

М.В. Макаренко, к.м.н., Д.О. Говсєєв, к.м.н., Київський пологовий будинок № 5, Т.В. Грешнікова, І. Думкас

Епізіотомія: сучасний погляд на проблему

Епізіотомія – хірургічне розсічення промежини і задньої стінки піхви роділлі під час прорізування передлеглої частини плода. Розрізняють серединно-латеральну та латеральну епізіотомію. Розріз промежини строго по серединній лінії називається перинеотомією.

Розтин промежини в пологах проводять при:

- загрози розриву промежини, великому плоді, неправильних вставленнях голівки плода, високій ригідній промежині, рубцевозмінній промежині, розриваючих вагінальних операціях (різна рана заживає краще, ніж рвана) та ін.;
- необхідності скорочення II періоду пологів при кровотечі, гестозі, вторинній слабкості пологової діяльності, захворюваннях серцево-судинної системи, нирок, органів дихання та ін.;
- гіпоксії плода;
- передчасних пологах (розсічення промежини зменшує силу тиску на голівку недоношеного плода м'язами тазового дна, і прискорює його народження).

У сучасній акушерській практиці частота розсічення промежини під час пологів у середньому становить 40%. Частота використання перинео-/епізіотомії широко варіює у різних країнах та різних клініках, коливаючись від 10 до 73% [1-5]. При цьому важливо зазначити, що одні дослідники вказують на неухильне зростання частоти проведення цих маніпуляцій (країни Латинської Америки, Польща, Бельгія, Болгарія, Індія та Катар), інші – на значне зниження частоти застосування перинео-/епізіотомії протягом останніх років (США, Нідерланди, Франція). Епізіотомія широко практикується, у тому числі й в Україні.

Однією з причин зловживання цією маніпуляцією є спрощене уявлення практичних лікарів і акушерок про розріз промежини як про метод, який не має загрозливих для життя наслідків. На сучасному етапі користь рутинного проведення епізіотомії спростована, а «припустима» частота втручання визначається на рівні 20-30% усіх пологів [2].

У науково-практичній літературі висвітлено результати багатьох рандомізованих порівняльних досліджень з цієї проблеми з різною частотою перинео-/епізіотомії й офіційно зареєстрованих випадків розривів промежини III-IV ступеня, що свідчить про актуальність проблеми адекватного виконання перинео-/епізіотомії та ведення післяопераційного періоду в контексті запобігання інвалідизуючим розривам тазового дна.

Значну роль у травматизації промежини в пологах відіграє функціональна неспроможність зв'язкового апарату внутрішніх статевих органів і тазового дна.

Незважаючи на пошуки оптимальних методів ведення пологів через природні родові шляхи, у тому числі із застосуванням перинео-/епізіотомії, кількість травм промежини не має тенденції до зниження, і вони відбуваються більш ніж у половини породіль. За даними різних авторів, число розривів промежини 1-2 ступеня коливається від 18 до 78%. Водночас, виходячи з результатів деяких досліджень, можна припустити, що справжня частота епізіотомії і розривів промежини, ймовірно, вища, ніж заявляється в офіційних статистичних звітах [4].

Історія розтину промежини починається з XVIII століття. Накопичений досвід використання епізіо-/перинеотомії окреслює важливе коло проблем сучасного акушерства, які вирішуються в ході проведення клінічних досліджень: найкраща техніка виконання операції, показання, доцільність застосування,

групи ризику розриву і розсічення промежини, віддалені наслідки, оптимальна частота розтинів промежини.

Оцінка акушерського розсічення промежини вельми неоднозначна. З одного боку, перинео-/епізіотомія – фактор, що запобігає будь-яким розривам промежини, і спосіб профілактики пошкодження зовнішнього анального сфінктера і прямої кишки; з іншого – розсічення промежини є чинником, який не тільки в 3-4 рази підвищує ризик розриву промежини 3-4 ступеня, а й збільшує загальну кількість її травм [6, 7].

Так, за даними літератури, близько 67% так званих малих епізіотомій (розріз до 2-3 см) провокують банальні розриви промежини, які є причинами рваних ран. Серйозною небезпечкою є епізіотомія у жінок із запальними змінами слизової оболонки піхви, яка зумовлює розрив промежини та порушення репаративних процесів унаслідок інфікування рани.

Обговорюються також віддалені наслідки розсічення промежини для стану тазового дна, а саме: чи є розсічення промежини в пологах профілактикою або фактором формування подальшої слабкості тазового дна, розвитку пролапсу геніталій і супутньої патології?

У багатьох публікаціях наголошується на недостатньо відповідальному ставленні медичного персоналу до операції перинеорафії. Зашивання перинеальної рани на фоні смертельних ризиків для життя матері та плода часто здається надзвичайно простим і найменш ризикованим. Зашивання промежини часто доручають молодим акушерам, інтернам без контролю з боку досвідчених лікарів, що може негативно впливати на результати операції.

Однією з головних проблем, яка пов'язана з розрізом промежини в пологах, є септичні ускладнення, що виникають як при загоєнні епізіотомної рани, так і можуть бути пов'язані з додатковими розривами м'язів тканин родового каналу.

Вважається, що рани промежини мають низку особливостей, зумовлених комплексом анатомо-фізіологічних даних цієї ділянки. Насамперед це високий ризик бактеріального забруднення ран вмістом матки, піхви, прямої кишки; неможливість іммобілізації рани з причини скорочення м'язів промежини; наявність рубцевих змін тканин, запального процесу в піхві. Слід зазначити, що анатомічні особливості не дозволяють використовувати стерильні пов'язки на швах, накладених після розриву піхви або промежини.

Незважаючи на превентивні хірургічні заходи (пошарове ушивання рани, профілактика гематом та ішемізації тканин), велику кількість засобів, які використовуються для профілактики (перекис водню, перманганат калію, фурацилін, діамантовий зелений), а також застосування методу ультрафіолетового опромінення післяопераційної рани, частота ускладнень при загоєнні епізіотомної рани залишається досить стабільною і досягає 7-20%. Це суттєво ускладнює перебіг післяпологового періоду, який є найбільш небезпечним щодо розвитку інфекційних ускладнень.

Виникнення зазначених ускладнень збільшує терміни перебування в акушерському стаціонарі, підвищує вартість

лікування, зумовлює зростання ризику розвитку тяжких післяпологових, а також інфекційних ускладнень у дітей [11, 12].

Висока частота інфекційних ускладнень у післяпологовому періоді викликана низкою факторів, головним з яких є імуносупресія. Під час вагітності та в ранньому післяпологовому періоді спостерігається зниження показників клітинного та гуморального імунітету в середньому на 3-10%, також реєструють зниження природної кілерної активності лімфоцитів. Ці зміни забезпечують виношування вагітності та не вимагають спеціальної корекції.

Однак таке зниження імунологічного захисту, що отримало назву транзиторного імунodefіциту, зумовлює підвищену сприйнятливості породіллі до інфекції і зберігається протягом перших десяти днів пuerперію. Також необхідно враховувати пригнічення факторів неспецифічного захисту організму, яке виражається у зниженні вмісту лізоциму, системи комплементу та інших факторів захисту, що є причиною уповільнення процесів регенерації як травмованих, так і розсічених тканин [9].

Відомо, що серед збудників післяпологових інфекційних захворювань провідного значення набули мікробні асоціації, в яких найчастіше переважають неспороутворюючі анаероби [9, 13]. Зазвичай спроби ідентифікувати головного збудника з вогнища дозволяють побачити тільки «мікробний пейзаж», тому в практичній роботі найчастіше для обробки швів використовуються протизапальні препарати широкого спектра дії.

З метою профілактики набряку шва при набряку тканин промежини у першу добу використовують міхур з льодом. Набряк шва є несприятливим фактором не тільки з позиції формування пuerперальних виразок, а й при загоєнні тканин первинним натягом у зв'язку з формуванням грубого рубця, що знижує подальший тонус промежини [10].

При загоєнні швів вторинним натягом нерідко виникають порушення анатомічної цілісності і рубцева деформація промежини, неспроможність м'язів тазового дна, що надалі призводить до опущення статевих органів, появи диспареунії, запальних захворювань нижнього відділу статевого тракту, що істотно погіршує якість життя. З метою профілактики інфекційних ускладнень після відновлення цілісності промежини традиційно використовують різні антисептики, а також різноманітні фізіотерапевтичні методи, ультразвукову терапію, лазеротерапію, НВЧ-терапію дециметровими хвилями, магнітно-інфрачервоне опромінення та опромінення післяопераційної рани УФ-променями [8, 10].

Однак, незважаючи на весь комплекс заходів, які використовуються для профілактики післяопераційних септичних ускладнень, частота останніх залишається стабільно високою. Окрім згаданого зниження імунітету, це пояснюється також преморбідним фоном: отит, гайморит, хронічний тонзиліт, хронічний холецистит, хронічний пієлонефрит, тромбофлебіт та ін. Особливе значення мають запальні захворювання статевої сфери (хронічний аднексит, хронічний пієлонефрит) і особливо нижнього відділу статевого тракту (кольпіт, цервіцит, бартолініт, вульвіт).

Все вищезазначене підкреслює те, що регенерація тканин промежини є складним



М.В. Макаренко



Д.О. Говсєєв

біологічним процесом і залежить від багатьох обставин. Можливість прискорення її загоєння, ліквідація вхідних воріт інфекції, профілактика септичних ускладнень, формування еластичного і, разом з тим, міцного рубця, попередження виникнення ускладнень диктують необхідність подальшого пошуку вдосконалених методів профілактики ускладнень післяопераційних ран промежини. Одним з методів профілактики інфекційно-септичних ускладнень після розсічення промежини може бути метод обробки швів за допомогою сучасних місцевих антисептиків. В акушерській практиці для ведення післяепізіотомних ран, руптур промежини та слизової оболонки піхви добре зарекомендував себе комбінований препарат Банеоцин компанії Sandoz, до складу якого входять бацитрацин цинк 250 МЕ/г і неоміцину сульфат 5000 МЕ/г. Препарат застосовується у формі мазі або порошку і добре переноситься породіллями, оскільки всмоктування бацитрацину і неоміцину через неуразнену шкіру незначне. Банеоцин показаний для профілактики септичних ускладнень післяопераційних ран і пошкодження шкіри промежини, вульви та слизової оболонки піхви, а також для лікування при їх бактеріальному інфікуванні.

Література

1. Чернов А. Епізіотомія – польза или вред? // 3 турботою про жінку. – 2008. – № 5. – С. 30-33.
2. Carroli G., Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
3. de Oliveira S.M., Miquilini E.C. Frequency and criteria for indication of episiotomy // Rev. Esc. Enferm. USP. – 2005. – Vol. 39(3).
4. Goldberg J., Purfield P., Roberts N. et al. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study // J. Reprod. Med. – 2006. – Aug. – Vol. 51(8).
5. Riethmuller D., Courtois L., Maillet R. Liberal versus restrictive practice of episiotomy: do there exist specific obstetrical indications for episiotomy? // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2006. – Vol. 35 (1 Suppl). – P. 1S32-1S39.
6. Aytan H., Tapisiz O.L., Tuncay G., Avsar F.A. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2005. – Vol. 121(1). – P. 46-50.
7. Ogunyemi D., Manigat B., Marquis J., Bazargan M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery // J. Nat. Med. Assoc. – 2006. – Vol. 98 (11). – P. 1874-1881.
8. Чернуха В. Г. Нормальный и патологический послеродовой период. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 272 с.
9. Ковалев М.И., Зуев В.Н. Низкоинтенсивное и высокоэнергетическое лазерное излучение в акушерстве и гинекологии. – М.: Изд. «Техника», 2007. – 170 с.
10. Мальцева Л.И., Коган Я.Э. Особенности инфицирования в раннем послеродовом периоде у женщин из группы риска по пuerперальным инфекционным осложнениям // Матер. Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 153.
11. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.
12. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: StatusPraesens, 2011. – 688 с.
13. Ogunyemi D., Manigat B., Marquis J. et al. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery // J. Nat. Med. Assoc. – 2006. – Vol. 98 (11). – P. 1874-1881.