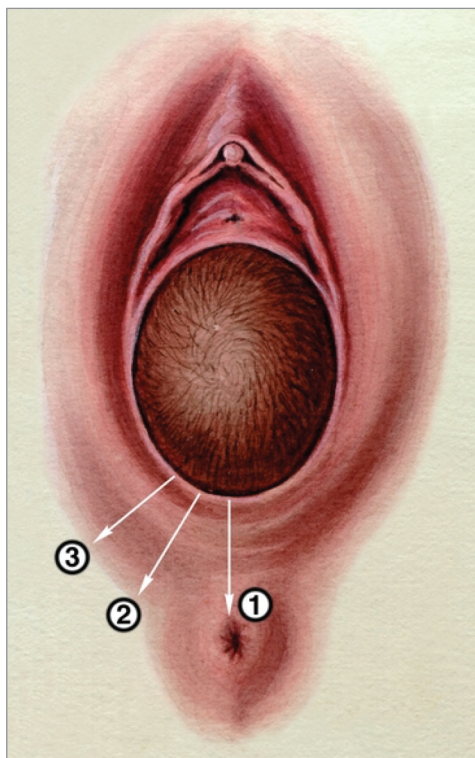


Рис. Типы рассечения промежности

- 1 — срединная эпизиотомия (перинеотомия);
- 2 — срединно-латеральная эпизиотомия (латеральная перинеотомия);
- 3 — латеральная эпизиотомия (эпизиотомия).

Продолжение на стр. 18.

**В.И. Пирогова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого**

## Вопросы перинеологии в современном акушерстве

Продолжение. Начало на стр. 16.

для жизни матери и плода, зашивание перинеальной раны кажется чрезвычайно простым и наименее рискованным. Зашивание промежности часто поручают молодым акушерам, интернам без контроля со стороны опытных врачей, что может негативно влиять на результаты операции. Восстановление акушерских повреждений анального сфинктера должно проводиться подготовленными врачами. Частью акушерского тренинга должно быть проведение соответствующей подготовки врачей для проведения восстановления акушерских повреждений анального сфинктера. Во многих клиниках Евросоюза разработаны и проводятся тренинговые курсы для акушерского персонала с целью улучшения навыков восстановления целостности поврежденных тканей, в том числе с использованием моделей и аудиовизуальных пособий, поскольку сохранение функции промежности после ее травмы во многом зависит от качества восстановления и заживления [21, 34].

Операция перинеорафии производится в раннем послеродовом периоде после осмотра мягких родовых путей при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Важным аспектом является адекватное обезболивание, что позволяет достичь наилучшего доступа к поврежденным мышцам, которые вне болевых ощущений находятся в покое. Сокращение мышц тазового дна при нарушенной медиальной точке опоры является причиной значительной их дистопии, что значительно усложняет задачу хирурга добиться тщательного сопоставления поврежденных мышц.

При любой степени разрыва рана промежности должна восстанавливаться послойно. Размозженные участки краев раны необходимо иссечь. Для предупреждения образования гематом влагалитца необходимо обеспечение визуализации верхнего угла раны при помощи влагалитчных зеркал. Зашивание слизистой оболочки влагалитца проводят с использованием отдельных узловых швов (синтетическая рассасывающая нить) на расстоянии 1 см друг от друга (непрерывный шов может приводить к стягиванию влагалитца), контролируя проведение иглы под дном раны с целью предупреждения образования гематом. При зашивании раны промежности необходимо следить за тщательным послойным восстановлением тканей и оптимальным натяжением нитей, что обеспечивает, с одной стороны, хорошее сопоставление тканей и гемостаз, с другой — исключает ишемизацию тканей. Эти особенности — один из аспектов хорошего заживления раны.

При разрыве промежности I степени накладывают отдельные узловы швы на слизистую оболочку влагалитца, после чего края кожи сопоставляют непрерывным подкожным косметическим швом. Допустимо использование отдельных шелковых швов, однако непрерывный подкожный шов синтетическими рассасывающимися нитями для сопоставления кожи промежности имеет больше преимуществ: менее выражен болевой синдром, лучше и быстрее происходит заживление раны, меньшая распространенность рубцовой ткани.

При разрыве промежности II степени сначала накладывают шов на верхний угол разрыва слизистой оболочки влагалитца. Затем отдельными погружными

швами соединяют поврежденные мышцы промежности с использованием исключительно современных, синтетических длительно рассасывающихся шовных материалов, а не быстро рассасывающегося, даже хромированного, кетгута. Необходимо помнить, что потерявшая точку опоры мышца, сокращаясь, изменяет свое нормальное анатомическое положение. Поэтому восстановление мышечного слоя промежности важно производить, руководствуясь не только знанием нормальной анатомии области, но и конкретной топографической ситуацией. Недопустимо наложение погружных швов без полной уверенности в сопоставлении именно мышечной ткани. К тому же недостаточный захват мышц может привести к их расхождению, а значит — последующей несостоятельности тазового дна. После восстановления мышечного слоя зашивание промежности производят так же, как и при разрыве I степени. Существует методика зашивания промежности путем послойного наложения непрерывного шва. Для этого используют синтетические рассасывающиеся нити на атравматичных иглах. Широкое распространение получил метод перинеорафии по Шуте (1959), при котором в толще промежности не образуются узлы и все слои приходят в плотное соприкосновение [20].

Технически наиболее сложным является перинеорафия при разрыве промежности III-IV степени. В первую очередь уточняется размер разрыва стенки прямой кишки, определяются края разорванного сфинктера прямой кишки. Если существуют сомнения в градации разрыва третьей степени, необходимо классифицировать разрыв на более высокую, а не на более низкую степень. Восстановление разрывов третьей и четвертой степени должно проводиться в условиях операционной, под региональной или общей анестезией [21, 28, 35].

Операция состоит из трех этапов с обязательной сменой набора инструментов. Первым этапом является восстановление целостности прямой кишки отдельными синтетическими швами с захватыванием слизистого и мышечного слоев начиная с угла раны. Узлы завязываются в просвет кишки. После смены инструментария и обработки рук хирурга отыскивают концы разорванного сфинктера прямой кишки. На сегодня нет систематических обзоров для определения наилучших шовных материалов для восстановления наружного и внутреннего анального сфинктера. Использование тонкого шовного материала предпочтительнее из-за снижения частоты симптомов раздражения и дискомфорта. На третьем этапе зашивание поврежденной промежности производят так же, как и при разрыве II степени [30, 31].

Важным аспектом обеспечения заживления раны промежности, особенно при разрывах III-IV степени, является послеродовый уход. Рекомендуются использование антибиотиков широкого спектра во время операции и в послеоперационном периоде с целью снижения частоты послеоперационных инфекционных осложнений и расхождения раны, а также включение метронидазола в схему лечения из-за наличия анаэробов в кале [21, 25]. В послеоперационном периоде рекомендуют так называемую сухую обработку швов, когда область швов не обмывают, а осторожно обсушивают сухими стерильными тампонами и обрабатывают

раствором перманганата калия или другими антисептиками. Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. При отеке тканей промежности на область швов в первые сутки назначают пузырь со льдом. Отек шва является неблагоприятным фактором не только с позиции формирования пуэрперальной язвы, но и даже при заживлении тканей первичным натяжением в связи с формированием грубого рубца, снижающего дальнейший тонус промежности. К физиотерапевтическим методикам, успешно применяющимся при осложнениях заживления раны промежности в послеродовом периоде, относят ультразвуковую терапию, лазеротерапию, СВЧ-терапию дециметровыми волнами, магнитно-инфракрасное облучение [21, 35].

При разрывах промежности III-IV степени в течение первых дней родильница получает жидкую пищу. Слабительное дают на четвертые сутки послеродового периода, после чего снимают швы. Нами не найдены систематические обзоры, в которых бы оценивалось применение слабительных средств и размягчителей стула. Однако есть исследования, рекомендующие применение размягчителя стула лактулоза в течение 10 дней после заживления раны.

При всей серьезности и сложности проблемы травмы промежности в родах, влиянии ее на качество жизни женщин, перенесших акушерскую перинеальную травму, диспансеризация их практически не проводится. В то же время акушерская травма промежности является ведущим фактором, инициирующим постепенное и неуклонное развитие несостоятельности тазового дна, приводящей к развитию пролапса тазовых органов и комплекса осложнений — сексуальной дисфункции, нарушению биоценоза влагалитца, заболеваниям шейки матки, расстройствам мочеиспускания и дефекации, которые характеризуют синдром несостоятельности тазового дна [2, 3, 13, 22].

Для повышения эффективности профилактики пролапса гениталий женщин, перенесших травму мягких родовых путей, сразу после родов следует выделять группы диспансерного наблюдения с проведением обследования через 6 и 12 месяцев и обучения методикам, позволяющим своевременно и рационально восстановить нормальные анатомические структуры тазового дна. Эффективными для скорейшего восстановления тонуса промежности и укрепления мышц тазового дна после родов являются упражнения по Кегелю, Юнусову, Духанову в течение 6-12 недель [4, 17].

Кроме того, диспансеризация женщин репродуктивного возраста с акушерской травмой промежности в анамнезе позволила бы выделить группы риска повторных перинеальных травм. Все женщины с акушерскими повреждениями анального сфинктера в анамнезе должны получать информацию о повышенном риске развития недержания кала либо ухудшения симптомов в случае последующего влагалитчного родоразрешения. Женщины с акушерскими повреждениями анального сфинктера в анамнезе, у которых присутствуют симптомы недержания кала либо получены патологические результаты эндоанальной ультрасонографии и/или манометрии [23, 27], должны иметь возможность выбора планового кесарева сечения [21].

### Литература

- Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — 128 с.
- Куликовский В.Ф., Олейник Н.В. Тазовый пролапс у женщин: Руководство для врачей. М.: ГЭотар-медиа, 2008. — 256 с.
- Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах /

- Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 336 с.
- Пирогова В.И., Томич М.В. Нехірургічна корекція неспроможності м'язів тазового дна та пролапсу тазових органів // Жіночий лікар. — 2010. — № 1. — С. 28-32.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2011. — 688 с.
- Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Ю.К. Абаев. — Ростов н/Д.: Феникс, 2006. — 427 с.
- Султанова С.Г. Причины разрывов промежности и их лечение // Международный медицинский журнал. — 2010. — № 1. — С. 60-62.
- Чернов А. Эпизиотомия — польза или вред? // 3 турботою про жінку. — 2008. — № 5. — С. 30-33.
- Aytan H., Tapisiz O.L., Tuncaç G., Avsar F.A. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2005. — Vol. 121(1). — P. 46-50.
- Carrolli G., Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
- de Oliveira S.M., Miquilini E.C. Frequency and criteria for indication of episiotomy // Rev. Esc. Enferm. USP. — 2005. — Vol. 39(3). — P. 288-295.
- DeLancey J.O.L. et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse // Obstet Gynecol. — 2007. — 109 (2 Pt 1). — P. 295-302.
- Digesu GA, et al. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life // BJOG. — 2005. — 112(7). — P. 971-976.
- Goldberg J., Purfield P., Roberts N. et al. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study // J. Reprod. Med. — 2006. — Aug. — Vol. 51(8). — P. 603-609.
- Hofmeyr G.J. Evidence-based intrapartum care // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. — 2005. — Feb. — Vol. 19(1). — P. 103-115.
- Lukacz E.S. et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders // Obstet Gynecol. — 2006. — 107(6). — P. 1253-1260.
- Lukban J.C. et al. Safety and effectiveness of Colpexin Sphere in the treatment of pelvic organ prolapse // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. — 2006. — 17(5). — P. 449-454.
- Ogunyemi D., Manigat B., Marquis J., Bazargan M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery // J. Nat. Med. Assoc. — 2006. — Vol. 98 (11). — P. 1874-1881.
- Riethmuller D., Courtois L., Maillet R. Liberal versus restrictive practice of episiotomy: do there exist specific obstetrical indications for episiotomy? // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). — 2006. — Vol. 35 (1 Suppl.). — P. 1S32-1S39.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Methods and materials used in perineal repair. London (UK): RCOG; 2004. Green-top guidelines No. 23. — 10 p.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of third- and fourth-degree perineal tears. London (UK): RCOG; 2007. Green-top Guideline No. 29. — 11 p.
- Sartore A., De Seta F., Maso G. et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery // Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 103 (4). — P. 669-673.
- Andrews V., Sultan A.H., Thakar R., Jones P.W. Occult anal sphincter injuries: myth or reality? // BJOG. — 2006. — 113. — P. 195-200.
- Bodner-Adler B., Bodner K., Kaider A., et al. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types // J Reprod Med. — 2001. — 46 (8). — P. 752-756.
- Buppasiri P., Lumbiganon P., Thinkhamrop J., Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for fourth-degree perineal tear during vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD005125.
- Christiansen L.M., Bovbjerg V.E., McDavitt E.C., Hulfish K.L. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 255-60.
- Faltin D.L., Boulvain M., Irion O., Bretones S., Stan C., Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict faecal incontinence // Obstet Gynecol. — 2000. — 95. — P. 643-647.
- Fernando R., Sultan A.H., Kettle C., Thakar R., Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database Syst Rev 2006; (3): CD002866.
- Fitzpatrick M., McQuillan K., O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome // Obstet Gynecol. — 2001. — 98. — P. 1027-1031.
- Garcia V., Rogers R.G., Kim S.S., Hall R.J., Kammerer-Doak D.N. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: A randomized trial of two surgical techniques // Am J Obstet Gynecol. — 2005. — 192. — P. 1697-1701.
- Kettle C., Hills R.K., Jones P. et al. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial // Lancet. — 2002. — 359 (9325). — P. 2217-2223.
- Mayerhofer K., Bodner-Adler B., Bodner K., Rabi M., Kaider A., Wagenbichler P. et al. Traditional care of the perineum during birth // J Reprod Med. — 2002. — 47. — P. 477-482.
- Riskin-Mashiah S., O'Brian Smith E., Wilkins I.A. Risk factors for severe perineal tear: Can we do better? // Am J Perinatol. — 2002. — 19 (5). — P. 225-234.
- Thakar R., Sultan A.H., Fernando R., Monga A., Stanton S. Can workshops on obstetric anal sphincter rupture change practice? // Int Urogynecol J. — 2001. — 12: S5.
- Williams A., Adams E.J., Tincello D.G., Alfrevic Z., Walkinshaw S.A., Richmond D.H. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial // BJOG. — 2006. — 113. — P. 201-207.