

## ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКАЦІЇ ШВА ЗА ШУТЕ

О.М. ЮЗЬКО, Л.В. БЕГАЛЬ, М.І. КОСЕВИЧ, В.Є. РИНЖУК, Т.Г. ФАРМАЗЕЙ

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої гінекології (зав. — проф. О.М. Юзько)  
Буковинської державної медичної академії. Миський клінічний пологовий будинок № 1 (гол. лікар —  
М.І. Косевич), м. Чернівці

**Резюме.** Проблема акушерського травматизма і в настоящее время остается весьма актуальной. С целью профилактики разрывов промежности и влагалища применяются перинеотомия и эпизиотомия. Существует множество методик восстановления целостности промежности при её рассечении и разрывах. В городском клиническом роддоме № 1 г. Черновцы используют шов по Шуте (W.B. Shute, 1959). Предшественниками шва по Шуте можно считать восьмиобразный шов Спасокукоцкого, шов Мак-Миллана-Донати, многостежковый адаптирующий шов Стручкова (рис. 1, 2, 3). Некоторые авторы рекомендуют до наложения швов по Шуте соединить отдельными кетгутowymi швами волокна мышцы, поднимающей задний проход. Однако, так как единственный узел при швах по Шуте находится на коже, при сопоставлении кожных краёв раны возможно неплотное соприкосновение глубоких слоёв в толще промежности и, как следствие, — образование гематом. С чем и приходится сталкиваться практическому врачу. В связи с этим нами была предложена модификация шва по Шуте, суть которой состоит в том, что при выполнении восьмиобразного шва узел завязывается на середине восьмёрки после прошивания глубоких слоёв раны промежности, шов заканчивается той же нитью с адаптацией кожных краёв раны (рис. 6 а, б, в). Таким образом, применение модификации восьмиобразного шва по Шуте при ушивании перинеотомных и эпизиотомных ран способствует профилактике гематом промежности и влагалища, что даёт основание рекомендовать её для применения в практике здравоохранения.

**Summary.** Modification of Shute seam in obstetric practice as efficient means of prevention appearance of hematoma on seaming of episiotomic and perineotomic wounds is recommended.

**ПРОБЛЕМА** акушерського травматизму залишається актуальною. Найбільш поширеними травмами є розриви промежини та піхви, які значно підвищують ризик розвитку в подальшому гінекологічної захворюваності та є причиною опущення та випадіння статевих органів, порушення функції м'язів тазового дна.

З метою профілактики розривів промежини та піхви застосовуються перинеотомія та епізіотомія.

Перинеотомія була запропонована Міхаелісом (G.A. Michaelis). Операція полягала в розсіченні тільки шкіри промежини. Але при такому розрізі вхід до піхви недостатньо розширювався, і звичайно в пологах м'язи та фасції промежини розривались. Д.О. Отт у 1927 р. запропонував проводити глибокий піхво-промежиновий розріз, при якому, окрім шкіри, розсікаються м'язи та фасції промежини. Через побоювання, що при серединному розрізі промежини може статися розрив зовнішнього сфінктера заднього проходу, була рекомендована епізіотомія.

Існує чимало методик відновлення цілісності промежини при її розсіченні та розривах. За рубежом широко користуються методикою пошарового зашивання рани промежини шляхом накладання безперервного кетгутowego шва. Методика пошарового зашивання рани промежини окремими кетгутowymi швами доцільна при наявності "рваних" країв рани в разі розриву промежини.

В своїй роботі ми використовуємо шов за Шуте (W.B. Shute, 1959). Попередниками шва за Шуте можна вважати шов Мак-Міллана-Донаті, восьмиподібний шов Спасокукоцького та багатостібковий адаптуючий шов Стручкова (рис.

1, 2, 3) [3]. При зашиванні рани промежини шляхом накладення швів за Шуте використовують нехромований кетгут (№ 3-4). Зашивання розпочинають з верхнього кута рани задньої стінки піхви, накладаючи безперервний шов, і закінчують біля гіменального кільця. Потім накладають восьмиподібні шви на всю товщу рани зверху вниз.

Техніка накладення шва за Шуте та техніка зашивання при серединно-латеральній епізіотомії зображена на рисунках 4, 5. При правобічній серединно-латеральній епізіотомії перший вкол роблять у шкіру латерального боку рани, відступаючи на 6-7 мм від краю розрізу, вкол — у просвіт рани на глибину 6-7 мм від краю розрізу шкіри. При цьому голка в голкоутримувачі повинна бути спрямована зліва направо. Потім змінюють її положення в голкоутримувачі і другий вкол роблять в підшкірну жирову клітковину медіального боку рани на глибину 6-7 мм від краю шкіри, широко захоплюючи м'язи разом із дном рани, переходячи на латеральний бік рани, і роблять вкол на глибині 6-7 мм від краю розрізу. Потім змінюють положення голки в голкоутримувачі і на глибині 6-7 мм роблять вкол з медіального краю розрізу шкіри. Знову змінюють положення голки в голкоутримувачі і роблять наступний вкол шкіри на медіальному боці в 1-1,5 мм від краю розрізу шкіри та вкол на латеральному боці шкіри на такій же відстані. Нитки зав'язують на латеральному боці. Подібні шви накладають зверху вниз на відстані 1 см один від одного. В останній шов необхідно захопити тканини в глибині нижнього кута рани [5].

Деякі автори рекомендують до накладення швів за Шуте з'єднувати окремими кетгутowymi



Рис. 1. Шов Мак-Міллана-Донаті: а — схема шва; б — адаптація країв рани при зав'язуванні вузла

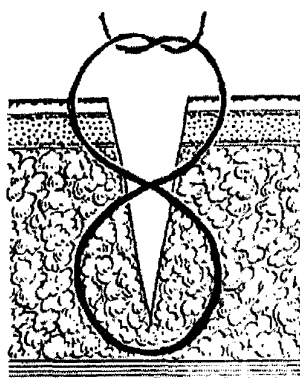


Рис. 2. Восьмиподібний шов Спасокуцького

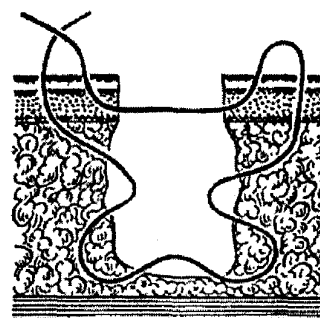


Рис. 3. Багатостібковий шов Стручкова

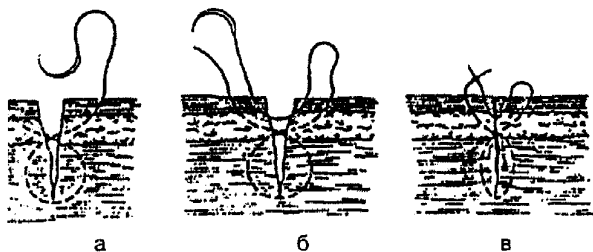


Рис. 4. Техніка накладення швів за Шуте (а, б, в — етапи накладення шва)

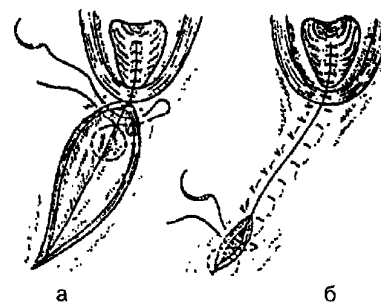


Рис. 5. Техніка зашивання при серединно-латеральній епізіотомії за допомогою швів за Шуте (а, б)

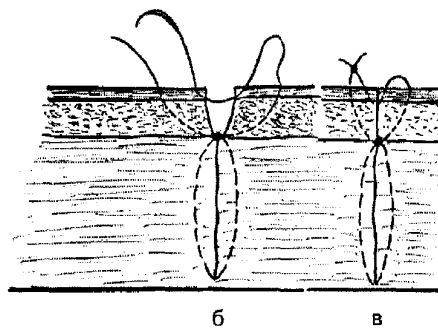
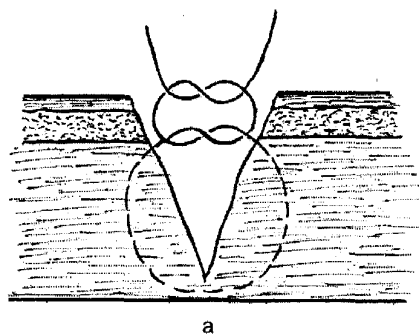


Рис. 6. Модифікація шва за Шуте при зашиванні перинеотомних та епізіотомних ран (а, б, в — етапи накладення шва)

ми швами волокна м'язів, що піднімають задній прохід.

Але оскільки єдиний вузол при швах за Шуте знаходиться на шкірі, при зіставленні країв шкіри рани можливе нещільне прилягання глибоких шарів в товщі промежини і, внаслідок цього, — утворення гематом.

Саме з цим доводиться зустрічатись практичному лікареві. У зв'язку з цим нами була запропонована модифікація шва за Шуте, суть якої полягає в тому, що при виконанні восьмиподібного шва вузол зав'язується на середині вісімки після прошивання глибоких шарів промежини. Шов закінчується тією ж ниткою з адаптацією країв шкіри рани (рис. 6 а, б, в).

Нами з 1992 по 2002 р. запропонованим методом було проведено зашивання епізіотомної рани у 163 жінок. У 98,2% із них рана загоїлась первинним натягом. Після ушивання первородящі вставали через 6 год, повторнородящі — через 3 години. Необхідності знімати шви не було. Із 163 проведених ушивань в жодному випадку не виникло гематом промежини чи піхви.

**Висновок.** Застосування модифікації восьмиподібного шва за Шуте при зашиванні перинеотомних та епізіотомних ран сприяє профілактиці гематом промежини та піхви, що дає підставу рекомендувати її для застосування у практичній охороні здоров'я.

#### Список літератури

1. *Бодяжина В.И.* Акушерство. — М.: Медицина, 1986. — 496 с.
2. *Малиновский М.С.* Оперативное акушерство. — М.: Медгиз, 1974. — 454 с.
3. Соединение тканей в хирургии / *Б.О. Мильков, Г.П. Шамрей, И.Ю. Полянский и др.* — Черновцы: Ред.-изд. отдел полиграфиздата, 1992. — 112 с.
4. *Петченко А.И.* Акушерство. — К.: Здоровья, 1965. — 780 с.
5. *Чернуха Е.А.* Родовой блок. — М.: Триада-Х, 1999. — 532 с.