

© М. А. Кучеренко

ГУ НИИ акушерства и гинекологии  
им. Д. О. Отта СЗО РАМН**ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА  
У РОДИЛЬНИЦ С ТРАВМАМИ ПРОМЕЖНОСТИ**

УДК: 618.7:618.218-001.43

■ Травмы промежности являются частым осложнением родового акта. Они могут служить входными воротами для проникновения инфекции и приводить к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна. В статье представлены общие тенденции лечения ран промежности на основе современных представлений о сущности раневого процесса.

■ **Ключевые слова:** роды; послеродовой период; промежности; раны промежности.

Известно, что в 15–19% случаев проявлением послеродовых инфекционных осложнений является раневая инфекция мягких тканей родовых путей. Каждый случай нагноения и расхождения швов промежности в акушерском стационаре рассматривается как событие чрезвычайное, таящее в себе опасность септических осложнений. Пока существует рана, всегда есть входные ворота для инфекции. Помимо септических осложнений, существует еще один важный аспект этой проблемы. Известно, что плохое заживление раны в области промежности в дальнейшем может приводить к диспареунии [16] и вторичным заболеваниям гениталий [6]. Заживление швов вторичным натяжением приводит к развитию пролапса гениталий у 13,8–47,3% женщин [4, 10], причем на протяжении последних лет отмечается тенденция к «омоложению» заболевания. Эта патология возникает у женщин в полном расцвете лет и, по данным исследователей, от 30 до 50% больных с пролапсом тазовых органов — это женщины репродуктивного возраста [2, 13].

Акушерские травмы промежности наблюдаются достаточно часто и обусловлены множеством причин. Предрасполагают к разрыву промежности инфантилизм, высокая промежность, рубцовые изменения после бывших разрывов при родах или пластических операций, при узком влагалище и воспалительных изменениях тканей. Наступлению разрыва способствует неправильное ведение родов, плотность костей и размеры головки и плечевого пояса плода [1]. Наиболее глубокие и обширные повреждения мягких тканей родовых путей возникают при оперативных вмешательствах в родах (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора и др.) [12, 14, 15].

Разрывы промежности бывают самопроизвольные, происходящие без какого-либо внешнего воздействия во время родов, и насильственные, наступающие в результате применения влагалищных родоразрешающих операций или технических погрешностей во время приема родов [1]. Разрыв может начинаться во влагалище, затем распространяться с задней стенки влагалища на мышцы промежности. Такой механизм происхождения разрыва нередко приводит к тому, что при сохранившейся коже промежности наблюдается обширное повреждение стенок влагалища и мускулатуры промежности, которое диагностируется лишь при осмотре мягких родовых путей после родов [9]. Подобный разрыв промежности чаще наблюдается при оперативном родоразрешении, чем при самопроизвольных родах. Разрывы промежности, происходящие при прорезывании головки во время родов, начинаются с задней спайки и распространяются кзади по средней линии промежности и на стенки влагалища.

Разрывы промежности принято делить на три степени [1]. К первой степени относят разрывы задней спайки, задней стенки влагалища в области ладьевидной ямки и кожи промежности. При второй степени к указанным повреждениям добавляются разрывы мускулатуры тазового дна: мышцы, сжимающей влагалище (*m. constrictor cuni s. bulbocavernosus*), поверхностной и глубокой поперечных мышц промежности (*mm. transversus perinei superficialis et profundus perinei*) и сухожильного центра с (*centrum tendineum*) с нарушением целостности или отрывом мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*). Разрыв промежности второй степени распространяется на влагалище, в одну или в обе его стороны. Разрывы промежности относятся к третьей степени, если нарушается целостность частично (неполный) или полностью (полный разрыв промежности) наружного сфинктера и прямой кишки.

Частота разрывов промежности отражает качество акушерской помощи в родовспомогательном учреждении. Согласно литературным данным [4], травмы тазового дна в родах составляют от 10,3 до 40% случаев, у первородящих они встречаются в 73% случаев, а при оперативных вмешательствах достигают 90%. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5% [8].

Эрнст Бумм описывал: «...как только произошло расползание ткани, трудно приостановить дальнейшее их разрывание, головка находит себе ложный путь через промежность и до какой степени последняя тогда разрывается, зависит от случайных обстоятельств. Так как произвольные разрывы к тому же обыкновенно проходят через толщу мышц промежности, тяжело нарушая функцию тазового дна, то лучше пойти им навстречу и создать пространство при помощи искусственного разреза».

Профилактикой этого осложнения является своевременно произведенная перинеотомия [1]. К сожалению, нередко перинеотомия, как метод предупреждения разрывов, производится с явным запозданием, когда длительное стояние головки на тазовом дне и усиленное сгибание ее в целях предупреждения разрыва приводит к разможению глубоких тканей, начинающемуся расползанию и даже разрыву слизистой влагалища и кожи промежности. Д. О. Отт, являющийся сторонником рассечения промежности в родах, в целях сохранения мышц тазового дна [7], обращал внимание на ложный консерватизм в сохранении промежности при родах, выражающийся в том, что перинеотомия производится тогда, когда тка-

ни промежности начинают уже разрываться. Принцип применения профилактической перинеотомии как раз и заключается в том, что разрез должен предупреждать разрыв, а не присоединяться к нему.

Зашиванию подлежит всякий разрыв промежности. Чтобы обеспечить их хорошее заживление, необходим тщательный уход за родильницей в послеродовом периоде.

Лечение ран в акушерстве имеет свои особенности, хотя общие закономерности раневого процесса не зависят от локализации ран и характера повреждений. Со времен Галена различают заживление раны первичным натяжением — *per primam intentionem (p. p.)* и вторичным натяжением — *per secundam intentionem (p. s.)*. При этом термин «интенция» относится не к физиологической природе процесса заживления, а к намерению врача по возможности добиться первичного заживления раны со сближенными, нерасходящимися краями раны. При вторичном заживлении требуется образование большого количества замещающей ткани, что является определяющим с точки зрения прогноза.

Первичным заживлением раны называют такое заживление, при котором отсутствует нагноение. Воспаление носит серозный характер, клеточная реакция выражена слабо. Молодая ткань не носит характера грануляционной ткани, так как ее образование идет путем организации фибрина. Результатом первичного заживления является узкий линейный рубец, который вначале из-за обилия сосудов имеет красный цвет, а затем по мере уменьшения их числа белеет и становится светлее, чем окружающие его области нормальной кожи [3, 11].

Вторичное заживление раны всегда протекает при наличии гнойного воспаления. Оно происходит в условиях большого повреждения ткани, дефект которой частично заполняется воспалительно измененной подкожной жировой клетчаткой и фиброзно-гнойным экссудатом. Бактериальное загрязнение раны при вторичном натяжении выражено значительно и для закрытия раны должна возникнуть грануляционная ткань [3, 11].

Заживление любой раны включает определенные фазы, которые перекрываются по времени и не могут быть резко разграничены. Деление на фазы ориентируется на основные морфологические изменения в ходе процесса репарации. Выделяют три основные фазы в заживлении любой раны [5]:

- 1) воспалительная или экссудативная фаза, в ходе которой происходят изменения, обуславливающие весь дальнейший ход заживления раны;

- 2) пролиферативная фаза, являющаяся основной в восстановлении тканей раны и направленная на развитие грануляций;
- 3) фаза дифференциации (реорганизации), включающая созревание и образование рубца.

Воспалительная (экссудативная) фаза начинается с момента ранения и в физиологических условиях продолжается около трех дней. Местные реакции на травму практически во всех случаях обусловлены взаимодействием двух повреждающих факторов: наличием очага тканевой деструкции и микробным возбудителем. Микрофлора разрушает естественные защитные барьеры организма, что облегчается наличием в них травматического дефекта и местного повреждения тканевых структур [3].

Воспаление представляет собой сложную защитную реакцию организма на воздействие самых разнообразных повреждающих факторов и, таким образом, является необходимой прелюдией к репарации [5]. Цель ее состоит в том, чтобы ликвидировать или инактивировать эти повреждающие факторы и создать предпосылки для последующих пролиферативных процессов. Очищение раны от гнойно-некротического секвестра свидетельствует о наступлении репаративной стадии воспаления.

Во время второй фазы заживления раны (пролиферативная фаза) преобладает пролиферация клеток, направленная на восстановление сосудистой системы и заполнение дефекта грануляционной тканью. Она начинается примерно на 4-й день после возникновения раны, но предпосылки для этого создаются уже во время воспалительно-экссудативной фазы. Эпителизация раны происходит параллельно с созреванием грануляционной ткани, которую можно рассматривать как «временную примитивную» ткань или же как орган, который «окончательно» закрывает дефект и служит «ложем» для последующей эпителизации [3]. Название «грануляция» было введено в 1865 году Бильротом и связано с тем, что при развитии ткани на ее поверхности видны светло-красные стекловидно-прозрачные зерна (*granula*). Каждому из этих зернышек соответствует сосудистое деревце с многочисленными тонкими капиллярными петлями, которые возникли в процессе формирования новых сосудов. При хорошей грануляции зернышки увеличиваются количественно так, что возникает оранжево-красная влажно блестящая поверхность. Такая грануляция свидетельствует о хорошем заживлении. Если процессы заживления приняли затяжной характер, то гранулы покрыты серым налетом, имеют бледный и губчатый вид.

Важнейшим условием нормального хода заживления раны является строгая синхронизация процесса эпителизации, с одной стороны, и созревания грануляционной ткани — с другой. Равновесие между созреванием и рассасыванием грануляций и рубцовой ткани лежит в основе феномена раневой контракции — равномерного концентрического сокращения краев и стенок раны. Во второй и третьей фазах заживления раневая контракция, как правило, сочетается с интенсивной эпителизацией, что свидетельствует о нормальном течении раневого процесса.

Фаза реорганизации рубца (3-я фаза) — сложный процесс, механизм которого еще недостаточно выяснен. Примерно между 6-м и 10-м днями начинается вызревание коллагеновых волокон. Рана стягивается, грануляционная ткань становится все более бедной водой и сосудами и преобразуется в рубцовую ткань. В результате процессов ауторегуляции устанавливается равновесие между синтезом и катаболизмом коллагена в фибробластах, между клеточными и волокнистыми элементами в рубцовой ткани. Этим завершается процесс ремоделирования рубца. Наступает стабилизация рубцовой ткани, на что уходит несколько месяцев, хотя медленно протекающие процессы перестройки могут наблюдаться достаточно долго.

Рассмотренный патогенез раневого процесса отражает фазность его течения, неразрывность отдельных фаз и переход одной фазы в другую. Выделения отдельных фаз и стадий воспалительного процесса носит условный характер, так как невозможно провести строгую грань между окончанием одной и началом другой. Стабильной остается последовательность смены этих фаз, каждая из которых характеризуется определенными функциональными и морфологическими изменениями, протекающими в ране и окружающих тканях.

Длительность течения отдельных фаз воспаления определяется целым рядом различных факторов, среди которых основное значение имеют характер повреждения, активность микроорганизмов, состояние реактивности организма и метод лечения раневого процесса.

Местные (локальные) проявления воспалительного процесса характеризуется четырьмя симптомами: покраснением (*Rubor*), повышением температуры (*Color*), опухолью (*Tumor*) и болью (*Dolor*). Инфильтрат в области швов промежности может появиться в день родов, но чаще на 3–4-е сутки послеродового периода роженица жалуется на боли в области швов промежности. При осмотре ушитой раны обращает на себя внимание выраженный отек окружаю-

щих тканей. Кожа над зоной отека становится гиперемированной, горячей и болезненной при пальпации. Отделяемое из раны отсутствует. В этот период проводится консервативное лечение, заключающееся в наружном применении антисептических растворов и физиотерапевтических процедурах. Это, прежде всего, ультрафиолетовое облучение раны и окружающих тканей. Целесообразно применение возрастающих эритемных доз УФ-лучей, которые останавливают воспаление, а при невозможности ускоряют процесс отторжения поврежденных клеток и появление экссудации, что способствует вымыванию из раны продуктов распада. Вместе с тем УФО оказывает противовоспалительное и болеутоляющее действие. Общее лечение родильницы проводится с учетом ее соматической патологии, течения родового акта и характера оперативного вмешательства. При необходимости начинается антибактериальная терапия препаратами широкого спектра — ингибиторозащищенными пенициллинами или цефалоспорины I–III поколения в сочетании с метронидазолом.

В случаях благоприятного течения раневого процесса через 3–5 дней от момента травмы происходит воспалительная демаркация нежизнеспособных тканей, которые затем отторгаются и лизируются в ране. Одновременно происходит очищение раны от микроорганизмов. Воспалительная реакция постепенно стихает, и раневой процесс переходит в фазу репарации, клиническим признаком которого служит появление в ране грануляционной ткани.

При продолжающемся воспалении наступает гнойно-некротическая фаза воспаления, которая длится в среднем 8–10 дней и характеризуется углублением воспалительных и дегенеративных изменений. Дно раны и ее содержимое приобретают грязно-серый цвет, края уплотняются и отекают, причем зона отека всегда несколько шире, чем зона инфильтрации. Гнойный экссудат и боль в ране, усиливающая при нарушении оттока отделяемого, являются характерными признаками воспалительного процесса. Раневое отделяемое в значительной мере зависит от вида микробного возбудителя, но во всех случаях является гнойным. Некротические ткани в начальной фазе воспаления плотно фиксированы ко дну и краям раны, количество их при неблагоприятном течении процесса может возрастать за счет вторичных некрозов. Тактика ведения в этот период строится на известных хирургических принципах, требующих разведения краев раны в месте нагноения, дренирования и регулярной обработки гнойных полостей антисеп-

тическими растворами. При гнойном пропитывании и некрозе тканей последние должны быть иссечены. В этот период применяется местное лечение раны с помощью различных дренажей и средств, обладающих этими свойствами. Среди них наиболее известен дренаж с 10% раствором хлорида натрия. При его применении происходит активное очищение раны — отсасывание экссудата, расщепление и удаление некротических масс. Однако длительное употребление гипертонического раствора (свыше 4–5 дней) тормозит скорость регенерации тканей. Для быстрого очищения раны применяется энзимотерапия. Протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин) вызывают расщепление некротической ткани, фиброзных пленок, гноя в ране, оказывают противоотечное, противовоспалительное и фибринолитическое действие. В результате рана быстро очищается от гнойного детрита и микробов. Ферменты не только очищают рану от гнойных и некротических масс, но, расщепляя фибрин в межтканевых и межклеточных пространствах, улучшают микроциркуляцию и трофику тканей, способствуя ускорению регенерации. Их можно сочетать с местным применением антибактериальных препаратов. Протеолитические ферменты применяются местно в виде влажных повязок или присыпок порошком. Широко используются мази, созданные на основе антибактериальных препаратов (Левомиколь), протеолитических ферментов (Ируксол, Солкосерил), действие которых направлено на активацию ретикулоэндотелиальной системы и окислительных процессов в ране. Продолжается антибактериальная терапия, желательна с учетом чувствительности микрофлоры. При развитии интоксикации проводится инфузионная терапия. Хорошее действие оказывают физиотерапевтические способы лечения. Помимо указанного выше УФ-облучения, в этот период широко используется УВЧ-терапия. Она оказывает анальгезирующее, противовоспалительное, бактерицидное и дегидратационное действие. Под влиянием УВЧ-терапии наступает быстрое ограничение процесса, уменьшение воспалительной отечности, усиление функции ретикуло-эндотелиальной системы. При плохом очищении раны показано применение низкочастотного лазерного излучения, которое уменьшает болевой синдром, ускоряет очищение раны и стимулирует рост грануляций.

После того как рана очистилась от некроза, появились яркие грануляции с блестящей, легко кровоточащей поверхностью, количество отделяемого уменьшается, становится серозным, начинается фаза грануляции. Наличие микро-

организмов в ране во II и III фазах заживления уже существенно не сказывается на клиническом течении раневого процесса. Инфекция к этому моменту приобретает латентный характер. III фаза — фаза эпителизации, длится около 30 дней, если заживление раны идет вторичным натяжением и характеризуется выполнением раны грануляциями, раневой контракцией и началом краевой эпителизации. Эпителий нарастает с краев на поверхность грануляционной ткани в виде белесоватой каймы. Скорость эпителизации раны является величиной постоянной и составляет 1 мм по периметру раны за 7–10 суток. Антибактериальная терапия к концу II — началу III фазы заканчивается. Проводится общеукрепляющая терапия с учетом состояния родильницы и течения послеродового периода. Применяются препараты, оказывающие выраженное регенерирующее действие на рану промежности (метилурациловая мазь, актовегин, депантенол). При вялогранулирующих ранах с плотными краями успешно применяется ультразвуковая терапия в виде местного озвучивания краев раны и окружающих тканей. Используется лазерное облучение, диадинамический ток, малые дозы УФ-облучения, которые улучшают трофические процессы, стимулируют рост грануляций и эпителизацию раны. В этот период с целью ускорения заживления на рану промежности накладывается вторичный шов. Практическая ценность вторичного шва заключается в предупреждении отдаленных осложнений в результате нарушения целостности промежности и тазового дна, а также в возможности менее длительного пребывания родильницы в стационаре.

Таким образом, травмы промежности являются одним из наиболее частых осложнений родового акта. Несмотря на существенные успехи в лечении травм мягких родовых путей, инфекционные осложнения развиваются у каждой 4–5-й родильницы, приводят к нагноению и расхождению швов промежности, заживлению ран вторичным натяжением. Большинство исследователей указывают на связь между родовой травмой промежности и развитием пролапса тазовых органов.

Профилактика родового травматизма заключается, прежде всего, в грамотном ведении родов в периоде изгнания, своевременном выполнении перинеотомии, правильном восстановлении анатомического и функционального состояния мышц тазового дна и проведении лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полноценное заживление раны промежности в послеродовом периоде.

## Литература

1. Акушерство: учебник для медицинских вузов / Айламазян Э. К. [и др.]. — 6-е изд. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 528 с.
2. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В. Методы хирургического лечения ректоцеле у женщин при опущении и выпадении внутренних половых органов // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. — Т. LVIII, вып. 2. — С. 16–22.
3. Волков Н. А. Лечение ран в акушерстве и гинекологии. — Вильнюс: Мокслас, 1986. — 147 с.
4. Глебова Н. Н., Трубин В. Н., Латыпов А. С. Опущение и выпадение внутренних гениталий женщин. — Уфа, 1997. — 117 с.
5. Кузин М. И., Костюченко Б. М. Раны и раневая инфекция. — М.: Медицина, 1981. — 687 с.
6. Кулавский В. А., Никитин Н. И. Факторы риска формирования несостоятельности тазового дна у женщин репродуктивного возраста // Материалы VI Российского научного форума «Мать и дитя». — М., 2004. — 393 с.
7. Отт Д. О. Мероприятия профилактического сохранения функции промежности // Гинекология и акушерство. — 1928. — № 2. — С. 115–117.
8. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути / Кулаков В. И. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2004. — N4. — С. 26–30.
9. Персианинов Л. С., Расстригин Н. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1983. — 670 с.
10. Пролапс гениталий — следствие травматичных родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани? / Смольнова Т. Ю. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4. — С. 33–37.
11. Селихова М. Е., Котовская М. В. Ведение послеродового периода у женщин с травмами мягких родовых путей / Акушерство и гинекология. — 2009. — № 6. — С. 48–49.
12. Altman D., Falconer Ch. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapses repair // Obstet. Gynecology. — 2007. — Vol. 100, N2. — P. 1.
13. Dietz H. P., Steensa A. B. The role of childbirth in etiology of rectocele // BJOG. — 2006. — Vol. 113, N 7. — P. 849.
14. Hudelist G., Singer G., Ruseklinger E. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth. Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 192, N3. — P. 875–881.
15. Rochner G., Walberg V., Olund A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth // J. Adv. Nurs. — 1989. — Vol. 14, N4. — P. 246–248.
16. Weber A. M., Walters M. D., Piedmonte M. R. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence // Am. J. Obstet. Gynecol. — 200. — Vol. 182, N6. — P. 1610–1615.

Статья представлена Е. Н. Байлюком,  
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,  
Санкт-Петербург

KEEPING POSTPARTUM PARTURIENT WOMEN  
WITH PERINEAL TRAUMA

Kucherenko M. A.

■ **Summary:** Injuries are a frequent complication of perineal descent act. These can serve as a gateway for the penetration of infection and lead to the formation of functional insufficiency of the pelvic floor muscles. The article presents general trends of treatment of wounds of the perineum on the basis of modern ideas about the nature of the wound process.

■ **Key words:** delivery; perineum; puerperium; perineum wound.

■ **Адреса авторов для переписки**

*Кучеренко Марина Анатольевна* — к. м. н., заведующая 1-м акушерским физиологическим отделением.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,  
1 акушерское физиологическое отделение  
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

**E-mail:** iagmail@ott.ru

*Kucherenko Marina Anatolevna* — candidate of medical science,  
Head of Department Obstetric Physiological № 1.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.  
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

**E-mail:** iagmail@ott.ru