

Методика хирургического восстановления промежности у женщин при самостоятельных родах

И.В. БЫЧКОВ, О.И. СОЙМЕНОВА, В.И. БЫЧКОВ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация

Актуальность Одним из актуальных вопросов современного акушерства является диагностика и лечение женщин с травмой промежности при самостоятельных родах. Повреждение мягких тканей родового канала встречается у каждой 3-5 роженицы, при этом частота разрывов промежности может достигать 15% случаев. С целью восстановления анатомической и функциональной целостности промежности в родах применяются различные методики эпизиорафии. К сожалению, результаты использования каждой из них не всегда являются благоприятными, что сопровождается несостоятельностью мышц тазового дна и приводит к развитию серьезной гинекологической патологии – опущению и выпадению половых органов.

Цель исследования Разработка метода хирургического восстановления промежности, позволяющего снизить частоту неблагоприятных исходов после эпизиотомии или самопроизвольного разрыва промежности в родах.

Материалы и методы Проведено исследование 236 женщин, у которых роды осложнились травмой промежности. В контрольную группу вошли 106 женщин, у которых ушивание раны проводилось по традиционной методике. Основную группу составили 130 родильниц, у которых использовалась предложенная методика восстановления промежности.

Результаты и их обсуждение Жалобы пациенток основной группы на боль в области промежности встречались в 1,3 раза реже, чем в контрольной группе. Более благоприятное заживление шва на промежности у женщин основной группы позволило снизить необходимость в назначении обезболивающей и противовоспалительной терапии, а также применении курсов физиолечения. В основной группе, в отличие от контрольной, случаи гематомы влагалища и несостоятельность швов на промежности выявлены не были. В отдаленные сроки после родов было установлено, что диспареуния у женщин основной группы встречалась в 2 раза реже, чем в контрольной.

Ключевые слова самостоятельные роды, эпизиотомия, эпизиорафия

The Method of Surgical Restoration of the Perineum in Women During Vaginal Delivery

I.V. BYCHKOV, O.I. SOIMENOVA, V.I. BYCHKOV

Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russian Federation

Relevance One of topical issues of modern obstetrics is diagnostics and treatment of women with an injury of the perineum during childbirth. Damage of soft tissues of the birth channel is seen at each 3-5 women in labor; thus the frequency of ruptures of a perineum can reach 15% of cases. For the purpose of restoration of anatomic and functional integrity of a perineum during childbirth various techniques of an episiorrhaply are applied. Unfortunately, results of using each of them are not always favorable and are accompanied by inconsistency of muscles of a pelvic bottom and leads to development of serious gynecologic pathology – genital prolapse.

The purpose of the study The purpose of the research work was development of the method for surgical restoration of the perineum, allowing to reduce the frequency of failures after an episiotomy or a spontaneous rupture of a perineum during childbirth.

Materials and methods In research work 236 women was included, who had injury of perineum during delivery. 106 women were carried out by a traditional technique and entered into the control group. The main group was made by 130 women who are treated with offered technique for restoration of perineum.

Results and their discussion Complaints of patients of the main group for pain in a perineum met by 1,3 times less than in control group. More favorable healing of a perineum wound in women of the main group allowed to reduce the need for anesthetics and anti-inflammatory therapy, and also application of courses of physiotreatment. In the main group, unlike control, cases of a hematoma of a vagina and inconsistency of suture on a perineum weren't revealed. In the remote terms dyspareunia at women of the main group was met twice less than in the control.

Key words Vaginal delivery, episiotomy, episiorrhaply

Травма промежности в родах является одним из наиболее частых осложнений, которые могут иметь весьма негативные последствия для женщины как в раннем, так и позднем послеродовом периодах. Восстановление анатомической и функциональной целостности промежности у женщин, перенесших эпизиотомию (перинеотомию), или имеющих разрывы мышц тазового дна в родах – одна из актуальных проблем современного акушерства. Согласно литературным данным, травматизация мягких тканей родового канала наблюдается у каждой 3-5 роженицы, при этом разрывы промежности встречаются

от 6 до 15% случаев [3]. В свою очередь, неудовлетворительные результаты заживления травм промежности с большой вероятностью приводят к развитию серьезной гинекологической патологии – опущению и выпадению половых органов. Данное заболевание сопровождается нарушением функции мочеиспускания и дефекации, частыми воспалениями органов генитального тракта, что в совокупности значительно снижает работоспособность женщины и качество ее жизни [2, 4].

С целью уменьшения вероятности самопроизвольного разрыва промежности в родах и снижения

частоты детского травматизма была разработана методика эпизиотомии, которая впервые предложена почти 270 лет назад и находит широкое применение в родовспомогательных учреждениях по всему миру. Частота использования эпизиотомии в родах может варьировать от 15 до 80% и, в среднем, составляет около 27%. Почти каждая 3-4 родильница переносит данное хирургическое вмешательство. В настоящее время в акушерских стационарах используются различные методики ушивания как эпизиотомии, так и самопроизвольных разрывов промежности. К сожалению, ни одну из них нельзя признать идеальной [5]. В пользу этого факта говорят статистические данные о числе женщин с пролапсом тазовых органов, который встречается в 25 до 37% случаев [6]. В связи с этим, совершенствование имеющихся способов восстановления промежности является весь актуальной задачей для практического акушерства.

Существуют различные способы ушивания разрывов промежности, которые в основном сводятся к следующему: начиная от верхнего угла раны ушивают стенку влагалища с шагом в 1 см. Вколы и выколы иглы производят на 0,5-1,0 см от края раны. Слизистую и стенку влагалища ушивают с помощью отдельных рассасывающихся синтетических нитей. Далее на мышцы накладывают отдельные погружные синтетические швы, заключительным этапом ушивают кожу промежности. Недостатками данного метода является возможность нанесения травмы прямой кишки при глубоком проникновении иглы в стенку влагалища, травмы сосудов при ушивании влагалища от угла раны, что не зависит от техники наложения швов (непрерывные или узловые). Небольшой интервал между стяжками хирургических нитей (менее 1 см) ведет к нарушению кровообращения и ишемии тканей, болевым симптомам и ухудшению репаративных процессов в ране. На месте разреза (или разрыва) промежности формируется грубый малорастяжимый рубец, который при последующих родах может препятствовать расширению вульварного кольца и рождению плода.

Целью исследования явилась разработка способа восстановления промежности, имеющего высокую клиническую эффективность и позволяющего снизить частоту неблагоприятных исходов после эпизиотомии или самопроизвольного разрыва промежности в родах.

Материалы и методы

Проведено комплексное исследование 236 женщин, у которых роды осложнились травмой промежности. Вышеуказанные пациентки были разделены на две клинические группы. В первую группу (контрольная) вошли 106 женщин, у которых ушивание проводилось по традиционной методике [1]. Вторую группу составили 130 родильниц, у которых использовалась предложенная методика восстановления промежности, заключающаяся в следующем: после рождения плода и плаценты производят осмотр родовых

путей на предмет наличия разрыва промежности и определения степени его тяжести. При выявлении II степени разрыва обязательно выполняют пальцевое ректальное исследование прямой кишки для исключения травмы анального сфинктера. Анатомическая целостность сфинктера определяется путем пальпации между указательным и большим пальцами руки, а функциональная полноценность – в момент его произвольной констрикции (врач просит женщину сократить сфинктер). При имеющемся разрезе или самопроизвольном разрыве стенки влагалища, мышц, фасций и кожи промежности приступают к их послойному восстановлению. Для обеспечения хорошего обзора операционной раны и предупреждения попадания в нее крови из матки, вводят марлевую салфетку в задний свод влагалища, отклоняют и подворачивают края шейки матки вниз до полного закрытия маточного зева. Рану промежности бережно осушают с применением электроотсоса. Для обезболивания промежности используют инфильтрационную, пудендальную или эпидуральную анестезию. С целью профилактики воспалительных осложнений и обеспечения благоприятного заживления промежности на поверхность раны наносят 0,01% раствор мирамистина, который распыляют из флакона. Следующим этапом определяют края разорванного влагалища и области гимена. С помощью атравматичной иглы и нити Vicryl rapid, которую проводят неглубоко под всем дном раны, накладывают один узловый шов в области гимена таким образом, чтобы добиться точного и надежного сопоставления одновременно краев раны у его верхнего угла (стенка влагалища) и нижнего (гимен). Слизистая влагалища не сшивается, если отсутствует кровотечение. Опасная зона в верхнем углу раны, где имеется сеть разветвленных сосудов и близко расположена прямая кишка под тонкой ректовагинальной перегородкой, не прошивается иглой. Возможность дополнительной травмы данной области, таким образом, исключена. Далее пальпаторно определяют разошедшиеся края мышц промежности, которые сопоставляют отдельными 2-3 швами нитью Vicryl 2-0 rapid или Polysorb 2-0. Расстояние между швами должно составлять 1,5 см, что не препятствует нормальному кровотоку в тканях. Пристальное внимание следует уделять качеству и надежности ушивания мышц промежности, поскольку оно является ключевым моментом в хирургии тазового дна. Поверхностная фасция промежности ушивается 3-4 отдельными нитями Polysorb 4-0. Края кожной раны восстанавливают с помощью косметического внутрικοжного шва рассасывающейся нитью Polysorb 4-0 или 5-0. Удаляют салфетку из влагалища. Обработывают шов антисептиком.

Обследование женщин включало сбор анамнеза, проведение обще-принятых лабораторных и инструментальных методов исследования, включающих осмотр в зеркалах, мазки и посевы для выявления инфекции генитального тракта, ультразвуковое исследование

дование области промежности для диагностики гематом и воспаления в глубине раны, опрос женщин для установления их самочувствия как в раннем послеродовом периоде, так и спустя 6 месяцев после рождения ребенка.

Возраст пациенток в первой группе колебался от 21 до 34 лет, составив в среднем $23,3 \pm 2,5$ лет, во второй группе – $22,5 \pm 2,8$ лет с индивидуальными вариациями от 20 до 35 лет. Число беременностей и родов в двух клинических группах статистических отличий не имело. Отягощенный соматический анамнез выявлен у 57 (53,7%) беременных в первой группе и у 73 (56,2%) во второй. Наиболее часто в контрольной и основной группах встречались следующие заболевания: вегетососудистая дистония – у 26 (24,5%) и 34 (26,1%) женщин, анемия различной степени у 23 (21,7%) и 32 (26,4%), миопия – у 16 (15,1%) и 23 (17,7%) пациенток, хронический пиелонефрит у 10 (9,4%) и 11 (8,5%), артериальная гипертензия – у 5 (4,7%) и 8 (6,2%) женщин, соответственно. В каждом шестом наблюдении имелось сочетание двух и более соматических заболеваний. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в первой и второй группах имели, соответственно, 47 (44,3%) и 61 (46,9%) пациентка. Наиболее часто в первой и второй группах встречались: воспалительные заболевания генитальной сферы – у 21 (19,8%) и 33 (25,4%) пациенток, искусственное прерывание беременности – у 6 (17,1%) и 10 (21,3%), нарушения менструального цикла – у 17 (16,0%) и 30 (23,1%), эрозия шейки матки – у 15 (14,2%) и 22 (16,2%), аборт – у 12 (11,3%) и 18 (13,8%), объемные образования придатков выявлены – у 8 (7,5%) и 9 (6,9%) женщин, соответственно. Течение настоящей беременности в первой и второй группах у 22 (20,8%) и 23 (17,7%) пациенток осложнилось ранним токсикозом, угрозой прерывания беременности у 21 (19,8%) и 29 (22,3%) женщин. Частота позднего гестоза в основной группе достигала 61%, в контрольной группе – 56%, признаки хронической фетоплацентарной недостаточности диагностированы у 20 (18,9%) и 26 (20,0%) беременных соответственно.

Результаты и их обсуждение

Анализировано течение родов в группах. Аномалии родовой деятельности установлены у 19 (17,9%) женщин в первой группе и 31 (23,8%) пациентки во второй. Крупные размеры плода диагностированы у 19 (17,9%) и 26 (20,0%) беременных. Эпидуральная анестезия в родах использовалась у 29 (27,4%) и 28 (21,5%) женщин в контрольной и основной группах.

В послеродовом периоде оценивали общее состояние женщин, частоту воспалительных осложнений в ране, потребность в антибактериальной и обезболивающей терапии. Полученные результаты отражены в таблице 1.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу о более высокой клинической эффективности предложенной методики восстановления промежности в сравнении с общепринятой техникой эпизиографии. Жалобы пациенток основной группы на боль в области промежности встречались в 1,3 раза реже, чем в контрольной группе. Более благоприятное заживление шва на промежности у женщин основной группы позволило снизить необходимость в назначении обезболивающей и противовоспалительной терапии, а также применении курсов физиолечения. В основной группе, в отличие от контрольной, случаи гематомы влагалища и несостоятельность швов на промежности выявлены не были. В отдаленные сроки после родов (6 месяцев) проводился повторный опрос пациенток на предмет их самочувствия, при котором установлено, что диспареуния у женщин основной группы встречалась в 2 раза реже, чем в контрольной.

По нашему мнению, более высокая клиническая эффективность предложенной методики восстановления промежности достигается благодаря следующим отличительным особенностям:

- Анатомическую целостность и функциональную полноценность сфинктера прямой кишки оценивают при каждом случае разрыва промежности, что позволяет исключить вероятность не выявления врачом травм сфинктера, поставить верный диагноз и выбрать правильную тактику лечения.

Таблица 1

Клиническая эффективность предложенной методики

Течение послеродового периода	Первая группа	Вторая группа
Болезненность в области шва в первые 24 ч.	80 (75,5%)*	76 (58,5%)
72 ч.	42 (39,6%)*	24 (18,5%)
Отек и покраснение шва	10 (9,4%)	4 (3,1%)
Применение обезболивающих препаратов	16 (15,1%)*	6 (4,6%)
Потребность в физиотерапевтическом лечении	22 (20,8%)	18 (13,8%)
Гематома влагалища	3 (2,8%)	0
Местная и системная антибиотикотерапия	6 (5,7%)	2 (1,5%)
Расхождение шва	2 (1,9%)	0
Диспареуния в течение первых 6 месяцев	31 (29,2%)*	19 (14,6%)

Примечание: * $p < 0,05$

- Проводят специальную профилактику воспалительных осложнений тканей промежности с помощью раствора мирамистина.

- Для обеспечения хорошего обзора операционной раны и предупреждения попадания в нее крови из матки, вводят марлевую салфетку в задний свод влагалища, отклоняют и подворачивают края шейки матки вниз до полного закрытия маточного зева.

- Целостность раны стенки влагалища и ее слизистой восстанавливают посредством наложения исключительно одного шва в области гимена с помощью нити Vicryl rapid и атравматической иглы. Опасная зона в верхнем углу раны, где имеется сеть разветвленных сосудов и близко расположена прямая кишка под тонкой ректовагинальной перегородкой, не прошивается иглой. Возможность дополнительной травмы данной области, таким образом, исключена.

- Расстояние между хирургическими швами на мышцах промежности составляет не менее 1,5 см, что не препятствует нормальному кровотоку и тем самым обеспечивает оптимальные условия для полноценного заживления раны.

Список литературы

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа 2009; 134.
2. Апоткина А.А. Прогнозирование эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва 2012; 25.
3. Радзинский В.Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерскогинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2006; 336.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М: Изд-во журнала Status Praesens 2011; 688.
5. Чернуха В.Г. Нормальный и патологический послеродовой период. М. «ГЭОТАР-МЕДИА» 2006; 272.
6. Goldberg J., Purfield P., Roberts N. et al. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study. *J. Reprod. Med.* 2006. Aug. 51(8). 603–609.

Поступила 10.02.2013 г.

Информация об авторах

1. Бычков Игорь Валерьевич – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 ВГМА; e-mail: archer-206@ya.ru
2. Соимова Оксана Игоревна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2 ВГМА; e-mail: romansojmenov@ya.ru
3. Бычков Валерий Иванович – д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 ВГМА; e-mail: val@obg.vrn.ru

- Самостоятельным этапом в пластической хирургии промежности со-гласно заявленному способу является восстановление поверхностной фасции промежности, что обеспечивает надежность и состоятельность шва.

- Используют только современный гипоаллергенный рассасывающийся шовный материал (Vicryl rapid, Polysorb) с атравматическими иглами, что уменьшает риск послеоперационных осложнений.

- Высокий эстетический эффект ушивания раны промежности достигается путем использования косметического внутрикожного шва и нити малого диаметра.

Вывод

Предложенная методика позволяет с высокой эффективностью восстанавливать анатомическую и функциональную целостность промежности после ее травмы в родах, снижает болевые ощущения в области шва, уменьшает число неблагоприятных исходов эпизиотомии и обеспечивает более гладкое течение послеродового периода у женщин.

References

1. Ailamazian E.K., Kulakov V.I., Radzinskii V.E., Savel'eva G.M. *Akusherstvo. Natsional'noe rukovodstvo* [Obstetrics. National guidance]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009. 134 p. – (In Russian).
2. Apotkina A.A. *Prognozirovanie effektivnosti khirurgicheskoi korrektsii prolapsa tazovykh organov Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Predicting efficiency of surgical correction of pelvic organ prolapse. Synopsis cand. med. sci. diss.]. Moscow, 2012. 25 p. – (In Russian).
3. Radzinskii V.E. *Perineologiya: bolezni zhenskoi promezhnosti v akusherskoginekologicheskikh, seksologicheskikh, urologicheskikh, proktologicheskikh aspektakh* [Perineology: diseases of female perineum in obstetrical, gynecological, sexual, urological, proctological aspects]. Moscow, «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo» Publ., 2006, 336. – (In Russian).
4. Radzinskii V.E. *Akusherskaia agressiya* [Obstetric aggression]. Moscow, Status Praesens Publ., 2011; 688 p. – (In Russian).
5. Chernukha V.G. *Normal'nyi i patologicheskii poslerodovyy period* [Normal and pathological puerperal period]. Moscow, GEOTAR-MEDIA, 2006. 272 p. – (In Russian).
6. Goldberg J., Purfield P., Roberts N. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study. *J. Reprod. Med.*, 2006; 51(8): 603–609.

Received 10.02.2013

Information about the Authors

1. Bychkov I. – MD, Assistant of the Department Obstetrics and Gynecology №2 of VSMA; E-mail: archer-206@ya.ru
2. Soimenova O. – resident of the Department Obstetrics and Gynecology №2 of VSMA; e-mail: romansojmenov@ya.ru
3. Bychkov V. – Ph.D., Prof., Head of the Department Obstetrics and Gynecology №2 of VSMA; e-mail: val@obg.vrn.ru