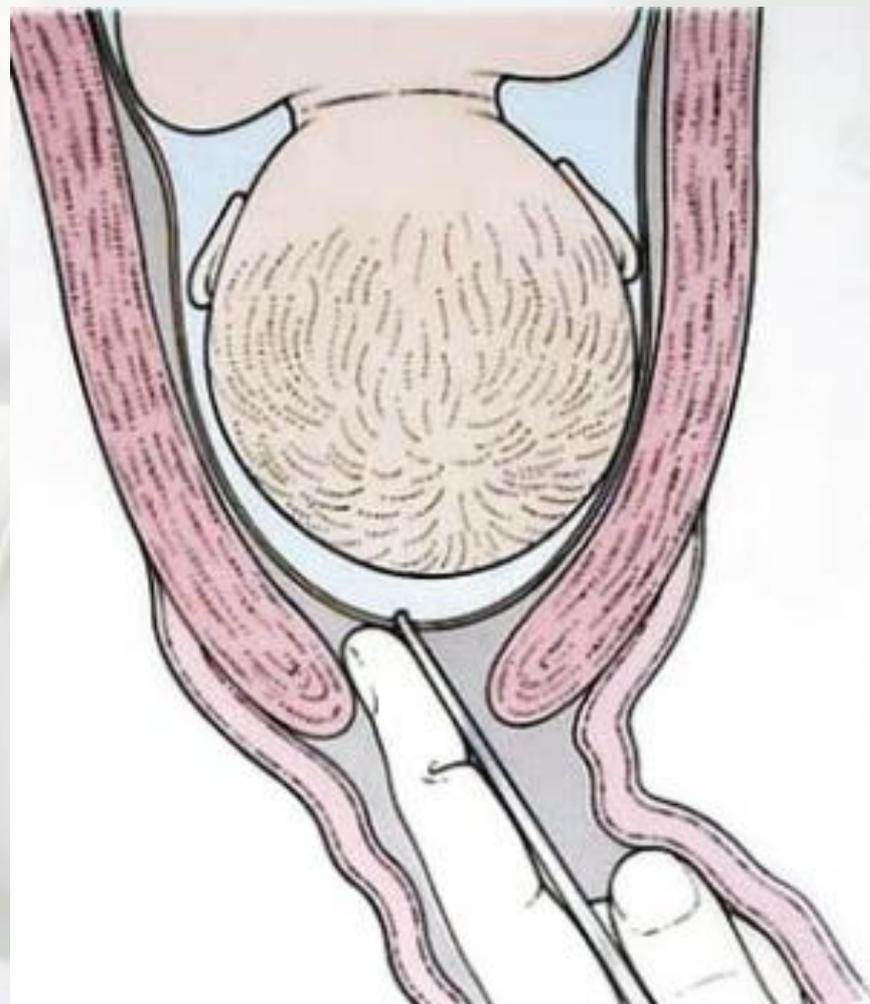


A photograph of several surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, surgical masks, and caps, focused on a procedure. The scene is brightly lit, and the surgeons are using various instruments on a patient. The text 'Акушерские операции.' is overlaid in the center.

**Акушерские
операции.**

**Амниотомия —
акушерская
операция
вскрытия
плодного пузыря.**



ПОКАЗАНИЯ

- Во время беременности амниотомию производят для --- возбуждения родовой деятельности при гестозе и переносенной беременности, если родоразрешение возможно через естественные родовые пути.
- Показаниями также служат ПОНРП, антенатальная гибель плода и наличие экстрагенитальной патологии (СД, хронические заболевания лёгких, хронические заболевания почек).
- Во время родов показаниями для амниотомии считают:
 - отсутствие самопроизвольного вскрытия плодного пузыря при нормальном течении родов и открытии маточного зева на 6 см и более;
 - многоводие;
 - маловодие, «плоский» плодный пузырь;
 - многоплодную беременность (через 10–15 мин после рождения первого плода);
 - переносенную беременность;
 - гестоз.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- генитальные инфекции;
- неправильные положения и предлежания плода;
- предлежание пуповины;
- все противопоказания для вагинальных родов.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Во время беременности необходимое условие для произведения амниотомии — наличие зрелой шейки матки (по шкале Бишопа зрелость шейки матки — 6 баллов).

Во время родов амниотомию производят при отсутствии противопоказаний.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

За 30 мин до амниотомии целесообразно введение спазмолитических препаратов.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Во время влагалищного исследования по пальцам исследующей руки проводят браншу пулевых щипцов и острым концом инструмента производят прокол плодных оболочек. В место прокола вводят пальцы и расширяют отверстие в плодных оболочках. Прокол производят вне схватки при минимальном напряжении плодного пузыря, эксцентрично, что обеспечивает удобство выполнения и безопасность. При многоводии ОВ выпускают медленно под контролем пальцев для предупреждения выпадения мелких частей плода и пуповины.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Выпадение мелких частей плода и пуповины, ранение сосудов пуповины при её оболочечном прикреплении

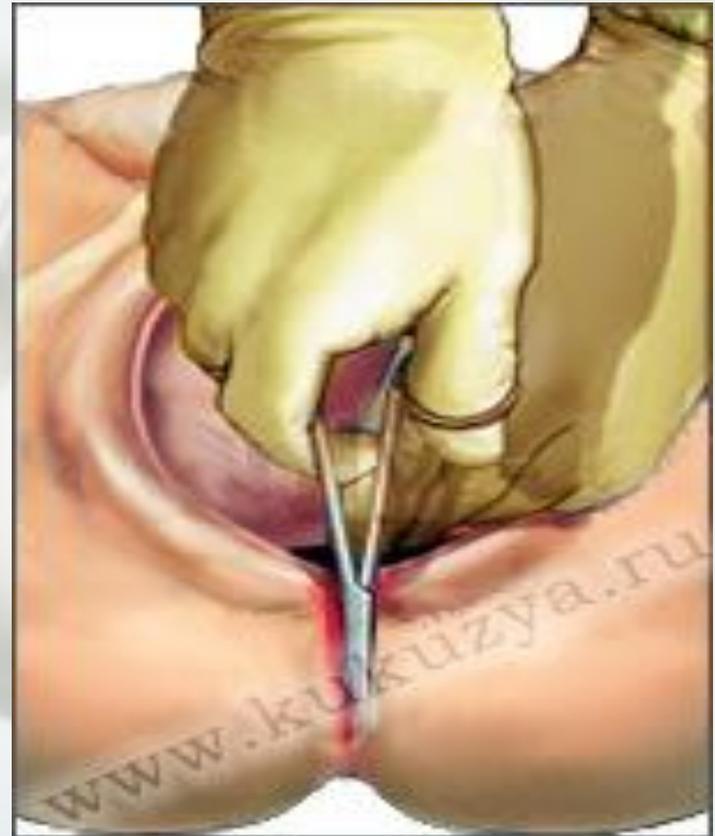
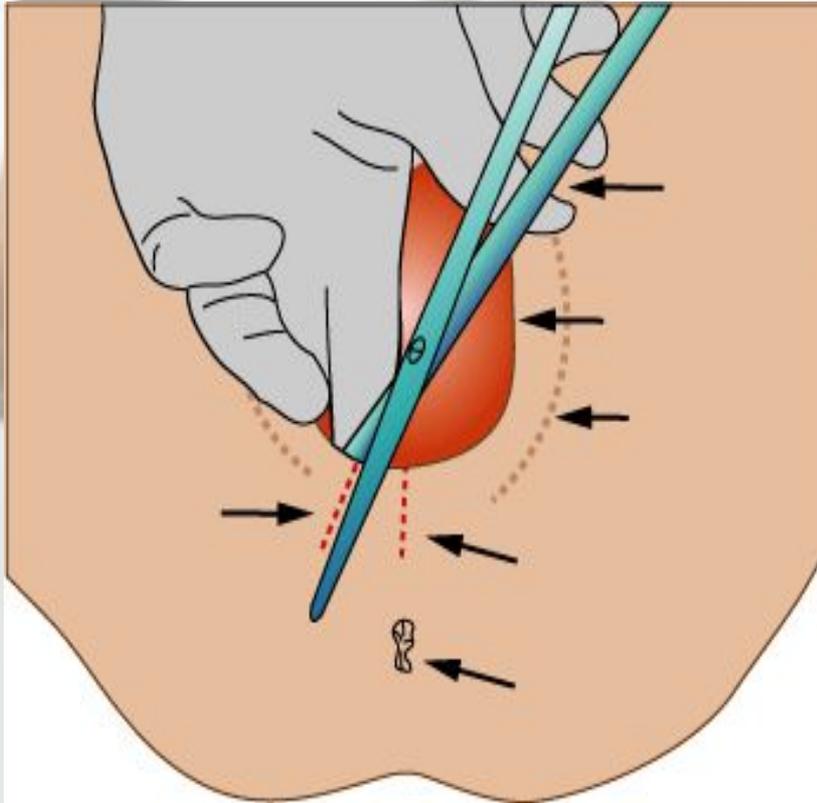
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- Амниотомия может приводить к кратковременному снижению интенсивности маточноплацентарного кровотока и изменению ЧСС плода, поэтому после её выполнения необходимо мониторинговое наблюдение за состоянием плода.

РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ В. РОДАХ.

Эпизиотомия — боковое рассечение промежности.

Перинеотомия — срединное рассечение промежности.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Существует несколько вариантов рассечения промежности в родах:

- **перинеотомия** — разрез по средней линии промежности, где проходит минимальное количество сосудов и нервных окончаний;
- **латеральная эпизиотомия** — боковой разрез промежности, выполняемый на 2–3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру;
- **срединнолатеральная эпизиотомия** — разрез от задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру (используют наиболее часто).

ПОКАЗАНИЯ:

- угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки плода, высокой ригидной, рубцовоизмененной промежности, родоразрешающих влагалищных операциях и др. (резаная рана заживает лучше, чем рваная);
- необходимость укорочения II периода родов при кровотечении, гестозе, вторичной слабости родовой деятельности, заболеваниях сердечнососудистой системы, почек, органов дыхания и др.;
- гипоксия плода;
- преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказания к перинеотомии — «низкая» промежность (опасность перехода разреза в разрыв с повреждением прямой кишки).

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Перинеотомию можно выполнять только во время прорезывания головки плода, на высоте одной из потуг.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Обработка промежности раствором антисептика и обезболивание.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Глубокое заблуждение врачей — рассечение промежности на высоте одной из потуг, безболезненно и что предоперационная анестезия в этом случае не требуется. На современном этапе развития родовспоможения рекомендовано проведение инфильтрационной анестезии.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Промежность рассекают ножницами. Вне потуги браншу с тупым концом под контролем пальца вводят по направлению предполагаемого разреза между предлежащей частью плода и стенкой влагалища. Разрез проводят на высоте потуги, когда ткани промежности максимально растянуты.

При рассечении промежности — разрез не должен быть менее 3 см, в противном случае он продляется в рваную рану.

Необходимо учитывать, что недостаточная длина разреза при оперативных родах («щадящий разрез») в 80% случаев приводит к продлению раны за счёт разрыва промежности.

В раннем послеродовом периоде после осмотра шейки матки и зашивания её разрывов восстанавливают анатомическую целостность промежности.

Сначала накладывают швы на повреждённую слизистую оболочку задней стенки влагалища. Затем погружёнными отдельными швами соединяют повреждённые мышцы промежности. Края кожи лучше сопоставлять непрерывным подкожным косметическим швом.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

В послеоперационном периоде применяют так называемую сухую обработку швов — область швов не обмывают, а осторожно обсушивают сухими стерильными тампонами и обрабатывают раствором калия перманганата или другими антисептиками. Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На третьи сутки после эпизиотомии роженице назначают слабительное. При отёке тканей промежности на область швов накладывают пузырь со льдом или проводят физиотерапию (ультразвуковую, лазерную, сверхвысокочастотное облучение дециметровыми волнами).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

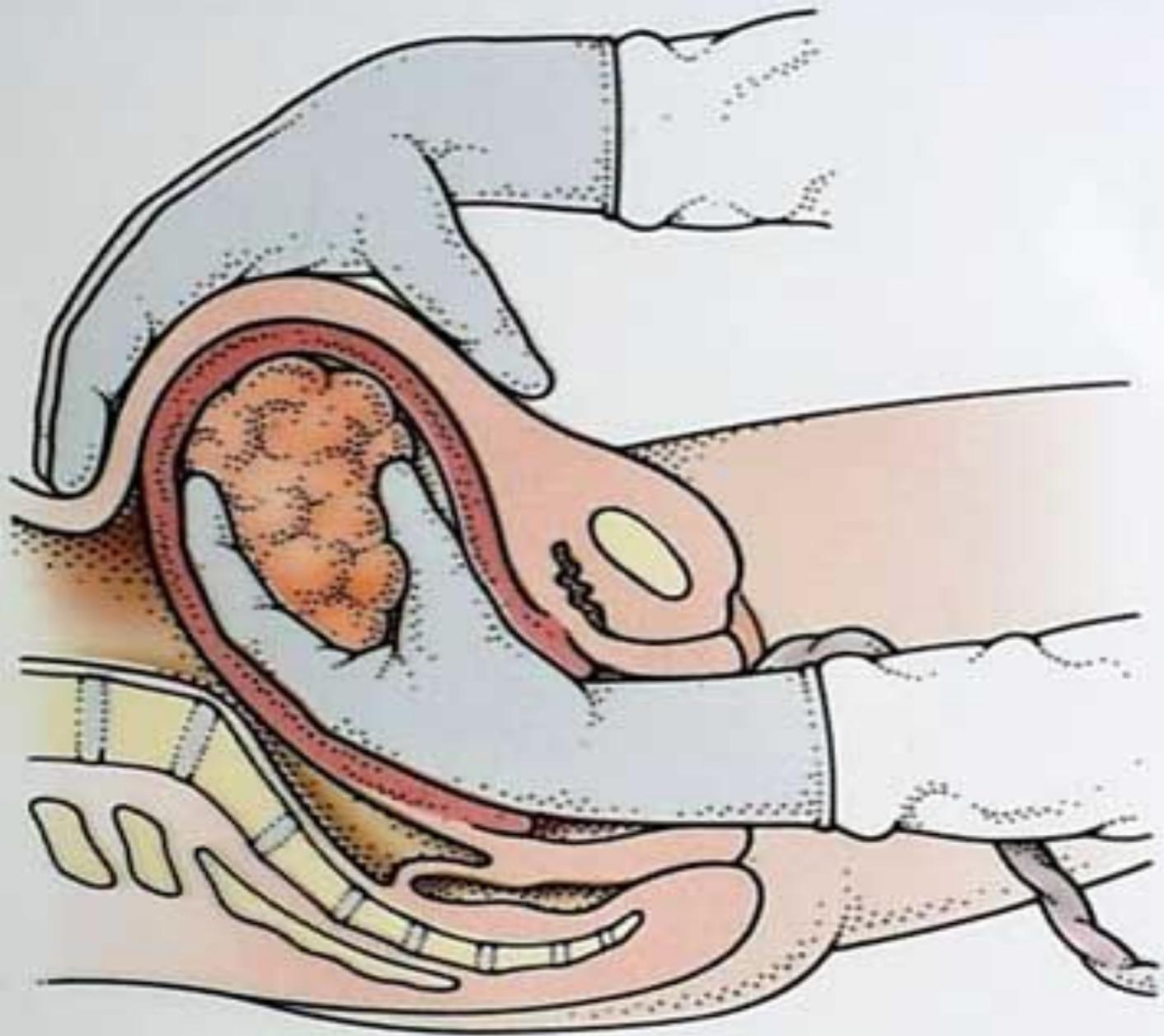
Важный аспект заживления раны промежности — соблюдение правил личной гигиены. После выписки из родильного дома рекомендуется диспансерное наблюдение в женской консультации по месту жительства с контрольными осмотрами через 6 и 12 мес.

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ МАТКИ

Ручное обследование матки —

акушерская операция, заключающаяся в ревизии стенок матки рукой, введённой в её полость.





ПОКАЗАНИЯ

Контрольное ручное обследование послеродовой матки проводят при наличии:

- миомы матки;
- антенатальной или интранатальной гибели плода;
- пороков развития матки (двурогая матка, седловидная матка);
- кровотечения в послеродовом периоде;
- разрыва шейки матки III степени;
- рубца на матке.
- Ручное обследование послеродовой матки проводят при задержке частей последа в матке, подозрении на разрыв матки или при гипотоническом кровотечении.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

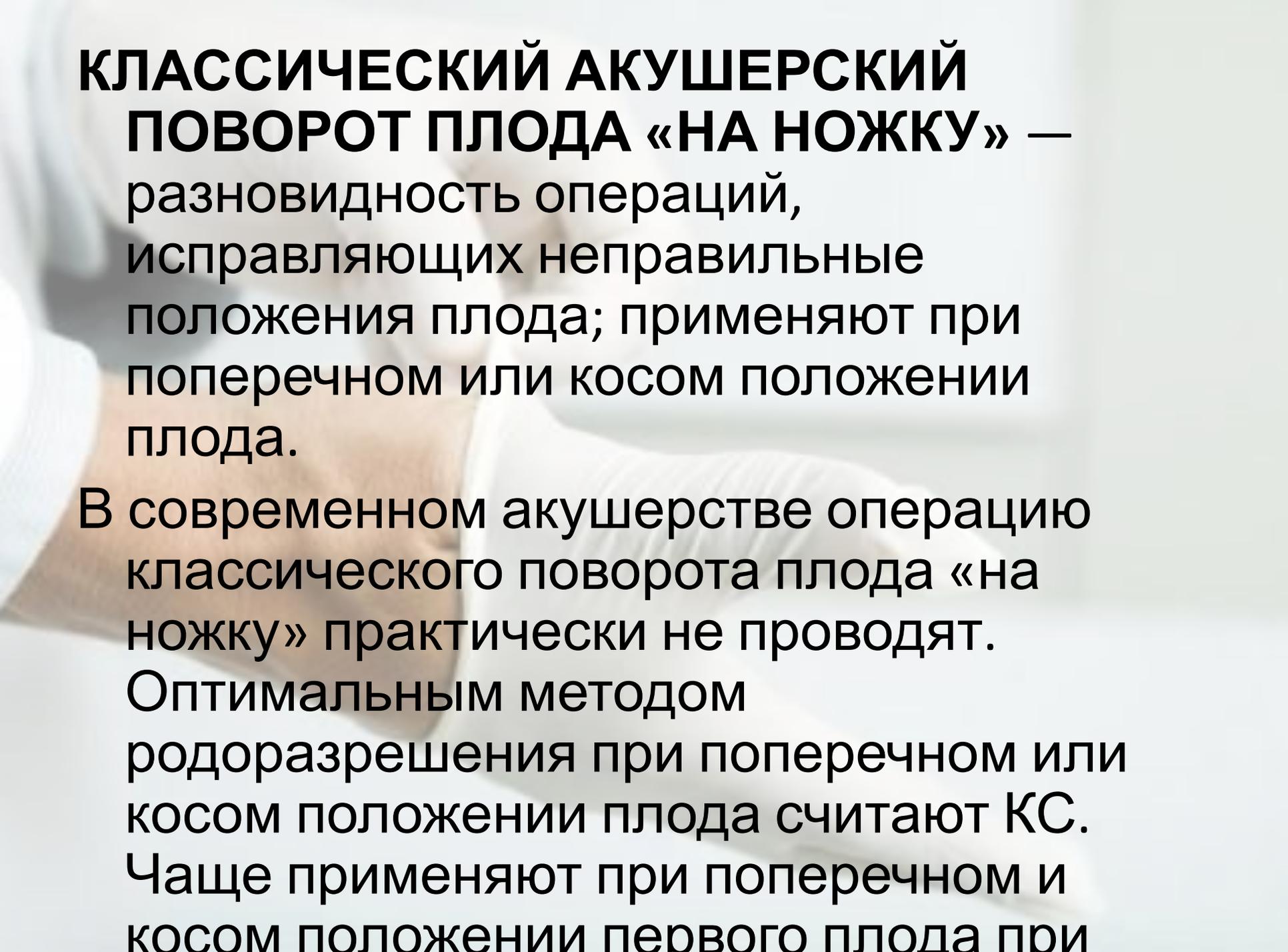
Внутривенная, ингаляционная или продлённая регионарная анестезия.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

При подозрении на дефект плацентарной ткани показано проведение контрольного ручного обследования стенок матки, при котором последовательно осматривают все стенки матки, уделяя особое внимание маточным углам. Определяют локализацию плацентарной площадки и при обнаружении задержавшейся ткани плаценты, остатков оболочек и сгустков крови удаляют их. В завершении ручного обследования необходимо произвести бережный наружно-внутренний массаж матки на фоне введения сокращающих препаратов.

Ручное обследование стенок послеродовой матки преследует две задачи: диагностическую и лечебную. Диагностическая задача заключается в ревизии стенок матки с определением их целостности и выявлением задержавшейся дольки плаценты.

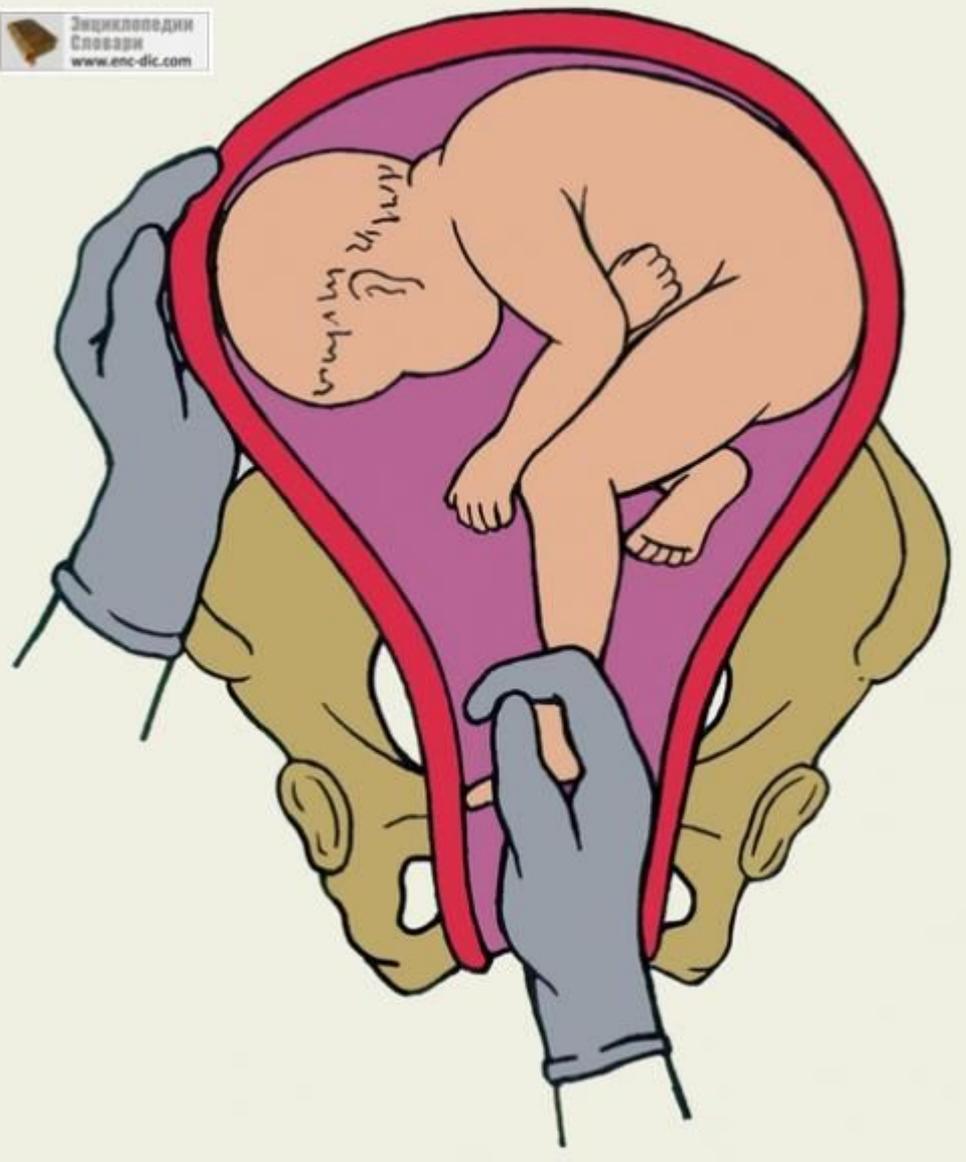
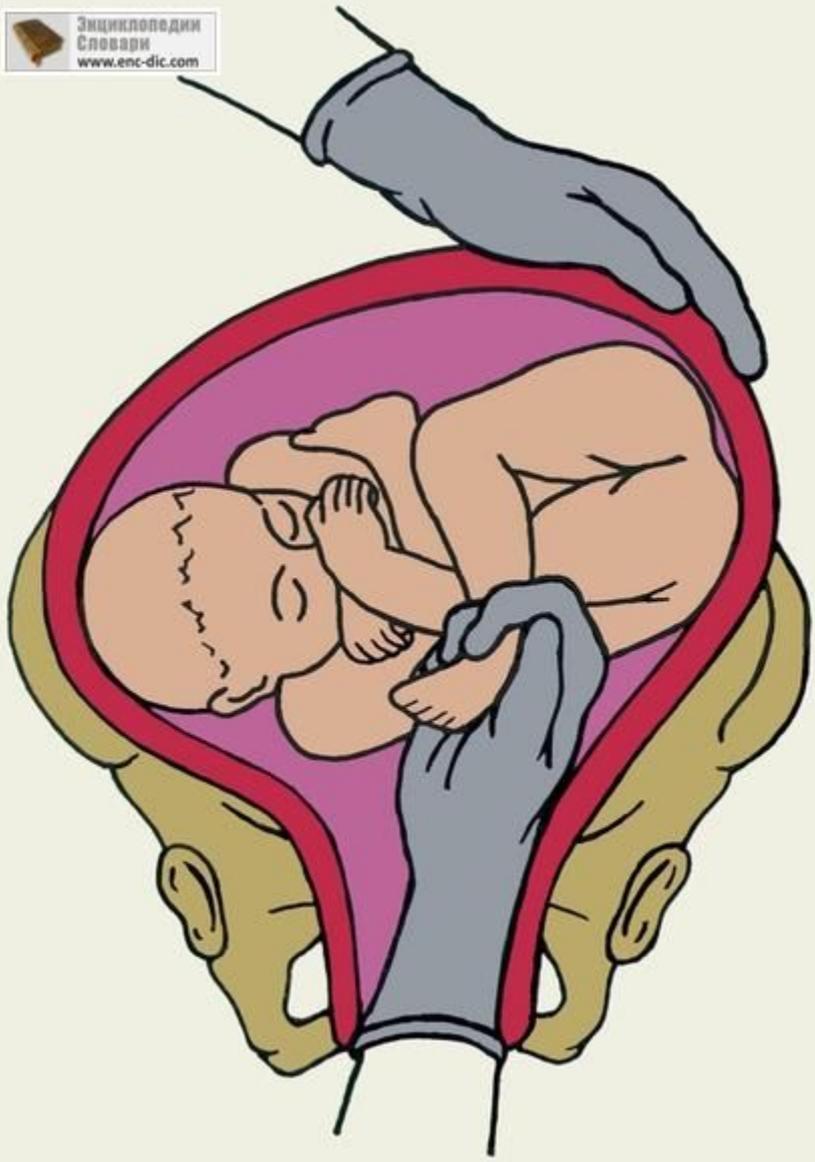
Лечебная задача состоит в стимуляции нервномышечного аппарата матки путём проведения бережного наружновнутреннего массажа матки. В процессе выполнения наружновнутреннего массажа внутривенно одномоментно вводят 1 мл 0,02% раствора метилэргометрина или 1 мл окситоцина, проводя пробу на сократимость.



**КЛАССИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ
ПОВОРОТ ПЛОДА «НА НОЖКУ»** —
разновидность операций,
исправляющих неправильные
положения плода; применяют при
поперечном или косом положении
плода.

В современном акушерстве операцию
классического поворота плода «на
ножку» практически не проводят.

Оптимальным методом
родоразрешения при поперечном или
косом положении плода считают КС.
Чаще применяют при поперечном и
косом положении первого плода при



ПОКАЗАНИЯ

Показанием служит поперечное или косое положение плода. Операция возможна при поперечном положении второго плода из двойни, но так как за поворотом показана операция извлечения плода за тазовый конец, сопряженная с рядом тяжёлых осложнений, то и при двойне в настоящее время расширяют показания к родоразрешению путём операции КС, особенно у первородящих.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Запущенное поперечное положение плода.
- Угроза разрыва матки.
- Рубец на матке.
- Несоответствие между размерами таза матери и размерами плода.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

- Целый плодный пузырь или его вскрытие непосредственно перед операцией.
- Полное открытие маточного зева.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

- Консультация анестезиолога с целью выбора метода обезболивания.
- Опорожнение мочевого пузыря.
- Обработка наружных половых органов и внутренних поверхностей бёдер дезинфицирующим раствором.
- Подготовка рук акушера.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Обычно используют внутривенный наркоз, который при необходимости может быть усилен ингаляционным наркозом.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

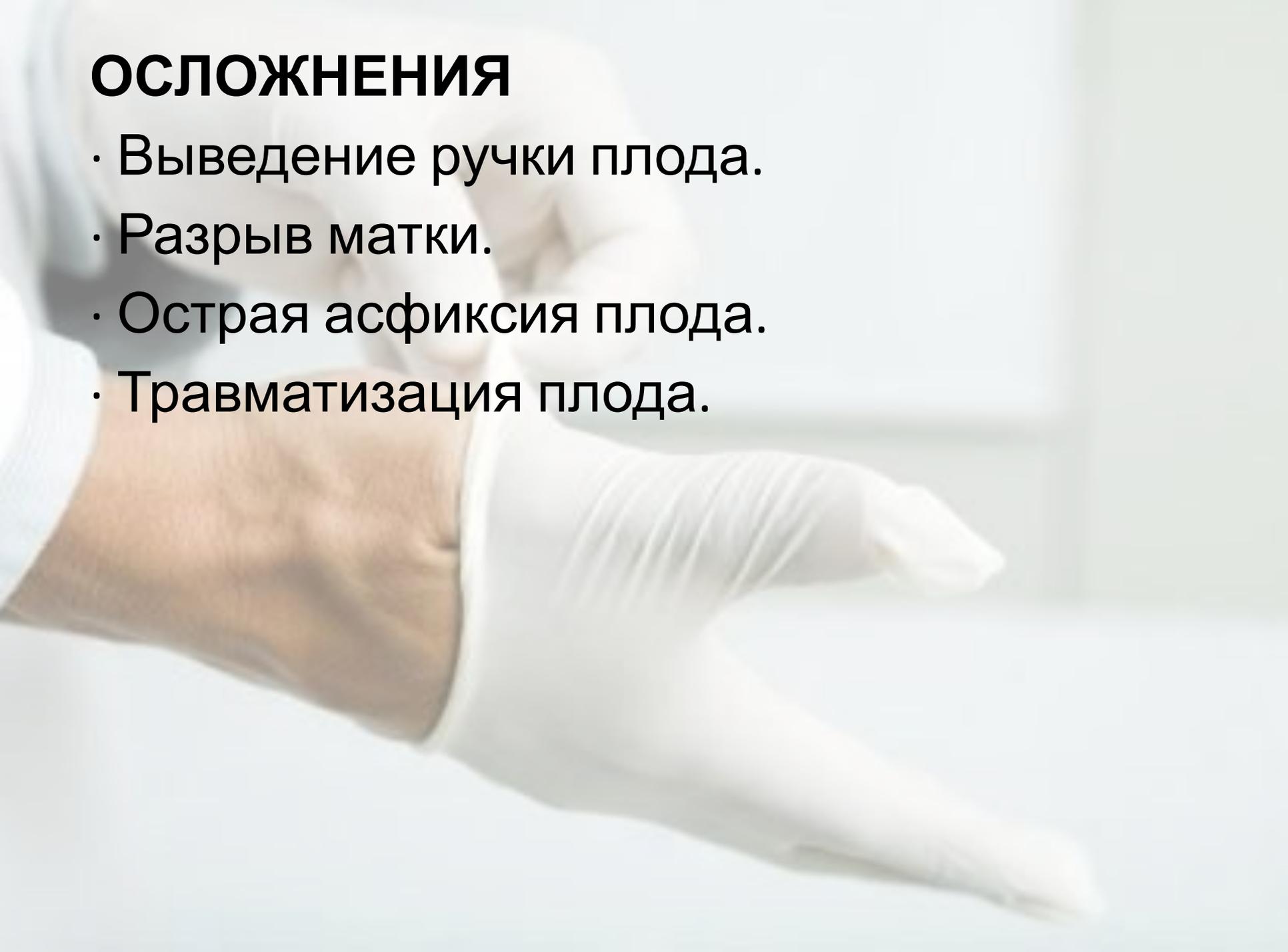
Операцию производят в три этапа.

Первый этап — введение руки в полость матки,

второй этап — поиск и захват ножки плода, третий этап — поворот плода на «ножку».

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Выведение ручки плода.
- Разрыв матки.
- Острая асфиксия плода.
- Травматизация плода.





**Спасибо за
внимание!**