

## ПРИЧИНЫ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

С. Г. СУЛТАНОВА

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

**Прооперировано 72 пациентки с разрывами промежности III степени и недостаточностью сфинктера заднего прохода, обусловленных травмой во время родов. Предложенная техника операции — сфинктеролеватеропластика, усовершенствованная авторами, обеспечивает успешную хирургическую коррекцию.**

*Ключевые слова: разрывы промежности III степени, анальный сфинктер, оперативное лечение.*

Причины разрывов промежности III степени в родах могут быть различными. 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 или заднем виде затылочного предлежания, при тазовом предлежании или если одновременно с головкой по родовым путям идет ручка младенца, риск разрыва промежности повышается [4].

Возрастает риск разрывов промежности при активном медицинском вмешательстве в процессе родов: применении стимуляторов, акушерских щипцов и др., а так же в случае быстрых, стремительных родов [4, 5].

В зависимости от причин разрывы промежности принято делить на самостоятельные и насильственные. Насильственные разрывы связаны не с особенностями течения родов, а с наличием ошибок акушеров или врача, принимающего роды [4].

Разрывы промежности в родах делятся на 3 степени. При разрыве промежности I степени нарушается целостность кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки. При разрыве промежности II степени кроме кожи и подкожной жировой клетчатки страдают мышцы тазового дна, а также задняя или боковые стенки влагалища [6, 7].

При разрыве промежности III степени кроме вышеперечисленных нарушений происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки [3, 8].

Повреждения анального сфинктера, обусловленные родовой травмой промежности, составляют более 20% от всех видов слабости анального сфинктера [1].

Несмотря на многочисленные модификации типовых хирургических вмешательств, удельный вес осложнений разрывов промежности продол-

жает оставаться достаточно высоким и составляет, по данным разных авторов, от 10 до 20% [2, 3, 7]. Основной причиной рецидивов является невозможность использовать какой-либо единый метод операции, предусматривающий идеально-асептические условия для ее выполнения.

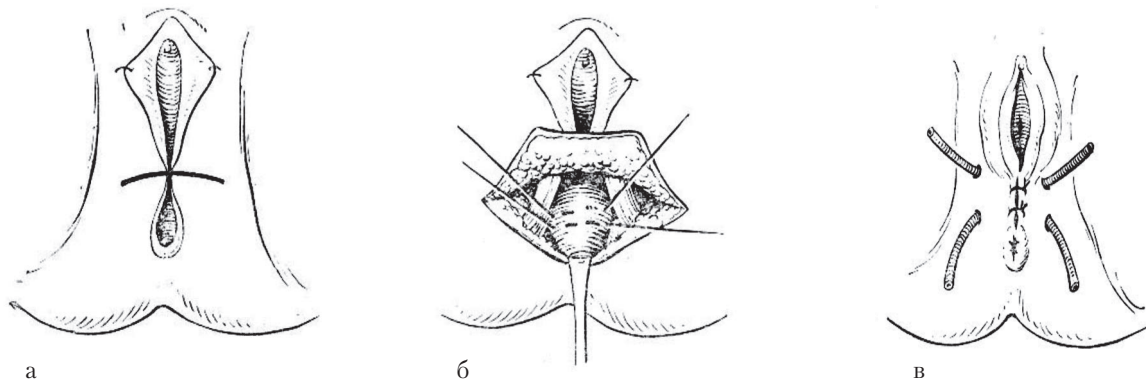
В клинике кафедры хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета с 2004 по 2009 г. прооперированы 72 больных с разрывом промежности III степени и недостаточностью сфинктера заднего прохода. Из них 20 больных поступали в течение первого года, 22 женщины с 1 года до 2 лет, 18 женщин от 2 до 3 лет, 10 женщин до 5 лет после родов.

У всех больных отмечалась грубая деформация перианальных тканей и анального канала.

Хирургическое вмешательство — сфинктеролеватеропластика — производилось под перидуральным обезболиванием. Для расширения входа во влагалище каждая малая половая губа подшивается к медиальной поверхности бедер.

В рубцовую перегородку между прямой кишкой и задней стенкой влагалища вводится 0,5%-ный раствор новокаина и производится дугообразный разрез до 7 см. Расщепление начинают с рассечения по средней линии от верхнего угла разрыва. Производится выделение слизистой оболочки задней стенки влагалища от мягких тканей передней стенки прямой кишки.

При этом выделяется только слизистая оболочка влагалища и рубцово-измененные ткани, а подкожная клетчатка и другие мягкие ткани по передней стенке прямой кишки по возможности максимально сохраняются. Необходимо по ходу операции произвести тщательный гемостаз. При сфинктеропластике от края заднего прохода на 2–3 см обнажают мышцы сфинктера, иссекая рубцовую ткань. Рубец выделяют на всю глубину без вскрытия просвета прямой кишки. Мобилизуют прилежащие к нему участки сфинктера на протяжении 1,5–2 см в каждую сторону. Рубец иссекают. Просвет заднепроходного канала суживают, ушивая его стенки двумя-тремя гофрирующими швами, избегая сквозного прокалывания стенки прямой кишки. Концы сфинктера заднего про-



Передняя сфинктеролеваторопластика при послеродовой деформации промежности: а — разрез кожи; б — ушивание передней стенки прямой кишки; в — окончательный вид раны

хода сближают двумя-тремя П-образными кетгутовыми швами.

Разрез кожи производят в поперечном направлении, а при отсутствии кожной перемычки — по границе слизистой оболочки прямой кишки и влагалища, дугообразно изгибая соответственно окружности заднего прохода до уровня жизнеспособных мышц (рисунок, а). Ректовагинальную перегородку расслаивают на глубину 5–6 см с использованием гидравлического препарирования 0,25%-ным раствором новокаина с добавлением на 1000 мл этого раствора 1 мл 1%-ного раствора адреналина.

Все манипуляции выполняют острым путем, тщательно оберегая целостность стенки прямой кишки при дефектах ректовагинальной перегородки до средней трети, что является достаточным для ее низведения; этим обеспечивается отсутствие раневых поверхностей со стороны просвета кишки. Затем выделяют мышцы, поднимающие задний проход, и рассекают покрывающую их фасциальную капсулу. На выделенную стенку прямой кишки накладывают два-три гофрирующих шва, максимально сближая выделенные боковые стенки (рисунок, б), благодаря чему формируется заднепроходный канал.

Следующим моментом является ушивание мышц, поднимающих задний проход: захватыва-

ют до 1,5–2 см их толщины. Производят сфинктеролеваторопластику. Рана принимает переднезаднее направление. Избыток задней стенки влагалища, если он образуется, иссекают с наложением отдельных кетгутовых швов, формирующих заднюю спайку. Край выделенной стенки прямой кишки подшивают к перианальной коже, кожную рану ушивают в переднезаднем направлении. Между швами вводят один-два дренажа из тонко-латексной резины, которые подтягивают на следующий день, а окончательно извлекают на 3–4-й день (рисунок, в).

Тщательно выделяют и ушивают подкожную порцию жома, затем рядом швов покрывают более глубоко расположенные ткани.

Раны ушивают в радиальном направлении отдельными узловыми капроновыми швами. Если отмечается натяжение тканей, накладывают поддерживающие капроновые швы по А. М. Аминеву через все слои тканей. Через отдельной прокол сверху от операционной раны в ее глубину подводят микроирригатор для фракционного орошения раствором антисептика (диоксидин).

Таким образом, успех лечения операционных ран промежности и заднепроходного канала во многом зависит от точного определения этиологического фактора и техники операции, а также послеоперационного ухода за больными.

#### Литература

1. Кахаров А. Н., Шамсиев Г. Х. Метод хирургического лечения ректовагинальных свищей с разрывом промежности // Актуальные проблемы проктологии: Тез. докл. I Науч.-практ. конф. проктологов Таджикистана, 22–23 апреля 1988 г.— Душанбе: Ирфон.— С. 120–121.
2. Кулаков В. Л., Селезнева Н. Д., Краснопольский В. И. Оперативная гинекология: Руков. для врачей.— М.: Медицина, 1990. — 464 с.
3. Кулятин А. В., Лопатин В. М., Аитова Л. Р. Хирургическая коррекция заболеваний в области ректовагинальной перегородки // Проблемы колопроктологии.— 2000.— Вып. 17.— С. 114–117.
4. Мусаев Х. Н., Ахундова Н. Н. Разрывы промежности в родах и их последствия // Журн. хирургии Азербайджана.— 2009.— № 1.— С.59–63.
5. Шамсиев Г. Х. Некоторые вопросы лечения старых послеродовых разрывов промежности // Актуальные проблемы проктологии: Тез. докл. I Науч.-практ. конф. проктологов Таджикистана, 22–23 апреля 1988 г.— Душанбе: Ирфон, 1988.— С. 107–109.

6. *Литвиненко Л. Я., Соколова Н. И.* Опыт трансвагинальных леваторопластик в Новоалтайской городской больнице // Актуальные проблемы современной хирургии: Сборник тезисов.— Новосибирск, 2005.— С. 53–55.
7. *Смирнов А. Б.* Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле // Хирургия.— 2006.— № 10.— С. 22–26.
8. *Дульцев Ю. В., Саламов К. Н.* Анальное недержание.— М.: Медицина, 1993.— 202 с.

### ПРИЧИНИ РОЗРИВІВ ПРОМЕЖИНИ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

С. Г. СУЛТАНОВА

Прооперовано 72 пацієнтки з розривами промежини III ступеня і недостатністю сфінктера заднього проходу, обумовлених травмою під час пологів. Запропонована техніка операції — сфінктеролеватеропластика, вдосконалена авторами, забезпечує успішну хірургічну корекцію.

Ключові слова: розриви промежини III ступеня, анальний сфінктер, оперативне лікування.

### THE CAUSES OF PERINEUM RUPTURE AND THEIR TREATMENT

S. G. SULTANOVA

Seventy two patients with grade III perineum rupture and anus sphincter insufficiency due to the injury during delivery were operated. The suggested surgery technique, sphincterolevateroplasty, improved by the author promotes successful surgical correction.

Key words: grade III perineum rupture, anal sphincter, surgical treatment.

Поступила 22.10.2009