

## **Влагалищные родоразрешающие операции: оптимизация подходов**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Изложены результаты сравнительного исследования ближайшего исхода родов для матери и новорожденного при использовании разных методов влагалищного оперативного родоразрешения по сходным показаниям.

Ключевые слова: вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы, асфиксия.

Самыми распространенными методами оперативного родоразрешения при живом плоде являются кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум – экстракция плода. В современном акушерстве стало очевидным перераспределение оперативных вмешательств в пользу кесарева сечения над влагалищными родоразрешающими операциями как более бережной операции для плода. Так, ушло в историю плановое применение акушерских щипцов плода по поводу экстрагенитальной патологии у матери. Современный уровень анестезиологического пособия, техники выполнения операции, использование качественного шовного материала делают в данном случае кесарево сечение неоспоримо операцией выбора. Однако, мнение полного отказа от применения акушерских щипцов и вакуум – экстрактора и замена их кесаревым сечением не обосновано.

Для выполнения операции кесарева сечения среди прочих условий важнейшим является положение головки плода по отношению к плоскостям малого таза. Возможно выполнение этой операции пока подлежащая часть не прошла плоскость широкой части полости малого таза. Если же показания для быстрого завершения родов возникают во 2 периоде родов, когда головка плода располагается в полости или на выходе из малого таза, применяют акушерские щипцы, вакуум – экстракцию плода.

Таким образом, кесарево сечение- операция первого и начала второго периодов родов, акушерские щипцы, вакуум – экстракция плода- второго периода родов с момента расположения головки в полости малого таза матери.

По данным за 2006г. в Республике Беларусь произошло 95586 родов. Из их числа путем операции наложения акушерских щипцов закончились 294 (0,3%), вакуум экстракции плода 147 (0,15%), кесарево сечение 18891 (19,7%) родов.

Материал и методы.

Целью нашего следования явилось сравнение ближайшего исхода родов для матери и новорожденного при использовании разных методов влагалищного оперативного родоразрешения по сходным показаниям:

- слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
- гипоксия плода (дистресс плода);
- слабость родовых сил и присоединившаяся гипоксия плода (дистресс плода).

В этих случаях, когда состояние матери не требует родоразрешения под наркозом и выключения потуг, перед акушером – гинекологом встает вопрос, какой из двух методов оперативного влагалищного родоразрешения предпочесть.

Нами был проведен ретроспективный анализ 164 историй родов, проведенных с применением влагалищных родоразрешающих операций по сходным показаниям в родовых отделениях акушерских стационаров г.Минска (УЗ «ГКБ №1», «ГКРД

№2, «ГКБ №5», «ГКБ №6) в 2006г. В группу 1 вошли пациентки, роды у которых завершились наложением полостных и выходных акушерских щипцов (79женщин). В группу 2 мы включили 85 женщин, роды у которых завершились операцией вакуум-экстракции плода. Полученные результаты обработаны при помощи пакета прикладных программ Microsoft Office 2003.

Результаты и обсуждение.

В обеих исследуемых группах преобладали первородящие женщины (1 группа- 56 человек (70,9%), 2 группа - 65человек (76,5%)). Все анализируемые роды были срочными. Все дети родились живыми, доношенными.

По структуре гестационных осложнений и перенесенных во время беременности заболеваний пациентки обеих групп не отличались.

Показания для оперативного влагалищного родоразрешения распределились в группах следующим образом:

- слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции (1 группа – 6 случаев (7,6%), 2 группа – 22 случая (26,0%));
- гипоксия плода (дистресс плода) (1 группа – 37 случаев (46,8%);- 2 группа – 19 случаев (22%));
- сочетание слабости родовых сил и присоединившаяся гипоксия плода (дистресс плода) ( 1 группа – 36 случаев (45,6%), 2 группа – 44 случая (52 %)).

В анализируемых историях 21 пациентке были наложены полостные акушерские щипцы (26,58%), а 58 - выходные (73,42%).

Ближайший исход для матери оценивался по общей кровопотере в родах, травмам мягких родовых путей, по частоте внутриматочных вмешательств сразу после родов.

Кровопотеря в родах у рожениц двух групп, независимо от показаний для операций, достоверно не отличалась и составила в среднем 315 мл. Всем роженицам в двух группах была произведена эпизиотомия. У женщин обеих групп одинаково часто отмечены травмы мягких родовых путей (1 группа -21 женщина (26,6%), 2 группа – 24 женщины (28,0%)). Не выявлено различий в частоте травм мягких родовых путей в зависимости от показаний для влагалищных родоразрешающих операций.

При трудных операциях наложения акушерских щипцов и вакуум – экстрактора показано ручное обследование полости матки, прежде всего, с целью определения ее целостности. В нашем исследовании частота ручного обследования полости матки после наложения акушерских щипцов достоверно выше (1 группа -16 случаев (20,3%), 2 группа 0 ( $p<0,005$ )).

В проведенном исследовании из 164 новорожденных 89 родились в асфиксии (в 1 группе -59 детей (74,7%), во 2 группе 30 детей (35,3 %)).

Для выяснения оптимального выбора той или иной влагалищной родоразрешающей операции при гипоксии (дистрессе) плода в родах, мы объединили новорожденных в следующие группы. В группу «предполагаемый результат» включены дети из 1 и 2 групп, у которых во втором периоде родов диагностирована острая гипоксия. Акушерские щипцы в данной ситуации были применены в 73 случаях (92,4%), а вакуум – экстракция – в 63 случаях (75,3%). В группу «полученный результат» мы отнесли всех новорожденных, родившихся в асфиксии (по шкале Апгар на первой минуте жизни были оценены на 7 и менее

баллов), независимо от показаний для операции: при наложении акушерских щипцов – 59 детей (74,7% от общего числа детей, рожденных при помощи акушерских щипцов), при применении вакуум – экстракции – 30 детей (35,3 % от общего числа детей, рожденных при вакуум - экстракции).

Разница между детьми, которые могут родиться в асфиксии и рожденными в ней при применении вакуум – экстракции – 40%, при наложении акушерских щипцов - 17,7 %. Таким образом, при использовании вакуум – экстракции дети в состоянии асфиксии рождаются в два раза реже (  $p < 0,005$ ).

Из прямых осложнений у новорожденных 2 группы чаще были отмечены кефалогематомы (1 группа -6.3% , 2 группа -20,0% (  $p < 0,005$ )).

### **ВЫВОДЫ**

1. Травмы мягких родовых путей у женщин одинаково часто встречаются как при наложении акушерских щипцов, так и при применении вакуум – экстракции. Объем общей кровопотери в родах также существенно не отличается в обеих группах. Однако ручное обследование полости матки достоверно чаще проводится при наложении акушерских щипцов.

2. При использовании как вакуум – экстракции, так и акушерских щипцов число детей, рожденных в асфиксии меньше, по сравнению с ожидаемым результатом (на 40% и 17,7% соответственно). Но при использовании вакуум – экстракции дети в состоянии асфиксии рождаются достоверно реже, чем при использовании акушерских щипцов.

3. Переломы ключиц, кефалогематомы у новорожденных встречались достоверно чаще при применении вакуум – экстракции.

Таким образом, при сходных показаниях к влагалищному оперативному родоразрешению для здоровья матери безопасней вакуум – экстракция плода. На наш взгляд, вакуум – экстракция также предпочтительней и для состояния здоровья плода. Хотя кефалогематомы реже встречаются при наложении акушерских щипцов, при использовании вакуум – экстракции больше детей рождается без асфиксии с оценкой по шкале Апгар 8 баллов и выше.

### **Литература**

1. Міцода, Р. М. Порівняльна характеристика хірургічних методів розродження (кесаревого розтину, вакуум – екстракції плода і операції акушерських щипців) та їх вплив на здоров'я матері і дитини / Р. М. Міцода. Київ, 2001.
2. Чернуха, Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. М., 2006.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetrics. Maternal and Fetal Medicine : Obstetric Forceps № 59, Feb.1988.
4. Poen, A. C. [et al.] // Br.J.Obstet.Gynecol. 1997.