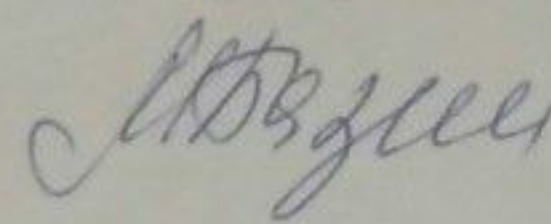


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

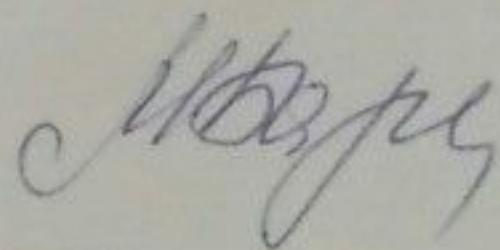
клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «Акушерские операции»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам проведения оперативных родоразрешений в современной практике акушера-гинеколога.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной – логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое – знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. на тему: «Акушерские операции» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».



Содержание

1. Введение, определение.....	2
2. Искусственный аборт	2
3. Операции, исправляющие неправильные положение плода.....	4
4. Акушерские операции, ускоряющие раскрытие шейки матки	5
5. Кесарево сечение.....	6
6. Амниотомия.....	9
7. Акушерские щипцы.....	9
8. Вакуум-экстракция плода.....	11
9. Плодоразрушающие операции.....	12
10. Извлечение плода за тазовый конец.....	12
11. Список литературы.....	14

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Знание техники акушерских операций необходимо врачу любой специальности. Для быстрого развертывания операционной в каждом отделении акушерского и гинекологического профиля должны быть в полной готовности все стерильные наборы инструментов для каждого вида операций. Наборы помещают в специальные шкафы малых и больших операционных. В каждом шкафу имеется перечень содержащихся комплектов с указанием варианта операции.

Акушерские операции могут производиться во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде. При осуществлении акушерских операций используют как влагалищный, так и абдоминальный доступ.

Акушерские операции могут быть как плановыми, так и экстренными.

Показания и противопоказания к акушерским операциям, наличие условий для них выявляются при тщательном обследовании пациенток.

Исход любой акушерской операции, особенно родоразрешающей, зависит от правильного установления показаний и противопоказаний к ней, условий, оперативной техники, соблюдения правил асептики и антисептики, адекватности обезболивания.

ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ

Искусственный аборт - прерывание беременности по желанию женщины - разрешен до 12 нед беременности. Осложнения, связанные с абортом, в эти сроки меньше, чем в большие, но и они не исключены. После аборта возможно: бесплодие, гормональные нарушения, осложненное течение последующих родов.

В более поздние сроки беременности (с 13 до 22 нед) так называемые *поздние аборты* осуществляются только по медицинским или социальным показаниям.

Медицинские показания заключаются в психических заболеваниях матери или отца, при которых беременность противопоказана. При других заболеваниях медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются комиссией в составе акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание беременной, и руководителя амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения.

Социальные показания для искусственного прерывания беременности:

- беременность в результате изнасилования;

- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- инвалидность мужа I-II группы или смерть мужа во время беременности.

Прерывание беременности в сроки до 5 нед - мини-аборт - можно провести путем вакуум-аспирации содержимого полости матки в условиях женской консультации или стационара одного дня. Шейку матки не расширяют, а используют металлические или полиэтиленовые канюли диаметром

4-6 мм. После мини-аборта следует выполнить ультразвуковой контроль, чтобы определить не остались ли в матке элементы плодного яйца.

В ранние сроки беременности (до 6 нед) можно сделать *медикаментозный аборт* с помощью аналогов простагландинов, а также введения Ru-486. Ru-486 - стероидный гормон, который связывается с рецепторами прогестерона. После установления беременности пациентка принимает три таблетки (600 мг) Ru-486. Через 48 ч от начала приема препарата вводят внутримышечно 0,5 мг сульпрофена (аналог простагландина E2). Через 4-6 ч у 96% пациенток происходит выкидыш. Противопоказания к приему Ru-486: длительная терапия кортикостероидами, нарушения в системе гемостаза, хроническая недостаточность надпочечников.

Удаление плодного яйца кюреткой состоит из трех этапов: зондирования матки; расширения канала шейки матки; удаление плодного яйца кюреткой. Используют (рис. 30.1) влажные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара от № 4-12, петлевые кюретки № 6,4,2, абортцанг. Все инструменты раскладывают на операционном столике в порядке их применения.

Прерывание беременности в поздние сроки. Прерывание беременности в 13-14 нед чаще производят методом кюретажа, но технически это сложнее, чем до 12 нед, поэтому операцию должен производить высококвалифицированный врач. В более поздние сроки операцию лучше осуществлять при 16-22 нед беременности. При этом используют:

- инфузию в амниотическую полость гипертонического раствора, которую осуществляют только по строгим показаниям со стороны матери или при пороках развития плода;
- введение в шейный канал ламинариев (палочек, состоящих из водорослей) - число ламинариев увеличивается, по мере расширения шейного канала (ламинарии, находясь в шейке матки набухают, увеличиваются в диаметре, что способствует расширению шейки и сокращению матки);

- внутримышечное введение окситоцина, простагландина для усиления сократительной деятельности матки;
- малое кесарево сечение.

Осложнения во время и после прерывания беременности в ранние и поздние сроки:

- перфорация матки с возможным кровотечением в брюшную полость и ранением соседних органов (кишечник, сальник, мочевого пузыря);
- кровотечения из матки;
- оставление части плодного яйца в матке;
- ранение шейки матки с образованием в последующем шеечно-вагинального или шеечно-мочевыводящего свища.

ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА (АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ)

Акушерский поворот (*versio obstetrica*) направлен на изменение неправильного положения плода на продольное.

Различают наружный поворот и комбинированный наружно-внутренний поворот, который в свою очередь делится на поворот на ножку при полном раскрытии шейки матки - классический и поворот на ножку при неполном раскрытии шейки матки - поворот по Брекстон-Гиксу.

Наружный акушерский поворот плода производится при поперечном или косом его положении на головку или тазовый конец. При тазовом предлежании поворот производится на головку.

При выполнении наружного акушерского поворота необходимо четко определить расположение плода в матке с помощью УЗИ и убедиться в:

- удовлетворительном состоянии беременной и плода;
- подвижности плода в матке;
- наличии одного плода;
- нормальном расположении плаценты;

- нормальных размерах таза.

Противопоказаниями к наружному акушерскому повороту являются экстрагенитальные заболевания (артериальная гипертензия, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек), осложнения беременности (гестоз, угроза преждевременных родов, многоводие, маловодие, аномалия расположения плаценты, крупный плод, обвитие пуповины), изменения родовых путей (сужение таза, рубец на матке, миома матки). Перед операцией беременной объясняют цель и сущность проводимой манипуляции.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ, УСКОРЯЮЩИЕ РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Кожно-головные щипцы (Уилт-Иванова-Гаусса) используются для подтягивания головки плода к выходу из половых путей при неполном раскрытии шейки с целью ускорения родов и попытки прижатия головкой низко расположенной плаценты.

Показания к операции: необходимость ускорения родов при мертвом или нежизнеспособном плоде; попытка головкой мертвого плода прижать отслаивающуюся низко расположенную плаценту.

Условия: головное предлежание; соразмерность таза и головки; мертвый плод; раскрытие шейки не менее чем на 2-3 см; отсутствие кровотечения.

Техника операции. После обычной обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором при положении женщины на гинекологическом кресле во влагалище вводят зеркала и обнажают шейку матки. Если плодный пузырь цел, разрывают его оболочки и в матку входят двузубчатые пулевые щипцы, которыми захватывают кожную складку головки. К рукоятке щипцов подвешивают груз (грелку с водой) весом не более 500 г. Роженицу укладывают на родильную кровать. Направление тяги должно соответствовать направлению родового канала. Если головка во входе в таз, то подвешенную грелку можно разместить между полостерами родильной кровати. После прохождения головки широкой части полости малого таза бинт с подвешенной грелкой пропускают через ножной конец кровати. Далее происходят самопроизвольные роды.

Метрейриз - операция, направленная на ускорение раскрытия шейки матки введенным за внутренний зев резиновым баллоном (метрейритнер). Операция в настоящее время применяется крайне редко в связи с опасностью инфицирования матки.

Показания. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям

Метрейринтер заполняют стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, резиновую трубку пережимают, к трубке подвешивают груз (до 400 г). Некоторые метрейринтеры устроены по типу сообщающихся сосудов. Во время схваток жидкость из баллона перемещается в сообщающийся сосуд, а во время паузы возвращается в баллон. Колебания давления при этом способствуют раздражению шейки и усилению сокращений матки.

Условия. Раскрытие шейки матки на 2-3 см (шеечный канал можно расширить с помощью расширителей Гегара), отсутствие проявлений инфекции.

Техника. Резиновый баллон (метрейринтер) складывают в виде сигары, захватывают корнцангом, заводят за внутренний зев и заполняют стерильным раствором.

После раскрытия шейки матки метрейринтер без труда рождается. Если этого не происходит, его удаляют через 6 ч.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Кесарево сечение (caesarean section) - хирургическая операция, при которой рассекают беременную матку и извлекают плод и послед. Кесарево сечение долго представляло чрезвычайно большую опасность для жизни и здоровья матери, так как часто сопровождалось кровотечением и инфекционными осложнениями вплоть до сепсиса и смерти женщины. Эту операцию производили только по жизненным показаниям со стороны матери.

Кесарево сечение небезопасно и в настоящее время, но материнская смертность и заболеваемость стали гораздо ниже благодаря усовершенствованию техники операции, использованию синтетического шовного материала, адекватного обезболивания и применения антибиотиков широкого спектра действия.

Хирургический доступ при кесаревом сечении чаще всего абдоминальный, т.е. брюшностеночный и крайне редко при малых сроках беременности - влагалищный.

Показания к КС в современном акушерстве. В течение многих лет показания к КС делили и до настоящего времени делят на абсолютные и относительные. При этом перечень абсолютных показаний по данным различных авторов не одинаков, и он постоянно меняется, так как многие показания в прошлом, считающиеся относительными, в настоящее время рассматриваются как абсолютные.

Для стандартизации показаний к КС целесообразно деление их на 3 основные группы:

1. Показания к плановому КС во время беременности;
2. Экстренные показания к КС во время беременности;
3. Показания к КС во время родов.

В перечень показаний включены только те, которые определяют высокий риск для здоровья и жизни как матери, так и ребенка.

Показания к плановому кесареву сечению во время беременности:

- I. Нарушение плацентаии:
- II. Изменения стенки матки:
- III. Препятствие рождающемуся плоду:
- IV. Неправильное положение и предлежание плода:
- V. Экстрагенитальные заболевания:
- VI. Состояния плода:
- VII. Экстракорпоральное оплодотворение:

Показания к экстренному кесареву сечению во время беременности:

- любой вариант предлежания плаценты, кровотечение;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу;
- острая гипоксия плода;
- тяжелые формы гестоза, не поддающиеся терапии, эклампсия;
- экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистой системы, заболевания легких, нервной системы и др.), ухудшение состояния беременной;
- состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода.

Показания к экстренному кесареву сечению во время родов:

Во время родов показания к кесареву сечению те же, что и во время беременности. Кроме того, может появиться необходимость производства кесарева сечения при следующих осложнениях родов:

- нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся коррекции (слабость, дискоординация);
- клинически узкий таз;
- неправильные вставления и предлежания плода (лобное, передний вид лицевого, высокое прямое стояние стреловидного шва);
- выпадение пульсирующей петли пуповины и/или мелких частей плода при головном предлежании, при тазовом предлежании и неполном открытии шейки матки;
- угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- ножное предлежание плода;
- острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов) при безводном промежутке менее 6 часов.

Техника кесарева сечения. Наиболее рациональным методом кесарева сечения в настоящее время во всем мире считается операция в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Однако возможно (крайне редко) производить и продольный разрез на матке по средней линии.

В зависимости от локализации разреза на матке в настоящее время различают:

- корпоральное кесарево сечение - разрез по средней линии в теле матки;
- истмико-корпоральное - разрез по средней линии матки частично в нижнем сегменте, частично в теле матки;
- в нижнем сегменте матки поперечным разрезом с отслойкой мочевого пузыря;
- в нижнем сегменте матки поперечным разрезом без отслойки мочевого пузыря.

Для производства КС используются три вида вскрытия передней брюшной стенки:

- нижнесрединный разрез;

- разрез по Пфанненштилю;
- разрез по Джоэл-Кохену

АМНИОТОМИЯ

Основные показания для амниотомии (искусственного разрыва оболочек плодного пузыря) *во время беременности*:

- необходимость родовозбуждения;
- чрезмерное перерастяжение матки при многоводии.

Показания к разрыву оболочек плодного пузыря во время родов:

- многоводие;
- плотные плодные оболочки, которые не вскрываются при полном раскрытии шейки матки;
- краевое предлежание плаценты, не сопровождающееся кровотечением.

Условия в зависимости от показаний: шейный канал пропускает 1-2 пальца; или почти полное раскрытие шейки матки.

Плодный пузырь вскрывают либо пальцем, либо, что более бережно, браншей пулевых щипцов.

При использовании бранши пулевых щипцов необходимо два пальца правой руки ввести во влагалище и подвести острый крючок к плодным оболочкам, а затем рассечь их под контролем пальцев. Во время излития околоплодных вод руки акушера должны оставаться во влагалище с целью контроля за возможным выпадением пуповины или мелких частей плода (ручки, ножки).

Желательно, чтобы пациентка лежала на гинекологическом кресле, но можно провести эту манипуляцию в постели, в положении женщины на спине с приподнятым тазом и согнутыми в коленях ногами.

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

Акушерские щипцы (*forceps obstetrician*) предназначены для извлечения живого доношенного или почти доношенного плода за головку при необходимости срочно закончить второй период родов.

Показания к наложению щипцов могут быть как со стороны матери, так и со стороны плода (хотя это деление условно).

Показания со стороны матери:

- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем; почек, органов зрения и др.;
- тяжелый гестоз, эклампсия;
- миопия высокой степени;
- слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии.

Показания со стороны плода:

- острая гипоксия;
- выпадение петель пуповины в конце второго периода родов;
- преждевременная отслойка плаценты, произошедшая в конце периода изгнания.

Если со стороны матери показано выключение потуг (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, угроза отслойки сетчатки, сердечно-легочная недостаточность и др.), целесообразно родоразрешение кесаревым сечением, чтобы избежать возможного травмирования плода при наложении щипцов.

Очень популярны в США элективные выходные щипцы, которые накладывают при использовании эпидуральной аналгезии, так как последняя может ослабить потуги.

Противопоказания к наложению акушерских щипцов:

- мертвый плод;
- неполное раскрытие маточного зева;
- гидроцефалия, анэнцефалия;
- глубоко недоношенный плод;
- высокое расположение головки плода (головка прижата, большим сегментом во входе в таз, в широкой части полости малого таза);
- угрожающий или начинающийся разрыв матки.

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

Вакуум-экстракция плода (лат. *vacuum* - пустота; *extrahere* - вытягивать) -

извлечение живого плода во время родов с помощью вакуум-экстрактора, чашечка которого присасывается к подлежащей части плода (головке) в результате разрежения воздуха - создание вакуума.

В нашей стране вакуум-экстракция используется в 0,12-0,20% всех родов, а в последнее время ее применяют все реже. Это объясняется расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода.

Вакуум-экстрактор состоит из чашечки, соединенной с гибким шлангом и с вакуумным насосом.

В нашей стране имеются вакуум-экстракторы двух типов:

1. Вакуум-экстрактор Мальстрёма (рис. 30.23), состоящий из металлических чашечек диаметром от 7,6 до 15,2 см и устройства для создания вакуума с помощью электронасоса;
2. Вакуум-экстрактор системы Kiwi, состоящий из двух чашечек. Одна пластиковая плотная чашечка имеет внутри поролон, вторая - мягкая, гибкая, защищена колпачком, который снимают перед использованием. Вакуум создает ручной насос, есть также индикатор разрежения и клапан сброса разрежения. Первая чашечка является универсальной (рис. 30.24). Вторая чашечка является менее травматичной, но она не так сильно фиксируется на головке. Более эффективно применять "плотный" вариант чашечки.

Показания к вакуум-экстракции плода:

- слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии;
- низкое поперечное стояние стреловидного шва;
- начавшаяся острая гипоксия плода.

Условия для наложения вакуум-экстрактора:

- живой плод;
- полное раскрытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;

- нахождение головки плода в широкой, при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза или в узкой части его.

ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Плодоразрушающие операции (эмбриотомия) направлены на искусственное уменьшение размеров плода или его части для обеспечения рождения внутриутробно погибшего плода. Операцию можно производить и на живом плоде при уродстве, несовместимом с жизнью, или в экстремальных ситуациях для спасения жизни матери.

Типичные плодоразрушающие операции:

- краниотомия предлежащей и последующей головки - рассечение черепа с целью уменьшения его размера;
- декапитация - отделение головки от туловища;
- клейдотомия - пересечение ключиц;
- эвисцерация - удаление внутренних органов;
- спондилотомия - рассечение позвоночника.

Любой вид эмбриотомии весьма травматичен для матери. Все варианты плодоразрушающих операций применяют только при крайней необходимости (роды мертвым плодом представляют угрозу здоровью матери).

Наименее травматична краниотомия, которую используют до настоящего времени. Все остальные плодоразрушающие операции имеют больше историческое значение или применяются при малых размерах мертвого плода.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Извлечение плода за тазовый конец производится при любом варианте тазового предлежания в случае необходимости быстро закончить второй период родов, когда упущена возможность для проведения кесарева сечения или после комбинированного поворота плода на ножку. В зависимости от варианта предлежания плода извлечение может быть проведено за ножку или две ножки (ножное или ягодично-ножное), за паховой сгиб (чисто ягодичное).

Показания к операции:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и преилии эклампсия во втором периоде родов (тазовый конец в узкой части полости малого таза);

- острая гипоксия плода во втором периоде родов (тазовый конец в узкой части малого таза);
- после классического поворота плода на ножку.

Условия для операции:

- полное раскрытие шейки матки;
- отсутствие плодного пузыря;
- соответствие размеров таза и последующей головки.

Нередко извлечение плода за тазовый конец предпринимается на погибшем плоде. При этом возможно высокое расположению предлежащей части - ягодич (над входом, во входе в малый таз).

Список литературы

1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
2. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
3. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.