

© О.В. Цмур, І.І. Хаща, Н.В. Гецько, 2011

УДК: 618.3:618.5-089.888.3:621.3.032.11:818.53

О.В. ЦМУР, І.І. ХАЩА, Н.В. ГЕЦКО

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

## ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ РОЗРОДЖЕННЯ АКУШЕРСЬКИМИ ЩИПЦЯМИ ТА ВАКУУМ-ЕКСТРАКТОРОМ

Проведено аналіз випадків оперативного вагінального розродження вагітних зі слабкістю пологової діяльності та дистресом плода в порівнянні з фізіологічними родами та родами, що завершилися кесаревим розтином, встановлено поступове зростання використання вакуум-екстракції (ВЕ) в порівнянні з іншими оперативними методами розродження. Встановлено, що пологовий травматизм матері суттєво не відрізняється як при вакуум-екстракції, так при акушерських щипцях (АЩ). Однак метод вакуум-екстракції в II періоді родів приводить до кращих материнських та перинатальних наслідків, є більш простим в застосуванні, потребує менше затрат по часу, не потребує додаткового залучення персоналу. Акушерські щипці доцільно застосовувати, однак ця операція потребує залучення висококваліфікованих спеціалістів.

**Ключові слова:** дистрес плода, слабкість пологової діяльності, вакуум-екстрактор, кесаревий розтин, акушерські щипці

**Вступ.** Проблема зниження перинатальної захворюваності та смертності залишається одним з основних завдань сучасного акушерства. Але, не зважаючи на високий відсоток оперативного розродження кесаревим розтином, перинатальні втрати та захворюваність все ж є високими.

Залишається важливим вивчення питання надання своєчасної допомоги роділлям в природних пологах, які потребують негайного завершення родів з тих чи інших причин.

Методи своєчасного та адекватного оперативного завершення мають особливе значення для зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності, а звідси мають значення для покращення здоров'я майбутніх поколінь. Сучасний стан питання про вибір методу оперативного завершення пологів характеризується деякою незавершеністю щодо визначення показів та часу накладання акушерських щипців та вакуум-екстракції плода. Класичне акушерство схиляється до розродження акушерськими щипцями, наказ МОЗ України по дистресу плода декларує застосування вакуум-екстрактору. Кожен з цих методів має свої особливості. Найбільш часто оперативне вагінальне розродження застосовується при виникненні таких ускладнень фізіологічних пологів, як слабкість потужного періоду та дистрес плода.

Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури звертає увагу на відсутність уніфікованої оцінки з показань використання акушерських щипців та вакуум-екстракції, немає достатніх і достовірних даних щодо переваги того чи іншого методу та найближчих і віддалених наслідків фізичного та нервово-психічного розвитку дитини та віддалених наслідків для здоров'я матері.

Сучасне акушерство потребує оптимізації використання хірургічних методів завершення

пологів з метою зменшення та профілактики ускладнень з боку матері та плода.

При проведенні клініко-статистичної обробки матеріалу було відзначено, що протягом останніх років значно зменшився відсоток застосування акушерських щипців у порівнянні з вакуум-екстрактором. Цьому сприяло впровадження в роботу протоколів надання акушерської допомоги (Наказ № 900 від 27.12.2006р. «Дистрес плода при вагітності та під час пологів»), а також введення в практику акушерів-гінекологів нових, до-сконаліших за попередні, модифікацій вакуум-екстрактора англійського виробництва KIWI.

**Мета дослідження.** Провести клініко-статистичний аналіз випадків розродження із застосуванням оперативних технік в родах та порівняльну оцінку перинатальних наслідків і материнських ускладнень різних способів розродження.

**Матеріали та методи.** Нами проаналізовано 279 історій пологів, що ускладнилися гострим дистресом плода в родах та слабкістю пологової діяльності, та карт розвитку новонароджених з вивченням стану жінок та немовлят, що були розроджені шляхом оперативних вагінальних методик (АЩ та ВЕ) та стану жінок і немовлят з фізіологічним перебігом пологів, а також за допомогою кесаревого розтину за період 2007-2009 років за даними пологових відділень Ужгородського міського перинатального центру (УМПЦ).

Групи обстежуваних жінок були поділені наступним чином:

1. Пологи, які закінчились АЩ – 68 пологів (24,4%), що склало I основну групу.

2. Пологи, які закінчились ВЕ – 57 пологів (20,4%), що склало II основну групу.

3. Пологи через природні пологові шляхи складала – 27 пологів (9,7%), що склало III контрольну групу.

4. Кесарів розтин – 127 пологів (45,5%), що склало IV контрольну групу.

Для дослідження застосовувались клініко-статистичні, лабораторні, біохімічні, загальні клінічні методи, ультразвукове сканування, доплерометрія, кардіотокографія (КТГ) плоду.

Перебіг вагітності у жінок з оперативним завершенням природніх пологів ускладнився гестозом I половини вагітності, гестозом II половини вагітності, пієлонефритом вагітних,

ЗВУР плоду, загрозою переривання вагітності та передчасних пологів, анемією вагітних, що істотно не відрізнялось від показників контрольної групи жінок, що народжували самостійно та за допомогою кесаревого розтину.

Середній вік породіль склав 25,3 року, міських мешканок було 148, жительок сільської місцевості 131. Оперативне завершення пологів частіше зустрічалось у першородячих жінок (150 проти 129 повторнородячих жінок).

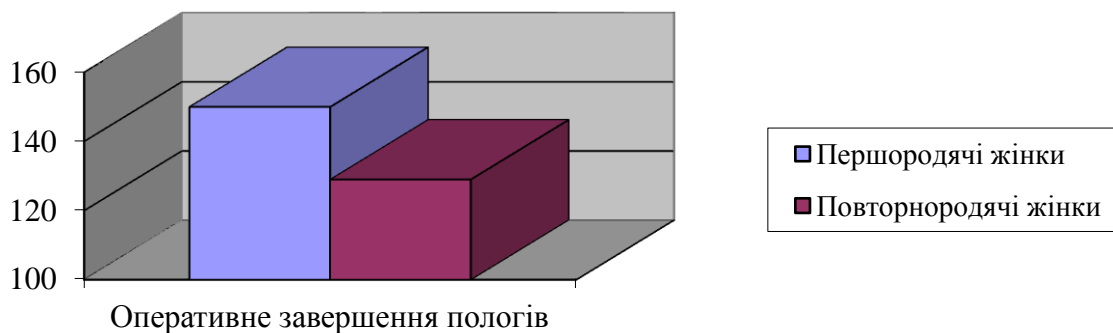


Рис. 1. Оперативне завершення пологів у жінок, що народжують вперше та повторно

**Результати досліджень та їх обговорення.** В результаті проведеного клініко-статистичного дослідження виявлено, що протягом 2007-2009 років зріс відсоток природніх пологів, які ускладнилися дистресом плода, зменшився відсоток кесаревого розтину та зріс відсоток оперативних вагінальних методик розродження (АЩ та ВЕ). Простежено переважання оперативних вагінальних методик у жінок ромської народності по дистресу плода, тоді як у

вагітних угорської національності переважно спостерігалася слабкість пологової діяльності.

Оперативне розродження (АЩ та ВЕ) в природніх пологах було проведено у 125 випадках, що склало 44,8%.

Основним показами для оперативного завершення пологів були слабкість родової діяльності, дистрес плода, відшарування плаценти, дискоординувана пологова діяльність.

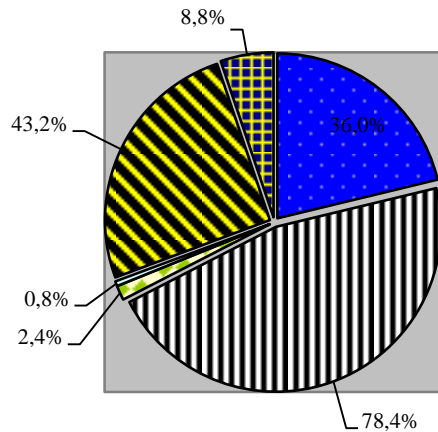
Таблиця 1

Ускладнення в пологах у I та II основній групах

| Ускладнення                                     | Абсолютні числа | Відсотки (%) |
|---|-----------------|--------------|
| 1. Вторинна слабкість пологової діяльності      | 45              | 36           |
| 2. Дискоординація пологової діяльності          | 3               | 2,4          |
| 3. Пізні гестози вагітних                       | 11              | 8,8          |
| 4. Дистрес плода в родах                        | 98              | 78,4         |
| 5. Відшарування нормально розташованої плаценти | 1               | 0,8          |
| 6. Обвиття пуповиною навколо ший плода          | 54              | 43,2         |

При проведенні клініко-статистичного аналізу історій пологів, виявлено поєднання таких ускладнень під час пологів, як дистрес плода та вторинну слабкість родової діяльності, а також різні варіанти поєднання з обвиттям пуповиною навколо ший плода.

Слід зауважити, що у 78,4% випадків вторинна слабкість пологової діяльності ускладнилася гострим дистресом плода, з приводу якого пацієнтам надано кваліфіковану та своєчасну допомогу.



- Слабкість пологової діяльності в II періоді родів
- ▨ Дистрес плоду
- Дискоординована пологова діяльність
- Відшарування плаценти в II періоді родів
- Обвиття пуповини навколо шиї плода
- Пізні гестози

Рис. 2. Ускладнення в пологах.

Таблиця 2

Ускладнення в пологах у III та IV контрольних групах

| Ускладнення  | III група       |              | IV група        |              |
|--|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
|  | Абсолютні числа | Відсотки (%) | Абсолютні числа | Відсотки (%) |
| 1. Дистрес плоду   | 25              | 93           | 92              | 72,4         |
| 2. Первинна слабкість пологової діяльності                   | 12              | 44,4         | 26              | 20,5         |
| 3. Вторинна слабкість пологової діяльності                   | 3               | 11,1         | 0               | 0            |
| 4. Обвиття пуповиною навколо шиї плода                       | 18              | 66,7         | 74              | 58,3         |
| 5. Відшарування нормально розташованої плаценти              | 0               | 0            | 1               | 0,8          |
| 6. Неправильне положення плоду                               | 2               | 7,4          | 50              | 39,4         |
| 7. Пізні гестози, що не піддаються консервативному лікуванню | 0               | 0            | 46              | 36,2         |

При статистичній обробці історій пологів простежувалося поступове зростання оперативного завершення родів ВЕ по відношенню до АЩ:

- 2007 рік – АЩ застосовувались у 26 випадках, ВЕ у 12 випадках
- 2008 рік – АЩ застосовувались у 19 випадках, ВЕ у 21 випадках
- 2009 рік – АЩ застосовувались у 20 випадках, ВЕ у 27 випадках

При аналізі показів до оперативного вагінального розродження ми звернули увагу, що АЩ частіше використовувались при вторинній слабкості пологової діяльності (63%), а ВЕ у 37% відповідно, поєднане ускладнення пологів, а саме

вторинна слабкість пологової діяльності та гострий дистрес плоду потребували застосування АЩ та ВЕ майже пропорційно (53% проти 47%).

Таким чином, можна зробити висновок про більш широке застосування АЩ при вторинній слабкості родової діяльності, ВЕ при поєднаній патології та не виявлено суттєвої різниці щодо застосування АЩ та ВЕ при дистресі плода.

При проведенні аналізу історій пологів виявлено, що пологовий травматизм родових шляхів роділлі зустрічався у 24 жінок I та II основних груп, у порівнянні з III контрольною групою, в якій травматизм родових шляхів складав 18 випадків, причому розподілявся таким чином:

## Пологовий травматизм

| Пологовий травматизм                   | I та II основні групи | III контрольна група |
|--|-----------------------|----------------------|
| Розрив промежини I ст.                 | 11                    | 6                    |
| Розрив промежини II ст.                | 2                     | 0                    |
| Гематоми м'яких тканин родового каналу | 3                     | 1                    |
| Розриви слизової оболонки піхви        | 9                     | 4                    |
| Розриви шийки матки I ст.              | 1                     | 0                    |

Розрив промежини III ст., розриви шийки матки II-III ст., кровотечі з розривів м'яких тканин не траплялися в жодній групі. В групі жінок з оперативним вагінальним завершенням родів епізіо- та перінеотомії мали місце в 74 випадках, що складає 59,2% в порівнянні з 5 випадками у родах через природні пологові шляхи (18,5%).

В I основній групі жінок виписка із родильного стаціонару проводилась на 4,2 доби, в II основній групі – 3,8 доби, в порівнянні з 5,3 доби у III контрольній групі та 6,5 доби у IV контрольній групі. Більше затримувалось в післяродовому відділенні породіль після застосування АЩ, ніж ВЕ.

Проводячи аналіз історій розвитку новонароджених ми також розподіли групи згідно з застосуванням:

-АЩ (I основна група)  
 - ВЕ (II основна група)  
 - немовлята, народжені в природних пологах з дистресом плода та слабкістю потужного періоду (III контрольна група)  
 - немовлята, народжені кесаревим розтином у зв'язку з дистресом плода в I періоді родів (IV контрольна група).

В I основній групі зафіксовано 5 випадків гострої асфіксії новонароджених, в II основній групі – 4 випадки гострої асфіксії, в III контрольній групі – 8 випадків гострої асфіксії, в IV контрольній групі – 12 випадків. Відповідно до кількісного складу груп, випадки асфіксії новонароджених розподілені наступним чином:

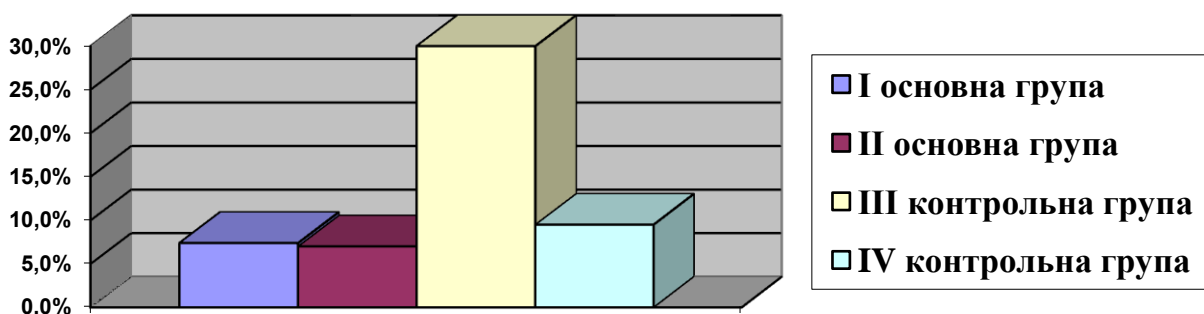


Рис. 3. Частота асфіксії новонароджених в основних та контрольних групах (враховувалась оцінка за шкалою Апгар менше 6 балів у кінці 1 хвилини життя новонародженого).

При більш детальному вивченні стану дітей за шкалою Апгар не виявлено суттєвої різниці в оцінюванні дітей на 1 та 5 хвилині життя у I та II основній групах.

Гостра асфіксія новонароджених спостерігалась у всіх групах, причому у I, II основних та IV контрольній групах частота даного ускладнення майже не відрізняється, а ось у III контрольній групі – значно перевищує частоту у трьох групах.

Вивчаючи причинно-наслідкові зв'язки значної частки гострої асфіксії новонародженого у III групі можна прослідкувати велику тривалість потужного періоду при слабкості пологової діяльності, яка ускладнилась гострим дистресом

плода в II періоді родів, причому дистрес плода не був вчасно діагностований за допомогою КТГ.

Наслідком відмови або відсутності своєчасного оперативного завершення пологів стало більш тривале перебування немовлят, народжених через природні родові шляхи, в реанімаційному відділенні новонароджених – 2,9 доби при 1,7 дня середнього перебування в I та II основних групах та IV контрольній групі.

Немовлята, народжені в I основній групі (за допомогою АЩ) знаходились в реанімаційному відділенні в середньому 1,8 дня, в II основній групі (за допомогою ВЕ) – в середньому 1,7, в III контрольній групі (per vias naturales) – в середньому 2,9 дня, у IV контрольній групі

(шляхом кесаревого розтину)– в середньому 1,9 дня.

Оперативне розродження за допомогою АЩ та ВЕ стало причиною виникнення деяких ускладнень у новонароджених, причому в I основній групі вони склали -12,5% по

відношенню до всіх пологів, в II основній групі - 9,7%, в III контрольній групі – 11,1%, в IV контрольній групі – 12,5% .

Як в основних, так і в контрольних групах у немовлят спостерігались певні ускладнення, що розподілялись наступним чином:

Таблиця 4

## Постнатальні ускладнення немовлят

|                               | I основна група<br>(роди із застосуванням АЩ) | II основна група<br>(роди із застосуванням ВЕ) | III контрольна група (роди per vias naturales) | IV контрольна група (роди кесаревим розтином) |
|-------------------------------|---|--|--|---|
| Кефалогематома                | 1   | 5  | 1  | 0   |
| Пологова травма               | 4   | 0  | 0  | 0   |
| Ураження ЦНС                  | 7   | 5  | 1  | 3   |
| ГЕП                           | 3   | 2  | 4  | 1   |
| РДС                           | 7   | 6  | 9  | 6   |
| ЗВУР                          | 0   | 0  | 6  | 9   |
| Внутрішньоутробне інфікування | 2   | 2  | 3  | 5   |
| Дихальна недостатність        | 1   | 1  | 0  | 2   |
| ВШК, ВМК                      | 3   | 1  | 0  | 0   |
| Дезадаптаційний синдром       | 3   | 2  | 5  | 9   |
| Жовтяниця                     | 1   | 3  | 1  | 0   |
| Набряк головного мозку        | 0   | 0  | 1  | 0   |

При проведенні аналізу стану немовлят, народжених за допомогою оперативних вагінальних втручань в порівнянні з природними пологами звертає увагу достатньо велика кількість ускладнень, що на думку авторів виникла при відмові від оперативного негайного завершення родів, а незначна кількість асфіксій в групі немовлят, народжених за допомогою кесаревого розтину обумовлена недостатньо верифікованим діагнозом гострого дистресу плода в родах.

Під час обробки даних звернув на себе увагу цікавий феномен: в I та II основній групах розподіл немовлят за статтю мав такий вигляд: хлопчиків 71,2%, дівчаток 28,8%, у III та IV групах: хлопчиків 68,4%, дівчаток 31,6%. Причини цього факту заслуговують на подальше вивчення.

**Висновки.**

1. Вакуум-екстракція та акушерські щипці і на сьогоднішній день залишаються єдиним методом термінового (негайного) завершення пологів при гострому дистресі плода в II періоді родів та слабості потуг, що не піддаються медикаментозній корекції.

2. При збільшенні тривалості потужного періоду більше 2-х годин у першородячих та 1-ої години у повторнородячих основними критеріями для застосування методів оперативного розродження є стан плода та родової діяльності.

3. Метод вакуум-екстракції в II періоді родів призводить до кращих материнських та перинатальних наслідків, є більш простим в застосуванні, потребує менше затрат по часу, не потребує додаткового залучення персоналу.

4. Акушерські щипці доцільно застосовувати, однак ця операція потребує залучення висококваліфікованих спеціалістів.

5. Висока перинатальна захворюваність при застосуванні оперативних методів завершення II періоду родів пов'язані із запізненим рішенням щодо вагінального оперативного розродження.

Операція накладання акушерських щипців та вакуум-екстрактора не виключає ризику виникнення пологового травматизму у новонароджених, але при досконалому володінні технікою накладання ризик зведений до мінімуму.

Вчасні, обережні і технічно правильно виконані розроджувачі операції АЩ та ВЕ при дистресі плода та слабості родової діяльності позитивно впливає на перебіг раннього перинатального періоду, являє собою дієвий профілактичний захід його тяжких ускладнень.

**Перспективи подальших розробок:** зменшення перинатальних втрат і захворюваності (ускладнень) в родах із застосуванням акушерських щипців та вакуум-екстракції.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Айламазян Э.К. Акушерство : Учебник для медицинских вузов / Э.К. Айламазян // СПб.: СпецЛит. — 2000. — С. 259—265, 418—429, 352—363.

2. Банковски Б.Дж. Посібник з гінекології та акушерства університету Джона Хопкінса, 2-е видання / Б.Дж. Банковски, Е.Е. Хірт, Н.С. Лембру, Г.Е. Фокс, Е.Е. Уоллеч // Видавництво Ліпінкотт Вільямс енд Уілкінс Паблішерз. — С. 114—122, 271—277.
3. Жилиев Н.И. Акушерство, фантомный курс / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев, В.В. Сопель // К.: Книга плюс. — 2002. — С. 109—140.
4. Потапов В.А. Оценка эффективности использования диагностических технологий в решении задач перинатальной охраны плода. / В.А. Потапов // К.: Жіночий лікар. — №5. — 2007. — С. 12.
5. Шабалов Н.П. Основы перинатологии / Н.П. Шабалов, Ю.В. Цвелев // М.: МЕДпрес-информ. — 2002. — С. 110—132, 257—275, 325—333, 393—456.

O.V. TSMUR, I.I. HASCHA, N.V. HETSKO

*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod*

PERINATAL ASPECTS OF A SURGICAL BIRTH WITH OBSTETRICAL FORCEPS AND VACUUM EXTRACTOR

The analysis of cases of operative vaginal delivery of pregnant women with the weakness of labour activities and distress of pre-birth child as compared to physiological delivery and birth with the caesarian section is analyzed in the article. It is set that the traumatism of mother substantially does not differ as at vacuum-extraction so at obstetrical forceps. The vacuum-extraction results are the better in cases of maternal and perinatal consequences. This method is more simple in application, requires less temporal expenses, does not require the additional bringing in of personnel. Obstetrical forceps can be used in highly skilled specialists circumstances.

**Key words:** distress of pre-birth child, weakness of labour, vacuum extraction, obstetrical forceps

**Стаття надійшла до редакції: 14.07.2011 р.**