

*На правах рукописи*

Агабемян Нонна Вачагановна

**Влияние акушерской травмы на состояние тазового дна у  
первородящих женщин**

3.1.4. - Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград -2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре акушерства и гинекологии.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор  
**Селихова Марина Сергеевна**

**Официальные оппоненты:**

**Волков Валерий Георгиевич** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии медицинского института Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тульский государственный университет»

**Логутова Лидия Сергеевна** - доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник учебно-методического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года в \_\_\_\_\_ на заседании диссертационного совета 21.2.005.04 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; на сайте [www.volgmed.ru](http://www.volgmed.ru), с авторефератом – на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: [www.vak.ed.gov.ru](http://www.vak.ed.gov.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года

Ученый секретарь диссертационного совета 21.2.005.04

доктор медицинских наук, профессор

**Селихова Марина Сергеевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность и степень разработанности темы.

Несостоятельность мышц тазового дна (НТД) относится к хроническому прогрессирующему со временем состоянию, проявляющемуся опущением внутренних половых органов, недержанием мочи, нарушением акта дефекации, сексуальными расстройствами, что значительно нарушает качество жизни женщины (В.Е. Радзинский и соавт., 2020, Berg M.R. 2020, Kawasoe I.2020, Manresa M. 2019).

Согласно мировым данным, от 2,9 до 53% женщин отмечают те или иные проявления несостоятельности тазового дна, причём до 47% это женщины трудоспособного возраста. Из 100 женщин в возрасте до 30 лет несостоятельность тазового дна имеет место у каждой десятой, в возрасте 30–45 лет оно встречается в 40 случаях из 100, а после 50 лет диагностируется у каждой второй женщины, причем около 20% из этого количества нуждаются в оперативном лечении (Радзинский В.Е.,2014, Gommesen D. 2019). Несмотря на высокую распространенность НТД, патогенез этого состояния не до конца изучен ( Afshari P. 2017, Karen Ng.2017, Zhao Y. 2018).

Среди эпигенетических факторов риска развития несостоятельности тазового дна приоритетную роль отводят влагалищным родам, в одной и той же возрастной группе распространенность пролапса тазовых органов (ПТО) выше у рожавших, чем нерожавших женщин (Дубинская Е.Д 2015, DeLancey J.O. 2017).

Большинство ученых считают, что опущение половых органов возникает при наличии дефектов лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций, формирующихся в результате травматического повреждения (прежде всего родового травматизма), или несостоятельности соединительной ткани (Ящук А.Г. 2017, Handa V.L., Blomquist J.L., 2012).

При этом, данные о распространенности родового травматизма как в России, так и в мире разноречивы, по мнению исследователей частота акушерской травмы составляет от 6,5 до 85% (Токтар Л.Р. 2020, Bahtışen K. 2017, Lazzerini M. 2019, OBrien S. 2019, Sangkomkamhang U. 2019, Ononuju C.N. 2020, Fikadu K. 2020). В настоящее время удалось существенно снизить частоту тяжелых форм родовой травмы, таких как разрыв и выворот матки, однако травматизация промежности значимо не снижается на протяжении длительного времени и продолжает

оказывать негативное влияние на репродуктивное здоровье и качество жизни женщины (Радзинский В.Е., 2016).

Таким образом, в настоящее время является доказанным наличие взаимосвязи формирования несостоятельности тазового дна и вагинальных родов. Однако, НТД является мультифакторным заболеванием, от сочетания индивидуальных факторов и зависит скорость и тяжесть формирования данного состояния. К настоящему моменту отсутствуют четкие данные о наиболее значимых факторах риска формирования несостоятельности тазового дна у пациенток репродуктивного возраста, отсутствует понятие о выделении групп высокого риска по возникновению родового травматизма у первородящих женщин на основе индивидуальных особенностей, без чего не представляется возможным говорить о поиске эффективных методов профилактики данной патологии. Разработка эффективных методов дородовой подготовки будет способствовать не только снижению травматизации в родах, но и сохранению репродуктивного здоровья и повышению качества жизни женщины.

**Цель исследования:** сохранить репродуктивное здоровье и качество жизни первородящих женщин после вагинальных родов за счет снижения родового травматизма в группах высокого риска.

**Задачи исследования:**

1. Изучить частоту и структуру родового травматизма в популяции по данным родильных стационаров г. Волгограда.
2. Изучить состояние тазового дна у первородящих женщин через 1,5 – 2 года после атравматичных вагинальных родов и при наличии травмы промежности.
3. Оценить качество жизни женщин через 1,5-2 года после атравматичных вагинальных родов и при наличии травмы промежности.
4. Оценить состояние тазового дна у женщин с травмой промежности в зависимости от особенностей ведения послеродового периода.
5. Оценить факторы риска развития несостоятельности тазового дна, требующего оперативного лечения в репродуктивном возрасте.
6. Изучить факторы высокого риска родового травматизма у первородящих женщин.

7. Оценить влияние дородовой подготовки беременных высокого риска на частоту и тяжесть родового травматизма.

### **Научная новизна.**

Впервые проведена оценка состояния мышц тазового дна у первородящих женщин в послеродовом периоде через 1-1,5 – 2 года после вагинальных родов неосложненных и при наличии травмы промежности.

Впервые выделены наиболее значимые факторы развития несостоятельности тазового дна, требующего оперативного лечения в репродуктивном возрасте: нарушение жирового обмена, травматичные роды, паритет более 2 родов в сочетании с клиническими проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Впервые выделены факторы риска травмы промежности при первых вагинальных родах и предложен метод дородовой подготовки, позволяющий снизить частоту родового травматизма в 2,5 раза.

### **Теоретическая и практическая значимость работы.**

В результате проведенных исследований было доказано наличие признаков несостоятельности тазового дна у пациенток с травмой промежности в первых и единственных родах чаще по сравнению с атравматичными родами. Выявлен диастаза леваторов и истончение промежности только у пациенток с травматичными родами. У женщин с травмой в родах промежностный индекс был в 1,5 раза выше, а высота сухожильного центра промежности при эхографической оценке соответствовала нижней границе нормальных показателей. Оценка качества жизни у пациенток с травматичными родами в анамнезе и без акушерской травмы свидетельствует, что травма промежности в родах оказывает негативное влияние как на показатели «физического» компонента здоровья женщины, так и на его «психологический» компонент.

Нормализация микробиоценоза в третьем триместре беременности позволяет снизить частоту акушерской травмы у первородящих женщин, комбинированный препарат, содержащий хлоргексидин + декспантенол, показал более высокую эффективность в профилактике родовой травмы по сравнению с антисептиками.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Частота акушерской травмы у первородящих женщин диагностируется в 3 раза чаще, чем при повторной беременности, при этом в 64% имеется травма промежности. Акушерская травма значительно ухудшает состояние тазового дна и качество жизни женщины.
2. Наиболее значимыми факторами развития несостоятельности тазового дна требующего оперативного лечения в репродуктивном возрасте являются нарушение жирового обмена, травматичные роды, паритет более 2 родов. Дополнительными факторами риска являются клинические проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани.
3. В группу высокого риска по акушерской травме промежности при первых родах должны быть отнесены повторнобеременные женщины, которым предстоят первые роды, с угрозой прерывания беременности и наличием анатомически узкого таза. Формирование заднего вида затылочного вставления в родах увеличивает риск травмы в 12,6 раз. К наиболее значимым управляемым факторам риска акушерской травмы относится нарушение микробиоценоза влагалища (в 9,8 раз повышает риск). Восстановление нормоценоза влагалища способствует снижению частоты родового травматизма в 2,5 раза.

### **Степень достоверности и апробация результатов.**

Достоверность полученных результатов обеспечена формированием сопоставимых по клинико-социальным характеристикам групп наблюдения, использованием достаточного числа наблюдений, а также современных методов лабораторных и инструментальных исследований, методов статистической обработки данных.

### **Апробация материалов диссертации.**

Материалы диссертации были представлены и обсуждены на следующих мероприятиях: Региональной научно-практической конференции «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения» (Ростов-на-Дону, 2013г.), 75-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2017 г.), Всероссийском

семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», г. Сочи, сентябрь, 2018г.

### **Внедрение результатов исследования в практику.**

Результаты проведенного исследования внедрены в работу женской консультации и родильного стационара ГУЗ КБ №5 г. Волгограда, ГКБСМП №7, КРД №2 г. Волгограда, а также в учебный процесс для студентов 4,5 курсов, клинических ординаторов по специальности акушерство и гинекология.

### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация имеет традиционное строение и состоит из обзора литературы, главы материала и методов исследования, 3 главы, где изложены результаты собственных исследований, 4 главы обсуждения полученных данных, выводов и практических рекомендаций.

Диссертация изложена на 195 страницах компьютерного текста, содержит 34 таблицы, 14 рисунков. Библиографический указатель состоит из 242 источников, из них 114 представлено источниками отечественных и 128 зарубежных авторов.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Объем и методы исследования.**

У всех обследованных пациенток подробно были оценены гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания, течение гестации, течение родов, осложнения пуэрперия у родильниц. Объективное обследование женщин включало в себя изучение гинекологического статуса, оценку *состояния промежности и функций тазовых органов* по методике В.Е. Радзинского и соавт. (2006). Суммарно определялся индекс промежности (PI) по толщине и тонусу промежности, степени дистопии мышц тазового дна. Также проводилась кашлевая проба и проба Вальсальвы. Всем родильницам также выполняли *промежностное ультразвуковое сканирование*. Интерпретация полученных результатов проводилась с помощью методик В. И. Краснопольского, М. А. Чечневой и соавт. (2009). В качестве критериев нормального состояния тазового дна оценивались эхографически высота сухожильного центра промежности не менее 10 мм, отсутствие диастаза леваторов, сохранность мышечных пучков и ширина ножек леваторов (*m. bulbospongiosus*) не менее 15 мм. Отсутствие хотя бы одного из указанных признаков расценивалось как показатель несостоятельности тазового дна.

Во время осмотра пациенток через 1,5-2 года после первых и единственных родов использовали опросник для оценки качества жизни «*SF-36 Health Status Survey*». 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Расчеты описательных статистик, статистических критериев, построение таблиц сопряженности, корреляционный анализ и регрессионный анализ проводились с использованием пакета прикладных программ специального назначения SPSS 26. Оценка риска травмы проведена с использованием модели логистической регрессии, с построением калькулятора расчета рисков родового травматизма.

Для достижения поставленной цели было проведено исследование, включавшее ретроспективную часть и клиническое обследование пациенток в различных медицинских учреждениях г. Волгограда в период 2016 по 2020 годы.

**Ретроспективное исследование** включало анализ 5069 историй родов женщин, родивших в период с 2017 по 2020 годы в родильном отделении ГУЗ «Клиническая больница №5» г. Волгограда, который позволил оценить частоту оперативного родоразрешения в популяции, частоту родового травматизма матери при родоразрешении через естественные родовые пути, его структуру, число первородящих женщин в популяции. Кроме того, с целью оценки влияния родового травматизма на репродуктивное здоровье и качество жизни женщины, был проведен ретроспективный анализ 82 историй болезни пациенток, поступивших на оперативное лечение по поводу дисфункций тазового дна в репродуктивном возрасте (до 45 лет) в гинекологическое отделение учреждения здравоохранения отделенческой клинической больницы ст.Волгоград-1 ОАО «Российские Железные Дороги» г. Волгограда, гинекологическое отделение Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский медицинский клинический центр Федерального медико-

биологического агентства» России (ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России), частные клиники «Ассоль», «S-Class Clinic».

**Перспективное исследование** выполнялось в 3 этапа и включало обследование 467 пациенток, из них 151 родильница, 214 женщин через 1,5- 2 года после родов и 102 беременные женщины в сроках гестации 34-36 недель. Включение пациенток в исследование проводилось с их письменного согласия.

Обследование и ведение пациенток проводилось согласно протоколам оказания медицинской помощи, а также приказа Минздрава России от 01 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", действующего во время проведения исследования.

Задачей *первого этапа проспективного исследования* стало определение влияния разных подходов к ведению послеродового периода и оценка значимости характера заживления травмы промежности на состояние тазового дна. Для решения данной задачи были обследованы 151 родильница на 3-4 сутки послеродового периода, родоразрешенные в родильном отделении ГУЗ «Клиническая больница №5» г. Волгограда.

*Критериями отбора* женщин, входящих в данную группу обследования, явились репродуктивный возраст (18-45 лет), первородящие, родоразрешение естественным путем и в срок (37-41 неделя гестации), нормальные размеры таза.

*Критериями исключения* явились повторные роды, оперативные вагинальные роды (наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора), роды крупным плодом, послеродовый эндометрит.

В зависимости от особенностей течения и ведения послеродового периода пациентки были разделены на 3 группы:

2а группа – 46 женщин с травмой промежности в родах и общепринятым ведением послеродового периода (обработка швов на промежности 5% раствор KMnO<sub>4</sub>),

2б группа – 36 родильниц с травмой промежности в родах, которым с лечебной целью применяли в послеродовом периоде комбинированный препарат, содержащий хлоргексидин и декспантенол.

2в группа - 69 родильниц без родового травматизма,

Выбор препарата был обусловлен его комбинированным составом, включающим антисептический компонент (хлоргексидин) и декспантенол, который стимулирует регенерацию слизистых оболочек, нормализует клеточный метаболизм, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон. Кроме того, препарат сохраняет активность в присутствии крови, согласно инструкции, разрешен к применению при лактации, что принципиально важно в послеродовом периоде.

Перед выпиской из родильного стационара всем родильницам оценивалось состояние тазового дна: проводилась проба Вальсальвы, оценивался промежностный индекс, проводилось промежностное ультразвуковое сканирование.

**Второй этап проспективного исследования** был посвящен оценке состояния тазового дна у первородящих пациенток в отдаленные сроки после родов при наличии родовой травмы промежности и без таковой. 214 пациенток, соответствующие критериям включения и исключения, были приглашены в женскую консультацию по телефону спустя 1,5 - 2 года после родов в родильном доме ГУЗ «Клиническая больница №5».

*Критериями включения в группу обследованных были:*

- возраст от 18 лет до 45 лет,
- первородящие, родоразрешенные через естественные родовые пути,
- срок родоразрешения 37-41 неделя беременности,

Из исследования исключались пациентки с повторными родами, оперативные вагинальные роды (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора), роды крупным плодом, запоздалые и преждевременные роды per vias naturalis.

Количество пациенток, которым был проведен полный комплекс клинических исследований, составило 197 женщин (третья группа), из них 105 женщин с травмой промежности в родах (3а группа), у 92 пациенток роды прошли без родового травматизма (3б группа).

Всем пациенткам было проведено влагалищное исследование, УЗИ органов малого таза, цитологическое исследование шейки матки, выполнены оценка влагалищного биоценоза, специальное гинекологическое обследование с оценкой

состоятельности тазового дна, промежуточное ультразвуковое сканирование, а также проведено анкетирование для оценки качества жизни с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey».

*Задачей третьего этапа проспективного исследования* было изучение значимости нарушений микробиоценоза влагалища у беременных в III триместре в частоте возникновения травм промежности и оценка препарата, содержащего хлоргексидин и декспантенол, в восстановлении нормального биоценоза влагалища перед родоразрешением.

*Критериями включения* беременных в данную группу исследования был репродуктивный возраст (18-45 лет), предстоящие первые роды при одноплодной беременности, концепция на родоразрешение через естественные родовые пути, нарушение биоценоза влагалища на сроке 34-36 недель беременности, подтвержденного лабораторным исследованием влагалищного мазка.

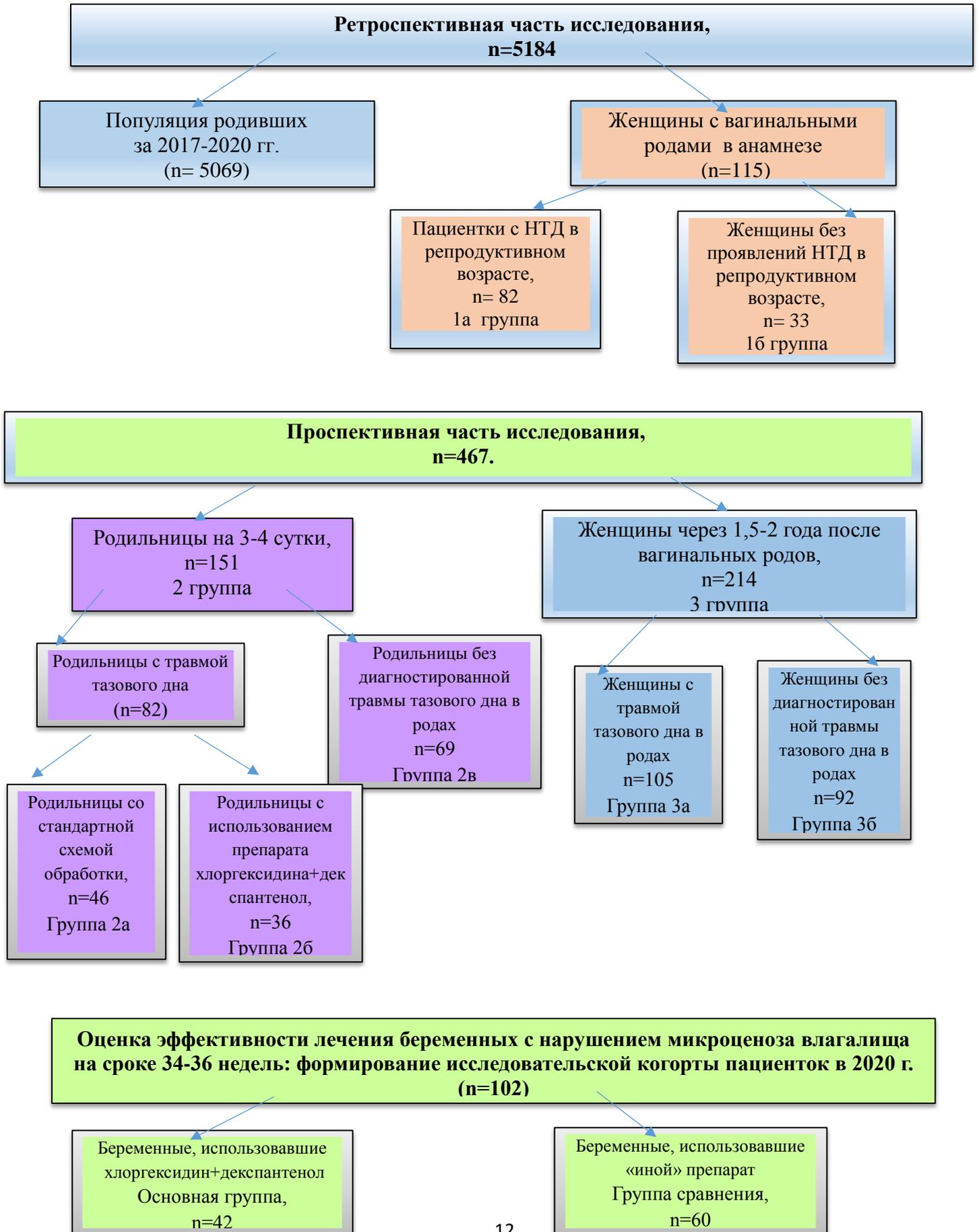
*Критериями исключения* явились беременные с концепцией на оперативное родоразрешение, многоплодная беременность, наличие в анамнезе родов, нормобиоценоз влагалища в 3 триместре беременности.

В соответствии с критериями включения и исключения в исследование были включены 102 беременные женщины с верифицированным диагнозом бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита. В зависимости от особенностей лечения пациентки были разделены на 2 группы:

- основная группа – 42 беременные, которым в связи с нарушением микробиоценоза влагалища в III триместре был назначен препарат содержащего хлоргексидин и декспантенол в виде влагалищных свечей 2 раза в сутки в течение 10 дней вагинально.

- группу сравнения (60 пациенток) составили беременные, которым в связи с нарушением микробиоценоза влагалища в III триместре был назначен иной препарат.

## Дизайн исследования



### **Результаты исследования и их обсуждение.**

В процессе выполнения данного исследования был проведен анализ 5069 историй родов, который позволил составить медико-социальный портрет первородящих женщин в настоящее время.

Результаты исследования показали, что средний возраст первых родов 28-29 лет ( $28,6 \pm 3,7$  лет), а повторных -  $35,7 \pm 4,2$  лет. К моменту наступления беременности каждая третья пациентка (31,5%) имела нарушения менструального цикла. Средний возраст полового дебюта первородящих женщин составил  $16,4 \pm 2,6$  лет, а временной промежуток между началом половой жизни и первыми родами составил  $12,2 \pm 3,1$  лет. У 71,3% первородящих женщин выявлена гинекологическая патология, причем безусловным лидером являются воспалительные заболевания. Только у 74,3% первородящих женщин настоящая беременность была первой. В 15,3% случаев данная беременность была индуцированной, у 4,2% первородящих женщин беременность наступила с помощью ВРТ (ЭКО, ИКСИ).

Только 19,0% женщин, которым предстоят первые роды, вступают в беременность соматически здоровыми. 85,6% первородящих женщин имели осложнения в течение гестации, среди которых преобладали анемия и невынашивание беременности. Только у 11,8% первородящих женщин беременность может быть отнесена к нормальной в соответствии с действующим протоколом МЗ РФ.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 3507 (69,2%) женщин, путем операции кесарева сечения – 1562 (30,8%). Таким образом, частота кесарева сечения в родильном стационаре 2 уровня достигла 30,8%, из которых 56,0% - были выполнены повторнородящим и 44,0% - первородящим женщинам.

По данным анализа историй родов, 85,2% первородящих женщин получили травму в родах, при этом в структуре родового травматизма 61,9% составила сочетанная травма мягких тканей родовых путей с преобладанием разрывов стенок влагалища и малых половых губ. Достоверно реже при повторных родах встречались тяжелые формы родового травматизма ( $p < 0,05$ ). Рассечение промежности, которое составило 39,6% в популяции, выполнялось у первородящих женщин в два раза чаще, чем у повторнородящих (51,6% и 23,8% соответственно)

(рис. 1). Атравматичные роды встречались в 3 раза чаще в группе повторнородящих женщин, чем первородящих (у 43,3% и 14,8% соответственно).

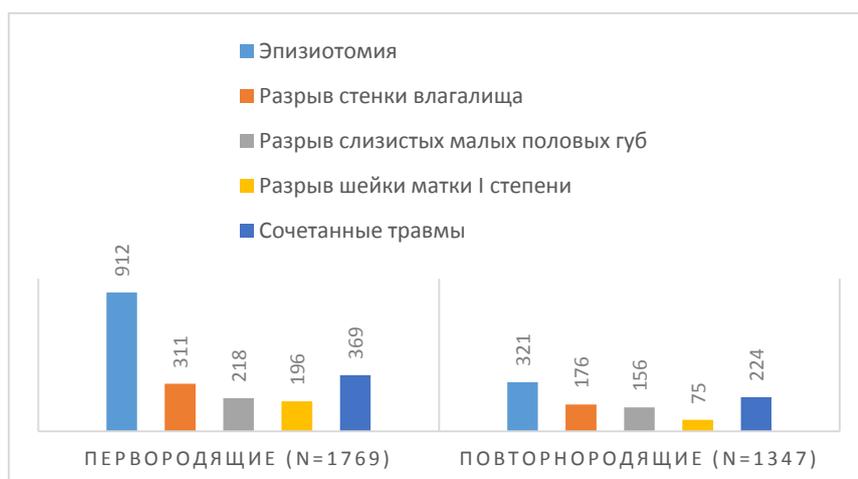


Рисунок 1. Характер повреждений родовых путей матери при первых и повторных родах.

С целью выявления наиболее значимых факторов развития несостоятельности тазового дна в репродуктивном возрасте, был проведен *ретроспективный анализ* 115 историй болезней пациенток данной возрастной группы, из которых 82 женщины были с верифицированным диагнозом ПТО, в анамнезе которых были роды через естественные родовые пути и которым впоследствии проводилось хирургическое лечение по поводу ПТО, и 33 женщины с вагинальными родами в анамнезе, но без жалоб и клинических проявлений НТД. Возраст пациенток на момент обращения за специализированной хирургической помощью варьировался от 24 до 45 лет и составил в среднем  $39,59 \pm 6,3$  лет. При этом средний возраст появления первых жалоб по поводу генитального пролапса составил  $32,91 \pm 5,1$  лет, что говорит о том, что в среднем женщина откладывает обращение за специализированной хирургической помощью на 6-7 лет и упускает возможность использования «терапевтического окна».

Анализируя социальный статус пациенток, оказалось, что большая часть (68,3%) женщин, активно обратившихся за медицинской помощью по поводу ПТО, являлись работниками интеллектуального труда, треть из которых занимали руководящие должности.

При обращении за медицинской помощью большинство пациенток (90,2%) предъявляли жалобы на дискомфорт и ощущение «инородного тела» во влагалище, 40,2% женщин - на неудовлетворенность половой жизнью, а 7,3% женщин

отмечали диспареунию. Каждая пятая женщина (19,5%) отмечала непроизвольное «подтекание мочи» при кашле, чихании.

У каждой второй женщины (52,4%) имелась избыточная масса тела, а у 4,9% - ожирение I степени. Среди пациенток, обратившихся за хирургической помощью по поводу ПТО, у 85,4% пациенток имелись хронические заболевания и более, чем у половины (57,3%) пациенток имелись указания на заболевания, являющиеся проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани: близорукость, грыжи, варикозная болезнь, ПМК. Среди пациенток с проявлениями НТД количество родов в расчете на 1 женщину составило  $2,2 \pm 0,9$  ( $1,6 \pm 0,7$  без ПТО).

Травматичные роды в анамнезе у пациенток с признаками НТД были достоверно чаще, при этом разрывы промежности были диагностированы только у женщин с ПТО. Тяжесть проявлений ПТО имела прямую корреляцию с тяжестью родовой травмы. Большинство (68%) этих женщин относились к курящим, 100% имели нарушения жирового обмена. У каждой второй (56,1%) пациентки репродуктивного возраста с ПТО послеродовой период осложнился инфицированием швов на промежности, с частичным или полным их расхождением.

Проведенное **на первом этапе проспективное обследование** родильниц на 3-4-е сутки послеродового периода показало, что у 2,4% родильниц с обработкой промежностных швов по стандартной схеме (группа 2а) возникло расхождение краев промежностной раны, что потребовало наложения вторичных швов в условиях гинекологического отделения (в группе 2б такое осложнение не возникало). Проба Вальсальвы была положительной у 19,6% родильниц 2а группы, у 19,4% родильниц 2б группы и у 5,2% родильниц 2в группы. Таким образом, положительная проба Вальсальвы определялась в 3 раза чаще в группе женщин с травматичными родами ( $\chi^2 = 4,7$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 3,2 95%ДИ 1,1;8,9). У 2,2% родильниц 2а группы выявлена при осмотре анальная инконтиненция. Нормальная толщина промежности определялась у всех женщин без травмы в родах и у 87,8% родильниц с травмой промежности ( $p > 0,05$ ), истонченная промежность была определена у 13,0% родильниц 2а группы и у 11,1% родильниц 2б группы.

У 30,5% пациенток с травмой промежности в первых родах было

констатировано зияние половой щели при осмотре в покое, что также было отмечено и среди женщин без диагностированной травмы таза в родах, но статистически значимо в меньшем проценте - лишь у 15,9% ( $\chi^2 = 4,3$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 2,3 95%ДИ 1,1;8,6). У пациенток с атравматичными родами нормальный тонус промежности определялся слева у 47,8% родильниц, что в 2 раза больше, чем аналогичный показатель в группе с травматичными родами ( $\chi^2 = 5,9$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 2,8 95%ДИ 1,2;14,6), а справа - у 46,4% родильниц ( $p > 0,05$ ). К тому же у 65,2% родильниц группы 2а и 61,1% родильниц группы 2б пальпаторно был диагностирован сниженный тонус слева от задней спайки, у 52,2% и 50,0% соответственно снижен справа ( $p > 0,05$ ). В группе родильниц без диагностированной травмы показатель PI составил  $6,10 \pm 1,45$  балла ( $p < 0,05$ ). PI в группе родильниц с применением комбинированного препарата был ниже, чем в группе 2а, и составил  $8,48 \pm 1,92$  балла против  $9,21 \pm 1,69$  баллов в группе 2б. Приведенные данные свидетельствуют, что на тонус мышц промежности при их напряжении влияет наличие или отсутствие травмы промежности.

По данным промежностного ультразвукового исследования, показатели высоты сухожильного центра (12,03мм и 12,14мм), ширины *m.bulbospongiosus* (справа 15,44 мм, слева 16,46 мм в группе 2а и справа 15,83 мм, слева 16,65 мм - в группе 2б) и наличие диастаза (6,5% и 5,6%) были сопоставимы в группах 2а и 2б. В ходе ультразвукового исследования признаки несостоятельности тазового дна были выявлены у 29,3% пациенток с травматичными родами и у 18,8% пациенток без травмы в родах. При этом, нарушения выявлены у 30,4% пациенток 2а группы и у 27,8% пациенток 2б группы ( $p > 0,05$ ).

Полученные данные указывают на отсутствие достоверного влияния на состояние тазового дна характера обработки швов в послеродовом периоде.

Согласно данным *второго этапа проспективного обследования* женщин через 1,5-2 года после первых родов, у 8,6% пациенток исследуемых групп были выявлены нарушения мочеиспускания в виде подтекания мочи при кашле или физической нагрузке и учащенного мочеиспускания ( $p > 0,05$  между группами 3а и 3б), при этом пациентки активно этих жалоб не предъявляли. Нормальный биоценоз влагалища был выявлен достоверно чаще у женщин после своевременных родов без акушерской травмы ( $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 2,8 95%ДИ

1.2;8.2). Частота выявляемости смешанного вульвовагинита была практически идентична в обеих группах обследованных женщин: 14,3% в 3а группе и 14,1% в 3б группе ( $p>0,05$ ), бактериальный вагиноз диагностирован у 24,8% женщин с травмой таза в родах, что в 3 раза чаще, чем у женщин 3б группы ( $\chi^2 = 10,3$ ,  $p<0,001$ ; ОШ 3.3 95%ДИ 1.8;8.4).

В изучаемой группе женщин не было тяжелых форм родового травматизма, которые встречаются редко. Нам было важно оценить влияние травматичных родов на состояние тазового дна в среднестатистической популяции родивших женщин.

При объективном исследовании было отмечено зияние половой щели в покое у 41% пациенток с травматичными родами, что в три раза чаще чем в группе 3б (16,0%) ( $\chi^2 = 12,9$ ,  $p<0,001$ ; ОШ 3.8 95%ДИ 1,5;4,9). Ни у одной из женщин с атравматичными родами не было выявлено истончения промежности, в то время как у пациенток 3а группы определялась в 22,6% случаев, то есть у каждой четвертой-пятой женщины ( $\chi^2 = 15,2$ ,  $p<0,001$ ). По результатам исследования тонуса промежности при напряжении мышц тазового дна было выявлено статистически значимое его снижение у женщин 3а группы слева ( $\chi^2 = 5,7$ ,  $p<0,05$ ; ОШ 2,6 95%ДИ 1,2;9,7) и справа ( $\chi^2 = 8,3$ ,  $p<0,05$ ; ОШ 4,6 95%ДИ 1,9;18,0) от задней спайки.

У пациенток 3а группы промежностный индекс в среднем составил  $9,80 \pm 4,185$  баллов ( $6,87 \pm 3,348$  баллов в 3б группе), что в 1,5 раза выше в группе женщин с травмой в родах по сравнению с женщинами с атравматичными родами. Полученные данные свидетельствуют о худшем состоянии промежности у пациенток уже после первых травматичных родов ( $p<0.05$  между группами) (рис.2).

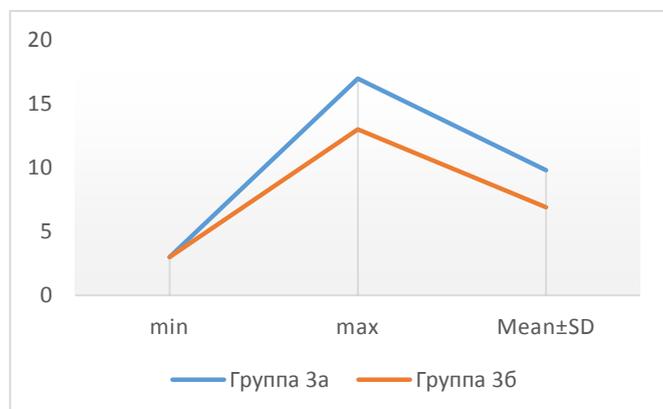


Рисунок 2. Показатели промежностного индекса, баллы (Mean±SD).

По данным ультразвукового промежностного сканирования, у 43,8% пациенток 3а группы показатель высоты сухожильного центра был менее 10мм, а в 3б группе – у 20,7% женщин ( $\chi^2 = 10,9$ ,  $p < 0,001$ ; ОШ 3,0 95%ДИ 1,65;5,7). Диастаз леваторов был выявлен у 5,7% женщин только в 3а группе ( $p > 0,05$ ). Средние значения ширины *m. bulbospongiosus* в 3а группе составили справа  $12,2 \pm 1,8$  мм ( $p > 0,05$  между группами 3а и 3б), слева  $13,3 \pm 2,1$  мм (в 3б группе справа  $14,9 \pm 1,9$  мм, слева —  $14,9 \pm 2,2$  мм) ( $p > 0,05$ )

Таким образом, признаки несостоятельности тазового дна, выявленные при осмотре и УЗ-исследовании, диагностированы у 67,6% пациенток с травматичными родами в анамнезе и у 31,5% женщин без диагностированной травмы в родах, то есть в 2 раза чаще в группе пациенток с травмой тазового дна в первых и единственных родах ( $\chi^2 = 9,2$ ,  $p < 0,001$ ; ОШ 8,6 95%ДИ 4,2;19,5).

Корреляционный анализ показал статистически значимую зависимость признаков несостоятельности тазового дна у первородящих женщин с нарушением целостности промежности в родах: истонченная промежность - коэффициент взаимной сопряженности 0,329, сниженный тонус справа - 0,237, слева - 0,234, НТД по данным УЗИ - 0,339. Также с наличием травмы в родах статистически значимо связаны жалобы на патологические выделения из половых путей- 0,181, зияние половой щели - 0,24.

При сравнении компонентов качества жизни, определяемого по опроснику «SF-36 Health Status Survey», выявлено, что показатели «Физического компонента здоровья» (PH) у пациенток с наличием единственных, но травматичных родов в анамнезе, составили  $51,49 \pm 7,61$ , в тоже время, у женщин сопоставимой группы, но при отсутствии акушерской травмы в родах он был достоверно выше —  $58,57 \pm 6,03$  ( $p < 0,001$ ). При этом снижение физического компонента здоровья происходило за счет ограничения физической активности (шкала PF) и за счет присутствия болевого синдрома (шкала BP) (таблица №1). «Психологический компонент здоровья» (MH) через 1,5-2 года после родов был определен у пациенток с повреждением промежности в родах как  $41,37 \pm 10,49$ , что значительно ниже по сравнению с женщинами, имевшими в анамнезе одни атравматичные роды—  $57,04 \pm 7,59$  ( $p < 0,001$ ).

В ходе данного исследования было проведено изучение связи между наличием травмой промежности и рядом факторов с помощью корреляционного анализа. Среди факторов статистически значимых с получением травмы в родах оказались возраст пациентки- коэффициент взаимной сопряженности 0,374, признаки недифференцированной дисплазия соединительной ткани - 0,175, узкий таз - 0,168, НМЦ -0,167, повторная беременность при первых родах - 0,154, анемии беременных- 0,153, угрожающий аборт- 0,201, инфекция мочевыводящих путей - 0,157, бактериальный вагиноз - 0,273, неспецифический вульвовагинит - 0,157, мекониальные околоплодные воды -0,176, задний вид затылочного вставления плода - 0,203.

По результатам однофакторного анализа был отобран ряд показателей, позволяющих оценить дородовые риски получения травмы в родах. Для оценки риска получения травмы была оценена модель логистической регрессии.

Таблица 1. Оценка качества жизни женщин через 1,5-2 года после первых родов, осложненных родовой травмой и без нее (по данным опросника SF-36).

Группы	n	«Физический компонент здоровья»				«Психологический компонент здоровья»			
		Физическое функционирование (PF)	Ролевое функционирование (RP)	Интенсивность боли (BP)	Общее состояние здоровья (GH)	Жизненная активность (VT)	Социальное функционирование (SF)	Ролевое функционирование (RE)	Психическое здоровье (MH)
Женщины с травматичными родами в анамнезе	105	90,0±17,4	79,7±30,1	72,8±19,3	73,4±20,0	53,6±15,8	76,1±11,2	72,5±20,7	66,5±14,3
Женщины без акушерской травмы в анамнезе	92	96,5±6,5	84,72±21,4	83,2±13,4	75,9±14,1	69,8±9,7	85,2±10,5	87,8±22,4	75,2±18,9
p		p<0.05	p>0.05	p<0.001	p>0.05	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Проведенный многофакторный анализ указывает, что риск травмы промежности в родах в 12,6 раза возрастает при заднем виде затылочного вставления плода, в 9,8 раза - при диагностированном в 3 триместре беременности бактериальном вагинозе, в 5,4 раза при вульвовагините. Статистически значимыми оказались узкий таз (риск возрастает почти в 4 раза), при угрожающем аборте при беременности (в 3,1 раза), а также у повторнобеременных (в 2,87 раза).

Для проверки качества прогностической способности модели был использован ROC-анализ, который показал, что чувствительность модели составляет 0,733, специфичность – 0,707 (рис.3).

Таблица 2. Модель оценки дородовых рисков травмы промежности в родах (многофакторный анализ, результаты оценки модели логистической регрессии)

Факторы риска	Коэффициент	Средне-квadraticеская ошибка	Критерий Вальда	р	Отношение шансов
Узкий таз	1,376*	0,583	5,575	0,018	3,957
Повторнобеременная	1,053**	0,399	6,968	0,008	2,866
Угрожающий аборт	1,137**	0,391	8,443	0,004	3,118
Задний вид затылочного предлежания	2,536*	1,092	5,392	0,020	12,623
Смешанный вульвовагинит	1,686**	0,578	8,509	0,004	5,398
Бактериальный вагиноз	2,281**	0,587	15,089	<0,0001	9,789
<b>Константа</b>	1,104**	0,250	19,445	<0,0001	0,332
<i>Chi-квaдpaт</i>		57,667	<i>R-квaдpaт Кокса и Снелла</i>		0,254
<i>р</i>		<0,0001	<i>R-квaдpaт Нэйджелкерка</i>		0,339

\* - коэффициент значим на уровне 5%, \*\* - 1%.

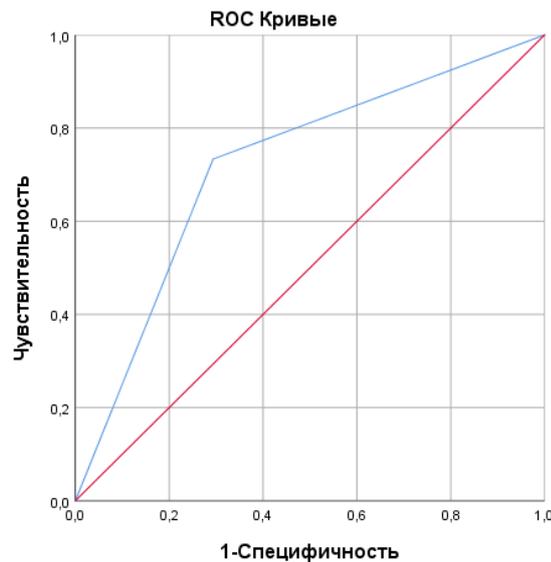


Рисунок 3. ROC-кривая для модели прогнозирования риска травмы промежности в родах.

С целью прогнозирования дородовых рисков травматизации женщин в родах создан калькулятор в программе Excel.

Такие факторы как узкий таз, угроза прерывания беременности в течение беременности, предстоящие первые роды при повторной беременности не могут быть устранены. Задний вид затылочного вставления окончательно формируется в родах и влиять на него врач также не имеет возможности. В связи с этим, на наш взгляд, наиболее перспективным остается возможность своевременной коррекции биоценоза влагалища в 3 триместре беременности.

На *третьем этапе проспективного исследования* беременным с нарушением микробиоценоза влагалища назначался препарат содержащий хлоргексидин+ декспантенол (основная группа) и антисептики (супп. ваг. «Повидон-йод», «Хлоргексидин») в группе сравнения. Клинический эффект и нормализация лабораторных показателей были достигнуты у всех беременных (100%) основной и 53 беременных (88,3%) группы сравнения.

Согласно критериям включения, дальнейшему анализу подверглись беременные исследуемой когорты, которые были родоразрешены в срок естественным путем: 39 женщин основной группы и 51 женщина группы сравнения. У 12 пациенток в связи с возникшими осложнениями (аномалии родовой деятельности, гипоксия плода) роды завершились экстренным кесаревым

сечением.

В результате осмотра родовых путей родильниц в раннем послеродовом периоде выявлено значимое снижение травматизма мягких тканей у женщин основной группы (12,8% против 31,4%) (рис.4).



Рисунок 4. Структура родового травматизма в группе женщин с предродовой подготовкой.

Таким образом, полученные данные указывают на достоверное снижение частоты родового травматизма при своевременном выявлении и коррекции микробиоценоза влагалища беременной женщины перед родами. При этом комбинированный препарат содержащий хлоргексидин+ декспантенол показал большую эффективность в сравнении с другими местными противовоспалительными средствами.

### **Выводы.**

1. Нарушение целостности промежности при вагинальных родах происходит в 64,0% у первородящих и 33,8% у повторнородящих женщин, при этом в 51,6% и 23,8% соответственно выполняется ее рассечение.
2. Наиболее значимые факторы развития несостоятельности тазового дна, требующего оперативного лечения в репродуктивном возрасте являются нарушение жирового обмена ( $\chi^2=17,7$ ,  $p<0,001$ ; RR 1,685 95%ДИ 1,3;2,1, NNT 2,7), травматичные роды ( $\chi^2 = 15,25$ ,  $p<0,001$ ; ОШ 5,8 95%ДИ 2,42;13,9), паритет более 2 родов ( $\chi^2 = 8,36$ ,  $p<0,05$ ; ОШ 3,7 95%ДИ 1,59;8,71). Дополнительными факторами риска являются клинические проявления

- недифференцированной дисплазии соединительной ткани ( $\chi^2 = 4,49$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 2,7 95%ДИ 1,15;6,3).
3. В группу высокого риска по акушерской травме промежности при первых родах должны быть отнесены повторнобеременные женщины, которым предстоят первые роды (ОШ 2,87), с угрозой прерывания беременности (риск возрастает в 3,1 раза), при наличии анатомически узкого таза (риск возрастает в 4 раза). Формирование заднего вида затылочного вставления в родах увеличивает риск травмы в 12,6 раз. К наиболее значимым и управляемым факторам риска акушерской травмы относится нарушение микробиоценоза влагалища (в 9,8 раз повышает риск).
  4. Наличие признаков несостоятельности тазового дна диагностировано в 9 раз чаще у пациенток с травмой промежности через 1,5-2 года после первых и единственных родов по сравнению с атравматичными родами ( $\chi^2 = 9,2$ ,  $p < 0,001$ ; ОШ 8,6 95%ДИ 4,2;19,5). Диастаз леваторов (5,7%) и истончение промежности (22,6%) определялись только у пациенток с травматичными родами ( $\chi^2 = 15,2$ ,  $p < 0,001$ ). Промежностный индекс был в 1,5 раза выше в группе женщин с травмой в родах, а высота сухожильного центра промежности при эхографической оценке соответствовала нижней границе нормальных показателей -  $10,4 \pm 2,9$  мм (у пациенток без травмы —  $12,2 \pm 2,3$  мм.,  $p > 0,05$ ).
  5. Оценка качества жизни у женщин с травматичными родами в анамнезе и без акушерской травмы свидетельствует, что травма промежности в родах влияние на качество жизни женщины ( $\chi^2 = 4,37$ ,  $p < 0,05$ ; ОШ 2,4 95%ДИ 1,05;5,7). Показатели «физического» компонента здоровья у пациенток с наличием единственных травматичных родов в анамнезе, составили  $51,49 \pm 7,61$  (при отсутствии акушерской травмы  $58,57 \pm 6,03$ ,  $p < 0,001$ ), «психологического» компонента здоровья – соответственно  $41,37 \pm 10,49$  и  $57,04 \pm 7,59$  ( $p < 0,001$ ).
  6. Нормализация микробиоценоза в третьем триместре беременности позволяет снизить частоту акушерской травмы в 2,5 раза. Применение с целью подготовки к родам препарата содержащего хлоргексидин+ декспантенол оказывает более выраженный эффект: у 14,3% рожениц основной группы и у

31,6% рожениц группы сравнения роды прошли с получением травмы мягких тканей ( $\chi^2 = 4,0$ ,  $p < 0,05$ ; ОР 2,2 95%ДИ 1,1;5,0).

### **Практические рекомендации.**

1. Роженицы с нарушениями жирового обмена, травмой промежности в предыдущих родах, имевшие 2 и более вагинальных родов в анамнезе, имеющие клинические проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани относятся к группе риска по развитию несостоятельности тазового дна в репродуктивном возрасте. Данной группе пациенток следует рекомендовать методики, направленные на укрепление тазового дна с первого года после родов, а также соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни (снижение калорийности питания, обязательную физическую нагрузку, гиполипидемическую диету).
2. Травма промежности даже при единственных вагинальных родах оказывает влияние на качество жизни женщины, как на показатели «физического» компонента здоровья, так и «психологического» его компонента. Рассечение промежности в родах следует выполнять только по строгим показаниям в соответствии с клиническим протоколом.
3. К группе высокого риска по акушерской травме промежности следует отнести повторнобеременных женщин с анатомически узким тазом, которым предстоят первые роды, течение беременности у которых осложнилось угрозой ее прерывания и нарушением микробиоценоза влагалища в 3 триместре.
4. Индивидуальный расчет риска развития родовой травмы следует проводить с применением калькулятор расчета риска травматизма в родах с учетом индивидуальных факторов риска.

		ВВЕСТИ ЗНАЧЕНИЯ В ВЫДЕЛЕННЫЕ ЗОЛОТЫМ ЦВЕТОМ ЯЧЕЙКИ				
Фактор	Коэффициент	Значение фактора	Расчет			Вероятность травмы в родах
Узкий таз (да=1, нет=0)	1,376	0	0	3,36728	28,99954	0,966666153
Повторнобеременная (да=1, нет=0)	1,053	1	1,05288916			
Угрожающий аборт (да=1, нет=0)	1,137	1	1,13724695			
Задний вид затылочного предлежания (да=1, нет=0)	2,536	0	0			
Смешанный вульвовагинит (да=1, нет=0)	1,686	0	0			
Бактериальный вагиноз (да=1, нет=0)	2,281	1	2,28126611			
Константа	-1,104	-	-1,104			

Рисунок 5. Калькулятор расчета риска травматизма в родах с наличием факторов риска (пример).

5. Всем беременным группы высокого риска по травме промежности рекомендуется проводить подготовку к родам в 34-36 недель беременности, обязательным компонентом которой должно быть восстановление нормобиоценоза влагалища. Предпочтительным может быть комбинированный препарат содержащего хлоргексидин+ декспантенол показавший более высокий эффект при восстановлении микробиоценоза влагалища перед родами и снижении частоты акушерской травмы, что достигается за счет сочетания в препарате антисептика и декспантенола.

#### Публикации по теме диссертации.

1. Инновации в лечении родильниц с родовым травматизмом. Селихова М.С., Агабекян Н.В., Панкратов С.Б. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2013. № 4 (40). С. 28-31.
2. Современные подходы к ведению родильниц с родовым травматизмом. Селихова М.С., Вдовин С.В., Котовская М.В., Агабекян Н.В. Акушерство и гинекология. 2013. № 5. С. 70-75.

3. Возможности снижения родового травматизма у женщин из группы высокого риска по возникновению травм мягких тканей родовых путей. Селихова М.С., Вдовин С.В., Агабекян Н.В. Акушерство и гинекология. 2016. № 11. С. 124-129.
4. Рациональная терапия бактериального вагиноза у беременных перед родами. Селихова М.С., Агабекян Н.В. Доктор.Ру. 2020. Т. 19. № 6. С. 36-39.
5. Комплексная оценка состояния тазового дна у первородящих женщин в отдаленном периоде. Агабекян Н.В., Селихова М.С. Академическая публицистика. 2021. № 5. С. 580-589.
6. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины. Монография/ Селихова М.С., Агабекян Н.В. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. -164с.

Агабекян Нонна Вачагановна

**Влияние акушерской травмы на состояние тазового дна у  
первородящих женщин**

3.1.4. - Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук