
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

М. С. Селихова, Н. В. Агабекян, С. Б. Панкратов

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С РОДОВЫМ ТРАВМАТИЗМОМ

УДК 618.4-001-08

Целью данного исследования явилось усовершенствование ведения послеродового периода у родильниц с травмами мягких тканей родового канала за счет дифференцированного подхода с учетом инфекционного риска и использования современных высокоэффективных средств обработки швов. В комплекс лечебных мероприятий был включен комбинированный препарат «Депантол», оказывающий регенерирующее, антисептическое и метаболическое действие.

Проведенное клиническое исследование применения депантола при ведении родильниц с травмами мягких тканей родового канала свидетельствует о его более высокой эффективности по сравнению с традиционными методами обработки швов за счет ускоренной регенерации

Ключевые слова: родовой травматизм, репродуктивное здоровье, дифференцированный подход, депантол.

M. S. Selikhova, N. V. Agabekjan, S. B. Pankratov

INNOVATION IN MANAGING OBSTETRIC PATIENTS WITH BIRTH TRAUMA

The objective of this study was to optimize postpartum management of obstetric patients with trauma of birth canal soft tissues due to a differentiated approach considering the risk of infection and using state of the art suturing techniques. The approach includes a combination drug Depanthenol that produces a regenerative, antiseptic and metabolic effect.

A clinical study of Depanthenol administered to postpartum patients with trauma of birth canal soft tissues indicates its greater effectiveness compared with conventional methods of suture care, due to the accelerated regenerative effect.

Key words: birth trauma, reproductive health, differentiated approach, Depanthenol.

В настоящее время вопросы демографии стали одним из основных национальных приоритетов в России. Возникший в стране в 90-х гг. XX столетия демографический кризис не преодолен, и на сегодняшний день сложившейся уровень рождаемости в два раза ниже необходимого для простого воспроизводства населения [7]. Особую тревогу специалистов вызывает тот факт, что репродуктивное здоровье российских женщин остается на крайне неблагоприятном уровне, что приводит к увеличению числа осложнений течения беременности и родов, оказывает негативное влияние на показатели материнской и перинатальной смертности [2–5]. Самое грозное осложнение беременности и родов – разрыв матки – по данным различных авторов, возникает крайне редко и составляет 0,1–0,005 %

всех родов, частота разрыва матки по рубцу в родах достигает 3,4 % [5].

Данные по частоте разрывов мягких тканей родового канала весьма противоречивы. Частота встречаемости разрывов шейки матки, по данным разных источников, значительно варьирует. Так, по данным В. Е. Радзинского (2004), они составляют от 3 до 60 % всех родов [8]. По мнению В. И. Кулакова с соавт. (2005), разрывы шейки матки встречаются в 6–15 % родов, а по данным национального руководства по акушерству, они диагностируются у 32,9–90 % женщин [5].

Частота разрывов промежности составляет 10–12 % в общей популяции родивших. Число разрывов промежности удалось снизить до этих цифр за счет широкого применения эпизиотомии или перинеотомии в родах. Необходимо отметить,

что даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем предрасполагают к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, что приводит к опущению и выпадению тазовых органов. Через 2–3 года после травматичных родов могут развиваться эктропион и лейкоплакия шейки матки, недержание мочи, снижение либидо, диспареуния, аноргазмия. Именно поэтому рекомендуется оценивать состояние тканей промежности после родовой травмы через 3–6 месяцев после родов, однако рутинное физикальное обследование мало информативно, а специальные методики отсутствуют.

При этом каждые пятые роды в России сопровождаются травмами мягких тканей родового канала [5].

Среди факторов, способствующих разрывам мягких тканей родовых путей, первостепенное место отводится нарушению микроэкологии женских половых органов (кольпит, бактериальный вагиноз). В то же время высокая распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, атипичное течение инфекционного процесса, частая хронизация и рецидивы, по мнению проф. М. Б. Хамошиной (2012), в 75 % случаев обусловлены функциональной несостоятельностью мышц влагалища, промежности и тазового дна [10]. Исследования Э. А. Казачковой с соавт. (2012) свидетельствуют, что в 12,9 % случаев лейкоплакия шейки матки ассоциирована с ее рубцовыми изменениями [2]. Поэтому важнейшее значение имеет восстановление архитектоники шейки матки, влагалища, тазового дна и обеспечение благоприятных условий для полноценного заживления швов.

В настоящее время крайне мало внимания уделяется усовершенствованию методов обработки швов на шейке матки, стенках влагалища и промежности. Рекомендуется проводить сухую обработку швов 5%-м раствором калия перманганата, 5%-м раствором йода, бриллиантовым зеленым 3 раза в день до 5 суток [4, 11]. При этом не учитывается тяжесть родового травматизма, резервы защитных сил организма роженицы, индивидуальные особенности репаративных процессов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Усовершенствовать ведение послеродового периода у рожениц с травмами мягких тканей родового канала за счет использования современных высокоэффективных средств обработки швов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для уточнения распространенности родового травматизма в популяции проведен ретроспективный анализ историй родов за пять лет (2008–2012 гг.), по данным трех родильных стационаров Волгограда. Изучение отдаленных последствий родового травматизма и оценка его влияния на репродуктивное здоровье и качество жизни женщины проводилось на основании ана-

лиза историй болезни пациенток, обратившихся в течение 2012 г. в клиники «АССОЛЬ», «S-Class Clinic» с целью хирургического лечения рубцовой деформации промежности и опущения стенок влагалища различной степени, а также в гинекологические отделения КБСМП № 7 Волгограда и Волгоградского медицинского клинического центра ФМБА РФ по поводу пролапсов гениталий, требующих оперативного лечения.

Клиническая часть работы проведена в дизайне рандомизированного контролируемого открытого исследования. В исследовании были включены роженицы от 18 до 45 лет с возникшими в процессе родов травмами мягких тканей родовых путей, которым произведено ушивание разрывов влагалища и/или промежности и/или шейки матки. Все пациентки давали информированное согласие на участие в исследовании в письменном виде. Критериями исключения были роженицы с выявленными во время беременности воспалительными заболеваниями специфической этиологии (сифилисом, гонореей, хламидиозом, трихомониазом, остроконечными кондиломами и генитальным герпесом), а также отказ от участия в исследовании на любом его этапе.

Методом случайной выборки роженицы были разделены на две группы: 48 рожениц (группа сравнения) получали общепринятую обработку швов (хлоргексидин, раствор калия перманганата). 73 пациентки, ведение которых осуществлялось по усовершенствованной методике, составили основную группу. По социально-биологическим характеристикам, особенностям течения беременности и родов, тяжести травм мягких тканей родового канала группы обследованных рожениц были однородны и сопоставимы.

В комплекс лечебных мероприятий рожениц основной группы был включен инновационный комбинированный препарат «Депантол». Это комбинированный препарат для местного применения, оказывающий регенерирующее, антисептическое и метаболическое действие. Выпускается в виде вагинальных суппозиторий и содержит 100 мг декспантенола и 16 мг хлоргексидина. Антисептический компонент препарата, который обеспечивает хлоргексидин, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий: хлоргексидин сохраняет свою активность, хотя и несколько сниженную, в присутствии крови и гноя. Это важный момент, так как у всех рожениц в течение послеродового периода в лохиях содержится кровь, причем в первые трое суток она преобладает в составе лохий. Принципиальным отличием депантола от других средств дезинфекции является наличие в его составе декспантенола, который стимулирует регенерацию слизистых оболочек, нормализует клеточный метаболизм, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон. Препарат «Депантол» не токсичен, разрешен к применению в период лактации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный ретроспективный анализ историй родов свидетельствует, что частота родового травматизма сохраняется на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. Каждые третьи роды (31 %) сопровождаются разрывом стенок влагалища или половых губ. Частота разрывов шейки матки составила 8,7 %.

Частота разрывов промежности не превышает 9 %, однако с учетом выполненных эпизио- и перинеотомий травматизация промежности наблюдается у каждой третьей роженицы (36,4 %). Тяжелые формы травм мягких тканей родового канала, такие как разрыв шейки матки III степени и разрыв промежности III степени, составили менее 1 %.

В то же время только за 2012 г. в частные клиники «АССОЛЬ», «S-Class Clinic» за медицинской помощью с целью хирургического лечения рубцовой деформации промежности и опущения стенок влагалища различной степени обратились 19 пациенток. Чуть менее половины (48 %)

из них были в репродуктивном возрасте. У 3 пациенток после последних родов прошло менее 4 лет. Анализ родового травматизма в данной группе пациенток указывает на наличие односторонней эпизиотомии в анамнезе у – 26,3 %, перинеотомии – 5,3 %, двусторонней эпизиотомии – 10,5 %, разрыва промежности II степени – 15,8 %. Роды крупным плодом были только в 15,8 % случаев. В 10,5 % накладывались акушерские щипцы. У 42 % пациенток заживление было вторичным натяжением.

Основные жалобы, заставившие пациенток обратиться за медицинской помощью, отражены в таблице.

После проведенного обследования у пациенток были выявлены следующие нарушения: зияние половой щели – 63,2 %, ректоцеле – 47,4 %, опущение передней и задней стенок влагалища – 42 %, рубцовая деформация промежности – 42 %, цистоцеле – 10,5 %. В связи с выявленной патологией у 16 пациенток уже проведено хирургическое лечение.

Жалобы пациенток, по данным частных клиник

Жалобы	Количество пациенток, %
Дискомфорт в области промежности отмечали	73,3
Деформация и зияние половой щели	57,9
Непроизвольное, учащенное мочеиспускание при кашле, чихании	28,6
Затрудненное мочеиспускание	5,3
Неудовлетворенность сексуальной жизнью	26,3
Запоры	15,8
Недержание газов	5,3
Частые кольпиты	10,5

Полученные данные свидетельствуют, что родовый травматизм не только снижает репродуктивный потенциал, но и оказывает негативное влияние на качество жизни женщины. Рассечение промежности не может быть рутинным методом и должно проводиться по строгим показаниям под обязательным контролем врача.

Другая составляющая данной проблемы – особенности заживления тканей.

В процессе выполнения клинической части исследования проведен анализ течения послеродового периода и характер заживления пуэрперальных язв у рожениц сравниваемых групп. Большинство обследованных рожениц имели оптимальный возраст для родов [средний возраст (26,3 ± 1,4) года в основной и (24,8 ± 1,6) лет в группе сравнения]. Среди обследованных пациенток обеих групп преобладали первородящие, которые составили 62 % в основной и 67 % в группе сравнения.

Более чем у половины рожениц выявлены в анамнезе экстрагенитальные заболевания (65 % в основной и 71 % в группе сравнения), в структуре их преобладали заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринные

и аллергические нарушения. Частота встречаемости заболеваний половой сферы у рожениц основной и группы сравнения составила 41 % и 47 % соответственно; в обеих группах преобладали воспалительные процессы.

У 61 % пациенток основной группы и 63 % группы сравнения выявлены те или иные осложнения в течение беременности. Выявлена высокая частота кольпитов и ОРВИ во время беременности у пациенток обеих групп.

Продолжительность родов у обследованных пациенток достоверно не отличалась. Несвоевременное излитие околоплодных вод диагностировалось у 68 % матерей в основной группе и в группе сравнения у 55 %. Длительность безводного промежутка в основной группе составила 6 ч 10 мин и в группе сравнения 6 ч 30 мин. Аномалии родовой деятельности осложнили течение родов у каждой третьей обследованной пациентки без достоверных отличий в сравниваемых группах.

В соответствии с критериями отбора все обследованные роженицы имели травмы мягких тканей родового канала, которые по степени тяжести были сопоставимы в обеих группах.

Особенности течения послеродового периода у рожениц сравниваемых групп оценивались по данным протоколов исследования, в которых ежедневно отмечались жалобы рожениц и результаты наружного осмотра области промежности и стенок влагалища (во время обработки гексиконом на гинекологическом кресле).

Анализ протоколов показал, что жалобы на боли и отек в области послеродовых швов отмечали все роженицы в течение 1–2 дней после родов, характер обработки швов на этот показатель не оказывал достоверного влияния. Гиперемия в области швов не выявлялась через 1–2 суток у 85 % рожениц основной группы (80 % в группе сравнения).

У всех рожениц основной группы на протяжении времени пребывания в родильном доме температура тела была нормальной, у 2 рожениц группы сравнения зафиксирован подъем температуры тела до субфебрильных цифр.

На 6-е сутки послеродового периода оценивался характер заживления швов, при разрывах шейки матки проводился осмотр в зеркалах.

У всех рожениц, получавших свечи с депантолом в сочетании с обработкой влагалища гексиконом, отмечено заживление швов первичным натяжением, все роженицы данной группы выписаны домой с новорожденными на 6–7-е сутки послеродового периода.

У двух рожениц группы сравнения гиперемия и отек в области швов промежности и влагалища сохранялся на протяжении всех дней осмотра, имело место частичное расхождение швов, в связи с чем проводилось дополнительное лечение (обработка раствором перекиси, тампоны с гипертоническим раствором, а также антибактериальная терапия). После проведенного лечения одна пациентка была выписана домой с новорожденным на 9-е сутки послеродового периода. Одна из рожениц с частичным расхождением швов промежности и температурной реакцией была переведена в гинекологическое отделение для продолжения лечения.

Проведенные лабораторные исследования указывают, что у 65 % рожениц основной группы и у 67 % группы сравнения в мазках при влагалищном исследовании было количество лейкоцитов более 50–60 в поле зрения, а также присутствовали другие признаки воспалительных изменений (флора кокки, мицелий грибка, ключевые клетки и др.). После проведенной обработки в течение 5 дней повторный влагалищный мазок показал, что только у 15 % пациенток основной группы воспалительные изменения сохранились, причем степень воспалительных изменений была минимальной (количество лейкоцитов 25–35 в поле зрения). У каждой четвертой (25 %) обследованной группы сравнения влагалищный мазок сохранялся с признаками воспалительных изменений и у двух из них диагностированы инфицированные швы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования указывают на сохраняющейся высокий уровень родового травматизма в популяции, что оказывает крайне негативное влияние на репродуктивный потенциал и качество жизни пациенток. Решение данной проблемы, на наш взгляд, должно идти в двух направлениях: с одной стороны, следует добиваться снижения частоты травм мягких тканей родового канала путем санации влагалища перед родоразрешением, рационального ведения родов, проведения рассечений промежности только по строгим показаниям. С другой стороны, необходима оптимизация ведения послеродового периода у рожениц с травмами мягких тканей родового канала за счет использования современных высокоэффективных средств обработки швов. Проведенное клиническое исследование применения депантола при ведении рожениц с травмами мягких тканей родового канала свидетельствует о его более высокой эффективности по сравнению с традиционными методами обработки швов за счет ускоренной регенерации. На основании проведенного исследования мы считаем, что применение депантола является перспективным при ведении рожениц с травмами мягких тканей в послеродовых отделениях родильных стационаров. Данный метод обработки швов удобен для пациенток и медицинского персонала. При необходимости свечи депантол могут применяться пациенткой самостоятельно в домашних условиях, что способствует ранней выписке даже при наличии родового травматизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В., Костючек Д. Ф., Хаджаева Э. Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459 с.
2. *Казачкова Э. А., Шумилина К. С., Казачков Е. Л., и др.* // Матер. междунар. междисциплинарного форума. – М., 2012. – С. 39–40.
3. *Козаренко Т. О.* Современные подходы к эпидемиологическому наблюдению за гнойно-септическими инфекциями у рожениц: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 108 с.
4. *Мальцева Л. И., Коган Я. Э.* // Матер. Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 153.
5. Национальное руководство по акушерству / Под ред. Э. К. Айламазяна и др. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. – 1218 с.
6. *Орджоникидзе Н. Н., Басиладзе Е. Н.* // Ж. Российского общества акушеров-гинекологов. – 2005. – № 4. – С. 18.
7. *Радзинский В. Е.* // Status praesens. – 2011. – С. 687.
8. *Радзинский В. Е.* Руководство к практическим занятиям по акушерству. – М.: МИА, 2004. – С. 574.
9. *Самчук П. М.* Гнойно-воспалительные осложнения в послеродовом периоде (прогнозирование, ранняя диагностика, профилактика, лечение): дис. ... д-ра мед. наук. – Иркутск, 2002. – 338 с.
10. *Хамошина М. Б.* // Матер. междунар. междисциплинарного форума. – М., 2012. – С. 10–11.
11. *Чернуха В. Г.* Нормальный и патологический послеродовый период. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 272 с.