

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**
(Н И У «Б е л Г У»)
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.02. Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Бехунадзе Лейлы Шавкатовны**

Научный руководитель:
Преподаватель Саморок И.И.

Рецензент:
Врач УЗИ
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»,
перинатальный центр
Шаповалова И.А

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ	5
1.1. История появления и развития кесарево сечение.....	5
1.2. Показания и противопоказания к проведению кесарево сечение	6
1.3. Разновидности операции кесарево сечение	12
1.4. Осложнения во время и после операции кесарево сечение.....	14
1.5. Подготовка к операции кесарево сечение	17
1.6. Особенности комплексного восстановления женщин после операции кесарево сечение	23
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ РОЛИ АКУШЕРКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....	26
2.1. Материалы и методы исследования	26
2.2. Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»	26
2.3. Анализ статистических данных о количестве и результатах родоразрешения методом операции кесарево сечение в Перинатальном центре ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	44

ВВЕДЕНИЕ

Операция кесарева сечения является одной из наиболее обсуждаемых проблем современного акушерства. В настоящее время в результате влияния целого ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, а также изменения социально-экономических условий резко возросло количество женщин с генитальной и экстрагенитальной патологией, возрастных первородящих, в связи, с чем отмечается устойчивый рост числа оперативных родоразрешений.

Актуальность темы заключается как в высоком проценте частоты кесарева сечения, так и в наличии осложнений, связанных с данным видом оперативного вмешательства, профилактику которых необходимо обеспечивать на всех этапах лечения. И важная роль в полноценной подготовке к операции, в наблюдении и уходе, в том числе и в послеоперационном периоде, принадлежит акушерке.

Средние показатели частоты проведения операции кесарево сечение в Российской Федерации по данным различных авторов составляют в среднем 16 – 20%, а в крупных перинатальных центрах из-за концентрации пациенток с тяжелой патологией беременности эта цифра достигает 33 – 50 % и с каждым годом увеличивается.

По Белгородской области по данным Минздрав России в сроках 28 недель беременности и более произведено в 2017 году - 5292 операции кесарево сечение, в 2018 году – 5064 оперативных вмешательств.

Акушерка должна ориентироваться в симптомах и признаках, свидетельствующих о необходимости проведения оперативного родоразрешения, хорошо знать основные правила подготовки беременных к операции и признаки неблагоприятного течения послеоперационного периода.

Работа акушерки требует отчетливого понимания особенностей показаний, противопоказаний, осложнений и правил подготовки к кесареву сечению.

Сейчас медицина, прогрессивно развиваясь, каждый год обогащает арсенал медицинских учреждений все новыми и новыми методами диагностики патологии беременных, способами помощи им и подготовки к проведению операции.

Кесарево сечение вызывает риск, как для матери, так и для ребенка, и задачей акушерки является умение проводить весь комплекс необходимых мероприятий для того, чтобы свести этот риск к минимуму.

Цель дипломной работы: изучить показания, противопоказания, подготовку пациентки к кесареву сечению, провести анализ данных Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Задачи исследования:

1. Изучить литературные и статистические данные по вопросам показаний, противопоказаний, особенностей предоперационной подготовки и осложнений кесарево сечение.

2. На основе анализа научной литературы определить необходимость мероприятий, направленных на профилактику осложнений во время операции и послеоперационном периоде.

3. Определить роль акушерки в профилактике осложнений при производстве кесарево сечение.

Объект исследования: пациентки послеродового отделения Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», родоразрешенные путем операции кесарево сечение.

Предмет исследования: тактика акушерки при подготовке беременных к операции кесарево сечение.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы.

2. Эмпирические методы (анализ документов).

3. Статистический анализ.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

1.1. История появления и развития кесарево сечение

Операция кесарево сечение имеет более чем двухтысячелетнюю историю. В давние времена эта операция проводилась на мертвой женщине, чтобы спасти еще не погибшего младенца. Название операции берет начало от латинского *caesus*, произошедшего от *caedere*, что значит «резать». Согласно древней легенде считают, что Юлий Цезарь появился на свет именно путем кесарево сечение, хотя возможно, это всего лишь миф. По другой легенде считается, что такую операцию предложили делать во всех случаях смерти беременной женщины, согласно установленному древнему закону, который ввел именно Юлий Цезарь, который приказал, что бы в случае гибели беременной женщины производилось вскрытие брюшной полости с целью спасения народившегося ребенка [1].

Самое первое кесарево сечение на живой женщине было произведено в 16 веке. Но тогда еще не были развиты понятия асептики и антисептики, не было антибиотиков и прооперированная женщина через 3 недели, скончалась от инфекционных осложнений, которые до сих пор являются одними из самых частых осложнений данной операции. Антисептиков в ту пору не было, а послеоперационную рану оставляли открытой [2].

Новаторской стала операция, которая производилась через разрез в нижних отделах матки (в нижнем сегменте), через который и извлекался новорожденный.

А с появлением и развитием методик обезболивания, науки об асептике и антисептике, а также с наступлением эры антибактериальной терапии, исходы операции кесарево сечение стали более благоприятными.

1.2. Показания и противопоказания к проведению кесарево сечение

Операция кесарево сечение имеет как показания, так и противопоказания. Существует два вида показаний к операции кесарево сечение: абсолютные и относительные.

К абсолютным показаниям относятся такие случаи, при которых роды через естественные родовые пути могут привести к летальному исходу женщины, поэтому врач обязан родоразрешить женщину путем операции кесарево сечение. Когда-то операция кесарево сечение была опасна из-за многих осложнений, происходящих во время операции. Сейчас же благодаря современной медицине риск развития осложнений довольно уменьшился.

В настоящее время существуют абсолютные показания, как со стороны матери, так и со стороны плода.

Абсолютные показания к кесарево сечение со стороны матери:

1. Анатомически узкий таз III-IV степени сужения таза.

Анатомически узкий таз классифицируют по форме и степени сужения:

1) поперечно суженный таз;

2) плоский таз - простой плоский таз, плоскорахитический таз, таз при котором уменьшен прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;

3) общеравномерносуженный таз;

4) кососмещенный и кососуженный таз;

5) таз, деформированный переломами, опухолями, экзостозами.

2. Клинически узкий таз.

Клинически узкий таз - это такое анатомическое понятие, вследствие которого тазовое кольцо такое узкое, что через него не сможет пройти даже головка плода и возникает несоответствие их размеров.

3. Механические препятствия.

Механические препятствия мешают плоду проходить через родовые пути матери. Такими препятствиями могут быть большие опухоли яичников, миома

матки и др. Врачи сразу обращают внимание на такие отклонения от нормы в период беременности женщины, на осмотрах и УЗИ. Все вышесказанное касается в большой степени также деформаций костей таза - как врожденных, так и приобретенных в результате каких-либо травм.

4. Угроза разрыва матки.

Частота разрывов матки составляет 0,2-0,06 % от общего числа родов.

1) самопроизвольные разрывы матки могут возникать как при механическом препятствии в здоровой стенке матки, так и при патологических изменениях стенки матки;

2) насильственные разрывы матки обусловлены грубыми вмешательствами врачей во время родов;

3) смешанные разрывы, возникают из-за каких-либо внешних воздействий – механических или при присутствии растяжения нижнего сегмента.

При угрозе разрыва матки врачи прибегают к операции кесарево сечение. В основном это связано с ранее имеющимися рубцами на матке. Эти же рубцы могут проявляться при проведении операции, что является одной из основных проблем, возникающих во время операции. Конечно же, рубец на матке не всегда требует проведения операции кесарево сечение. В тех случаях, когда заживление произошло благоприятно, то могут проводиться естественные роды. Кроме того, могут встречаться случаи, когда рубец на матке оказывается несостоятельным и возникает очень серьезная угроза разрыва матки. А это, в свою очередь угрожает жизни женщины и плода. Чтобы увидеть несостоятельность рубца, женщине необходимо провести ультразвуковое исследование. В том случае, если контуры рубца неровные и имеют большое количество соединительной ткани, а толщина его меньше, чем 3 мм, врачи говорят о несостоятельности рубца [3].

5. Эклампсия при беременности или в первом периоде родов.

Эклампсия является одной из самых угрожающих патологий для плода и беременной. Независимо от времени появления, эклампсия связана с

патологическими процессами, сопровождающими поздний токсикоз или же на ранних стадиях беременности.

6. Предлежание плаценты.

Предлежанием плаценты называют расположение плаценты, при котором она крепится не так, как должно быть - на задней стенке матки, а на ее шейке. Такое расположение перекрывает будущему малышу выход родовых путей. Если кесарево сечение не сделают вовремя, то это может вызвать сильное кровотечение, которое грозит жизни матери и малыша.

Существует несколько видов предлежания плаценты:

- 1) центральное, при котором плацента располагается в нижнем сегменте и полностью перекрывает внутренний зев;
- 2) боковое, при котором плацента частично располагается в нижнем сегменте и не полностью прикрывает внутренний зев;
- 3) краевое, когда плацента также располагается в нижнем сегменте, достигая краем внутреннего зева.

7. Преждевременная отслойка плаценты.

Отделение и выделение плаценты происходит в норме в третьем периоде родов, только после рождения ребенка. Все случаи отслойки плаценты во время беременности, во втором и в первом периодах родов являются тяжелой акушерской патологией, которая сопровождается массивным акушерским кровотечением, может привести к геморрагическому шоку и ДВС синдрому и является ведущей причиной материнской смертности.

Абсолютные показания к операции кесарева сечения со стороны плода:

1. Физиологическим является продольное положение плода и его головное предлежание. Все другие формы расположения плода в матке сопровождаются обязательно серьезными осложнениями, требующими оперативного родоразрешения. Это косое, поперечное, ягодичное положение плода, особенно если плод абсолютно или относительно является крупным.

2. Нормальное вставление головки плода в слегка согнутом состоянии является физиологичным и сопровождается чаще всего нормальным

биомеханизмом рождения плода. В ряде случаев в силу некоторых причин, головка плода вступает в малый таз в различной степени разгибания, что увеличивает её относительные размеры и уменьшает шансы для нормального течения данных родов. В зависимости от степени разгибания может возникнуть тот или иной вариант вставления: переднеголовное - умеренное разгибание, лобное - средняя степень разгибания, лицевое - максимальное разгибание.

3. Предлежание и выпадение пуповины.

Когда выпадает пуповина и при этом женщину пускают в роды через естественные родовые пути, то возникает большая вероятность, что плод погибнет.

4. Тазовое предлежание.

5. Острая гипоксия плода – это состояние, когда плоду не хватает кислорода и питательных веществ, поступающих от матери.

Если самостоятельные роды через естественные родовые пути возможны, но есть угроза возникновения предсказуемых отклонений от нормального течения родового акта, которые вызывают угрозу для здоровья и жизни роженицы и плода, определяются относительные показания к оперативному родоразрешению.

Относительные показания к кесареву сечению со стороны матери:

1. Клинически узкий таз.

Наряду с анатомически узким тазом в акушерстве часто встречается так называемый клинически узкий таз, который проявляется только во время родовой деятельности конкретными клиническими симптомами, отражающими несоответствие предлежащей части плода и таза матери, даже, в ряде случаев, при его нормальных размерах. Для прогнозирования возможности формирования клинически узкого таза, прежде всего, необходимо тщательно определить анатомические размеры и форму таза матери, а также предполагаемую массу и характер вставления плода. Большое количество имеющихся осложнений при клиническом узком тазе возникает довольно часто. Но в таких случаях врачи сразу начинают срочное родоразрешение.

2. Гестоз второй половины беременности, при котором нет эффекта от лечения или тяжелое течение данного вида заболевания.

3. Болезни органов и систем, не связанные с репродуктивной системой женщины.

При наличии у пациентки заболеваний, не связанных с репродуктивной системой, которые называют экстрагенитальными или соматическими, беременность и роды протекают с различными осложнениями, причем как заболевания влияют на течение и исход беременности, так и беременность вызывает, как правило, ухудшение течения основного заболевания. В таких случаях часто возникают обоснованные показания к оперативным родам, их, как правило, несколько, так называемых относительных показаний. И родоразрешение через естественные родовые пути становится очень опасным в плане прогноза для здоровья и даже жизни матери и плода. К таким болезням относятся: сахарный диабет, который довольно часто встречается у современных женщин, эпилепсия, миопия высокой степени, посттравматические нарушения работы мозга, пороки сердца, гиперплазия щитовидной железы. На фоне таких заболеваний чаще развиваются аномалии родовой деятельности, прежде всего слабая родовая деятельность, нарушение координации схваток, а в ряде случаев, чрезмерно бурная родовая деятельность, которая может привести к разрыву матки.

В мышце матки развиваются нарушения биохимических и проводных процессов, которые нарушают её сократительную способность. В случае слабости родовой деятельности к ослаблению схваток относят: первичную (в случае если схватки с самого начала не имеют тенденции к развитию) и вторичную, когда после удовлетворительной родовой деятельности происходит урежение, ослабление и укорочение сокращений мышцы матки.

4. Пороки развития матки и влагалища. Неправильное строение и развитие половых органов женщины нарушает почти во всех случаях нормальное течение родового акта. Эта патология часто становится прямым поводом для оперативного родоразрешения.

Неправильное развитие половых органов выражается в следующих формах: удвоение или полная и неполная перегородки во влагалище, удвоенное влагалище, удвоенная матка с симметричным или диссоциированным развитием половин матки, двурогая матка с различной степенью развития рогов. Часто встречается седловидная матка с вогнутым дном, что сопровождается поперечным или косым положением плода в матке.

5. Переношенная беременность.

Продолжительность нормальной беременности 40 недель. Срочными являются роды в 38-41 неделю. В ряде случаев происходит перенашивание беременности, сопровождающееся признаками перенашивания у плода, «старением» плаценты, нарушением маточно-плацентарного кровообращения и выраженным страданием внутриутробного плода.

6. Присутствие бесплодия у женщины до настоящей беременности.

Имеющийся страх неблагоприятных родов и потери младенца могут сопровождаться аномалиями родовой деятельности.

7. Возраст первородящей женщины более 35 лет.

При наличии психологических заболеваний, медики склоняются в сторону оперативного родоразрешения.

Относительные показания к кесареву сечению со стороны плода:

1. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) На фоне хронического кислородного голодания снижаются адаптационные возможности плода.

2. Преждевременное излитие околоплодных вод в сочетании с неправильными положениями плода.

3. Крупный плод – вес ребенка от 4-х и более 5 кг – гигантский плод. В таких родах часто возникает клинически узкий таз из-за несоответствия предлежащей части плода и таза матери. Крупный плод встречается у матерей:

- 1) имеющих много родов в прошлом;
- 2) в возрасте старше 30 лет;
- 3) женщины, рожавшие до этого крупных детей;

- 4) женщины, страдающие ожирением;
- 5) сильная прибавка массы тела при настоящей беременности;
- 6) с перенашиванием плода;
- 7) женщины, имеющих сахарный диабет.

В настоящее время увеличился список противопоказаний для проведения операции кесарево сечение.

Противопоказания, так же как и показания можно разделить на: абсолютные и относительные.

Относительным противопоказанием к операции являются:

1. Воспалительные процессы во время родов, связанные с угрозой развития перитонита, сепсиса и гибели женщины.
2. Бактериальные и вирусные заболевания.
3. Длительный безводный промежуток.
4. Продолжительность родов более 14 часов.
5. Иммунодефицитные состояния (ИДС).

Абсолютным противопоказанием к проведению кесарева сечения являются:

1. Нарушение свертываемости крови.
2. Внутриутробная гибель плода.
3. Врождённые пороки, которые несовместимы с жизнью.
4. Инфекционные заболевания кожи живота.

1.3. Разновидности операции кесарево сечение

Существует два метода операции кесарево сечение (Приложение):

- 1) Кесарево сечение в нижнем сегменте.
- 2) Кесарево сечение классическое.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

В настоящее время кесарево сечение в нижнем сегменте матки производится довольно часто. При этом выполняется поперечный разрез над

лоном. Достоинством данного метода является то, что женщина после данной операции в последующем может сама рожать.

Кроме того, существует достаточно плюсов кесарево сечение в нижнем сегменте:

- 1) травмы после операции значительно уменьшаются;
- 2) обеспечение благоприятных условий для состоятельности рубца, из-за чего не образуются спайки;
- 3) значительно уменьшается степень возникновения инфекции в брюшной полости;
- 4) предусматривает быстрое восстановление женщины;
- 5) уменьшается частота разрыва матки при следующей беременности.

Но в тоже время, данный метод имеет противопоказания:

1. инфекция любой локализации;
2. длительный безводный период;
3. плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в живорождении плода;
4. внутриутробная гибель плода.

Классическое кесарево сечение

Такая методика используется в случаях, когда необходимо быстро завершить роды (при кровотечениях) или предполагаются затруднения при извлечении плода, особенно если страдает его состояние. Полость матки разрезается вдоль по центру, пересекаются мышечные волокна и сосуды. Производится послойное восстановление стенки матки особым прочным швом [4].

Показаниями для классического кесарево сечение являются:

1. Выраженный спаечный процесс и отсутствие доступа к нижнему сегменту матки.
2. Выраженное варикозное расширение вен в области нижнего сегмента матки.
3. Несостоятельность продольного рубца на матке после предыдущего классического кесарево сечение.

4. Необходимость последующего удаления матки.
5. Недоношенный плод и неразвернутый нижний сегмент матки.
6. Сросшаяся двойня.
7. Запущенное поперечное положение плода.
8. Наличие живого плода у умирающей женщины.
9. Отсутствие у врача навыка проведения кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Имеются минусы классического кесарево сечение:

1. Большой разрез на матке.
2. Часто формируется несостоятельность швов на матке - при последующей беременности может быть разрыв по этому рубцу.
3. Большая вероятность возникновения травм, а, следовательно, и массивной кровопотери.
4. Разрез париетальной и висцеральной брюшины совпадают, таким образом, предрасполагает к образованию спаек.
5. Нередко формируются послеоперационные грыжи.

1.4. Осложнения во время и после операции кесарево сечение

Все осложнения при проведении операции кесарево сечение можно разделить на 2 группы:

1. Осложнения, которые возникли непосредственно уже при операции (интраоперационные).
2. Осложнения после операции (послеоперационные).

Всегда надо помнить, что во время проведения операции риску осложнений подвергаются 2 человека: мать и ребенок.

Осложнения во время кесарево сечение (интраоперационные.)

Кровопотеря.

Кровопотеря при проведении оперативного родоразрешения значительно больше, чем при естественных родах. Это связано, прежде всего, с тем, что во

время оперативных родов повреждаются множество сосудов, которые и приводят к большой кровопотере.

Во время естественных родов теряется не более 400 мл крови, а во время оперативного родоразрешения – не менее 500 - 600 мл. Если же кровопотеря составляет больше нормы, то такая кровопотеря считается патологической и требует возмещения в послеоперационном периоде (гемотрансфузия).

Ранение соседних органов или крупных сосудов.

Причинами ранения мочевого пузыря или кишечника является выраженный спаечный процесс в области брюшной полости. Когда повреждаются целостности этих органов, они ушиваются. После операции в мочевой пузырь на 5 день вводится катетер Фолея, который ежедневно промывается растворами антисептиков [5].

Также возможно повреждение крупных ветвей маточной артерии, возникает при извлечении крупного плода, несостоятельного рубца на матке или если неправильно был сделан разрез в нижнем сегменте.

Эмболия околоплодными водами.

Эмболия околоплодными водами является одним из самых тяжелых осложнений при проведении кесарево сечение, часто приводящее к смерти. Это осложнение возникает при попадании амниотической жидкости в кровеносное русло женщины через поврежденные в результате разреза маточной стенки вены. Это может привести к развитию ДВС-синдрома, анафилактического шока или же к закупорке ветвей легочной артерии.

Аспирационный синдром (синдром Мендельсона).

Синдром Мендельсона – осложнение, которое чаще всего возникает при общем наркозе, при котором женщина находится на искусственной вентиляции легких. Суть синдрома заключается в забросе желудочного содержимого в легкие, приводящие к развитию бронх спазма и гипоксии [6].

Травма плода.

Чаще всего возникает при выведении головки плода из раны в матке. Причиной является недостаточно длинный разрез матки, или же слишком высокий разрез нижнего сегмента матки.

При выведении плода может повреждаться шейный отдел позвоночника со всеми исходящими последствиями. Иногда, особенно при вскрытом плодном пузыре, скальпелем повреждают предлежащую часть плода. Чаще всего такие разрезы маленькие и не требуют ушивания.

Осложнения после кесарево сечение (послеоперационные).

Кожные швы.

Швы после операции, наложенные на кожу передней стенки живота, иногда могут воспаляться и нагнаиваться. В результате чего у родильницы могут возникнуть такие осложнения как лихорадка, рубец на животе красноватый и болезненный, выделяться гной. При проведении операции из-за недостаточной перевязки сосудов в жировой клетчатке могут возникнуть синяки. Кроме того, может произойти расхождение швов, в этом случае рана заживает вторичным натяжением. Благодаря современной медицине последствия кожных швов быстро лечатся и не угрожают здоровью женщины.

Эндометрит.

Эндометрит развивается в значительной степени при оперативном родоразрешении, в особенности, когда рана в матке имеет контакт с воздухом, что, значит и с патогенными микроорганизмами. Кроме того, он может возникать при большой потере крови и длительном родовом процессе. Эндометрит может привести к бесплодию и лапаротомии в том случае, когда он осложняется перитонитом.

Спаечный процесс.

Любое оперативное вмешательство на органах брюшной полости приводит к образованию соединительнотканых тяжей или спаек. Это связано с попаданием в живот огромного количества крови и околоплодных вод. Опасность спаек заключается в том, что они перетягивают петли кишечника, связки матки, маточные трубы, а также мочевого пузыря, что в свою очередь

ведет к болевому синдрому многие годы после операции. Помимо этого, может возникнуть проблемы с мочеиспусканием и образоваться трубно-перитонеальное бесплодие.

Эндометриоз.

По ходу оперативного вмешательства возможно попадание частиц внутренней оболочки матки – эндометрия – в ткани, где он может прикрепиться и развиваться, отвечая на гормональные влияния яичников. При расположении этих включений в самой мышце матки в мышечный слой матки, развивается аденомиоз. Это заболевание протекает очень болезненно, эндометриоз характеризуется стойким болевым синдромом и выраженным нарушением овариально-менструального цикла. Эндометриоз делится на степени тяжести в зависимости от выраженности симптомов, протекает тяжело, вплоть до утраты работоспособности женщины и требует профилактических мероприятий. Самым частым и трудно поддающимся лечению является такое осложнение эндометриоза, как бесплодие [7].

Рубец на матке.

Самым неизбежным и грозным осложнением кесарево сечение является образование рубца на матке и от того, как технически проведена операция, как пройдет заживление рубца на матке, зависит его состоятельность при следующей беременности у данной пациентки. В месте рубцовой ткани сократительная способность матки снижается, нарушается прочность и эластичность тканей мышечного слоя матки. В случае развития эндометрита после кесарево сечение, рубец может стать неполноценным, что в свою очередь опасно для женщины. В таком случае возникает угроза разрыва матки при беременности или в период родов.

1.5. Подготовка к операции кесарево сечение

Учитывая вышеперечисленные многочисленные осложнения операции кесарево сечение, крайне важным является особенно тщательная подготовка.

Грамотная подготовка пациентки к операции кесарево сечение, что определяет дальнейшее течение послеоперационного периода, позволяет избежать многих неблагоприятных осложнений, как по ходу операции, так и в послеоперационном периоде. Профессиональная предоперационная подготовка и далее грамотное ведение, и уход после операции, выполнение всех рекомендаций персонала, внимательное наблюдение и своевременное выявление начинающихся отклонений от нормального течения реабилитационного периода являются гарантией благополучия и здоровья как матери, так и новорожденного ребёнка. Основная задача предоперационной подготовки - снижение операционных рисков и создание оптимальных предпосылок для благоприятного исхода оперативного лечения.

Подготовка к операции начинается еще задолго до госпитализации женщины в родильный дом. Прежде всего она требует в группах риска по развитию различных осложнений дородовой госпитализации в сроках от 36 до 39 недели для полноценного обследования, осмотра консилиумом врачей, консультации анестезиолога, терапевта, а в ряде случаев и психолога накануне операции. Необходимо выявить возможные противопоказания к данному виду родоразрешения, скорректировать имеющиеся соматические заболевания, про-sanировать все выявленные очаги инфекции, назначить исследования функций основных жизненно важных органов и систем организма женщины, а также выявить осложнения и сопутствующие заболевания, если они имеются. Точно по всем показателям уточняется срок беременности, определяется срок родов и назначается дата планового кесарево сечение, если не предусматривается консервативно-выжидательный план ведения данных родов. Госпитализировать пациентку за две недели до даты проведения кесарево сечение.

Объем обследования и этапность обозначены в приказах и протоколах ведения пациенток с соответствующей патологией. Начинается подготовка еще в женской консультации. Проводится полное клинико – лабораторное обследование, назначается консультация терапевта, по необходимости других смежных специалистов. Проводится тщательный сбор анамнеза, в том числе

аллергологического, гемотрансфузиологического, так как акушерские операции сопряжены с риском кровотечения. Проводится антропометрия, термометрия, определяется степень чистоты влагалища и по необходимости его санация в обязательном порядке.

В стационаре повторный осмотр терапевта, анестезиолога, обязательно исследование электрокардиограммы, уточняется внутриутробное состояние плода, характер его стрессоустойчивости.

Пациентке объясняется необходимость вмешательства, возможные риски при самостоятельных родах, оформляется письменное согласие на операцию и на применяемый метод анестезии.

Психологическая подготовка.

Любая операция является стрессовым фактором даже до её начала. Состояние психо-эмоционального фона может влиять на гемодинамику, настрой пациентки. Крайне важно снять это неблагоприятное воздействие, которое может повлиять на исход операции.

Страх перед операцией предотвратим, если врач и акушерка проведут с пациенткой благожелательную, спокойную беседу, уверят её в своей готовности помочь, в своём профессионализме в доверительной беседе, на которую обязательно нужно найти время. Психологические переживания способствуют снижению иммунитета, нарушениям гемодинамики, препятствуют становлению полноценной лактации.

В психологической подготовке к операции важный момент - беседа акушерки с пациенткой до операции, с целью разъяснения о ходе операции и вселения веры в благоприятный её исход.

Информированное согласие на оперативное вмешательство самой пациентки или в некоторых случаях её родственников – обязательное условие для проведения операции. Оперативное вмешательство сопряжено с определенными рисками и о них пациентка должна быть осведомлена.

Накануне операции проводится седативная терапия, препараты и схема подбираются индивидуально в зависимости от исходного психологического и

соматического состояния пациентки. Непосредственно перед операцией проводится премедикация.

Особенно важно в этот период сохранять благожелательную, оптимистическую обстановку в отделении, палате, при общении с женщиной. Важны не только слова, сказанные ей, но и наша мимика, интонации, необходимы искренность и понимание основ её тревоги. При выполнении манипуляций по уходу или диагностике все внимание должно быть сконцентрировано на пациенте, обращаться нужно только по имени отчеству, что укрепляет веру женщины в то, что все направлено на оказание качественной профессиональной помощи ей и её ребенку.

Большая роль в этом принадлежит именно акушерке, которая находится рядом с женщиной и днем и вечером во время своего дежурства. Накануне операции обязательно перед сном нужно побеседовать с беременной, в том числе на отвлеченные, позитивные темы, вселить уверенность в благоприятный исход, поспособствовать полноценному отдыху.

Бережное отношение к психике пациентки, особенно в предоперационном периоде, во время операции и послеоперационном периоде - чрезвычайно важный фактор, могущий повлиять на течение операции. Поэтому очень важно чуткое, внимательное отношение к беременной со стороны лечащего врача и обслуживающего персонала [8].

Подготовка желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы.

Основным моментом предоперационной подготовки является очистка кишечника. Накануне плановой операции больной производится очистительное клизмирование. В результате этой манипуляции при расслаблении мускулатуры кишечника во время операции не происходит непроизвольная дефекация. При вздутии желудка и кишечника, заполненных газами и каловым содержимым, в послеоперационном периоде может нарушиться кровоснабжение, что способствует активизации в кишечнике инфекции, проникновению ее через микроперфорационные отверстия за пределы кишечной стенки. Так как давление в брюшной полости повышено, может произойти нарушение швов на

оперированных органах в брюшной полости в послеоперационном периоде. Это, в свою очередь, может повлечь за собой выраженное ухудшение функции сердечно - сосудистой и легочной систем. Замыкается порочный круг, когда вторично ухудшается кровоснабжение органов брюшной полости.

Задержка стула и газов (запор) в послеоперационном периоде способствуют скоплению большого количества газов. При этом вздутые петли кишечника не вправляются по ходу операции в брюшную полость.

Еще одно частое осложнение при полостных операциях – травматизация мочевого пузыря. Для профилактики повреждения мочевых органов перед оперативным вмешательством мочевой пузырь опорожняется – катетером обязательно выводится моча.

Особым образом производится подготовка ротовой полости и кожных покровов.

Подготовка ротовой полости.

Непосредственно в день операции из ротовой полости нужно извлечь съемные протезы при наличии таковых, в том числе и пирсинг для того, чтобы полость рта была свободна. Все перечисленные предметы во время операции на фоне наркоза могут вызывать проблемы с дыханием. Это же относится и к контактными линзам, слуховым аппаратам, которые необходимо снять.

Непосредственно в день операции утром пациентка должна почистить зубы и тщательно прополоскать рот антисептическим средством для обезвреживания вирулентных бактерий в ротовой полости. Их наличие может вызвать в послеоперационном периоде заболевания легких, путем попадания слюны в дыхательные пути во время наркоза, а также заболевание слюнных желез.

Обработка операционного поля.

Залогом успеха любой операции является, прежде всего, отсутствие инфекционных осложнений. Отдельный важный этап операции – обработка так называемого «операционного поля». Это участок кожи, где будет

производиться непосредственно разрез по ходу операции и большая часть вокруг него.

Вначале производится тщательное сбривание имеющихся на этом участке волос, а затем обработка дважды с помощью ватных тампонов различными инструментами производится обработка одним из принятых способов и антисептиков. Чаще всего это 5-10 % спиртовая йодная настойка. Иногда отмечается повышенная чувствительность к раствору йода, тогда применяют 5% раствор танина или (реже) 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого. Антисептик наносят на кожные покровы с растиранием операционного поля в течение 3-4 минут.

Всегда обрабатывается вначале само место разреза, а затем смещаются к периферическим участкам. Окружающие участки с зоной перекрытия отграничивают стерильными простынями, после чего повторяют двойную обработку непосредственно перед разрезом участка кожи, не покрытого салфетками. Эффективным методом защиты раны является подклеивание в области операции специальной стерильной пленки, через которую производят разрез. После окончания операции, перед наложением швов пленку удаляют.

Медикаментозная подготовка.

Для потенцирования седативного эффекта используют медикаменты в рамках предоперационной подготовки.

Показания к премедикации:

1. применение медикаментов рассматривается как превентивная мера для снижения выраженности нейровегетативных реакций;
2. снижение тревоги и страха перед операцией;
3. снижение реакции на внешние раздражители;
4. уменьшение секреции желез;
5. профилактика и лечение некоторых осложнений беременности и родов;
6. профилактика и лечение гипоксии плода;
7. профилактика аллергических реакций в ответ на применение в процессе анестезии медикаментов и инфузионных средств.

Все меры для устранения предоперационного эмоционального напряжения нужно начинать не в день операции, а заранее.

1.6. Особенности комплексного восстановления женщин после операции кесарево сечение

После операции различают три стадии состояния больной:

1. катаболическая;
2. обратного развития;
3. анаболическая стадия.

Катаболическая стадия - это защитная реакция организма, которая направлена, конечно же, на повышение сопротивляемости организма с помощью быстрой доставки необходимых энергетических и пластических материалов. Эта стадия отличается тем, что быстро активизирует гипоталамо-гипофизарную, симпатико-адреналовую и ренин-ангиотензиновую систему. Быстро повышает биосинтез глюкокортикоидов, катехоламинов, а также альдостерона. Фаза повышает распад тканевых и ферментных белков, что нельзя не учитывать, особенно при случаях гипопроteinемии. Эта фаза длится в среднем 3-6 дней [9].

При фазе обратного развития снижается активность нейроэндокринной системы, восстанавливается водно-электролитный баланс. Положительный азотистый баланс говорит о том, что усилен биосинтез белков в организме женщины. Эта фаза обычно длится 3-5 дней. Пациентки становятся более активными, снижается частота сердцебиений и дыхания [10].

Для анаболической фазы характерно усиление биосинтеза белков, жиров и гликогена. Связано это с активизацией парасимпатической нервной системы и повышением активности анаболических гормонов, обеспечивающих восстановительные процессы, рост и развитие соединительной ткани, набор массы тела женщины. Длительность этой фазы зависит от тяжести операции, от степени выраженности катаболической фазы и составляет 2-5 недель [11].

Интенсивная терапия после операции включает в себя:

1. принятие обезболивающих средств;
2. лечение гипоксии;
3. медикаментозная терапия
4. коррекция метаболических нарушений;
5. лечение болезней сердечнососудистой системы и микроциркуляции;
6. коррекция нарушений мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта;
7. сбалансированное и правильное питание;
8. предупреждение тромбоэмболии [12].

При этом особенно нужно уделять внимание контролю над редуцией матки, функции лактации у матери после родов. Для того, чтобы быстрого восстановиться после операции кесарево сечение, женщине необходимо пройти основные этапы реабилитации: послеродовые схватки, гормональные изменения в организме.

Для женщины будут самые трудные первые дни, когда необходимо будет самостоятельно встать на ноги и начать делать первые шаги. В этот момент с ней обязательно должен находиться медицинский персонал. Это связано с тем, что женщина может потерять сознание. В первый раз пациентка поднимается после 6 часов после операции. Медицинский персонал должен проинформировать пациентку о том, как необходимо вести себя после операции, при этом помочь ей подняться с кровати, посидеть и только после немного самостоятельно постоять. Для первого раза этого будет вполне достаточно. Для женщин, которые быстро восстанавливаются, возможны физические упражнения, для еще большего ускорения восстановления организма после операции кесарево сечение [13].

Перевод в послеродовое отделение может осуществляться только после 12-24 часов. При этом малыш, рожденный без осложнений, находится в детском отделении. В послеродовом отделении мама сможет начать ухаживать

за ребенком самостоятельно, пеленать его, кормить грудью. В первые сутки необходима будет помощь медицинского персонала. Время нахождения в стационаре для каждой женщины индивидуально. Если течение после операционного периода благоприятное, то женщину выписывают уже на 7-9 сутки.

Для того чтобы быстрее восстановиться после операции, врач дает индивидуальные рекомендации каждой женщине. В эти рекомендации входит принятие специальных препаратов, выполнение минимальных физических упражнений и строгое соблюдение диеты. Для каждой роженицы выбранные рекомендации строго индивидуальны.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ РОЛИ АКУШЕРКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

2.1. Материалы и методы исследования

Материалы для исследования: нами проанализированы показания к оперативному родоразрешению за 2018 год в «Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа», в перинатальном центре по данным 40 историй развития беременности и родов, обменно-уведомительных карт беременных и историй развития новорожденных и данных статистических отчетов Российской Федерации и по родовому отделению за 2016-2018 г.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ.

2.2. Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа»

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области.

21 мая 1954 года областной Совет народных депутатов своим распоряжением № 219 утвердил открытие на базе Белгородской городской больницы областной больницы на 250 коек. Тогда в ней трудились 75 врачей и 125 медицинских работников среднего звена.

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа - ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона. В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23

специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 485 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и поликлинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

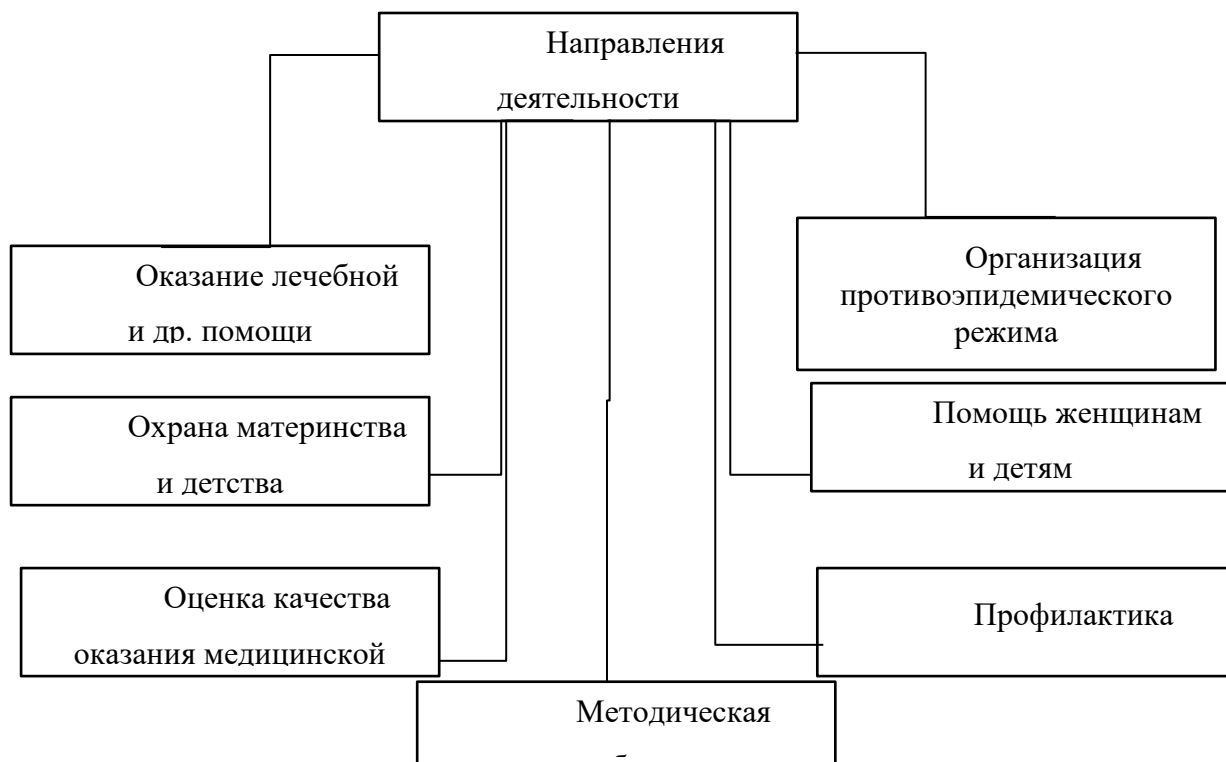
Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Основными направлениями деятельности являются:

1. Оказывает консультативную, диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

Таблица 1

Направления деятельности Перинатального Центра



- 2) Проводит оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.
- 3) Обеспечивает в отделениях противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.
- 4) Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.
- 5) Внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнской и перинатальной смертности, инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.
- 6) Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии.
- 7) Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.
- 8) Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

2.3. Анализ статистических данных о количестве и результатах родоразрешения методом операции кесарево сечение в Перинатальном центре ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа»

По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации количество операций кесарево сечение в 2017 году составило - 5292 на сроках

28 недель и более. В 2018 году этот показатель равен - 5064. В целом он остается примерно на одном уровне. В сроках менее 28 – ми недель прооперировано соответственно 7 и 6 женщин.

По России произведено в 2017 году 512628 операций, в 2018 году 479359 кесаревых сечений. Таким образом, частота оперативного родоразрешения путем кесарева сечения несколько уменьшилась. Данные указаны в таблице 2.

Таблица 2

Количество операций кесарево сечение

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Кесарево сечение							
	в сроке 28 недель беременности и более				в сроке менее 28 недель беременности			
	абс. числа		на 1000 родов		абс. числа		на 100 прерывания беременности на сроке 22-27 недель	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Российская Федерация	512628	479359	279,9	292,8	1755	1682	204,5	215,3
Белгородская область	5292	5064	309,1	338,7	7	6	100,0	117,6

По подсчитанным данным типов операций, выяснилось, что плановое кесарево сечение является часто используемым 60,3%, срочное кесарево сечение составляет 30,2%, а экстренное кесарево сечение равно 9,5%. (Рис.1.).

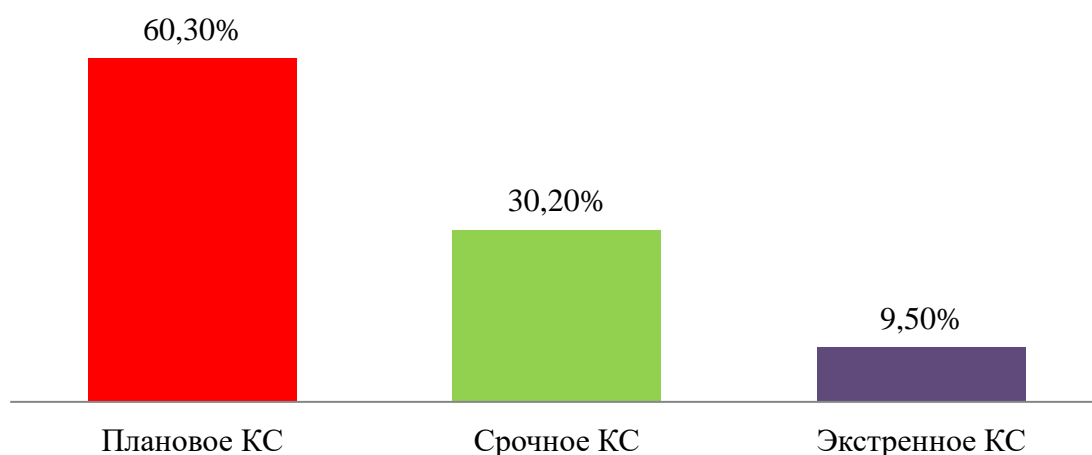


Рис. 1. Типы операций кесарево сечение

Показания к операции кесарево сечение распределились следующим образом. На первом месте – рубец на матке, он составил почти 30 %, на втором – возрастныe первородящие с наличием у них, кроме позднего возраста для первых родов прочих показаний 23 % (Рис.2).

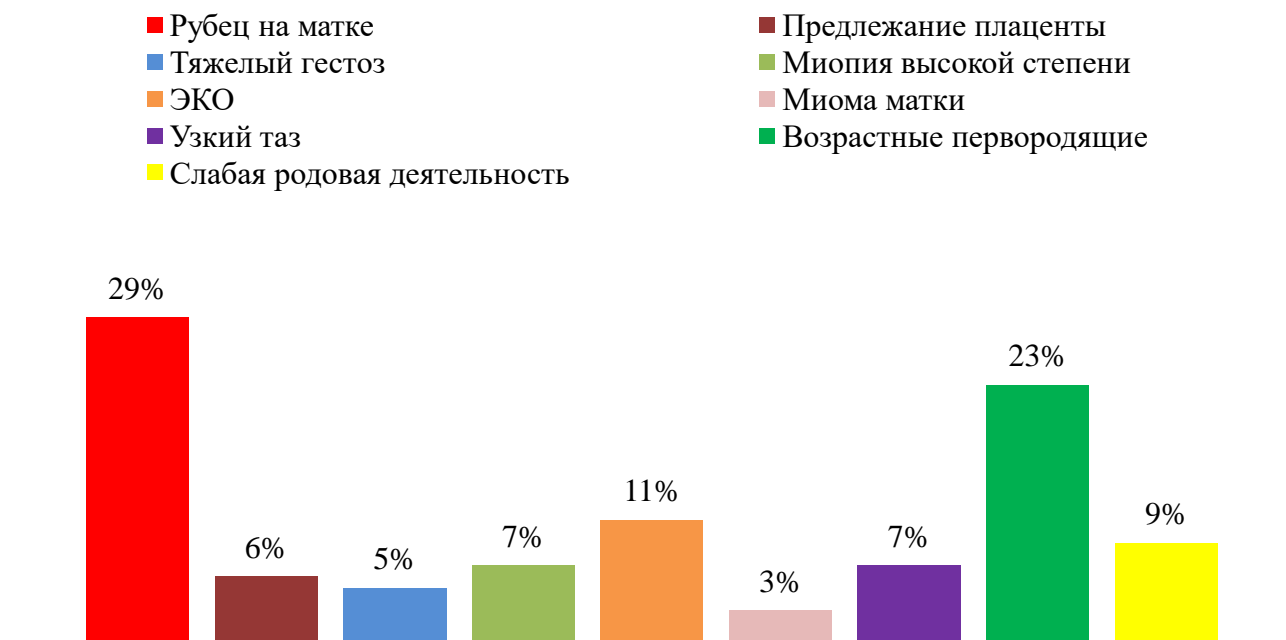


Рис. 2. Показания со стороны женщины к операции кесарево сечение

Со стороны плода имели место показания к операции, указанные в диаграмме на рисунке 3. Превалировали такие причины, как крупный плод 25% и многоплодие 18 % (Рис.3.).

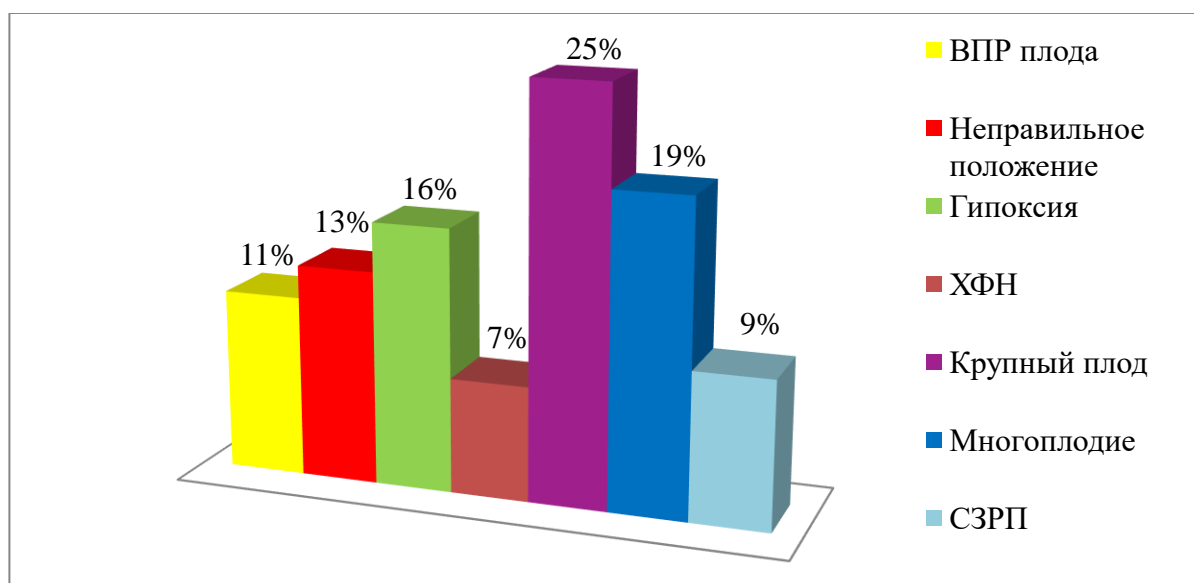


Рис.3. Показания к операции кесарево сечение со стороны плода

По данным Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иосафа», была проведена обработка статистических данных по количеству естественных родов и кесарево сечение за 2016 – 2018 гг. (Рис.4.).



Рис. 4. Количество естественных родов и операций кесарево сечение за 2016-2018 годы

При анализе возраста пациенток выявлено, что большая часть исследуемых приходится на возраст от 26 до 35 лет, меньше всего женщин в возрасте, благоприятном для первых родов, от 20 до 25 лет и меньше всего в возрасте старше 35 лет (Рис.5.).

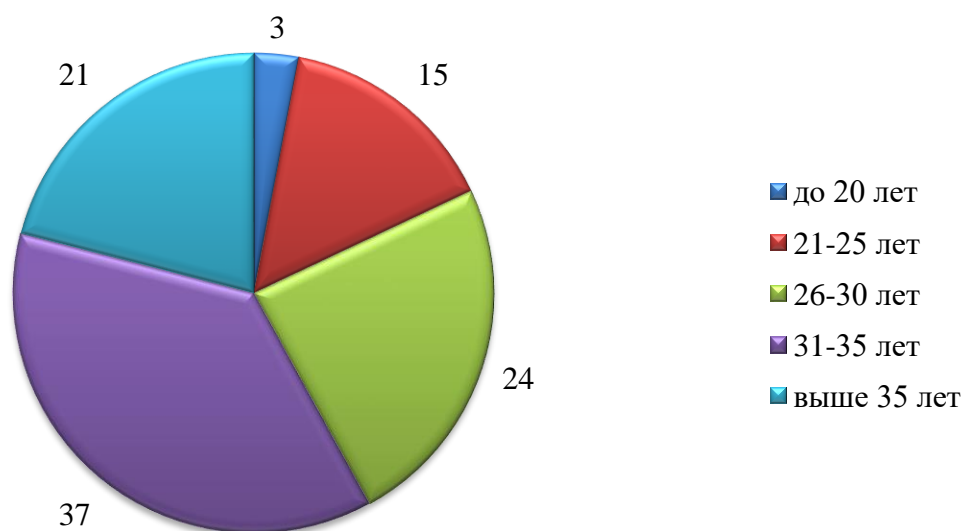


Рис. 5. Возраст пациенток, родоразрешенных путем операции кесарево сечение

По семейному положению пациентки распределились следующим образом: 83 % в зарегистрированном браке, 17 % вне брака (Рис.6.).

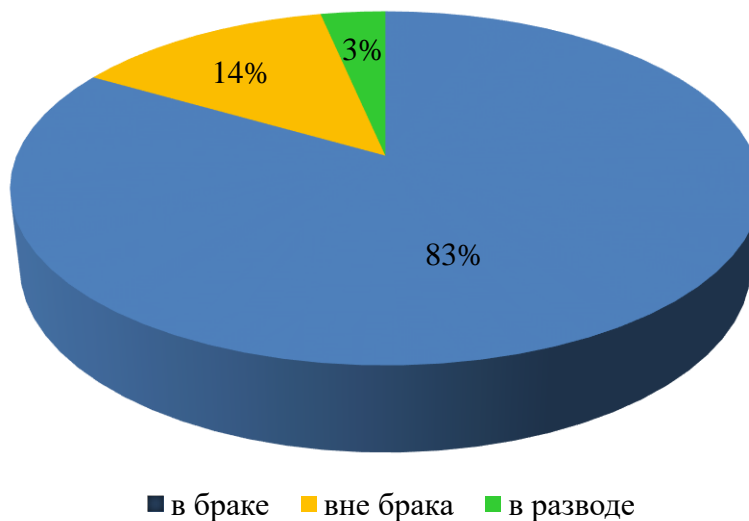


Рис. 6. Семейное положение в исследуемой группе

По данным анализам большая часть пациенток работающая, что составляет - 53 %, 37 % - домохозяйки и только 10 % являются студентками (Рис. 7.)



Рис. 7. Социальный статус пациенток

Местом жительства 60 % пациенток является город, а 40 % - жительницы села (Рис. 8.).

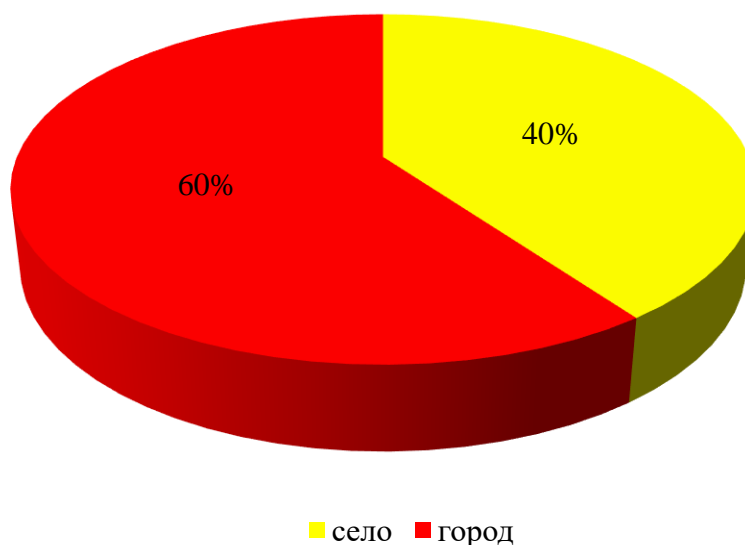


Рис. 8. Место жительства пациенток

При анализе гинекологического анамнеза выяснилось, что первое менархе произошло у большинства женщин своевременно, а у 30 % в возрасте старше 15 лет (Рис. 9).

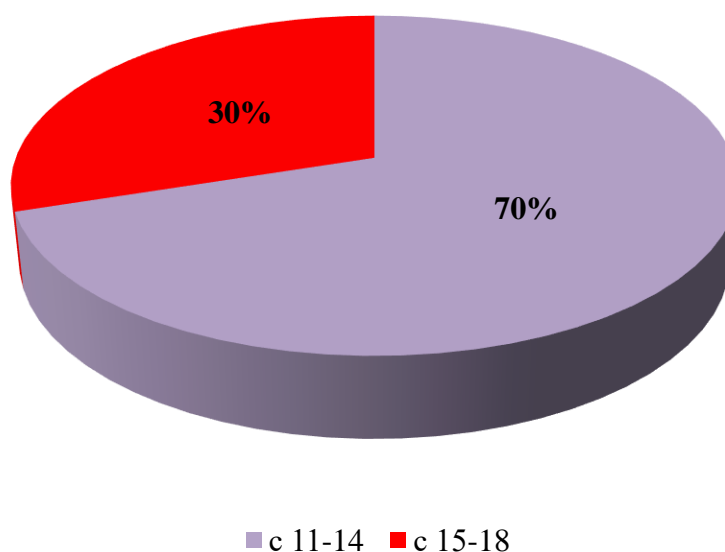


Рис.9. Возраст становления менструального цикла

Во время настоящей беременности пациентки в исследуемой группе встали на учет по беременности своевременно в подавляющем большинстве случаев (Рис. 10).



Рис. 10. Первая явка в женскую консультацию

Такое же соотношение получено при анализе показателя паритета родов: первородящими были 17 % женщин, а вторые роды предстояли 83%. (Рис. 11).



Рис. 11. Паритет родов

В исследуемой группе предыдущие беременности закончились родами – 44%, абортами – 26%, замершая беременность составила – 12%, выкидыш – 9% и количество первобеременных женщин составило – 6%. Изучив акушерский анамнез, мы выяснили, что он был отягощен медицинскими абортами, самопроизвольными выкидышами, замершей и внематочной беременностью и родами путем операции кесарево сечение. (Рис. 12.).

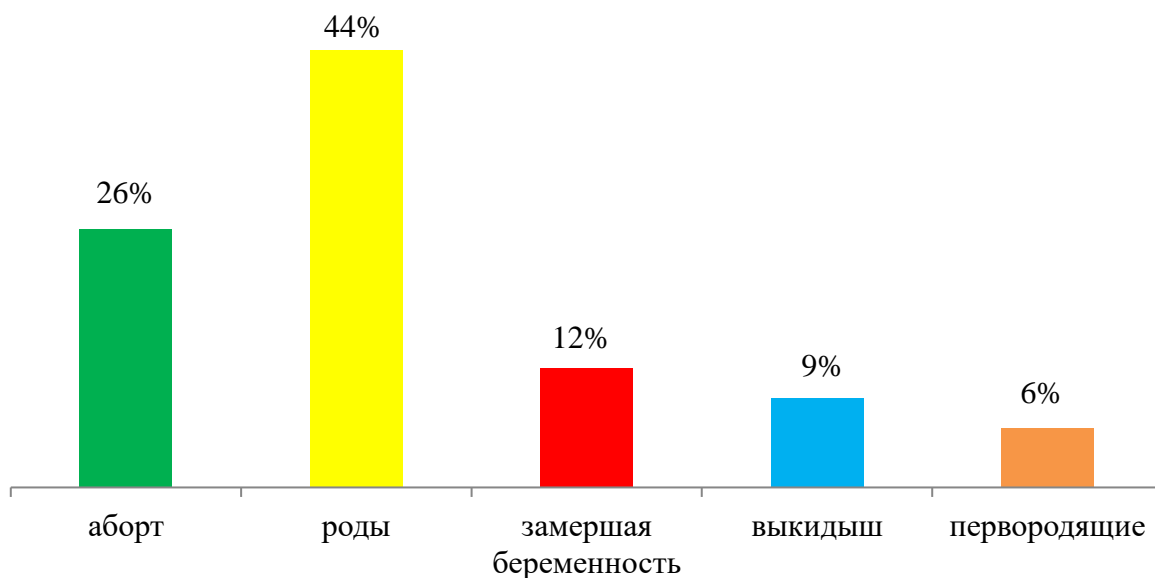


Рис. 12. Акушерский анамнез в исследуемой группе

Анализируя гинекологический анамнез, мы выяснили, что у 50% пациенток исследуемой группы отмечались различные гинекологические заболевания, часто встречались различные воспалительные заболевания – 40 % и прочих заболеваний - 10 % случаев (Рис. 13.).

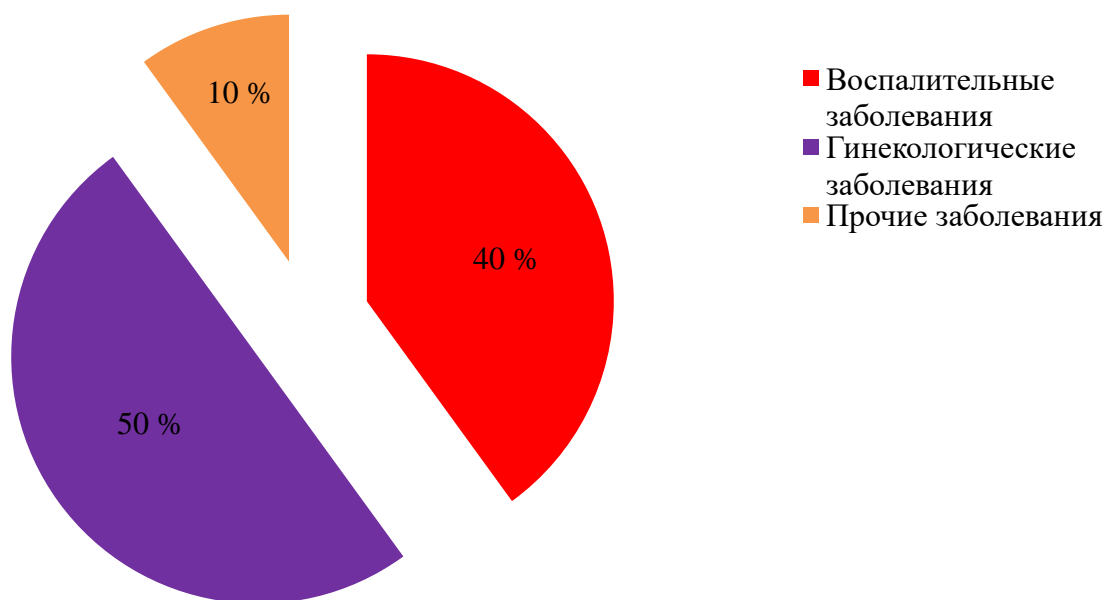


Рис.13. Особенности гинекологического анамнеза

Многие экстрагенитальные заболевания predisполагают к развитию тяжелых акушерских осложнений, которые в свою очередь приводят к родоразрешению абдоминальным путем. Это значит, что артериальная гипертензия повышает риск преждевременной отслойки плаценты и эклампсии, гемолитическая анемия к кровотечениям в родах и послеродовом периоде, сахарный диабет – к аномалиям родовой деятельности, дистрессу плода в родах. (Рис.14.).

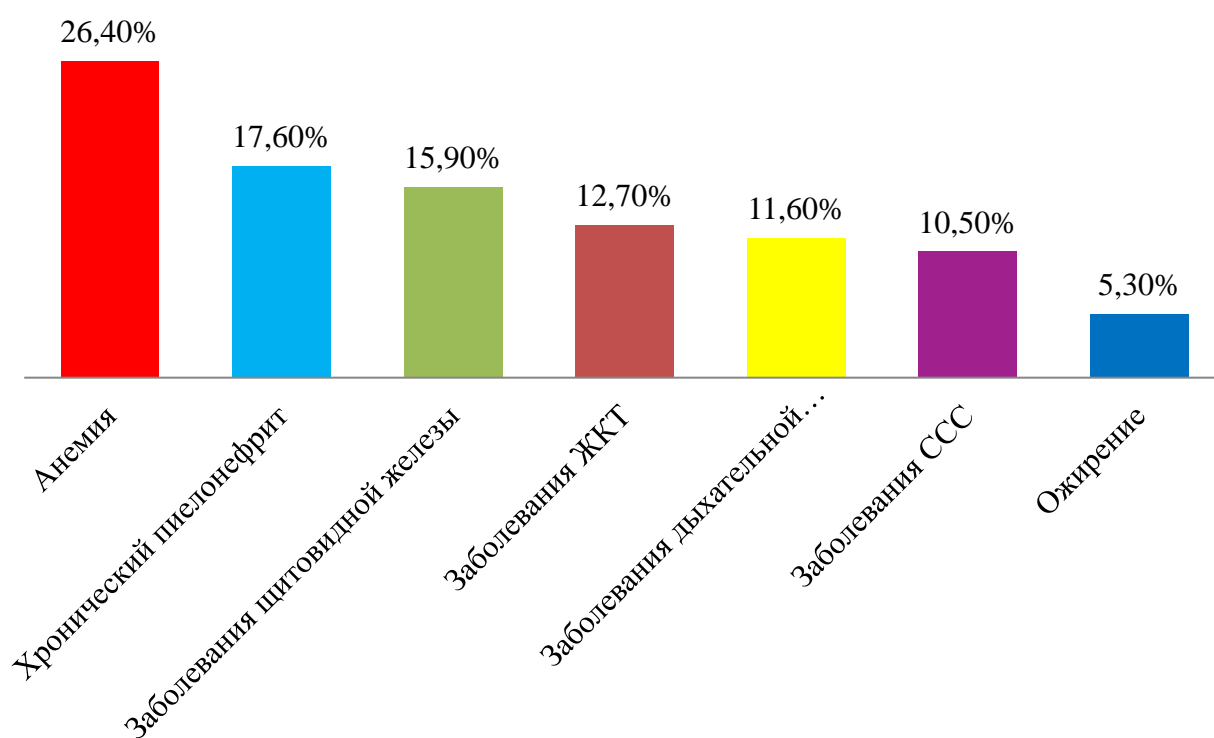


Рис. 14. Экстрагенитальные заболевания в исследуемой группе

При анализе инфекционных заболеваний пациенток мы выявили, что преобладающей инфекцией является хламидиоз– 50%, генитальный герпес – 20%, уреаплазмоз - 19%, ВИЧ-инфекция – 6%, а отсутствие инфекций составило всего – 5% (Рис. 15.).

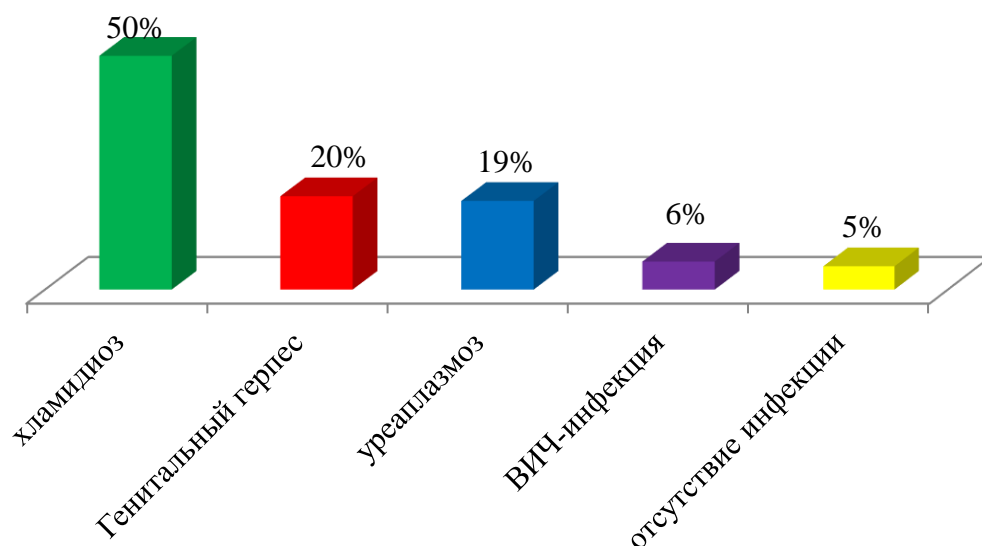


Рис. 15. Структура и частота инфицирования женщин половыми инфекциями

Анализ показаний к операции кесарева сечения показывает, что большинство прооперировано по абсолютным показаниям 60%, а 40% - по относительным, т.е., в данной группе исследуемых женщин преобладают абсолютные показания (Рис. 16.).

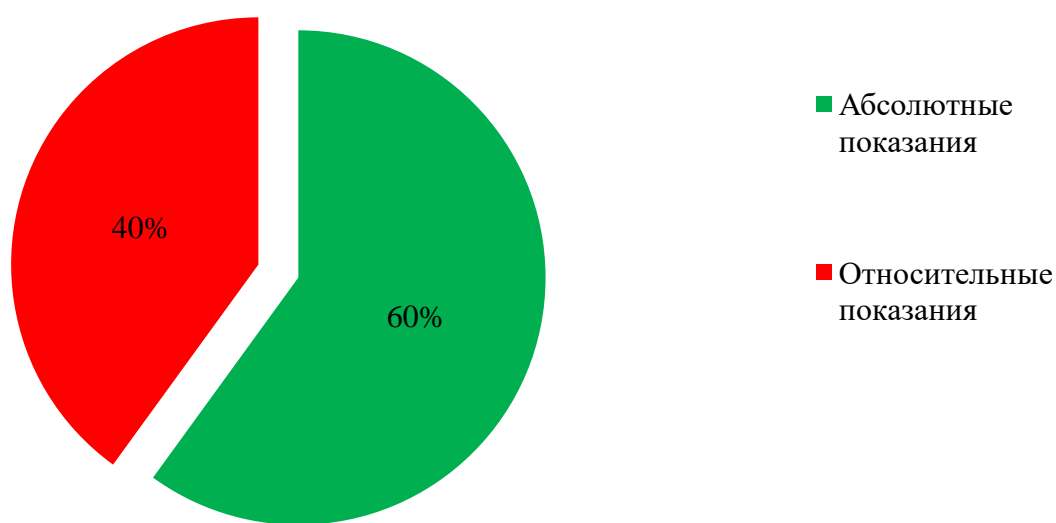


Рис. 16. Структура показаний к оперативному родоразрешению

Что касается структуры абсолютных показаний, то на первом месте по частоте находится клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери, что вызвано формированием клинически узкого таза – 56%, анатомически узкий таз у 22% пациенток, имевшее место предлежание

плаценты – у 9%, а фибромиома матки больших размеров встретилась у 13% женщин (Рис. 17.).

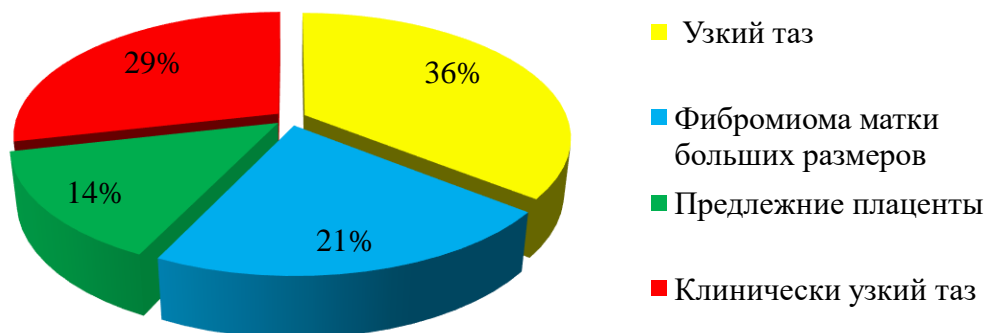


Рис. 17. Структура абсолютных показаний со стороны матери

При изучении относительных показаний, получили следующие данные: лидирующим показанием является рубец на матке – 34%, клинически узкий таз – 23%, миопия – 17%, аномалии родовой деятельности – 13%, заболевание половых органов – 10%, переносная беременность – 3% (Рис. 18.).

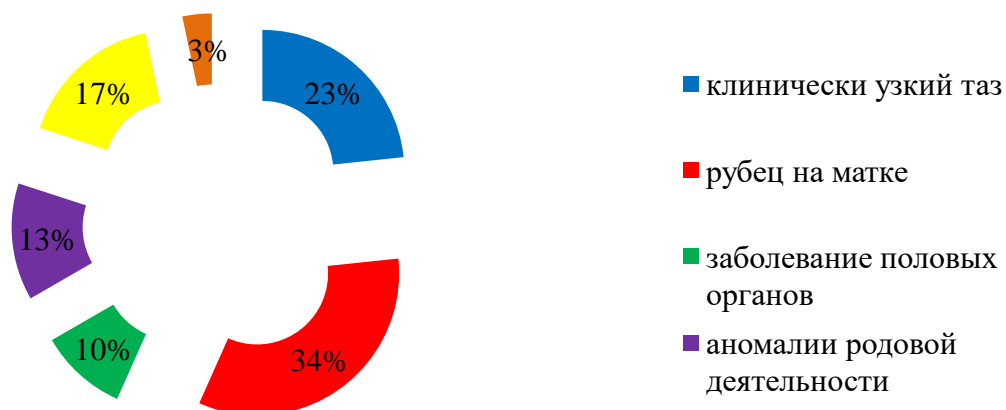


Рис. 18. Структура относительных показаний к операции кесарево сечение со стороны матери

В результате наших исследований из показаний к кесареву сечению со стороны плода на первом месте – ХФПН плода и крупный плод (по 30%), затем следует острая гипоксия плода 27% и в 13% случаев – тазовое предлежание (Рис. 19.).

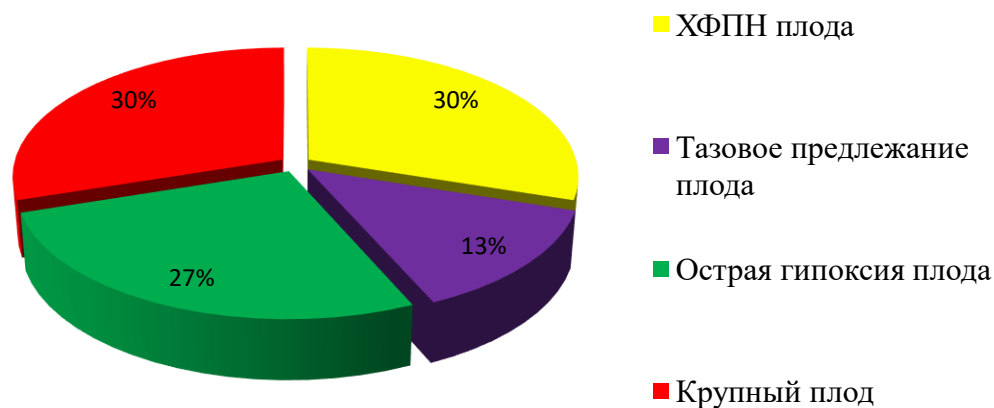


Рис. 19. Структура показаний к операции кесарево сечение со стороны плода

Проведенный нами анализ показал, что в исследуемой группе женщин плановая госпитализация проводилась в 100% случаев, экстренной госпитализации в испытываемой группе не наблюдалось (Рис. 20.).

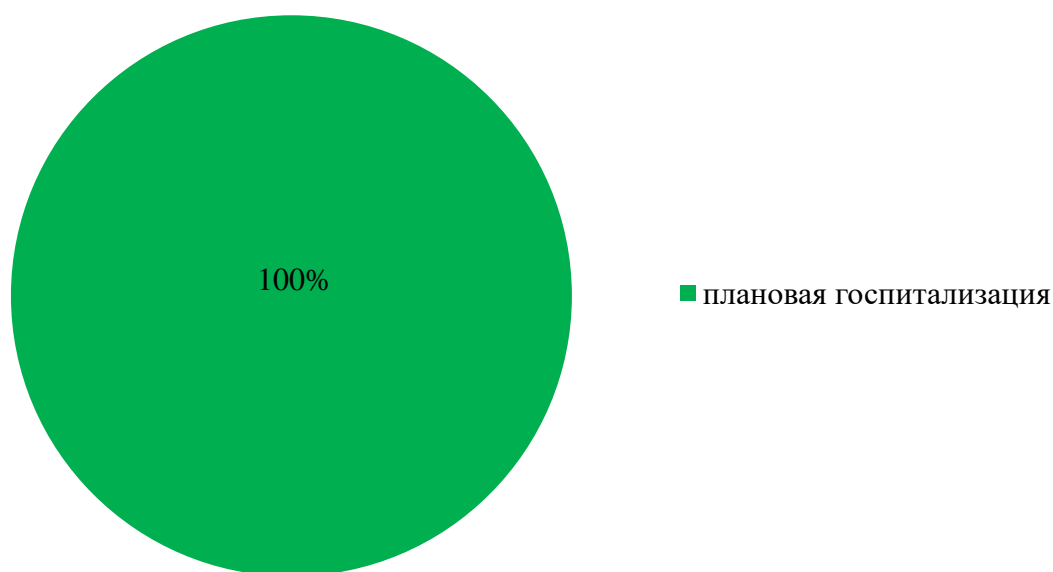


Рис. 20. Дородовая госпитализация

Мы провели исследование кровопотери во время операции и получили следующие данные: кровопотеря 400-600 мл составила – 90%, 700-800 мл – 10%(Рис. 21.).

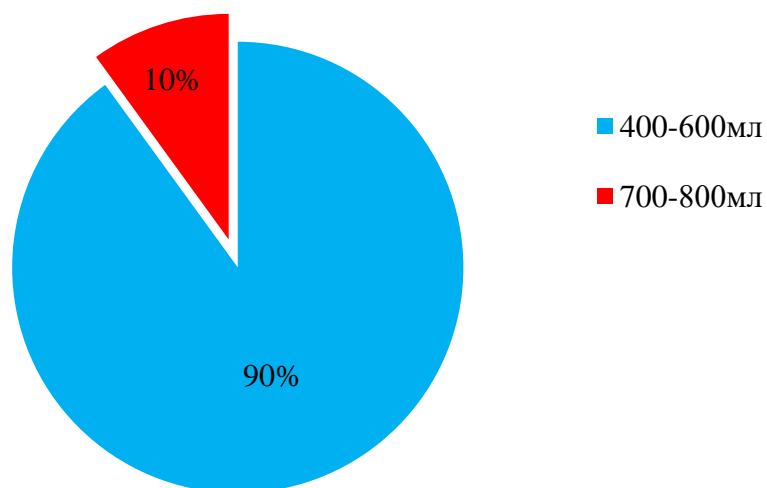


Рис. 21. Кровопотеря во время операции кесарево сечение

Мы проанализировали состояние новорожденных по шкале Апгар и получили следующие данные: состояние новорожденных в основном определялось в 8-8 баллов и составляло – 37%, 8-9 баллов – 27%, 7-8 баллов – 20%, 6-8 баллов – 7%, 6-6баллов – 3%, 5-7 баллов – 3%, 4-6 баллов – 3% (Рис. 22.).

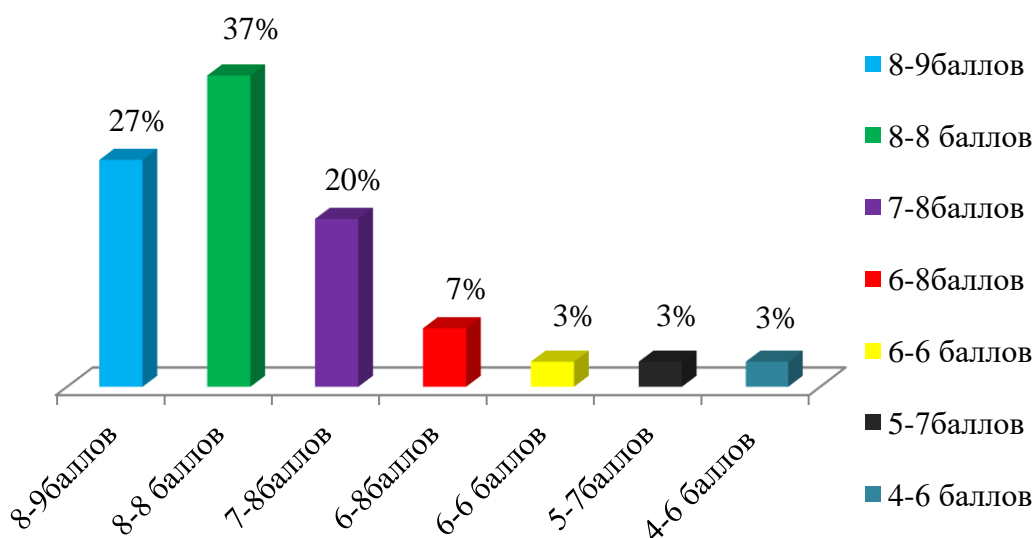


Рис. 22. Состояние при рождении по шкале Апгар

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исход многих операций, в том числе и кесарево сечение напрямую зависит от подготовки пациентки. Подготовка должна включать в себя: психологические, физиологические и санитарные меры. Умение точно проводить их, грамотная оценка состояния роженицы, позволяют избежать многих осложнений и негативных последствий.

В психологической подготовке к операции важный момент – компетентная беседа акушерки с пациенткой до операции, с целью разъяснения о ходе операции и вселения веры в благоприятный её исход.

Информированное согласие на оперативное вмешательство самой пациентки или в некоторых случаях её родственников – обязательное условие для проведения операции. Оперативное вмешательство сопряжено с определенными рисками и о них пациентка должна быть осведомлена.

Навыки квалифицированной акушерки должны позволить ей вовремя заподозрить осложнения, требующие проведения операции кесарево сечение, грамотно оценить общее состояние роженицы, и правильно подготовить ее к оперативному вмешательству. А также квалификация акушерки должна позволить ей вовремя обнаружить признаки послеоперационных осложнений и уметь оказать необходимую помощь.

Кесарево сечение является фактором риска, как для матери, так и для ребенка, и задачи акушерки заключаются в проведении всего комплекса мероприятий для сведения этого риска к минимуму.

Роль кесарево сечение в снижении перинатальной заболеваемости и смертности в настоящее время не вызывает никаких сомнений. При увеличении количества оперативных родоразрешений свыше 20% наблюдается тенденция к снижению перинатальной смертности на 10-12%.

В ходе исследования нами были сделаны следующие выводы:

1. В исследуемой группе женщин выявлено, что большая часть относились к возрастной группе от 26 до 35 лет, меньше всего женщин в

возрасте, благоприятном для первых родов, от 20 до 25 лет и еще меньше женщин в возрасте старше 35 лет. Первородящих женщин 17%, а повторнородящих 83%. До 12 недель встали на учет 83% пациенток.

2. Предыдущие беременности закончились родами – 44%, абортами – 26%, замершая беременность составила – 12%, выкидыш – 9% и количество первобеременных женщин составило – 6%. Плановая госпитализация проводилась в 100% случаев, экстренной госпитализации в испытываемой группе не наблюдалось.

3. Изучив акушерский анамнез, мы выяснили, что он был отягощен медицинскими абортами, самопроизвольными выкидышами, замершей и внематочной беременностью и родами путем операции кесарево сечение. Анализируя гинекологический анамнез, мы выяснили, что у 50% пациенток исследуемой группы отмечались различные гинекологические заболевания, часто встречались различные воспалительные заболевания – 40 % и прочих заболеваний - 10 % случаев.

4. При анализе инфекционных заболеваний пациенток мы выявили, что преобладающей инфекцией является хламидиоз – 50%, генитальный герпес – 20%, уреаплазмоз - 19%, ВИЧ-инфекция – 6%, а отсутствие инфекций составило всего – 5%.

5. Многие экстрагенитальные заболевания приводят к развитию тяжелых акушерских осложнений, которые приводят к родоразрешению абдоминальным путем, артериальная гипертензия повышает риск преждевременной отслойки плаценты и эклампсии, гемолитическая анемия к кровотечениям в родах и послеродовом периоде, сахарный диабет – к аномалиям родовой деятельности, дистрессу плода в родах.

6. Анализ показаний к операции кесарево сечение показывает, что большинство прооперировано по абсолютным показаниям 60%, а 40% - по относительным. Структура абсолютных показаний: клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери – 56%, анатомически

узкий таз у 22% пациенток, предлежание плаценты – у 9%, а фибромиома матки больших размеров встретилась у 13% женщин. Относительные показания: рубец на матке – 34%, клинически узкий таз – 23%, миопия – 17%, аномалии родовой деятельности – 13%, заболевание половых органов – 10%, переносимая беременность – 3%

7. В структуру показаний к кесареву сечению со стороны плода: на первом месте – ХФПН плода и крупный плод по 30 %, затем следует острая гипоксия плода 27 % и в 13 % случаев – тазовое предлежание.

8. Работа акушерки требует отчетливого понимания особенностей показаний, противопоказаний, осложнений и правил подготовки к кесареву сечению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э. К. Акушерство: учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» по разделу дисциплины «Акушерство и гинекология» [Текст]/ Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с.
2. Акушерство и гинекология: для клинических ординаторов: [Текст]: Учебно-методический комплекс / С. П. Пахомов [и др.]. - Белгород, 2017. - 163 с.
3. Анчик, О.Г. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений у родильниц после кесарева сечения [Текст]/ Автореф.дисс.канд.мед. наук, 2015.-126 с.
4. Бакшеев, Н. С. Клинические лекции по акушерству [Текст] / Н. С. Бакшеев. - Киев: Здоровье, 2016. - 225 с.
5. Введенский, Д.В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки [Текст] / Акушерство, 2015. - 79с.
6. Гуртовой, Б.Л. Принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений кесарева сечения [Текст] / 1-й Съезд Российской ассоциации акуш.и гинек., М., 2015. - 33с.
7. Дуда, В.И. Клиническое акушерство. - Мн.: Высшая школа, 2016. - 16 с.
8. Комиссарова, Л.М. Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии: Автореф. дис . д. м. н. — М.,2015.-267с.
9. Кулаков, В.И, Прошина И. В. Кесарево сечение [Текст] / Экстренное родоразрешение — М., 2017. -.261с.
10. Репина, М.А. Кровотечение в акушерской практике [Текст]/ М.: Медицина, 1017. -175с.
11. Савельева, Г.М. [Текст]/ Акушерство: учебник, 2015. - 245 с.

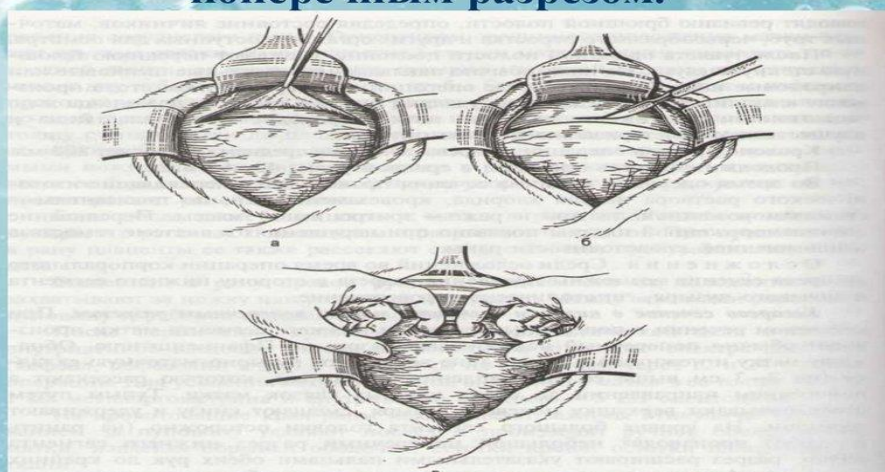
12. Савельева, Г.М., Блошанский Ю.М., Сичинава Л.Г. и соавт. Кесарево сечение в снижении перинатальной смертности и заболеваемости [Текст]/ Акушерство и гинекология, 2016. - 13с.
13. Слепых, А.С. Оперативное родоразрешение [Текст] / М.,2017. - 179с.
14. Стрелков, В.И. О технике кесарева сечения [Текст] / Акушерство и гинекология, 2016. - 31с.
15. Стрижаков, А. В. Акушерство и гинекология [Текст]/ А. В. Стрижаков. - М., 2015. - 213 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Виды кесарево сечение:

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

**Кесарево сечение в нижнем сегменте матки
поперечным разрезом.**



- а — вскрытие пузырно-маточной складки;
- б — надрез стенки нижнего сегмента матки;
- в — разведение краев раны тупым путем.

Корпоральное кесарево сечение

Корпоральное кесарево сечение.



Наложение I ряда швов



Наложение II ряда швов