



П.Ю. Шкроботько¹, Н.В. Шкроботько²

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИКАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ШВА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТКАНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Родильный дом №5, г. Запорожье

Ключові слова: безперервний шов, кольпорафія, епізіорафія, пошкодження тканин промежнини, відновлення тканин промежнини, синтетичний шовний матеріал, що розсмоктується.

Ключевые слова: непрерывный шов, кольпорафия, эпизиорафия, повреждение тканей промежности, восстановление тканей промежности, синтетический рассасывающийся шовный материал.

Key words: continuous seam, colporrhaphy, episiorrhaphy, damage to the tissues of the perineum, tissue repair of the perineum, the synthetic absorbable suture material.

Модифікація безперервного шва – ефективний метод для відновлення тканин промежнини, що забезпечує ряд переваг для жінки і зменшує ймовірність розвитку запальних ускладнень.

Модификация непрерывного шва – эффективный метод для восстановления тканей промежности, обеспечивающий ряд преимуществ для женщины и уменьшающий вероятность развития воспалительных осложнений.

Modification of the continuous suture is an effective method to repair tissue of the perineum, which provides several advantages for women, and reduces the risk of inflammatory complications.

Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины остаются актуальной проблемой современного акушерства. Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [2]. При повреждении тканей увеличивается вероятность развития инфекционно-воспалительного процесса, генерализация гнойно-септической инфекции в послеродовом периоде, в последующем – формирование функциональной недостаточности мышц тазового дна, что в дальнейшем нарушает здоровье женщины, половую функцию и течение повторной беременности.

Инфекционные осложнения после восстановления целостности промежности наблюдаются в 1,0–19,3% случаев [2]. Несостоятельность мышц тазового дна после травматических родов вызывает зияние половой щели. Это наблюдается у 18,6% женщин с вторичным заживлением ран промежности.

Серьезным осложнением травмы промежности является несостоятельность мышц тазового дна с последующим развитием опущения и выпадения половых и тазовых органов (30,9% в России, моложе 40 лет – 26%) [2].

Ближайшие и отдаленные осложнения травмы промежности можно предупредить и исключить, если анатомически правильно произвести восстановление поврежденных тканей, создать условия для заживления раны первичным натяжением, тем самым улучшить качество жизни женщины.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить эффективность, безопасность и перспекти-

вы использования модификации непрерывного шва для восстановления тканей промежности, поврежденных во время родов, с применением синтетического рассасывающегося материала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общепринятым считается послышное ушивание тканей промежности с использованием традиционной техники – наложение 3 швов (непрерывных или узловых) на стенку влагалища, мышечный слой и кожу [5]. Для восстановления тканей промежности предлагаем модификацию непрерывного шва с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала (СРШМ), который имеет только 2 узла.

В клиническом наблюдении ушивание разрывов промежности осуществляли нитью на основе сополимера гликолевой и молочной кислоты. Период сохранения прочности гликолактидных нитей – 4–5 недель, полное рассасывание – 70 дней. Выбор данного шовного материала основывался на том, что он обладает биологической инертностью к ушитым тканям, высокими манипуляционными свойствами, имеет длительное время рассасывания, что позволяет сформироваться полноценному рубцу.

Ушивание промежности производили по следующей технике:

- непрерывным обвивным швом ушивали стенку влагалища с подхватыванием дна раны;
- на мышцы промежности этой же нитью накладывали обвивной шов, переходящий к наружному углу раны; Этой же нитью, производили косметический внутрикожный шов и формированием узла (рис. 1).

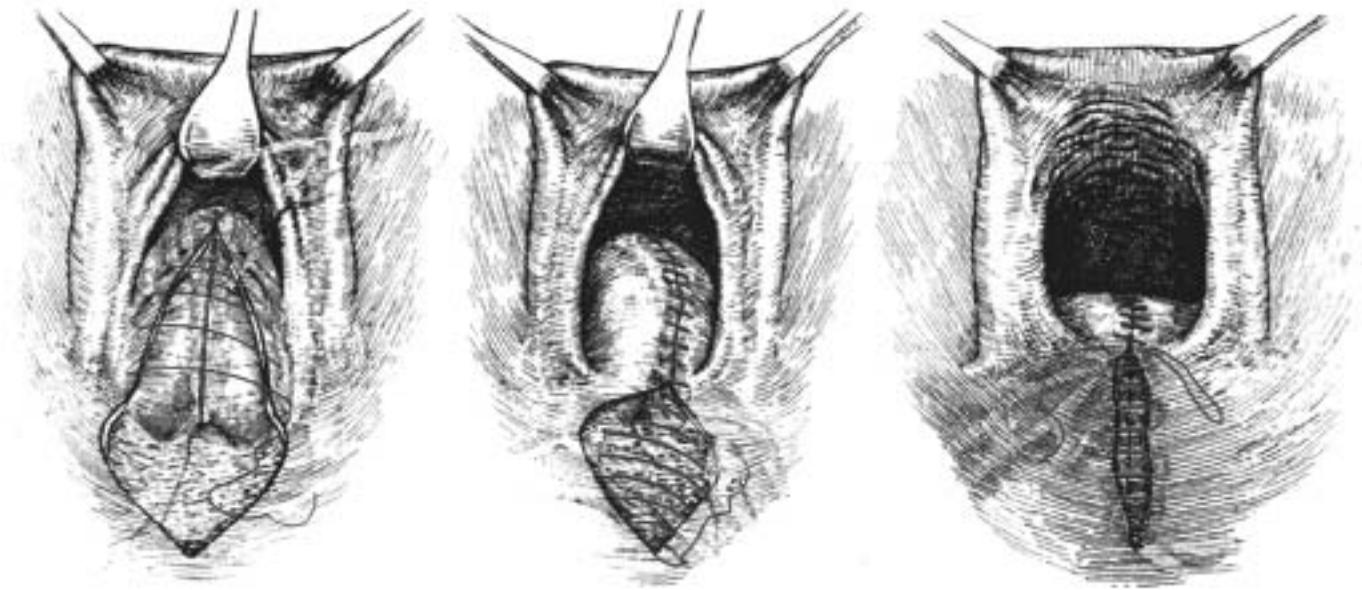


Рис 1. Модификация непрерывного шва (рисунок автора).

Данную методику применяли у 66 рожениц с разрывами промежности. Возрастная группа – от 20 до 42 лет, из них 68% (45) – первородящие, 32% (21) – повторнородящие. Разрывы 1 степени отмечены у 53% (35) женщин, 2 – у 39% (26) женщин, эпизиотомия – у 8% (5) женщин (3 – вакуум-экстракция плода, 1 – дистресс плода, 1 – тазовое предлежание). У 9 женщин отмечена экстрагенитальная патология (ожирение, варикозная болезнь).

Контроль над ушитыми тканями проводили в 1-е сутки, при выписке на 3-и сутки и через 2 месяца после родов. Во время осмотра обращали внимание на наличие боли, гиперемии, отека, гематом и инфильтрации в области ушитых тканей. Все женщины находились на совместном пребывании с детьми, не было ограничений режима, диеты, выписаны на 3 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-е сутки все женщины отмечали боль в области шва. У 6 родильниц выявлена отечность тканей вокруг шва. На 3 сутки все женщины отмечали значительное уменьшение болевого синдрома. Объективно наблюдалось отсутствие отека и гиперемии.

На 6-е сутки обратилась первородящая женщина, у которой произведена эпизиотомия в родах, с жалобами на появление боли в области послеоперационной раны. При осмотре отмечена гиперемия, серозное отделяемое с угла раны и инфильтрация мягкой тканей. Данное осложнение купировалась с применением местной противовоспалительной терапии, без дренирования и удаления шовного материала.

При осмотре через 2 месяца после родов во всех случаях рана зажила первичным натяжением.

Предложенная техника ушивания родовых травм промежности обеспечивает правильное анатомическое восстановление тканей. Высокая скорость наложения шва уменьшает время контакта с внешней средой и контаминации раны

условно-патогенной флорой. Минимум использованного шовного материала и отсутствие узловых швов уменьшает ишемию тканей, что улучшает процессы репарации и заживления раны. Отсутствие контакта шовного материала с внешней средой (кожа промежности) также снижает риск инфицирования и предотвращает расстройства трофики тканей. Применение СРШМ обеспечивает надежное механическое скрепление тканей и отсутствие необходимости в снятии швов.

Наложение шва по данной методике обеспечивает ряд преимуществ для женщины, более активное поведение в послеродовом периоде. Роженица может ухаживать за ребенком, кормить его не только лежа и стоя, как при использовании шелкового шва, но и сидя. Нет необходимости ограничения диеты – во избежание расхождения швов при использовании шелковых швов на кожу промежности исключаются хлеб, крупы, продукты, содержащие клетчатку (для отсутствия стула в первые 3 суток). Женщину выписывают на 3-е сутки, а шов из нерассасывающегося материала снимают только на 5–6-е сутки. Доказано, что непрерывный шов причиняет меньше неудобств, чем наложение стежков [5], а болезненность не зависит от того, является ли шовный материал рассасывающимся или стандартным [6]

ВЫВОДЫ

Предложенная модификация непрерывного шва обеспечивает анатомически правильное восстановление тканей промежности, способствует заживлению раны первичным натяжением, уменьшает вероятность развития воспалительных и инфекционных процессов в области раны, позволяет родильнице активно вести себя в послеродовом периоде, обеспечивает раннюю выписку из стационара.

Перечисленные положительные аспекты являются экономически выгодными как для женщины, так и для общества. Данная методика имеет перспективу в исследовании



о влиянии данного шва на сексуальную функцию женщины и надежности тканей в последующих родах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы послеродового периода / С.К. Кочиева, Е.А. Чернуха, Н.А. Короткова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2002. – №1. – С. 68.
2. Кулаков В.И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бутова – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 123 с.
3. Чернуха В.Г. Нормальный и патологический послеродовый период / В.Г. Чернуха – М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2006. 272 с.
4. Чернуха Е.А. Наш опыт ведения послеродового периода у женщин группы высокого риска / Е.А. Чернуха, В.М. Стругацкий // Акушерство и гинекология. – 2000. – №2. – С. 47-50.
5. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth / S. Morano, E. Mistrangelo, D. Pastorino, D. Lijoi // Minim Invasive Gynecol. – 2006. №13 (5). – P. 457–462.
6. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial / C. Kettle, R.K. Hills, P. Jones, L. Darby // Lancet. – 2002. №359 (9325). – P. 2217-2223.
7. Stark M. Episiotomy – The Destructive Tradition / Michael Stark // Ginecologo. – 2009. Vol. 5. – P. 142–145.

Сведения об авторах:

Шкроботько П.Ю., студент 4 курса мед. факультета ЗГМУ.

Шкроботько Н.В., врач, акушер-гинеколог высшей категории родильный дом №5 г. Запорожья.

Адрес для переписки:

Шкроботько Петр Юрьевич. 69005, г. Запорожье, бул. Центральный 22/131.

Тел.: (066) 679 90 99.
