

Керівництво Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії

«ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З РОЗРИВАМИ ПРОМЕЖИНИ ТРЕТЬОГО І ЧЕТВЕРТОГО СТУПЕНЯ»*

Це керівництво надає науково обґрунтовані рекомендації щодо діагностики, ведення та лікування розривів промежини третього і четвертого ступеня, тобто акушерських травм анального сфінктера (АТАС). В Англії протягом 2000–2012 рр. рівень АТАС під час перших вагінальних пологів у термін одним плодом у головному передлежанні зріс у три рази — від 1,8 до 5,9% [1]. Частота цієї патології становить 6,1% у жінок, які народжують уперше, і 1,7% у тих, хто народжує повторно [2].

Класифікація і термінологія

✓ **За наявності сумнівів щодо рівня розриву третього ступеня його бажано класифікувати в більший, а не в менший бік.**

Наведена нижче класифікація [5] затверджена Міжнародною радою з питань інконтиненції (нетримання) [6] та Королівським коледжем акушерів і гінекологів Великобританії.

Класифікація акушерських травм анального сфінктера за ступенем ушкодження:

- розрив I ступеня: травма шкіри промежини та/або слизової оболонки піхви;
- розрив II ступеня: травма промежини за участю м'язів промежини, що не пов'язані з анальним сфінктером;
- розрив III ступеня: травма промежини за участю анального сфінктера:
 - рівень розриву 3a: ушкоджено менше 50% товщини зовнішнього анального сфінктера (ЗАС),
 - рівень розриву 3b: ушкоджено більше 50% товщини ЗАС,
 - рівень розриву 3c: ушкоджено як ЗАС, так і внутрішній анальний сфінктер (ВАС).

- розрив IV ступеня: травма промежини за участю комплексу анального сфінктера (ЗАС і ВАС) та аноректальної слизової оболонки.

Проксимальний відділ анального каналу вистилає слизова прямої кишки (циліндричний епітелій), тоді як дистальні 1–1,5 см анального каналу вистелені модифікованим сквамозним епітелієм [7]. Щоб уникнути плутанини, у цьому керівництві замість терміну «анальний епітелій» використано термін «аноректальна слизова оболонка». Акушерські травми анального сфінктера охоплюють як третій, так і четвертий ступінь розривів промежини.

Анальне нетримання визначається за скаргами на мимовільне випускання газів та/або калу, що погіршує якість життя [8]. ВАС відіграє важливу роль у забезпеченні континенції. Проспективне дослідження за участю 531 жінки, які перебували під наглядом після лікування АТАС, виявило, що в жінок, які мали розриви 3c/IV ступеня, були значно гірші результати щодо інконтиненції порівняно з пацієнтками, які мали розриви 3a/3b ступеня [9]. В іншому проспективному дослідженні 125 жінок, які спостерігались після лікування АТАС, повідомлялось про значне збільшення кількості інцидентів анальної інконтиненції у жінок, які мали розриви 3b і IV ступеня порівняно з розривами 3a [10]. Результати третього проспективного дослідження 500 жінок, які спостерігались після лікування впродовж трьох місяців, показали, що дефект товщі ВАС був предиктором тяжкої інконтиненції [11].

В усіх випадках необхідно документувати травми ВАС, а також указувати ступінь ушкодження ЗАС (більше чи менше 50%). Якщо нема впевненості, що рівень ушкодження перевищує



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

Керівництво № 29

Червень 2015 р.
Перегляд керівництва
заплановано на 2018 р.

50%, його слід класифікувати як 3b, щоб уникнути недооцінки.

Якщо розрив захоплює слизову прямої кишки без ушкодження анального сфінктера, він за визначенням не є розривом IV ступеня. Проте така травма має бути задокументована як розрив анального отвору, бо без діагностики і лікування цей тип розриву може призвести до розвитку ректовагінального свища [13].

Прогноз і профілактика АТАС

✓ **Клініцисти мають знати про фактори ризику АТАС.**

□ **Проте наявність факторів ризику не дозволяє з високою точністю передбачити АТАС.**

Фактори ризику ідентифіковано. Проте в літературних джерелах існує суттєва відмінність рівня значущості одного й того самого фактора ризику [1, 14–16]: азійська національність [1], відсутність пологів в анамнезі [15], пе-

* Друкується зі скороченнями.



редбачувана маса плода більше 4 кг [1], дисточія плечиків [1], потилично-заднє передлежання [15], затяжний другий період пологів [15], інструментальні пологи [1].

Існують обмежені докази на підтримку ризику рецидиву АТАС. У великому ретроспективному когортному дослідженні було показано співвідношення шансів 5,51 (95% довірчий інтервал [ДІ] 5,18—5,86) на підтримку рецидиву АТАС під час наступних пологів [17]. Фактори ризику рецидиву АТАС у наступній вагітності включають азійську національність, застосування акушерських щипців і вагу плода при народженні більше 4 кг.

C Необхідно пояснювати жінкам, що докази щодо протективного ефекту епізіотомії є суперечливими.

D Виконання серединно-бокової епізіотомії слід розглядати при інструментальних пологах.

D Коли виконання епізіотомії показано, рекомендується серединно-бокова техніка з підвищеною увагою щодо забезпечення кута 60 градусів від середньої лінії при натягненні промежини.

C Захист промежини під час прорізування голівки плода чинить протективний ефект.

A Застосування теплих компресів під час другого періоду пологів зменшує ризик виникнення АТАС.

Докази того, що епізіотомія запобігає розвитку АТАС, є суперечливими. Проте існують свідчення, що під час інструментальних пологів необхідно здійснювати медіолатеральну епізіотомію [1, 10]. Було показано, що кут розрізу при виконанні епізіотомії від середньої лінії є важливим фактором у зниженні частоти АТАС [21, 22]. Рекомендується кут розрізу 45–60 градусів від середньої лінії [23]. Епізіотомія, виконана під кутом 40 градусів, після пологів дорівнює 22 градусам, що є близьким до середньої лінії і чинить максимально протективний ефект. 60-градусна епізіотомія від центру отвору піхви відповідає куту після пологів 45 градусів [24]. Дослідження по-

казало, що лікарі та акушерки були не в змозі правильно оцінити кути і відстані, необхідні для виконання безпечної медіолатеральної епізіотомії [25]. Жодна з акушерок і лише 22% лікарів були в змозі виконати дійсно серединно-бокову епізіотомію. Лише 13% епізіотомії мали кут після пологів 40 градусів або більше [26]. Було показано, що застосування спеціальних ножиць, призначених для забезпечення кута розрізу 60 градусів, є ефективним для досягнення правильного значення цього кута [27, 28].

Останнім часом були проведені інтервенційні дослідження з використанням програм, при яких рівні АТАС успішно знижувались, і в них було описано мануальний захист промежини [29, 30]:

1. Народження голівки уповільнюється за допомогою лівої руки.
2. Права рука захищає промежину.
3. Мати НЕ тужиться, коли голівка починає прорізуватись (при цьому із жінкою необхідно спілкуватись).
4. За показань здійснюється епізіотомія.

Адекватно здійснений захист промежини знижує частоту АТАС.

Кокранівський огляд показав, що застосування теплих компресів під час другого етапу пологів чинить істотний вплив на зниження АТАС [32]. Аналіз, що включав два дослідження (1525 жінок), виявив, що застосування теплих компресів знижує ризик розривів третього і четвертого ступеня. Втручання здійснюється шляхом безперервного накладання компресів на промежину під час і між потугами.

Діагностика АТАС

C Усі жінки під час вагінальних пологів мають ризик виникнення АТАС. Для визначення тяжкості ушкодження, перед накладанням швів необхідно здійснити оцінку травми промежини, у тому числі з проведенням пальцевого ректального дослідження.

Системна оцінка травми промежини має включати [13]:

- роз'яснення пацієнтці мети здійснення усіх маніпуляцій;
- забезпечення ефективного знеболення;

- оцінку ступеня травми промежини (залучені структури, верхній полюс ушкодження, інтенсивність кровотечі);
- ректальне дослідження за умови ушкодження м'язів промежини.

Від початку використання ендоанального ультразвукового дослідження (УЗД) ехографічні аномалії анального сфінктера («окулярні» травми) були виявлені у 33% жінок після пологів через природні пологові шляхи [36]. Коли ендоанальне УЗД виконувалось відразу після пологів, частота АТАС несуттєво збільшилася порівняно з проведенням лише клінічного обстеження [37].

Хірургічне лікування АТАС

C Хірургічне лікування розривів третього і четвертого ступеня має здійснювати висококваліфікований лікар.

C Хірургічне лікування здійснюють під місцевою або загальною анестезією, із задовільним освітленням і застосуванням відповідних інструментів. За наявності надмірної кровотечі використовується тампонада піхви.

C Використання вісімкоподібного шва під час ушивання АТАС слід уникати, бо він є гемостатичним за своєю природою і може викликати ішемію тканин.

C Після хірургічного лікування необхідно здійснити ректальне дослідження, щоб переконатися, що шви випадково не пролягли через аноректальну слизову оболонку. Якщо шов ідентифікується, його необхідно вилучити.

D Розриви аноректальної слизової оболонки необхідно ушивати із застосуванням безперервної або переривчастої техніки шва.

Традиційна техніка хірургічного відновлення розриву анальної слизової оболонки полягає у застосуванні переривчастого шва з вузлами, зав'язаними у просвіт кишки. Однак ця методика була рекомендована, коли



використовували кетгут, щоб мінімізувати реакцію тканин і можливість розвитку інфекційних ускладнень [39]. За наявності поліглактинового шовного матеріалу необхідність у цій техніці відпала, бо поліглактин розсмоктується шляхом гідролізу. Втім, який би метод не використовувався, слід уникати вісімкоподібного шва під час ушивання анальної слизової, бо він може спричинити ішемію.

C Якщо ідентифіковано розриви ВАС, їх ушивають окремо, переривчастим або матрацим швом, без спроби перекривання тканин.

A Для ушивання розриву всієї товщі ЗАС можна використати метод перекривання тканин або співставлення тканин кінець-у-кінець. Ці методи мають еквівалентні результати.

D Для ушивання часткових розривів (всі випадки 3a та деякі 3b) необхідно застосовувати техніку співставлення тканин кінець-у-кінець.

D Для ушивання аноректальної слизової оболонки краще застосовувати шовний матеріал на основі поліглактину, оскільки він призводить до меншого подразнення і дискомфорту, ніж матеріал на основі полідіоксанону (ПДС).

B При ушиванні м'язів ЗАС і/або ВАС з еквівалентними результатами використовуються або монофіламентний шовний матеріал (ПДС), або сучасні плетені матеріали (поліглактин).

Післяопераційний догляд

B Після хірургічного лікування АТАС з метою зменшення ризику розвитку післяопераційних інфекцій і розходження країв рани рекомендується застосування антибіотиків широкого спектра дії.

C У післяопераційному періоді рекомендується застосуван-

ня проносних засобів з метою зменшення ризику розходження країв рани.

✓ Жінок необхідно інформувати про користь фізіотерапевтичних методів після хірургічного лікування АТАС.

✓ Огляд пацієнок, які зазнали акушерської травми анального сфінктера під час пологів, необхідно здійснити на 6–12 тижні після пологів.

✓ Якщо мають місце симптоми нетримання чи болю, пацієнтку необхідно спрямувати на консультацію до колоректального хірурга.

Прогноз

B У 60–80% пацієнок через 12 місяців після пологів і ушивання ЗАС не спостерігається жодних патологічних симптомів.

Майбутні пологи

✓ Всіх жінок, які зазнали АТАС у пологах, необхідно проконсультувати про перебіг наступних пологів.

✓ Епізіотомію у жінок, які зазнали АТАС у попередніх пологах, здійснюють лише за клінічними показаннями.

✓ Усім жінкам, які зазнали АТАС у попередніх пологах і які мають симптоми або аномальні результати ендоанального УЗД, необхідно радити здійснення планового кесаревого розтину.

Не було здійснено систематичних оглядів чи рандомізованих контрольованих досліджень з метою визначення рекомендацій для ведення пологів у жінок, які зазнали АТАС у попередніх пологах. Ризик виникнення розривів промежини третього чи четвертого ступеня під час наступних пологів сягає 5–7% [56, 57].

Відсутні дослідження, які дають можливість припустити, що профілактична епізіотомія при наступних пологах дозволила б запобігти АТАС. Тому

рішення про проведення епізіотомії під час наступних пологів при АТАС в анамнезі має базуватись на клінічній основі і не залежати від анамнестичних даних.

Управління ризиками

✓ Лікувальні заклади повинні мати чіткий протокол з ведення АТАС.

✓ У медичних документах має вказуватися інформація про залучені до лікування анатомічні структури, метод ушивання і використані шовні матеріали.

✓ Жінка має бути повністю поінформована про характер розривів, їй необхідно запропонувати план подальшого спостереження. Ця інформація має бути задокументована.

В Англії зростає кількість судових процесів, пов'язаних з АТАС. Більшість випадків пов'язані з тим, що травма після пологів не була виявлена — це стало причиною нетримання калу і утворення ректовагінальних та ановагінальних свищів [62]. Від 1 квітня 2000 до 31 березня 2010 рр. в Англії було висунуто 441 позов по звинуваченню у лікарській небалості щодо акушерської травми промежини (четверте місце серед претензій в акушерстві). Загальна сума цих претензій, у тому числі відшкодування збитків і судові витрати, за оцінками експертів, сягає 312 млн фунтів стерлінгів, і 85% цих претензій були пов'язані з неправильною діагностикою травми промежини [62].

Нині прояви АТАС не вважаються недоліками догляду, це — ускладнення вагінальних пологів. Проте помилки під час діагностики травм анального сфінктера чи неналежне хірургічне лікування можуть вважатися порушенням медичних стандартів. До невдач у лікуванні можуть призвести неналежна техніка виконання, неправильний підбір матеріалів або проблемне загоєння рани [63].

Список літератури — в редакції

Переклад О. М. Щербаня

