

Лекція № 10

Тема: Багатоплідна вагітність. Акушерські операції

План

1. Уявлення про багатоплідну вагітність.
2. Однояйцеві та двояйцеві двійнята. Причини.
3. Перебіг вагітності. Ускладнення. Ведення вагітності. Особливості ведення пологів.
4. Уявлення про акушерські операції.
5. Класифікація акушерських операцій.
6. Показання, умови для проведення розроджувальних операцій.

Утворення багатоплідної вагітності залежить від ряду факторів, облік яких у сукупності дозволяє з певною точністю (50-70 %) його прогнозувати.

До прогностичних факторів можна віднести:

- наявність у родовідній подружжя випадків народження двійнят, трійнят і т. ін.;
- вік жінки до 18 та більше 30 років;
- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- гормональне лікування;
- стимуляція овуляції;
- застосування гормональних контрацептивів до вагітності;
- багатоплідна вагітність в анамнезі, екстракорпоральне запліднення.

За своїм походженням багатоплідна вагітність може бути двояйцевою та однояйцевою.

Двояйцеві (дизиготні) близнюки складають 2/3 усіх двійнят, і в їх походженні значну роль відіграє спадковий фактор. Вони розвиваються з двох яйцеклітин, створених в одному або в різних фолікулах. При цьому дозріванні фолікулів може бути в одному яєчнику або у двох приблизно одночасним (поліовулія).

Запліднення яйцеклітин здійснюється двома різними сперматозоїдами, і потім вони розвиваються звичайним шляхом один від одного.

Може бути інший спосіб походження двояйцевих близнюків – запліднення двох або більше яйцеклітин, дозрілих в одному фолікулі.

Запліднені яйцеклітини розвиваються самостійно. При імплантації в децидуальну (відпадаючу) оболонку матки кожна із запліднених яйцеклітин у своєму розвитку створює свою амніотичну та хоріальну оболонку, з яких потім для кожного близнюка розвивається своя плацента. Обидві плаценти нерідко залишаються розділеними, особливо в той час, коли запліднені яйцеклітини вміщуються на значній відстані одна від одної. У таких випадках кожне плідне яйце, крім амніона і хоріона, має окрему (самостійну) капсулярну оболонку. Коли ж дві запліднені яйцеклітини вміщуються в децидуальну оболонку матки близько одна від одної, краї обох плацент так щільно стискаються між собою, що мовби зливаються в одне ціле, начебто створюючи єдину плаценту. Хоріальна та амніотична оболонки у кожного плідного яйця залишаються розділеними, капсулярна оболонка у них спільна. З'єднання обох плацент є тільки показним. При пильному розгляді з'єднаних плацент у цьому неважко переконатися. Кожна з плацент має самостійну судинну мережу, тому вони легко відокремлюються одна від одної.

Дизиготні близнюки - це особи, тобто брати чи сестри, які народилися одночасно, у них 50 % спільних генів.

Однояйцеві(монозиготні) близнюки складають 1/3 від загальної кількості двійнят і відносно стабільні за частотою виникнення.

Вони розвиваються із однієї яйцеклітини, заплідненої одним сперматозоїдом. У перші два тижні після запліднення відбувається розщеплення її зиготи на дві симетричні генетично ідентичні половини, котрі мають однаковий наслідувальний потенціал, однак розвиваються у два самостійні, схожі один на одного індивіди (поліембріонія).

Для подальшого розвитку важливо враховувати точний момент розщеплення зиготи. Процеси розщеплення, які здійснюються після 13-го дня розвитку, здебільшого не приводять до повного роз'єднання близнюків. Унаслідок цього виникають різні їх зрощення та аномалії розвитку.

Якщо при повному розщепленні зиготи обидва ембріональні зачатки розміщені в матці на деякій відстані один від одного, то у кожного із зародків, що розвиваються, є окремий амніон - це діамніотичні двійнята. Якщо обидва амніотичні мішки заключені в один спільний для обох близнюків хоріон, а розтин між ними складається з двох оболонок - з двох амніонів, такі двійнята називаються монохоріальними. Плацента в них спільна, капсулярна оболонка теж одна. Артеріальні та венозні судини обох близнюків сполучаються за допомогою численних анастомозів. Якщо ж обидва ембріональні зачатки розміщуються поряд, виникає одна спільна для них амніотична порожнина. Це буває при моноамніотичних двійнятах. У цих випадках між ними є зрощення, що поряд з первинним неповним розщепленням зиготи може служити причиною виникнення подвійних потворностей плоду.

При порушенні рівноваги в системі плацентарного кровообігу один з близнюків приймає на себе здійснення власного кровообігу і кровообігу близнюка. Серце другого стає бездіяльним, і він перетворюється на «безсердечну» потвору, народжуючись разом з нормально розвинутим близнюком.

У деяких випадках за таких же умов плід поступово виснажується, гине та муміфікується, перетворюючись на «паперовий» плід, який народжується після живого близнюка у вигляді придатку до нього.

Розвиток близнюків, які народжуються своєчасно, у більшості випадків буває нормальним. Різниця в масі між обома близнюками при двійнятах звичайно невелика і знаходиться у межах 200-300 г.

Генотип монозиготних близнюків ідентичний. Вони мають 100 % спільних генів.

Монозиготні близнюки завжди однієї статі, а дизиготні можуть бути як одно- так і різностатевими.

Діагностика багатопліддя

1. Невідповідність(збільшення) розмірів матки строку вагітності, починаючи з 14-16-го тижня. Диференційований діагноз проводиться з крупним плодом, багатоводдям, а також з міхуровим занеском (у першій половині вагітності).

2. Вагітна може відмічати часті рухи плоду, а також рухи в різних місцях живота, цю ж ознаку можна виявити як при пальпації, так і при аускультатії.

3. Надмірне збільшення маси жінки з 14-16-го тижня вагітності при відсутності клінічних проявів гестозу вагітності.

4. Підвищений тонус матки, тому що при багатоплідній вагітності часто відмічається загроза її зриву.

5. Ранній прояв залізодефіцитної анемії вагітних (з 20 - 24-го тижня), задишки, враховуючи високе стояння дна матки.

6. Невеликі розміри предлежачої голівки при значних розмірах матки і високому стоянню її дна.

7. Визначення в матці трьох або більше великих частин плоду (двох голівок і одного тазового кінця чи двох тазових кінців та однієї голівки). Чітке визначення двох голівок або двох тазових кінців свідчить про наявність двійнят.

8. Визначення при аускультатії двох або більше автономних зон серцевої діяльності плодів, особливо якщо між цими зонами є «зони мовчання». Про двійнят свідчить і наявність різної частоти (не менше 10 уд./хв) серцевих тонів плоду в різних частинах матки.

9. УЗД(встаноплює багатопліддя з 6 тижнів вагітності).

Перебіг багатоплідної вагітності

В порівнянні з одноплідною відрізняється рядом особливостей, тому при ній до організму вагітної жінки висуваються підвищені вимоги. Вагітні скаржаться на стомлення та задишку, які посилюються ближче до кінця вагітності, що є наслідком значного зміщення діафрагми через високе стояння дна матки. Досить часто відмічається розширення вен нижніх кінцівок. Наприкінці вагітності частіше, ніж при одноплідній, спостерігається часте сечовипускання.

Багатоплідна вагітність нерідко призводить до розвитку таких ускладнень, як ранні та пізні гестози, багатоводдя, що виникають на п'ятому-шостому місяці вагітності. У деяких її випадках багатоводдя в одному плідному яйці сполучається з маловоддям у другому. Різке багатоводдя нерідко спостерігається при аномаліях розвитку плоду. Внаслідок неповного розщеплення ембріонального зачатка виникають потворства, які характеризуються подвоєнням різних частин тіла (наприклад, дві голівки при спільному тулубі та ін.).

Одним із найчастіших ускладнень вважається передчасний розрив багатоплідної вагітності (40-50 %). Вагітність продовжується тим менше, чим більше вона багатоплідна. Розвиток близнюків, які народилися у строк, у більшості випадків буває нормальним.

Положення плодів у матці здебільшого (90 %) буває поздовжнім: один з них займає праву, другий ліву половину матки. Частіше (45 %) в обох плодів головне передлежання. Далі по частоті виникають такі комбінації: один плід у головному передлежанні, другий у тазовому; обидва плоди в тазовому передлежанні, один плід у головному, другий у поперечному положенні; двоє плодів у поперечному положенні.

У процесі перебігу багатоплідної вагітності в ранні строки необхідно враховувати можливість відмирання одного із плідних яєць, що виявляється ознаками загрози зриву вагітності (кров'яні виділення зі статевих шляхів) до 20 %.

Досить частим ускладненням багатоплідної вагітності є внутрішньоутробне припинення розвитку плодів.

Найбільш частими ускладненнями у другому і третьому триместрах багатоплідної вагітності є загроза переривання, анемія вагітних, гестоз, багатоводдя. Клінічні ознаки цих ускладнень з'являються значно раніше при багатоплідній вагітності, ніж при одноплідній. «Критичними строками» багатоплідної вагітності, в які можливий розвиток загрози зриву, є такі: 18-22 тижні, 31-34 тижні; анемії вагітних – 18-32 тижні, гестоз 26-36 тижнів, багатоводдя – 18-22 тижні вагітності.

Під час спостереження вагітних з багатоплідністю необхідно забезпечити:

- ◆ лікувально-охоронний режим;
- ◆ якісне харчування із збільшеним вмістом білків тваринного походження (м'ясо, сир);
- ◆ починаючи з 20-го тижня вагітності при підвищенні тонуусу матки проводиться профілактичний оральний токоліз у вигляді періодичного прийому міні-доз бета-адреноміметиків курсами по 2-4 тижні з перервою 1-2 тижні (партусистен, бриканіл, бускопан та ін.);
- ◆ тривале (до трьох місяців) оральне застосування залізопідвищуючих препаратів з 16-20-го тижня вагітності (ферроплекс та ін.);
- ◆ динамічний контроль за станом плодів та матки за допомогою УЗД та кардіотокографії; слід своєчасно виявляти істміко-цервікальну недостатність;
- ◆ госпіталізація з метою профілактики у 18-22 та 31-34 тижні, які є «критичними строками» недоношування при багатоплідній вагітності;
- ◆ при початкових ознаках ускладнень - госпіталізація незалежно від строку вагітності, передпологова госпіталізація в 36-37 тижнів вагітності з метою вирішення, питання про найбільш раціональний спосіб допомоги при пологах;

◆ при багатоводді доцільно призначити антибактеріальну, дегідратаційну терапію, лікувальний трансабдомінальний амніоцентез;

◆ у випадках гострого багатоводдя з ознаками легенево-серцевої недостатності (задишка, тахікардія) та відсутності ефекту від лікування потрібне переривання багатоплідної вагітності за медичними показаннями.

Перебіг пологів при багатоплідності

Перебіг пологів при багатоплідності може бути нормальним. Після народження першого плоду в пологовій діяльності настає пауза від 15 хв до 1 год. У цей час посилюється ретракція м'язів, внаслідок чого матка пристосовується до свого зменшеного розміру. Потім пологова діяльність відновлюється, розривається другий навколоплодовий міхур та народжується другий плід. Між народженням близнюків у більшості випадків проходить 20-30 хв.

Після народження другого плоду обидва посліди відділяються від стінок матки і одночасно відбувається їх виділення з пологових шляхів.

Однак під час пологів досить часто виникають ускладнення:

1. За рахунок перерозтягнення м'язів матки – слабкість пологових сил, неправильне положення плодів.

2. Допологове, або раннє, відходження навколоплідних вод, що призводить до інфікування пологових шляхів.

3. Передчасне відшарування нормальнорозміщеної плаценти як народженого, так і близнюка в утробі, або спільної плаценти.

4. Запізнілий розрив плодового міхура другого плоду.

5. Після народження першого плоду може відбуватися зміна положення другого плоду з поздовжнього в поперечне, або в косе.

6. Колізія близнюків, яка здійснюється одночасно із вступом у таз голівок обох плодів. Перший плід знаходиться в тазовому передлежанні, а другий в головному.

7. Гіпоксія плодів, народження їх в асфіксії.

8. Послідовий період характеризується частим виникненням кровотечі внаслідок неповного відшарування плаценти або її несвоєчасного відходження.

9. До цього веде гіпотонія матки, яка є причиною кровотечі і в ранньому післяпологовому періоді.

10. У післяпологовому періоді нерідко спостерігається субінволюція матки, виникнення гнійно-септичних ускладнень.

Ведення пологів

При недоношеній вагітності з початком пологової діяльності, відкритті шийки матки не більше ніж на 4 см доцільно пролонгувати вагітність шляхом гальмування скорочувальної діяльності матки.

У випадку відсутності ефекту від токолізу при наявності регулярної пологової діяльності роділлі вводять спазмолітики та анальгетики, при необхідності проводять стимуляцію пологової діяльності. Найбільш ефективним методом пологової стимуляції при слабкості і зрілих плодах є поєднане застосування окситоцину (2,5 ОД) і простагландину у дозі 2,5 мг в 500 мл 5% розчину глюкози.

При незначному підтіканні навколоплідних вод і сумнівах відносно цілості навколоплідного міхура проводиться консервативно-вичікувальна тактика і динамічне спостереження за роділлею (термометрія, аналіз крові, обмеження кількості піхвових досліджень, контроль за виділеннями з статевих шляхів), профілактика інфікування статевих шляхів (нітрофурані, антибіотики), одночасно здійснюються лікувальні заходи, спрямовані на покращення матково-плацентарного кровообігу і профілактику синдрому дихальних порушень у новонароджених (глюкоза, аскорбінова кислота, сигетин, кокарбоксілаза, інгаляція кисню, дексаметазон).

При недоношеній багатоплідній вагітності період зігнання проводиться без захисту промежини з пудендальною анестезією 0,25 % розчином новокаїну та перінео- або

епізіотомією. У випадках тазового передлежання першого плоду пологи проводяться за методом Цов'янова.

Одразу ж після народження першого плоду пуповину ретельно перев'язують не тільки в ділянці плодового кінця, але й материнського поблизу статевої щілини, щоб уникнути кровотечі через пуповину другого плоду.

Після народження першого плоду проводять зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження, з'ясовують положення і характер передлежачої частини другого плоду. При поздовжньому положенні розривають через 30 хв плодовий міхур другого плоду, що сприяє скорочуванню перерозтягнутої матки і є ефективним засобом профілактики передчасного відшарування плаценти (плацент).

При поперечному положенні другого плоду одразу ж після народження першого плоду проводять інструментальне розривання плодового міхура, а потім під наркозом проводять поворот плоду на ніжку з наступним витяганням його із статевих шляхів. Колізія близнюків потребує індивідуального підходу (інколи до декапітації першого плоду).

З метою профілактики кровотечі у третьому і ранньому післяпологовому періодах одразу ж після прорізання передлежачої частини або народження другого плоду вводять 1 мл 0,02 % розчину метилергометрину (у 20 мл 40 % розчину глюкози). Введення окситоцину закінчують через 2 год у ранньому післяпологовому періоді.

Визначають наступні **показання** до операції кесаревого розтину при багатоплідній вагітності:

➤ Непідготовленість статевих шляхів після 38 тижнів вагітності і внутрішньоутробна гіпоксія плоду.

➤ Тазове передлежання обох плодів у першородячої старшого віку, безплідність і невиношування в анамнезі.

➤ Поперечне положення плодів при двійнятах.

➤ Відсутність ефекту від пологового збудження і стимуляції пологової діяльності протягом трьох годин.

В останніх випадках кесарів розтин проводиться в основному за показанням огляду матері: екстрагенітальна патологія, акушерські ускладнення (кесарів розтин в анамнезі, маткові кровотечі, тяжка форма гестозу та ін.).

Акушерські операції

Патологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду інколи зумовлює необхідність застосування оперативних втручань.

Рішення про проведення тієї чи іншої операції приймає лікар чи консиліум лікарів, виходячи з акушерської ситуації та керуючись інтересами матері та плода.

Акушерці належить велика і винятково важлива роль, для виконання якої вона повинна знати особливості кожної з акушерських операцій.

Акушерські операції виконуються у *плановому* чи *негайному* (урогентному) порядку. Оскільки більшість втручань в акушерстві проводиться за невідкладними показаннями, у пологовому стаціонарі постійно необхідна чергова операційна та анестезіологічна служба, черговий неонатолог та відповідний середній медичний персонал: операційна сестра, сестра-анестезистка та медична сестра відділення новонароджених.

Кожна операція виконується за певними показаннями.

Показання - це сукупність причин, що зумовлюють необхідність проведення певного оперативного втручання.

Виконати операцію можна лише за відповідних умов.

Умови – це сукупність обставин, які дозволяють проведення даної операції. Існують загальні умови, а саме:

- наявність операційної, відповідно обладнання та інструментарій ;
- присутність хірурга, що володіє технікою операції;
- згода хворої (вагітної, роділлі, породіллі) на операцію.

Крім цих умов, необхідні свої особливі умови для кожної конкретної операції, за

відсутності яких операція або технічно неможлива (наприклад, накладання акушерських щипців при недостатньому розкритті шийки матки), чи навіть небезпечна для життя пацієнтки (кесарів розтин при наявності в організмі жінки інфекції може призвести до важких запальних ускладнень, спроба акушерського повороту при нерухомості плода – до розриву матки та ін.).

Усі акушерські операції проводяться лікарем.

Відповідно до інструкції Міністерства охорони здоров'я України в окремих випадках, за умов, коли акушерка самостійно веде пологи (у невеликих родопоміжних закладах, де немає цілодобового чергування лікарів), при виникненні ускладнень, наприклад, кровотеча у III періоді пологів чи ранньому післяпологовому періоді, загроза розриву промежини з метою надання невідкладної допомоги роділлі акушерка повинна виконати, дотримуючись усіх правил асептики та антисептики, без застосування загального наркозу такі операції: ручне відділення та виділення плаценти, ручну ревізію порожнини матки, амніотомію, епізіотомію або перінеотомію, зашивання епізіотомної рани або розриву промежини першого чи другого ступеню. *В усіх інших випадках необхідно викликати лікаря, і до його прибуття акушерка вживає заходів для підтримання життєдіяльності плода (профілактика та лікування гіпоксії), а також готує вагітну чи роділлю до операції.*

Підготовка хворої до операції

Готуючи вагітну до планової операції, їй проводять ретельне клініко-лабораторне обстеження, що включає клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, дослідження крові на сифіліс та СНІД, визначення групи крові та резус-фактора, загальний аналіз сечі, дослідження піхвової мікрофлори, ЕКГ. Для контролю стану внутрішньоутробного плода проводиться ультразвукове дослідження, кардіотокографії. Вагітну оглядає стоматолог (при необхідності санує ротову порожнину), терапевт, анестезіолог. При виявленні відхилень від норми проводиться корекція – лікування анемії, гіпоксії плода, санація піхви (Гіно-Певаріл 7 днів по 50 мг 2 рази на день).

Напередодні операції жінка не вечеряє, зранку не снідає. Їй проводиться санобробка: зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, ставлять очисну клізму, проводять гігієнічний душ. Безпосередньо перед операцією вагітній спорожнюють сечовий міхур, на час операції вводиться постійний катетер.

Підготовка хворої до ургентної операції у більшості випадків дуже обмежена за часом (деколи до кількох хвилин). Якщо дозволяють обставини, проводиться спорожнення кишківника за допомогою очисної клізми (у випадку кровотечі, загрози розриву матки клізма протипоказана). Перед операцією, що проводиться під ендотрахіальним наркозом, якщо хвора нещодавно приймала їжу, доцільно провести промивання шлунка або аспірацію шлункового вмісту з метою профілактики синдрому Мендельсона (під час операції може статися регургітація, і кислий вміст шлунка потрапить у трахею і легені). При необхідності зголюють волосся на лобку. Якщо можливо, хвора приймає душ. Обов'язково проводять спорожнення сечового міхура та введення постійного катетера.

Підготовка рук персоналу перед операцією

Спосіб обробки рук первомуром. Руки миють з милом під проточною водою протягом 3-5 хв, потім занурюють у миску з розчином, приготованим з 10 л дистильованої води, 17 мл пергідролу та 69 мл мурашиної кислоти і протягом 3 хв обробляють з допомогою стерильної серветки.

Спосіб обробки рук дегміцидом. Руки миють щіткою з милом під проточною водою 5 хв, витирають насухо і обробляють двома стерильними серветками, змоченими 1% розчином дегміциду, протягом 3 хв кожною серветкою.

Спосіб обробки рук хлоргексидином. Руки миють з милом під проточною водою, витирають насухо, потім наносять 0,5% розчином хлоргексидину в 70% етиловому спирті у кількості 5-8 мл і пртягом 2 хв втирають у шкіру.

Жоден із способів обробки рук не гарантує їх абсолютної стерильності, тому всі акушерські операції виконуються у стерильних хірургічних рукавичках.

Класифікація акушерських операцій

I. Операції, що зберігають вагітність.

II. Операції штучного переривання вагітності.

1. Штучний аборт до 12 тижнів вагітності а) вишкрібання порожнини матки; б) вакуум – аспірація плідного яйця.

2. Штучне переривання вагітності у пізні терміни : а) малий кесарський розтин (до 27 тижнів вагітності); б) внутрішньо-оболонкове введення гіпертонічних розчинів; в) заоболонкове введення антисептичних розчинів; г) штучне збудження пологової діяльності.

III. Операції, що готують пологові шляхи.

1. Амніотомія.

2. Розширення шийки матки: а) розширювачами Гегара; б) пальцеве; в) насічки на шийці матки.

3. Розтин промежини : а) перінеотомія; б) епізіотомія.

IV. Операції, що виправляють положення плода.

1. Зовнішній поворот плода: а) при тазовому передлежанні; б) при поперечному та косому положенні плода.

2. Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку.

V. Розроджуючі операції.

1. Акушерські щипці : а) порожнинні; б) вихідні.

2. Вакуум-екстракція плода.

3. Витягання плода : а) за ніжку (ніжки); б) за паховий згин.

4. Кесарів розтин.

VI. Плдоруйнівні операції.

1. Краніотомія.

2. Клейдотомія.

3. Декапітація.

4. Евісцерація.

5. Спондилотомія.

VII. Операції, що виконуються у третьому періоді пологів і у ранньому післяпологовому періоді.

1. Ручне відокремлення та виділення посліду.

2. Ручне обстеження (ревізія) порожнини матки.

3. Інструментальна ревізія порожнини матки.

4. Зашивання розривів шийки матки і промежини.

5. Перев'язування магістральних судин матки.

6. Надпихова ампутація матки.

7. Екстирпація матки.

Операції штучного переривання вагітності

1. Переривання вагітності у ранні терміни

Штучним абортom називається переривання вагітності в акушерському стаціонарі. Переривання вагітності в ранні терміни здійснюється за бажанням жінки до 12 тижнів при відсутності протипоказань. Протипоказаннями є гострі та підгострі запальні захворювання жіночої статеві сфери, гострі інфекційні захворювання чи запальні процеси будь-якої локалізації. Операція може бути виконана тільки після ліквідації патологічних явищ, оскільки наявність вогнищ інфекції в організмі створює високий ризик ускладнень після оперативного втручання.

Від 13 до 28 тижнів вагітність переривають тільки за медичними показаннями при наявності у вагітної важких захворювань, коли прогресування вагітності та пологи можуть становити загрозу життю жінки, а також за соціальними показаннями – вік до 16 років, наявність 5 і більше дітей, смерть чоловіка під час вагітності, розлучення, ув'язнення, позбавлення материнських прав.

Обстеження до аборту: мазок на ступінь чистоти вагінального вмісту та на гонорею, аналіз крові на RW та СНІД, гінекологічний огляд.

Операція проводиться *лише лікарем акушером-гінекологом.*

За проведення втручань, спрямованих на переривання вагітності, іншими способами, зокрема медичними працівниками, чинним законодавством передбачена кримінальна відповідальність.

Інструментарій, необхідний для операції : дзеркала Сімса і підйомник, кульові щипці або щипці Мюзо, розширювачі Гегара, матковий зонд, довгі пінцети (2), абортцанг, кюретки № 2,4,6, вакуум-апарат, наконечники для вакуум-апарата.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або місцева анестезія.

Техніка операції. Зовнішні статеві органи обробляють йодонатом. Вводять дзеркала Сімса. Піхву та шийку матки обробляють 5% розчином йоду. Оголюють шийку матки в дзеркалах та захоплюють її кульовими щипцями за передню губу. Видаляють підйомник. Лікар утримує шийку матки кульовими щипцями, нижнє дзеркало передають медичній сестрі, що асистує під час операції. Проводять зондування порожнини матки з метою встановлення прохідності та напрямку цервікального каналу, довжини та форми порожнини матки. Далі проводять розширення цервікального каналу розширювачами Гегара від № 4-6 до 12-13 (номер розширювача дорівнює його діаметру в міліметрах). Після розширювання здійснюють руйнування і видалення плодового яйця кюреткою № 6, абортцангом або шляхом вакуум-аспірації. Видаливши плідне яйце, проводять контрольне вишкрібання стінок порожнини матки і трубних кутів кюретками № 4 і 2. Переконавшись у тому, що плодове яйце і децидуальна оболонка видалені повністю, матка скоротилася добре, кровотечі немає, кульові щипці з шийки матки знімають, шийку обробляють 5 % йодом, дзеркало виводять з піхви.

Догляд за хворою після операції. Жінку перевозять на каталці в палату. На низ живота кладуть міхур з льодом. Вводять скорочуючі засоби – 1 мл окситоцину або метилергометрину внутрішньом'язово. Протягом першої доби медична сестра періодично контролює стан хворої: самопочуття, скарги, пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, кількість та характер виділень із статевих шляхів. При відсутності ускладнень жінку виписують додому на другу добу після аборту.

Ускладнення. Штучний аборт, навіть проведений досвідченим лікарем з дотриманням усіх правил асептики та антисептики, *завжди є небезпечною операцією* з огляду на можливі ускладнення, що виникають як під час втручання, так і пізніше, і мають серйозні наслідки для здоров'я та репродуктивної функції жінки.

Перфорація стінки матки може статися на будь-якому етапі операції матковим зондом, розширювачами, кюреткою. Особливу небезпеку при цьому становить пошкодження внутрішніх оргнів. Важливо вчасно діагностувати перфорацію, припинити операцію аборту і провести лапаротомію з метою зашивання перфораційного отвору (за умови свіжого та невеликого пошкодження) або надп'явкової ампутації чи екстерпації матки при значних інфікованих травмах.

Неповне видалення плодового яйця та плацентарний поліп (виникає при затримці залишків ворсистої оболонки) супроводжується значними кров'янистими виділеннями. Діагностують ці ускладнення при бімануальному та ультразвуковому дослідженні. Лікування полягає у видаленні вмісту матки шляхом вишкрібання її стінок. Тривале перебування частин плодового яйця у матці може призвести до приєднання інфекційних ускладнень.

Основні післяабортні ускладнення запального характеру – *ендометрит, параметрит, пельвіоперитоніт, сепсис.*

Віддаленими наслідками штучних абортів є *розлади менструальної функції, ендометріоз, хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів.* У жінок з резус-негативною кров'ю можлива сенсibiлізація вагітної антитілами плода, тому після аборту такій пацієнтці слід ввести антирезусний гамма-глобулін.

2.Переривання вагітності у пізні терміни (від 12 до 28 тижнів)

Основним шляхом переривання вагітності пізніх термінів у сучасному акушерстві є *інтраамніальне (внутрішньооболонкове) введення гіпертонічних розчинів*. Застосовується трансабдомінальна (через передню черевну стінку) та трансцервікальна методика, за якою в канал шийки матки вводиться стерильна трубка з довгою голкою, якою проколюють плодовий міхур і виводять частину навколоплодових вод. Потім у порожнину амніона вводиться така ж кількість гіпертонічного розчину хлориду натрію або, при наявності протипоказань, 20% розчин глюкози. Для того, щоб рідина не витікала, проводять тугу тампонаду піхви стерильним бинтом. Тампон виймають через 6 год.

Переривання вагітності можна прискорити внутрішньовенним введенням окситоцину або простагландинів груп E і F_{2a}.

Догляд за хворою полягає у ретельному спостереженні за станом скорочення матки. Медсестра слідкує за виділеннями із статевих шляхів, вимірює температуру тіла жінки з метою вчасного виявлення ускладнень запального характеру.

Розроджуючі акушерські операції

1. Акушерські щипці

Акушерські щипці - це інструмент, який застосовують для витягання плода із статевих шляхів за голівку.

На початку XVII ст. шотландський акушер Чемберлен винайшов акушерські щипці. Свій винахід він зберігав у таємниці і користувався ним лише для особистого збагачення. Кілька разів сім'я Чемберленів намагалася продати свій секрет за велечезні гроші – у 1670 році французькому акушеру Морісо, у 1693 – в Амстердамі анатому Рюйшу. Рюйш таки купив цей секрет, але не для допомоги хворим, а для наживи “ у найбурливіших за своїм безчестям формі”. Отож, пріоритет винайдення акушерських щипців належить Йоганну Пальфіну з Фінляндії, який сконструював власну модель щипців – “залізні руки Пальфіна” і зробив про те це повідомлення у Паризькій Академії наук.

Над удосконаленням конструкції інструменту працювали акушери усього світу, зокрема, модель щипців, запропонована українським акушером, професором Харківського університету Іваном Лазаревичем, здобула у Лондоні в кінці XIX ст. золоту медаль. За сучасних умов найчастіше користуються щипцями Сімсона у модифікації Феноменова.

Щипці складаються з двох *гілок* - правої і лівої. Кожна гілка складається з *ложки, замка і рукоятки*. В замковій частині щипців є виступи – гачки Буша, які є опорою для рук акушера при ракціях. Ложки мають дві *кривизни* – головну, що повторює обриси голівки плода, і тазову, що відповідає вигину провідної осі таза.

Щипці застосовують у випадках, коли потрібно терміново завершити пологи. Виділяють дві групи показань – з боку матері й з боку плода.

Показання, пов'язані із станом плода: гіпоксія внаслідок передчасного відшарування плаценти, короткої пуповини, обвиття пуповини тощо.

Показання, пов'язані із станом матері: вторинна слабкість пологової діяльності; необхідність виключення потуг при важких формах пізнього гестозу, важкій гіпертензії, захворюваннях серцево-судинної системи у стадії декомпенсації, захворюваннях легень з розладами дихання, міопії високого ступеня; кровотеча у другому періоді пологів, обумовлена передчасним відшаруванням плаценти.

Умови : 1) живий плід (при мертвому плоді використовують плодоруйнівні операції); 2) повне розкриття маткового вічка; 3) відсутність плодового міхура; 4) голівка повинна знаходитися у виході з таза (вихідні щипці) чи у порожнині таза (порожнинні щипці). При інших положеннях голівки щипці протипоказані. 5) голівка повинна бути середніх розмірів, тобто не бути надто великою (гідроцефалія, гігантський плід), ані надто маленькою (недоношений плід, гіпотрофія), оскільки за конструкцією параметри щипців відповідають голівці доношеного плода середніх розмірів; 6) достатні розміри таза, щоб вивести голівку в щипцях. Вузкий таз є протипоказанням для накладання акушерських щипців.

Щипці є інструментом, призначеним для тракцій, вони замінюють силу потуг. Застосування щипців з іншою метою – для виправлення неправильних вставлень голівки,

тобто як виправляючого чи ротаційного інструменту, травматичне, недоцільне і у сучасному акушерстві виключене.

Підготовка до операції. Роділлю вкладають на поперечне ліжко Рахманова. Кишечник і сечовий міхур мають бути спорожнені (якщо положення голівки дозволяє, акушерка м'яким катетером спорожнює сечовий міхур). Обробляють зовнішні статеві органи розчином йоду або йодонату.

Акушерські щипці накладає тільки лікар. Лікар обробляє руки, одягає стерильні рукавички. Перед операцією обов'язково проводиться внутрішнє акушерське дослідження, за допомогою якого чітко встановлюють ступінь розкриття шийки матки, положення голівки, стріловидного шва.

З метою профілактики розриву промежини проводиться *епізіотомія*.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або пудендальна анестезія.

Інструментарій: акушерські щипці, корнцанги (2), тупокінцеві ножиці для епізіотомії, дзеркала для огляду шийки матки, вікончасті затискачі (2).

Техніка операції: 1) *Введення ложок.* Здійснюється за трьома "потрійними правилами". Першою вводиться ложка лівою рукою у ліву половину таза (правило трьох "Л"). Після введення ліва ложка передається асистенту. Потім прав ложка вводиться правою рукою у праву половину таза (правило трьох "П"). Вісь щипців, вісь голівки та провідна вісь таза повинні співпадати (правило трьох "В"). 2) *Замикання щипців.* 3) *Пробна тракція* – дозволяє переконатись у відсутності зісковзування щипців із голівки. 4) *Власне тракції*, що здійснюються узгоджено з потугами відповідно до природного біомеханізму пологів. Між потугами (між тракціями) замикання щипців послаблюють, щоб відновити кровообіг голівки плода. Напрямок тракцій повинен відповідати напрямку руху плода по провідній осі таза. При вихідних щипцях тракції здійснюють спочатку горизонтально до утворення точки фіксації, поки підпотилична ямка не підійде під лонне зчленування. Далі тракції спрямовують угору. Акушерка у цей час проводить захист промежини. 5) *Зняття щипців.* Після прорізування найбільшого обводу голівки щипці роз'єднують, знімають у зворотному порядку – спочатку праву ложку, потім ліву.

Після операції проводять ручне відділення та виділення плаценти, *ручну ревізію порожнини матки для з'ясування стану її стінок*, оскільки можливий її розрив. Ретельно оглядають шийку матки і піхву в дзеркалах, якщо виявили розриви, накладають шви.

2. Кесарів розтин

Кесарів розтин при раптовій смерті роділлі чи вагітної з метою врятування життя дитини робили ще в давні часи. В кінці XVI століття з'явилися перші повідомлення про кесарів розтин, проте майже завжди ця операція закінчувалась смертю роділлі, тому у XIX ст. була запропонована операція видалення матки після розтину, що дещо знизило материнську смертність. Подальше покращення результатів було пов'язане із введенням у практику триповерхового маткового шва, запропонованого F. Kehrer у 1881 році. З цього часу абдомінальне розродження набуло певного поширення, проте материнська і перинатальна смертність залишилась високою. Лише з 50-х років XX століття завдяки впровадженню антибактеріальних препаратів, переливанню крові, більш суворій регламентації показань і дотриманню умов операції прогноз для матері й плода значно покращився.

Кесарів розтин (sectio caesarea) завдяки удосконаленню техніки операції, методів знеболення і тактики ведення післяопераційного періоду за останні роки використовується все частіше і є резервом для зниження перинатальної смертності, особливо серед вагітних групи високого ризику. Абдомінальне пологорозрішення в акушерській практиці використовується в середньому у 6-10 % від загальної кількості пологів.

Існує ще термін "малий кесарів розтин", яким користуються при проведенні операції абдомінального переривання вагітності із строком гестації до 28 тижнів.

Показання до кесаревого розтину. Виділяють абсолютні й відносні показання. Історично, зважаючи на високий ризик операції ще декілька десятиліть назад, абсолютними показаннями були акушерські ситуації, коли пологи природними пологовими шляхами були

неможливі навіть після плодоруйнівної операції. В сучасному акушерстві до абсолютних відносять такі показання, коли інший спосіб розродження більш небезпечний для матері, ніж кесарів розтин. До відносних включають захворювання і акушерські ситуації, які можуть несприятливо позначитись на стані матері і плода, якщо пологи вести природними пологовими шляхами.

Абсолютні показання:

1. Патологія, що цілком виключає вагінальне розродження:
 - звуження таза III-IV ступенів, деформації таза, переломи, остеомалатичні зміни;
 - пухлини органів малого таза, шийки матки, яєчників, сечового міхура, що блокують родові шляхи;
 - виражені рубцеві зміни шийки матки, піхви, що значно звужують родові шляхи;
 - повне передлежання плаценти.
2. Патологія, за якої кесарів розтин є методом вибору:
 - неповне передлежання плаценти при наявності кровотечі;
 - передчасне відшарування плаценти за відсутності умов для розродження природними родовими шляхами;
 - поперечне і косе положення плода;
 - неповноцінний рубець на матці; клінічна невідповідність розмірів таза матері та плода;
 - еклампсія;
 - загроза розриву матки;
 - рак шийки матки, піхви, зовнішніх статевих органів, прямої кишки, сечового міхура.

2 Відносні показання:

- анатомічно вузький таз I і II ступеня звуження у поєднанні з іншими несприятливими факторами (тазові передлежання плода, неправильні вставлення голівки, великий плід, переношена вагітність, мертвонародження в анамнезі тощо);
- неправильні вставлення голівки - передньоголовне, лобне, задній вид лицьового передлежання, високе пряме стояння голівки;
- гіпоксія плода;
- тазові передлежання плода;
- переношена вагітність у поєднанні з іншими акушерськими ускладненнями;
- загроза утворення сечостатевої фістули;
- вік жінки, яка народжує вперше, більше як 30 років, у поєднанні з іншими обтяжуючими факторами;
- великий плід;
- випадання пуповини;
- вади розвитку матки;
- екстрагенітальні захворювання, що вимагають швидкого розродження за відсутності умов для його проведення природними пологовими шляхами.

Умови до операції: живий плід (за винятком абсолютних показань); відсутність інфекції (безводний період не більше 6 годин); згода матері на операцію.

Противоказання: вади розвитку плода, глибока недоношеність і незрілість плода, виражена гіпоксія, коли не можна виключити мертвонародження чи постнатальну загибель дитини, наявність інфекції: ендометрит у пологах, тривалий безводний період, багаторазові вагінальні дослідження, підвищення температури тіла, гнійні виділення з пологових шляхів.

Підготовка до операції: при плановому втручанні проводиться повне клініко-лабораторне обстеження вагітної. При необхідності санації піхви використовують Гіно-Певаріл, тержинан. Напередодні операції вагітна не вечеряє, дозволяється лише солодкий чай. Увечері та вранці очищують кишечник за допомогою клізми. На ніч дають снодійні та димедрол. Вагітна спорожнює сечовий міхур. На час операції вводять постійний катетер.

Знеболювання: ендотрахеальний наркоз у поєднанні з нейролептаналгезією.

Догляд за хворою після операції. Після закінчення операції на живіт жінки кладуть холод і тягар. Для профілактики кровотечі у вену вводять крапельно 1 мл окситоцину або 1 мл 0,02% розчину метилергометрину у 500 мл 5% глюкози. Надалі окситоцин вводять підшкірно двічі на добу по 1 мл. Слідкують за станом скорочення матки, виділенням лохий. Призначають антибіотики протягом 5-6 днів: ампіцилін, цефазолін, гентаміцин. В останні роки з метою профілактики гнійно-запальних захворювань рекомендують вводити антибіотики під час операції одразу після перетиснення пуповини: 1,5 г **зинацефу**, а у жінок групи високого ризику виникнення септичних ускладнень — **мефоксин**. Через 24 год введення антибіотиків повторюють. Проводять інфузійну терапію, у перші 3-4 доби після операції вводять знеболюючі засоби.

Щоденно проводять туалет післяопераційної рани:

обробляють 96% етиловим спиртом та накладають асептичну пов'язку. Вставати породіллі дозволяють за відсутності протипоказань наприкінці першої доби, ходити — на другу добу. Швидке вставання хворої після операції є методом профілактики парезу кишківника, тромбоемболічних ускладнень, пневмонії. Фельдшер повинен слідкувати за функцією сечового міхура та кишківника хворої, при необхідності проводити спорожнення сечового міхура катетером. Якщо післяопераційний період у матері та неонатальний у дитини проходять без ускладнень, дозволяється годувати новонародженого на 2-3 добу. Шви знімають на 6-7 добу після операції. Виписують хворих на 11-12 добу за умови нормального перебігу післяопераційного періоду.

Література

1. *Грищенко В.І., Щербина М.О.* Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 408 с.
2. *Назарова І.В.* Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
3. *Назарова І.Б.* Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008. - 224 с.
4. *Назарова І.Б., Самойленко В.Б.* Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 407 с.
5. *Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М.* Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. - 624 с.