

**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 внутречерепные (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 розрізняти 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

# та лікуванні порушень репродуктивної функції жінки

призначають хворим, після складних травматичних операцій у результаті коагуляції нервових закінчень у рані;

- поліпшення репаративних процесів з формуванням більш ніжного рубця;
- зведення до мінімуму розвитку післяопераційного спайкового процесу.

**– Трубно-перитонеальне безпліддя, міома матки, ендометріоз, ектопічна вагітність — яке місце лапароскопії у діагностиці та лікуванні цих патологій?**

– Лапароскопію широко використовують як підготовчий етап для проведення екстракорпорального запліднення (оваріолізис, видалення сактосальпінксів, міомектомія, цистектомія, посічення ендометріїдних гетеротипій, корекція вад розвитку та ін.).

У разі бажання жінки зберегти репродуктивну функцію при поєднанні міоми матки з неплідністю і/або невиношуванням вагітності можливе проведення міомектомії ендоскопічним шляхом. Субсерозні й інтерстиційні вузли видаляють з використанням лапароскопічного доступу, субмукозні та субмукозно-інтерстиційні — шляхом гістерорезектоскопії.

Лапароскопія відіграє провідну роль у діагностиці, лікуванні та реабілітації жінок з органічною трубною і перитонеальною неплідністю.

Хромосальпінгоскопія (огляд маткової труби при тугому наповненні її розчином метиленового синього або індигокарміну) під час лапароскопії дозволяє визначити прохідність маткових труб і рівень їх обструкції за заповненням просвіту труби забарвленою рідиною. Стан ендосальпінкса вивчають за допомогою сальпінгоскопії через фімбріальний (!) відділ маткової труби тубоскопом при лапароскопії або за допомогою фаллопійоскопії, здійснюваної через гирло і матковий кінець труби з використанням фібролазероендоскопа при гістероскопії. Стан слизової оболонки маткових труб — найважливіший прогностичний чинник стосовно подальшого настання вагітності у жінок з трубно-перитонеальною неплідністю. Розповсюдження спайкового процесу всередині маткових труб не завжди корелює з походженням і розповсюдженням спайок у ділянці придатків у хворих з трубно-перитонеальним чинником.

**– Розкажіть, будь ласка, детальніше про патологію маткових труб, реконструктивні й органозберігаючі операції, сальпінгоскопію та фаллопійоскопію.**

– Сальпінгоскопія — дуже цінний діагностичний метод, який можна рекомендувати пацієнткам для вирішення питання про метод лікування неплідності — операції або застосування допоміжних репродуктивних технологій. Проте сальпінгоскопія на відміну від фаллопійоскопії не дає можливості візуалізації слизової оболонки труби в істмічному й інтрамуральному відділах. Фаллопійоскопію виконують при гістероскопії. Сальпінгооваріолізис проводять з метою відновлення прохідності і скоротливої діяльності маткових труб, нормалізації процесів овуляції, відтворення фізіологічних топографічних відношень між яєчником і матковою трубою шляхом розтину спайок навколо цих органів. Сальпінгооваріолізис виконують як самостійну операцію або

як підготовчий етап для операцій на матковій трубці або яєчнику. Фімбріолізис виконують при фімозі (звуженні) фімбріального відділу маткової труби. Сальпінгостомія — операція з відновлення природного черевного отвору маткової труби. Її здійснюють при формуванні сактосальпінксів з відсутністю прохідності маткової труби в ділянці воронки за рахунок повного зрощення фімбрій з формуванням зірчастого рубця. Сальпінгонеостомія — операція зі створення нового штучного отвору в ампулярному відділі маткової труби при неможливості відновлення її природного черевного отвору. Накладення трубних анастомозів проводять для ліквідації обструкції в якому-небудь відділі труби після перенесеного запалення, попередньої стерилізації, їх сегментарної резекції й інших причин.

Використання лапароскопічної реконструктивно-пластичної хірургії при дистальних оклюзіях маткових труб І-ІІІ ступеня тяжкості дозволяє відновити прохідність маткових труб більш ніж у 95% пацієнток. Частота настання вагітності природним шляхом у цих випадках коливається від 20 до 70% і залежить від ступеня оклюзії та порушення функції маткової труби, стану трубного епітелію.

Лапароскопічним методом можливо провести радикальну операцію майже у всіх випадках позаматкової вагітності. Представлені в літературі описи методик органозберігаючих операцій при трубній вагітності не дають можливості виділити з них результативні з урахуванням особливостей клінічного перебігу захворювання, зокрема залежно від локалізації плодового яйця, а також способу. Так, більшість дослідників вважають, що при ампулярній трубній вагітності потрібна пластика сальпінгостомічного отвору методом електрозварювання (моно- або біполярною коагуляцією) або ендоскопічне ушивання дефекту, інші, навпаки, — що будь-які маніпуляції з матковими трубами призводять до спайкових процесів органів малого таза. Що стосується фімбріального розташування плодового яйця, думки вчених також розходяться. Одні вважають, що доцільним є видалення плодового яйця методом видавлювання, інші є прихильниками лінійної сальпінгостомії фімбріального відділу маткової труби, пояснюючи таку точку зору тим, що залишки хоріальної тканини можуть призводити до оклюзії дистального відділу маткової труби. Лапароскопічна операція можлива при стабільній гемодинаміці та невеликій кількості крові у черевній порожнині (при кровотечі евакуація крові забирає дуже багато часу).

**– Яке місце ендохірургічних методів при ендокринній неплідності?**

– У разі тільки форм ендокринної неплідності ендохірургічні методи застосовують при діагностиці та лікуванні дисфункції яєчників (синдром полікістозних яєчників, стромальний текоматоз, синдром овуляції неовулюючого фолікула), яєчничкової недостатності (синдром виснаження яєчників, синдром резистентних яєчників, синдром дисгінезії яєчників), а також лютеїнової фази.

У зв'язку з пошуком ошадних і ефективних методів хірургічної стимуляції овуляції розроблено численні способи

хірургічного лікування синдрому полікістозних яєчників із застосуванням лапароскопічного доступу: множинна голкова пункція дрібних кіст, множинна перфорація яєчників дерматомом, множинна електропунктура, електропунктура яєчників у поєднанні з частковою посегментарною демодуляцією їх поверхні, множинні діатермокоагуляційні надсічки, двобічна клиновидна резекція, двобічна резекція з аргонною коагуляцією поверхні, кріоагікація, монополярна діатермоелектрокаутеризація, екстравертування, термокаутеризація, множинна біопсія яєчників, лазерна вапоризація яєчників, декортикація.

Лапароскопія посідає основне місце в діагностиці такої форми дисфункції яєчників, як синдром лютеїнізації неовулюючого фолікула, її проводять з метою ідентифікації стигми (місця розриву фолікула). У разі виявлення стигми діагностується нормальне жовте тіло, а за її відсутності передбачається наявність синдрому лютеїнізації неовулюючого фолікула.

**– Чи може лапароскопічний метод конкурувати із традиційною хірургією при лікуванні кістозних доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень?**

– Лапароскопічний доступ — золотий стандарт у хірургічному лікуванні кістозних доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень. Підставою для відмови від лапароскопії є обґрунтована підозра на злоякісний процес і протипоказання з боку відповідних соматичних захворювань для анестезіологічного забезпечення при операції.

Видалення утворень яєчників лапароскопічним доступом показане при будь-якому розмірі утворення. Розміри утворення мають значення лише в технічному плані при виконанні лапароскопії. Об'єм ендоскопічних операцій на яєчниках при доброякісних пухлинах і пухлиноподібних утвореннях такий самий, що і при традиційному лапаротомічному доступі: резекція яєчників, цистектомія, цистоваріектомія, цистосальпінгооваріектомія, аднексектомія, видалення параваріальної кістки, розділення спайок і спорознення серозоцеле.

Сучасні методики лапароскопічних операцій на яєчниках здійснюють із застосуванням різних енергій (механічної, електричної, лазерної, хвильової) і дозволяють проводити основні хірургічні прийоми з розтину тканин, а також здійснювати гемостаз ранових поверхонь без застосування шовного матеріалу за допомогою коагуляції. Додаткова обробка ложа кістозного утворення одним з видів енергії підвищує аблятичність виконання операцій. Ушивання яєчників проводять тільки за спеціальними показаннями.

Через методологічні особливості лапароскопічні операції мають значні переваги порівняно з лапаротомічними при виконанні оперативних втручань на яєчниках у дівчаток-підлітків і жінок, зацікавлених у реалізації репродуктивної функції:

- по-перше, оперативне втручання проводять в умовах закритої черевної порожнини без використання шовного матеріалу або з мінімальним його застосуванням, при постійному зрощуванні оперованих тканин розчином фурациліну, з накладенням у кінці операції гідроперитонеума, що приводить до різкого



О.А. Волошин

зниження порівняно з лапаротомічним доступом постопераційних запальних ускладнень і постопераційного спайкового процесу, а також набагато меншого застосування лікарських препаратів;

- виконання операцій при лапароскопічному доступі на мікрохірургічному рівні при оптичному збільшенні в 7-8 разів приводить до набагато меншої травматизації оперованих тканин яєчника, його функціонального резерву і більшої можливості здійснення органозберігаючих операцій, а отже, збереження репродуктивної, менструальної та сексуальної функції жінок;

- доступ до органів малого таза при лапароскопії здійснюється шляхом проколів передньої черевної стінки у трьох або чотирьох точках, а при лапаротомії — шляхом безперервного розтину всіх шарів передньої черевної стінки на відстані 8-10 см, таким чином, лапароскопічний доступ має явно переважний косметичний ефект і створює, поза сумнівом, кращі умови у подальшому для виношування вагітностей і пологів;

- застосування лапароскопічного доступу забезпечує більш швидку фізичну та соціальну реабілітацію хворих після операції: больовий синдром зникає протягом доби, розвиток паретичного стану кишечника майже відсутній, нормалізація температурної реакції відбувається у 2,5 рази швидше, ніж після лапаротомії, більш рівний перебіг післяопераційного періоду призводить до скорочення перебування хворих у стаціонарі, яке після лапароскопії триває 1-5 днів, у середньому 3 дні, тоді як після лапаротомії — у середньому 8 днів.

**– Окресліть майбутнє і місце ендоскопічних методів у діагностиці та лікуванні репродуктивних порушень.**

– Майбутнє ендоскопічних методів у діагностиці та лікуванні репродуктивних порушень пов'язане з уточненням показань, протипоказань й обґрунтуванням доцільності виконання різних видів операцій. Місце ендохірургії в репродуктології визначається її перевагами, що полягають у високій діагностичній цінності, мінімальній операційній травмі, косметичному ефекті, виконанні операцій при оптичному збільшенні, можливості здійснення органозберігаючих операцій, сприятливому перебігу післяопераційного періоду, скороченні термінів стаціонарного лікування і соціальної реабілітації хворих, більш повному відновленні та збереженні менструальної, сексуальної й генеративної функції жіночого організму.

Підготував **Анатолій Якименко**

