

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/vkr/358148>

**Тип работы:** ВКР (Выпускная квалификационная работа)

**Предмет:** Медицина

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 6

1.1. Вакуум-экстракция плода: показания, противопоказания 6

1.2. Техника проведения вакуум-экстракции 10

1.3. Осложнения вакуум-экстракции 15

ГЛАВА 2. РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ В ПЕРИОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ 20

2.1. Подготовка к операции 20

2.2. Роль акушерки в интра- и послеоперационном периоде 22

2.3. Анализ статистических данных 27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 45

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Вакуум-экстракция плода предполагает извлечение живого плода из родового канала во время родов с помощью специального аппарата, называемого вакуум-экстрактором, который создает вакуум, позволяющий присасывать чашечку в подлежащую часть плода. Первые попытки использовать вакуум для извлечения плода из родового канала были предприняты в середине 19 века; к концу 20 века широкое распространение получил вакуумный экстрактор Malstrom, разработанный в 1956 году.

Одной из важнейших задач, стоящих перед акушерами-гинекологами, является обеспечение благоприятных исходов беременности и родов как для матери, так и для плода; вакуум-экстракция плода не оказывают заметного влияния на снижение перинатальной смертности, не говоря уже о заболеваемости.

Аntenатальная охрана плода, использование современных диагностических и терапевтических методов, достижения и успехи в неонатологии могут изменить частоту и структуру перинатальной заболеваемости и смертности, а не метод родоразрешения.

Частота оперативных родоразрешений в современном акушерстве во многом определяется показаниями плода, которые зачастую несправедливо расширены для проведения кесарева сечения (КС): тяжелая фетоплацентарная недостаточность (ФПН), синдром задержки роста плода (СЗРП) и хроническая гипоксия плода. В результате такие родоразрешающие процедуры, как вакуум-экстракция плода (ВЭП) и акушерские щипцы (АЩ), утратили свое значение в современном российском акушерстве, или их применение сведено к минимуму. [4]

Согласно официальной статистике, частота применения ВЭП в экономически развитых странах в последние годы колеблется от 2,8 до 16,7% от общего числа родов. Несмотря на широкое распространение хирургического вагинального родоразрешения с применением ВЭП в развитых странах, в нашей стране этот метод еще недостаточно распространен. В Российской Федерации частота использования вакуум-экстракции (ВЭ) составляет 0,7%. Это связано с мнением о высоком риске нанесения вреда как плоду, так и матери, однако детальные исследования акушеров, неонатологов и педиатров о состоянии детей, извлеченных с помощью ВЭ, опровергают эту точку зрения. Во-первых, только акушеры, не владеющие этими методами, могут нанести травму новорожденному. Более того, только те акушеры, которые не владеют этими хирургическими пособиями, способны нанести травму новорожденному и матери. Вакуум-экстракция плода показана при узком тазе, слабости родовой деятельности и дискоординации, дистрессе плода. Вакуум-экстракция плода и акушерские щипцы – единственный метод, позволяющий быстро извлечь живой плод во время сложных акушерских ситуациях. Поэтому акушерка должна знать признаки и симптомы, требующие хирургического родоразрешения при помощи вакуум-экстракции плода, основные правила подготовки беременной женщины к проведению процедуры, а также признаки неблагоприятного исхода после оперативного родоразрешения. Таким образом, работа акушерки требует четкого понимания показаний, противопоказаний, осложнений и правил подготовки к вакуум-экстракции, что обуславливает актуальность темы исследования.

Цель: изучить участие акушерки в оказании помощи пациенту в периоперативном периоде при вакуум-

экстракция плода.

Задачи:

1. Рассмотреть показания и противопоказания к проведению вакуум-экстракции плода;
2. Изучить технику проведения и осложнения вакуум-экстракции плода;
3. Ознакомиться с ролью акушерки в оказании помощи пациенту в периоперативном периоде;
4. Проанализировать статистические данные, сделать выводы.

Объект: вакуум-экстракция плода.

Предмет: профессиональная роль, участие акушерки в оказании помощи пациенту в периоперативном периоде.

Методы исследования:

1. Анализ научной литературы;
2. Анализ медицинской документации;
3. Математические методы обработки информации.

Практическая значимость: Результаты данной работы могут использовать акушерки при повышении знаний по теме вакуум-экстракции плода (показания, противопоказания, техника, подготовка, послеоперационный уход).

## ГЛАВА 1

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

#### 1.1. Вакуум-экстракция плода: показания, противопоказания

Вакуум-экстракция плода – это оперативная процедура родоразрешения, при которой живой плод извлекается во время родов с помощью специального аппарата, называемого вакуум-экстрактором, чашечка которого прикрепляется к предлежащей части плода с помощью присасывания вакуума.

Показания

Вакуум-экстракция плода может быть проведена в случаях, когда консервативное продолжение родов опасно и потенциально смертельно как для матери, так и для плода. В период изгнания, если позволяют условия, эти риски могут быть полностью или частично устранены с помощью вакуум-экстракции плода. По сравнению с акушерскими щипцами показания к этой процедуре довольно ограничены, так как вакуум-эвакуация плода требует активного участия матери в тракции. Если требуется экстренное родоразрешение во время второй стадии родов, и если предпочтительно инструментальное родоразрешение, выбор конкретного инструментария зависит от собственного опыта и практических навыков хирурга.

Показания к вакуум-экстракции, как и к наложению акушерских щипцов, можно разделить на две группы: показания со стороны матери и со стороны плода.

Показаниями со стороны матери являются:

- Слабость родовой деятельности, о чем свидетельствуют слабые схватки и потуги на фоне проводимого консервативного лечения, стояние головки плода в плоскости таза более 2 часов и отсутствие поступательного движения головки в течение 3 часов под эпидуральной анестезией (primigravida);
  - Состояния матери, требующие укороченного второго этапа родов (например, врожденные или приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия, лихорадка во время родов). Для женщин, перенесших операцию на брюшной полости непосредственно перед родами, может потребоваться вакуум-экстракция плода (так как мышцы живота не могут оказать достаточного усилия для эффективных потуг).
- [12]

Показанием со стороны плода является острая гипоксия плода во время второй стадии родов, вызванная различными причинами (например, слабость родовой деятельности, короткая пуповина, обвитие пуповины вокруг шейки). Следует отметить, что острая гипоксия плода, связанная с отслойкой плаценты или преэклампсией, является показанием для наложения акушерских щипцов, но не для вакуум-экстракции. Вакуум-экстракция может быть показана в случае рождения второго плода-близнеца в головном предлежании. В большинстве случаев эти показания сочетаются между собой и требуют срочного извлечения плода.

#### Противопоказания

Вакуум-экстракция имеет противопоказания, которые условно делят на абсолютные, когда ее выполнение запрещается, и относительные, когда операция может быть выполнена, но только высококвалифицированными специалистами с поправкой на ряд факторов.

Вакуум-экстракция абсолютно противопоказана в следующих ситуациях:

- несоответствие размеров головки плода и таза матери;
- угрожающий и начавшийся разрыв матки;
- общее тяжелое состояние роженицы (шок, коллапс);
- неадекватное поведение роженицы, то есть невозможность контроля за потугами;
- мертвый плод;
- заболевания, требующие «выключения» потуг (тяжелые формы гестоза, декомпенсированные пороки сердца, тяжелая артериальная гипертензия и др.), так как во время вакуум-экстракции плода требуется активная потужная деятельность и физическое напряжение роженицы;
- кровотечение во втором периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом сосудов пуповины при ее оболочечном прикреплении; - тазовые предлежания плода;
- высокое прямое стояние стреловидного шва;
- выраженные степени асинклитизма;
- разгибательные предлежания головки плода (лобное, лицевое).

Относительные противопоказания:

- срок беременности менее 36 недель;
  - взятие крови из головки или применение чрезкожного контактного датчика для оценки состояния плода.
- И хотя возможность кровотечения в этих ситуациях малозначительна, вакуум-экстракция может сопровождаться техническими трудностями, одна из которых - соскальзывание чашки экстрактора;
- выраженная конфигурация головки плода с дискомплектацией костей черепа;
  - установленная или предполагаемая макросомия (с массой более 4500 г).

#### Условия для проведения операции

Для проведения вакуум-экстракции плода, как и для любой другой процедуры, необходимо наличие определенных условий для достижения наилучшего результата для матери и плода. Если хотя бы одно из этих условий отсутствует, процедура противопоказана.

Непосредственно перед проведением вакуум-экстракции, как и при использовании щипцов, необходимо провести тщательное (полуручное) влагалищное исследование на предмет наличия условий для процедуры и положения головки относительно плоскости таза. Если из-за родовой опухоли при рождении отсутствуют идентифицируемые признаки головки (стреловидный шов, роднички) и невозможно определить вид и положение плода, можно провести трансвагинальное УЗИ, если позволяет время. Локализация головки для выявления ориентировочных структур не представляет сложности, но требует определенных навыков и времени.

Условия успешной вакуум-экстракции плода:

1. Плод должен быть живым. Если плод мертв и есть признаки срочных родов, необходимо провести плодоразрушающую операцию.

2. Шейка матки должна быть полностью раскрыта. Неспособность сделать это неизбежно приведет к разрыву шейки и, в некоторых случаях, нижнего сегмента матки.
3. Отсутствие плодного пузыря.
4. Размер таза матери и размер головки плода должны соответствовать. Акушеры выражают это условие несколько иначе: головка плода не должна быть ни слишком большой, ни слишком маленькой. В первом случае речь идет о гидроцефалии или крупном плоде, во втором - о недоношенном плоде.
5. Головка плода должна располагаться в широкой или узкой части полости малого таза или на выходе из малого таза.
6. Затылочное или переднеголовное вставление. При проведении вакуум-экстракции плода в разгибательном вставлении риск внутрочерепной травмы выше из-за расположения в зоне вакуума большого родничка, имеющего большую площадь, чем малый, что делает невозможным использование вакуум-экстрактора. Кроме того, большая степень разгибания (в случае лобного и лицевого вставления) опасна как для плода, так и для матери (в случае лобного введения). Необходимо тщательно оценить положение головки плода и малого родничка. В случае затылочного введения головка должна полностью располагаться в тазу в затылочном вставлении.
7. Роженица должна принимать активное участие в родах.
8. Наличие информированного согласия рожениц на проведения вакуум-экстракции плода. Информированное согласие требуется для любой хирургической процедуры, включая оперативные способы родоразрешения, и включает объяснение необходимости процедуры и обсуждение ее преимуществ и рисков. Пациенткам также должна быть предоставлена возможность получить ответы на свои вопросы. Этот процесс получения согласия может показаться врачам трудоемким и непрактичным, особенно в случаях, когда сама процедура является срочной, т.е. при инструментальных родах. Однако возможность травмирования матери или плода и вытекающие из этого медицинские и юридические риски являются вескими причинами для того, чтобы потратить несколько минут своего времени. Конечно, если существует предполагаемый риск для плода, процедура может быть сокращена.

## 1.2. Техника проведения вакуум-экстракции

Как и в случае с акушерскими щипцами, вакуумную экстракцию целесообразно разделить на полостную и выходную, в зависимости от положения головки в малом тазу. Вакуум-экстракция плода проводится в родильном зале или в малой операционной. Перед использованием устройства необходимо собрать и протестировать всю конструкцию (устройство, силиконовый шланг, переходник-заглушка, силиконовая чашечка). Проверка занимает 1-2 минуты.

### Рисунок 1 – Конструкция ВЭП (Kiwi)

Техника операции вакуум-экстракции складывается из следующих действий:

- 1) введение чашечки и размещение ее на головке плода;
- 2) создание вакуума;
- 3) пробная тракция;
- 4) собственно тракции – влечение плода за головку;
- 5) снятие чашечки.

### Рисунок 2 – Техника ВЭП

Введение чашечки и размещение ее на головке плода

Акушер разводит половые губы левой рукой и располагает запястье левой руки на область лобка или промежность. Мягкую чашечку вакуумного экстрактора можно ввести двумя способами: первый: чашечку во влагалище вводят правой рукой в прямом размере таза боковой поверхностью; второй: чашечку сжимают между большим пальцем и указательным и средним пальцами правой руки до тех пор, пока внутренние поверхности чашечки не будут полностью или почти полностью соприкоснуться, таким образом складывают чашечку пополам и вводя ее в прямом размере. Затем пальцы расслабляют, и чашечка разворачивается благодаря своей эластичности.

Даже если головка плода еще не завершила свой поворот, чашечка прижимается по проводной оси как можно ближе к родничку, так как она будет продолжает сгибаться, чтобы использовать оптимальный

диаметр при прохождении через родовой канал. Идеальное положение для прикрепления чашки (с учетом среднего размера плода среднего веса) следующее: при заднем вставлении центр чашечки должен находиться на 2 см впереди от малого родничка; при переднеголовном вставлении центр чашечки должен находиться на 3 см впереди от большого родничка. Если центр чашечки находится далеко от данных показателей, это может привести к разгибанию, а не к сгибанию головки, что затрудняет извлечение и повышает риск отсоединения чашечки и родовой травмы.

Акушер проводит указательным и/или средним пальцем по часовой стрелке по краю чашечки в непосредственном контакте с головкой, следя за тем, чтобы край шейки матки и стенки влагалища не зацепились за край чашечки. Если чашечка находится в неправильном положении, необходимо разместить большой, указательный и средний пальцы на внешний край (примерно на 7, 12 и 3 часа), чтобы переместить чашечку в правильное положение.

Создание отрицательного давления

Прижимая чашку к головке плода, проводят подключение переходника-заглушки, чтобы создать вакуум -20 кПа (0,2 атм). Когда чашка прижата к головке плода, ее перемещают пальцами, чтобы убедиться, что мягкие ткани не присасываются к чашке. Затем вакуум можно увеличить до -80 кПа (0,7-0,8 атм), постепенное увеличение не рекомендуется. Более чем в 70% случаев плод реагирует на присасывание чашки и предыдущие манипуляции усилением движений плода, изменением сердечной деятельности (тахикардия, экстрасистолия и т.д.). Это следует интерпретировать как физиологическую реакцию плода на дополнительную стимуляцию и не считать патологическим состоянием.

Пробная тракция проверяет правильность установки чашки и правильность направления тракции. Пробная тракция должна проводиться сразу после создания вакуума. Для этого нужно одной рукой взяться за ручку чашки и потянуть ее в направлении, соответствующем положению головки в малом тазу, а указательный палец другой руки положить на головку плода, чтобы убедиться, что головка перемещается при проведении тракции. Пробная тракция должна составлять 1/3 или 1/2 истинной тракции и проводиться в течение 25-30 секунд после потуги или схватки. Если нет асимметричной деформации или отделения чашечки от головки и есть постепенная тенденция к перемещению головки, значит чашечка находится в правильном положении и тракция считается правильной.

Тракции плода за головку

Тракция необходимо синхронизировать со схваткой и потугами. При извлечении головки важно учитывать направление тракции (вектор тракции), силу и характер (метод приложенной силы).

Направление тракции

Акушеру нужно помнить, что вакуумный экстрактор (как и щипцы) – это тяговый инструмент. Сила тракции должна прикладываться плавно в направлении, повторяющем проводную ось обеспечивая физиологический биомеханизм родов. Колебательные, вращательные или маятникообразные движения недопустимы. Направление тракции зависит от того, в какой части таза находится головка и какую точку родового механизма необходимо воспроизвести извлечение головки.

Тракция в любом другом направлении – это не только неправильно, но и очень опасно для матери и плода. Косая тракция перераспределяет давление на разные полюса чашечки. В результате один конец чашечки прижимается к головке плода, а другой конец еще больше сжимается, что приводит к отсоединению чашечки. Направление тракции, соответствующее положению головки в различных плоскостях таза, должно совпадать с проводимой осью таза. [11]

Это определяется следующим правилом:

- первое направление тракции (от более широкой части полости таза к более узкой) - сверху вниз в соответствии с проводной осью таза;
- второе направление тракции (от более узкой части полости таза к выходу) – горизонтально на себя;
- третье направление тракции – снизу вверх.

1. Акушерство. Клинические лекции [Текст]: учебное пособие / Под ред. проф. О. В. Макарова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
2. Акушерство [Текст]: учебник/ Э. К. Айламазян [и др.]. – 9-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с. 704.
3. Акушерство [Текст]: национальное руководство/ под. ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.
4. Акушерство [Текст]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 920 с.

5. Акушерство : учебное пособие / С. Н. Занько, Л. Е. Радецкая, Н. П. Жукова, И. М. Арестова, Н. И. Киселева, Д. М. Семёнов, Е. Д. Кожар, Т. Н. Мацуганова, Н. С. Дейкало, А. Г. Бресский, О. В. Лысенко, Ю. В. Занько, М. И. Дедуль, И. В. Смирнова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 383 с
6. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. - М.: СпецЛит, 2017. - 118 с.
7. Бакшеев, Н. С. Клинические лекции по акушерству [Текст] / Н. С. Бакшеев. - Киев: Здоровье, 2016. - 225 с.
8. Близнюк Е.А. Акушерские пособия и влагалищные родоразрешающие операции: Учебное пособие. – Благовещенск, 2012. – 146 с.
9. Гайдуков, С. Акушерские пособия и операции. Фантомный курс: учебное пособие. Гайдуков С. / С. Гайдуков. - Москва: ИЛ, 2016. - 178 с.
10. Гордеева, Г. Д. Акушерство и гинекология / Г.Д. Гордеева, Г.К. Степанковская. - М.: Эксмо, 2016. - 400 с.
11. Гуськова, Н. А. Акушерство [Текст]: учебник для средних медицинских учебных заведений. / Н. А. Гуськова, М. В. Солодейникова, С. В. Харитоновна. – 3-е изд., испр. и доп. – Спб.: СпецЛит, 2014. – 372 с.
12. Дзигуа, М. В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин. Учебное пособие / М.В. Дзигуа. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.
13. Дуда, И. В. Клиническое акушерство [Текст] / И. В. Дуда, В. И. Дуда. – Мн.: Выш. шк., 2015. – 500 с.
14. Линева, О. И. Акушерство [Текст]: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / О. И. Линева, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 272 с.
15. Малевич, Ю.К. Вакуум-экстракция плода: метод. рекомендации / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. – Минск: БГМУ, 2011. – 22 с.
16. Маркова Е.В., Л.А. Тоноян, М.И. Кузнецов, О.Б. Невзоров, М.А. Царькова. Под ред. И.Б. Манухина. Руководство к практическим занятиям по акушерству. Учебно-методическое пособие для студентов лечебного факультета. М. МГМСУ, 2021. – 233 с.
17. Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н., Логутова Л.С., Иванкова Н.М., Мельников А.П., Чечнева М.А., Башакин Н.Ф., Коваленко Т.С., Реброва Т.В. Вакуум-экстракция плода в современном акушерстве. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;13(6):53-59.
18. Прилепская, В. Н. Руководство по акушерству и гинекологии для акушеров и фельдшеров [Текст] / В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 630 с.
19. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. пособие / И.К. Хлавянова. – 6-е изд., доп. и перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 395 с.
20. Славянова, И. С. Акушерство и гинекология [Текст] / И. К. Славянова. – Изд. 2-е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 573 с.
21. Современные принципы ведения физиологической беременности: учебное пособие / О. Е. Баряева; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2014. – 105с.
22. Трифонова, Е. В. Акушерство и гинекология / Е.В. Трифонова. - М.: Владос, 2017. - 470 с.
23. Учебно-методическое пособие. Трубникова Л.И., Вознесенская Н.В., Таджиева В.Д., Корнилова Т.Ю., Албутова М.Л., Тихонова Н.Ю. Учебно-методическое пособие по физиологическому акушерству, 3-ое изд., - Ульяновск: УлГУ, 2018. - 172с.

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/vkr/358148>