Текст лекции по теме занятия №19 по теме: Акушерские операции.

Изучаемые вопросы:

1.Классификация акушерских операций.

2.Показания, противопоказания, условия, виды обезболивания акушерских операций.

3.Предоперационная подготовка и послеоперационный уход при операции кесарева сечения, организация психологической помощи

Классификация акушерских операций.

Операции, сохраняющие беременность.

Операции, направленные на лечение органической, анатомической ИЦН, разделяют: на производимые во время беременности и производимые вне беременности

Операции, исправляющие положение плода (акушерские повороты)

Акушерским поворотом называют операцию, с помощью которой неблагоприятное положение (предлежание) плода ручными приемами переводят в другое, более благоприятное и всегда продольное положение.

Различают:

наружный акушерский поворот плода;

классический наружновнутренний (комбинированный) акушерский поворот плода при полном раскрытии маточного зева.

Родоразрешающие операции

*Кесарево сечение* - родоразрешаюшая операция, при которой плод ипослед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке.

*Влагалищные родоразрешающие операции:*

Операции наложения акушерских щипцов (в зависимости от места расположения головки в малом тазу различают выходные и полостные акушерские щипцы) и вакуум-экстракuии плода

Малые акушерские операции

амниотомия;

перинео- и эпизиотомия;

ручное отделение плаценты и выделение последа;

контрольное ручное обследование стенок матки;

управляемая баллонная тампонада матки;

гистероскопия в пуэрперии.

Плодоразрушающие операции

Плодоразрушающей (эмбриотомия) называют операцию, имеющую целью разрушить части плода, уменьшить его объем и сделать возможным его извлечение через естественные родовые пути.

Операции, уменьшающие объем тела плода (эвисцераuия).

Операции, расчленяющие тело плода для извлечения его по частям (спондилотомия).

Операции, наносящие плоду исправимые повреждения: клейдотомия

Показания, противопоказания, условия, виды обезболивания

акушерских операций.

Показания к хирургическому лечению ИЦН (истмико – цервикальная недостаточность):

• самопроизвольный аборт во II триместре и преждевременные роды в

анамнезе;

• прогрессирующая ИЦН (по данным клинического исследования): изменение консистенции шейки матки, укорочение по данным УЗИ, постепенное раскрытие канала шейки матки и внутреннего зева.

Противопоказания к хирургическому лечению ИЦН:

• заболевания и патологические состояния, препятствующие сохранению беременности;

• кровотечения во время беременности;

• повышенный тонус матки;

• пороки развития плода;

• острые воспалительные процессы нижних отделов мочеполовой системы.

Обезболивание. При отсутствии противопоказаний предпочтение отдают ЭДА или спинальной анестезии как более безопасным методам обезболивания. Реже применяют общее обезболивание – наркоз закисью азота с ИВЛ.

*Наружный акушерский поворот плода на головку*

Показания: поперечное, косое положение или тазовое предлежание плода.

Условия: срок беременности 37 нед (доношенная беременность), удовлетворительное состояние матери и плода, точно диагностированное положение, позиция, вид и предлежание плода, отсутствие напряжения брюшной стенки и матки, подвижность плода в матке (воды целы), соответствие размеров таза и головки плода, возможность проведения токолиза и КТГ, наличие свободной операционной, наличие подготовленного

специалиста, пустой мочевой пузырь.

Противопоказания: преэклампсия, угроза прерывания беременности, многоплодие, мноrоводие, маловодие, предлежание плаценты, анатомически узкий таз, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды в анамнезе, пороки развития матки, рубец на матке, миома матки, экстрагенитальные заболевания матери, крупный плод, кровотечение в последних 7 дней.

*Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева*

Показания: поперечное и косое положение плода при отсутствии условий для кесарева сечения.

Такая ситуация возможна при поперечном и косом положении второго плода из двойни. Следующая за поворотом операция извлечения за тазовый конец часто сопряжена с тяжелыми осложнениями для плода, поэтому при двойне расширяют показания для кесарева сечения для второго плода, особенно у первородящих.

Противопоказания:

• рубец на матке;

• анатомически узкий таз;

• запущенное поперечное положение плода.

Условия для операции:

• полное раскрытие маточного зева;

• подвижность плода;

• точное знание положения плода;

• состояние матки и малого таза;

• возможность рождения плода через естественные родовые пути;

• хорошее состояние плода, целый плодный пузырь или только что излившиеся околоплодные воды.

*Кесарево сечение*

Абсолютные показания - это ситуации, при которых кесарево сечение производят в целях спасения жизни матери и/или плода, а также для предупреждения инвалидизации матери.

К относительным относят показания, при которых кесарево сечение (по сравнению с вагинальными родами) улучшает исход беременности и родов для матери и плода. Одного из абсолютных показаний достаточно для родоразрешения путем кесарева сечения.

*Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны матери:*

• анатомически узкий таз и III- IV степени сужения (истинная конъюгата - 7,5 см и менее), редко встречающиеся формы узкого таза с резкой степенью сужения (кососмещенный, кососужснный, остеомаляционный, спондилолистетический и др.);

• полное предлежание плаценты;

• неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при отсутствии условий для немедленного родоразрсшсния;

• ПОНРП при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;

• угрожающий и начинающийся разрыв матки;

• два рубца и более на матке;

• неполноценный рубец на матке (кесарево сечение в анамнезе, миомэктомия, зашивание матки после разрыва, перфорация во время аборта и др.);

• расположение плаценты в области рубца после кесарева сечения;

• рубец на матке после корпорального кесарева сечения;

• опухоли органов малого таза, препятствующие рождению плода;

• состояние после операций по поводу мочеполовых и кишечно-половых фистул;

• рубцовые сужения влагалища и шейки матки;

• выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы;

• экстрагенитальный рак и рак шейки матки.

*Относительные показания к кесареву сечению со стороны матери:*

• клинически узкий таз;

• аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии;

• тяжелая преэклампсия;

• экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени, заболевания головного мозга, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринные заболевания);

• пороки развития матки и влагалища;

• переломы костей таза и поясничного отдела позвоночника в анамнезе;

• рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте;

• рубец на матке после пластических операций до или во время беременности (миомэктомия, удаление перегородки матки, удаление рудиментарного рога и др.).

*Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны плода:*

• острая гипоксия плода при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;

• поперечное положение после излития околоплодных вод;

• разгибательные вставления головки - лобное, передний вид лицевого, переднеголовное, высокое прямое стояние стреловидного шва;

• состояние агонии или смерть матери при живом плоде.

*Относительные показания к кесареву сечению со стороны плода:*

• хроническая плацентарная недостаточность;

• тазовое предлежание при массе тела более 3500 г и разогнутом положении головки;

• многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода;

• выпадение пуповины;

• длительное бесплодие в анамнезе, индуцированная беременность;

• переношенная беременность;

• крупный или гигантский плод;

• анатомически суженный таз I и II степени сужения при массе плода более 3500 г

Противопоказания к кесареву сечению:

• острые инфекuионные воспалительные заболевания любой локализации, в том числе за пределами половых органов;

• анте- или интранатальная гибель плода (кроме ПОНРП, разрыва матки).

При состоянии, угрожающем жизни матери, данные противопоказания считаются относительными.

Для выполнения кесарева сечения необходимы соответствующие *хирургические и акушерские условия.*

К хирургическим условиям относят наличие большой операционной с инструментарием и подготовленным персоналом. В крайних случаях при абсолютных показаниях и невозможности транспортировать больную в специально оборудованное учреждение можно организовать операционную на месте.

Акушерские условия предполагают следующее:

• отсутствие симптомов эндометрита в родах (повышение температуры тела, учащение пульса, выделения с запахом);

• плод должен быть жизнеспособным (это условие не всегда выполнимо).

В случае опасности, угрожающей роженице, например, при полном предлежании плаценты или острой ПОНРП, кесарево сечение производят и при нежизнеспособном плоде.

Обезболивание кесарева сечения. Если невозможно выполнить регионарную анестезию, для обезболивания применяют общую комбинированную анестезию (эндотрахеальный наркоз).

Современные технологии кесарева сечения предполагают в случае ожидаемой большой кровопотери (предлежание плаценты, истинное врастание плаценты) использование аппарата для интраоперационной реинфузии аутокрови. Это позволяет собирать теряемую во время операции кровь и возвращать ее в кровяное русло пациентки.

*Акушерские щипцы*

Показанием для операции наложения акушерских щипцов является возникшая опасность для матери или плода в период изгнания, которая может быть полностью или частично устранена быстрым родоразрешением. Показания для операции можно условно разделить на две группы: показания со стороны матери и показания со стороны плода.

Показания со стороны матери можно разделить: на связанные с беременностью и родами - акушерские показания (тяжелая преэкламписия, упорная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг, кровотечение во втором периоде родов, эндометрит в родах) и связанные с экстрагенитальными заболеваниями женщины, требующими устранения потуг - соматические показания (болезни сердечно-сосудистой системы в стадии

декомпенсации, расстройства дыхания вследствие заболеваний легких, миопия высокой степени, острые инфекционные заболевания, тяжелые формы нервно-психических расстройств, интоксикация или отравление).

Показания со стороны пода - острая гипоксия плода в период изгнания.

Условия для наложения акушерских щипцов (conditions). Для выполнения операции наложения акушерских щипцов необходимы определенные условия, обеспечивающие благоприятный исход как для роженицы, так и для плода. Если одного их этих условий нет, то операuия противопоказана. Для наложения акушерских щипцов необходимы следующие условия:

• живой плод;

• полное раскрытие маточного зева;

• отсутствие плодного пузыря;

• соответствие размеров таза матери и головки плода;

• головка плода должна находиться в выходе из малого таза стреловидным швом в прямом размере или в полости малого таза стреловидным швом в одном из косых размеров.

Операцию наложения акушерских щипцов проводят в положении роженицы на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. Перед операцией мочевой пузырь должен быть опорожнен. Наружные половые органы и внутренние поверхности бедер обрабатывают дезинфицирующим раствором. Руки обрабатывают, как для хирургической операции. Перед операцией необходимо проверить сами щипцы.

*Обезболивание.* Выбор метода обезболивания зависит от состояния женщины и показаний к операции. В тех случаях, когда активное участие женщины в родах представляется целесообразным (слабость родовой деятельности или/и острая гипоксия плода у соматически здоровой женщины), операция может быть выполнена с применением длительной перидуральной анестезии (ДПА) или ингаляции закиси азота с кислородом.

У рожениц, которым потуги противопоказаны, операцию выполняют под наркозом. Анестезия не должна оканчиваться после извлечения ребенка, так как операция наложения полостных акушерских щипцов сопровождается восстановлением промежности, а иногда контрольным ручным обследованием стенок полости матки.

*Вакуум-экстракция плода*

Вакуум-экстракцией плода называют родоразрешающую операцию, проводимую для извлечения плода за головку с помощью специального аппарата вакуум-экстрактора путем создания отриuательного давления между внутренней поверхностью чашечки аппарата и головкой плода.

*Показания:*

•слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии;

•острая гипоксия плода.

*Противопоказания*:

•несоответствие между размерами таза и головки плода;

•преэкламnсия;

•заболевания, требующие выключения потуг (декомnенсированные пороки сердца, гиnертоническая болезнь, заболевания легких, высокая степень миопии и др.);

•разгибательные предлежания головки;

•выраженная недоношенность плода (до 36 нед).

Последние два противопоказания связаны с особенностью физического действия вакуума, поэтому накладывание чашечки на головку недоношенного плода или в область большого родничка чревато тяжелыми осложнениями.

Условия для применения вакуум-экстрактора:

•наличие живого плода;

•расположение головки в малом тазу;

•полное раскрытие маточного зева;

•отсутствие плодного пузыря;

•соответствие между размерами таза и головки плода;

•затылочное вставление.

Непосредственно перед операцией нужно обязательно еще раз произвести влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации: степени раскрытия маточного зева, высоты стояния головки, характера вставления головки.

Обезболивание. При выполнении операции вакуум-экстракции необходимо активное участие роженицы, поэтому наркоз не показан. Можно произвести перидуральную или пудендальную анестезию.

*Амниотомия*

Амниотомия - искусственный разрыв околоплодных оболочек. Амниотомию производят во время беременности и в родах для возбуждения родовой деятельности, ускорения родов, устранения неблагоприятного влияния на течение родов плодных оболочек или удерживаемых ими вод и создания условий для выполнения влагалищных родоразрешающих операций.

Показания

• Во время беременности: возбуждение родовой деятельности при наличии акушерских показаний.

• в родах: плоский плодный пузырь, маловодие, многоводие, чрезмерная прочность плодных оболочек при открытии маточного зева более 7 см, кровотечение при низком прикреплении плаценты, слабость родовой деятельности.

Противопоказания: неправильные положения и предлежания плода, предлежание пуповины и все противопоказания для вагинальных родов, обострение генитального герпеса, незрелая шейка матки.

Условия для разрыва плодных оболочек зависят от особенностей каждых отдельных родов и не поддаются обобщению. Вовремя беременности важна «зрелая» шейка матки (по шкале Бишопа более 6 баллов).

*Рассечение промежности в родах (перинео-, эпизиотомия)*

Показания:

• угроза разрыва промежности, высокая и ригидная или рубцовоизмененная промежность, родоразрешающие влагалищные операции

и др.;

Противопоказание для срединного разреза промежности: низкая промежность, поскольку при прорезывании головки возникает возможность перехода разреза в разрыв наружного сфинктера и передней стенки прямой кишки.

Условия для операции. Рассечение промежности производят в конце второго периода родов, во время прорезывания головки плода на высоте потуги.

Обезболивание. При разрезе промежности рекомендуют местную инфильтрационную или пудендальную анестезию, а также применение местных анестетиков в аэрозолях.

*Ручное отделение плаценты и выделение последа (или доли плаценты)*

Ручным отделением плаценты (или доли плаценты) называют операцию, при которой рукой, введенной в полость матки, производят насильственное отделение плаценты (доли плаценты) от стенки матки с последующим удалением последа (доли плаценты).

Показания:

• кровотечение в третьем периоде родов вследствие нарушения отделения плаценты;

• отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 мин после рождения плода (без кровотечения);

• задержка последа или его частей в матке.

Подготовка к операции. Положение родильницы на операционном кресле такое же, как и при других акушерских операциях. Катетером опорожняют мочевой пузырь. Операцию производят в асептических условиях, желательно с использованием длинной хирургической перчатки.

Обезболивание (anesthesia) - внутривенный, ингаляционный наркоз или ЭДА

*Плодоразрушающие операции*

Показания:

• несоответствие размеров таза беременной и головки плода, выявленное во втором периоде родов;

• смерть плода в родах при других патологических акушерских состояниях (слабость родовой деятельности во втором периоде родов);

• угрожающий разрыв матки;

• ущемление мягких тканей родового канала;

• невозможность извлечь последующую головку природах в тазовомпредлежании;

• тяжелое состояние роженицы, требующее немедленного родоразрешения или ускорения родов.

Условия для операции:

• смерть плода;

• состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода (истинная конъюгата более 6,5 см);

• раскрытие маточного зева не менее чем на 6 см;

• отсутствие плодного пузыря;

• плотная фиксация головки к входу в малый таз

Обезболивание. Глубокий наркоз для обезболивания и расслабления брюшной стенки и матки, а также для исключения психологической травмы матери.

Предоперационная подготовка и послеоперационный уход при операции кесарева сечения, организация психологической помощи

При выполнении кесарева сечения в плановом порядке накануне вечером беременной необходимо сделать очистительную клизму и принять гигиенический душ, на ночь дать снотворное. Утром в день операции очистительную клизму повторяют. За час до операции показана премедикация, а непосредственно перед операцией - катетеризация мочевого пузыря.

Если операцию производят в экстренном порядке, перед ней необходимо сделать гигиеническую обработку, опорожнение желудка и внутривенное введение Н 2-гистаминовых блокаторов, если планируется эндотрахеальный наркоз, а также премедикацию и катетеризацию мочевого пузыря. Другие назначения выполняют по указанию анестезиолога и соответственно клинической ситуации.

После операции родильницу перевозят на каталке в палату интенсивной терапии и перекладывают на кровать (желательно — функциональную) в положение «на спине». На послеоперационный шов кладут груз (600-800 г) и холод (пузырь со льдом) и держат в течение 4-х часов. Учитывая активное ведение послеоперационных больных, через 6 часов женщине разрешают повернуться на бок. На 2-е сутки родильнице разрешают ходить. В послеоперационном периоде вводятся обезболивающие средства по показаниям и назначению врача. При задержке мочеиспускания проводятся консервативные методы, направленные на позывы мочевого пузыря (открывают кран с водой или же орошение наружных тыловых органов струйкой теплой воды), а при отсутствии эффекта применяют катетеризацию мочевого пузыря. Уход за послеоперационным швом и швами на промежности осуществляется по общим правилам обработки послеоперационных швов.