

# ***РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ***



## ТЕРМИНОЛОГИЯ

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

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

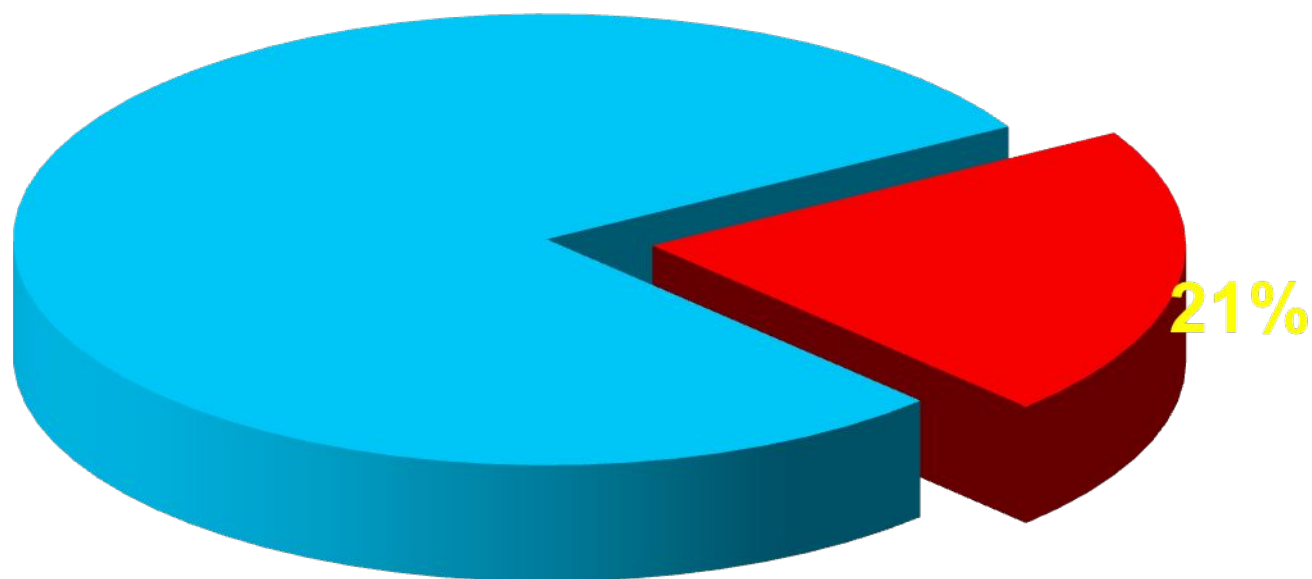
**ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА- ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С ЦЕЛЬЮ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ**

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

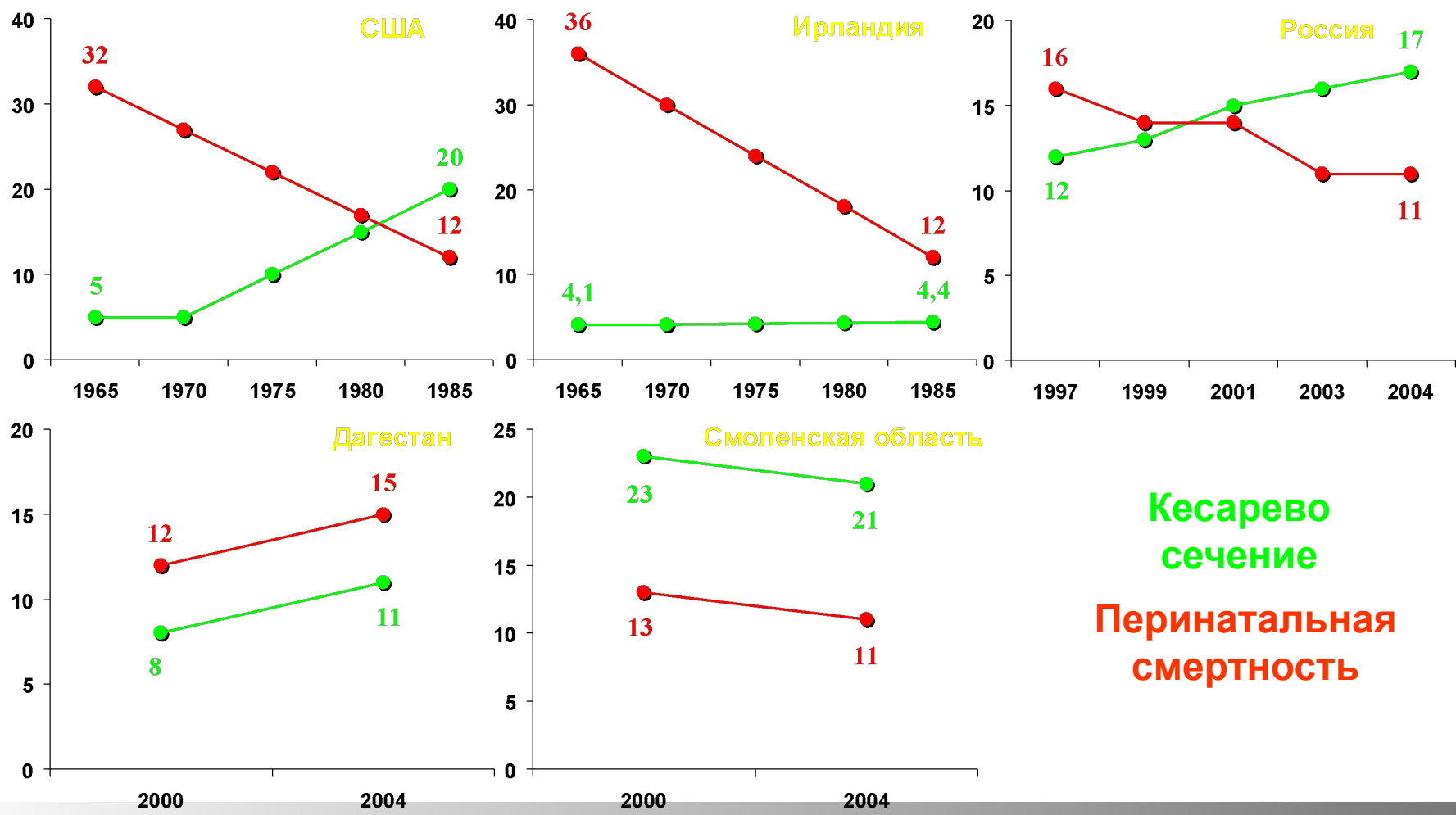
**АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ**

- **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

## МКБ X O82 ОДНОПЛОДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ

## O84 МНОГОПЛОДНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ

### ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **АБСОЛЮТНЫЕ** (ИНОЙ СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСЕН):

- ▣ ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- ▣ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ

- ▣ УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ

- ▣ АБСОЛЮТНО УЗКИЙ ТАЗ

- ▣ ОПУХОЛИ И РУБЦЫ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОДВИЖЕНИЮ ПЛОДА

- **ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:**

- ▣ СОХРАНЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ РОДРАЗРЕШЕНИЯ 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 H<sub>2</sub>-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**

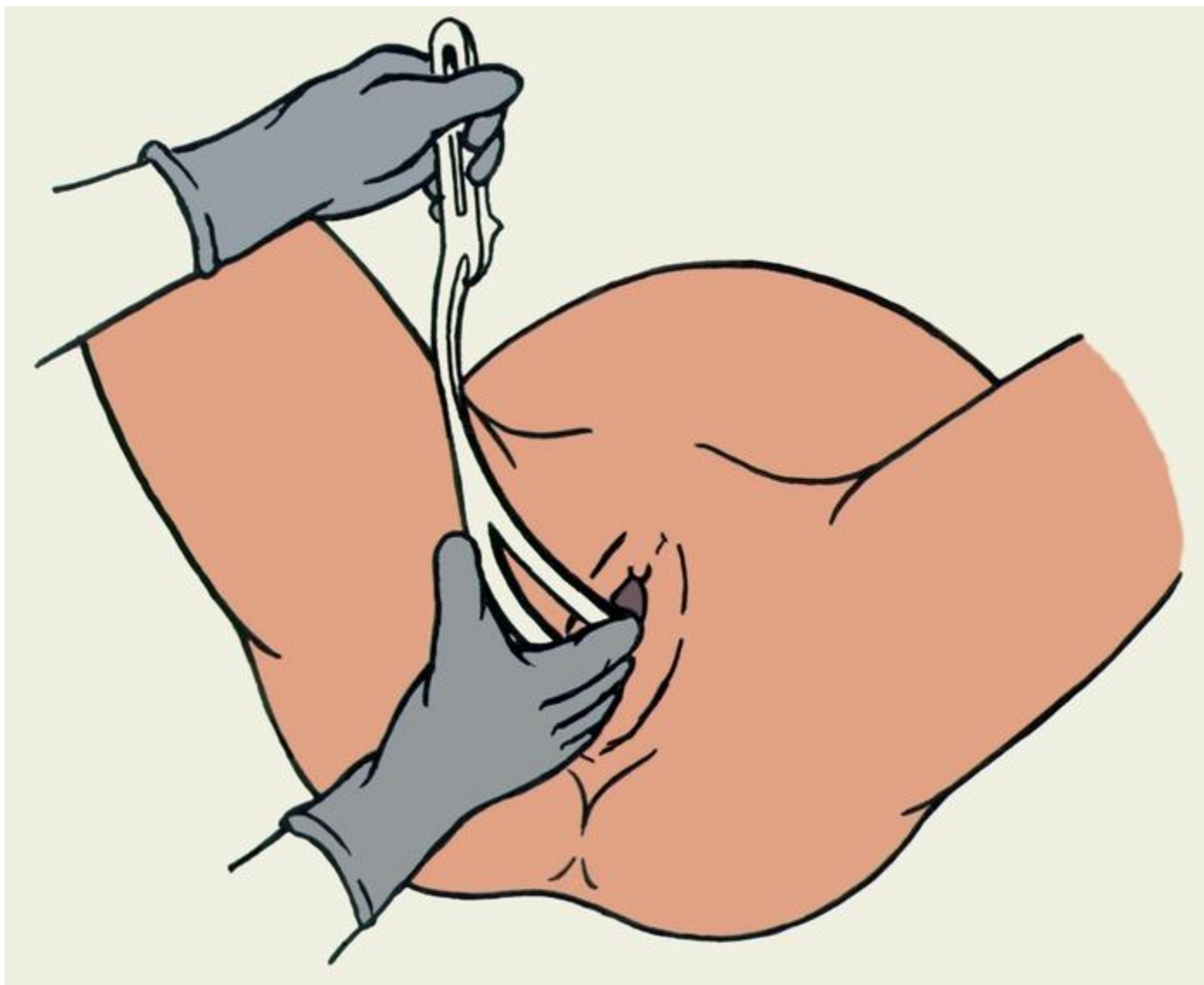
## АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



## АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



## АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ





## АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ



# АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

## ОСЛОЖНЕНИЯ

- ТРАВМЫ МАТЕРИ
- ТРАВМЫ ПЛОДА
- АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЁННОГО

# **ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА**

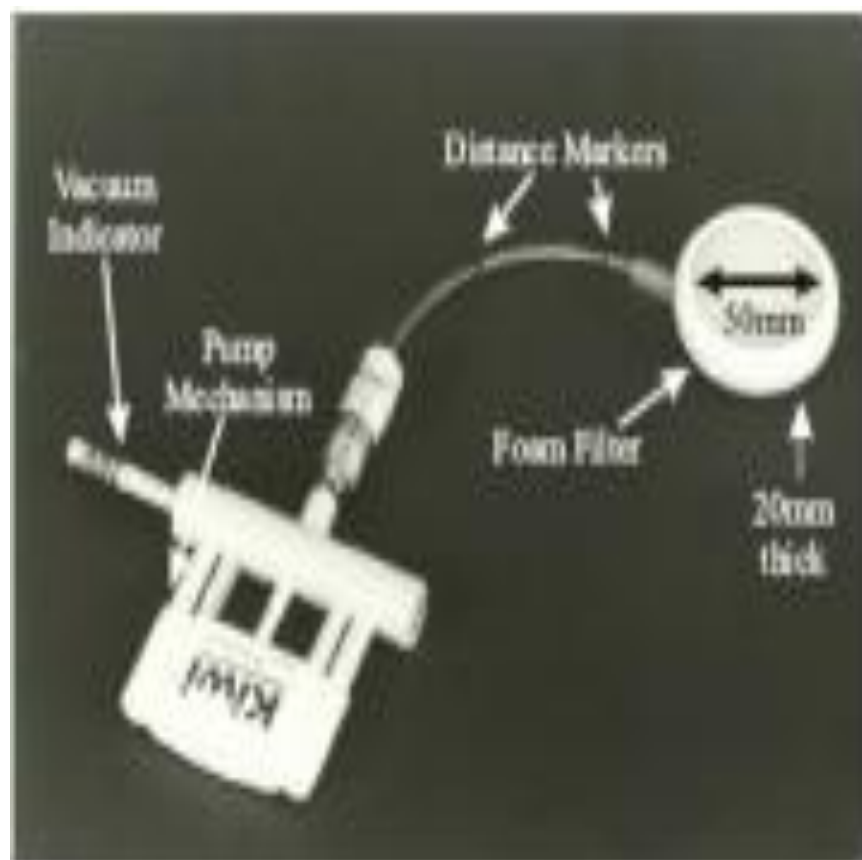
## **ПОКАЗАНИЯ**

- **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**



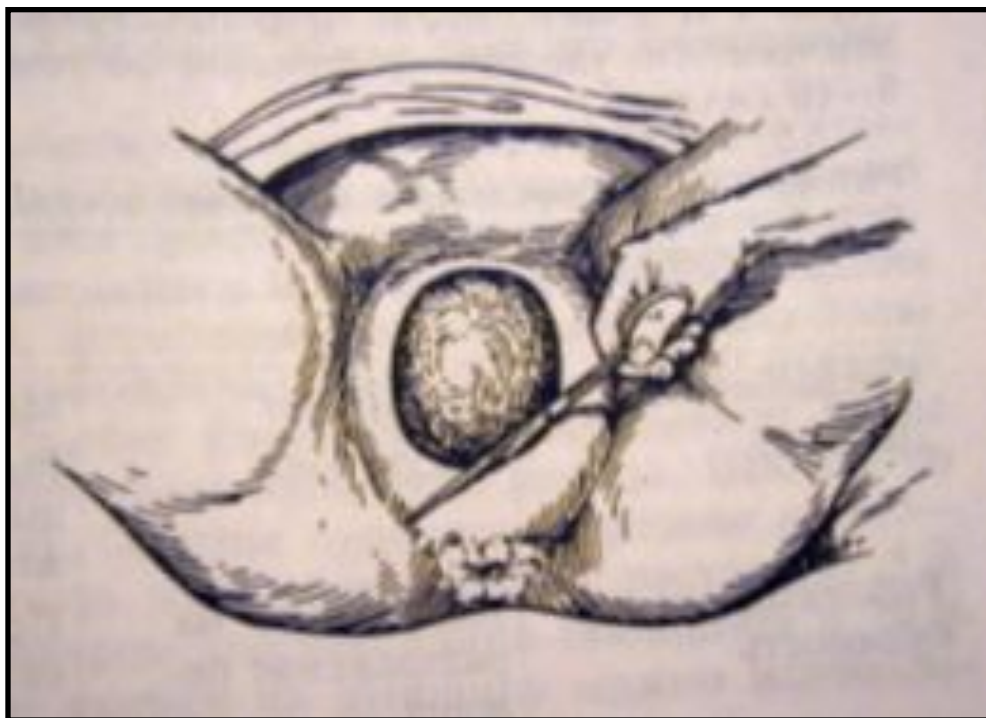
1

**H** - HELP (ПОЗВАТЬ НА ПОМОЩЬ)

- **Позвать ассистента и анестезиолога**

2

**Е** - EPYCIOTOMY (ЭПИЗИОТОМИЯ)



3  
4

**L** - LEGS (НОГИ)

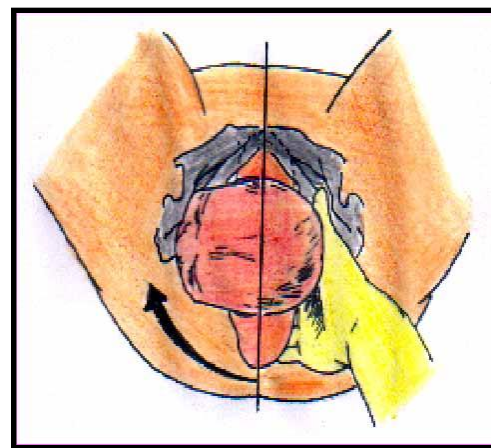
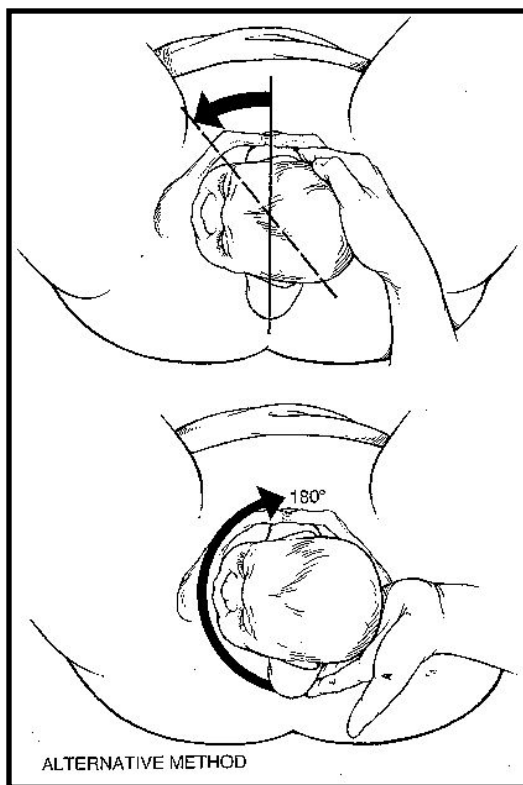
**P** - PRESSURE (ДАВЛЕНИЕ)

**Прием Мак-Робертса (McRoberts):**  
гиперсгибание бедренных суставов с одновременным  
давлением на надлобковую область  
(эффективность 50-80%)



5

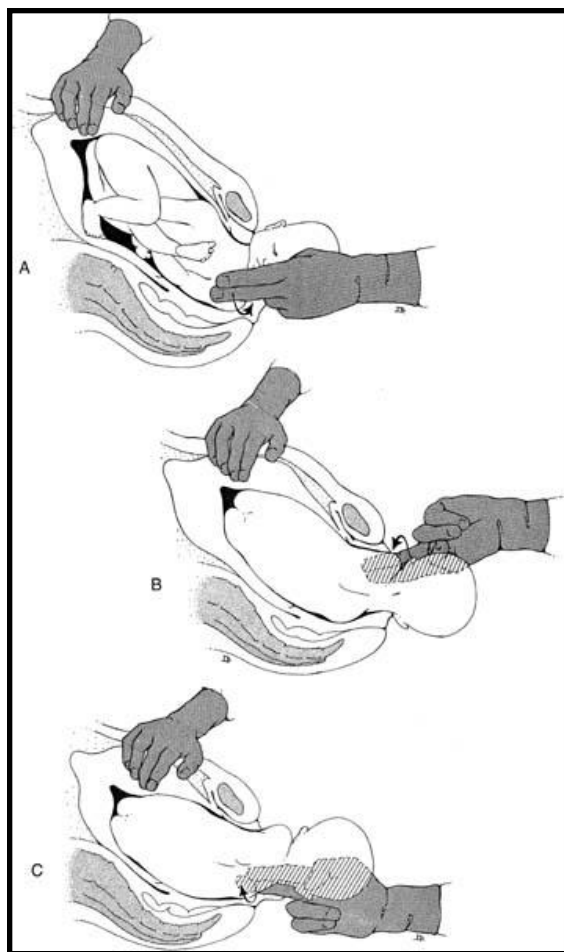
E - ENTER (ВХОДИТЬ (во влагалище))

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

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

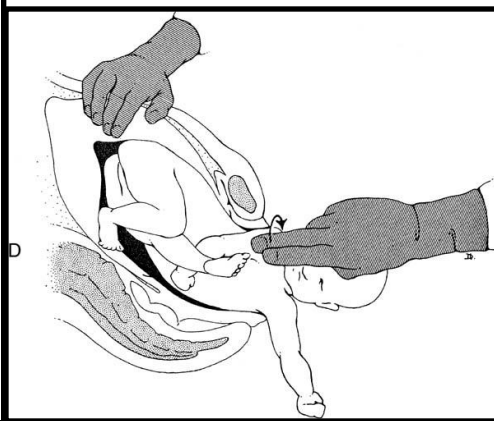
5

**Е** - ENTER (ВХОДИТЬ (во влагалище))

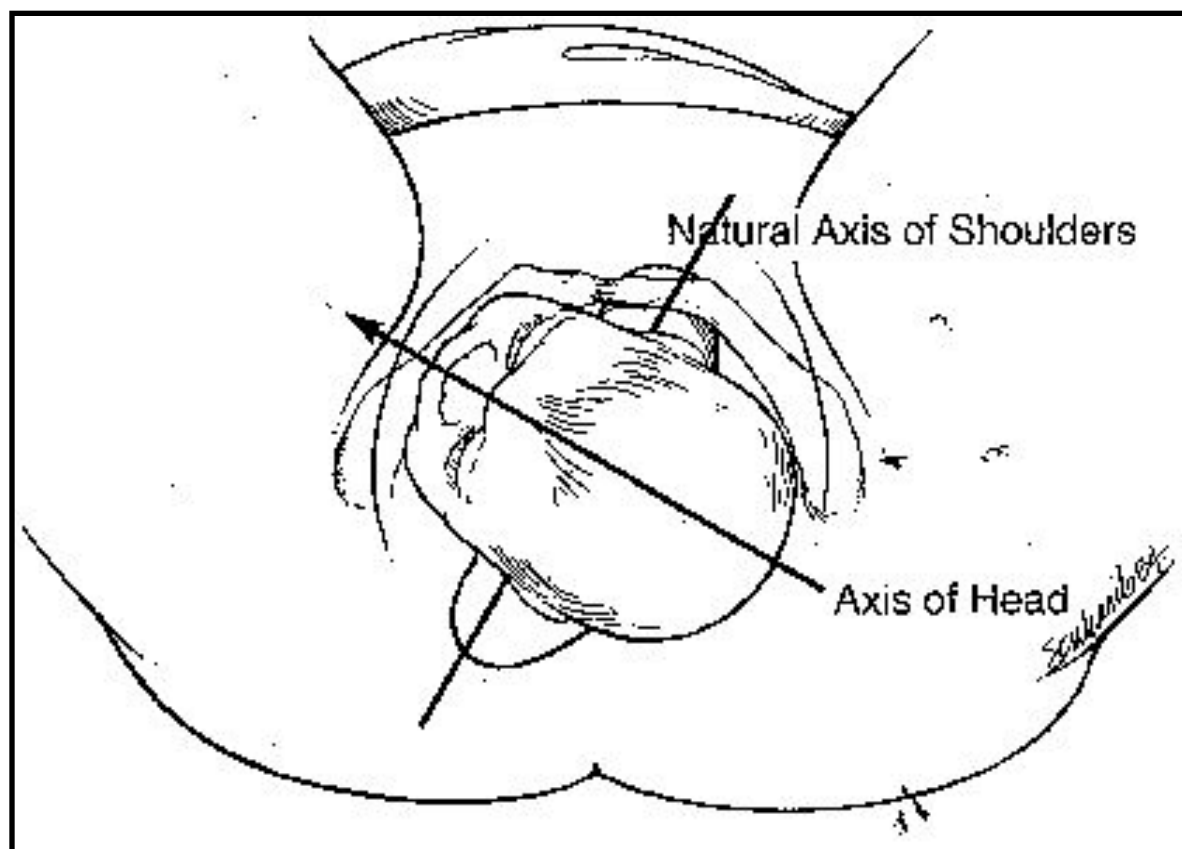


**Приемы Вудса (Woods) -  
ВРАЩЕНИЯ ПЛОДА  
(продолжение)**

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.**

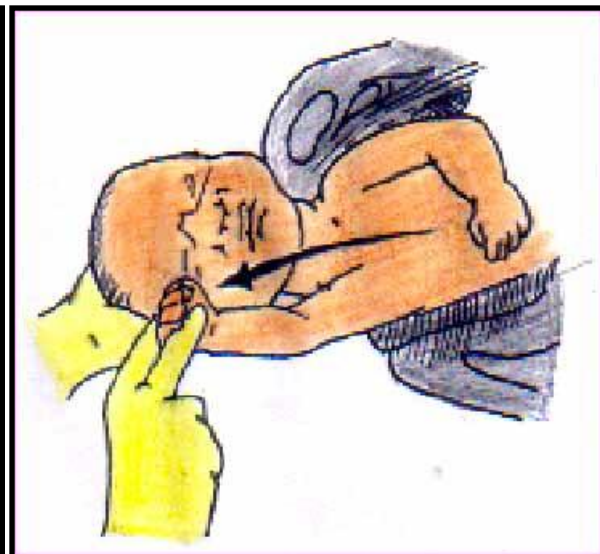
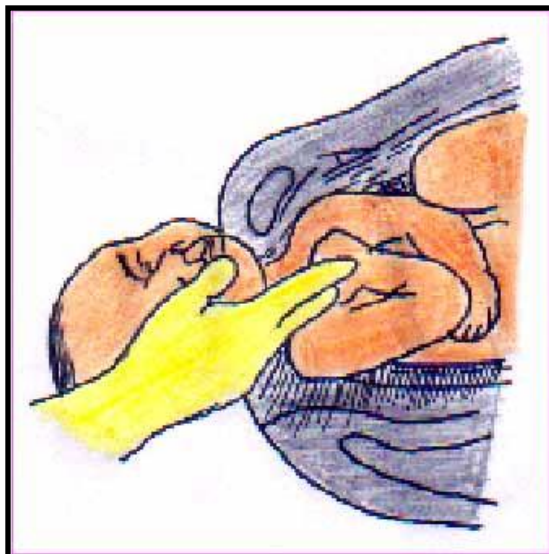
**Невозможно использовать у рожениц  
в состоянии анестезии.**



7

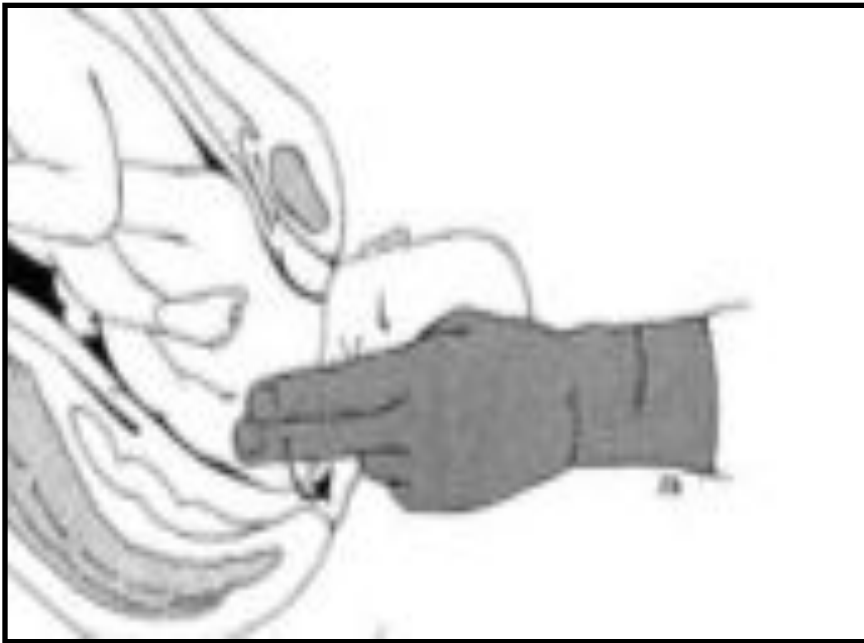
R - REMOVE (УДАЛЯТЬ)

Рождение заднего плечика



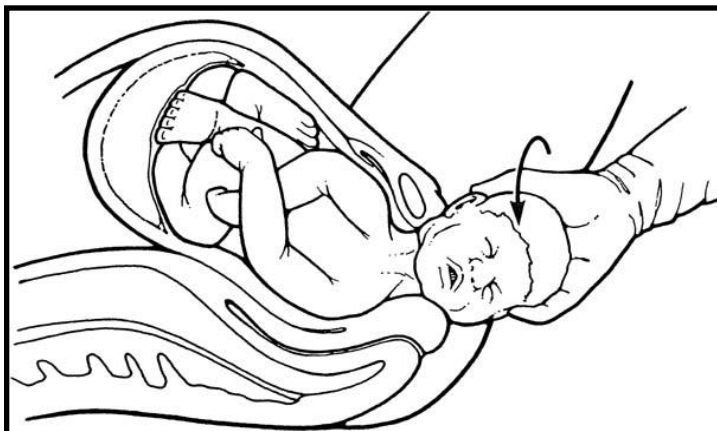


## Перелом ключицы, симфизиотомия

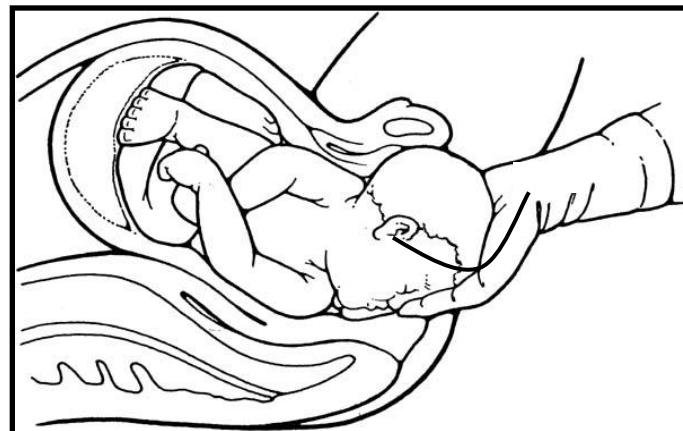


## Прием Заванелли (Zavanelli) «Роды наоборот»

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

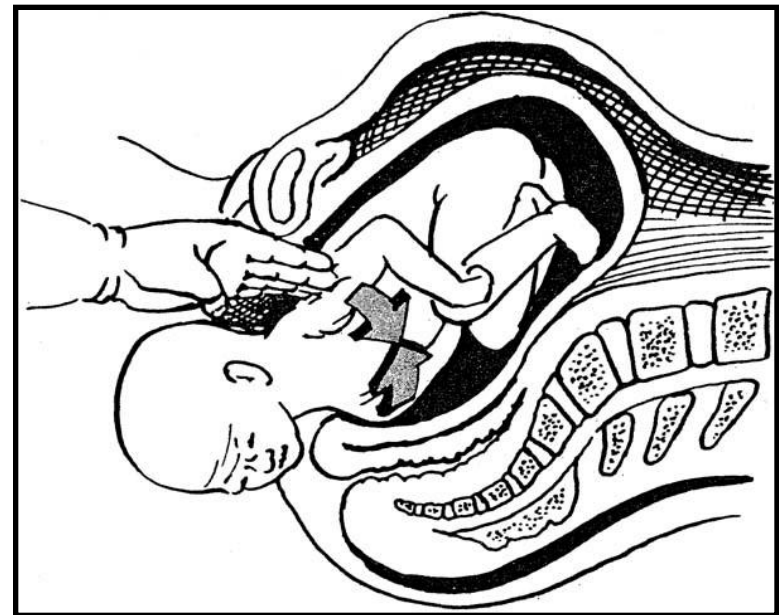
Разрывы влагалища

Разрывы матки

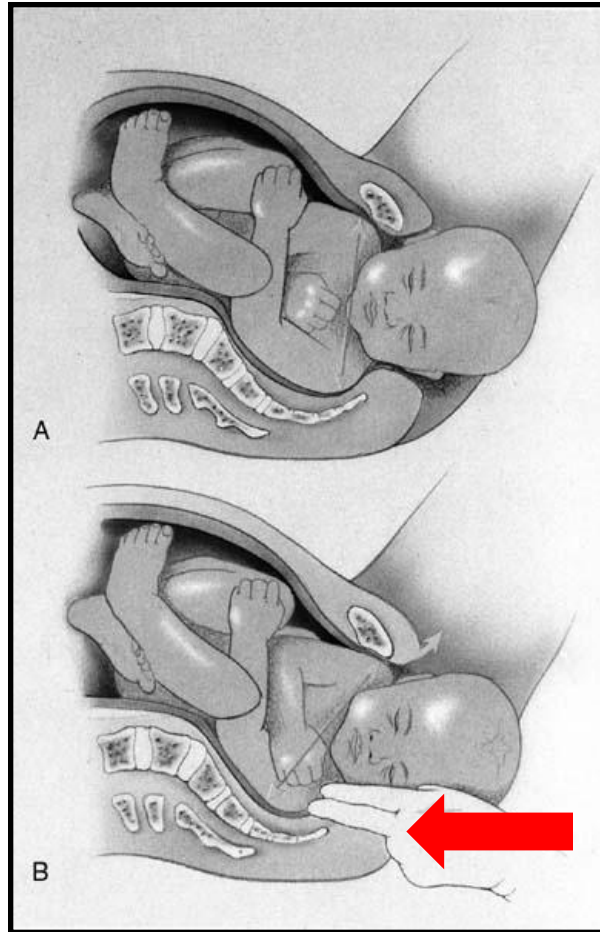
Тяжелые инфекционные  
осложнения

ДРУГИЕ МЕТОДЫ  
Прием Рубина

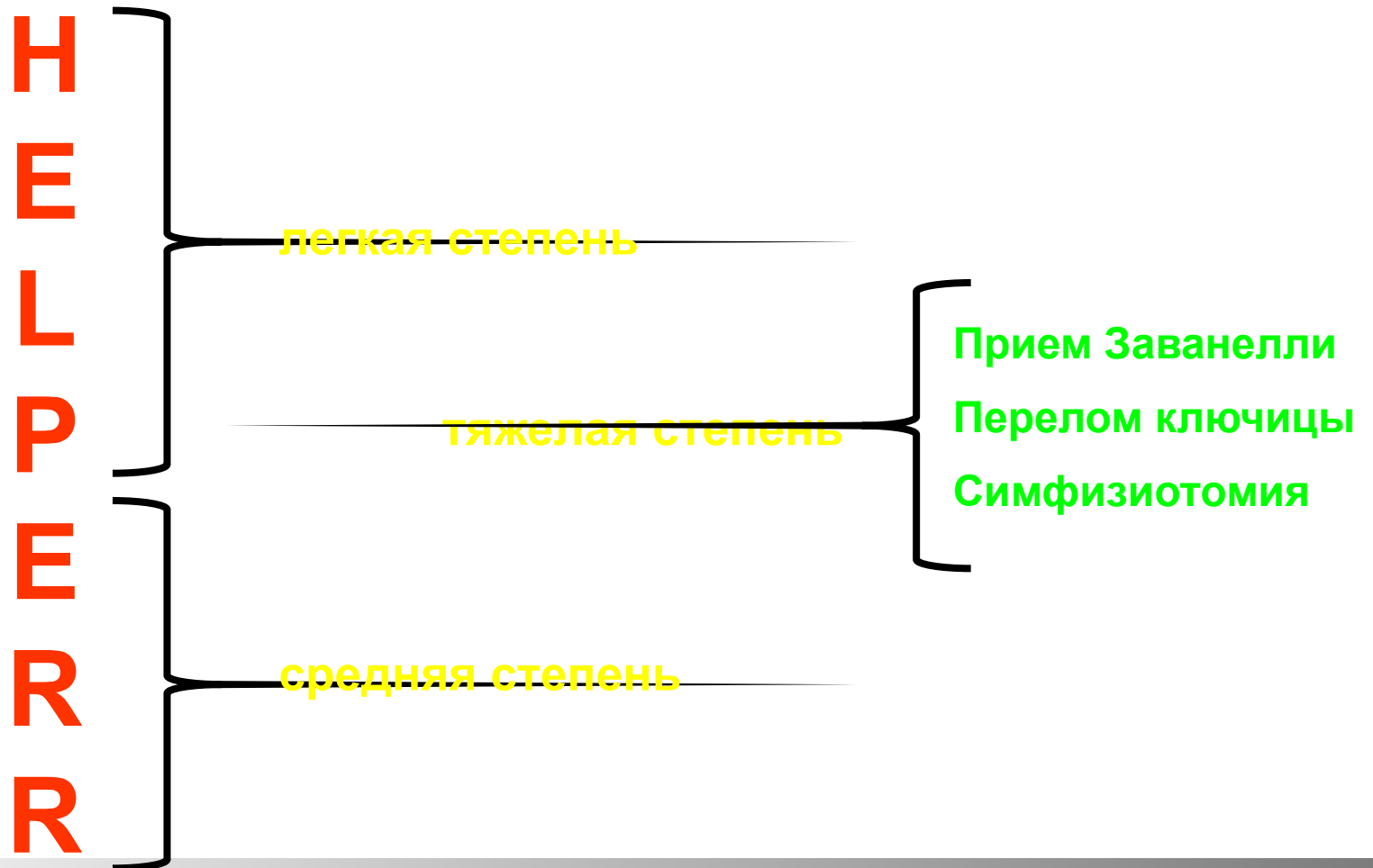
Уменьшение размеров плечевого пояса



## 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.**



