

РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ



ТЕРМИНОЛОГИЯ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (ГИСТЕРОТОМИЯ) - ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С ЦЕЛЮ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА (ПЛОДОВ) И ПОСЛЕДА ЧЕРЕЗ РАЗРЕЗ МАТКИ

НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ – ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С ЦЕЛЮ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

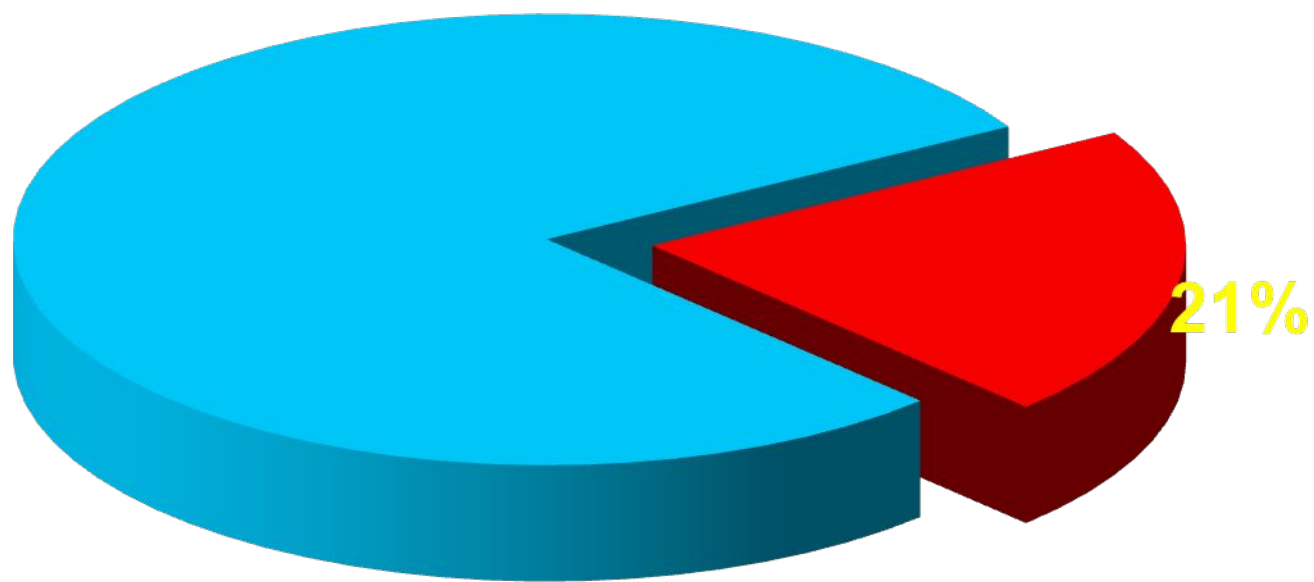
ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА- ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С ЦЕЛЮ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

СИМФИЗИОТОМИЯ- ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ С ЦЕЛЮ УВЕЛИЧЕНИЯ ВСЕХ РАЗМЕРОВ КОСТНОГО ТАЗА

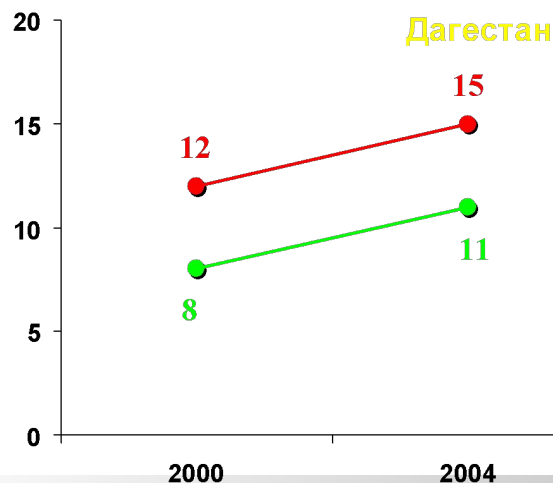
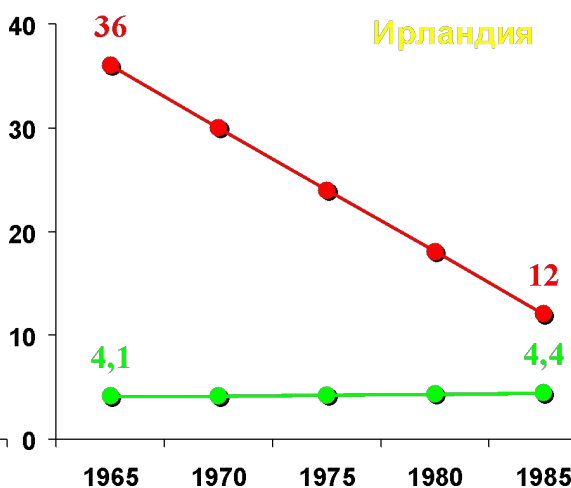
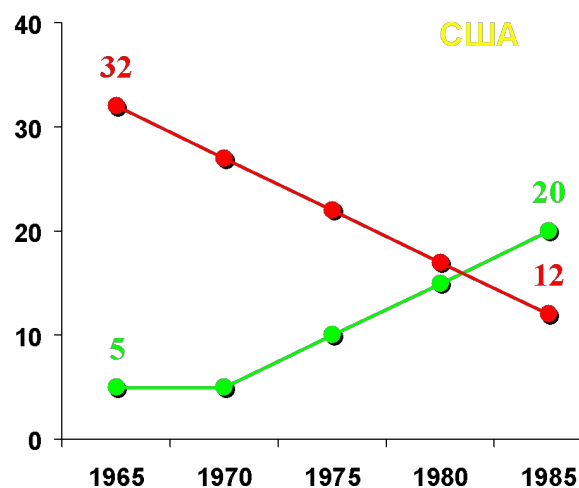
АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

- **Кесарево сечение (Caesarian section) – это хирургическая операция, при которой извлекают плод и плаценту путем рассечения передней брюшной стенки и матки с последующим их восстановлением.**
- **Кесарево сечение - одна из самых распространенных в мире родоразрешающих операций, которая позволяет сохранить жизнь матери и новорожденному, когда роды через естественные родовые пути невозможны или представляют слишком высокий риск осложнений и опасностей.**
- **Кесарево сечение как способ родоразрешения первоначально был использован на умершей женщине для спасения ещё живого ребёнка. Это древнейшая операция проводилась врачами Египта, Азии и Европы как «операция отчаяния». Считается, что КС на живой женщине впервые произведено ещё в XVI в. у жены пастуха, после которой та осталась жива.**
- **Согласно мифологии, Эскулап – бог медицины – тоже был рожден путем КС. По широко распространенной версии термин «кесарево сечение» связан с именем Юлия Цезаря, который якобы тоже был рожден таким путем. В России первая успешная операция КС была выполнена в 1756г Эразмусом и в 1796г Зоммером.**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ



СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ (модели)



Кесарево
сечение

Перинатальная
смертность

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

МКБ X O82 ОДНОПЛОДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ

O84 МНОГОПЛОДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **АБСОЛЮТНЫЕ** (иной способ родоразрешения смертельно опасен):

- ▣ **ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ**
- ▣ **ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ**
- ▣ **УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ**
- ▣ **АБСОЛЮТНО УЗКИЙ ТАЗ**
- ▣ **ОПУХОЛИ И РУБЦЫ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОДВИЖЕНИЮ ПЛОДА**

- **ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:**

- ▣ **СОХРАНЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ, НО С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ**

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В 10 РАЗ ВЫШЕ ЧЕМ ПОСЛЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ
- НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ (ДВА И БОЛЕЕ РУБЦА)
- АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ II-IV СТЕПЕНИ
- ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА
- ОПУХОЛИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОДВИЖЕНИЮ ПЛОДА
- ТЯЖЁЛЫЕ ФОРМЫ ГЕСТОЗА

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **ТЯЖЁЛАЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ**
- **РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ**
- **ВЫРАЖЕННОЕ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ**
- **ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА**
- **ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ПРИ МАССЕ БОЛЕЕ 3600 Г И МЕНЕЕ 1500 Г**
- **СРОСШАЯСЯ ДВОЙНЯ**
- **ТРИ ПЛОДА И БОЛЕЕ**

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ И ГИПОТРОФИЯ ПЛОДА**
- **ОСТРАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА**
- **ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА**
- **ДЛИТЕЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ**
- **БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО**
- **ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**
- **ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (РАК ШЕЙКИ МАТКИ)**
- **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ОБОСТРЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ**
- **АГОНИЯ ИЛИ ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ БЕРЕМЕННОЙ**

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

- КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ
- АНОМАЛИИ РОДОВОЙ БЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ
- ОСТРАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА
- УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ
- ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ
- НЕПРАВИЛЬНЫЕ ВСТАВЛЕНИЯ (ЛОБНОЕ, ПЕРЕДНИЙ ВИД ЛИЦЕВОГО, ЗАДНИЙ ВИД ВЫСОКОГО ПРЯМОГО СТОЯНИЯ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

- ГИБЕЛЬ И ТЯЖЁЛЫЕ УРОДСТВА ПЛОДА
- ГЛУБОКАЯ НЕДОНОШЕННОСТЬ ПЛОДА

**ПРИ НАЛИЧИИ АБСОЛЮТНЫХ ПОКАЗАНИЙ ОПЕРАЦИЯ
ПРОВОДИТСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ПРОЧИХ УСЛОВИЙ**

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

УСЛОВИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ

- ЖИВОЙ И ЖИЗНЕСПОСОБНЫЙ ПЛОД ПЛОДА
- ОТСУТСТВИЕ СИМПТОМОВ ИНФЕКЦИИ В РОДАХ
- ОПОРОЖНЁННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И КИШЕЧНИК
- НАЛИЧИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, ВЛАДЕЮЩИХ ОПЕРАЦИЕЙ
- СОГЛАСИЕ БЕРЕМЕННОЙ
- ОБЕСПЕЧЕНИЕ АДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И НЕОБХОДИМОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ
- ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПРИСУТСТВИЕ НЕОНАТОЛОГА, ВЛАДЕЮЩЕГО ТЕХНИКОЙ РЕАНИМАЦИИ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ
- РЕГИОНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ
- СОЧЕТАНИЕ
- МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ВИДЫ ОПЕРАЦИИ

ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДОСТУП

- **КОРПОРАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**
- **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ МАТОЧНОМ СЕГМЕНТЕ**
- **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С ВРЕМЕННЫМ ОТГРАНИЧЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДОСТУП

- **ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**
- **ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

- **РАССЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ПРОДОЛЬНЫЙ ИЛИ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЕЗ)**
- **ВЫЯВЛЕНИЕ И ИСПРАВЛЕНИЕ РОТАЦИИ МАТКИ**
- **ВСКРЫТИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОЙ СКЛАДКИ**
- **РАССЕЧЕНИЕ МАТКИ**
- **ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА, ПОСЛЕ ПЕРЕЖАТИЯ ПУПОВИНЫ
ПРОВОДИТСЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ
АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА**
- **УДАЛЕНИЕ ПОСЛЕДА**
- **РАСШИРЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА**
- **УШИВАНИЕ РАНЫ НА МАТКЕ И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

ОСЛОЖНЕНИЯ

● ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- РАНЕНИЕ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ

- ТРУДНОСТИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА (РАНЕНИЕ ПРЕДЛЕЖАЮЩЕЙ ЧАСТИ ПЛОДА)

- КРОВОТЕЧЕНИЕ

- СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА (АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ)

- СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

- ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.

● ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- ЭНДОМЕТРИТ

- ПЕРИТОНИТ

- СЕПСИС

- НАГНОЕНИЕ ШВОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

- ФЛЕБИТ ГЛУБОКИХ ВЕН ТАЗА

- СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ КС

1. ПОЛУЧИТЬ ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТКИ

(БЕРЕМЕННОЙ РАЗЪЯСНЯЮТ ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ САМОЙ ОПЕРАЦИИ И ЕЁ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ).

2. СДЕЛАТЬ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ: ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ И РЕЗУС-ФАКТОРА, БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ И КОАГУЛОГРАММУ.

3. ПОСТАВИТЬ ПОСТОЯННЫЙ МОЧЕВОЙ КАТЕТЕР (для КОНТРОЛЯ ПОЧАСОВОГО ДИУРЕЗА, КОЛИЧЕСТВА И КАЧЕСТВА МОЧИ). (

4. ЭЛАСТИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ЧУЛКИ, БИНТЫ).

5. НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ВЕЧЕРОМ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ ОЧИСТИТЕЛЬНУЮ КЛИЗМУ, ГИГИЕНИЧЕСКИХ ДУШ, НА НОЧЬ ДАЮТ СНОТВОРНОЕ. УТРОМ В ДЕНЬ ОПЕРАЦИИ ПОВТОРИТЬ КЛИЗМУ.

6. ЗА ЧАС ДО ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ ПРЕМЕДИКАЦИЮ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА (БЛОКАТОРЫ ГИСТАМИНОВЫХ H₂-РЕЦЕПТОРОВ).

ВО ВРЕМЯ КС С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ВВОДЯТ ОДНОКРАТНО ВНУТРИВЕННО АНТИБИОТИК (ЦЕФАЛОСПОРИН ИЛИ АМИНОПЕНИЦИЛЛИН) ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСТРЕННОГО ИЛИ ПЛАНОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ. ПРИМЕНЯЮТ АНТИБИОТИК СРАЗУ ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА И ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПУПОВИНЫ.

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВОСПОЛНЕНИЕ ПОТЕРЬ ЖИЛКОСТИ ДЛЯ

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КС

- 1. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 Ч БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЮТ В РЕАНИМАЦИИ, ДАЛЕЕ ПЕРЕВОДЯТ В ПАЛАТУ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.
- 2. В ТЕЧЕНИЕ 2 Ч ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАЗНАЧАЮТ ХОЛОД НА НИЗ ЖИВОТА.
- 3. КАЖДЫЕ 1-2 ЧАСА ОЦЕНИВАЮТ И ФИКСИРУЮТ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА АД И ПУЛЬСОМ, ПОЧАСОВОЙ ДИУРЕЗ, ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ.
- 4. В ПЕРВЫЕ 2-3 СУТОК РЕКОМЕНДУЮТ ВНУТРИВЕННО ВВОДИТЬ 1-1,5Л ЖИДКОСТИ.
- 5. ЧЕРЕЗ 8-10 Ч ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РАЗРЕШАЮТ СИДЕТЬ В ПОСТЕЛИ, К КОНЦУ 1-Х ИЛИ НА 2-Е СУТКИ – ВСТАВАТЬ И ХОДИТЬ В ПРЕДЕЛАХ ПАЛАТЫ.
- 6. В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ 0 (ПИТЬЕ ДО 2Л), НА 2-Е СУТКИ СТОЛ №1. С 3-Х СУТОК – ОБЩИЙ СТОЛ.
- 7. ПРИ ОТСУТСТВИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫВОДИТЬ МОЧУ КАТЕТЕРОМ КАЖДЫЕ 3-4 ЧАСА.
- 8. СО 2-Х СУТОК ПРОВОДЯТ СТИМУЛЯЦИЮ РАБОТЫ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА, РАСТВОР ПРОЗЕРИНА ПО 1МЛ 2 РАЗА В ДЕНЬ П/КОЖНО).
- 9. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО НЕОБХОДИМОСТИ (В ПЕРВЫЕ СУТКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО).

- 10. НАЗНАЧАЮТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ НЕ МЕНЕЕ 5 ДНЕЙ.
- 11. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПРОВОДЯТ АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ, С 3-Х СУТОК ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОСТЬ МАТКИ ПО УЗИ.
- 12. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ШВА АСЕПТИЧЕСКУЮ НАКЛЕЙКУ УДАЛЯЮТ НА 4-5 ДЕНЬ, ПОСЛЕ ЧЕГО ЕЖЕДНЕВНО ПРОВОДЯТ ОБРАБОТКУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ШВА.
- 13. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЫПИСКА ВОЗМОЖНА НА 5-7 СУТКИ.

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

ПОКАЗАНИЯ

- **ОСТРАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА**
- **СЛАБОСТЬ ПОТУГ**
- **ТЯЖЁЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

ОПЕРАЦИЯ НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПОТУГ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **ВЫХОДНЫЕ ЩИПЦЫ**
- **ПОЛОСТНЫЕ ЩИПЦЫ**
- **ВЫСОКИЕ ЩИПЦЫ**

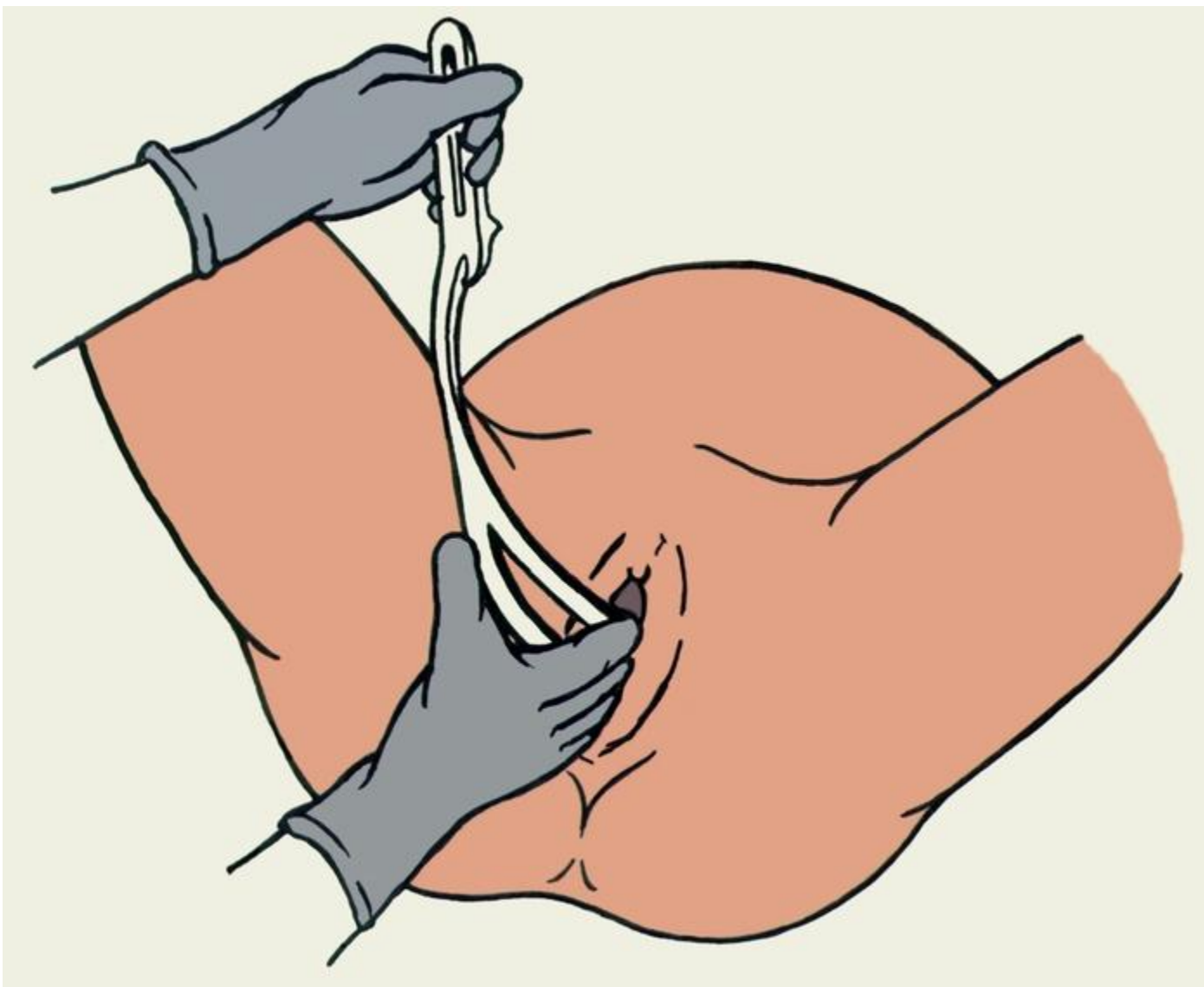
АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ТРАВМЫ МАТЕРИ
- ТРАВМЫ ПЛОДА
- АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЁННОГО

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

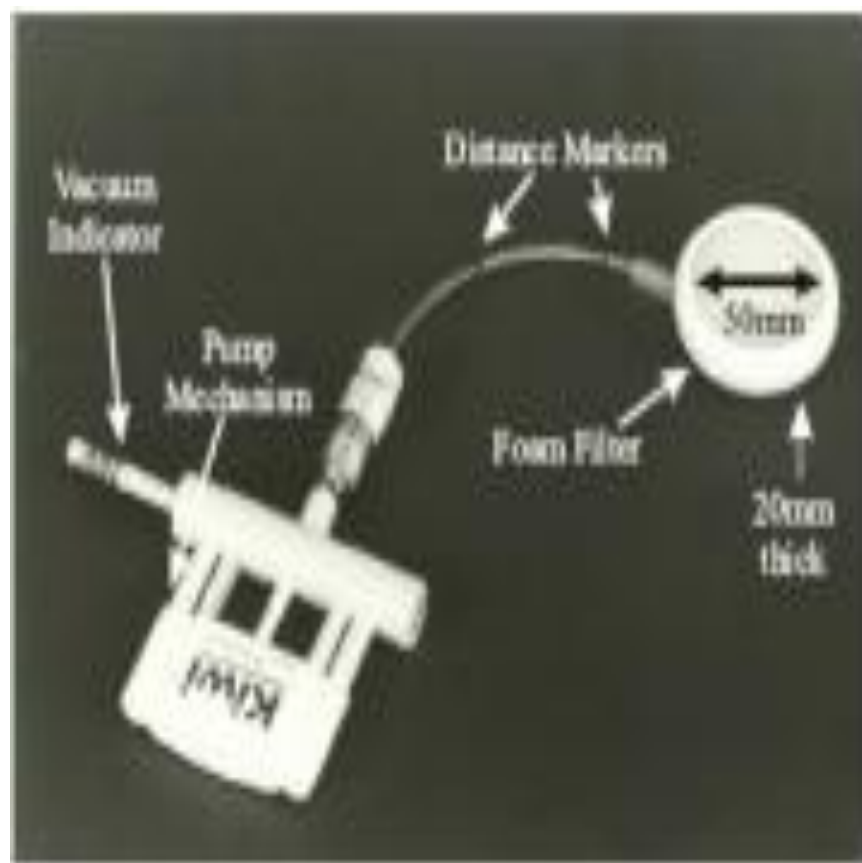
ПОКАЗАНИЯ

- **ОСТРАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА**
- **СЛАБОСТЬ ПОТУГ**
- **ТЯЖЁЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

ОПЕРАЦИЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ПРОВОДИТСЯ ПРИ УЧАСТИИ РОЖЕНИЦЫ И ДОПОЛНЯЕТ ПОТУГИ.

МЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ, ЧЕМ НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ, ОДНАКО ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА



ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ДИАГНОСТИКА

- Головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой
- Подбородок втягивается и опускает промежность
- Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика
- Задержка рождения плечиков более 1 минуты после рождения головки плода

ДВА ПОДХОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ (контраверсии)

- **Программированные роды**
 - не улучшают исходы родов как для матери, так и для плода
 - часть родов заканчивается кесаревым сечением без улучшения исходов
- **Плановое кесарево сечение**
 - широкое использование нецелесообразно (рост уровня и цена оперативного родоразрешения)
 - 3% повреждений плечевого сплетения происходит во время кесарева сечения

ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ



- **Масса плода более 5000 г у матерей без диабета
или 4500 г + слабость родовой
деятельности (потуг)**
- **Масса плода более 4500 г у матерей
с диабетом**

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

HELPERR

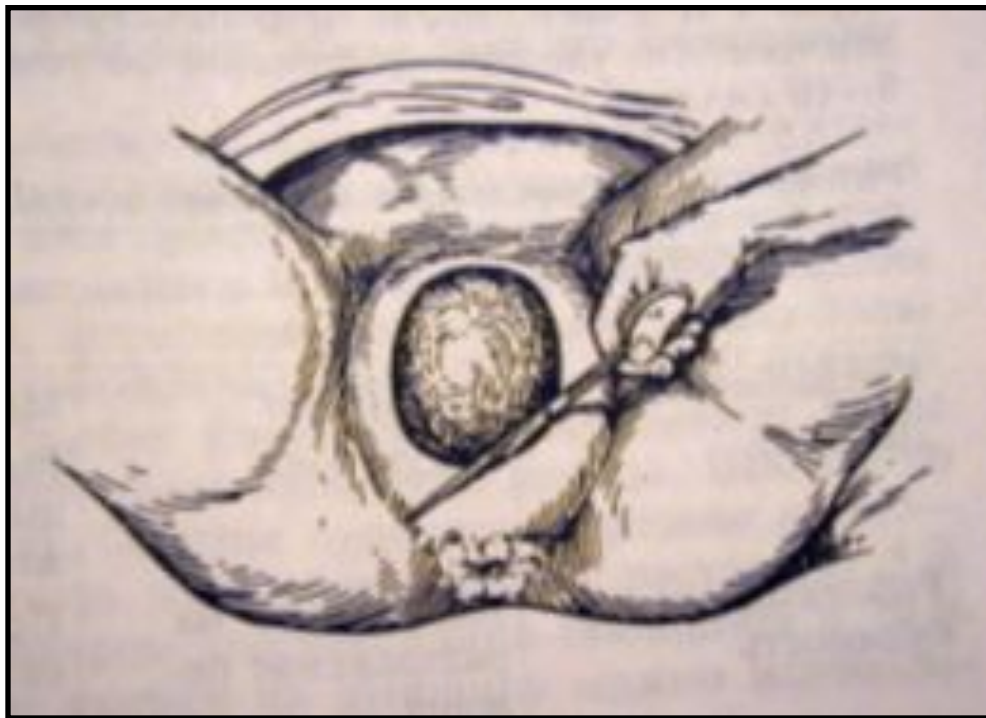


Н - HELP (ПОЗВАТЬ НА ПОМОЩЬ)

- Позвать ассистента и анестезиолога

2

Е - EPYSIOTOMY (ЭПИЗИОТОМИЯ)



3
4

L - LEGS (НОГИ)

P - PRESSURE (ДАВЛЕНИЕ)

Прием Мак-Робертса (McRoberts):

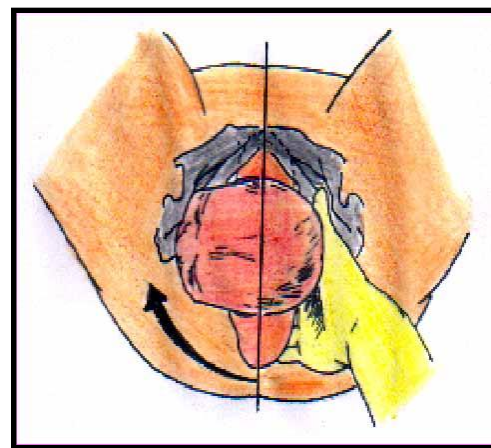
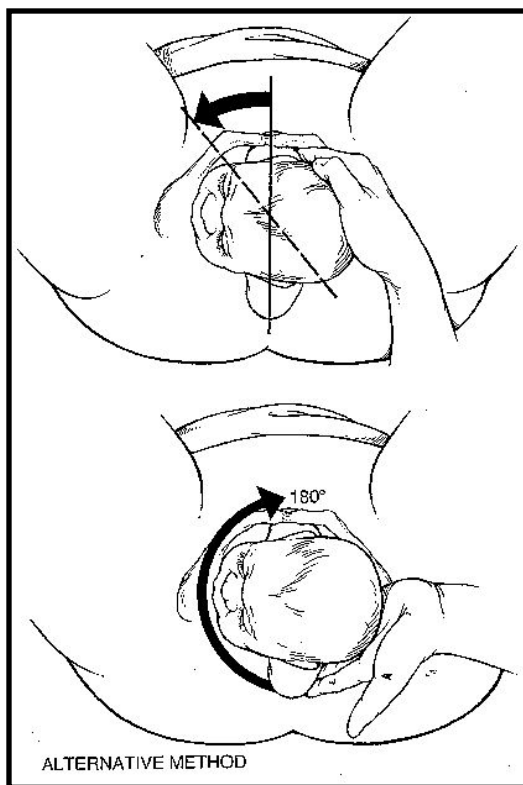
гиперсгибание бедренных суставов с одновременным
давлением на надлобковую область
(эффективность 50-80%)



5

Е - ENTER (ВХОДИТЬ (во влагалище))

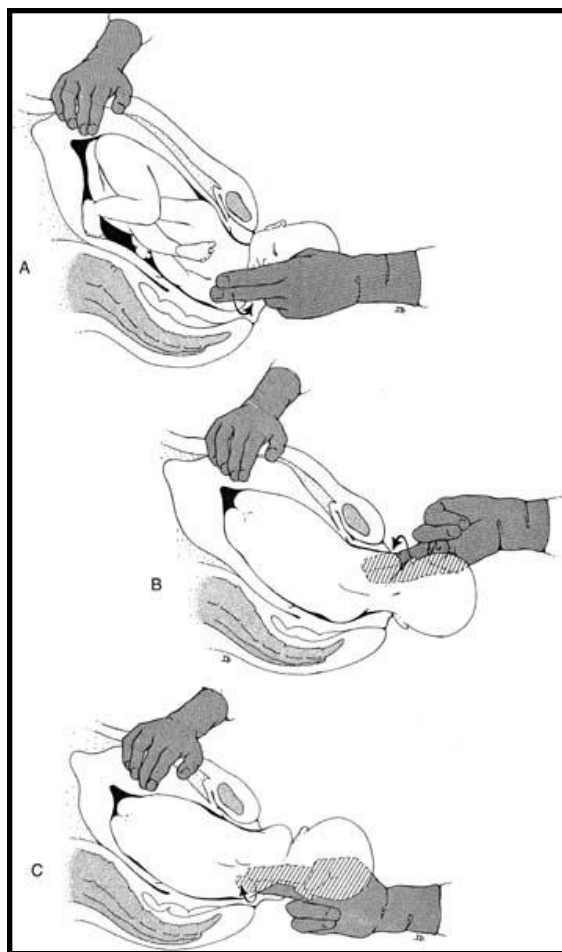
Приемы Вудса (Woods) - **ВРАЩЕНИЯ ПЛОДА**



Рукой введенной во влагалище перевести заднее плечико в переднее (при этом переднее плечико, вращаясь по спирали на 180°, соскальзывает из под лона). Одновременно осуществляется давление ладонью на дно матки.

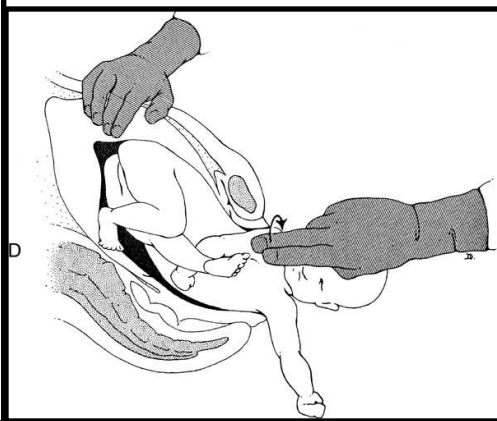
5

Е - ENTER (ВХОДИТЬ (во влагалище))

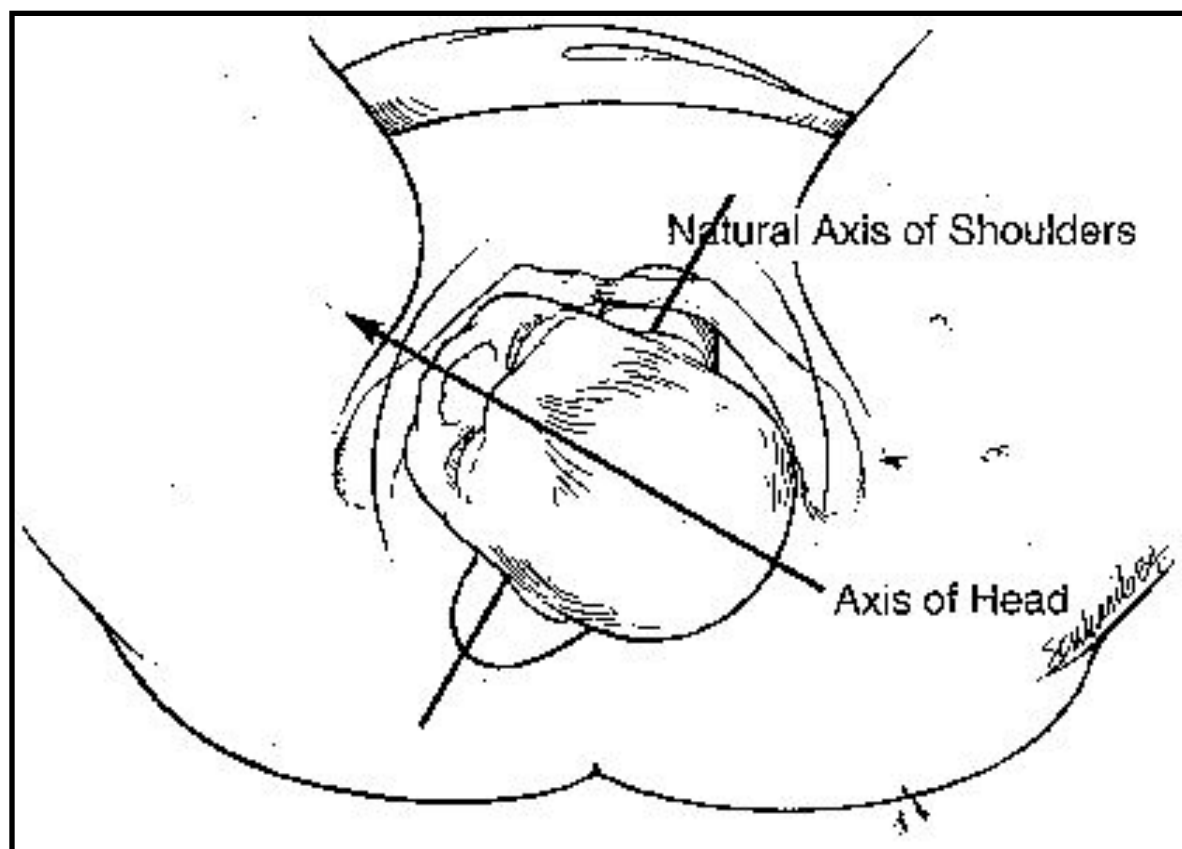


**Приемы Вудса (Woods) -
ВРАЩЕНИЯ ПЛОДА
(продолжение)**

Рукой введенной во влагалище перевести заднее плечико в переднее и обратно. Одновременно осуществляется давление ладонью на дно матки.



ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ОСИ ГОЛОВКИ И ОСИ ПЛЕЧИКОВ



⑥

R - ROLL (КАТИТЬСЯ, ПЕРЕКАТИТЬСЯ)



**All-fours метод
(на всех четырех)
Прием Гаскина**

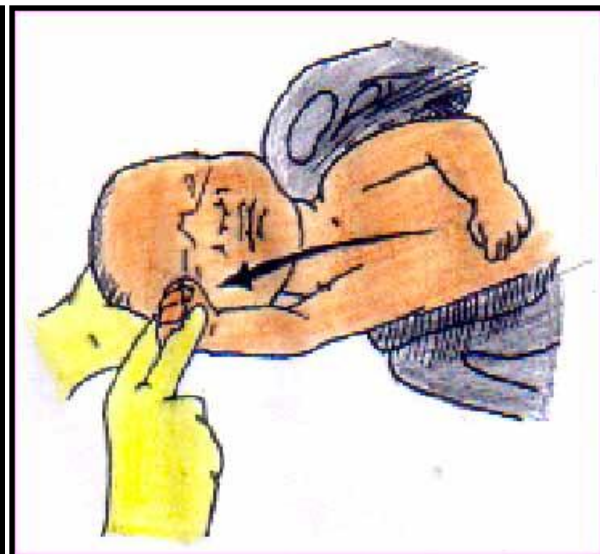
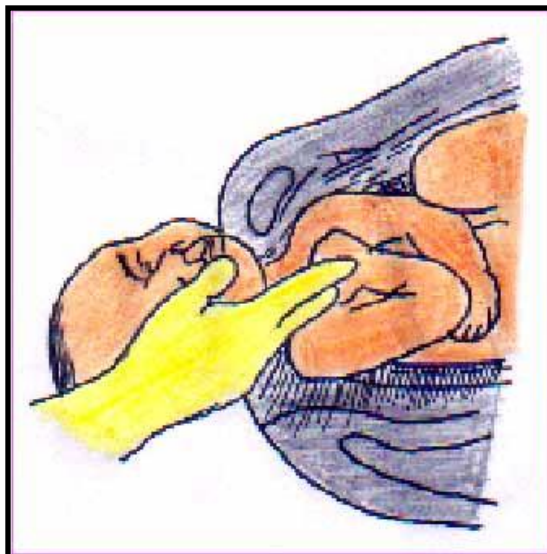
Колено-локтевое положение на 1-2 см увеличивает прямой размер выхода из малого таза.

Невозможно использовать у рожениц в состоянии анестезии.

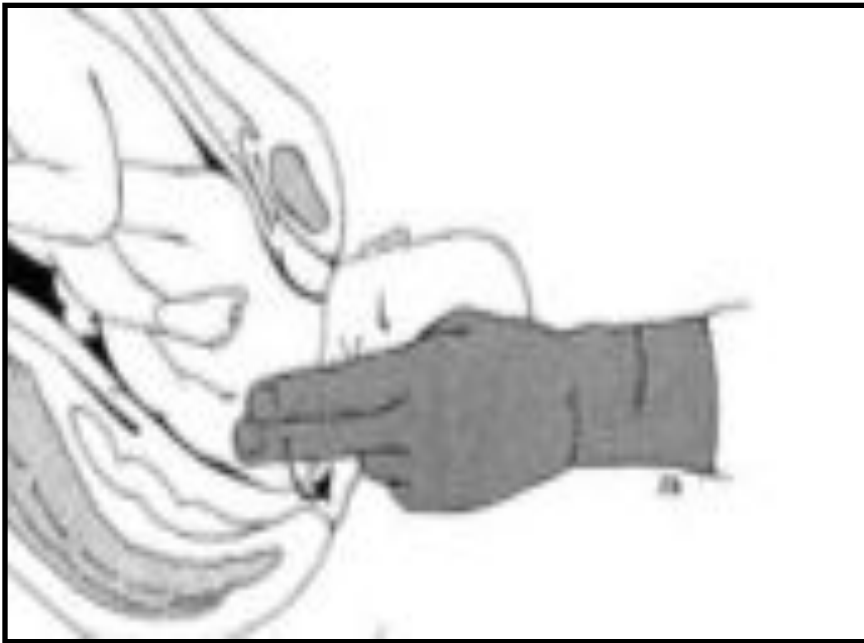
7

R - REMOVE (УДАЛЯТЬ)

Рождение заднего плечика

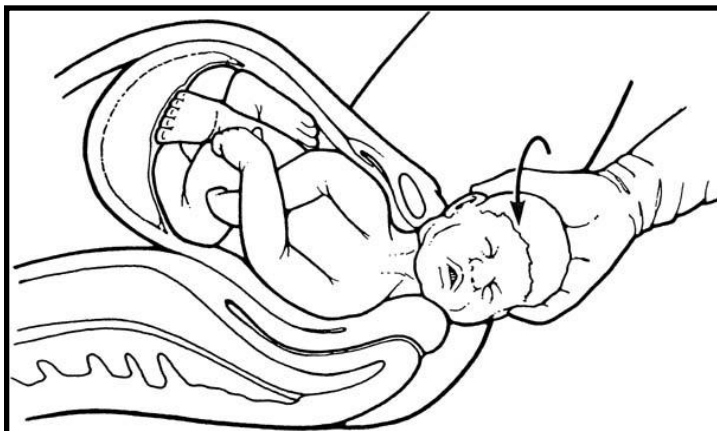


Перелом ключицы, симфизиотомия

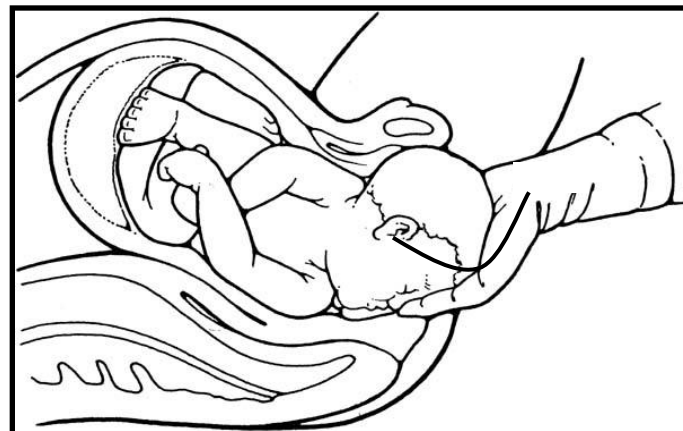


Прием Заванелли (Zavanelli) «Роды наоборот»

Комплекс ручных манипуляций для воспроизведения обратного порядка биомеханизмов родов на фоне введения токолитиков с последующим **супер**экстренным кесаревым сечением (при двусторонней дистоции плечиков)



Наружный поворот головки
(прямым размером выхода)



Сгибание головки и
погружение ее в полость
малого таза

ИСХОДЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИЕМА ЗАВАНЕЛЛИ

Со стороны плода

Черепно-мозговая травма - 11%

Неонатальная смертность - 9%

Мертворождение - 7%

Со стороны матери

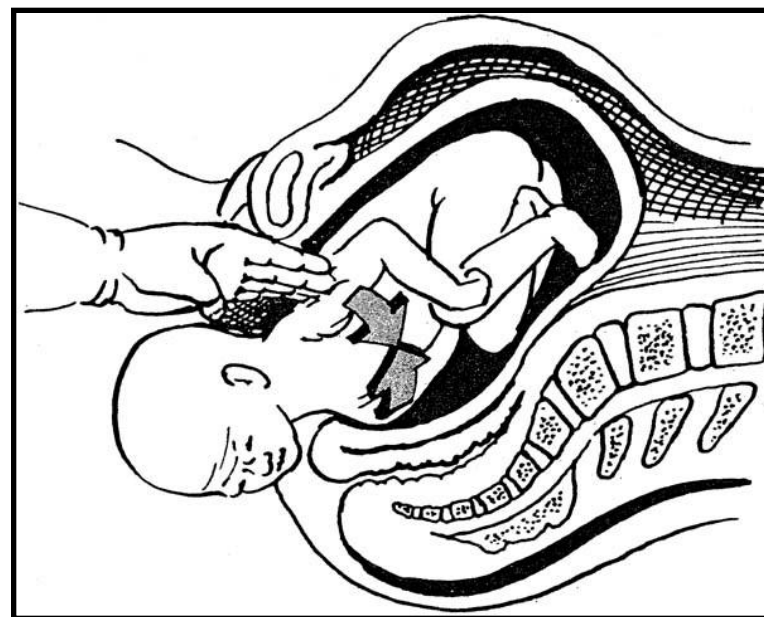
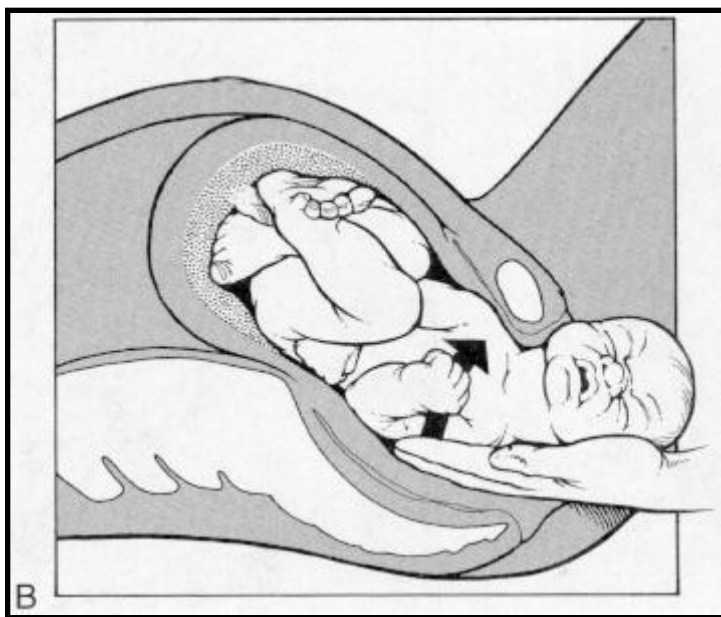
Разрывы влагалища

Разрывы матки

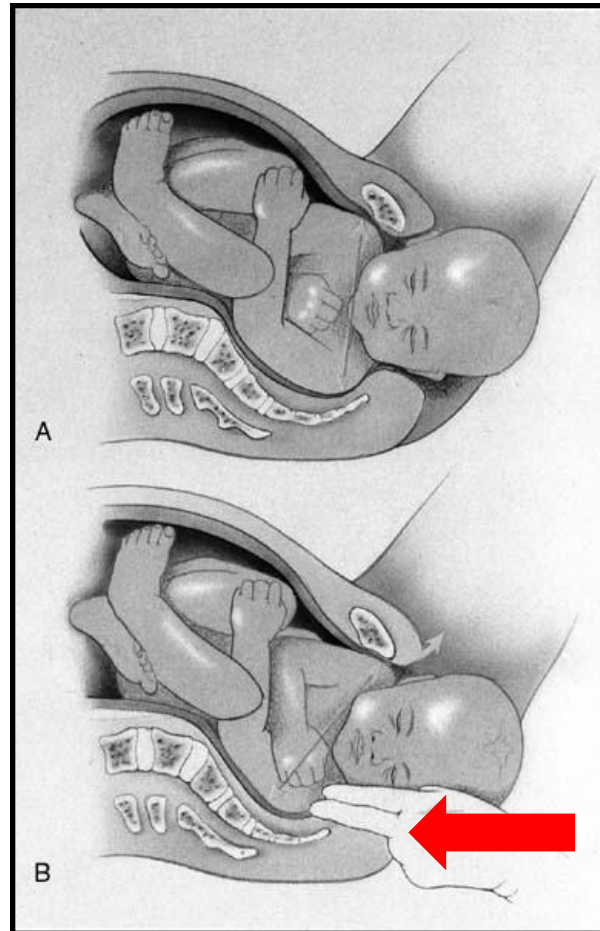
Тяжелые инфекционные
осложнения

ДРУГИЕ МЕТОДЫ Прием Рубина

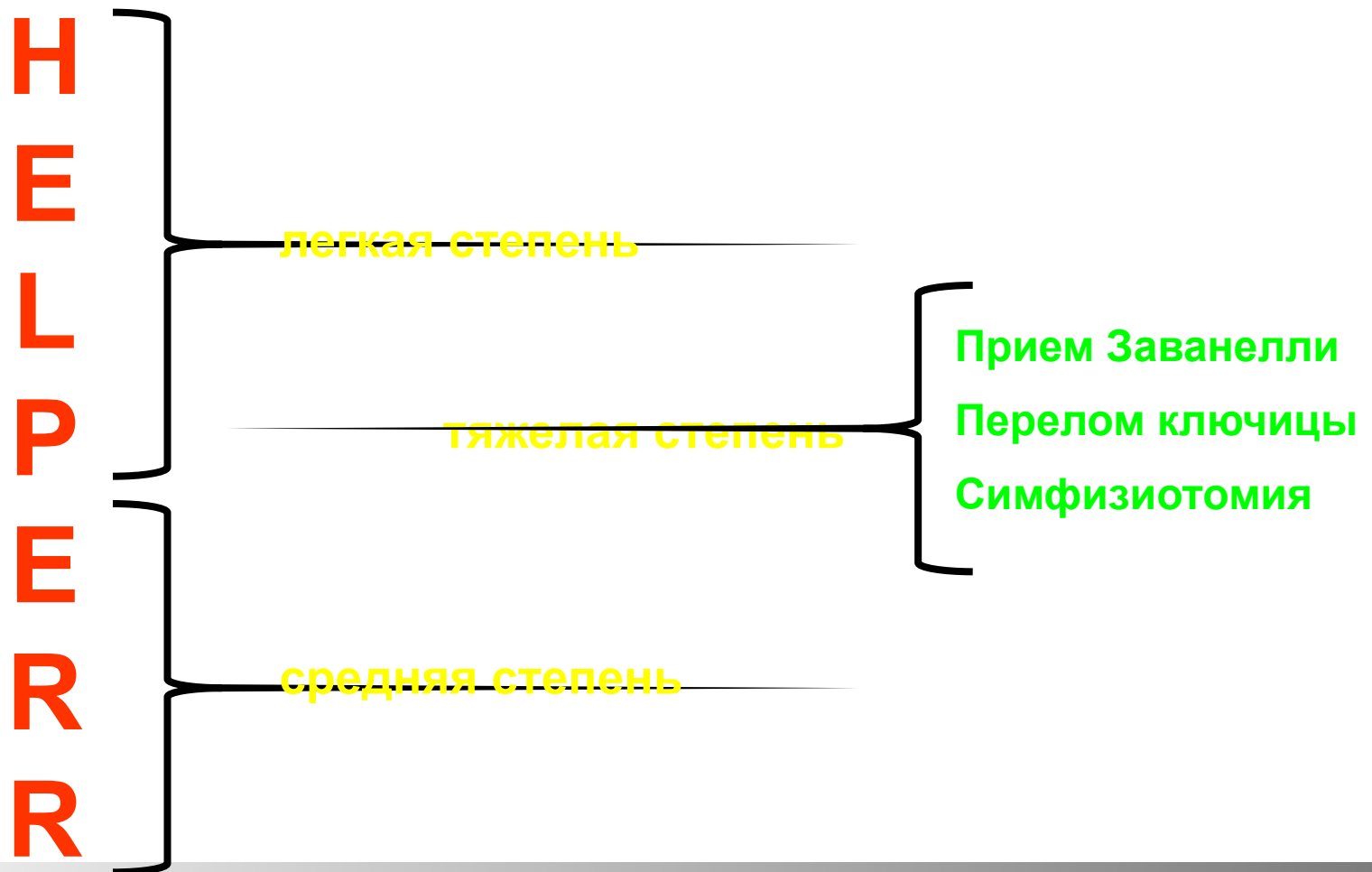
Уменьшение размеров плечевого пояса



ДРУГИЕ МЕТОДЫ



ЭТАПНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСОБИЙ



АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

(Информационное письмо Министерства здравоохранения РФ от 2002 г.
«Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом»)

1. Роды ведут два врача акушера - гинеколога, владеющие приемами оказания помощи при дистоции плечиков, анестезиолог и неонатолог-реаниматолог.
2. Обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительно - срединно-латеральная эпизиотомия).
3. Захват головки плода двумя руками в щечно-височных областях, осторожное потягивание головки книзу до тех пор пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. В это время ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головка приподнимается кпереди и освобождается заднее плечико.
4. Максимальное сгибание бедер роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота.
5. Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводится переднее плечико.
6. Акушер рукой, введенной во влагалище, смещает переднее плечико в сторону грудки и кзади. Ассистент в это время проводит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери.
7. Акушер рукой, введенной под заднее плечо плода, поворотом на 180° переводит его в переднее и оно извлекается.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

(Информационное письмо Министерства здравоохранения РФ от 2002 г.
«Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом»)

Все ручные манипуляции выполняются последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале применяются менее сложные и менее травматичные для плода, при их неэффективности - переходят к более сложным.

Ведение родов во II периоде при дистоции плечиков согласно выше указанного алгоритма позволило избежать перинатальных потерь и тяжелой родовой травмы новорожденных, в 1,4 раза снизить число рождения детей в состоянии гипоксии и в 1,6 раза уменьшить патологию новорожденных, непосредственно или косвенно связанную с родовым травматизмом.

В родильном зале обязательно присутствие анестезиолога и неонатолога, владеющего методами реанимации новорожденных.

В послеродовом периоде проводят профилактику гнойно-воспалительных заболеваний, следят за инволюцией матки.

