

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНЕАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПРИ ПОВТОРНЫХ РОДАХ

М. Р. ОРАЗОВ, Е. С. КАМПОС, В. Е. РАДЗИНСКИЙ, М. Б. ХАМОШИНА

Российский университет дружбы народов, Москва

Перинеальная травма – одно из самых частых осложнений родов через естественные родовые пути. Опасность ее заключается в отдаленных последствиях, влияющих на здоровье и качество жизни женщины – пролапс гениталий, недержание мочи и кала, боль и дискомфорт в промежности, диспареуния. Данное исследование посвящено поиску и анализу факторов риска травмы промежности у повторнородящих: проведен ретроспективный анализ истории родов и первичной медицинской документации родильного дома № 29 за 2015-2016гг. Результатом исследования продемонстрировано значительное увеличение родового травматизма у женщин с факторами риска по сравнению с контрольной группой. Значимыми факторами риска явились: крупные размеры плода, сужение таза, рубец на промежности после перенесенной родовой травмы, родостимуляция и оперативное влагалищное родоразрешение.

Ключевые слова: влагалищные роды, пролапс гениталий, перинеальная травма, родовая травма.

Perineal injury is the most common complication of vaginal delivery. It can lead to dangerous long-term effects, affecting on women's health and quality of life. These complications are pelvic floor disorders, urinary and fecal incontinence, perineal pain, dyspareunia. The aim of this study is to assess the impact some risk factors on perineal injury in multiparous. The result is increase of childbirth injury in women with risk factors, such as fetus weight, operative vaginal delivery, contracted pelvis, labor's induction, perineal scar.

Key words: vaginal delivery, postpartum pelvic floor support, pelvic organ prolaps, perineal injury, childbirth injury.

Актуальность

Несмотря на продолжающиеся поиски оптимальных методов ведения родов через естественные родовые пути, число травм промежности не имеет тенденции к снижению и происходит по данным разных авторов более чем у половины рожениц. Одни исследователи отмечают неуклонный рост травм промежности, в частности связанных с применением эпизиотомии, другие же указывают на снижение их в течение последних лет, например, во Франции, Швеции, Нидерландах, США. В то же время, есть основания предположить, что истинная частота эпизиотомий и разрывов промежности, вероятно, выше, чем заявляется в официальных статистических отчетах [3].

Причинами перинеальной травмы является крупный плод, анатомически и клинически узкий таз, аномалии родовой деятельности, быстрые или стремительные роды, неправильные вставления головки плода, ригидность, воспалительные изменения промежности и неправильное оказание акушерских пособий.[2] Так же по данным разных исследователей, к факторам риска можно отнести возраст матери (ткани промежности после 30-35 лет становятся менее эластичны), усиление родовой деятельности окситоцином, длительность второго периода родов (менее 30 и более 60 минут), метод обезболивания родов. Касаемо повторных родов, исследователи отмечают наличие травмы промежности в анамнезе, особенно после оперативного вагинального родоразрешения [3].

Общий риск разрывов промежности III степени составляет 1 %, и может быть обусловлен первыми родами, весом плода более 4 кг, переднеголовным вставлением, родоусилением, эпидуральной анестезией, дистоцией плечиков, перинеотомией, родоразрешением при помощи акушерских щипцов [3]. Тяжелые травмы промежности могут привести к таким проблемам как боль в промежности, недержание мочи и кала, диспареунии. Так же, пациентки, перенесшие тяжелую травму промежности чаще требуют хирургического вмешательства на промежности в течение года после родов и реже решаются на следующие роды [2].

Количество зарегистрированных тяжелых разрывов промежности в Великобритании выросло с 1,8 до 5,9 % с 2002 по 2012 год. В ходе больших популяционных исследований в Норвегии, Швеции и Дании было выявлено, что у женщин, перенесшие травму анального сфинктера в первых родах риск разрыва промежности III-IV степени в 5 раз выше, чем у женщин с разрывом промежности I-II степени. Также, сравнивая эпизио- и перинеотомию, доказано, что перинеотомия гораздо более часто приводит к тяжелым разрывам промежности [1].

Исследования показывают, что одним из значимых факторов риска травмы промежности является оперативное родоразрешение, в частности по причине применения эпизио- и перинеотомии. Доказано, что эпизиотомия реже продлевается в разрыв промежности III степени, чем перинеотомия, и является более безопасной при оперативном влагалищном родоразрешении. Касаемо оперативного ро-

доразрешения, есть данные об одинаковой частоте разрыва промежности III степени при операциях вакуум-экстракции плода и при использовании акушерских щипцов, однако кровопотеря больше в случае применения последних. Также отмечено появление так называемых контрлатеральных эпизиотомии разрывов при оперативном влагалитном родоразрешении [3].

Акушеры стали использовать эпизиотомию с 1990-х годов, с целью уменьшить возможность родовой травмы и избежать глубоких травм промежности, таким образом к настоящему времени около 30-35 % родов в США ведутся с использованием эпизиотомии. Однако современные исследования касаются вреда и пользы от эпизиотомии противоречивы. В систематическом обзоре 28 исследований было выявлено, что недержание мочи проявляется одинаково у женщин перенесших разрыв промежности и эпизиотомию. Так же не было выявлено протективного влияния эпизиотомии на такие осложнения как недержание стула и пролапс гениталий, не было выявлено и влияния на силу мышц тазового дна при сфинктероманометрии [4].

Травма промежности в родах ведет сначала к кровопотере, трудностями, связанными с лечением ран, к осложнениям заживления, а затем может реализоваться пролапс гениталий, недержание мочи и кала, персистирующее нарушение биоценоза влагалитца. Существуют исследования доказывающие снижение сексуальной функции в течение года у женщин перенесших перинеальную травму, а так же сохранение боли в промежности в течение этого времени [5].

Таким образом, меры по снижению частоты перинеальной травмы, определение факторов риска, а так же развитие техники ее лечения являются неотъемлемыми составляющими акушерской помощи [6].

Цель исследования: целью исследования явилось изучение факторов риска возникновения перинеальной травмы у повторнородящих женщин в родильном доме при ГКБ 29.

Материалы и методы

Работа проводилась в рамках основной научно-исследовательской деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, медицинского факультета Медицинского института РУДН «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (номер гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712) на клинической базе кафедры родильного дома при ГКБ 29.

Исследование включало 117 (N=117) повторнородящих женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, как основная изучаемая группа. В контрольную группу было включено 100 повторнородящих (N=100) повторнородящих женщин аналогичного возраста, с неотягощенным гинекологическим и соматическим анамнезом.

Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток родильного дома ГКБ 29 изучаемой и контрольной групп и изучена взаимосвязь между факторами риска и перинеальной травмой.

Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере с использованием пакета программ Biostatistics (версия 4,03) для Windows. Вычисляли среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом критерия t-Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты

Данные о распространенности акушерского травматизма мягких родовых путей в родах, в частности по перинеальной травме зачастую противоречивы. Это может быть связано со спецификой работы в различных учреждениях, распространенностью эпизио- и перинеотомий, оказанием или не оказанием акушерского пособия, а так же контингентом пациенток, отягощенных какой-либо сопутствующей патологией или же практически здоровых. Не вызывает сомнения, что перинеальная травма – серьезное осложнение родов, формирующее в будущем (не следует забывать и об «омоложении» данного заболевания) большое количество пациенток, требующих хирургического лечения по поводу пролапса гениталий и связанных с этим проблем. Таким образом, выявление факторов риска, своевременное лечение и диспансеризация таких пациенток, совершенствование тактики ведения родов и техники восстановления поврежденных промежности необходимо для снижения потребности женщин в хирургическом лечении по поводу несостоятельности мышц тазового дна.

Итак, средний возраст пациенток составил 32 ± 3 года.

Ретроспективный анализ историй родов продемонстрировал, что достоверно больше перинеальной травмы наблюдалось у повторнородящих из изучаемой когорты в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$). Итак, Роды у 18,8 % (N=22) пациенток изучаемой группы осложнились разрывами промежности I-II степени, в то время как в контрольной группе 5 % (N=5) пациенток перенесли перинеальную травму ($p < 0,05$).

Изучение факторов риска в отдельности показывает, что 26,1% (6) пациенток с крупным плодом перенесли перинеальную травму, 20,8 % (5) пациенток с рубцом на промежности после предыдущего разрыва или эпизиотомии, 14,2 % (3) с ОРСТ I степени, 12,5 % (3) пациенток, роды которых осложнились слабостью родовой деятельности с применением родостимуляции окситоцином.

Отдельного внимания заслуживает оперативное влагалитное родоразрешение (вакуум-экстракция плода аппаратом KIWI) — 20 % (5) пациенток перенесли перинеальную травму, в одном случае (4 %) была произведена эпизиотомия.

Одним из факторов риска перинеальной травмы по данным исследований является возраст матери. В исследованиях четко прослеживается связь между возрастом и частотой обращения пациенток за хирургической помощью по поводу пролапса гениталий, 6% процентов до 30 лет против 14 % старше 30 лет.[4]

Таким образом, вышеизложенные факторы риска повышают вероятность разрыва промежности в среднем в 3,8 раза ($p < 0,5$). Такое осложнение беременности и родов как крупный плод увеличивает риск перинеальной травмы в 5,2 раза, рубец на промежности после разрыва или рассечения в предыдущих родах в 4,2 раз; узкий таз в 2,8 раза, родостимуляция — в 2,5 раза. Оперативное влагалитное родоразрешение увеличивает вероятность разрыва промежности в 4 раза.

Заключение

Наше исследование продемонстрировало, что женщины с вышеизложенными факторами риска достоверно больше подвержены повторной перинеальной травме, а соответственно к отдаленным ее последствиям, таким как пролапс гениталий, недержание мочи, перинеальной боли и диспансерии. Таким образом, можно сделать вывод о том, что диспансеризация, своевременное выявление заболеваний во время беременности и их лечение, выделение пациенток из групп высокого риска, рациональное ведение родов способны повлиять на распространенность перинеальной травмы в родах и избежать ее негативных последствий.

Список литературы

1. Edozien LC1, Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Adams EJ, Richmond DH, Mahmood TA, van der Meulen JH. Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. BJOG. 2014 Dec;121(13):1695-703. doi: 10.1111/1471-0528.12886. Epub 2014 Jul 9.
2. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. Women Birth. 2015 Mar;28(1):16-20. doi: 10.1016/j.wombi.2014.10.007. Epub 2014 Dec 1.
3. Chikazawa K, Ushijima J, Takagi K, Nakamura E, Samejima K, Kadowaki K, Horiuchi I. Site and incidence of birth canal lacerations from instrumental delivery with mediolateral episiotomy. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016 Dec;55(6):861-862. doi: 10.1016/j.tjog.2016.05.011.

5. Sayed Ahmed WA, Kishk EA, Farhan RI, Khamees RE. Female sexual function following different degrees of perineal tears. Int Urogynecol J. 2016 Dec 6.

6. **Оперативное акушерство** Манро Керра// Томас Ф. Баскетт, Эндрю А. Калдер, Сабаратнам Абдулкумаран. – Москва, 2015.

7. **Акушерство** // В.Е.Радзинский, А.М.Фукс. – Москва, 2016.

Сведения об авторах

Оразов Мекан Рахимбердыевич (Orazov M. R.) – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; e-mail: omekan@mail.ru

Кампос Елена Сергеевна (Kampos E.S) – аспирант акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология

Радзинский Виктор Евсеевич (Radzinskiy V.Y.) – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; e-mail: radzinsky@mail.ru

Хамошина Марина Борисовна (Khamoshina M.B.) – д.м.н., профессор акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; e-mail: mbax999@yandex.ru

Information about the authors

Orazov Mekan Rahimberdievich – MD, associate Professor in the Department of obstetrics and gynecology with course of Perinatology of the Russian University of friendship of peoples; the branch of specialization is obstetrics and gynecology; e-mail: omekan@mail.ru

Campos Elena (Kampos E. S) - post-graduate of obstetrics and gynecology with course of Perinatology of the Russian University of friendship of peoples; the industry of specialization are obstetrics and gynecology

Radzinskiy Victor Yevseyevich – MD, Professor, corresponding member of RAS, honored scientist of Russia, head of the Department of Obstetrics and Gynecology with Course of Perinatology of the Russian University of Peoples' Friendship; the branch of specialization is obstetrics and gynecology; e-mail: radzinsky@mail.ru

Khamoshina Marina Borisovna – MD, Professor in the Department of obstetrics and gynecology with course of Perinatology of the Russian University of friendship of peoples; the branch of specialization is obstetrics and gynecology; e-mail: mbax999@yandex.ru