Министерство здравоохранения РТ

Набережночелнинский медицинский колледж

**Реферат**

по гинекологии

на тему: «Акушерские операции»

Выполнили: студентки 131 группы

Хасаншина Л.Х.,

Шаяхмитова Г.Н.

Проверила: преподаватель

по акушерству и гинекологии

Мухаметзянова Э.К.

г. Набережные Челны

2006 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………..…………………3

1. Предоперационный период и подготовка к акушерским операциям……….4

2. Послеоперационный период…………………………………………………...6

3. Операции для исправления положения плода………………………………..8

4. Другие операции на гениталиях в период беременности…………………..13

ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………..17

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……………………………..18

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время при производстве акушерских операций руководствуются теми же основными принципами, которые обязательны и для хирургов: строжайшая антисептика и асептика операционного поля, рук оператора и инструментов; обстоятельное знакомство с анатомией женских половых органов и с физиологическим течением родов является также одним из важнейших условий для акушера, так как при большинстве операций задача его — стремиться к восстановлению нормального течения родов. Акушерские операции могут быть разделены на 2 группы: 1) операции на плоде и 2) операции на матери, причем как те, так и другие могут быть производимы или невооруженной рукой, или помощью соответствующих инструментов.

Предоперационная подготовка, послеоперационный уход и про­филактика послеоперационных осложнений в общехирургической и акушерской практике имеют много общего и в то же время существенно раз­личаются.

Все акушерские операции можно разделить на группы по срокам их выполнения: во время беременности и в течение родов по периодам. От­дельно выделяется операция кесарева сечения, которая может быть вы­полнена как во время беременности, так и в процессе родов.

Целью данной работы является изучение основных типов акушерских операций, производимые во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

При написании данной работы были использова­ны современные научные данные и личный опыт по всем направлениям акушерства.

**1. Предоперационный период и подготовка**

**к акушерским операциям**

Предоперационный период — время от поступления больной в лечеб­ное учреждение до начала операции. Он может продолжаться от несколь­ких минут, часов до нескольких дней, что определяется срочностью опе­рации, диагнозом и состоянием матери и плода. В течение предопераци­онного периода устанавливается или уточняется диагноз, определяются показания или противопоказания к операции, ее условия, срочность, объем и проводится подготовка к оперативному вмешательству. Выполне­ние этих требований при тщательном соблюдении асептики наряду с опе­ративной техникой способствует благоприятному исходу операции.

По срочности операции условно можно разделить на неотложные (или экстренные) — выполнение немедленное или через несколько минут, срочные — выполнение в ближайшие часы или дни после установления диагноза и плановые, выполнение которых сроками не ограничивается.

Большинство акушерских операций производится по неотложным — экстренным или срочным показаниям (акушерские щипцы, разрыв матки, кровотечения и др.). Сроки выполнения операций определяются по пока­заниям, которые могут быть жизненными, абсолютными и относительны­ми. В каждом конкретном случае должно быть оценено состояние бере­менной или роженицы и плода. Для этого проводится тщательное об­щеклиническое и акушерское обследование, нередко с применением до­полнительных исследований. Часто состояние больной оценивается не только акушером-гинекологом, но и другими специалистами (анестезиоло­гом-реаниматологом, кардиологом, терапевтом и др.). С помощью допол­нительных исследований должно быть четко оценено состояние сердечно­сосудистой системы и гемодинамических показателей, функции почек, гомеостаза, фетоплацентарной системы и состояние плода. При экстренных операциях время для подготовки крайне ограничено, а в экстремальных ситуациях его практически нет и больная сразу поступает в операционную или родзал. Но и в этих случаях должны быть определены объем интен­сивной терапии, необходимой в предоперационном периоде и во время операции, метод обезболивания и объем оперативного вмешательства.

Беременным и роженицам с гиповолемией, нарушениями водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния сразу же назнача­ется инфузионная терапия (реополиглюкин, альбумин, бикарбонат нат­рия), а в ряде случаев и немедленная гемотрансфузия. Хотя шок обычно является противопоказанием к операции, при акушерском геморраги­ческом шоке операция выполняется до выведения больной из него, по­скольку кровотечение может быть остановлено только во время операции.[3, с. 542]

Подготовка органов и систем для нормализации гомеостаза должна быть комплексной. Улучшение деятельности сердечно-сосудистой систе­мы и коррекция нарушений микроциркуляции достигаются применением сердечно-сосудистых средств и трансфузионной терапии (реополиглю­кин). Дезинтоксикационная терапия проводится путем введения жидкос­тей, форсированного диуреза и при необходимости с применением специ­альных методов детоксикации (оксигенотерапии, гемосорбции, внутрисо-судистого лазерного облучения крови). Осуществляется коррекция наруше­ний водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния гемостаза.

Перед операциями может возникать необходимость в выполнении ряда процедур, направленных на подготовку органов и систем. Если женщина накануне принимала пищу, то показано промывание желудка для предупреждения рвоты или регуртации во время наркоза. Катетеризация моче­вого пузыря производится для его опорожнения или исследования мочи. Кишечник очищается с помощью клизмы, а при необходимости с приме­нением сифонной клизмы.

После подготовки к операции проводится заключительное акушерское обследование для уточнения состояния плода, родовых путей, уровня стояния головки, что позволяет четко определить окончательный план операции и ее выполнение.

Особое значение в подготовке к операции имеет выбор метода обезбо­ливания, который зависит от многих факторов: состояния матери и плода, наличия экстрагенитальных заболеваний, объема оперативного вмеша­тельства и индивидуальных особенностей женщины. Во всех случаях по­казана тщательная психопрофилактическая подготовка больной, направ­ленная на ее успокоение и вселение надежды на благоприятный исход операции. Если операция плановая, накануне при необходимости могут быть назначены снотворные. [3, с. 543]

При больших акушерских операциях (кесарево сечение, по поводу раз­рыва матки и др.) применяется ингаляционный наркоз с интубацией и миорелаксантами короткого действия (до извлечения плода) с применени­ем ИВЛ. При малых акушерских операциях используются: новокаиновая анестезия, закись азота, сомбревин, калипсол, барбитураты.

**2. Послеоперационный период**

В послеоперационном периоде имеют место три стадии (фазы) состоя­ния больной: катаболическая, обратного развития и анаболическая. Катаболическая фаза как защитная реакция организма направлена на повышение сопротивляемости организма путем быстрой доставки необхо­димых энергетических и пластических материалов. Она характеризуется активизацией гипоталамо-гипофизарной, симпатико-адреналовой и ренинангиотензиновой систем, повышением биосинтеза глюкокортикоидов, катехоламинов, альдостерона.

Водно-электролитный обмен изменяется в связи с выходом жидкости из сосудистого русла в межклеточное пространство и клетки, что приводит к сгущению крови и нарушению ее реологических свойств. Имеет место повышенный распад тканевых и ферментных белков, что необходимо учи­тывать, особенно при гипопротеинемии, перед операцией. В среднем про­должительность этой фазы составляет 3-6 дней. В первые сутки после операции за счет пролонгированного действия наркотических и седативных средств больные заторможены, сонливы. В последующем может появляться беспокойство, возбуждение или же угнетение, что обусловлено гипоксией тканей и нарушением микроциркуляции. Отмечаются блед­ность кожных покровов, учащение пульса и повышение артериального давления. Учащается дыхание при снижении его глубины и уменьшении жизненной емкости легких на 30-40%.[3, с. 543]

В фазе обратного развития снижается активность нейроэндокринной системы, восстанавливается водно-электролитный баланс. По­ложительный азотистый баланс свидетельствует об усилении биосинтеза белков в организме. Продолжается фаза обратного развития 3-5 дней. Боль­ные становятся активными, снижается частота сердцебиений и дыхания.

Анаболическая фаза характеризуется усиленным биосинтезом белков, жиров и гликогена, израсходованных в первые фазы. Это проис­ходит в связи с активизацией парасимпатической нервной системы и по­вышением активности анаболических гормонов, что обеспечивает репоративные процессы, рост и развитие соединительной ткани, прибавку массы тела. Продолжительность этой фазы зависит от тяжести операции, выра­женности катаболической фазы и составляет 2-5 недель.

В послеоперационном периоде больные нуждаются в интенсивном на­блюдении за деятельностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта, за состоянием операци­онной раны.

Принципы интенсивной терапии в послеоперационном периоде: ис­пользование болеутоляющих средств; предупреждение и лечение дыха­тельной недостаточности (оксигенотерапия, ЛФК, ИВЛ); дезинтоксикаци-онная терапия и коррекция метаболических нарушений (переливание крови, плазмы, кровезаменителей); коррекция нарушений сердечно-сосудис­той системы и микроциркуляции (сердечные гликозиды, реополиглюкин); коррекция нарушений мочевой системы и желудочно-кишечного тракта; правильное сбалансированное питание; профилактика тромбоэмболических осложнений (гепарин, аспирин, никотиновая кислота). Особое вни­мание уделяется контролю за инволюцией матки, функцией лактации у женщин в послеродовом периоде.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: воспалительные процессы (эндометрит, перитонит); внутренние кровотечения; кишечная непроходимость и тромбоэмболические осложнения. [3, с. 544]

В послеоперационном периоде должен строго соблюдаться санитарно-гигиенический режим. Продолжительность пребывания в стационаре определяется индивидуально. После кесарева сечения при благоприятном течении послеоперационного периода родильницы выписываются домой на 9-10-е сутки.

**3. Операции для исправления положения плода**

Акушерский поворот — это операция, цель которой — исправление неправильного положения плода или неправильного предлежания голов­ки. Поворот плода применяется также при необходимости быстро закон­чить роды или остановить кровотечение при предлежаний плаценты. В на­стоящее время акушерский поворот используется крайне редко, особенно при двух последних показаниях. Различают наружный и внутренний (при полном открытии шейки матки — классический и при неполном — преж­девременный по Брэкстон - Гиксу) повороты. Внутренний по существу следует считать комбинированным, поскольку при нем сочетаются наряду с внутренними и наружные движения. Естественно, что в течение бере­менности производится только наружный поворот, а остальные — в про­цессе родов. Наружный поворот плода производится только наружными приемами без воздействий со стороны влагалища. Как правило, к входу в таз поворачивается головка для благоприятного течения родов. Показа­ниями для наружного поворота служат обычно поперечные и косые поло­жения плода, в отдельных случаях — тазовые предлежания.

Условия для наружного поворота: беременность более 35 недель с жи­вым плодом, достаточная подвижность плода, податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки, нормальные размеры таза, согласие больной и отсутствие противопоказаний (угроза преждевремен­ных родов, многоводие, многоплодие, предлежание плаценты, кровянис­тые выделения из влагалища, пороки развития или рубец на матке, тяже­лые экстрагенитальные заболевания и токсикозы беременных).

Наружный поворот может производиться в амбулаторных и стацио­нарных условиях. Перед этим очищается кишечник и опорожняется моче­вой пузырь. Операция выполняется на твердой кушетке. Для обезболива­ния за 20-30 мин до операции вводится атропин 0,1% — 1 мл с промедолом или пантопоном 2% — 1 мл. При всех видах и позициях, косых и по­перечных положениях, а также тазовых предлежаниях плода наружные приемы должны выполняться так, чтобы ягодицы смещались в сторону спинки, спинка — в сторону головки, а головка — к брюшной стенке пло­да. Женщина находится на спине со слегка согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями. Врач сидит на краю кушетки и кладет ру­ки на живот женщины так, чтобы одна легла на головку плода, а вторая на тазовый конец, после чего головка плода отталкивается книзу — ко входу в таз женщины, а ягодички кверху — к дну матки. Приемы выполняются бережно, при полном расслаблении матки. [3, с. 545]

Наружный профилактический поворот плода на головку при тазовых предлежаниях (по Б.А. Архангельскому) производится по тем же прави­лам в направлении от тазового конца в сторону спинки плода таким обра­зом, что захваченные ягодицы плода вначале отводятся от входа в таз женщины, а затем смещаются в сторону (при первой позиции в сторону левой подвздошной области, при второй позиции — в сторону правой подвздошной области). Только после смещения ягодиц левой рукой захва­тывается головка со стороны подзатылочной области и смещается в про­тивоположную сторону (при первой позиции в правую, а при второй — в левую). Далее ягодицы с подвздошной области поднимаются по ребру матки (левому при первой позиции и правому при второй) кверху, а го­ловка по противоположному ребру матки опускается книзу, вначале до поперечного положения, а затем и до входа в таз. После совершения пово­рота проверяется сердцебиение плода. При повороте плода из поперечного положения накладывается бинт на живот после предварительного подкладывания двух валиков из простыней с обеих сторон от плода для фикса­ции его в таком положении. После поворота плода при тазовом предлежании такая фиксация не обязательна. В последующем до родоразрешения женщина систематически наблюдается.

Осложнения при производстве наружного поворота могут быть сле­дующие: развитие преждевременных родов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и кровотечение (внутреннее или на­ружное), гипоксия плода вследствие прижатия или перекрута пуповины.

Наружный поворот производится исключительно по приведенным по­казаниям и является одним из средств исправления неправильного поло­жения или предлежания головки плода. На нем не следует настаивать в случае возникших затруднений при операции. Он выполняется только после точной диагностики акушерской ситуации и состояния плода с ис­пользованием ряда методов исследований (фонокардиографии, ультразву­кового исследования и др.) в очень редких ситуациях. [3, с. 546]

При внутреннем повороте плода одна рука вводится во вла­галище, а затем через цервикальный канал при его полном открытии — в матку (своевременный классический внутренний поворот при полном открытии внутреннего зева). В случае неполного открытия канала в матку вводятся только 2-3 пальца (ранний внутренний поворот по Брэкстон-Гиксу).

С помощью классического акушерского поворота (комбинированный наружно-внутренний при полном открытии зева матки) можно повернуть плод к выходу из таза головкой или тазовым концом. Поворот головкой к выходу из таза в настоящее время не производится и практического зна­чения не имеет. Поворот тазовым концом может иметь два варианта: по­ворот на ягодицы и поворот на ножку (одну или обе). Практическое значе­ние в современном акушерстве имеет поворот плода на ножку.

Показания для внутреннего поворота: поперечные положения плода, если они не были исправлены с помощью наружного поворота или он не производился; неблагоприятные предлежания головки плода (лобное, зад­ний вид лицевого, заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва); выпадения ручек или ножек, петель пуповины при головном предлежании; состояния матери или плода, требующие немедленного окон­чания родов при отсутствии других возможностей (экстрагенитальные за­болевания и поздние токсикозы беременных, предлежания или прежде­временная отслойка нормально расположенной плаценты).

Как и наружный, внутренний поворот плода на ножку в настоящее время в акушерстве используется крайне редко даже при поперечном по­ложении плода, по остальным показаниям практически не применяется. Почти во всех таких случаях производится кесарево сечение. Однако бывают ситуации, когда кесарево сечение по каким-либо причинам не может быть выполнено, тогда внутренний поворот будет единственной возмож­ностью спасения жизни женщины или плода. Широко применяется пово­рот второго плода при поперечном его положении (при многоплодии).

Условия для поворота: полное раскрытие зева матки или не менее 4 см; достаточная подвижность плода (целые околоплодные воды или только что отошедшие); соответствие размеров костного таза женщины и головки плода; живой плод.

Противопоказания для поворота: угрожающий или совершившийся разрыв матки; запущенное поперечное положение плода (неподвижность его в матке); гидроцефалия и другие аномалии плода, затрудняющие про­хождение его по родовым путям; мертвый плод. [3, с. 546]

Операция выполняется под наркозом, с помощью которого возможно достижение полного расслабления матки, в частности зева. Мочевой пу­зырь опорожняется катетером. Операция разделяется на три этапа: введе­ние руки в полость матки через влагалище; нахождение и захватывание нужной ножки плода; поворот плода с извлечением до колена. Выполняет­ся она при положении женщины на спине с подтянутыми к животу бедра­ми. В полость матки обычно вводится правая рука, так как ею удобнее выполнять внутренние манипуляции. Возможно использование правила: при поперечном положении плода вводится рука, одноименная с той сто­роной, куда отклонена головка (головка справа — правая рука, головка слева — левая рука).

В полости матки рекомендуется захватывать при переднем виде ниже­лежащую ножку, при заднем — вышележащую. Несоблюдение этого пра­вила может привести к заднему виду, который потом необходимо будет исправить на передний.

Одновременно с введением руки в полость матки вторая рука врача кладется на переднюю брюшную стенку и с ее помощью матка сверху фиксируется. Введенной рукой производится вскрытие плодного пузыря. Захват ножки и поворот производится как бы интраамнионально. Поиск и определение ножки плода могут осуществляться движениями руки врача со стороны головки плода (более точный прием) или со стороны конечно­стей — по принципу захвата ножки, которая первой попадается (более бы­стрый прием). [3, с. 547]

Тракции поворота плода осуществляются двумя руками: снаружи го­ловка отталкивается кверху, а внутри плод подтягивается за ножку книзу. Движения совершаются только при расслаблении матки, в случае схватки необходимо дождаться ее окончания, затем продолжить тракции. Поворот считается законченным, когда из половой щели покажется колено плода. Иногда можно на захваченную ножку наложить петлю из бинта и пользо­ваться ею при тракциях (во избежание выскальзывания ножки плода).

Осложнения при повороте для матери: инфекция, повреждения родо­вых путей (разрывы шейки или тела матки). Прогноз для плода часто не­благоприятный ввиду возможных асфиксии и повреждений (до 30-50%). После окончания поворота при полном открытии зева производится экс­тракция плода, при неполном открытии — плод остается в таком положе­нии и роды заканчиваются спонтанно.

Внутренний поворот плода при неполном открытии зева (по Брэкстон-Гиксу) может быть выполнен только высококвалифицированным акуше­ром-гинекологом. В настоящее время он не производится.

**4. Другие операции на гениталиях в период беременности**

**Удаление опухолей яичников.** Опухоли яичников различного генеза, выявленные во время беременности, подлежат оперативному лечению не­зависимо от срока беременности. При необходимости сохранения бере­менности наиболее благоприятные исходы после оперативного вмеша­тельства имеют место в сроки беременности от 13 до 20 недель. Особен­ностью предоперационной подготовки является применение спазмолити­ческих и седативных средств для снижения сократительной активности матки. [1, с. 320]

Чревосечения выполняются поперечным (надлобковым) или продоль­ным (нижним срединным) разрезом. В поздние сроки беременности (20 недель и более) чревосечение производится только продольным разрезом. Обычно матка не должна выводиться из брюшной полости. После удале­ния опухоли брюшная стенка ушивается послойно наглухо. В послеопера­ционном периоде продолжается терапия, направленная на сохранение бе­ременности (утеролитики, седативные средства). Если операция выполняется в сроки беременности более 36 недель, то ей должно предшество­вать кесарево сечение.

**Операции при нарушении питания миоматозных узлов на матке.**

Выполняются эти операции в любом сроке беременности. Обычно эта па­тология наблюдается у женщин, ранее имевших фибромиому матки, хотя иногда фибромиома диагностируется впервые во время беременности.

Показанием к операции служит наличие миомы матки с болевым симптомом и явлениями воспалительного процесса, что наблюдается при некрозе опухоли (повышение температуры, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ и др.). Некроз опухоли может сопровождаться также перитонеальными яв­лениями.

После лапаротомии производится энуклеация миоматозного узла и ушивание раны на матке тремя рядами (2 мышечно-мышечных и 1 сероз­но-мышечный) кетгутовых швов. Брюшная стенка зашивается послойно наглухо. В послеоперационном периоде применяются средства, снижаю­щие сократительную активность матки (папаверин, но-шпа). Если некроз опухоли диагностируется поздно, с развитием перитонита, операция должна быть расширена до удаления матки вместе с плодом или после предварительного кесарева сечения (в более поздние сроки беременности, от 22 недель и более).

Удаление полипов, кондилом гениталий. Беременность может со­провождаться гипертоническими процессами с развитием полипов церви-кального канала или воспалительными процессами с образованием конди­лом различной локализации. Как полипы, так и кондиломы должны уда­ляться в любом сроке беременности во избежание возможной малигнизации.

В предоперационном периоде показано применение средств, предупреждающих прерывание беременности (спазмолитики, седативные препараты), а при необходимости — противовоспалительная терапия (местная и общая). [1, с. 321]

Под закисно-кислородным наркозом шейка обнажается и фиксируется пулевыми щипцами. Полип удаляется путем захвата его корнцангом или оборцангом и "выкручивания" ножки, при необходимости иссекается скальпелем, после чего накладывается кетгутовый шов. Кондиломы уда­ляются с помощью диатермокоагуляции, криотерапии или иссекаются скальпелем.

**Оперативные вмешательства во время беременности по поводу аппендицита, острой кишечной непроходимости и перитонита.** Все острые хирургические заболевания брюшной полости (аппендицит, ки­шечная непроходимость и др.) во время беременности у женщин протека­ют в большинстве случаев атипично: изменяется локализация болей, быстрее развиваются деструктивные процессы при невыраженной клинической симптоматике.

При всех случаях острых хирургических заболеваний во время бере­менности показано оперативное вмешательство в любом сроке.

*Основные тактические моменты при указанных ситуациях:*

* операция выполняется немедленно после постановки диагноза;
* при наличии разлитого перитонита наряду с хирургической операцией (аппендэктомией, резекцией кишечника и т. д.) должен быть решен вопрос о целесообразности сохранения беременности и матки;
* сохранение беременности и матки при разлитом хирургическом  
  перитоните нецелесообразно;
* при небольших сроках беременности (12-20 недель) следует вна­чале удалить источник перитонита, произвести санацию брюшной полости, затем решить вопрос о возможности сохранения беременности и матки;
* в более поздние сроки беременности при оценке жизнеспособности плода перед удалением матки с трубами необходимо выполнить операцию кесарева сечения;
* сохранение матки с беременностью в ранние сроки (до 12 недель) при острых хирургических заболеваниях с наличием ограничен­ ных местных перитонитов. [1, с. 321]

Более радикальное хирургическое вмешательство при указанных ситуациях может быть у женщин, имеющих детей, и максимально щадя­щее — у молодых, нерожавших женщин, хотя во всех случаях следует ру­ководствоваться степенью тяжести перитонита и вероятным прогнозом исхода болезни с учетом возможности сохранения беременности.

**Ушивание шейки матки при истмикоцервикальной недостаточ­ности вне беременности.** При наличии анатомических изменений шейки матки за счет старых разрывов, обусловливающих невынашивание беременности, показано оперативное вмешательство вне беременности. При этом применяется операция Лаша в модификации Ельцова-Стрелкова. Она состоит из пяти этапов.

Обнаженная в зеркалах и фиксированная пулевыми щипцами шейка  
матки рассекается до внутреннего зева по краям в месте Рубцовых изме­  
нений и разделяется на передний и задний лоскуты.

Каждый лоскут расслаивается на 2 листка — внутренний слизисто-  
мышечный и наружный серозно-мышечный. Формируется канал шейки матки путем ушивания по бокам внутренних листков.

К сформированному каналу из внутренних листков прикрепляются  
наружные листки четырьмя отдельными кетгутовыми швами спереди,  
сзади и по краям. [1, с. 322]

Формируется шейка матки так, чтобы были сопоставлены правильно  
края слизистых и серозных оболочек с помощью отдельных кетгутовых  
швов. В результате формируется конусовидная шейка матки. Беременность возможна через 5-6 месяцев после операции.

Операции, направленные на остановку кровотечения при предлежании плаценты и при преждевременной отслойке нормально рас­положенной плаценты. При кровотечениях во время беременности, свя­занных с предлежанием плаценты или с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, проводятся акушерские мероприятия консервативного характера (применение спазмолитиков, гемостатических средств, гемотрансфузия). В случаях отсутствия эффекта или обильных кровотечений при любой степени предлежания плаценты (полное или час­тичное, центральное, боковое или краевое), а также при всех вариантах преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты пока­зано срочное родоразрешение операцией кесарева сечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, акушерские операции — это ряд действий ручными приемами или с помощью инструментов для содействия благоприятному окончанию родов как в интересах матери, так и плода, иногда их обоих. Операции имеют объектом или плод, или мать, и к ним приходится прибегнуть или при недостаточности изгоняющих сил матери, при несоответствии отношений размеров плода к родовым путям, или при существовании какого-либо механического препятствия со стороны последних.

Важную роль в исходе оперативного вмешательства играет ведение по­слеоперационного периода, т. е. время от окончания операции до выздоровления женщины.

Любое оперативное вмешательство является своеобразным стрессом, который определяется состоянием женщины до операции, ее характером (продолжительность, травматичность), степенью обезболивания. На со­стояние женщины в послеоперационном периоде особое влияние оказы­вает результат родоразрешения и состояние новорожденного. Рождение здорового ребенка в результате операции способствует благоприятному течению послеоперационного периода. При неудачном исходе родов для плода женщина переживает тяжелую психическую травму, что сказывает­ся на течении послеоперационного периода. В этом случае должны прово­диться специальные беседы и родильницы должны быть изолированы от матерей с детьми.

Различают ранний послеоперационный период — время от окончания операции до выписки больной из стационара и поздний — время с момен­та выписки до полного выздоровления.

В период беременности оперативные вмешательства применяются в следующих целях: для исправления неправильных положений плода и предлежаний головки; для прерывания беременности; для остановки воз­никших кровотечений и т. д.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Айламазян Э.К. [Акушерство. Гинекология](file:///C:\literature-scient\meditsina\akusherstvo-ginekologiya\) –М.: Издательство [СпецЛит](file:///C:\search.html), 2005 г,- 527 стр.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А. П. Акушерство. – М.: Медицина, 1986. - 496 с.
3. Дуда И. В., Дуда В. И. Клиническое акушерство. — Мн.: Высшая школа, 2001. — 604 с.
4. Михайленко Е.Т. Физиологическое акушерство – 2-е изд. испр. и доп. – Киев: Высшая школа, 1982 г.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.