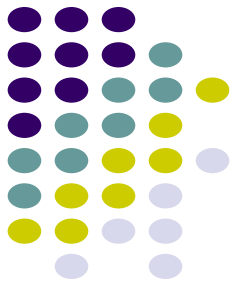


**АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра Акушерство и гинекология интернатуры**



СРС

Краниотомия

Подготовила: Жеңісбек Аида

Проверила: Разумова Р.Р

Группа: 657Аиг

Астана- 2016

- Плодоразрушающими операциями принято называть комплекс оперативных приемов, применяемых с целью уменьшения объема и размеров плода, чтобы извлечь его через родовые пути матери. Это приходится делать в том случае, если извлечение через родовые пути неуменьшенного в объеме плода невозможно.
- В настоящее время такие операции производят редко, частота их по отношению к родам в среднем колеблется в пределах 0,1—0,2 %.

- Разрушать или расчленять допускается только мертвый плод. Если плод предлежит головкой, причем требуется извлечь его в уменьшенном виде, применяют операцию, которая называется **краниотомия**. При запущенном поперечном положении, когда поворот противопоказан, для извлечения плода прибегают к обезглавливанию (декапитации). В некоторых особенно затруднительных случаях, чтобы извлечь плод через узкий родовой канал, приходится уменьшать размеры его туловища, опорожняя от внутренностей соответствующие полости (грудную, брюшную), — операция называется эвентерацией, эвисцерацией, экзентерацией.
- Иногда пользуются и другими, менее типичными, приемами плодоразрушения, например, клейдотомией (разрез ключицы), спондилотомией (разрез позвоночниками).

- **Краниотомия (греч. craniōn – череп, tomē – резание) представляет собой ряд акушерских оперативных приемов, направленных на уменьшение объема черепа плода, чтобы облегчить выведение последнего из родовых путей.**

Условия для краниотомии.

Чтобы перфорировать, а затем извлечь уменьшенную в объеме головку, необходимы три условия.

- 1. Отсутствие абсолютного сужения таза. При истинной конъюгате размером 7 см и меньше даже перфорированная и опорожненная головка доношенного плода пройти не может. Ввиду этого при абсолютном сужении таза перфорация противопоказана, единственной операцией в таких случаях является только кесарево сечение.
- 2. Достаточное раскрытие зева матки. При перфорации требуется раскрытие зева по меньшей мере на 4—6 см. Для краниоклазии нужно почти полное раскрытие зева матки
- 3. Головку должен всегда, даже если она стоит неподвижно, фиксировать помощник, притом на все три момента операции

Показания:

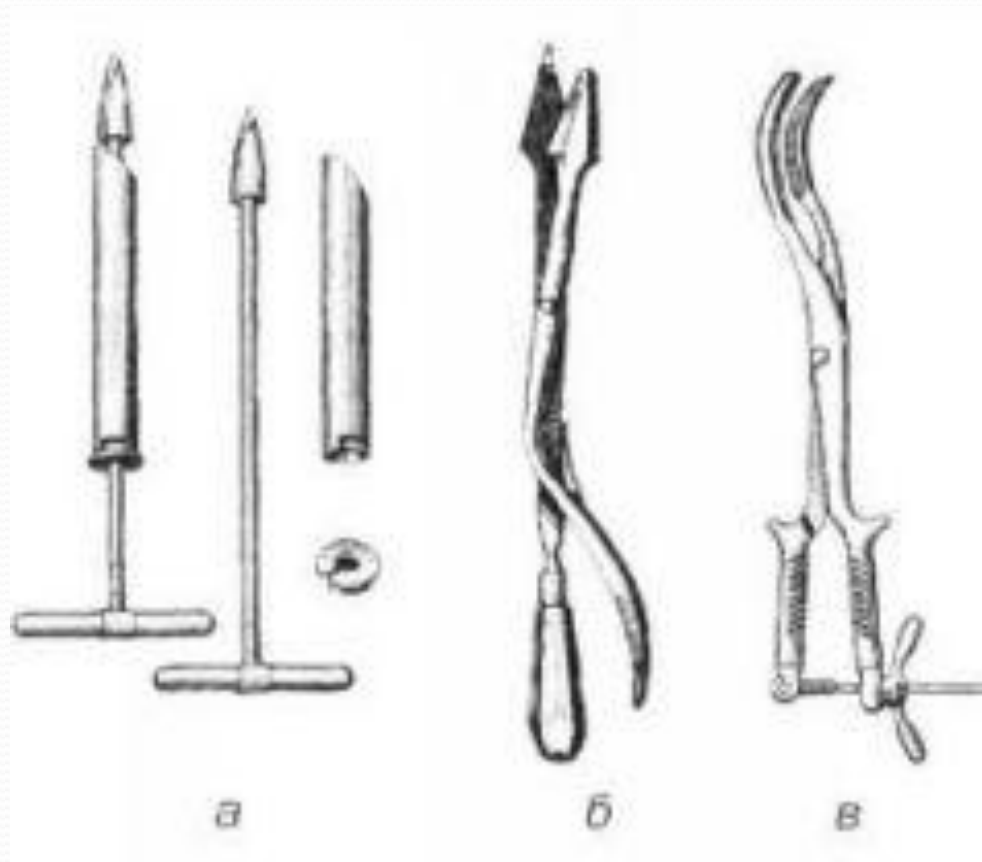
- Краниотомия производится при наличии мертвого плода в случае опасности родового травматизма матери (клинически или анатомически узкий таз, высокая ригидная промежность, разгибательные предлежания головки и т. д.). Как крайне редкая операция, краниотомия может быть произведена на живом плоде при угрозе для жизни и здоровья матери и отсутствии условий для окончания родов живым плодом, например, при низком поперечном стоянии стреловидного шва.
- Краниотомия на живом плоде может также производиться при точном установлении диагноза врожденных уродств плода. Такая диагностика стала возможной при применении ультразвуковой аппаратуры, фетоскопии, специальных генетических методов исследования.

Технически краниотомия складывается из трех приемов, из которых каждый, применяемый обособленно, носит название операции:

- ✓ Перфорация (прободение черепа плода);
- ✓ Эксцеребрация (опорожнение содержимого черепа);
- ✓ Краниоклазия (извлечение краниокластом перфорированной и освобожденной от мозга головки).

Какие инструменты необходимы для выполнения краниотомии?

- Для выполнения краниотомии необходимы следующие инструменты: влагалищное зеркало с подъемником, щипцы Мюзо (или пулевые), ножницы, перфоратор (копьевидный - Бло или трепановидный - Феноменова), кюретка, краниокласт Брауна.



- Перфораторы: а - Феноменова; б - Бло; в - краниокласт

- *Каковы условия для производства краниотомии?*
- Для производства краниотомии кроме соблюдения общих для всех плодоразрушающих операций условий необходимо обеспечить надежную фиксацию головки плода. При высоко расположенной головке эта фиксация осуществляется ассистентом, который прижимает головку ко входу в малый таз со стороны передней брюшной стенки.

- ***Какова техника перфорации головки?***
- Перфорацию головки производят чаще под контролем зрения. Один из ассистентов через переднюю брюшную стенку роженицы прижимает головку плода ко входу в малый таз. Второй ассистент держит введенные во влагалище зеркало и подъемник. Головку захватывают двумя пулевыми щипцами (или щипцами Мюзо), кожу головки в месте перфорации рассекают ножницами. Перфоратором через шов, родничок или глазницу проделывают отверстие, которое затем расширяют. Место перфорации определяется предлежанием (лобное, лицевое, затылочное и т. п.) и обычно соответствует проводной точке. Реже перфорацию головки производят на ощупь, под контролем пальцев руки, введенной во влагалище.



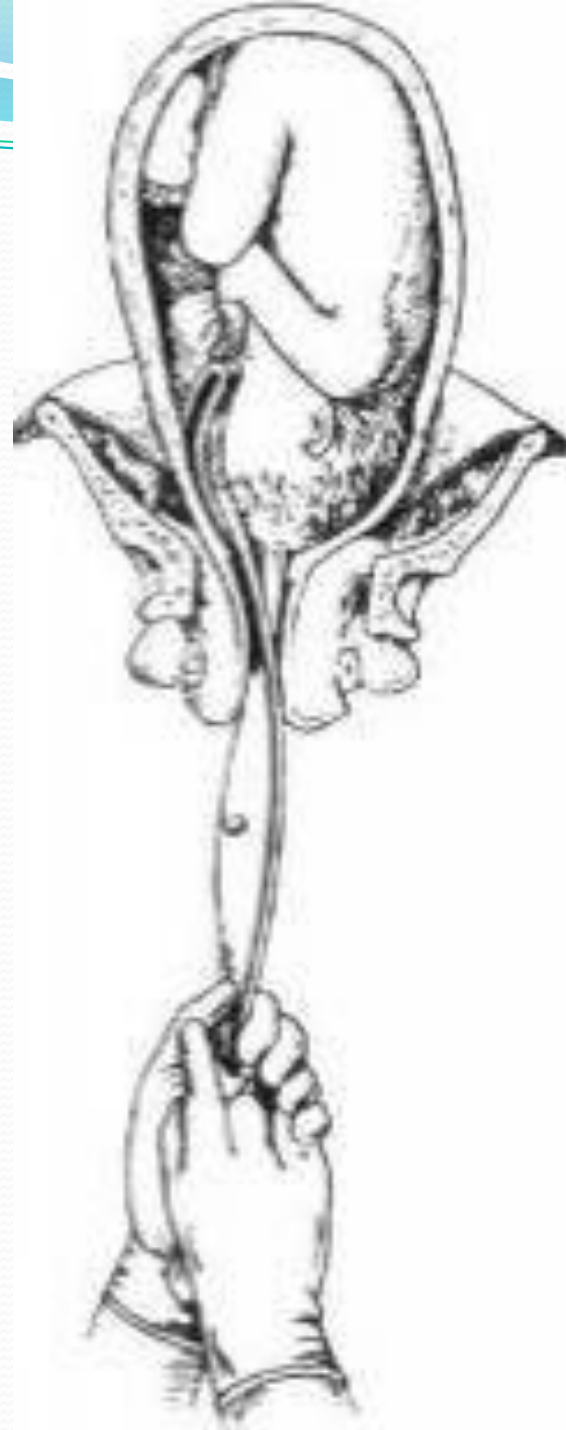
**Перфорация подлежащей
головки под контролем зрения**



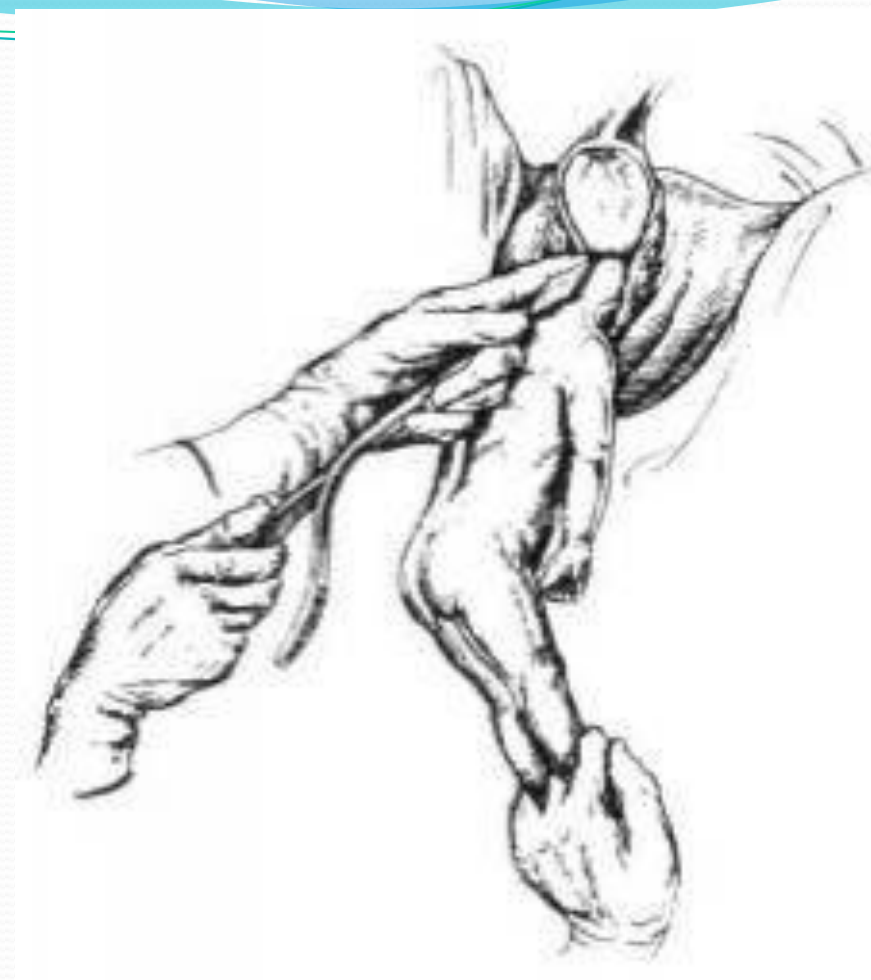
**Перфорация
предлежащей
головки под
контролем руки**

- Краниоклазия - это извлечение головки после перфорации и эксцеребрации с помощью специального инструмента -краниокласта.
- Краниоклазию осуществляют только при полном открытии маточного зева. Если перфорация и эксцеребрация производились при неполном открытии шейки, следует применить наложение кожноголовных щипцов по Иванову, а при необходимости экстренного окончания родов - произвести радиальные насечки на шейке матки.
- Для выполнения краниоклазии массивную (сплошную) ложку краниокласта под контролем руки вводят в перфорационное отверстие и передают ассистенту. Также под контролем руки вводят окончатую ложку, которая располагается
- на головке с наружной стороны. Перемещением окончатой ложки обеспечивают возможность замыкания ложек краниокласта. Предпочтительнее наложение ложек производить на кости лицевого черепа, которые более прочно связаны между собой.

- После замыкания ложек краниокласта их прочно соединяют между собой с помощью винта и двигающейся по нему гайки. После пробной тракции производят извлечение головки; направление тракций при этом такое же, как при вакуум-экстракции или наложении акушерских щипцов



- Перфорация последующей головки - это операция, которую производят при родах мертвым плодом в тазовом предлежании.
- *Какова техника перфорации последующей головки?*
- Помощник оттягивает за ножку туловище плода круто вниз, вводя пластинчатое зеркало между затылком плода и передней стенкой влагалища. Под защитой зеркала рассекают кожу головки. Пальцем руки, подведенной под участок рассеченной кожи, ее отслаивают от кости до тех пор, пока не будет обнаружено большое затылочное отверстие. К нему приставляют копьё перфоратора и пробуравливают отверстие в черепе. Эту манипуляции, как и последующие, производят так же и в том же порядке, как при перфорации предлежащей головки.
- Если не удалось обнаружить большое затылочное отверстие, перфорацию головки производят на месте перехода шеи в затылок. Спавшуюся после эксцеребрации головку легко удалить из родового канала.



Осложнения и трудности при краниотомии. При перфорации подлежащей головки могут быть два осложнения, причем оба по вине акушера. Если головка не фиксируется снаружи и если перфоратор не поставлен вертикально к черепу, инструмент может соскочить и повести к тяжелым повреждениям мягких частей матери. Соскальзывание краниокласта чаще наблюдается при узких тазах, когда головка еще не конфигурировалась. Если нет крайней необходимости немедленно произвести краниоклазию, лучше выждать некоторое время, чтобы дать возможность перфорированной головке адаптироваться (конфигурироваться), и только после этого наложить краниокласт.

Наиболее серьезными являются ранения переднего свода влагалища и мочевого пузыря. При наложении краниокласта могут быть и тяжелые травматические повреждения, особенно когда вместе с головкой захватывают и вырывают мягкие части родового канала. После краниотомии – обязательно тщательный осмотр и обследование влагалища и матки

Использованная литература:

1. В.Е. Радзинский “Руководство по акушерству”. Учебное пособие. Москва, 2007 “ГЭОТАР-Медиа”-656стр., 343-355стр.
2. Э.К. Айламазян “Акушерство”. Учебник. СПб 2003 “Спецлит”-528стр., 244-250стр.
3. Э.К. Айламазян “Национальное руководство по акушерству” Москва, 2009 “ГЭОТАР-Медиа”-1200стр., 250-258стр.
4. В.И. Кулаков “Руководство по амбулаторно-полтклинической помощи в акушерстве и гинекологии”. Москва 2009 “ГЭОТАР-Медиа”-521стр., 119-156стр.
5. Ч.Р. Бекманн “Акушерство и гинекология”. Москва 2004, “Медицинская литература” -548стр., 97-101стр.
6. Приказ МЗ РК № 239 от 7.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики лечения»



**Спасибо
за внимание!**