

В.И. Пирогова, д.м.н., профессор, Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Оперативное родоразрешение

Родовспоможение как один из важнейших инструментов формирования здоровья нации имеет особую социальную значимость на современном этапе развития Украины в связи с сохраняющейся неблагоприятной демографической ситуацией, низкими показателями здоровья рождающих женщин и рождающегося потомства, а также высоким уровнем репродуктивных потерь.

Беременность и роды — генетически детерминированный и эволюционно апробированный физиологический процесс, направленный на воспроизведение себе подобных. Будучи физиологически самодостаточным, процесс деторождения в социальном аспекте уже на заре развития человечества потребовал участия в нем сородичей, соплеменников, которые, соперничая, пытались оказать посильную помощь роженице. Элементы психологической и медицинской помощи в родах стали обозначаться достаточно содержательным термином «родовспоможение», а впоследствии вошли в научную дисциплину «Акушерство». При этом, как и любая наука, акушерство является динамически развивающейся дисциплиной, которая использует все достижения медицинской науки и практики. Но беременность и роды — физиологический процесс, а не диагнозы, поэтому любые вмешательства в организм матери и, соответственно, еще не рожденного ребенка должны основываться на достаточной доказательной базе. В то же время в последние годы возникли чрезвычайно разноречивые теории, представления и рекомендации по тактике ведения беременности и родов, что поддерживается информационным бумом и обилием переводной литературы, содержание которой не всегда должным образом критически оценено относительно национальных условий и научных традиций. В этих условиях практическим врачам трудно, а порой и невозможно разобраться в обоснованности и пользе одних рекомендаций или, напротив, опасности для матери и плода других.

Безопасное и эффективное родовспоможение требует от акушера-гинеколога не только знания анатомии и физиологии процесса родов, но и четкого понимания, что в основе успеха лежит предотвращение осложнений, а не хирургическая сноровка.

Термином «оперативное родоразрешение» обозначается любое активное акушерское вмешательство, предпринятое для родоразрешения женщины. Принципиально различают влагалищное и абдоминальное оперативное родоразрешение. Абдоминальное родоразрешение привлекательно для молодых врачей быстрым достижением «отличного» результата и значительным упрощением работы: не нужны хорошие знания механизма родов и всех его многообразных отклонений, не требуется тщательная оценка каждого случая родов, необходимых условий и показаний для родоразрешающих влагалищных операций, которые применяют в акушерской практике.

В настоящее время путем кесарева сечения рождается каждый второй ребенок в Латинской Америке, каждый четвертый в США, каждый пятый в Англии, Франции, Германии, Австралии, России... В некоторых странах частота абдоминального родоразрешения достигла 34-49%, а в отдельных клиниках — 62%. В Российской Федерации в 2008 г. частота кесарева сечения составила 20,0%, в Украине в 2009 г. — 16,2%, хотя

в отдельных регионах приблизилась к 20% (Сумская, Харьковская области), а в некоторых превысила 20% (г. Киев, Одесская область).

Повышение частоты операции кесарева сечения связано, безусловно, с рядом медико-социальных факторов, в частности с увеличением почти в два раза количества родов у женщин в возрасте старше 30 лет; числа беременных, страдающих различными экстрагенитальными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, при котором часто наблюдается макросомия; возрастом количества беременных с оперированной маткой (рубец после кесарева сечения, миомэктомии); увеличением числа беременностей в результате экстракорпорального оплодотворения и повышением в два раза частоты многоплодных беременностей; усовершенствованием диагностики состояния внутриутробного плода; либерализацией подходов при определении показаний для родоразрешения абдоминальным путем; снижением уровня владения методами влагалищных родоразрешающих операций среди акушеров-гинекологов.

К сожалению, во многих странах установлена зависимость частоты кесарева сечения и от социально-экономического статуса пациентки (чем выше социально-экономическое положение в обществе, тем чаще выполняется кесарево сечение).

Для Украины, как и для многих стран мира, проблема стабилизации уровня абдоминального родоразрешения особенно актуальна, поскольку при невысокой рождаемости увлечение операцией кесарева сечения (что в большинстве случаев мотивировано улучшением перинатальных исходов) чревато как снижением акушерского профессионализма, так, возможно, и изменением качества потомства, рожденного неестественным путем.

С ростом частоты операции кесарева сечения произошло не всегда оправданное сокращение применения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, которые в определенных условиях являются более безопасными для матери и плода, чем методы механического действия на матку во втором периоде родов или кесарево сечение.

Второй период родов — очень значимый для матери и ребенка, поэтому принятие решения о вмешательстве и проведении каких-либо операций для рождения плода должно быть максимально взвешенным. Оперативные пособия искусства в экстремальных ситуациях, когда необходимость быстрого принятия решения связана с огромной ответственностью.

Однако существует ряд акушерских состояний, при которых современные возможности медицины позволяют пересмотреть традиционные показания для операции кесарева сечения и тем самым если не уменьшить, то хотя бы стабилизировать показатель частоты абдоминального родоразрешения без ухудшения перинатальных показателей и

Всякое дело совершенствуется овладением техникой. Всякий навык достигается упражнением.

Гиппократ



В.И. Пирогова

последствий беременности для здоровья матери. Большинство ведущих акушеров-гинекологов мира считают, что резерв снижения частоты кесарева сечения основывается на адекватном ведении беременности и родов при перенесенной беременности, миопии, предыдущем родоразрешении операцией кесарева сечения, аномалиях родовой деятельности.

Расширение показаний к оперативному родоразрешению обосновывают стремлением улучшить исходы беременности для плода. Однако, по мнению многих экспертов, высокая частота кесарева сечения значимо не влияет на снижение показателей перинатальной смертности, а тем более перинатальной заболеваемости. Не способ родоразрешения, а антенатальная охрана плода, использование современных диагностических и лечебных технологий, успехи и достижения неонатологии могут изменить уровень и структуру перинатальной заболеваемости и смертности.

Частота родоразрешающих операций в современном акушерстве в значительной степени определяется показаниями, обусловленными состоянием плода, расширением показаний к кесареву сечению при плацентарной недостаточности, задержке внутриутробного роста и дистрессе плода. Необходимость использования акушерских щипцов или вакуум-экстрактора плода сведена к минимуму. Частота применения различных оперативных пособий при родах через естественные родовые пути отличается в зависимости от страны, избранной акушерской тактики и даже уровня стационаров.

В последние годы продолжается отмеченное еще 20 лет назад изменение приоритетов среди методов оперативного родоразрешения через естественные родовые пути. Так, в 2000 г. в США две трети оперативных родоразрешений через естественные родовые пути составляла вакуум-экстракция, тогда как акушерские щипцы применялись в 2,8% случаев, а кесарево сечение — в 21,8%; в Англии в аналогичный период эти показатели составляли 9,5; 4,0 и 17,2% соответственно. В Австралии за неполное десятилетие соотношение вакуум-экстракции и акушерских щипцов изменилось с 1:6 в 1990 г. до 1:1 в 1997 г. Однако сегодня в Северной Америке частота оперативных вмешательств при родах через естественные родовые пути достигает почти 30%, а в Англии — 11%.

Низкая частота применения этих родоразрешающих операций в нашей стране, которую обосновывают постулатом о высоком травматизме как для матери, так и для плода, не свидетельствует об отсутствии показаний к их применению. Необходимо не забывать о том, что действительным фактором травматизма для женщины и ребенка является в первую очередь низкая квалификация акушеров, которые не владеют техникой данных оперативных вмешательств, но вынуждены их проводить в силу возникших в процессе родов обстоятельств.

Частота оперативных вмешательств при родах через естественные родовые

пути, несмотря на стабильно неприемлемый уровень интранатальной и ранней неонатальной смертности, связанной с перенесенными плодом гипоксией или родовой травмой, остается также стабильно низкой. По данным МЗ Украины, в 2006 г. частота оперативного родоразрешения с использованием акушерских щипцов составляла в целом по Украине 0,269%, вакуум-экстракции плода — 0,137%, а в 2009 г. — 0,186 и 0,394% соответственно, при этом в разных регионах наблюдался значительный разброс частоты оперативного влагалищного родоразрешения. Так, в Полтавской и Николаевской областях частота использования в родах акушерских щипцов в 2,6 раза выше, чем по Украине в целом, тогда как в Ривненской области не зафиксировано ни одного случая применения этой родоразрешающей операции, а частота вакуум-экстракции плода в Запорожской области в 3,8 раза превышала ее использование в целом по стране. Такой значительный разброс показателей свидетельствует об отсутствии единых рекомендаций по оперативному влагалищному родоразрешению, утвержденных на уровне Ассоциации акушеров-гинекологов и МЗ Украины, разном уровне оснащенности родильных стационаров и подготовки акушеров-гинекологов.

Акушерские щипцы и вакуум-экстракция — разные виды оперативных вмешательств, их применение требует определенных акушерских условий и показаний.

Как и в первом периоде родов, особого внимания заслуживает не абсолютная длительность второго периода, а динамика продвижения головки. В настоящее время в руководствах по акушерству, доступных практикующему акушеру-гинекологу, встречаются указания на различную длительность второго периода родов — от 1 до 3 ч. Подобные разночтения при недостаточной информированности врача могут повлечь за собой непродуманные действия для скорейшего завершения родов.

Большинство современных клинических рекомендаций и протоколов допустимой длительностью второго периода считают 2 ч у первородящих женщин и 1 ч у повторнородящих, а при применении региональной анестезии — 3 и 2 ч соответственно.

С клинической точки зрения целесообразно различать две фазы второго периода — раннюю (от полного раскрытия шейки матки до начала спонтанных активных потуг или опускания головки на тазовое дно) и активную (позднюю — потужную, которая начинается с опускания головки на тазовое дно). Первородящим не рекомендуют тужиться до опускания головки на тазовое дно, что происходит примерно в течение часа. Одним из моментов, которые быстро истощают силы роженицы и часто становятся причиной применения нигде не

фиксируемых приема Кристеллера, бинта Вербова или необходимости завершить роды оперативным вмешательством, является преждевременная инициация потужной деятельности. Если состояние матери и ребенка удовлетворительное, налицо прогресс родов с продвижением подлежащей части, нет никаких предпосылок для вмешательства.

Затянувшийся второй период характеризуется замедлением продвижения головки плода (менее 2 см/ч у повторнородящих и менее 1 см/ч у первородящих). При замедлении продвижения головки по родовому каналу после оценки родовой деятельности и состояния плода, проведения внутреннего акушерского исследования (для исключения несоответствия размеров головки плода и таза матери) следует начать введение окситоцина (желательно с использованием инфузомата) и в зависимости от сложившейся ситуации принимать решение о необходимости и способе оперативного вмешательства для завершения родов.

Хотелось бы обратить внимание на очень важный момент в принятии решения — определение места расположения головки плода соответственно тазу матери, поскольку ошибка может повлечь за собой неправильное заключение о типе необходимого оперативного вмешательства и тяжелые травматические последствия как для матери, так и для плода.

Согласно клиническому протоколу «Нормальные роды» (приказ МЗ Украины от 03.11.2008 г. № 264) для определения положения головки относительно таза матери используется ширина 5 пальцев, при этом, если головка пальпируется менее чем на 2/5, она находится в широкой части полости малого таза.

В большинстве переводных руководств по акушерству для определения положения головки (высоты ее стояния) рекомендуется определение отношения самой выступающей (низкой) ее части к линии, которая соединяет седалищные ости. В то же время следует помнить, что результаты влагалищного исследования могут быть неправильно трактованы из-за наличия родовой опухоли и выраженной конфигурации головки плода, поэтому необходимо тщательное сопоставление данных наружного и внутреннего акушерского исследования.

Когда наиболее низко расположенная часть головки (проводная точка) находится на уровне остей седалищных костей, положение считается нулевым, уровень проводной точки головки выше или ниже этой линии обозначают от -1 до -5 см и от +1 до +5 см соответственно (знак «-» означает, что нижний полюс головки находится выше седалищных остей, а головка не прошла полностью плоскость входа в малый таз и определяется приемами наружного акушерского обследования; знак «+» означает, что головка находится ближе к выходу малого таза, а нижний ее полюс ниже седалищных остей). Если головка над лоном не пальпируется (0/5), значит, самая низко расположенная часть головки опустилась более чем на +2 см ниже линии, соединяющей седалищные ости. Кроме местоположения головки, для успешного проведения родоразрешающих вмешательств очень важно определить вид и позицию плода путем классической пальпации стреловидного шва и уточнения расположения большого и малого родничка.

В аспекте бережного родоразрешения и благоприятных материнских и перинатальных исходов не приемлема попытка выполнения «пробных» родоразрешающих

операций через естественные родовые пути при расположении головки выше указанного уровня (более 0/5 и менее +3 см) с последующим, в случае неудачи, переходом к оперативному абдоминальному родоразрешению, как это позиционируется в ряде имеющихся в Украине переводных руководств по акушерству.

При принятии решения об оперативном влагалищном родоразрешении обязательным условием для применения вакуум-экстрактора и акушерских щипцов является письменное информированное согласие пациентки.

Вакуум-экстракция плода

Первым акушерским прибором, который напоминал вакуум-экстрактор, был инструмент «воздухотрактор» (air tractor) Джеймса Симпсона (1849). Только через 100 лет, в 1954 г., в Швеции Т. Мальмстрем создал новую модель вакуум-экстрактора, и с того времени появилась тенденция замены акушерских щипцов этим инструментом. В СССР подобные аппараты были созданы А.И. Петченко, И.П. Демичевым (1955), а К.В. Чачава, П.Д. Вашакидзе (1956) впервые предложили заменить металлические чашки вакуум-экстрактора резиновыми.

В настоящее время существует много разновидностей вакуум-экстракторов, основным принципиальным отличием которых является тип чашечек — жесткие и мягкие, при этом вторые обладают рядом преимуществ: снижается травматизм матери и плода, аппараты удобны в применении, чашечки разного использования и разных размеров легко налагаются; при использовании металлической или жесткой пластиковой чашечки вакуум создается постепенно, с увеличением отрицательного давления каждые 2 мин до достижения уровня 600 мм рт. ст.; при применении же мягкой чашечки необходимо отрицательное давление можно создать в течение 1-2 мин. В то же время, хотя частота поверхностных повреждений головки плода при использовании мягких чашечек ниже, процент удачного завершения родов почти вдвое выше при использовании жестких чашечек.

Несмотря на распространенность в странах Европы и США оперативных вагинальных родов с помощью вакуум-экстракции, этот метод остается непопулярным в нашей стране, а в некоторых родильных стационарах вакуум-экстракторы вообще отсутствуют.

В отличие от операции наложения акушерских щипцов вакуум-экстракция плода требует активного участия роженицы при извлечении плода, что определяет достаточно ограниченный перечень показаний:

- слабость родовой деятельности при неэффективной медикаментозной терапии;
- устойчивое низкое поперечное стояние стреловидного шва;
- укорочение второго периода родов при экстрагенитальной патологии роженицы, отсутствии противопоказаний для потужной деятельности.

В то же время достаточно дискуссионно такое показание, как гипоксия плода во втором периоде родов в связи с генезом осложнений, которые возможны и без наличия гипоксического состояния (кефалогематома, подпапневротическая гематома, кровоизлияние в сетчатку глаз).

Противопоказаниями к применению вакуум-экстракции являются неполное раскрытие маточного зева; несоответствие размеров головки плода и таза матери; недоношенность плода (срок

беременности менее 36 нед и/или масса плода менее 2500 г), высокое расположение головки плода; заболевания роженицы, которые требуют «выключения» потуг (преэклампсия, эклампсия); тазовое, лобное или лицевое предлежание плода.

Условиями для вакуум-экстракции (как и для использования акушерских щипцов) являются полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, живой плод, клиническое соответствие размеров головки плода и таза матери, расположение проводной точки головки плода (не родовой опухоли) на уровне $\geq +2$ см.

Расхожее мнение о том, что для наложения вакуум-экстрактора требуется меньше умения и опыта, потенциально опасно возникновением осложнений для матери и плода.

Успешное применение вакуум-экстрактора во многом определяется расположением его чашечки на головке плода: чашечка должна быть установлена на затылке по средней линии, ближе к малому родничку (в 4-5 см от большого родничка), но не в области швов и родничков. Под контролем указательного пальца и при удержании в этом положении чашечки проводится постепенное создание отрицательного давления до 600 мм рт. ст. (75 кПа) с контролем по всему периметру чашечки для предупреждения захватывания стенки влагалища или шейки матки. Очень быстрое создание вакуума может вызвать образование кефалогематомы. Тракции выполняют синхронно с потугами в направлении, которое соответствует моментам биомеханизма родов перпендикулярно плоскости чашечки. В паузах между потугами тракции не проводят. Необходимым условием является выполнение пробной тракции. Снятие чашечки осуществляют при прорезывании через вульварное кольцо головки плода постепенным уменьшением давления.

Неправильное размещение чашечки на головке плода, которое приводит к нарушению биомеханизма родов, является причиной одного из осложнений этой родоразрешающей операции — срыва чашечки, которое возникает в результате нарушения герметичности в аппарате.

Вакуум-экстракция должна быть прекращена в случаях, когда:

- при одной или двух тракциях не отмечается поступательное движение плода;
- родоразрешение не достигнуто после трех-четырех тракций;
- общее время тракций превышает 20 мин;
- чашечка вакуум-экстрактора сорвалась более двух раз;
- возникают любые затруднения при тракциях.

Количество неудач при применении вакуум-экстракции плода, по данным литературы, колеблется от 6,6 до 14,3%. Как отмечают многие авторы, попытка наложения акушерских щипцов после вакуум-экстракции травматична как для матери, так и для плода и увеличивает частоту внутричерепных кровоизлияний у новорожденных в три раза. Высказывается мнение, что наложение вакуум-экстрактора на головку плода, находящуюся в заднем виде, достоверно чаще сопровождается повреждением наружного анального сфинктера, а выполнение эпизиотомии является независимым и дополнительным фактором риска его разрыва.

Осложнения у плода. При наложении чашечки вакуум-экстрактора могут

возникать поверхностные кровоподтеки, отек, даже эксфолиация кожи, кефалогематомы и более серьезные осложнения — подпапневротическая гематома (1:150-200 родов с вакуум-экстракцией при 1:2000-3000 самопроизвольных родов), кровоизлияния в сетчатку глаз, внутричерепное кровоизлияние (особенно при неудавшейся вакуум-экстракции, завершённой наложением акушерских щипцов).

Вакуум-экстракция плода и акушерские щипцы — это не взаимно исключающие или дополняющие друг друга родоразрешающие операции; каждая имеет свои показания, условия, противопоказания. На протяжении многих лет в акушерской науке и практике ведется полемика о предпочтительности и преимуществах акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода.

Данные обзоров рандомизированных исследований, представленные в Кокрановской библиотеке, также не дают однозначного ответа на этот вопрос. Однако подчеркивается, что выбор инструмента для асистируемых (оперативных) вагинальных родов зависит от клинических условий, при этом необходимо учитывать относительные преимущества и риски, связанные с использованием каждого из них. Один из представленных в обзорах выводов гласит, что применение вакуум-экстрактора для оперативных влагалищных родов реже вызывает осложнения у беременных, чем использование акушерских щипцов, но чаще обуславливает кефалогематомы и кровоизлияния в сетчатку глаз у новорожденных.

Акушерские щипцы

Мнения медиков и общественности с момента изобретения акушерских щипцов были и категоричными, и противоположными. Однако в течение нескольких столетий операция наложения акушерских щипцов удерживает свое место в оперативном влагалищном родоразрешении.

Нет необходимости останавливаться на строении различных моделей щипцов, технике операции, которые подробно, при разных видах головного предлежания плода, изложены в многочисленных руководствах, практических пособиях и учебниках.

Однако с учетом тяжелых осложнений, и сейчас встречающихся при проведении операции, возникает необходимость остановиться на некоторых моментах, игнорирование которых способствует мрачной славе акушерских щипцов.

Механизм действия акушерских щипцов включает два момента механического эффекта — сжатие и влечение. Назначение щипцов — плотно обхватить головку плода и заменить изгоняющую силу матки и брюшного пресса влекущей силой врача. Следовательно, акушерские щипцы являются только влекущим инструментом, а не ротационным. Несомненно и то, что в процессе тракций акушерские щипцы совершают ротационные движения, но исключительно следуя движению головки плода, не нарушая естественного механизма родов. Исходя из этого, попытки ротации головки (как ручной, так и щипцами) крайне травматичны для плода и матери и не могут использоваться в современном родовспоможении, хотя описание этих приемов присутствует во многих руководствах. Насильственные вращательные движения щипцами недопустимы,

Продолжение на стр. 20.

В.И. Пирогова, д.м.н., профессор, Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Оперативное родоразрешение

Продолжение. Начало на стр. 18.

так как неправильное положение головки в тазу возникает или вследствие аномалий строения таза, или вследствие особого строения головки, что требует адекватного обоснованного подхода к выбору тактики родоразрешения не в момент второго периода родов.

Показания к операции наложения акушерских щипцов можно условно разделить на две группы: обусловленные состоянием матери (акушерские и соматические показания) и связанные с состоянием плода; часто наблюдается их сочетание.

Еще раз хочется подчеркнуть, что показания для акушерских щипцов не являются специфичными только для этой операции, они могут быть показанием и для других родоразрешающих операций (кесарево сечение, вакуум-экстракция плода). Выбор родоразрешающей операции в полной мере зависит от конкретного клинического случая, определенных условий, позволяющих выполнить конкретную операцию, поэтому в каждом случае необходима его тщательная оценка для правильного выбора метода родоразрешения. Своевременная оценка показаний, рисков и возможных осложнений для матери и плода, нередко на этапе планирования родов или в первом периоде родов, предупреждает использование акушерских щипцов как инструмента последней надежды.

Для наиболее благоприятного исхода операции наложения акушерских щипцов необходимо обязательное наличие условий для ее выполнения:

– живой плод (акушерские щипцы при интранатальной гибели плода противопоказаны);

– полное раскрытие маточного зева (несоблюдение этого условия чревато разрывами не только шейки, но и нижнего сегмента матки);

– отсутствие плодного пузыря;

– соответствие головки плода средним размерам головки доношенного плода (игнорирование этого условия, неправильная оценка массы и размеров плода приводят к трагическим последствиям для матери и плода);

– соответствие размеров таза матери и головки плода;

– четкое определение места расположения головки плода (аналогично как при проведении вакуум-экстракции).

Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает несколько моментов: выбор метода обезболивания, подготовку роженицы, подготовку акушера, проверку щипцов. Выбор метода обезболивания определяется состоянием женщины и показаниями к проведению операции. Необходимо не забывать об обязательном предварительном опорожнении мочевого пузыря.

Анестезия должна продолжаться после извлечения ребенка для проведения контрольного ручного обследования стенок полости матки.

Непосредственно перед наложением щипцов необходимо произвести тщательное влагалищное исследование (полураскрытой) с целью подтверждения наличия условий для проведения операции и определения местоположения головки по отношению к плоскостям малого таза, что определяет выбор варианта

операции (полостные или выходные акушерские щипцы). Затруднения при введении ложек могут быть связаны с узостью влагалища и ригидностью тазового дна, затруднения при замыкании щипцов – с размещением ложек щипцов на головке не в одной плоскости, на разной или недостаточной глубине. Неправильное положение ложек чаще всего обусловлено ошибками в определении местоположения головки в малом тазу, расположения швов и родничков на головке по отношению к тазу матери.

Анализ данных литературы показывает, что при оперативном родоразрешении через естественные родовые пути могут наблюдаться глубокие повреждения мягких тканей родовых путей, патологическая кровопотеря, нарушения функции мочевого пузыря и анального сфинктера, разрывы лобкового симфиза и др.

Согласно последним дополнениям к клиническому руководству по оперативным вагинальным родам Королевского колледжа акушеров-гинекологов (2009) к серьезным рискам для матери относят разрывы промежности третьей степени (1-4 на 100 вакуум-экстракций и 8-12 на 100 применений акушерских щипцов), травмы влагалища и вульварного кольца (1 на 10 вакуум-экстракций и 1 на 5 применений акушерских щипцов).

Наиболее частые осложнения для плода – сдавление головки, повреждения кожи черепа и лица (1 на 10 родов – практически только при применении вакуум-экстрактора), кефалогематомы (1-12 на 100 родов), желтуха новорожденных/гипербилирубинемия (5-15 на 100 оперативных влагалищных родов), кровоизлияние в сетчатку глаза (17-38 на 100 оперативных родов). Серьезными осложнениями являются подпапневротические (3-6 на 1 тыс. родов) и внутрочерепные (5-15 на 10 тыс. родов) кровоизлияния, тогда как поражения лицевого нерва относят к редко встречающимся осложнениям.

Для роженицы частыми осложнениями оперативных влагалищных родов являются послеродовые кровотечения (1-4 на 10 оперативных родов), разрывы или скальпирование стенок влагалища почти в каждом втором случае, дисфункция сфинктера и/или уретры.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что безопасных для матери и плода родоразрешающих операций на данный момент не существует. И прав был К.В. Чачава (1969), который писал: «...за инструменты акушер берет тогда, когда здоровье, жизнь матери и плода оказываются под угрозой...». За прошедшее без малого столетия немного изменилось. Современные методы оперативного родоразрешения через естественные родовые пути, несмотря на значительный прогресс практического родо-вспоможения, остаются несовершенными. Однако при отсутствии гипоксии плода, достаточной компетентности акушера-гинеколога, соблюдении всех правил и методик выполнения родоразрешающие оперативные вмешательства в родах несут минимальный риск серьезных осложнений для матери и плода, и пока женщины будут рожать через естественные родовые пути, необходимость их применения будет возникать.

Список литературы находится в редакции.



Лапароскопия в діагностиці

Лікарі-гінекологи одними з перших почали широко використовувати лапароскопію в діагностиці захворювань органів малого таза. Сучасна техніка дозволяє не тільки діагностувати, а й успішно лікувати багато гінекологічних захворювань, таких як безпліддя, ендометріоз, кісти яєчників, позаматкова вагітність та ін. Яке місце в діагностиці та лікуванні порушень репродуктивної функції жінки сьогодні посідає лапароскопія, нам розповів співробітник інституту репродуктивної медицини, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, кандидат медичних наук Олександр Анатолійович Волошин.

– **З якою метою, де і коли доцільно застосовувати лапароскопію в гінекологічній практиці?**

– Лапароскопія – ендоскопічне дослідження черевної порожнини через абдомінальний доступ з діагностичною і/або лікувальною метою. Гінекологічну лапароскопію також називають пельвіоскопією.

Лапароскопію можна виконувати у стаціонарі, в амбулаторних умовах, а також у денному стаціонарі з дотриманням умов для проведення негайної лапаротомії у разі виникнення під час операції ускладнень, що загрожують життю. Саме з цих міркувань не слід практикувати це втручання в оглядовому кабінеті. Показаннями для лапароскопії є:

- неплідність;
- біль і/або неясні дані клінічного дослідження органів малого таза;
- позаматкова вагітність;
- ендометріоз, гострий або хронічний запальний процес, туберкульоз;
- вади розвитку статевих органів;
- обстеження при раку геніталій, особливо second look (контрольне обстеження) після проведення лікування з приводу раку яєчників;
- діагностика ускладнень під час або після проведення гінекологічних процедур;
- оперативна лапароскопія в гінекології;
- вибір доступу для виконання лапаротомії при неясних пухлинах малого таза.

– **Які існують протипоказання для цього методу?**

– Протипоказання, безперечно, існують, але їх перелік не дуже великий. Певною мірою, особливо в хірургічній лапароскопії, вони визначаються досвідом хірурга. До абсолютних протипоказань відносять важку серцеву і циркуляторну недостатність, розлитий перитоніт. Відносні протипоказання включають патологічне ожиріння, великі розміри пухлини геніталій, вагітність і виражений спайковий процес. Методика відкритої лапароскопії дозволяє уникнути труднощів, зумовлених внутрішньочеревними спайками.

– **Наскільки лапароскопія є безпечною маніпуляцією і які ускладнення можуть виникати під час проведення цього втручання або після нього?**

– Лапароскопія супроводжується порівняно невеликою кількістю ускладнень. Останні виникають у випадку недотримання техніки оперативного втручання та недостатнього досвіду хірурга. До можливих ускладнень під час лапароскопії відносять: поранення великих судин, шлунка і кишечника, термінальне пошкодження кишечника, сечового міхура або сечовода та ін. Причиною поранення великих судин може бути неправильний напрямок введення голки Ве-

реша або троакара: при надмірно вертикальному напрямку можливе поранення аорти, при надмірно латеральному напрямку – поранення клубових судин; неадекватний пневмоперитонеум; тупий троакар; недостатнє підняття черевної стінки; неконтрольоване зусилля при введенні троакара.

– **Які можливості відкрила лапароскопія перед лікарями-гінекологами?**

– Упровадження лапароскопії привело до стрімкого розвитку репродуктивної хірургії. Безперечними перевагами цього методу є висока діагностична цінність і виконання операцій на рівні мікрохірургії, коли оптичне збільшення дозволяє розпізнати важкодоступні та невліпові для звичайного огляду патологічні осередки і більш чітко розрізнити межі тканин та органів під час адгезіолізу у разі спайкового процесу. Позитивним є проведення операцій з мінімальною інвазією й операційною травмою, в умовах закритої черевної порожнини, постійного зволоження тканин, за відсутності попадання в черевну порожнину чужорідних тіл і частинок у вигляді тальку, тампонів, серветок, із застосуванням для роз'єднання тканин і гемостазу сучасних видів хірургічних енергій.

Саме завдяки впровадженню в ендоскопічну практику сучасних видів хірургічних енергій стало можливим виконання високоякісних реконструктивно-пластичних й органозберігаючих операцій.

– **Що розуміють під терміном «хірургічна енергія»?**

– Під цим терміном об'єднані всі види хірургічної дії на тканину з метою розтину, зіставлення, фіксації та гемостазу. За основним фізичним принципом дії на тканини хірургічну енергію умовно поділяють на такі види: механічну, термічну і звукову (хвильову). Термічна енергія, у свою чергу, буває високотемпературна (електрична, електромагнітна, інфрачервона, мікрохвильова і плазмова) і низькотемпературна (криогенна).

Застосування сучасних хірургічних енергій забезпечує:

- безкровний розтин тканин;
- асептичний ефект за рахунок енергетичної дії на ранову поверхню;
- знищення пухлинних клітин у зоні дії;
- зменшення ризику лімфо- і гематогенного розповсюдження пухлинних клітин за межі операційного поля унаслідок коагуляції лімфатичних і кровеносних судин;
- зменшення місцевої реакції тканин на хірургічну дію через заміну перев'язування кровеносних судин коагуляцією;
- зниження больової чутливості та зменшення кількості анагетиків, які