

ОПЕРАЦИИ, ПОДГОТАВЛИВАЮЩИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

Операции, подготавливающие родовые пути, а именно — амниотомия (искусственное вскрытие плодного пузыря) и рассечение промежности, относятся к наиболее часто применяемым в родах пособиям. В истории акушерства спектр операций, подготавливающих родовые пути, был значительно шире. Помимо названных, к этим операциям относились кольпейриз и метрейриз, рассечение шейки матки, кожно-головные щипцы. Высокий риск осложнений при выполнении этих пособий полностью исключил их из арсенала современного оперативного акушерства.

Кольпейриз и метрейриз не применяются в настоящее время ввиду опасности восходящей инфекции, грозящей тяжелыми гнойно-септическими осложнениями. Метод инструментального рассечения шейки матки опасен не только кровотечением, но и разрывом матки, в связи с чем ни в одной акушерской ситуации не оправдано его выполнение. Операция наложения кожно-головных щипцов ввиду ее травматичности для плода противоречит современным принципам перинатальной охраны плода и поэтому используется в редких случаях — только при мертвом или нежизнеспособном плоде.

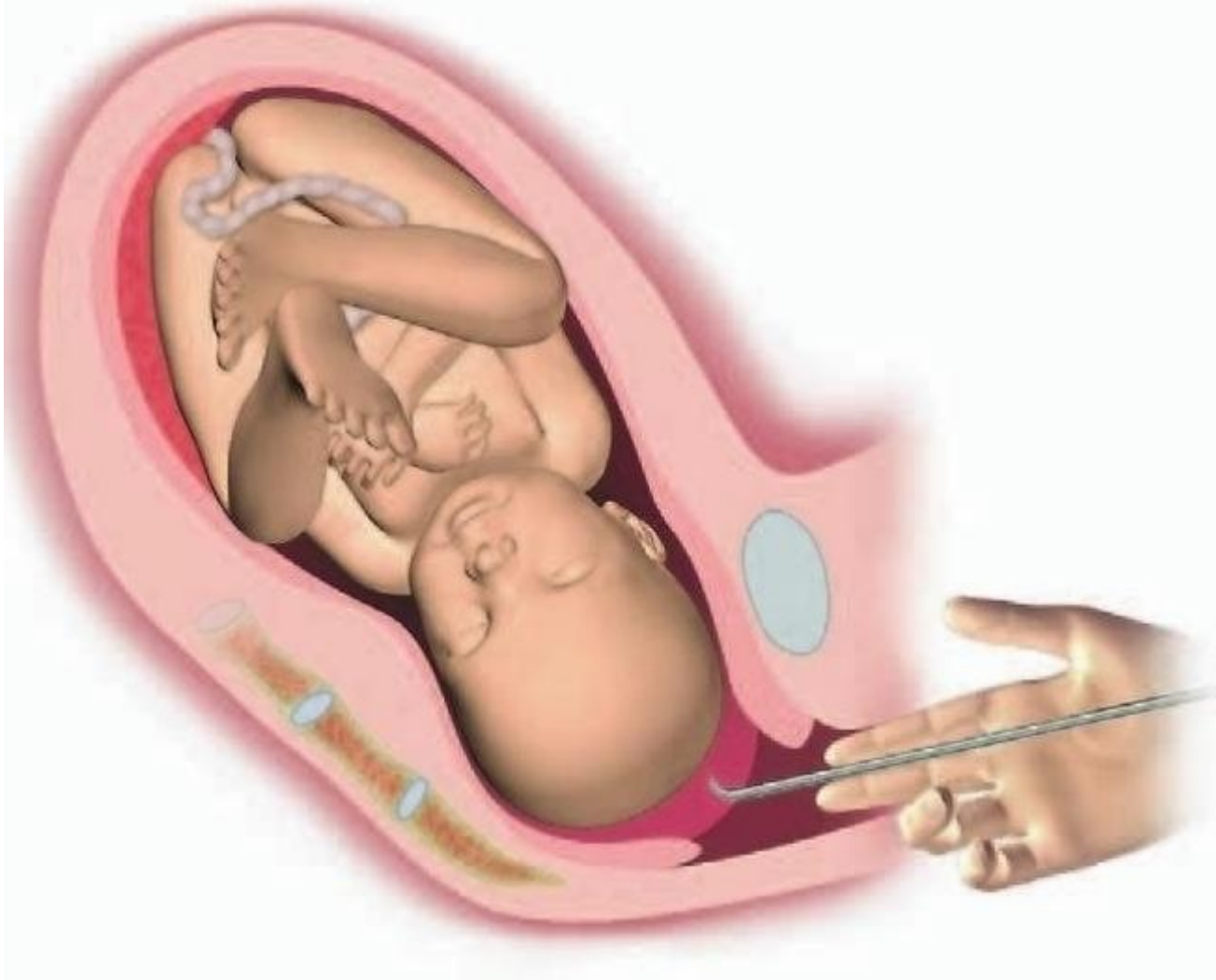
Амниотомия — искусственное вскрытие плодного пузыря. В зависимости от срока ее выполнения амниотомия может быть преждевременной, ранней, своевременной и запоздалой. Это деление соответствует вариантам излития околоплодных вод. Таким образом, преждевременной называется амниотомия, произведенная до начала родов. Если амниотомия выполнена в интервале от начала родов до 7 см раскрытия маточного зева, она относится к ранней. Своевременной называется амниотомия, произведенная в конце I периода родов, а именно при раскрытии маточного зева от 7 см до полного. При запоздалом выполнении амниотомии околоплодные воды изливаются во II периоде родов.

Показанием для преждевременной амниотомии является проведение родовозбуждающей терапии. Ранняя амниотомия выполняется по следующим показаниям: 1) плоский плодный пузырь, так как он тормозит развитие родовой деятельности; 2) многоводие, так как перерастяжение матки приводит к слабости родовой деятельности; 3) неполное предлежание плаценты требует вскрытия плодного пузыря для обеспечения прижатия головкой кровоточащего участка плацентарной площадки и уменьшения кровотечения; 4) проведение родостимулирующей терапии при слабости родовой деятельности включает раннюю амниотомию, что повышает эффективность сокращающих матку средств;

5) заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертония при позднем гестозе, гипертоническая болезнь, заболевания почек служат показанием для ранней амниотомии, так как уменьшение объема матки имеет значение для нормализации гемодинамики.

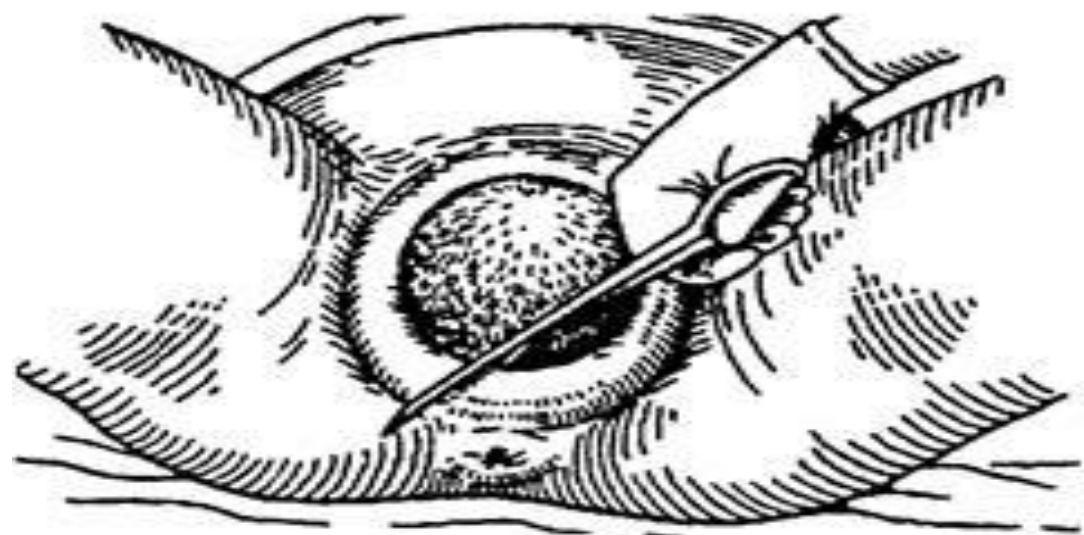
Показанием для своевременной амниотомии является раскрытие маточного зева на 7 см и более, т. е. конец I периода родов, когда плодный пузырь выполнил свои функции и его дальнейшее сохранение может привести к развитию патологических состояний (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности).

Амниотомия выполняется при влагалищном обследовании, обычно с помощью бранши пулевых щипцов. Для этого используется несколько затупленная бранша, которую вводят во влагалище между средним и указательным пальцами, что исключает возможность травматизации инструментом мягких родовых путей. Прокол околоплодных оболочек производится на высоте схватки при максимальном напряжении плодного пузыря, что обеспечивает удобство выполнения и безопасность этого пособия (не травмируется кожа предлежащей части плода). В образовавшееся отверстие в плодном пузыре вводится указательный, затем средний палец, отверстие постепенно расширяется, и воды медленно выпускаются...

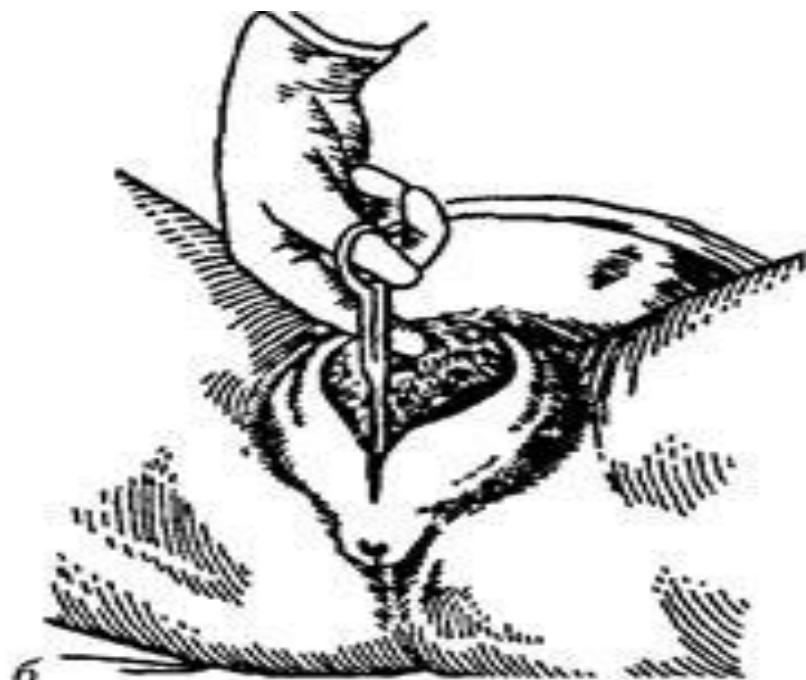


Быстрое излитие околоплодных вод при амниотомии, особенно при многоводии и неплотно прижатой предлежащей части плода, может привести к серьезным осложнениям — выпадению пуповины, патологическим вставлениям головки, изменению положения плода, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Эпизиотомия и перинеотомия. Оперативные пособия, заключающиеся в рассечении промежности, осуществляются с целью профилактики акушерского травматизма, укорочения II периода родов или с целью перинатальной охраны плода. Своевременное рассечение промежности предупреждает возникновение ее разрыва. При резаной ране ткани лучше восстанавливаются, лучше заживают и исход является более благоприятным.



a



b



в

Рис. 107. Рассечение промежности:
a — срединно-латеральная перинеотомия;
б — срединная перинеотомия;
в — эпизиотомия

Показаниями для рассечения промежности в родах являются следующие: 1) угроза разрыва промежности, которая может быть обусловлена крупным плодом, неправильными вставлениями головки плода, узким тазом, высокой промежностью, ригидностью тканей промежности, тазовым предлежанием плода, оперативными влагалищными родами и т. п.; 2) признаки начавшегося разрыва промежности также требуют выполнения ее рассечения, однако оптимальные условия для этого были на этапе угрожающего разрыва промежности; 3) необходимость укорочения II периода родов, обусловленная акушерской или экстрагенитальной патологией (кровотечение, слабость родовой деятельности, поздний гестоз, гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания органов дыхания, миопия и др.).

Рассечение промежности часто производится по показаниям, связанным с состоянием плода. К ним относятся: гипоксия плода, которая требует укорочения II периода родов; преждевременные роды, при которых рассечение промежности препятствует сдавлению головки недоношенного плода мышцами тазового дна.

Во многих случаях имеются сочетанные показания для рассечения промежности в интересах как матери, так и плода. Например, при крупном плоде, тазовом предлежании плода, неправильных вставлениях головки, слабости родовой деятельности рассечения промежности производят по сочетанным показаниям.

Техника рассечения промежности. Наружные половые органы и кожа промежности обрабатываются спиртовым раствором йода. Вне потуги одна бранша ножниц (с тупым концом) вводится под контролем пальца между предлежащей частью и стенкой влагалища так, чтобы длинник ножниц соответствовал линии разреза. Разрез производится, когда потуга достигает максимальной выраженности и промежность наиболее растянута. Длина и глубина разреза должна быть не менее 2 см. В раннем послеродовом периоде производится послойное зашивание раны промежности.

Эпизиотомия — разрез, выполненный на 2—3 см выше задней спайки влагалища по направлению к сед



При таком разрезе рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, стенка влагалища, фасции, луковично-губчатая мышца, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. При выполнении эпизиотомии пересекаются основные периферические ветви полового сосудисто-нервного пучка, что может привести к нарушению иннервации и кровоснабжения промежности, образованию гематомы. Данный разрез нередко сопровождается кровотечением, и его сложнее восстанавливать. Кроме того, при эпизиотомии существует опасность ранения большой железы преддверия влагалища и ее протоков,

Перинеотомия — рассечение промежности в направлении от задней спайки к анусу

При таком разрезе рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, задняя спайка влагалища, фасции, луковично-пещеристая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. Протяженность разреза не должна превышать 3—3,5 см от задней спайки, так как при разрезе большей длины нарушается целостность центрального фасциального узла промежности, кроме того, разрез может перейти на прямую кишку и привести к разрыву III степени.

Помимо описанной классической срединной перинеотомии, существует методика срединно-латеральной перинеотомии, при которой разрез производится под углом 30—40° от задней спайки в сторону седалищного бугра или несколько ниже него. При этом рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, стенка влагалища, фасции, луковично-пещеристая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности

Выбор варианта рассечения промежности определяется топографическими особенностями, состоянием промежности, акушерской ситуацией. Эпизиотомия, учитывая ее неблагоприятные последствия, показана только в случаях, когда другой вид разреза невыполним. Срединная перинеотомия является операцией выбора при высокой промежности. В большинстве случаев производится срединно-латеральная перинеотомия, при которой не нарушаются нервные образования и фасциальные узлы, что способствует хорошей регенерации тканей и снижает частоту случаев развития несостоятельности мышц тазового дна.