

Родоразрешающие оперативные вмешательства



ДАВЫДИК Д.Г., ХВЕДЫНИЧ С.Н.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: БЕЛУГА В.Б.

К родоразрешающим операциям относятся **влагалищные** и **абдоминальные** оперативные вмешательства, позволяющие быстро закончить роды живым плодом.

Абдоминальная родоразрешающая операция :

- кесарево сечение

Влагалищные родоразрешающие операции:

- наложения акушерских щипцов
- вакуум-экстракция плода
- извлечение плода за тазовый конец

Позволяют сохранить здоровье женщины, здоровье ребенка, исключить длительные и травматичные роды.



Подходы к применению различных родоразрешающих операций в современном акушерстве в значительной степени определяются с позиций перинатальной охраны плода.

В большинстве случаев в целях получения полноценного ребенка предпочтение отдается абдоминальному родоразрешению посредством операции кесарева сечения. В связи с неблагоприятными исходами для плода в современном акушерстве редко применяются вакуум-экстракция плода. Необходимость применения акушерских щипцов в плановом порядке нередко вытесняется выбором кесарева сечения. В то же время для экстренного родоразрешения наложение акушерских щипцов во многих случаях является операцией выбора.



АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

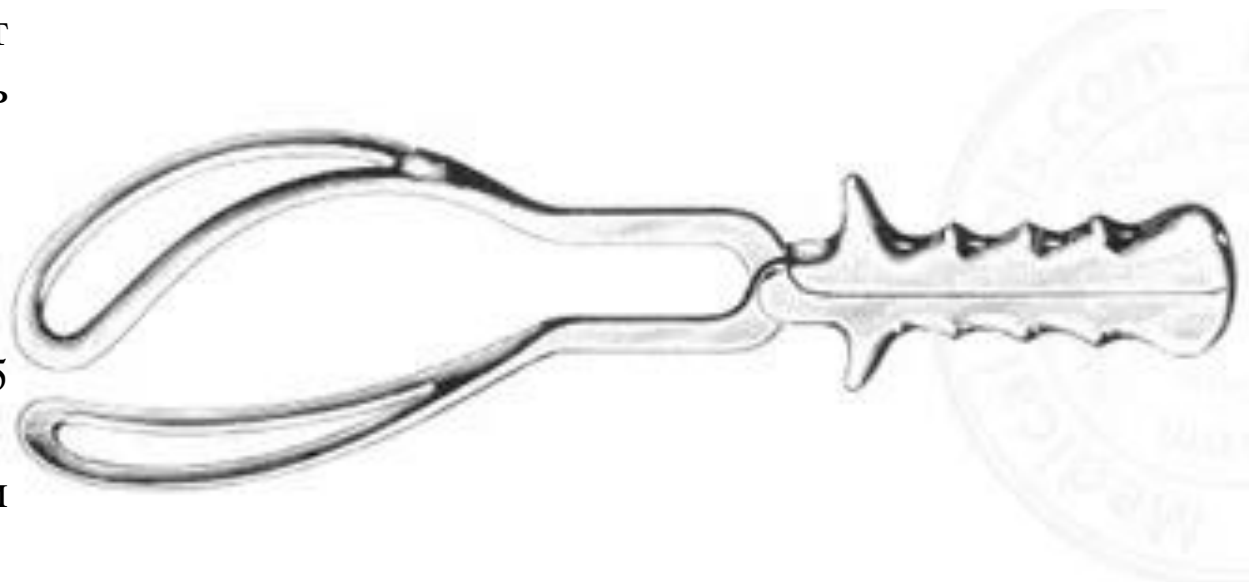
Основная модель щипцов, применяемая в нашей стране, это щипцы Симпсона—Феноменова. Щипцы состоят из двух ветвей (или ложек) — правой и левой. Каждая ветвь состоит из 3 частей:

- собственно ложка
- замковая часть
- Рукоятка

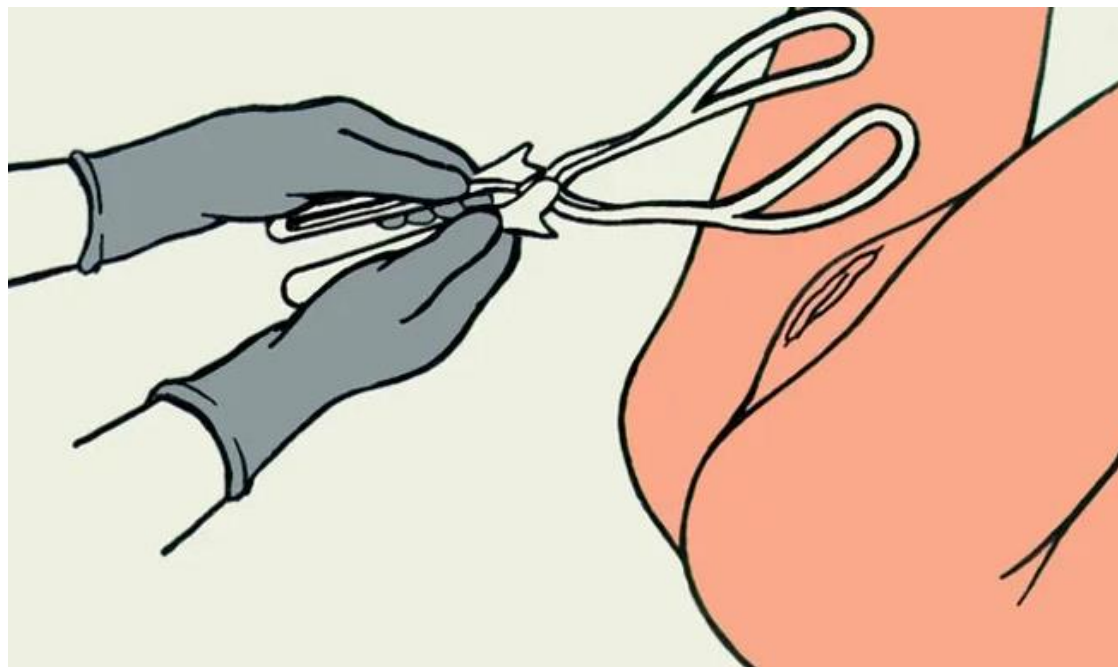
Масса щипцов около 500 г. Общая длина инструмента 35 см.

Ложка имеет так называемые головную кривизну и тазовую.

Головная кривизна воспроизводит окружность головки плода, а тазовая — крестцовую впадину, соответствуя до известной степени проводной оси таза.



Замок служит для соединения ветвей. Замок в щипцах Симпсона —Феноменова имеет простое строение: на левой ветви имеется выемка, в которую вставляется правая ветвь. Такое строение замка обеспечивает умеренную подвижность. Между замком и рукояткой на наружной стороне щипцов имеются боковые выступы, которые называются **крючками Буша**. Когда щипцы сложены, крючки Буша представляют надежную точку опоры, позволяющую развивать большую силу при тракциях. Кроме того, крючки Буша служат опознавательным знаком правильности сложения ложек щипцов. При складывании ложек крючки должны симметрично лежать в одной плоскости. После введения ложек и замыкания замка плоскость, в которой лежат крючки Буша, соответствует поперечному или одному из косых размеров таза, в котором расположены собственно ложки щипцов.

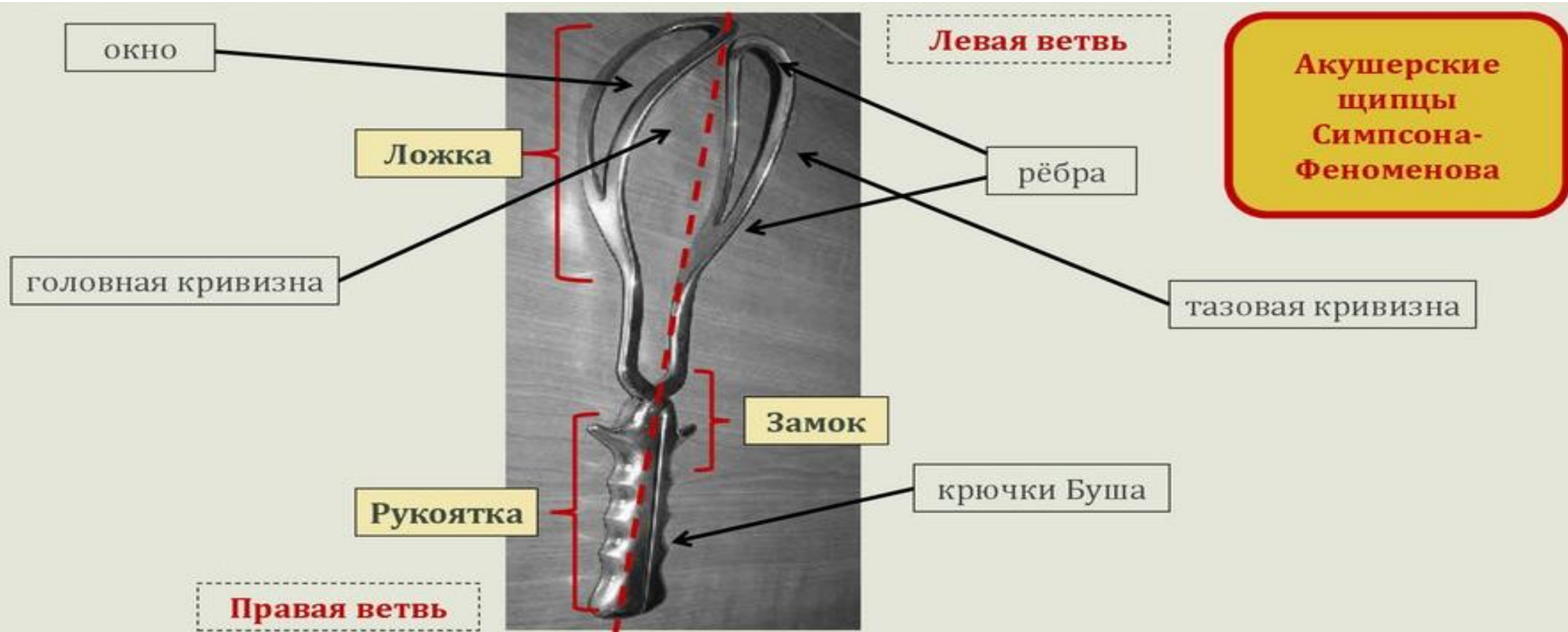


Рукоятки щипцов прямолинейные, наружная их поверхность ребристая, что предупреждает скольжение рук хирурга.

Внутренняя

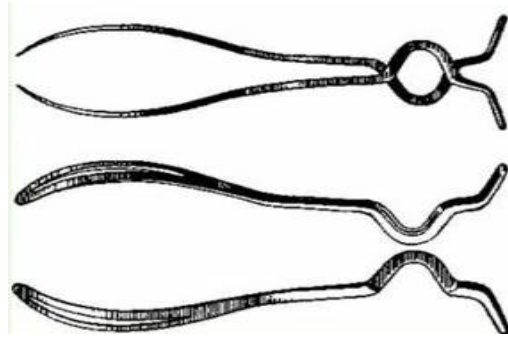
Ветви щипцов различаются по следующим признакам:

- 1) на левой ветви замок и пластинка замка находятся сверху, на правой — снизу;
- 2) крючок Буша и ребристая поверхность рукоятки (если щипцы лежат на столе) на левой ветви обращены влево, на правой — вправо;
- 3) **рукоятка левой ветви** (если щипцы лежат на столе и рукоятками направлены к хирургу) **обращена к левой руке**, а **рукоятка правой ветви — к правой руке хирурга**. Левая ветвь всегда левой рукой вводится в левую половину таза, правая — правой рукой в правую половину таза.

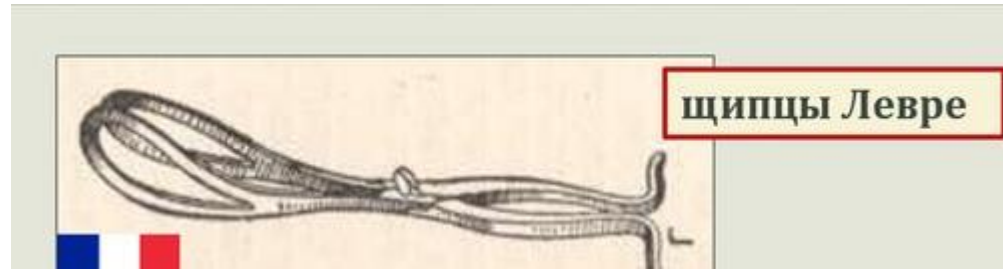


К другим наиболее известным моделям щипцов относятся:

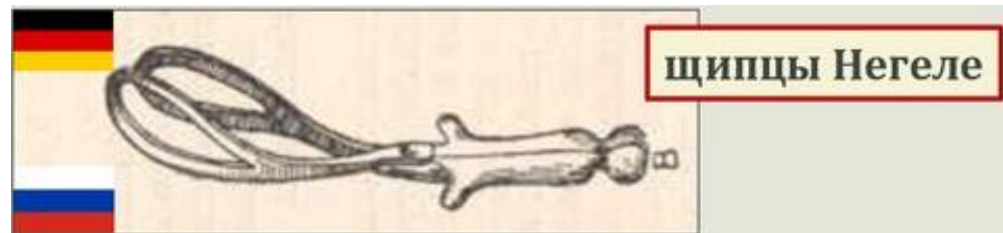
- 1) щипцы Лазаревича (русская модель), имеющие одну головную кривизну и неперекрещивающиеся ложки;



- 2) щипцы Левре (французская модель) — длинные щипцы с двумя кривизнами, перекрещивающимися рукоятками и винтовым замком, который наглухо завинчивается;



- 3) немецкие щипцы Негеле, соединяющие в себе основные качества моделей щипцов Симпсона—Феноменова (английские щипцы) и Левре.



Показания к операции

! Возникшая в период изгнания опасность для матери или плода, которая может быть полностью или частично устранена быстрым родоразрешением

Показания со стороны матери

Связанные с беременностью и родами (акушерские)

- Тяжелая преэклампсия
- Упорная слабость родовой деятельности и/или потуг
- Кровотечение во втором периоде родов
- Эндометрит в родах

Связанные с экстрагенитальными заболеваниями, требующими устранения потуг

- Болезни ССС в стадии декомпенсации
- Расстройства дыхания вследствие заболеваний легких
- Миопия высокой степени
- Острые инфекционные заболевания
- Тяжелые формы нервно-психических расстройств
- Интоксикации/отравления

Показания со стороны плода

Острая гипоксия плода в период изгнания

Противопоказания к операции



Условия для наложения акушерских щипцов

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

! Операция наложения акушерских щипцов может быть проведена только при наличии всех перечисленных условий

Подготовка к операции



Техника операции

Методика включает в себя пять основных моментов:

Первый момент

Введение и размещение ложек



Второй момент

Замыкание щипцов



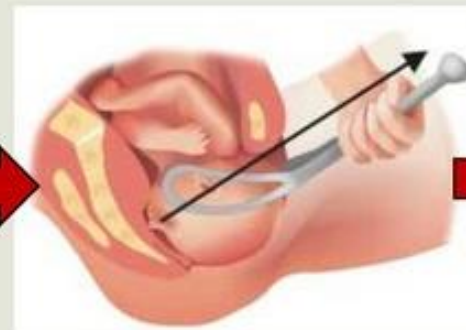
Третий момент

Пробная тракция



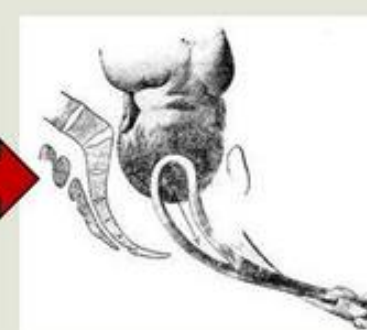
Четвертый момент

Извлечение головки



Пятый момент

Снятие щипцов



Первый момент

**Введение и
размещение
ложек**



**Второе
тройное
правило**

Длинник ложек проходит
через уши от затылка к
подбородку вдоль
большого косога размера

Ложки захватывают головку в
наибольшем поперечнике так,
чтобы теменные бугры
находились в окнах ложек
щипцов

Линия рукояток щипцов
обращена к ведущей
точке головки

Второй момент

**Замыкание
щипцов**



!!!

Если ложки расположены несимметрично и для их замыкания требуется определённое усилие, значит, ложки наложены неправильно, их необходимо извлечь и наложить заново

Третий момент

Пробная тракция



**Позволяет
убедиться в
правильном
наложении щипцов
и отсутствии угрозы
их соскальзывания** !

Правая рука обхватывает рукоятки щипцов сверху так, чтобы указательный и средний палец лежали на крючках Буша. Левая кисть на тыльной поверхности правой, указательный и средний палец вытянуты и касаются головки плода в области ведущей точки.

При правильном наложении во время тракции кончик пальца постоянно соприкасается с головкой.

Четвертый момент

Извлечение ГОЛОВКИ



Указательный и безымянный пальцы правой руки расположены на крючках Буша, средний – между расходящимися ветвями щипцов, большой и мизинец охватывают рукоятки по сторонам. Левая рука захватывает рукоятки снизу.

Тракции головки должны подражать естественным схваткам:

- имитация схватки по силе: начинать тракции не резко, а слабым потягиванием, постепенно его усиливать и также ослаблять;
- производя тракции, не развивать чрезмерную силу и не увеличивать ее;
- между отдельными тракциями необходимо делать паузу в 0,5-1 мин;
- после 4-5 тракций размыкать щипцы и давать отдых головке на 1-2 мин;
- стараться производить тракции одновременно со схватками, усиливая таким образом естественные изгоняющие силы. Если операцию производят без наркоза, надо заставлять роженицу тужиться во время тракции.

*Третье
тройное
правило*

О направлении тракций

Первое: книзу и назад

Второе: книзу

Третье: кпереди

Пятый момент

Снятие щипцов

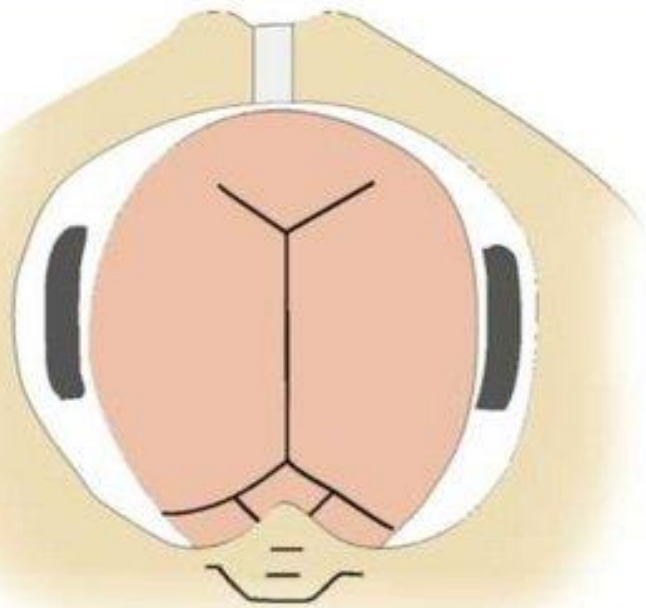


Порядок проведения манипуляции

- Взять правую рукоятку в правую руку, левую рукоятку в левую руку и, разводя их в стороны, разомкнуть замок;
- Вывести ложки в порядке, обратном введению: сначала левую, потом правую. При выведении ложки отклонять в сторону противоположной паховой складки.

Выходные акушерские щипцы

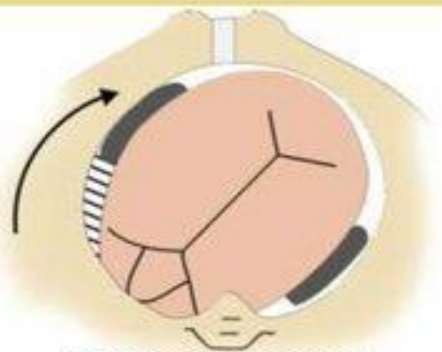
Накладываются на головку, стоящую в выходе малого таза стреловидным швом в прямом размере последнего. Внутренний поворот головки завершен. Головка стоит на тазовом дне, вся крестцовая впадина, в том числе и область копчика, занята головкой, седалищные ости не достигаются. Стреловидный шов - в прямом размере выхода из полости таза. Малый родничок определяется ниже большого и расположен впереди или сзади.



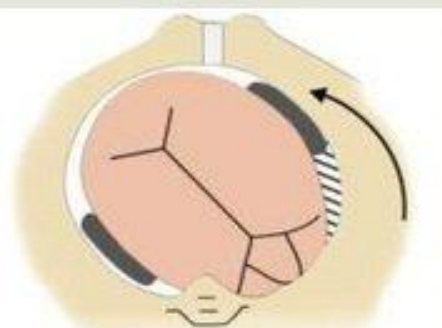
1. Ложки вводятся по озвученным правилам в поперечном размере таза. Рукоятки расположены горизонтально.
2. Влечение надо производить сначала книзу и кпереди до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под нижний край симфиза. Тогда влечения направляют все больше и больше кпереди.
3. При заднем виде затылочного предлежания тракции производят в горизонтальном направлении до тех пор, пока передний край большого родничка не будет соприкасаться с нижним краем лонного сочленения. Затем делают тракции кпереди до фиксации области подзатылочной ямки у верхушки копчика. После этого рукоятки щипцов опускают сзади, происходит разгибание головки и рождение из-под лонного сочленения лба, лица и подбородка плода.

Полостные акушерские щипцы

Накладываются на головку, стоящую в полости таза стреловидным швом в одном из косых размеров. Их еще называют атипичными. Акушерские щипцы накладывают в противоположном косом размере для того, чтобы ложки захватили головку в области теменных бугров.



Первая позиция



Вторая позиция

1. При переднем виде первой позиции плода левую ложку вводят под контролем правой руки-проводника влево и несколько кзади, т.е. в заднебоковой отдел таза. Ложку располагают на области левого теменного бугра головки. Правую ложку вводят обычным способом в правую половину таза, затем под контролем левой руки, введенной во влагалище, ложку перемещают кпереди, пока она не установится в области правого теменного бугра. Перемещение ложки осуществляют осторожным надавливанием на ее нижнее ребро II пальца левой руки. Таким образом, ложки лежат друг против друга в левом косом размере таза.
2. При переднем виде второй позиции первой вводят левую ложку в левую половину таза, а затем перемещают ее кпереди в переднебоковой отдел таза. Правую, фиксированную ложку сразу вводят в правый заднебоковой отдел таза. Таким образом, ложки размещают в правом косом размере таза бипариетально.
3. Тракции производят книзу и кзади, головка совершает внутренний поворот, стреловидный шов постепенно переходит в прямой размер выхода таза. Далее тракции направляют сначала вниз до выхода затылочного бугра из-под лона, затем - кпереди до разгибания головки.

Трудности ,возникающие при наложении акушерских щипцов

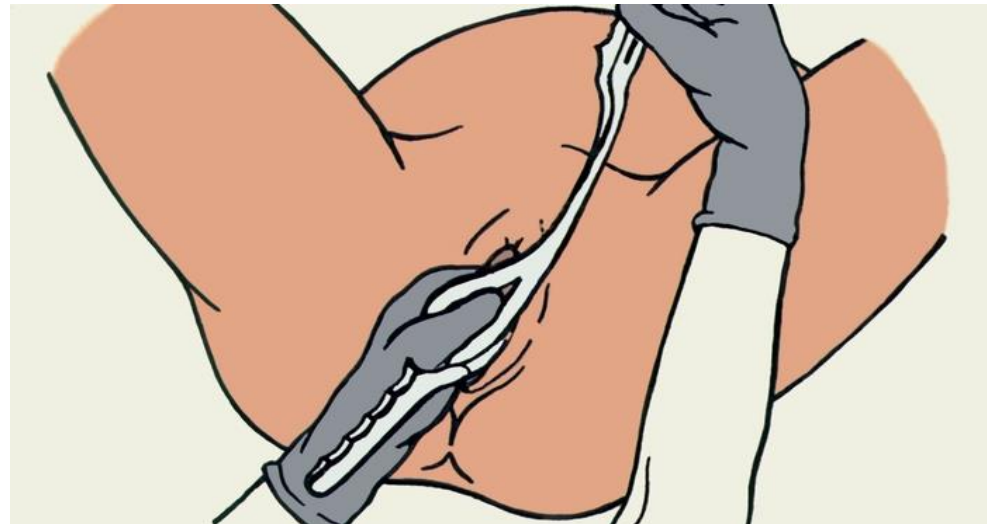
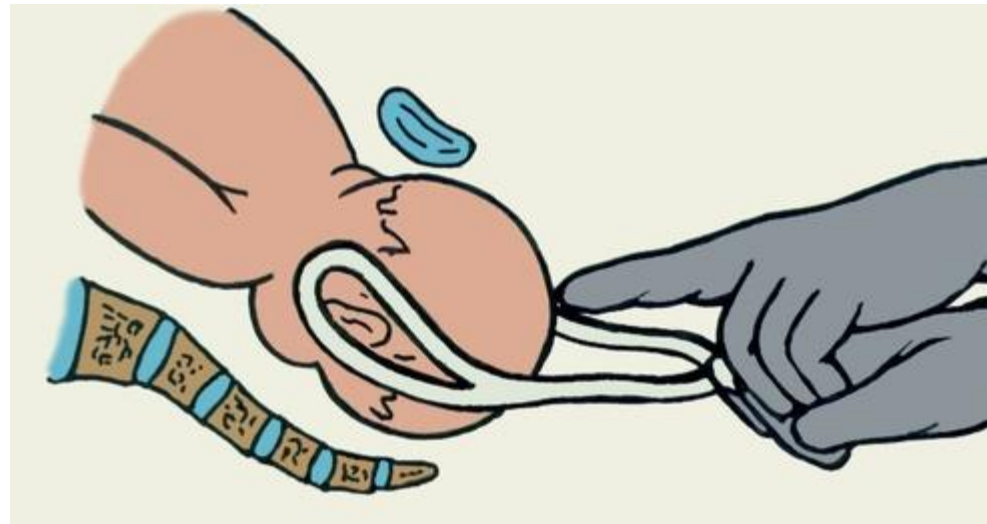
Затруднения при введении ложек могут быть связаны с узостью влагалища и резистентностью тазового дна, что требует рассечения промежности.

Иногда ложка щипцов встречает препятствие и не продвигается глубже, что может быть обусловлено попаданием верхушки ложки в складку влагалища или в его свод. Ложку необходимо извлечь и затем ввести повторно при тщательном контроле пальцами руки-проводника. Иногда затруднения при введении ложек вызываются резкой конфигурацией головки при возникшем несоответствии головной кривизны ложки изменившейся форме головки. Осторожно преодолевая это затруднение, удастся правильно ввести и наложить ложку.

В некоторых случаях могут встретиться трудности и при замыкании ложек, обычно возникающие, если ложки лежат не в одной плоскости. В таких случаях рукоятки щипцов нужно опустить кзади по направлению к промежности и попытаться замкнуть щипцы. Если это не удастся, то под контролем пальцев, введенных во влагалище, ложки перемещаются до тех пор, пока они не окажутся в одной плоскости. Если и этот прием не приводит к цели, необходимо щипцы извлечь и наложить повторно. Если рукоятки щипцов при попытке их замыкания расходятся, это может быть обусловлено недостаточной глубиной введения ложек, плохим обхватом головки в невыгодном направлении или чрезмерной величиной головки. При недостаточной глубине введения ложек их верхушки давят на головку и при попытке сжатия ложек могут произойти тяжелые повреждения плода вплоть до перелома костей черепа. Затруднения при замыкании ложек возникают и в тех случаях, когда щипцы наложены не в поперечном, а в косом и даже лобно-затылочном направлении.

Неправильное положение ложек связано с ошибками в диагностике местоположения головки в малом тазу и расположения швов и родничков на голове, поэтому для его устранения необходимо повторное влагалищное обследование и соответствующее перемещение или повторное введение ложек. Отсутствие продвижения головки при тракциях может зависеть от неправильного их направления. Тракции всегда должны соответствовать направлению проводной оси таза и биомеханизму родов.

При тракциях может произойти соскальзывание щипцов — вертикальное (через головку наружу) или горизонтальное (вперед или назад). Причинами соскальзывания щипцов являются неправильный захват головки, неправильное замыкание щипцов, несоответствующие размеры головки плода. При первых признаках соскальзывания щипцов (увеличение расстояния между замком щипцов и головкой при продвижении ложек) необходимо прекратить тракцию, снять щипцы и наложить их вновь, если для этого нет противопоказаний.



Осложнения

Соскальзывание щипцов

Вертикальное

Горизонтальное

ПРИЧИНЫ

- Неправильный захват головки
- Неправильное замыкание щипцов
- Несоответствующие размеры головки плода

ПОСЛЕДСТВИЯ

- Разрыв промежности
- Разрыв влагалища
- Травма клитора
- Разрыв прямой кишки
- Разрыв мочевого пузыря

Повреждение родовых путей

Разрыв влагалища

Разрыв промежности

Разрыв шейки матки

Тяжелые осложнения

Разрыв нижнего сегмента матки

Травма мочевого пузыря

Травма прямой кишки

Осложнения для плода

Отечность с цианотичной окраской

Гематомы

Парез лицевого нерва

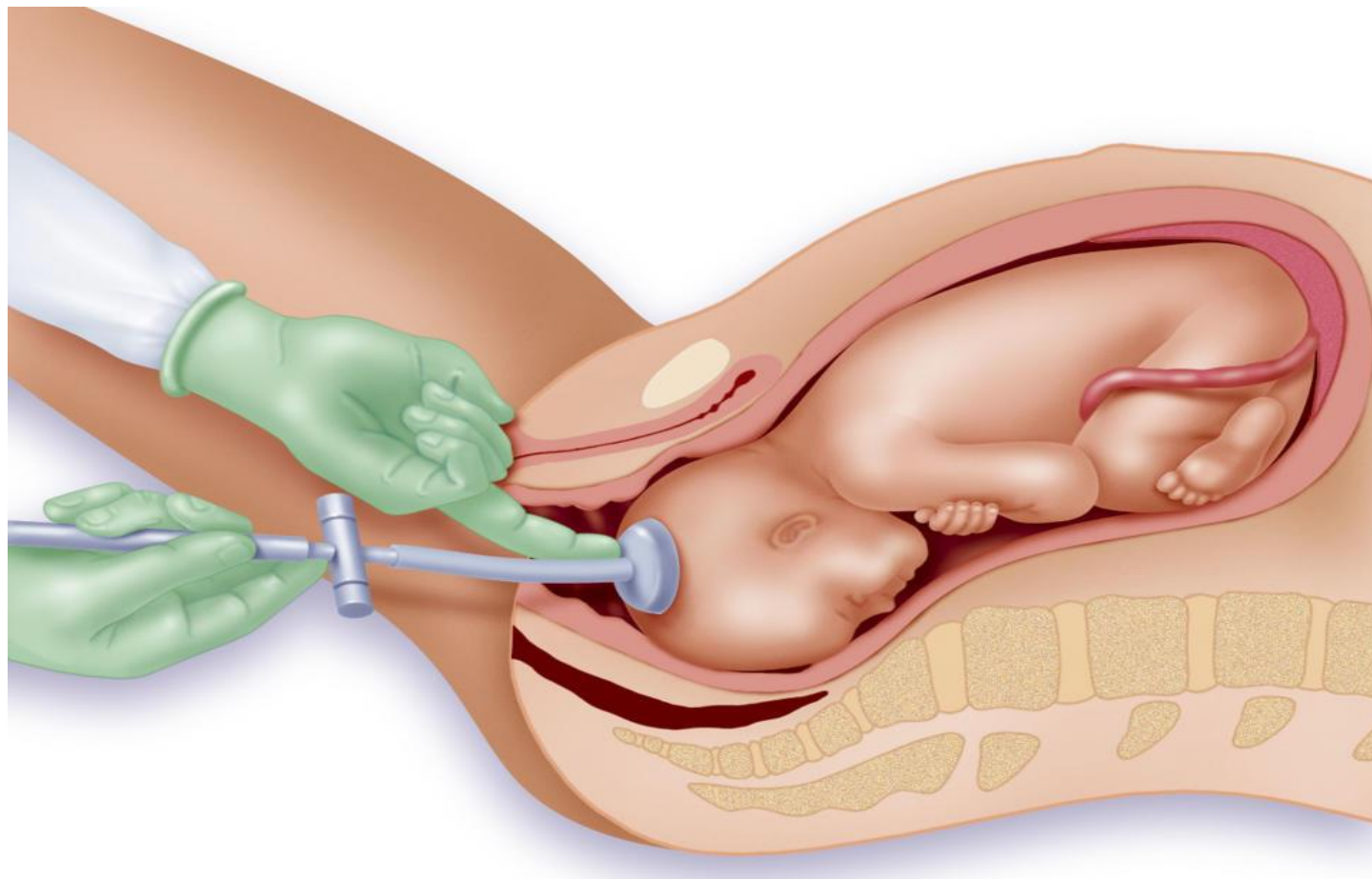
Повреждения костей черепа (от вдавлений до переломов)

Внутри мозговое кровоизлияние

Послеродовые инфекционные осложнения

Операция НЕ является причиной, но увеличивает риски

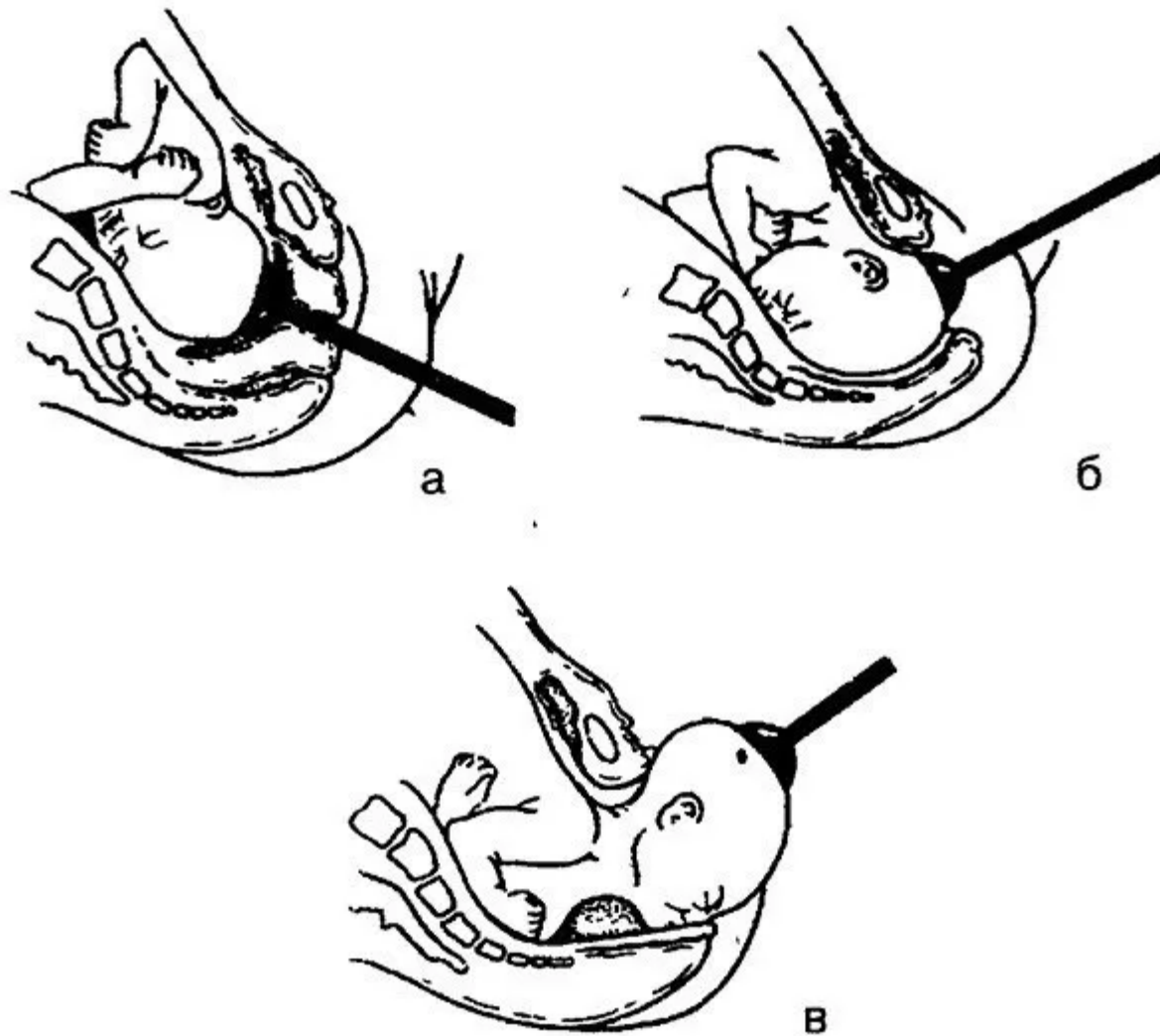
ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА



Вакуум-экстракция плода — родоразрешающая операция, при которой плод искусственно извлекают через естественные родовые пути с помощью вакуум-экстрактора.

Принцип работы аппарата состоит в создании вакуумметрического давления между внутренней поверхностью чашечки аппарата и головкой плода.

В современном акушерстве вакуум-экстракция плода имеет крайне ограниченное применение в связи с неблагоприятными последствиями для плода.



Типы вакуум-экстракторов

Вакуум-экстрактор Мальстрёма, состоящий из металлических чашечек диаметром от 7,6 до 15,2 см и устройства для создания вакуума с помощью электронасоса.



Вакуум-экстрактор системы Kiwi, состоящий из двух чашечек – является более щадящим, менее травматичным. 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. Вторая чашечка является менее травматичной, но она не так сильно фиксируется на головке. Более эффективно применять «плотный» вариант чашечки.

Отрицательное давление сначала 100 мм рт. ст., а затем до 400—600 мм рт. ст. создается правой рукой акушера, воздействуя на насос. Контроль за давлением обеспечивает индикатор разрежения (зеленый цвет соответствует достаточному разрежению).



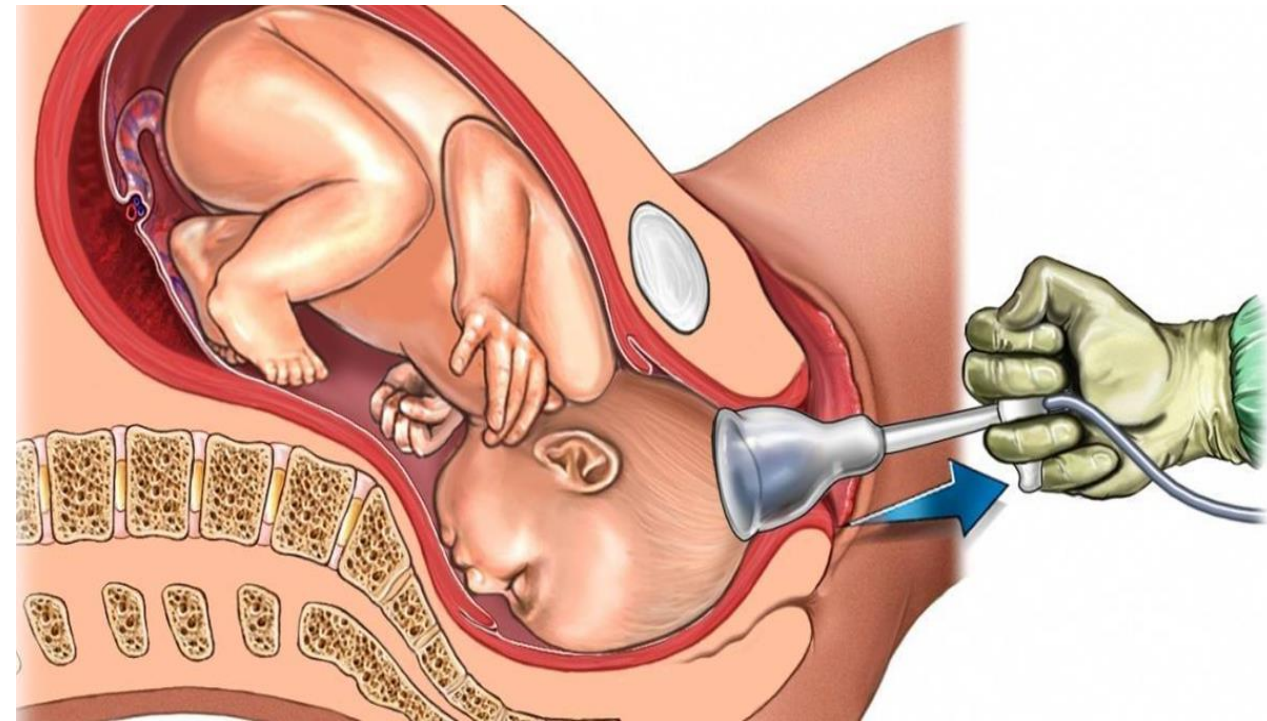
Показания и противопоказания к операции

Показания

слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии; начавшаяся асфиксия плода.

Противопоказания

заболевания, требующие выключения потуг (тяжелые формы позднего гестоза, декомпенсированные пороки сердца, миопия высокой степени, гипертоническая болезнь и др.), так как во время вакуум-экстракции плода требуется активная потужная деятельность роженицы.



Условия и подготовка к операции

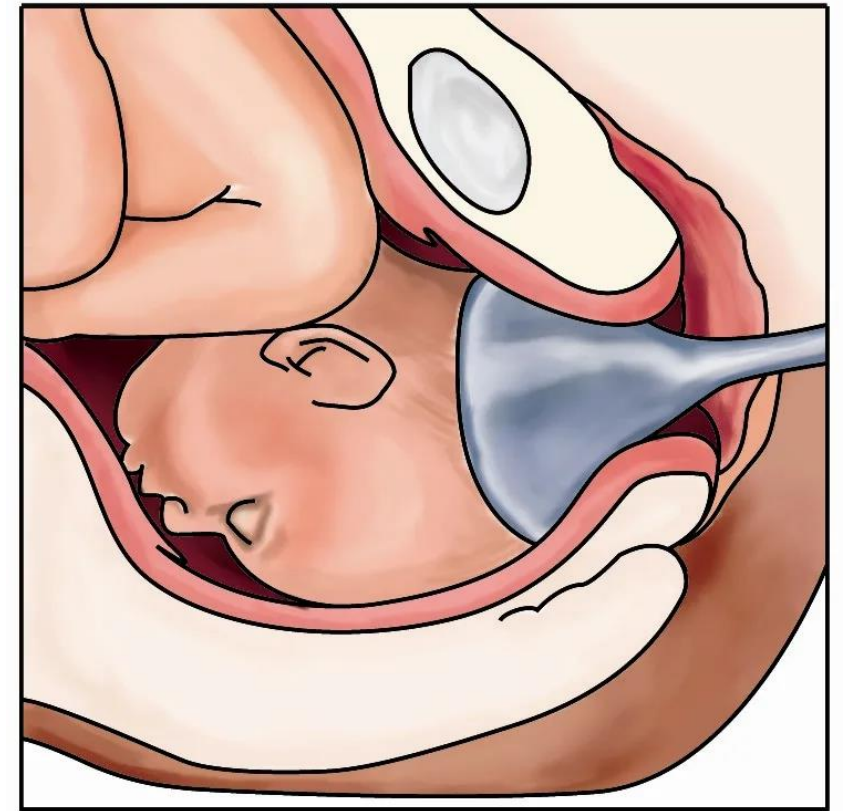
Условиями для выполнения операции вакуум-экстракции плода являются:

- 1) полное раскрытие маточного зева;
- 2) отсутствие плодного пузыря;
- 3) соответствие между размерами головки плода и размерами таза матери;
- 4) затылочное вставление головки;
- 5) живой, доношенный плод;
- 6) головка плода фиксирована большим сегментом во входе в таз, в узкой части полости или чаще в выходе из малого таза.

В двух последних случаях операцией выбора являются акушерские щипцы.

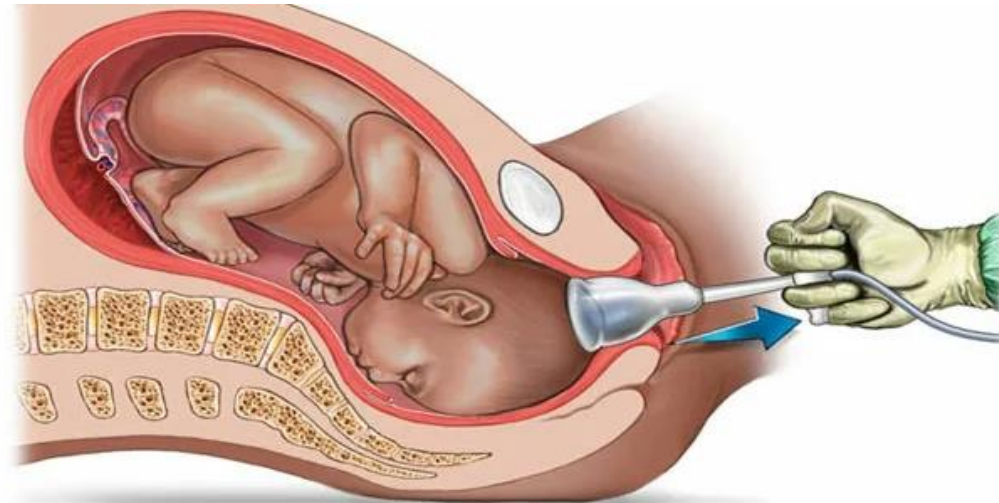
Подготовка к операции типична для влагалищных операций.

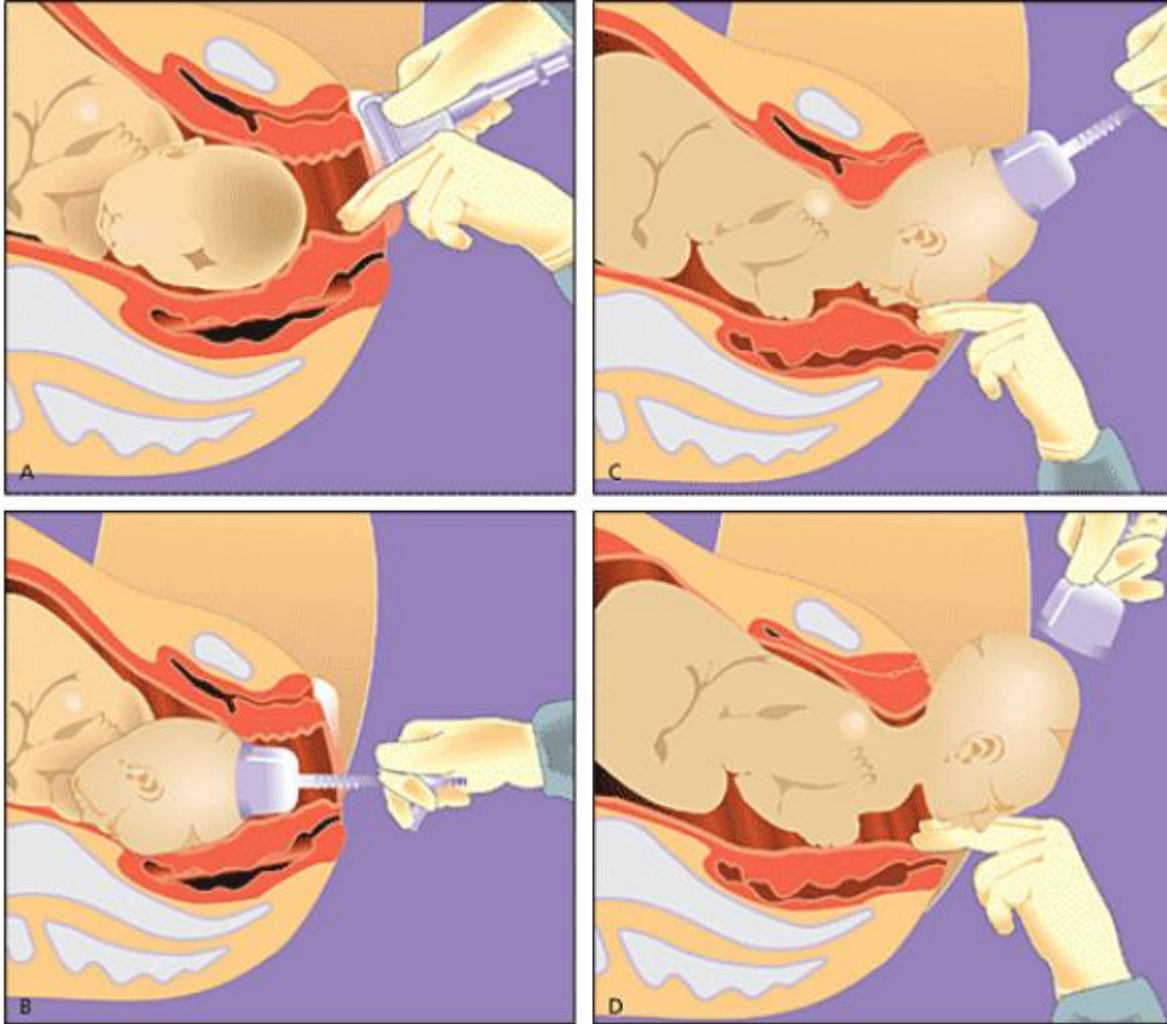
Общий наркоз противопоказан, так как вакуум-экстракция плода предусматривает активное участие роженицы. Непосредственно перед операцией производится влагалищное обследование для уточнения условий и определения направления тракций.



Техника операции

Чашечка вводится во влагалище боковой поверхностью в прямом размере таза правой рукой акушера, указательный и большой пальцы левой руки при этом раскрывают вход во влагалище. Затем чашечку поворачивают в поперечный размер и отверстием прижимают к головке плода, по возможности ближе к заднему (малому) родничку. Чашечка присоединяется к электроотсосу, и в ней создается отрицательное давление в 500—550 мм рт. ст. После этого приступают к тракциям, которые выполняются синхронно с потугами в направлении, соответствующем биомеханизму родов. При прорезывании теменных бугров ликвидируется вакуум, чашечка отделяется от головки, после этого головка выводится ручными приемами.





Осложнения :

- Повреждения у плода: ссадины, кефалогематомы, подапоневротическая гематома;
- Дистоция плечиков;
- Нарушения мочеиспускания у роженицы;
- Гематомы и разрывы мягких тканей

Извлечение плода за тазовый конец



Извлечение плода за тазовый конец называется операция, посредством которой плод, рождающийся в одном из вариантов тазового предлежания, искусственно выводят из родового канала.

Показания к операции:

- Острая внутриутробная гипоксия плода (выпадение петель пуповины, завязывание узла, отрыв пуповины и др.)
- Тяжелое состояние роженицы, требующее срочного завершения родов (инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг, отслоение сетчатки, острая сердечная, сосудистая, почечная, печеночная недостаточность, пневмония, отек легких, гипертонический криз и др.)
- Тяжелая патология беременности (преэклампсия, эклампсия, эмболия околоплодными водами).
- Только что выполненный классический акушерский поворот плода на ножку

Условия для операции:

- Полное раскрытие шейки матки
 - Отсутствие плодного пузыря
 - Соответствие размеров таза роженицы и головки плода
 - Опорожненный мочевой пузырь
-

Различают четыре этапа

1. Извлечение плода до пупка
2. Извлечение его от пупка до нижнего угла лопаток
3. Выведение плечевого пояса
4. Выведение последующей головки

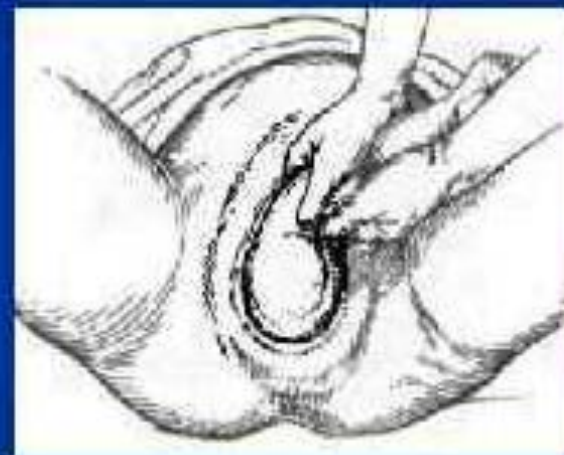
Извлечение плода за ножку

Первый момент. Ножку захватывают всей рукой, причем лучше в области коленного сустава. Влечение за ножку производится книзу. Вторая ножка не освобождается, а рождается самостоятельно. После рождения ножек и тазового конца плод захватывают и извлекают до уровня пупочного кольца.

Второй момент. Плод извлекают до уровня нижнего угла лопаток. Этот момент выделяется вследствие того, что к освобождению ручки можно приступить лишь после того, как плод родился до уровня нижнего угла лопаток и со временем рождения плода до уровня пупка последующая головка, вступившая во вход в таз, может ущемить пуповину, что грозит гипоксией. Не рекомендуется подтягивание пуповины

Третий момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища плода. При этом переднее плечико плода подходит под лобковую дугу, а заднее устанавливается над промежностью. Внутренний поворот головки плода;

Четвертый момент-сгибание головки плода и ее прорезывание (рождение); обычно головка прорезывается малым косым размером, реже прямым размером.

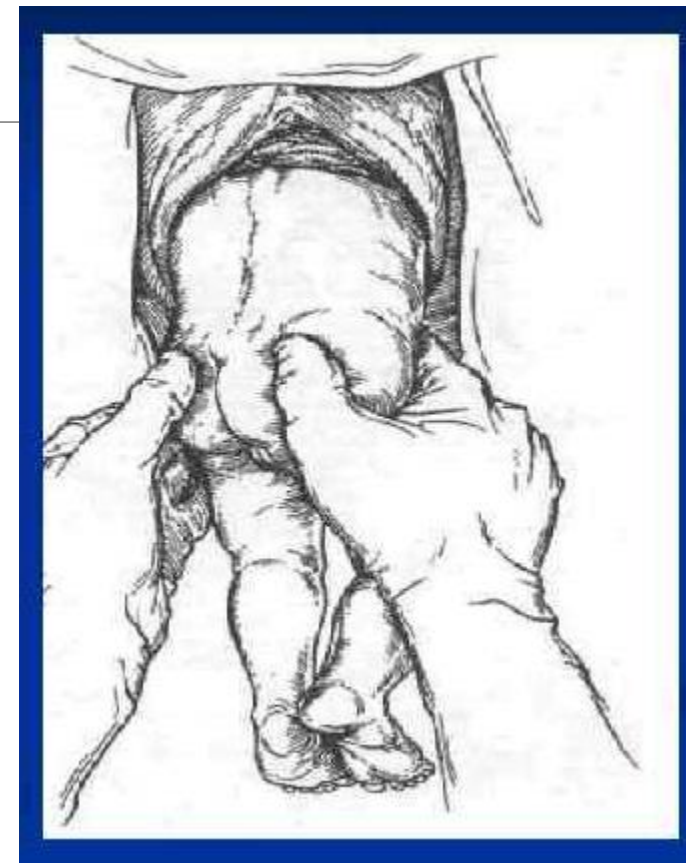


Извлечение плода за обе ножки

К данному вмешательству прибегают при полном предлежании ножек

Извлечение начинают с одноименного захватывания каждой ножки одноименной рукой

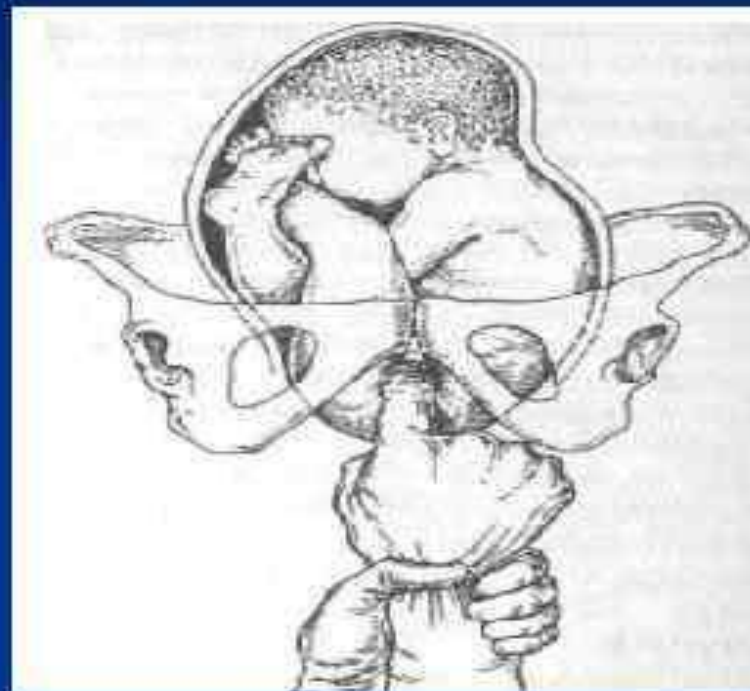
Все последующие манипуляции производят так же, как при извлечении плода за одну ножку



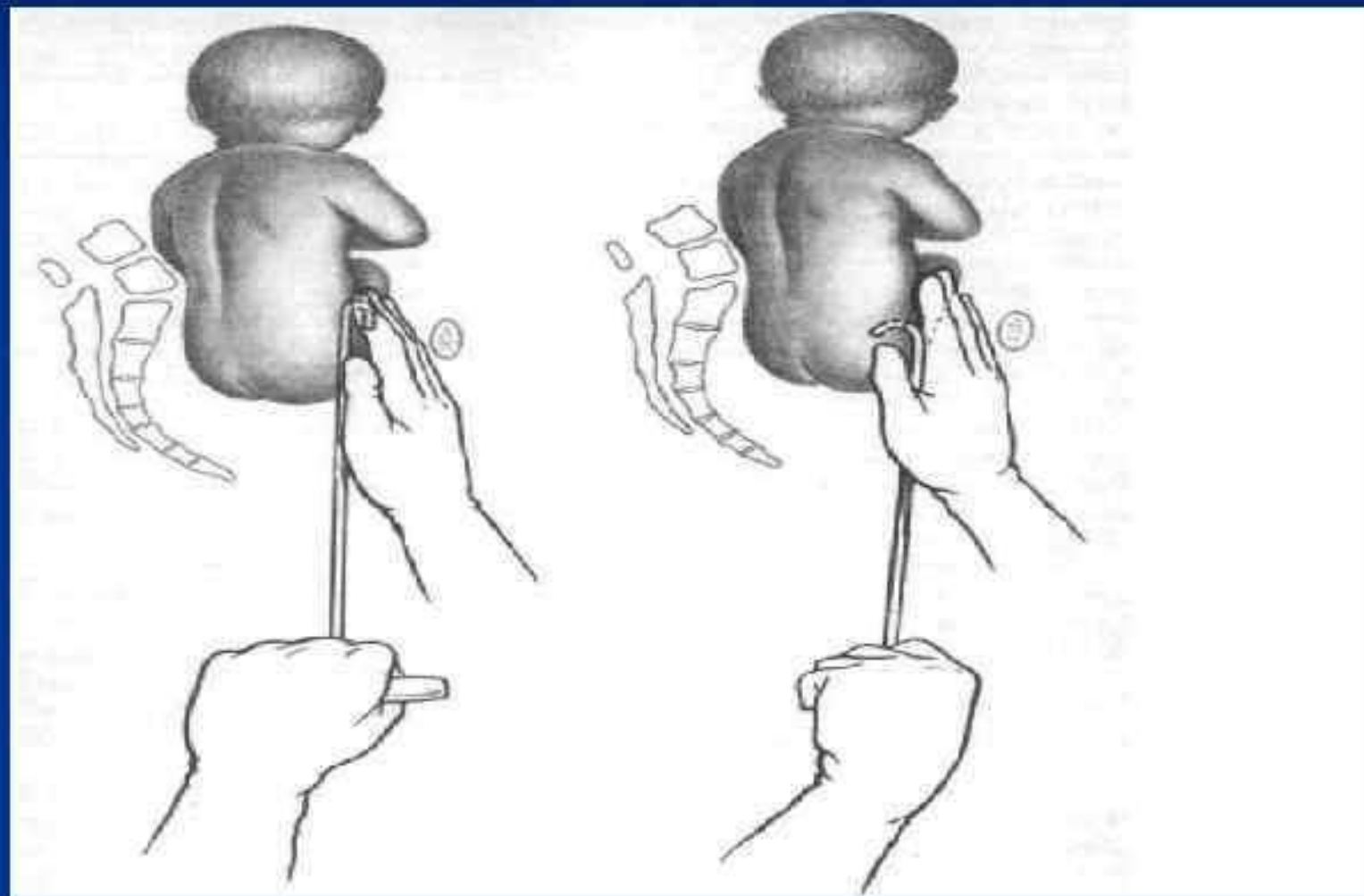
Способы извлечение плода за паховый изгиб:

- Ручное извлечение плода
- Инструментальное извлечение плода
- Извлечение плода с помощью петли
- Извлечение ягодиц с помощью тупого крючка
- Извлечение плода с помощью щипцов

Ручное извлечение плода при чисто ягодичном предлежании



Инструментальное извлечение плода за паховый сгиб



Трудности и осложнения при извлечении плода и ручном пособии при тазовых предлежаниях плода

Первый момент. При давлении не в паховой складке, а на бедро возможен перелом его и повреждение кожных покровов.

Второй момент. Обычно трудностей не представляет.

Третий момент.

- Ручка лежит далеко впереди головки
- Запрокидывание ручек
- Извлечение ручек при заднем виде тазового предлежания

Четвертый момент.

- Разгибание головки
- Поворот головки подбородком кпереди

Осложнения при операции извлечения плода за тазовый конец

Повреждения матери:

- Разрыв шейки матки
- Разрыв влагалища и промежности
- Травматические повреждения таза

Повреждения плода:

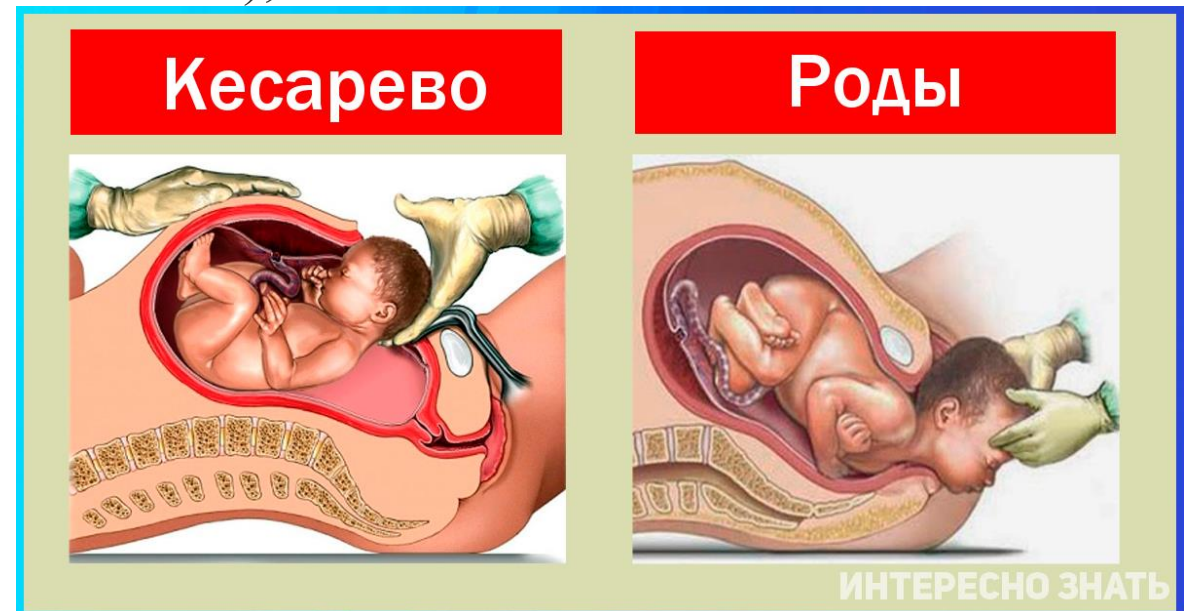
- Ссадины
- Кровоподтеки разрыв мозжечкового намета
- Переломы костей свода черепа и т. д.

Кесарево сечение в современном акушерстве

- Частота КС - более 30% (ВОЗ: оптимальный уровень до 15%).

Причины роста частоты КС:

- Увеличение доли женщин с оперированной маткой (рубец после КС, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности, пластических операций на матке);
- Увеличение числа первобеременных после 35 лет
- Рост беременностей после ЭКО
- КС в интересах плода



Цель предоперационной подготовки – профилактика осложнений во время операции и в послеоперационном периоде

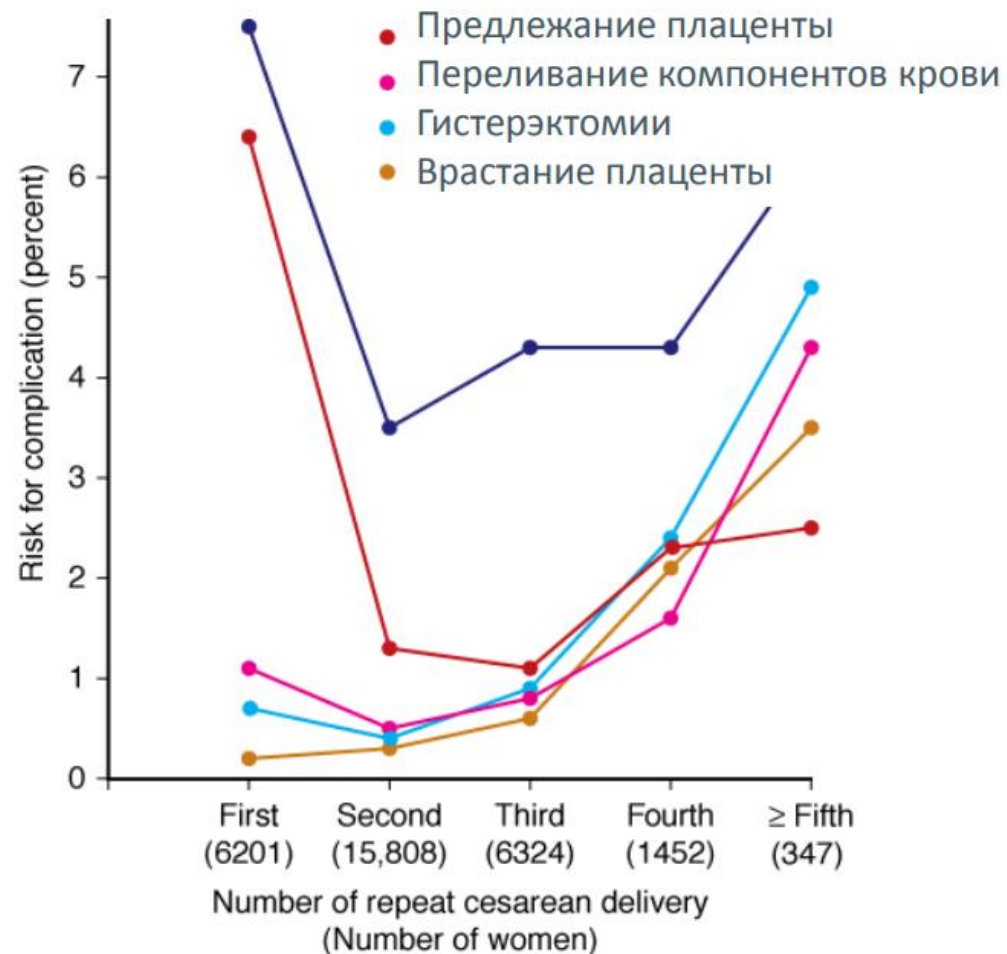
Плановая операция

- Госпитализация в стационар за неделю до операции
- Клиническое и лабораторное обследование для оценки соматического статуса, коррекция выявленных нарушений (ОАК,ОАМ, БАК, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, анализы крови на ВИЧ, сифилис, мазок из влагалища и посев, ЭКГ, КТГ, УЗИ матки, рубца, положения плаценты и доплерометрия, осмотр терапевта, анестезиолога)
- Диета
- Седативные препараты, премедикация
- Полная санобработка, обработка влагалища антисептиком
- Катетеризация мочевого пузыря (катетер Фоллея)

Экстренная операция

- Минимальная санитарная обработка
- Опорожнение желудка зондом
- Катетеризация мочевого пузыря
- Определение группы крови и резус-фактор

Осложнения после повторных операций КС



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition*: <http://www.accessmedicine.com>

Показания к операции КС

-Абсолютные показания

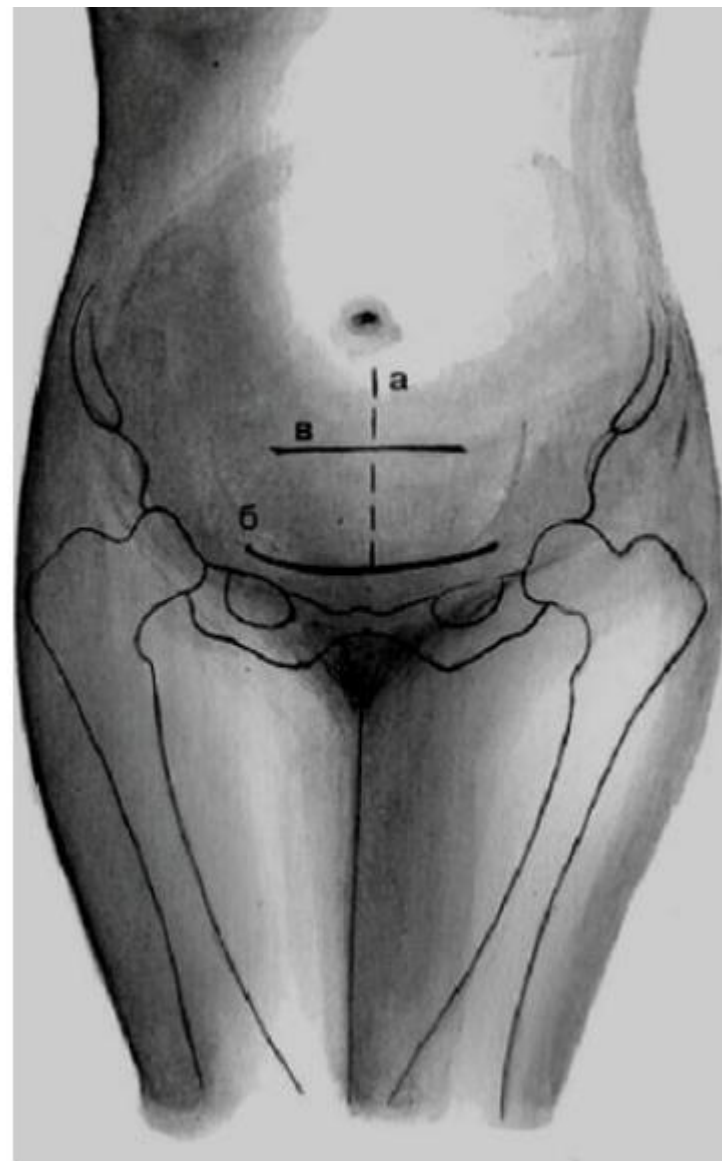
Со стороны матери (*анатомически узкий таз 3-я и 4-я степень сужения, выраженное варикозное расширение вен в области влагалища, заболевание сердечно-сосудистой системы, кровотечение из половых путей – отслойка плаценты, неполное предлежание плаценты, миопия высокой степени, неполноценный рубец на матке, полное предлежание плаценты, рубцовые изменения шейки матки и (или) влагалища, опухоли малого таза, тяжелые формы гестоза при неподготовленных родовых путях, угрожающий и начавшийся разрыв шейки*)

Со стороны плода (*острая гипоксия, поперечное положение после излития околоплодных вод, разгибательные (неправильные) вставления головки плода, смерть матери при живом ребенке.*)

-Относительные показания ситуации, когда не исключена возможность родов через естественные родовые пути, однако **опасность развития осложнений у матери и плода превышает риск осложнений кесарева сечения**

Виды операций КС

- По срокам беременности:
 - малое кесарево сечение (до 22 недель)
 - кесарево сечение (при сроке родов)
- По показаниям:
 - абсолютным и относительным показаниям
 - экстренным показаниям и плановым
- По доступу:
 - абдоминальное кесарево сечение
 - влагалищное кесарево сечение ????
- По методике вхождения в брюшную полость:
 - срединно-латеральная лапаротомия
 - поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю
 - по Джоэл-Кохену, Пелоси, Maylard, Mouchel, Stark
- По разрезу матки:
 - поперечный разрез в области нижнего сегмента
 - продольный в области нижнего сегмента, корпоральный, Т-образный.
- По отношению к брюшине:
 - интраперитонеальное кесарево сечение
 - экстраперитонеальная операция (не актуально, много осложнений)



Обезболивание КС

Общая анестезия при кесаревом

Минусы общего наркоза:

- при возможных осложнениях будет непросто подключить роженицу к аппарату искусственного дыхания;
- гипоксия, которая наступает в результате снижения ёмкости лёгких;
- высокий риск попадания в легкие желудочной жидкости (аспирация);
- резкое повышение давления и учащение сердечных сокращений;
- так как анестезия общего типа проникает через плаценту к плоду, возможны осложнения в виде депрессии ЦНС новорожденного.

Плюсы общего наркоза:

- отсутствие стресса и болевых ощущений у матери во время операции;
- практически мгновенное погружение в наркоз, что имеет большое значение при экстренных родах;
- полное мышечное расслабление женщины во время операции и отсутствие сознания создаёт идеальные условия для операции;
- риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы намного ниже, чем при использовании других видов анестезии.

Спинальная анестезия при кесаревом сечении

Этот метод анестезии заключается во введении лекарственного препарата в спинномозговое пространство в области поясницы. Действие анестезии в этом случае распространяется только на нижнюю часть тела, а женщина прибывает в сознании.

Минусы спинальной анестезии:

- действие этого метода анестезии ограничено;
- применение анестезии чревато резким понижением артериального давления;
- возможен побочный эффект в виде продолжительных головных болей у роженицы в течение 1-3 дней после операции.

Плюсы спинальной анестезии:

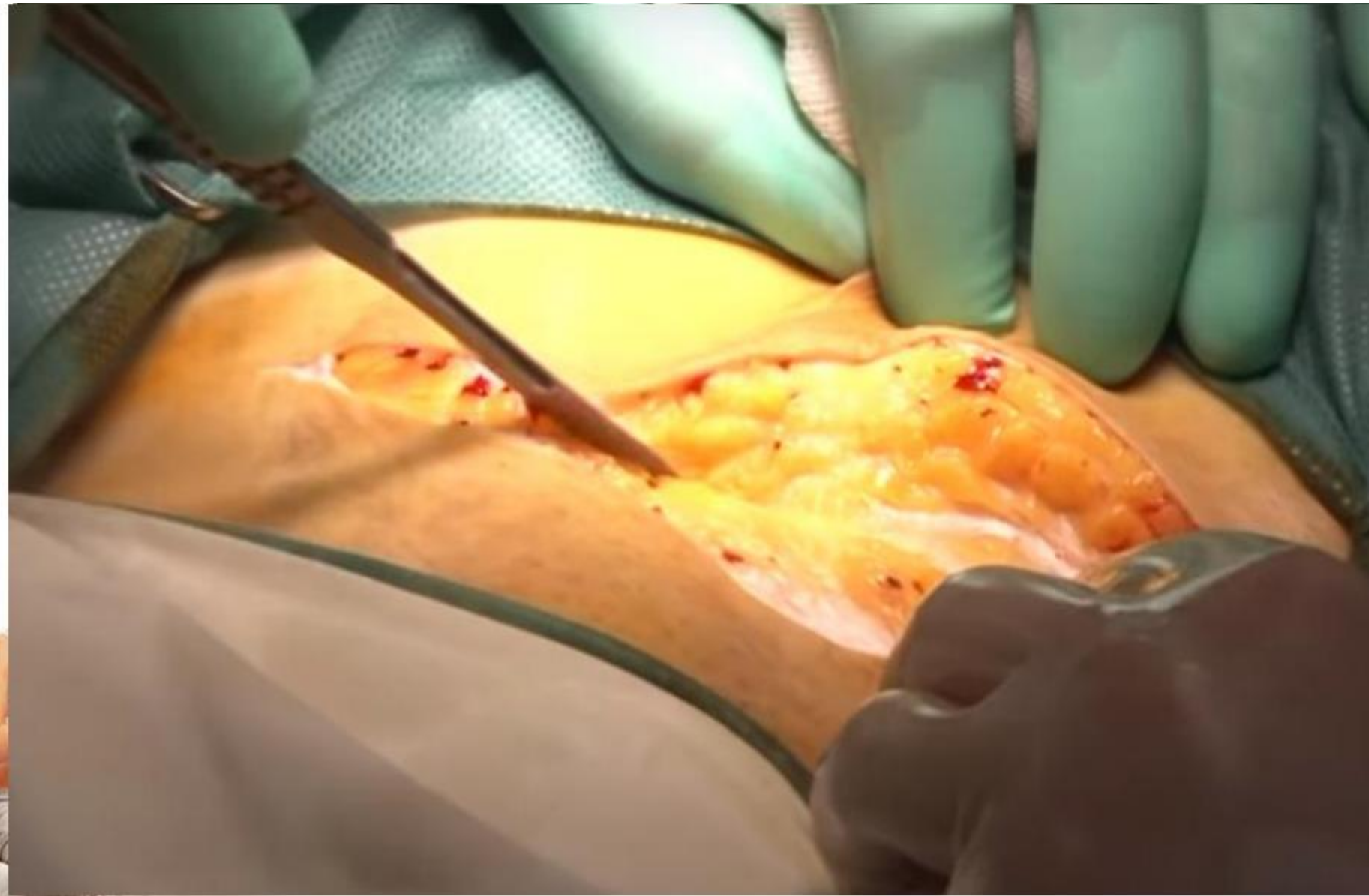
- женщина остаётся в сознании, что даёт ей шанс наблюдать за родами и пережить это волнующее действие;
- спинальная анестезия кесарево делает абсолютно безболезненным и исключает какие-либо болевые ощущения во время операции;
- этот метод анестезии абсолютно не токсичен, что говорит о максимально безопасных условиях для плода во время операции.

Эпидуральная анестезия при кесаревом сечении

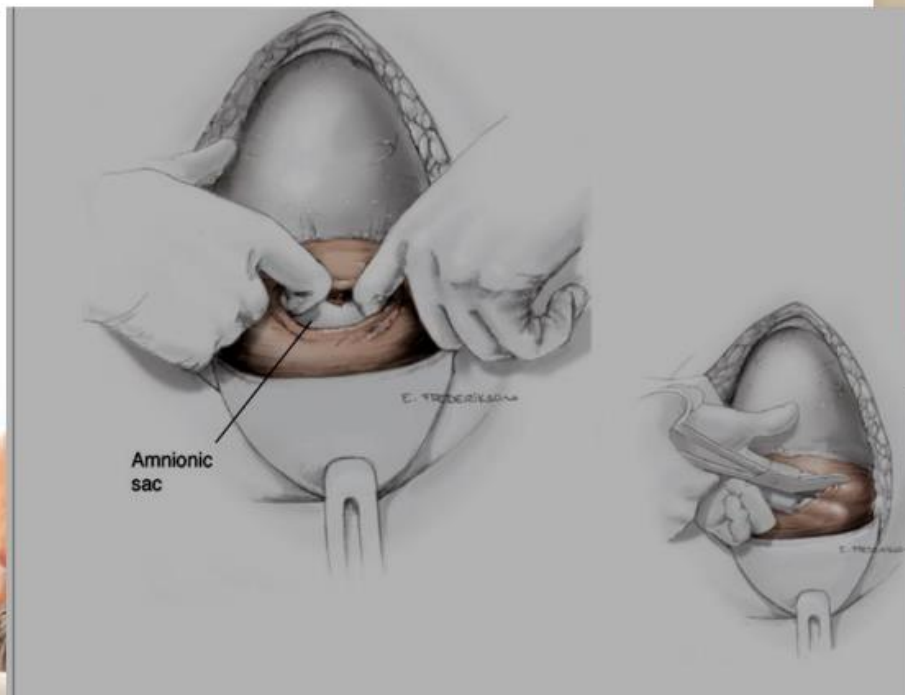
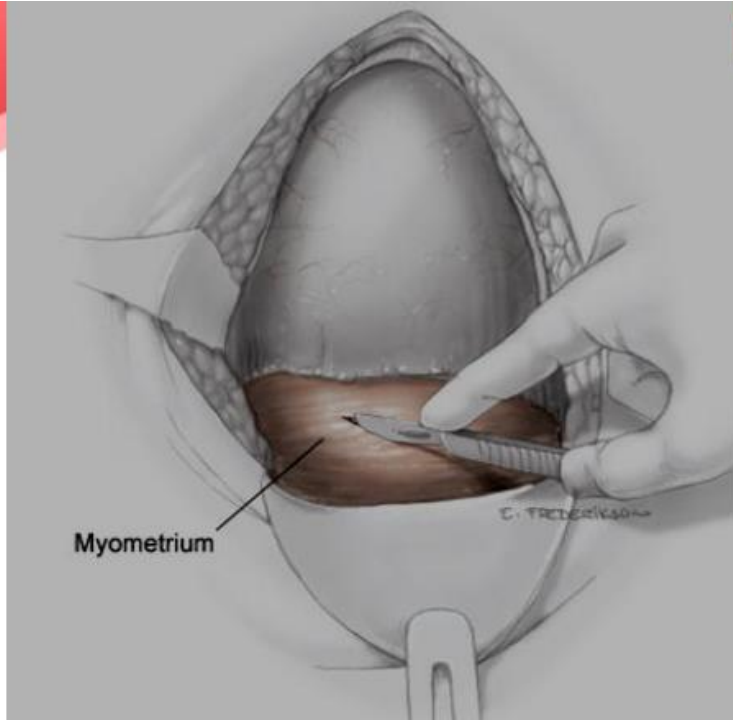
Эпидуральная анестезия, так же как и предыдущий метод, воздействует только на нижнюю часть туловища роженицы, препарат вводится в эпидуральное пространство.

Плюсы эпидуральной анестезии:

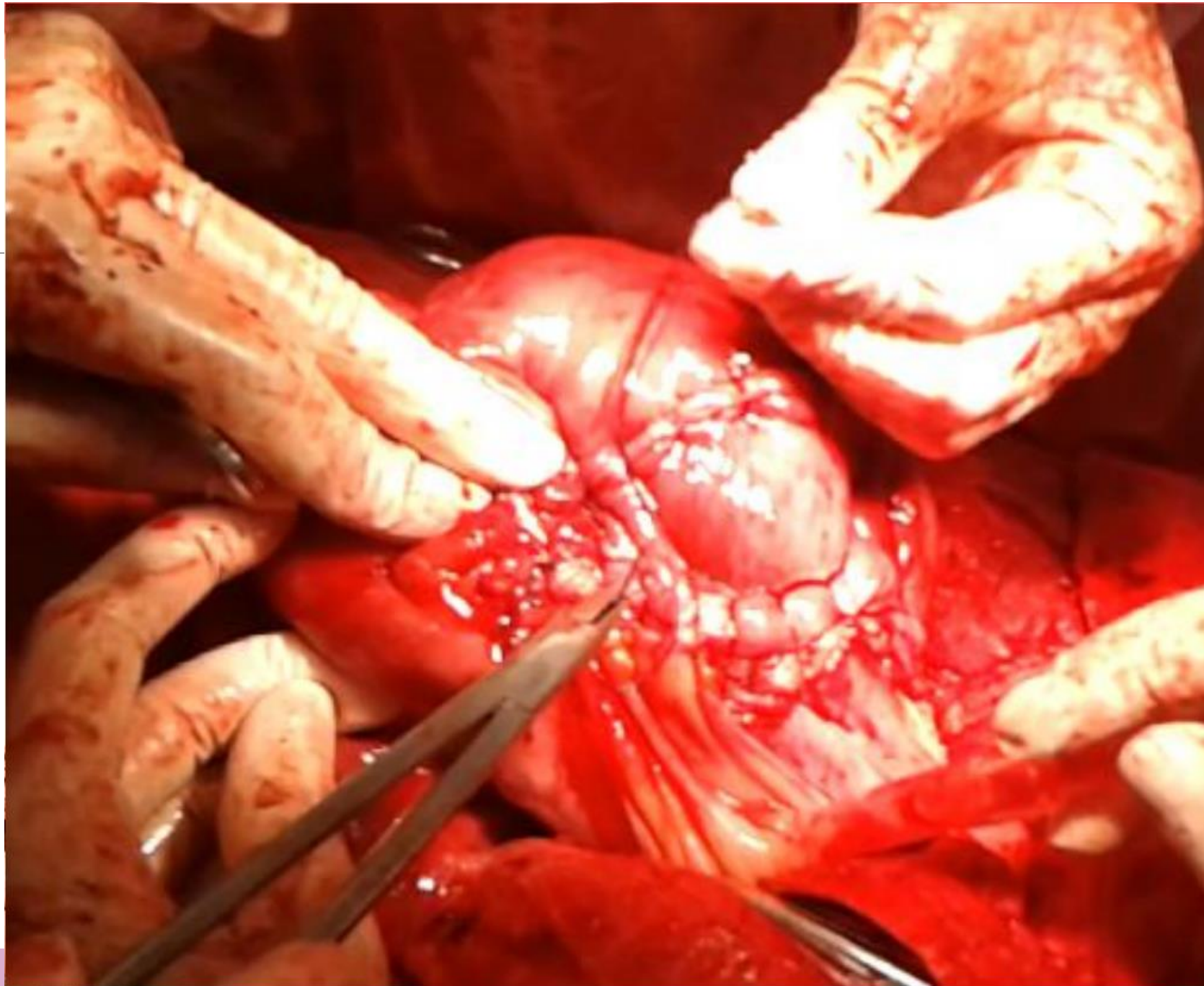
- стабильная работа сердечно-сосудистой системы;
- женщина сохраняет двигательные способности, что позволяет ей обнять ребёнка после родов;
- к минимуму сведены возможные раздражения верхних дыхательных путей;
- длительность этого метода анестезии очень велика, что является несомненным плюсом при затянутых операциях;
- возможность послеродового обезболивания.



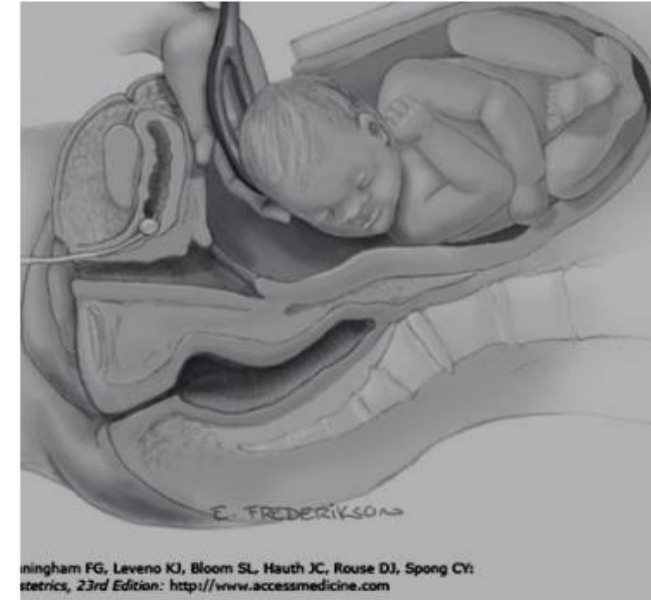
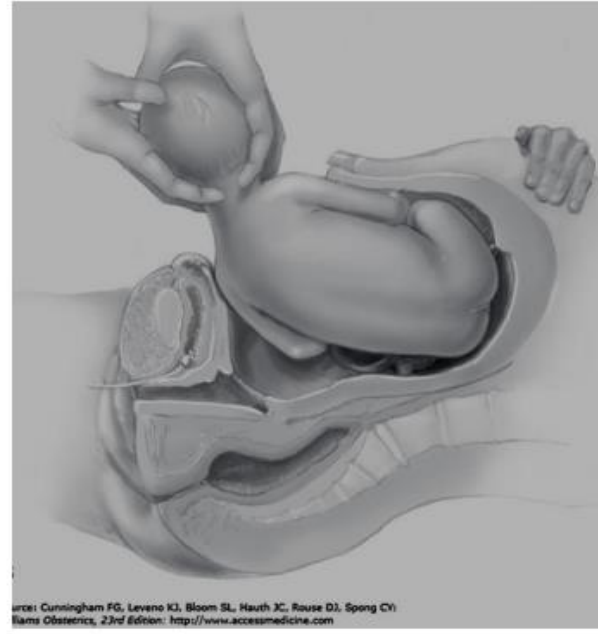
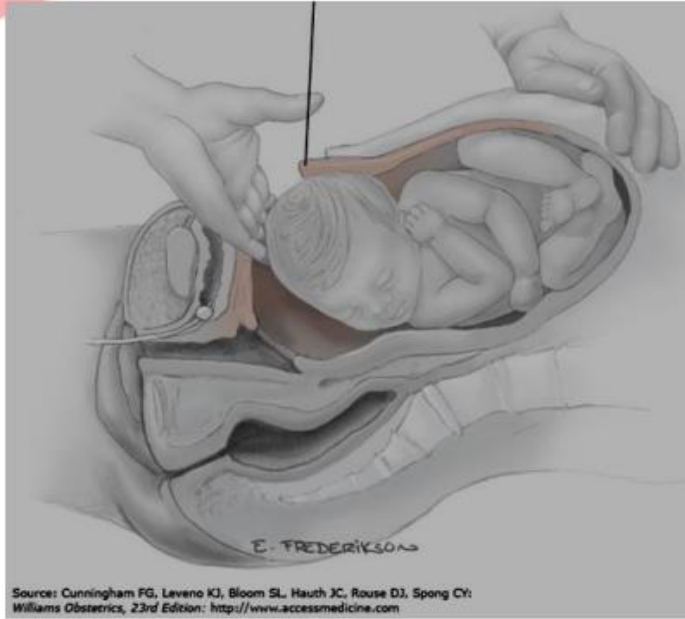
Рассечение нижнего сегмента матки и расширение раны с помощью пальцев или ножниц (по Гусакову, по Дерфлеру)



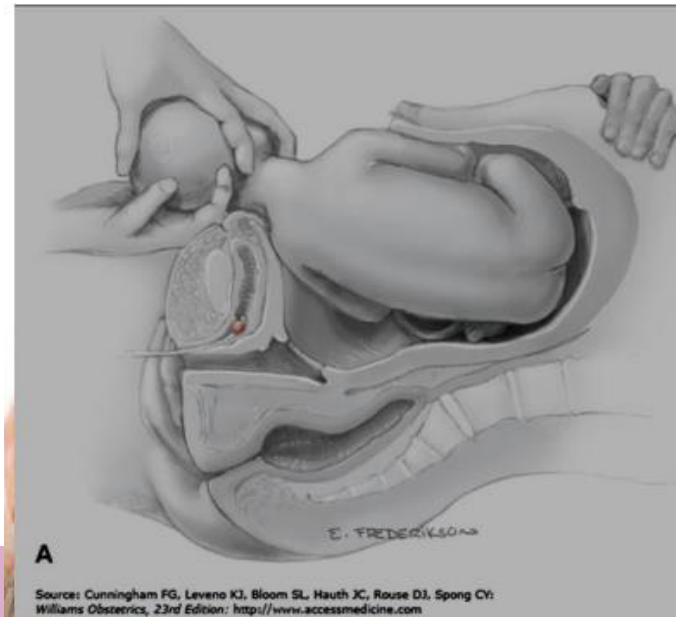
- Корпоральный разрез – по средней линии матки;
- Т-образный или J-образный
- Донный поперечный разрез по Фритчу



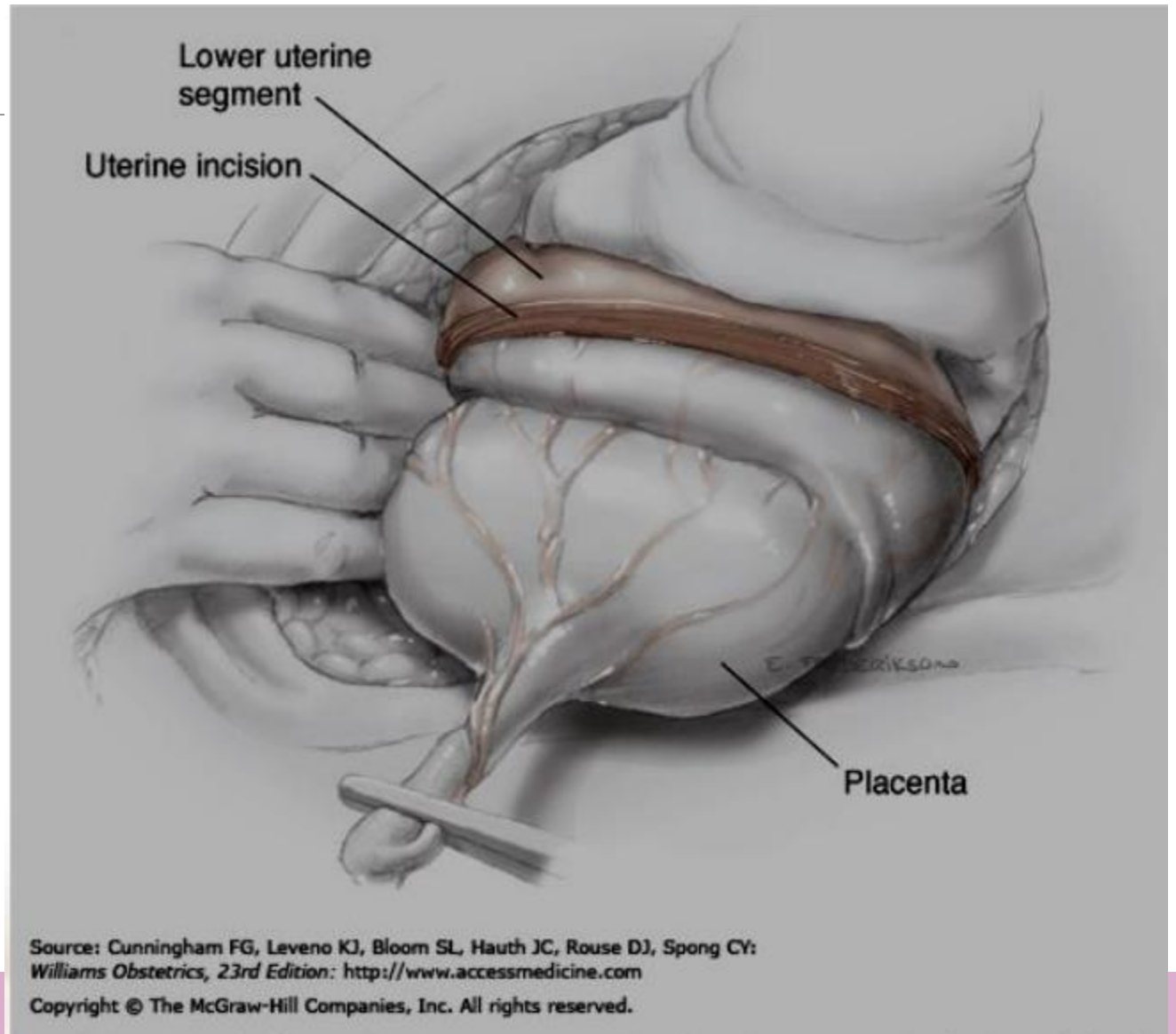
Извлечение плода



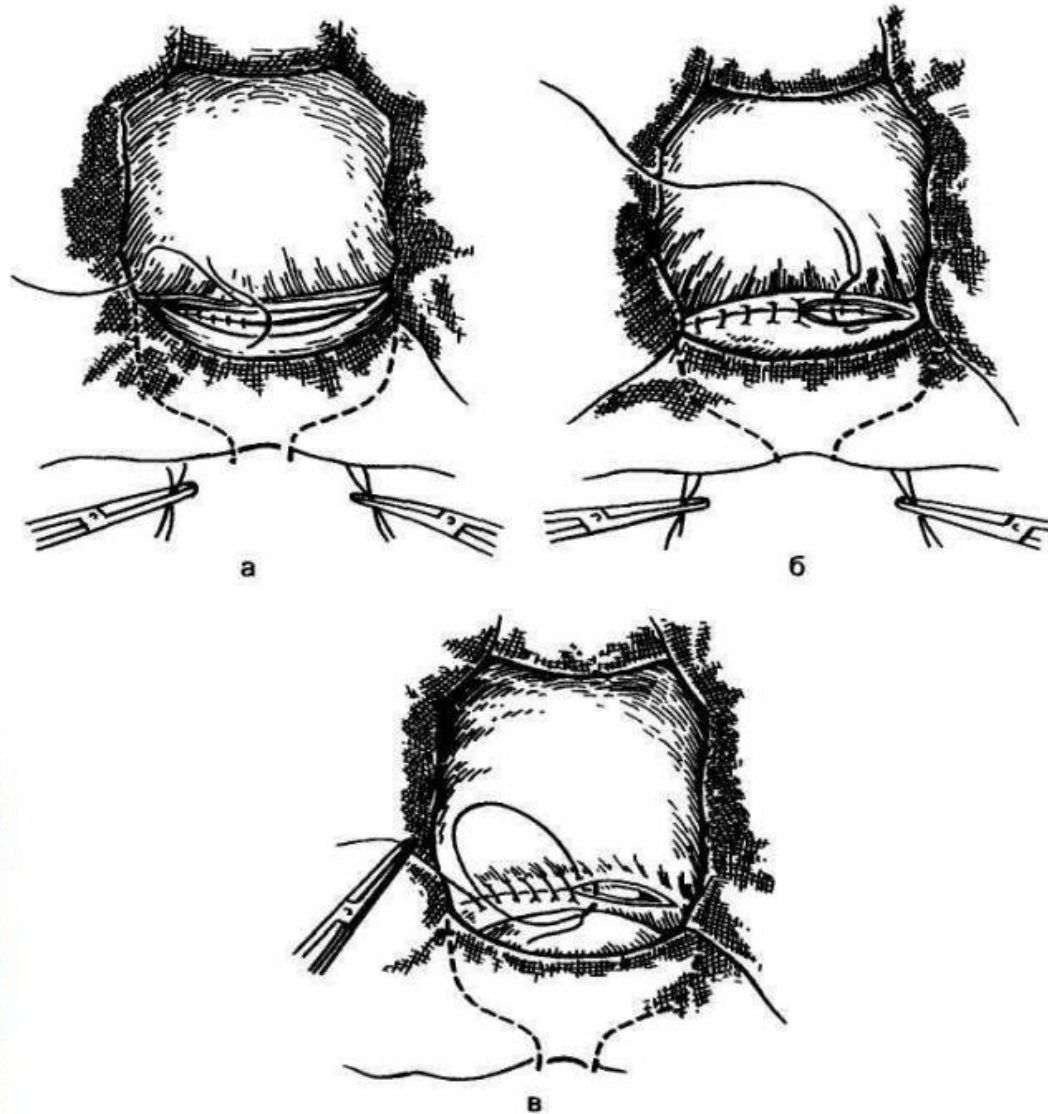
Медленное кесарево сечение



Этапы операции кесарева сечения – удаление последа, кюретаж, туалет полости матки, расширение цервикального канала



Ушивание стенки матки, наложение однорядного или двурядного шва, перитонизации



*а - наложение
первого ряда
мышечно-
мышечных швов
б - наложение
второго ряда
мышечно-
мышечных швов
в - соединение краев
пузырно-маточной
складки брюшины
(перитонизация)*

Послойное ушивание передней брюшной стенки



Осложнения во время КС и в послеоперационном периоде

- Кровотечение
- Ранение соседних органов
- Ранение предлежащей части плода
- Затруднения при извлечении плода
- Аспирационный синдром
- Синдром сдавления нижней полой вены
- Эмболия околоплодными водами
- ГСИ
- ТЭО

Роды после КС

- Дородовая госпитализация в 38-39 недель. Плановое КС с 38 недель.
- **Кесарево сечение:**
 - при неполноценном рубце,
 - двух и более рубцах,
 - рубце в теле матки.
- **Роды через естественные родовые пути** возможны при:
 - Наличии одного рубца в нижнем сегменте матки или в теле после удаления узла без вскрытия полости матки с ушиванием миометрия, а не коагуляцией;
 - Предыдущая операция не менее 2 лет назад;
 - Послеоперационный период без осложнений (инфекции, кровотечение, выскабливание);
 - Данные УЗИ, МРТ
 - Удовлетворительное состояние матери и плода;
 - Отсутствие других акушерских показаний к КС;
 - Отсутствие клинических и др. признаков несостоятельности рубца на матке;
 - Информирование женщины о возможных осложнениях.