



doula link

<https://doula.link/ebm>

РАЗРЫВЫ И ЭПИЗИОТОМИЯ В РОДАХ

Материалы профессионального клуба перинатальных специалистов
«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И РОДЫ»

ИЮЛЬ 2019



Что такое разрыв в родах?

Иногда во время родов ткани вокруг родового канала чрезмерно растягиваются и случаются разрывы. Чаще всего это происходит в промежности - пространстве между входом влагалища и анусом. Разрывы могут быть:

- Первой степени - маленькие разрывы на уровне кожи.слизистой, которые обычно заживают самостоятельно
- Второй степени - более глубокие, затрагивающие и кожу, и мышцы стенки влагалища. Чаще всего их нужно зашить.

У некоторых женщин (от 0.5% до 9% вагинальных родов в зависимости от места родов), разрывы более серьезные:

- Третьей степени - от стенки влагалища до мышцы вокруг ануса (анального сфинктера)
- Четвертой степени - включающий сфинктер и стенки кишки

Такие разрывы зашивают в операционной с эпидуральной анестезией, если она уже была поставлена, или спинальной.

Что такое эпизиотомия?

Это разрез ножницами или скальпелем у входа влагалища чтобы увеличить пространство для рождения головы. Разрез проходит через кожу и мышцы, как и разрыв второй степени, но заживает сложнее и может приносить больше неприятных ощущений.

И разрывы, и эпизиотомия происходят на пике схватки, и обычно момент, когда это происходит, не ощущается.

Можно ли предсказать появление разрыва третьей или четвертой степени?

Обычно в родах нельзя предсказать, что произойдет серьезный разрыв и предотвратить его. Есть факторы, увеличивающие вероятность такого разрыва:

- одно из плечиков малыша застревает за лобковой костью
- вторая стадия родов (которая начинается после полного раскрытия) затянулась
- первые вагинальные роды
- крупный малыш (больше 4 кг)
- роды начались с искусственного родовозбуждения (индукции)
- используется эпидуральная анестезия
- требуется использование инструментов (вакуум-экстрактора или щипцов)

Данные исследований показывают, что эпизиотомия не предотвращает появление разрыва третьей или четвертой степени. Эпизиотомия создает большее пространство для малыша, но не предотвращает серьезные разрывы для мамы. Однако долгое время считалось, что эпизиотомия может помочь, поэтому сейчас диапазон частоты использования эпизиотомии составляет от 15% до 100% в зависимости от места родов и принимающих роды, и одной из причин называют попытки избежать разрывов или предполагаемая легкость заживления. Показаниями для эпизиотомии, основанными на данных доказательной медицины считается:

- изменения сердечного ритма малыша на КТГ, требующее ускорения родов
- дистоция плечиков, при которой необходимо выполнение внутренних манипуляций
- инструментальные роды с применением вакуум-экстрактора или щипцов



Можно ли повлиять на вероятность появления разрывов?

До родов:

- выбор врача, не использующего часто эпизиотомию и дающего возможность тужиться мягко в выбираемой женщиной позе. Вопрос “Как часто в вашей практике вы видите, что в родах случаются разрывы, и особенно 3-4 степени? как часто вы делаете эпизиотомию?” дает возможность сравнить подходы и практику специалистов.
- Массаж промежности в конце беременности, по результатам исследований, помогает снизить вероятность эпизиотомии у мам, рожаящих первого малыша. Некоторым женщинам нравится эта возможность привыкнуть к ощущению растяжения и научиться расслаблять мышцы тазового дна при этом, чтобы расслаблять их и в родах.
- массаж промежности и упражнения для мышц тазового дна могут снижать вероятность разрывов.

Во время родов:

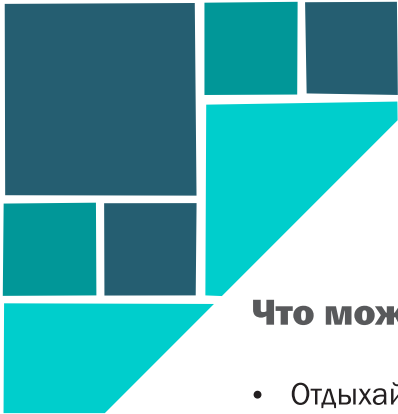
- Положение на боку, на четвереньках, стоя на коленях, или стоя
- избегание положений сидя, на корточках, или на родовом стульчике в течение долгого времени во время потуг
- отсутствие эпидуральной анестезии
- прикладывание ткани смоченной в горячей воде (теплого компресса) к промежности во время потуг
- медленные потуги с расслаблением в конце родов

Что, если понадобится зашивать разрыв или разрез?

Обычно это делается сразу после родов. Если уже была поставлена эпидуральная анестезия, этого обычно достаточно, если нет, то используется локальный анестетик (кроме разрывов 3-4 степени).

Что может помочь справиться с дискомфортом в первые дни?

- если разрыв расположен так, что при мочеиспускании чувствуется жжение, можно одновременно с мочеиспусканием поливать область разрыва теплой водой из душа или бутылки
- прикладывать лед, завернутый в ткань на 10-20 минут так часто, как хочется
- много лежать, не давать нагрузку на область тазового дна
- если необходимо кашлять, чихать, сморкаться или опорожнить кишечник, можно придерживать промежность рукой или полотенцем, чтобы избежать растяжения промежности
- 2-3 литра воды в день и диета, способствующая регулярному мягкому стулу (при необходимости можно использовать мягкие слабительные средства, чтобы не допускать запоров)
- не торопиться и расслабленно дышать во время дефекации, не тужиться, сидеть наклонившись корпусом вперед, поставив скамеечку под ноги, так чтобы колени оказались выше таза
- при необходимости используются обезболивающие



Что можно сделать, чтобы помочь заживлению?

- Отдыхайте, лежите на боку как можно больше
- Эта область должна быть как можно более чистой и сухой: часто меняйте прокладки, ополаскивайте промежность, вытирайте промокивающими движениями, полезно устраивать воздушные ванны
- мягкие упражнения для мышц тазового дна через несколько дней после родов помогают улучшить кровообращение и ускорить процессы заживления

Когда стоит обратиться к врачу:

- если поднялась температура
- если швы стали более болезненными, отеками или появился неприятный запах

Разрывы заживают, как правило в течение нескольких недель. Однако дискомфорт и/или болезненность во время секса иногда длится в течение нескольких месяцев.

При разрывах 3-4 степени и возникновения осложнений, связанных с недержанием, болью и пр. может потребоваться помощь физиотерапевтов, гинекологов и других специалистов.

Дисклеймер. Информация, содержащаяся в этом документе может использоваться для ознакомления, но не заменяет общение с врачом и не может использоваться как медицинская рекомендация.

Источники:

1. Third or fourth degree tear during birth. RCOG patient information, 2015.
2. Trauma perineal prevention: an integrative literature review. Enfermeria Global, 2017 (47): p. 564-575.
3. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. Leeman L. et al. Birth, 2009 (36) p. 4.
4. Postpartum care of perineum. Fitzpatrick et al. Obstetrician & Gynaecologist, 2007 (9): p. 164-170.
5. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. Bols E.M. et al. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2010. 89(3), 302-14.
6. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. LaCross A., Groff M., Smaldone A. Journal of Midwifery & Women's Health, 2015. 60(1), 37-47.
7. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Gupta J.K., Hofmeyr G.J., Shehmar M. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012.
8. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Lemos A. et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.
9. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones, L. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.
10. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Dahlen H.G. et al. Birth. 2007; 34(4): p.282-90