



## Ведение пациентов с разрывами промежности третьей и четвертой степени (The management of third- and fourth-degree perineal tears)

Данная рекомендация является вторым выпуском. Первая рекомендация датируется 2001 г. под тем же именем.

### 1. Цели рекомендации

Целью рекомендации является предоставление руководства, основанного на доказательной медицине для диагностики, ведения и лечения случаев повреждения анального сфинктера в акушерской практике. Недержанием анального сфинктера называется непроизвольная дефекация, наличие которой значительно ухудшает качество жизни женщины.

### 2. Введение

При влагалищном родоразрешении частота акушерских повреждений анального сфинктера составляет 1%. Накопление опыта в данной практике позволяет чаще обнаруживать повреждения данного рода. Соответственно подготовленные акушеры способны провести восстановление анального сфинктера на высоком уровне профессионализма, что значительно снижает заболеваемость и судебные тяжбы, связанные с данным осложнением.

Повреждение анального сфинктера происходит при разрывах промежности третьей и четвертой степени.

Разрывом третьей степени называется частичный или полный разрыв мышц анального сфинктера, повреждены могут быть мышцы как наружного, (НАС) так и внутреннего анального сфинктера (ВАС).

Разрывом четвертой степени называется разрыв мышц анального сфинктера с повреждением слизистой прямой кишки.

### 3. Идентификация и сбор доказательств

Поиск проводился в Кохрановской библиотеке и Кохрановском Регистре Контролируемых исследований с целью сбора соответствующих рандомизированных контролируемых

исследований, систематических обзоров и мета-анализов. Поиск проводился также в Medline и PubMed (электронные базы данных) с 1966 по 2006 гг. Датой последнего поиска был Май, 2006г.

Базы данных были исследованы при помощи MeSH терминов, включая все подзаголовки, вместе с поиском по ключевым словам. Ключевыми словами являлись: «человек», «женщина», «роды», «акушерское», «промежность», «третья степень», «четвертая степень», «анальный сфинктер», «повреждение», «разрыв», «недержание», «фекальных», «анальное», «восстановление», «хирургия», «швы».

#### 4. Прогнозирование и профилактика акушерского повреждения анального сфинктера

*Возможно ли прогнозирование и профилактика повреждения анального сфинктера при родах?*

**Клиницисты должны знать риск-факторы акушерского повреждения анального сфинктера, в тоже время осознавая, что знание риск-факторов не всегда помогает в профилактике и прогнозировании развития данных осложнений.**



**При необходимости проведения эпизиотомии, рекомендовано использование медиолатеральной техники, избегая разреза на срединной линии.**



В нескольких ретроспективных исследованиях были установлены риск-факторы развития разрывов третьей степени. Общий риск развития разрывов третьей степени составляет 1% при влагалищном родоразрешении. Следующие риск-факторы связаны с увеличением частоты развития разрывов промежности третьей степени:

- Вес плода более 4 кг. (более 2%)
- Персистирующее переднеголовное предлежание (более 3%)
- Первые роды (более 4%)
- Родовозбуждение (более 2%)
- Эпидуральная анестезия (более 2%)
- Продолжительность второго периода родов более 1 часа (более 4%)
- Дистоция плечиков (более 4%)
- Срединная эпизиотомия (более 3%)
- Родоразрешение при помощи акушерских щипцов (более 7%).<sup>1-19</sup>

Установленные риск-факторы не всегда могут быть прямо использованы для прогноза и профилактики развития разрывов промежности третьей и четвертой степени.<sup>20</sup> Требуются исследования для изучения эффективных вмешательств с целью превенции развития разрывов третьей степени у женщин с установленными риск-факторами.

Уровень  
доказатель-  
ности  
IIb, III

Серьезные повреждения промежности, которые нарушают целостность анального комплекса и/или анального эпителия (акушерское повреждение анального сфинктера) имеют место в 0,6-9% при влагалищном родоразрешении при проведении медиолатеральной эпизиотомии. (Thacker SB) После внедрения эндоанальной ультрасонографии, сонографические аномалии анатомии анального сфинктера определяются у более чем 36% женщин после влагалищного родоразрешения, что доказано в проспективных исследованиях.<sup>22-24</sup>

Снижение риска развития разрывов третьей степени связано с увеличением угла при проведении эпизиотомии. В проспективном исследовании случай-контроль было установлено относительное снижение риска разрывов третьей степени на 50% при увеличении угла эпизиотомии на каждые 6 градусов отдаления от срединной линии.<sup>25</sup>

Уровень  
доказатель-  
ности  
IIa

## 5. Классификация и терминология

*Как можно классифицировать акушерское повреждение анального сфинктера?*

**При описании любого повреждения анального сфинктера рекомендуется использовать классификацию, описываемую в данной рекомендации.**



**Если существуют сомнения в градации разрыва третьей степени, необходимо классифицировать разрыв на более высокую, а не на более низкую степень.**



Следующая классификация, представленная Sultan, принята Международным Советом по Недержанию (International Consultation on Incontinence) и RCOG:<sup>26,27</sup>

<b>Первая степень</b>	Повреждение только кожи промежности
<b>Вторая степень</b>	Повреждение промежности включая мышцы промежности, интактный анальный сфинктер
<b>Третья степень</b>	Повреждение промежности с вовлечением анального сфинктера: 3а: Разрыв менее 50% наружного анального сфинктера (НАС) 3б: Разрыв более 50% наружного анального сфинктера 3с: Разрыв как наружного, так и внутреннего анального сфинктера (ВАС)
<b>Четвертая степень</b>	Повреждение промежности с повреждением комплекса анального сфинктера (НАС и ВАС) и анального эпителия.

Уровень  
доказательности  
IV

Внутренний анальный сфинктер играет существенную роль в регуляции процесса дефекации.<sup>28</sup> В одном исследовании было отмечено, что недержание кала более часто наблюдается у женщин, у которых были повреждены как НАС, так и ВАС по сравнению с теми, у которых был поврежден только наружный анальный сфинктер. (de Leeuw JW) Включение ВАС в нижеуказанную классификацию поможет дифференцировать, вызвано ли недержание повреждением ВАС или только НАС. Признано, что при тяжелых акушерских травмах не всегда удастся распознать нарушения внутреннего анального сфинктера, тогда как документирование степени разрыва наружного анального сфинктера (более или менее 50%) возможно во всех случаях.

При случае разрыва, когда повреждена только слизистая оболочка ануса, с интактным анальным комплексом, документирование происходит отдельно. При не распознавании и не проведении лечения данный разрыв может вызвать ановагинальную фистулу.

## 6. Распознавание акушерских разрывов анального сфинктера

*Как можно улучшить процесс распознавания акушерских разрывов анального сфинктера?*

**Все женщины после влагиальных родов с повреждениями полового тракта должны быть систематически обследованы на степень повреждения промежности до начала восстановления целостности.**



**Все женщины после ассистированного родоразрешения или с разрывами промежности в анамнезе должны быть обследованы опытным врачом для распознавания и лечения разрывов промежности**



При возросшей бдительности и опыте частота распознавания акушерских разрывов анального сфинктера увеличилась. В одном наблюдательном исследовании было выявлено, что увеличение бдительности удваивает частоту распознавания такого рода травмы. (Groom KM) В другом исследовании, в котором использовалась эндоанальная ультрасонография непосредственно после родоразрешения, частота распознавания акушерских разрывов анального сфинктера не была значительно выше по сравнению с проведением только клинического обследования. (Andrews V) Так как существуют сложности, связанные с доступностью опытного персонала в проведении данной процедуры в условиях родового блока, качеством изображения и соглашением со стороны пациента, использование эндоанальной ультрасонографии немедленно после родоразрешения с целью распознавания акушерских разрывов анального сфинктера должно рассматриваться как инструмент в клинических исследованиях в настоящий момент.

## 7. Хирургическая техника

*Какую хирургическую технику нужно использовать для восстановления акушерского разрыва анального сфинктера?*

**Для восстановления анального сфинктера возможно использовать как перекрестный так и сближенный метод со сходными результатами. При разрыве ВАС нужно использовать раздельное восстановление с наложением отдельных швов.**

**A**

**Восстановление разрывов третьей и четвертой степени должно проводиться в условиях операционной, под региональной или общей анестезией.**

**C**

В систематическом обзоре трех исследований методов восстановления разрывов третьей степени, включающих 279 женщин<sup>31</sup> не было выявлено существенной разницы в болезненности промежности (RR 0.08, 95% CI 0.00–1.45), диспареунии (RR 0.62, 95% CI 0.11–3.39), недержании газов (RR 0.93, 95% CI 0.26–3.31) и недержании кала (RR 0.07, 95% CI 0.00–1.21,) между группами различных техник восстановления спустя 12 месяцев. Выявилась существенное снижение частоты желания неотложной дефекации (RR 0.12, 95% CI 0.02–0.86) (одно исследование, 52 женщины) и более низкая степень недержания кала (средняя разница–1.70, 95% CI –3.03 to –0.37) в группе перекрестного восстановления. Техника перекрестного восстановления была связана со значительным снижением возобновления симптомов недержания кала после 12 месяцев. (RR 0.26, 95% CI 0.09–0.79, одно исследование, 41 женщин). Не было отмечено значительной разницы в качестве жизни после восстановления целостности промежности. Авторы заключили, что недостаточно доказательств, что по сравнению с немедленной сближенной техникой восстановления акушерских разрывов анального сфинктера, ранняя первичная перекрестная техника связана с более низким риском развития симптомов недержания кала. Так как опыт хирурга не учитывался в трех исследованиях, используемых в обзоре, нецелесообразно рекомендовать один из вариантов техники восстановления целостности промежности. Однако, большинство приведенных заключений были основаны на результатах одного исследования.<sup>32</sup>

В другом РКИ,<sup>33</sup> включающем 41 женщину с полными разрывами промежности третьей и четвертой степени женщины были рандомизированы в группы использования перекрестной и сближенной техники ушивания. Женщины наблюдались в течении 3-х месяцев после родов. Не было выявлено значительной разницы между группами по отношению к развитию симптомов недержания кала и данными трансперинеальной ультрасонографии.

Уровень  
доказатель-  
ности  
Ib

В другом РКИ<sup>34</sup> вторичного ушивания, 24 женщины были рандомизированы в группы перекрестной и сближенной техники ушивания. Средний период наблюдения составлял 26 месяцев. Не было выявлено значительной разницы в развитии симптомов недержания кала. В других исследованиях оценивалось вторичное восстановление сфинктера по причине развития недержания кала. Исследование показало значительное улучшение состояния при использовании перекрестной техники при восстановлении разрывов.<sup>35,36</sup> Несмотря на это, в одном исследовании выявилось ухудшение состояния недержания кала в течении 5 лет после вторичного восстановления акушерских разрывов анального сфинктера.<sup>37</sup>

Восстановление в условиях операционной позволяет провести операцию в стерильных условиях с соответствующим инструментарием, освещением и ассистированием. Использование региональной или общей анестезии улучшает релаксацию сфинктера, что необходимо для сведения краев разрыва анального сфинктера. Это также позволяет свести края сфинктера без приложения излишней силы.<sup>8</sup>

Уровень  
доказатель-  
ности  
IV

## 8. Выбор шовного материала

*Какой шовный материал предпочтителен при восстановлении акушерского разрыва анального сфинктера?*

**При восстановлении НАС, с одинаковыми исходами возможно использовать как монофиламентный материал, например полидиаксанон, так и современный материал полиглактин (Викрил).**



**При восстановлении ВАС необходимо использовать тонкий шовный материал, например 3-0 полидиаксанон или 2-0 викрил, что связано с меньшим дискомфортом для больного.**



**При восстановлении акушерских разрывов анального сфинктера, желательно использовать погружные швы под поверхностные промежностные мышцы для избежания прорезывания швов в кожный слой.**



**Женщину следует предупредить о возможности прорезывания швов на поверхность промежности при использовании неабсорбируемого шовного материала.**



Не существует систематических обзоров для определения наилучших шовных материалов для восстановления наружного анального сфинктера. Использование тонкого шовного материала, например 3-0 полидиаксанона или 2-0 Викрила возможно предпочтительнее из-за снижения частоты симптомов раздражения и дискомфорта. В одном РКИ не доказана значительная разница в недержании кала, болезненности промежности и прорезывании швов в течении 12 месяцев при сравнении использования Викрила и полидиаксанона.<sup>32</sup>

Уровень  
доказатель-  
ности  
Ib

Не существует систематических обзоров или РКИ для оценки шовного материала для восстановления внутреннего анального сфинктера. Так же, как и в случае НАС, использование 3-0 полидиаксана и 2-0 Викрила связано со снижением симптомов раздражения и дискомфорта.

## 9. Компетентность хирурга

*Кто должен восстанавливать акушерские повреждения анального сфинктера?*

**Восстановление акушерских повреждений анального сфинктера должно проводиться соответственно подготовленными врачами**



**Частью акушерского тренинга должно быть проведение соответствующей подготовки восстановления акушерских повреждений анального сфинктера**



Восстановление акушерских повреждений анального сфинктера неподготовленным персоналом приводит к материнской заболеваемости, в особенности к недержанию кала. Опрос консультантов-акушеров и врачей проходящих обучение в двух регионах Объединенного Королевства выявил их неудовлетворенность тренингом для восстановления разрывов третьей степени.<sup>38</sup> Во многих регионах в настоящее время проводится тренинг для улучшения навыков восстановления целостности поврежденных тканей. Улучшение качества тренинга возможно при использовании моделей и аудио-наглядных пособий. Отчет о тренингах показал, что при его использовании улучшается знание анатомии промежности и распознавание разрывов анального сфинктера.<sup>39</sup>

## 10. Послеоперационное ведение пациентов

*Как надо вести пациентов с акушерскими повреждениями анального сфинктера в послеоперационном периоде?*

**Рекомендовано использование антибиотиков широкого спектра после восстановления акушерских повреждений анального сфинктера с целью снижения частоты послеоперационных инфекционных осложнений и раскрытия раны.**



**Для снижения частоты раскрытия ран рекомендовано использование слабительных.**



**Следует внедрить местный протокол об использовании антибиотиков, слабительных средств, исследования и наблюдения женщин с акушерскими повреждениями анального сфинктера**



**После восстановления анального сфинктера всем женщинам нужно рекомендовать физиотерапию и упражнения для укрепления мышц тазового дна в течении 6-12 недель .**



**Все женщины, которым проводилось восстановление акушерских анальных повреждений, должны быть обследованы спустя 6-12 недель после родов акушером\гинекологом.**



**Если у женщины наблюдается недержание кала или болезненность, ее надо направить к гинекологу или колоректальному хирургу с целью эндоанальной ультрасонографии и аноректальной манометрии. Небольшой части женщин может потребоваться вторичное восстановление анального сфинктера колоректальным хирургом.**



Не было найдено РКИ для систематического обзора по поводу антибиотикопрофилактики при разрывах промежности четвертой степени, с целью сравнения профилактической антибиотикотерапии с плацебо или с не применением антибиотиков.<sup>40</sup> Несмотря на это, рекомендовано применение антибиотиков широкого спектра во время операции и в постоперационном периоде, так как без применения антибиотиков возрастает риск развития инфекции, что чревато развитием недержания кала и фистулы.<sup>8</sup> Рекомендовано включение метронидазола в схему для лечения возможного присутствия анаэробов в кале.

Уровень  
доказатель-  
ности  
IV

Не было найдено систематических обзоров, в которых бы оценивалось применение слабительных средств и размягчителей стула. Применение слабительных рекомендовано, так как пассаж крепкого стула может повредить восстановленные участки.<sup>8</sup> Использование размягчителя стула Лактулозы и Фиброгеля рекомендовано в течении 10 дней после восстановления. В одном РКИ сравнивались эффекты слабительных и скрепляющих средств в постоперационном периоде после восстановления акушерских повреждении анального сфинктера.<sup>41</sup> Исследование показало, что у женщин из группы использования слабительных средств действие желудка имело место намного раньше и было более безболезненным, а также они раньше выписывались домой. Не было выявлено разницы в симптоматическом и функциональном исходе восстановления между группами.

Не было найдено систематических обзоров или РКИ для подтверждения лучшего метода наблюдения за пациентами после восстановления акушерских повреждении анального сфинктера. Рекомендовано проводить беседу с женщиной в послеродовом периоде, наблюдать за симптомами, предложить лечение или направить к соответствующему специалисту, а также проконсультировать о будущем родоразрешении.

Если имеются соответствующие возможности, наблюдение за женщинами с акушерскими повреждениями анального сфинктера должно проводиться в специализированных клиниках, где доступна эндоанальная ультрасонография и анальная манометрия, так как это может помочь в выборе типа будущего родоразрешения.

Уровень  
доказатель-  
ности  
IV

## 11. Прогноз

*Каким является прогноз после хирургического восстановления?*

**Женщине нужно объяснить, что прогноз после восстановления НАС является благоприятным, у 60-80% женщин симптомы исчезают в течении 12 месяцев. Большинство симптоматических женщин жалуется на недержание газов и позывы к дефекации.**

**A**

Несколько проспективных исследований случай-контроль<sup>42-48</sup> и ретроспективных исследований<sup>5-7,13,23,49,50</sup> исследовали исход первичного восстановления по отношению к симптоматике и результатам исследования анального сфинктера. Во всех исследованиях описаны методы восстановления сближенными швами при разрыве НАС, используя как прерывистые, так и восмерочные швы. Метод ушивания ВАС был описан только в некоторых из данных исследований.<sup>8,51</sup> Первичные исследования выявили недержание кала у 20-67% женщин, которым проводилось первичное восстановление разрывов третьей степени. В данных исследованиях, в более 59% наблюдалось недержание газов с истечением

Уровень  
доказатель-  
ности  
Ib

жидкостии недержанием крепкого стула в 11%, в 26% наблюдались позывы к дефекации. В одном исследовании симптомы недержания кала учащались после 4 лет наблюдения (17-42%).<sup>3</sup> В исследованиях использовались различные вопросники для оценки симптомов недержания кала, поэтому трудно прямо сравнивать исходы исследований. В некоторых РКИ, проведенных после 2000г сравнивались перекрестная и сближенная методика восстановления НАС. В исследованиях подтвердилась низкая частота недержания кала при использовании обеих техник,<sup>32,33,51,52</sup> и у 60-80% женщин не наблюдалось симптомов в течении 12 месяцев.<sup>32,37,52</sup>

Уровень  
доказатель-  
ности  
Ib

В исследованиях, в которых при наблюдении использовалась эндоанальная ультрасонография, у женщин после первичного восстановления разрывов третьей степени выявились персистирующие дефекты в 54-88%.<sup>5,6,23</sup> В недавно опубликованном РКИ выявилась более низкая частота остаточных эффектов- всего 19-36%.<sup>33,51,52</sup> Клиническая значимость бессимптомных дефектов, выявленных при ультразвуковом исследовании в настоящий момент не ясна.

Уровень  
доказатель-  
ности  
Ib

## 12. Ведение будущих родов

*Что надо посоветовать женщинам после акушерских повреждений анального сфинктера по отношению к последующим беременностям и родам?*

**Всем женщинам с акушерскими повреждениями анального сфинктера в анамнезе необходимо объяснить о повышенном риске развития недержания кала либо ухудшения симптомов в случае последующего влагалищного родоразрешения.**



**Всем женщинам с акушерскими повреждениями анального сфинктера в анамнезе необходимо объяснить, что нет доказательств для поддержки проведения профилактической эпизиотомии во время последующих родов.**



**Все женщинам с акушерскими повреждениями анального сфинктера в анамнезе, у которых присутствуют симптомы недержания кала либо с патологическими результатами эндоанальной ультрасонографии и/или манометрии должны иметь возможность выбора electiveного кесарева сечения.**



Не было найдено систематических обзоров или РКИ для рекомендации лучшего метода родоразрешения после акушерского повреждения анального сфинктера. В четырех исследованиях оценивался риск последующих влагалищных родов у женщин с разрывами промежности третьей степени.<sup>5,49,53,54</sup> В исследованиях у 17% - 24% женщин симптомы анальной дисфункции ухудшились после последующих влагалищных родов. Особенно ухудшение симптоматики происходило при выраженной симптоматике транзиторного недержания кала при предыдущих родах.<sup>53</sup>

Уровень  
доказатель-  
ности  
IV

Все женщины с акушерскими повреждениями анального сфинктера должны быть приглашены на собеседование для обсуждения вида будущего родоразрешения, что должно быть точно документировано в истории. При выраженной симптоматике и патологических результатах эндоанальной ультрасонографии или манометрии целесообразно предложить женщине electiveное кесарево сечение.<sup>55</sup> Эта область нуждается в оценке посредством РКИ.

## 13. Менеджмент риска

*Какие правила должны быть установлены для ведения женщин с акушерским повреждениями анального сфинктера?*



**После восстановления разрывов третьей и четвертой степени, необходимо удостовериться, что тип повреждения, метод восстановления и вид шовного материала точно документированы. Также нужно провести подсчет инструментов и материалов.**



**Женщина должна быть полностью проинформирована о природе травмы и пользе последующего наблюдения. По возможности желательно предоставлять письменную информацию.**



В настоящее время возросло количество судебных разбирательств, связанных с повреждениями анального сфинктера. Самыми частой причиной этого является нераспознавание повреждения после родов, приводящее к развитию недержания кала и ректовагинальной фистулы. В настоящее время акушерское повреждение анального сфинктера не является следствием субстандартного лечения, так как оно признано осложнением процесса влагалищных родов. Несмотря на это, субстандартным лечением является нераспознавание повреждения и не проведение соответствующего лечения. Неправильная техника и плохие шовные материалы могут помешать процессу заживления.<sup>26</sup> Очень важным является точная документация и консультирование пациента. Рекомендовано использование информационных брошюр.

#### **14. Рекомендации для будущих исследований**

В настоящее время наблюдается дефицит доказательств для немедленного и продолжительного наблюдения пациентов с акушерскими повреждениями анального сфинктера. Желательно проведение мультицентровых РКИ, с включением большого количества женщин.

#### **15. Стандарты аудита**

- Количество разрывов третьей и четвертой степени, как процент влагалищных родоразрешений
- Обзор документированных систематических исследований влагалища, промежности и прямой кишки до начала восстановления акушерских повреждений анального сфинктера.
- Пропорция восстановления в условиях операционной, тип обезболивания, использованный шовный материал, метод восстановления и квалификация оператора
- Пропорция женщин, наблюдаемых после родов (с вопросником по симптомам)
- Предоставление тренинга

#### **Библиография**

1. Buckens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third degree tears. *BJOG* 1985;92:820–3.
2. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *BJOG* 1994;101:1064–7.
3. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventative role of mediolateral episiotomy. *BJOG* 1997;104:563–6.
4. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell R, O'Herlihy C. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998;92:955–61.
5. Poen AC, Felt-Bersma RJF, Strijers RL, Dekker GA, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg* 1998;85:1433–8.
6. Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears: outcome after primary repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:736–40.
7. Wood J, Amos L, Rieger N. Third degree anal sphincter tears: risk factors and outcome. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1998;38:414–7.
8. Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *BJOG* 1999;106:318–23.
9. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000;107:926–31.
10. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2000;95:464–71.
11. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001; 98:225–30.
12. Jander C, Lyrenas S. Third & fourth degree perineal tears: predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:229–34.

13. de Leeuw JW, Sruijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001;108:383–7.
14. Fitzpatrick M, McQuillan K, O’Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynaecol* 2001;98:1027–31.
15. Bodner-Adler B, Bodner K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Husslein P, *et al*. Risk factors for third degree perineal tears in a vaginal delivery with an analysis of episiotomy types. *J Reprod Med* 2001;46:752–6.
16. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, Burgio KL, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous vaginal births after caesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1194–8.
17. Fitzpatrick M, Harkin R, McQuillan K, O’Brien C, O’Connell PR, O’Herlihy C. A randomised controlled trial comparing the effects of delayed versus immediate pushing with epidural on mode of delivery and faecal continence. *BJOG* 2002;109:1359–65.
18. Christiansen LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:255–60.
19. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10 year study. *J Obstet Gynecol Can* 2003;25:586–93.
20. Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirevic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. *BJOG* 2005; 112:1066–9.
21. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynaecol Surv* 1983;38:322–38.
22. Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, Hudson CN. Anal sphincter trauma during instrumental delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;43:263–70.
23. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair *BMJ* 1994;308:887–91.
24. Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict faecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95:643–7.
25. Eogan M, Daly L, O’Connell PR, O’Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006;113:190–4.
26. Eddy A. Litigating and quantifying maternal damage following childbirth. *Clin Risk* 1999;5:178–80.
27. Sultan AH. Editorial: Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk* 1999;5:193–6.
28. Sangwan YP, Solla JA. Internal anal sphincter: advances and insights. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1297–311.
29. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101:19–21.
30. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries: myth or reality? *BJOG* 2006;113:195–200.
31. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD002866.
32. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG* 2006;113:201–7.
33. Garcia V, Rogers RG, Kim SS, Hall RJ, Kammerer-Doak DN. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: A randomized trial of two surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1697–701.
34. Goh J, Carey M, Tjandra J. Direct end-to-end or overlapping delayed anal sphincter repair for anal incontinence: long term results of prospective randomised study. *Neuroanal Urology* 2004;23:412–14.
35. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, Bartram CI, Nicholls RJ. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. *Br J Surg* 1994;81:1231–4.
36. Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JP. Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: Five-year follow-up functional results. *Int J Colorect Dis* 1994;9:110–13.
37. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Longterm results of overlapping anterior anal sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000;355:260–5.
39. Thakar R, Sultan AH, Fernando R, Monga A, Stanton S. Can workshops on obstetric anal sphincter rupture change practice? *Int Urogynecol J* 2001;12:S5.
40. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD005125.
41. Mahony R, Behan M, O’Herlihy C, O’Connell PR. Randomised clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum* 2004;47:12–17.
42. Haadem K, Dahlstrom JA, Lingman G. Anal sphincter function after delivery: a prospective study in women with sphincter rupture and controls. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1990;35:7–13.
43. Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L, Ohrlander S. Anal sphincter function after delivery rupture. *Obstet Gynecol* 1987;70:53–6.
44. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg* 1996;83:218–21.
45. Fornell EK, Berg G, Hallbook O, Matthiesen LS, Sjudahl R. Clinical consequences of anal sphincter rupture during vaginal delivery. *J Am Coll Surg* 1996;183:553–8.
46. Kammerer-Doak DN, Wesol AB, Rogers RG, Dominguez CE, Dorin MH. Prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1317–22.
47. Nazir M, Stein R, Carlsen E, Jacobsen AF, Nesheim BI. Early evaluation of bowel symptoms after primary repair of obstetric perineal rupture is misleading: an observational cohort study. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1245–50.
48. Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, DeLancey JO. Incontinence following rupture of anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 82:527–31.
49. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christensen J. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *BJOG* 1996; 103:1034–40.
50. Goffeng AR, Andersch B, Andersson M, Berndtsson I, Hulten L, Oresland T. Objective methods cannot predict anal incontinence after primary repair of extensive anal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:439–43.
51. Fitzpatrick M, Behan M, O’Connell R, O’Herlihy C. A randomised clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third degree tears. *Am J Obstet Gynaecol* 2000;183: 1220–4.
52. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O’Brien S. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;107:1261–8.
53. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *BJOG* 1992;99:724–6.
54. Fynes M, Donnelly V, O’Connell R, O’Herlihy C. Caesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol* 1998;92: 496–500.
55. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2002;16:99–115.

## Приложение

Доказательства, используемые в данном пособии, распределены на категории согласно предлагаемой ниже стандартной схеме.

<b>Классификация уровней доказательности</b>	<b>Градации рекомендаций</b>
<b>Ia</b> Доказательства, полученные от мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований.	<b>A</b> Требуется как минимум одно РКИ хорошего общего качества и содержания соответствующего теме данной рекомендации. (Уровни доказательности Ia, Ib)
<b>Ib</b> Доказательства, полученные от как минимум одного рандомизированного контролируемого исследования.	<b>B</b> Требуется доступности хорошего контролируемого клинического исследования но не РКИ по теме рекомендации (Уровни доказательности IIa, IIb, III)
<b>IIa</b> Доказательства, полученные от как минимум одного контролируемого исследования хорошего дизайна без рандомизации.	<b>C</b> Требуется доказательств из отчетов экспертных комитетов или мнения и/или клинический опыт уважаемых авторитетов. Указывает на наименее прямо применяемых клинических исследованиях хорошего качества. (Уровень доказательности IV)
<b>IIb</b> Доказательства, полученные от как минимум одного квази-экспериментального исследования хорошего дизайна.	<b>Наилучшая практика</b>
<b>III</b> Доказательства, полученные от не экспериментальных исследований, таких, как сравнительные исследования, корреляционные исследования и описания случаев.	<b>✓</b> Рекомендованная наилучшая практика, основанная на клиническом опыте группы, разработавшей рекомендацию.
<b>IV</b> Доказательства, полученные от комитета экспертов или заключение исходящее от клинического опыта уважаемых авторитетов.	

## Сокращения и общие комментарии

1. **Клиническая рекомендация** – Клинические методические рекомендации являются "систематически разработанными заявлениями, помогающими клиницистам и пациентам в принятии решения о проведении лечения специфических состояний". Каждое издание методических рекомендаций разработано с использованием стандартной методологии. Детали этого процесса изложены в "Руководстве по разработке рекомендаций" ККАГ. Целью этих рекомендаций не является навязывание определенной тактики диагностики или лечения. Их нужно использовать с учетом конкретных нужд пациента, ресурсов и ограничений, специфичных для каждого медицинского учреждения и обслуживаемого населения. Хотелось бы надеяться, что местные руководители помогут внедрить эти рекомендации в повседневную практику. Рекомендации привлекают внимание к спорным областям клинической практики, требующим дальнейших исследований.
2. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Королевский Колледж Акушеров и Гинекологов, Комиссия, отвечающие за специализированное образование в медицине Великобритании.
3. **Градация медицинских постов в Объединенном Королевстве:**  
**GMC** General Medical Council (Медицинский Совет) – регулирующий и лицензирующий орган для специалистов медицинских профессий в Великобритании.  
**Consultant** – самый высокий пост в системе здравоохранения Великобритании, несущий полную ответственность за работу подчиненных ему коллег. (В данной клинической рекомендации отмечен, как акушер-гинеколог)  
**SpR** specialist registrar – медицинский пост выше SHO с полной регистрацией, проходящий высшую специализацию.  
**SHO** senior house officer – медицинский пост с полной регистрацией, проходящий специализированную подготовку.  
**GP PRHO** pre-registration house officer – пост доктора, завершившего свое базовое медицинское образование, и работающего в течение первого года с условной регистрацией до получения полной регистрации.  
**General practitioner** – семейный врач, терапевт. Всё население Великобритании имеет регистрацию у семейного врача.
4. **NHS** National Health Service – государственная система здравоохранения Великобритании.
5. **WHO** World Health Organisation – Мировая Организация Здравоохранения, занимающаяся вопросами здоровья.
6. **Confidential Enquiries into Maternal Deaths** – Данные Конфиденциальных Вопросников по Материнской Смертности.
7. Данные, приведенные зеленым шрифтом, указывают на клиническую практику, принятую в Объединенном Королевстве.