



ВЕДЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

**Выполнила: Горина К. А, Первый
МГМУ им. И.М. Сеченова, Л/ф, 5 курс;
Научный руководитель: д.м.н,
профессор Бахарева И.В.**

ПЛАН

- ❑ **Актуальность выбранной темы**
- ❑ **Аномалии сократительной деятельности матки**
- ❑ **Кровотечения в родах**
- ❑ **Роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения**
- ❑ **Роды при крупном плоде**
- ❑ **Профилактика патологических родов**



ВОЗ (май 2012г.)

- Ежедневно около 800 женщин умирают от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами.
- 99% всех случаев материнской смерти происходит в развивающихся странах.
- Более высокие показатели материнской смертности наблюдаются среди женщин, проживающих в сельских районах и среди более бедных сообществ.
- Девушки подросткового возраста подвергаются более высокому риску развития осложнений и смерти в результате беременности, чем женщины более старшего возраста.
- Благодаря квалифицированной помощи до, во время и после родов можно спасти жизнь женщин и новорожденных детей.
- За период 1990-2010 гг. материнская смертность в мире снизилась почти на 50%.



РФ

☐ Материнская смертность в РФ

11 : 100 000

☐ Материнская смертность в г. Москва

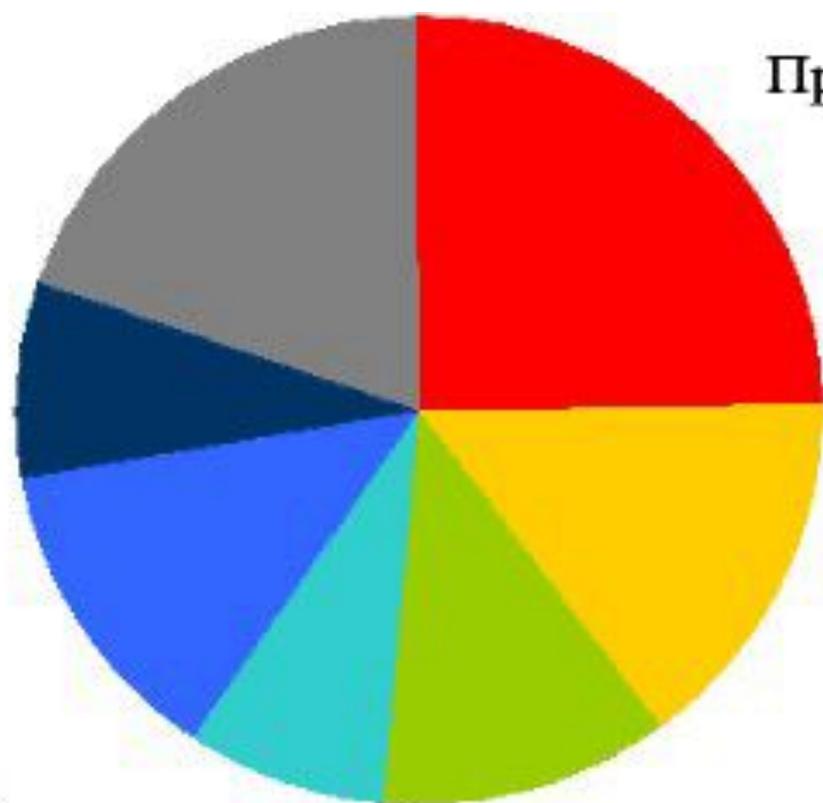
15 : 100 000

☐ В развитых странах

☐ США 5 : 100 000

☐ Европа 2-3(до10) : 100 000

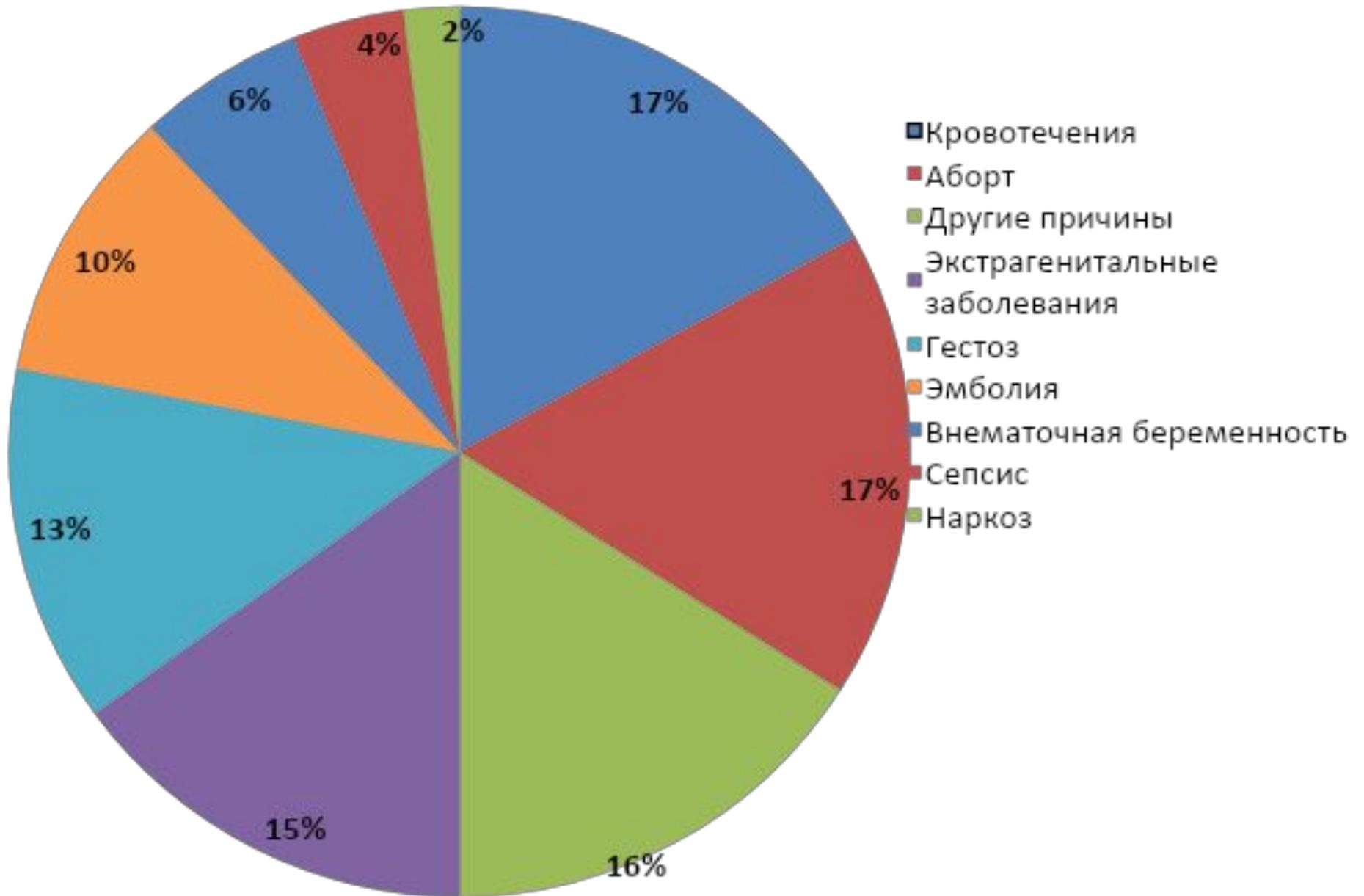
Причины материнской смертности



- Сильное кровотечение 25%
- Инфекции 15%
- Эклампсия 12%
- Затрудненные роды 8%
- Небезопасный аборт 13%
- Другие прямые причины 8%
- Косвенные причины 20%

Источник: Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2005 г.

Структура материнской смертности





$$\text{Доля нормальных родов} = \frac{\text{Число нормальных родов}}{\text{Общее число родов (принято в стационаре + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 100.$$

$$\text{Частота патологических родов} = \frac{\text{Число родов с отдельными видами патологии}}{\text{Общее число родов (принято в стационаре + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000.$$

В целом по России доля нормальных родов на протяжении **последних 10 лет** колеблется в пределах **30-33%**, (при этом отмечают существенные региональные различия (от 10-12 до 51-80%).

**Аномалии
сократительной
деятельности
матки**

**ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ
ПЕРИОД РОДОВ
(ПРЕДВЕСТНИКИ
РОДОВ)**



**ПРЕЛИМИНАРНЫЙ
ПЕРИОД РОДОВ
(«ЛОЖНЫЕ РОДЫ»)**

**ИСТИННЫЕ
РОДЫ**





АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

ПАТОЛОГИЧЕСКИ
Й
ПРЕЛИМИНАРНЫ
Й ПЕРИОД

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(ГИПОАКТИВНОСТЬ/
ИНЕРТНОСТЬ
МАТКИ)

ЧРЕЗМЕРНО
СИЛЬНАЯ
РОДОВАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ДИСКООРДИНИ-
РОВАННАЯ
РОДОВАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПЕРВИЧНАЯ

ВТОРИЧНАЯ

СЛАБОСТЬ ПОТУГ



ПСРД –

это наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовых сил, преимущественно возникающая у первородящих.

Она осложняет течение родов у **8 – 9%** рожениц.

Группа риска по ПСРД:

- Поздний возраст наступления менархе;
- Беременные с нарушением менструального цикла, инфантилизмом, пороками развития матки, рубцом на матке, миоме матки, воспалительными заболеваниями половых органов;
- Переношенная беременность;
- Возраст первородящей старше 30 лет;
- Крупный плод, многоводие, многоплодие;
- Нервно-психическое напряжение.



ПСРД –

возникает с самого начала родов,
продолжается в течение периода
раскрытия и до окончания родов.

Клиническая картина:

РАЗНООБРАЗНА

- Очень редкие схватки, НО удовлетворительной силы (более благоприятны);
- Достаточно частые схватки, НО слабые и короткие;
- Замедленное сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева;
- Предлежащая часть длительно остается подвижной, либо прижатой ко входу в малый таз;
- Утомление роженицы;
- Нередко несвоевременное излитие околоплодных вод (=> удлиняется безводный промежуток, что способствует инфицированию родовых путей женщины).

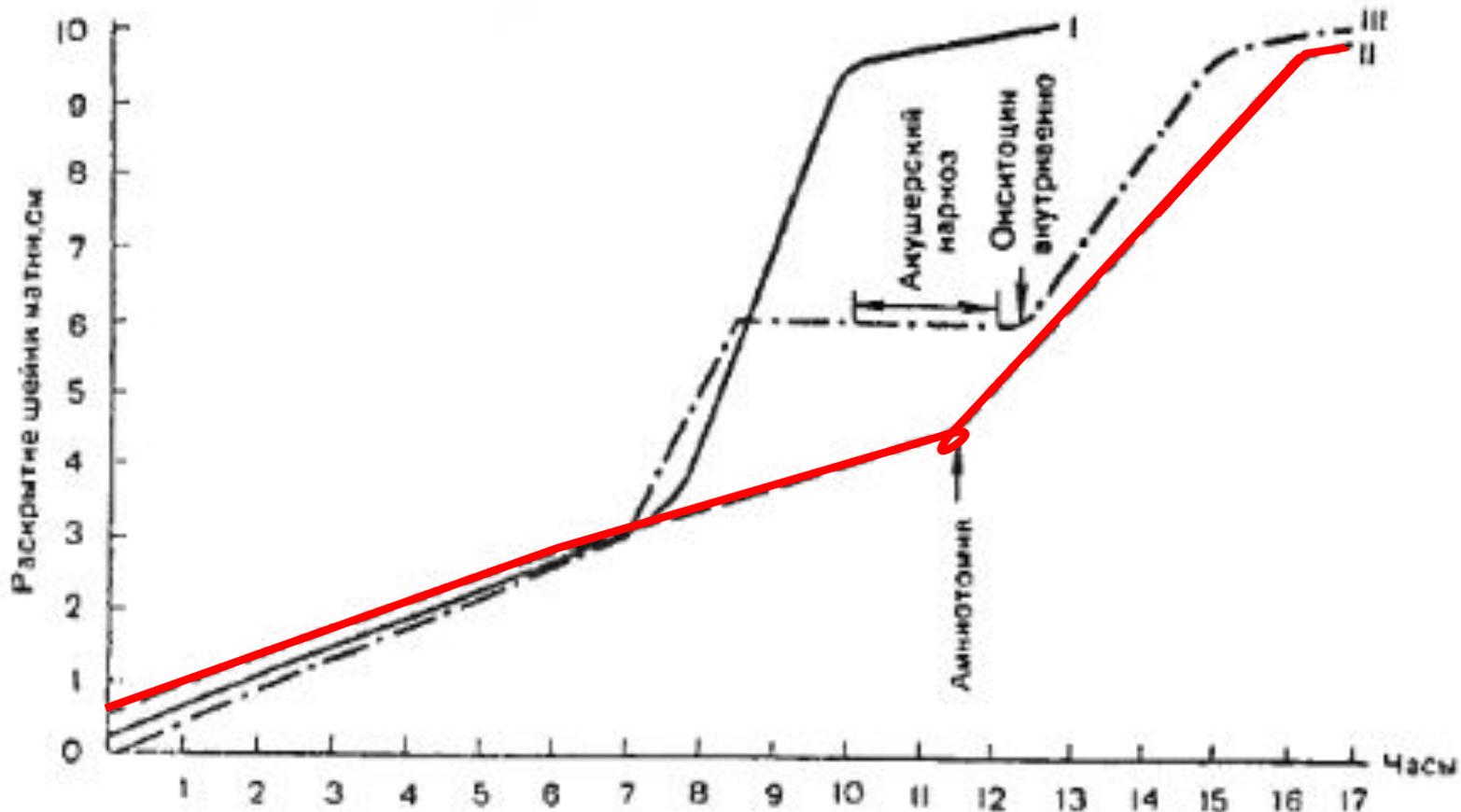
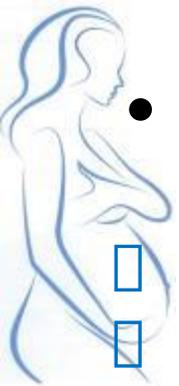


Рис. 20. Партограмма у первородящих в зависимости от характера родовой деятельности:

- I – нормальные роды; II – первичная слабость родовой деятельности;
III – вторичная слабость родовой деятельности.



• Диагноз ПСРД:

- Недостаточная маточная активность;
- Снижение скорости сглаживания шейки и раскрытия маточного зева;
- Длительное стояние предлежащей части плода во входе в малый таз;

- ❖ Диагноз ставится при отсутствии динамики раскрытия шейки матки в течение 2 часов.

- Патологический прелиминарный период (!);
- Дистоция шейки матки;
- Дискоординированная родовая деятельность.



ВЕДЕНИЕ РОДОВ

**!!! Необходимо устранить
возможную ПРИЧИНУ, вызывающую
слабость родовых сил!!!**

□ Много-, маловодие –

вскрытие плодного пузыря, ПРИ «зрелой»
шейке матки, или раскрытии маточного зева
на 4-5см.

В первом периоде родов при отсутствии
противопоказаний, поведение роженицы
должно быть АКТИВНЫМ.



Родостимуляция

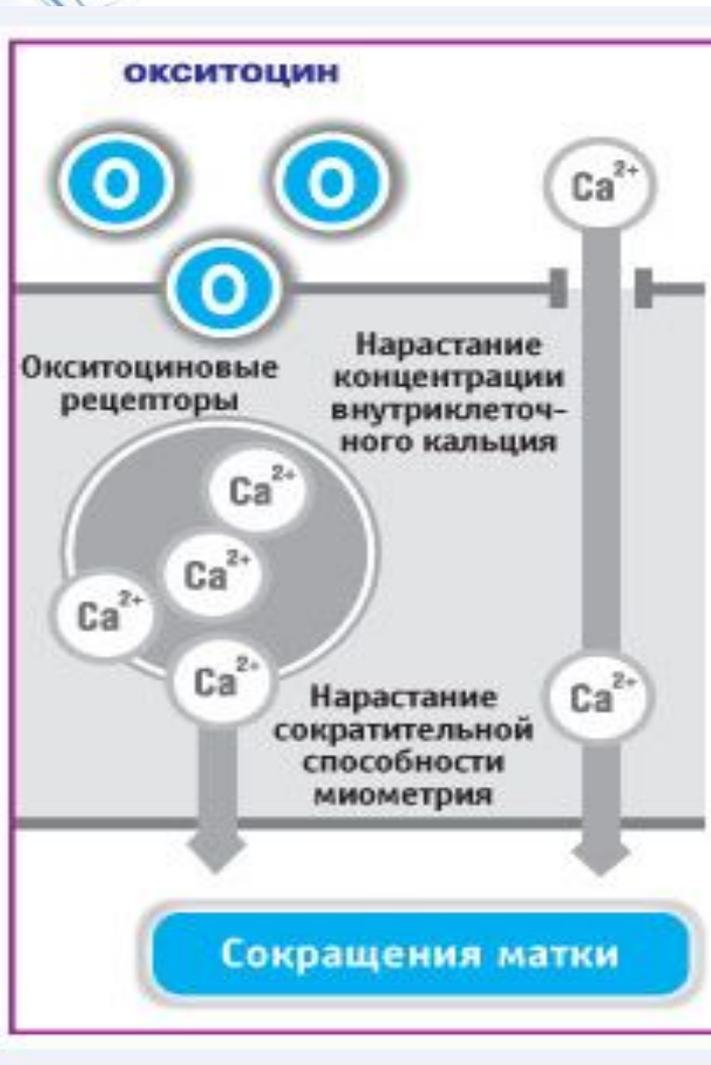
Успех родостимуляции связан с состоянием шейки на момент начала индукции.

Для оценки состояния шейки проводится ее обследование:

- если шейка зрелая (оценка 6 баллов и более), роды обычно успешно индуцируются одним окситоцином;



Внутривенное введение окситоцина



- 1 мл (5ЕД) разводят в 500 мл изотонического р-ра NaCl/5% р-ра глюкозы;
- Вводят, начиная с 6-8 кап/мин, постепенно увеличивая количество капель на 5 каждые 5-10 мин, до получения эффекта (НО НЕ \uparrow 40 кап/мин);
- Ответ матки на внутривенное введение синтетического окситоцина наступает через 3-5 мин;
- Введение окситоцина ПРЕКРАЩАЮТ или уменьшают при частоте схваток \uparrow 5 за 10 мин, при длительности схваток \uparrow 60-90сек, при гиперстимуляции матки;
- Если введение окситоцина в течение 2-4 часов не усиливает сокращения матки и не способствует увеличению раскрытия шейки – дальнейшая или повторная инфузия его не целесообразна.



Тщательно наблюдайте за женщиной во время применения окситоцина.

Когда введение окситоцина с определенной скоростью приводит к развитию хорошей родовой деятельности, поддерживайте эту скорость инфузии до родоразрешения.

Женщины, получающие окситоцин, никогда не должны оставаться одни.

Повышайте скорость инфузии окситоцина только до момента проявления хорошей родовой деятельности и затем поддерживайте инфузию на этой скорости.



Затянувшаяся латентная фаза

Диагноз затянувшейся латентной фазы родов устанавливается ретроспективно:

- когда схватки прекращаются, говорят, что у женщины был прелиминарный период.
- когда схватки становятся регулярными и раскрытие шейки прогрессирует более 4 см, говорят, что женщина была в **латентной фазе родов**.

*Если женщина находится **в латентной фазе более 8 часов и обнаруживаются лишь незначительные признаки прогресса родов**, переоцените ситуацию с позиции оценки шейки матки:*

- если нет изменений динамике раскрытия шейки матки и нет признаков дистресса плода, пересмотрите диагноз. Возможно, женщина находится не в родах;
- если есть изменения в сглаживании шейки и в динамике ее раскрытия, вскройте плодный пузырь браншами пулевых щипцов и стимулируйте роды окситоцином:
 - оценивайте состояние каждые 4 часа;
 - если женщина не переходит в активную фазу после 8 часов применения окситоцина, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения.

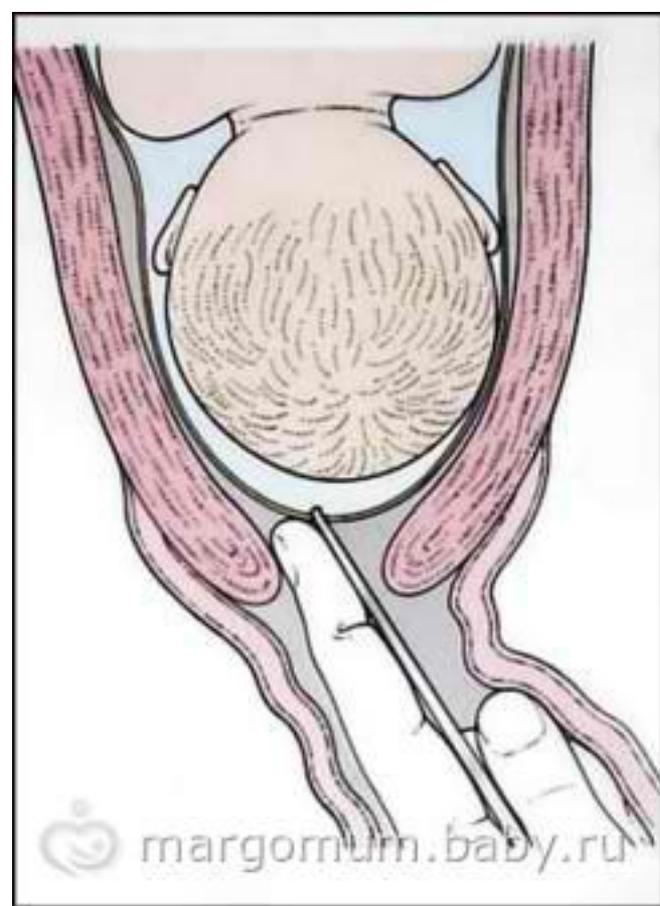


Затянувшаяся активная фаза

- ❑ Если имеется затянувшаяся активная фаза и плодный пузырь цел, вскройте плодный пузырь браншами пулевых шипцов.

- ❑ Оцените сокращения матки:
 - ❑ если схватки неэффективные (менее чем три за 10 минут, каждая продолжительностью менее 40 секунд), предположите **неадекватную активность матки**;
 - ❑ если схватки эффективные (три за 10 минут, каждая продолжительностью более 40 секунд), предположите **клинически узкий таз**.

- ❖ Общие методы поддержки родов могут способствовать усилению схваток и ускорению прогресса родов.

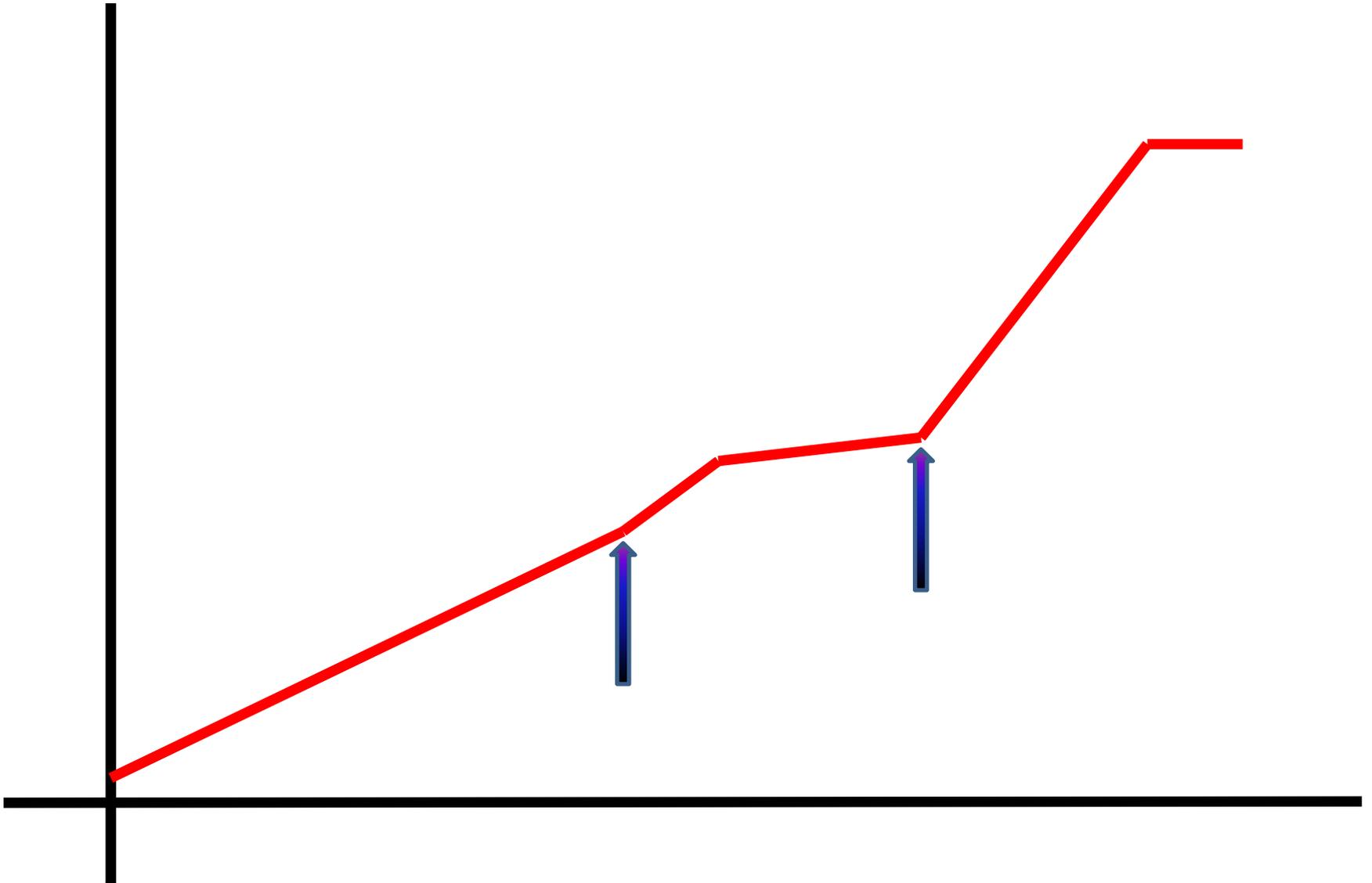




- ❑ **Женщина поступила в активной фазе родов в 10:00**
 - ❑ Головка прижата ко входу в малый таз
 - ❑ Шейка раскрыта на 4 см
 - ❑ Две схватки за 10 мин, продолжительностью менее 20 сек каждая

- ❑ **В 14:00**
 - ❑ Диагностирован недостаточный прогресс родов
 - Головка прижата ко входу в малый таз
 - Шейка раскрыта на 4 см
 - Три схватки за 10 мин, сила схваток недостаточная
 - ❑ Начата стимуляция родов окситоцином 5ЕД на 500 мл жидкости в/в со скоростью 15 кап/мин
 - ❑ Скорость введения окситоцина увеличена до появления хороших схваток
 - ❑ Схватки усилились и сопровождались опусканием предлежащей части плода и прогрессирующим раскрытием шейки матки

- ❑ **Самостоятельные вагинальные роды произошли в 20:00**



Кровотечения в родах



КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**Патологическая кровопотеря -
0,5% от массы тела**

Факторы, предрасполагающие к кровотечению:

- Перенесенные аборт;
- Многочисленные беременности;
- Рубец на матке, опухоли и аномалии развития матки;
- Тяжелый гестоз;
- Ожирение;
- Многоплодная беременность, крупный плод, многоводие;
- Тяжелые экстрагенитальные заболевания матери;
- Применение токолитиков.



Интранатальные факторы риска развития кровотечений:

- Затяжные, быстрые и стремительные роды;
- Оперативные роды;
- Неправильное ведение (чрезмерно активное) III периода родов (грубое использование ручных приемов, массажа матки, попыток выделения неотделившегося последа).

По данным ВОЗ:

- ✓ В год от кровотечений погибает 125 000, что составляет примерно 1:1 000 родов, тогда как в Англии это соотношение составляет 1:100 000 родов.
- ✓ Кровотечения, связанные с беременностью, наблюдаются у 14 млн женщин, из них 128 000 умирает обычно в первые 4 часа после родов.
- ✓ Кровотечение, развившееся через 24 часа после родов, обычно обусловлено инфекцией или задержкой частей плаценты.



Кровотечения в последовом периоде

Причины:

- Нарушение отделения плаценты:
 - Частичное плотное прикрепление,
 - Истинное приращение;
- Нарушение выделения последа:
 - Гипотония матки,
 - Ущемление последа, вследствие спазма шейки матки;
- Разрыв мягких тканей родовых путей:
 - Шейки матки,
 - Стенок влагалища,
 - Наружных половых органов,
 - Промежности;
- Нарушение гемостаза;
- Выворот матки.



Кровотечение при разрыве мягких тканей:

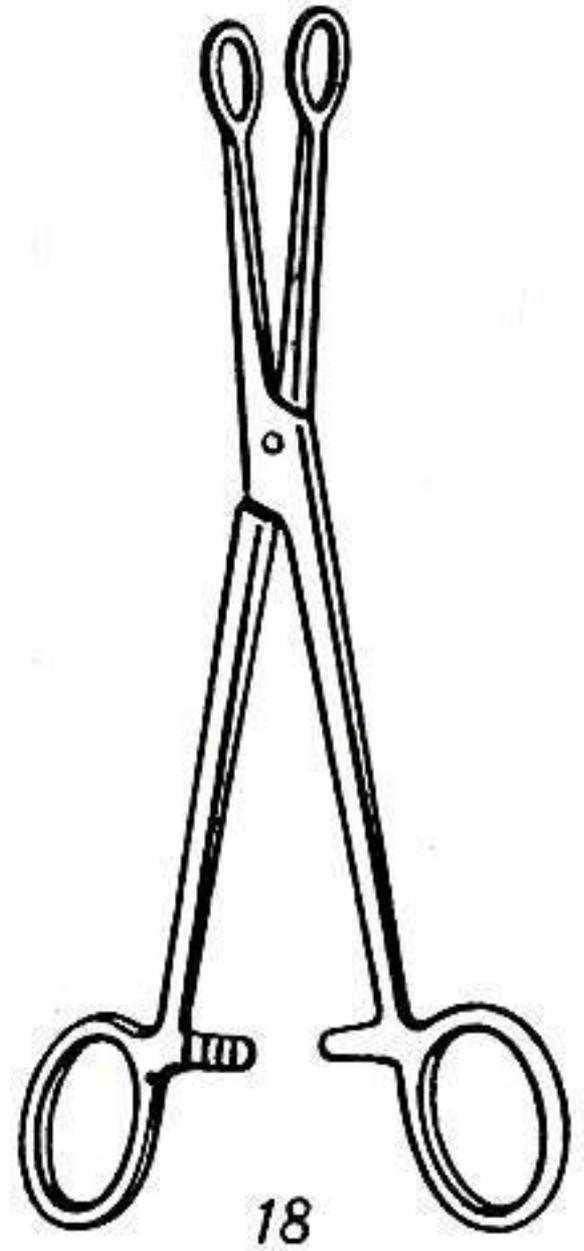
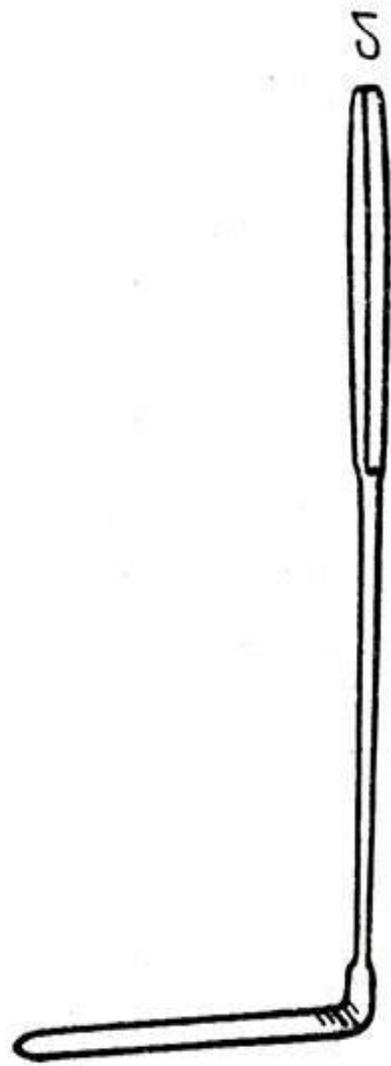
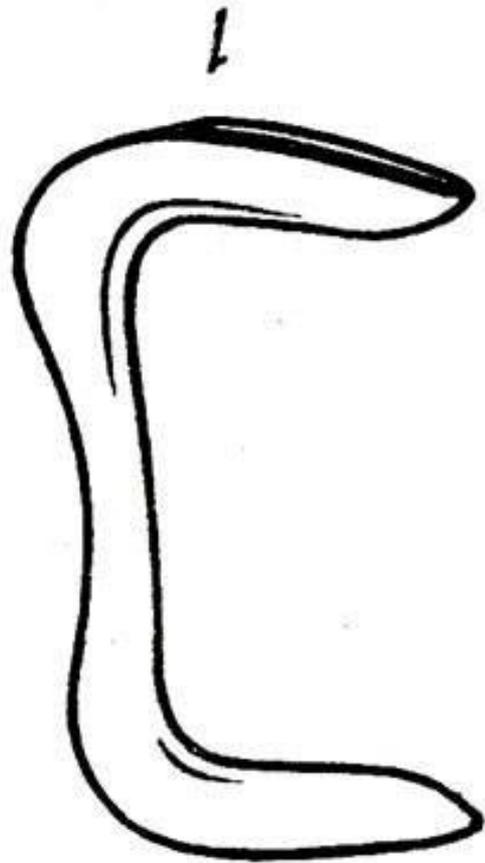
- Яркие кровянистые выделения после отделения последа, при хорошо сократившейся матке

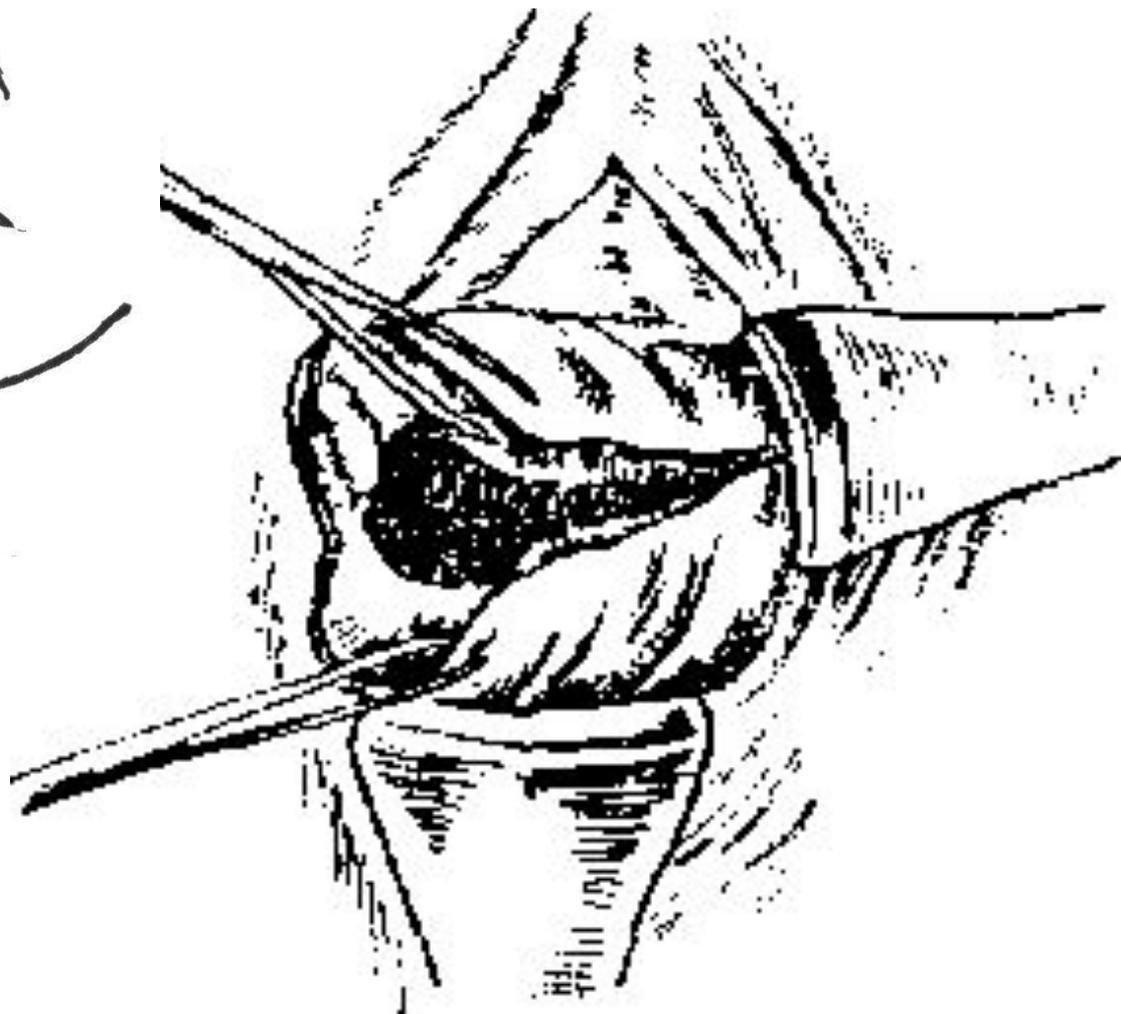
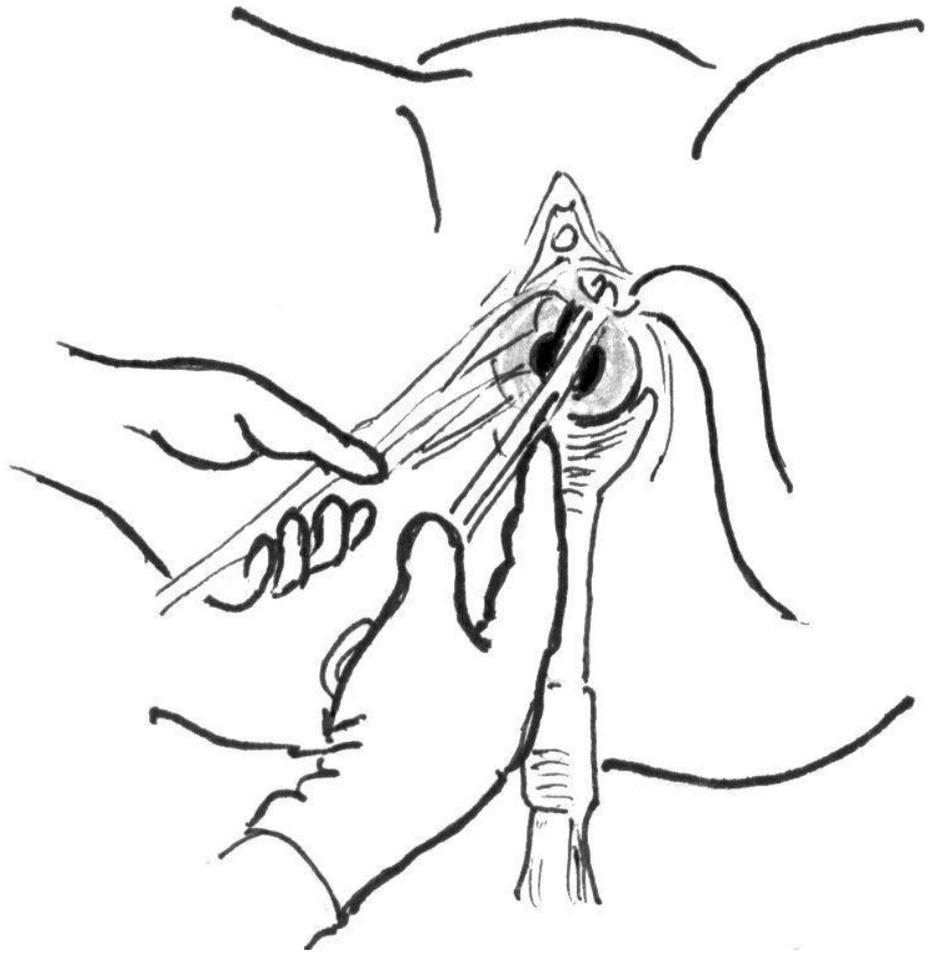


- При этом необходимо немедленно после рождения последа тщательно осмотреть родовые пути в зеркалах



- Восстановить целостность мягких тканей







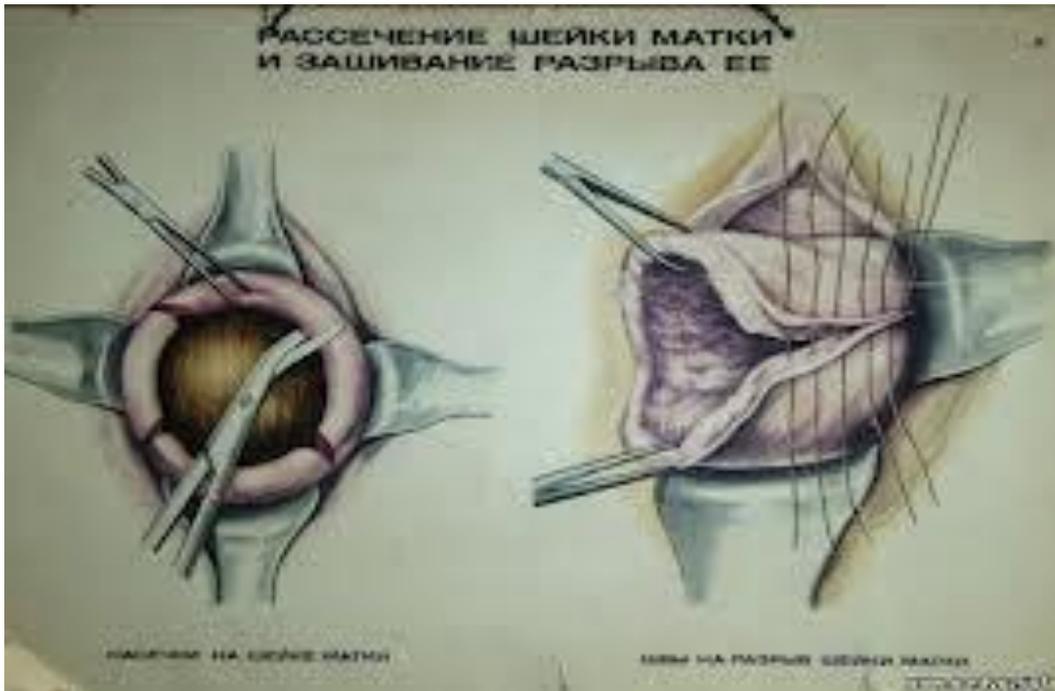
Кровотечение при разрыве шейки матки:

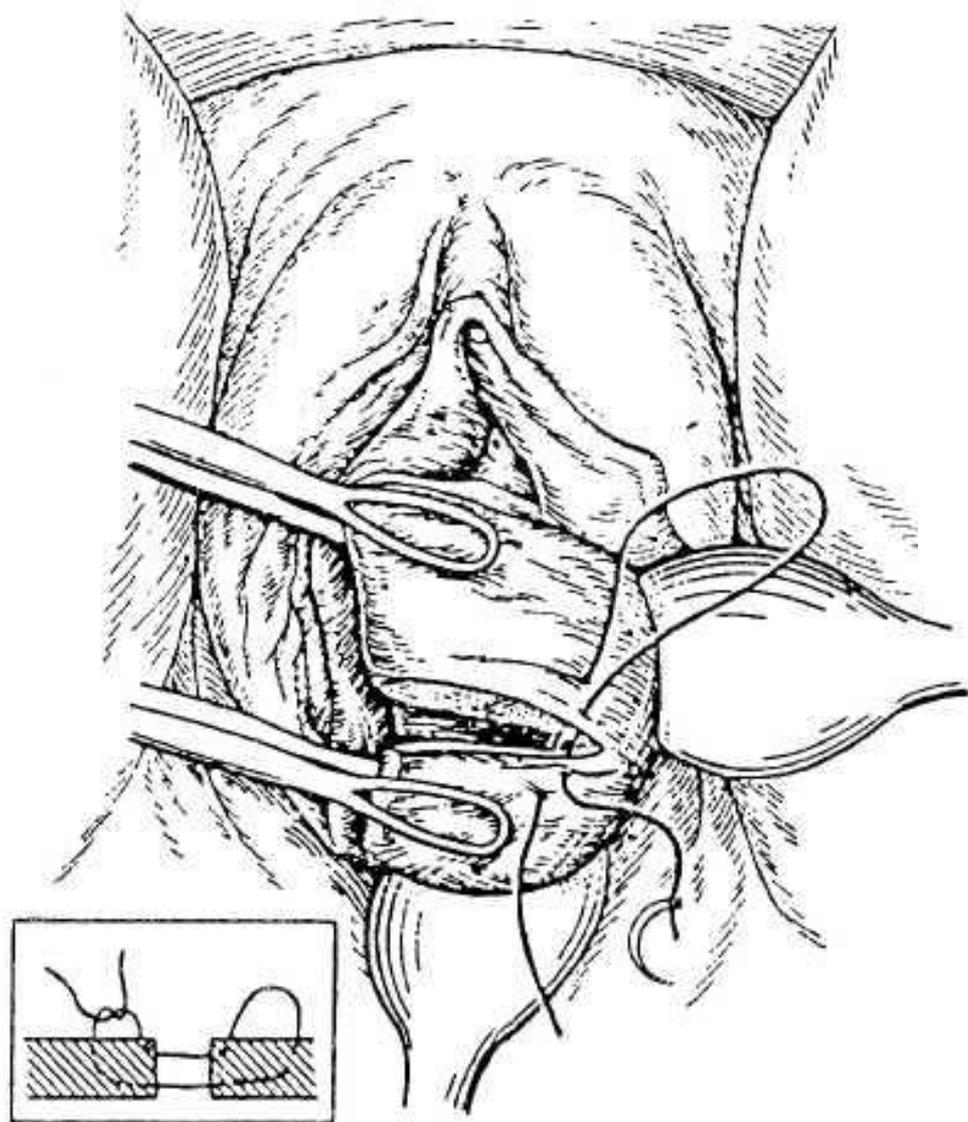
- Обильное кровотечение, возникающее из нисходящих ветвей маточных артерий.
- **Причины:**
 - Рубцовые изменения шейки;
 - Дистоция шейки;
 - Наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора;
 - Пальцевое расширение шейки матки.

**Разрывы шейки матки встречаются в 26,0% случаев
(2005г.)**

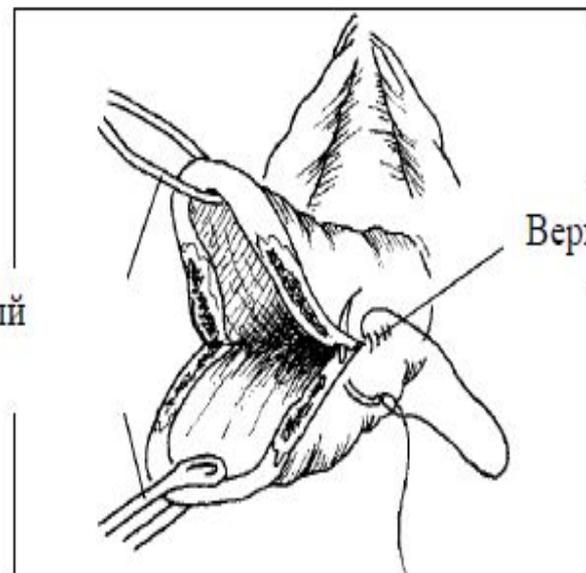


<u>СТЕПЕНЬ</u>	<u>ХАРАКТЕРИСТИКА</u>
I	Разрывы с одной или двух сторон, не более 2 см;
II	Разрывы протяженностью более 2 см, НО на 1 см не доходящие до свода влагалища;
III	Разрывы, доходящие до свода влагалища, ИЛИ переходящие на него.

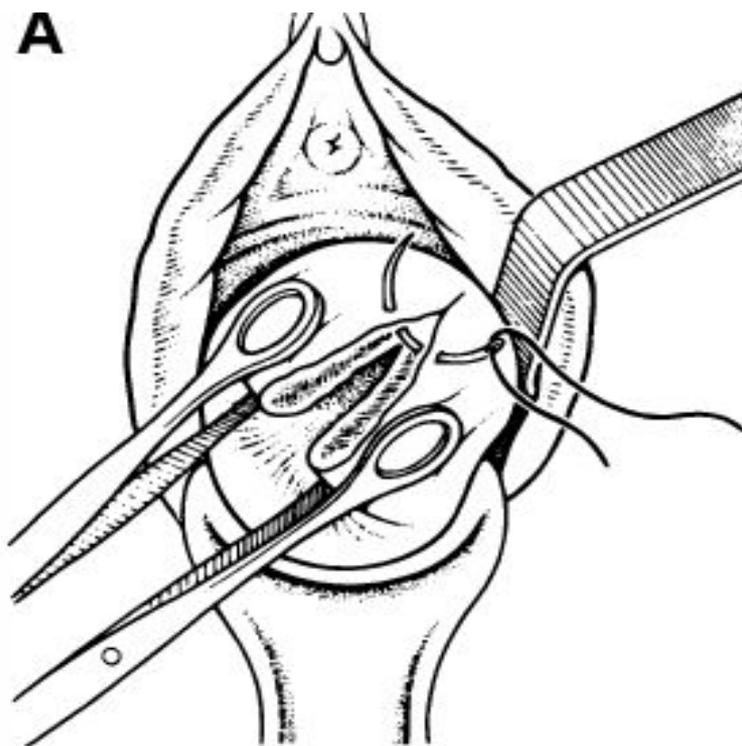




Окончатый
зажим



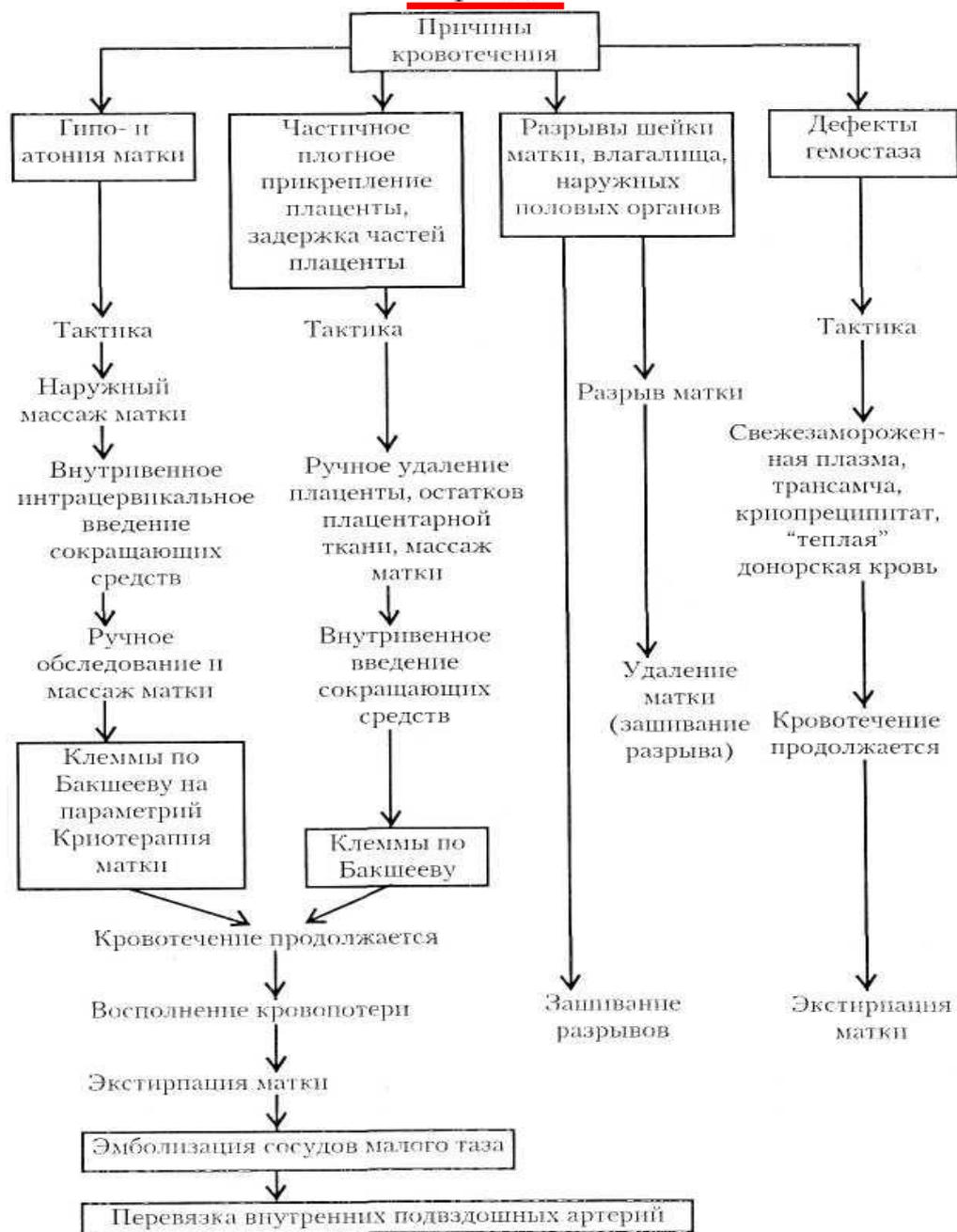
Верхушка



*Рис. 38. Техника зашивания разрыва шейки матки.
(Myerscough P.R., 1977)*

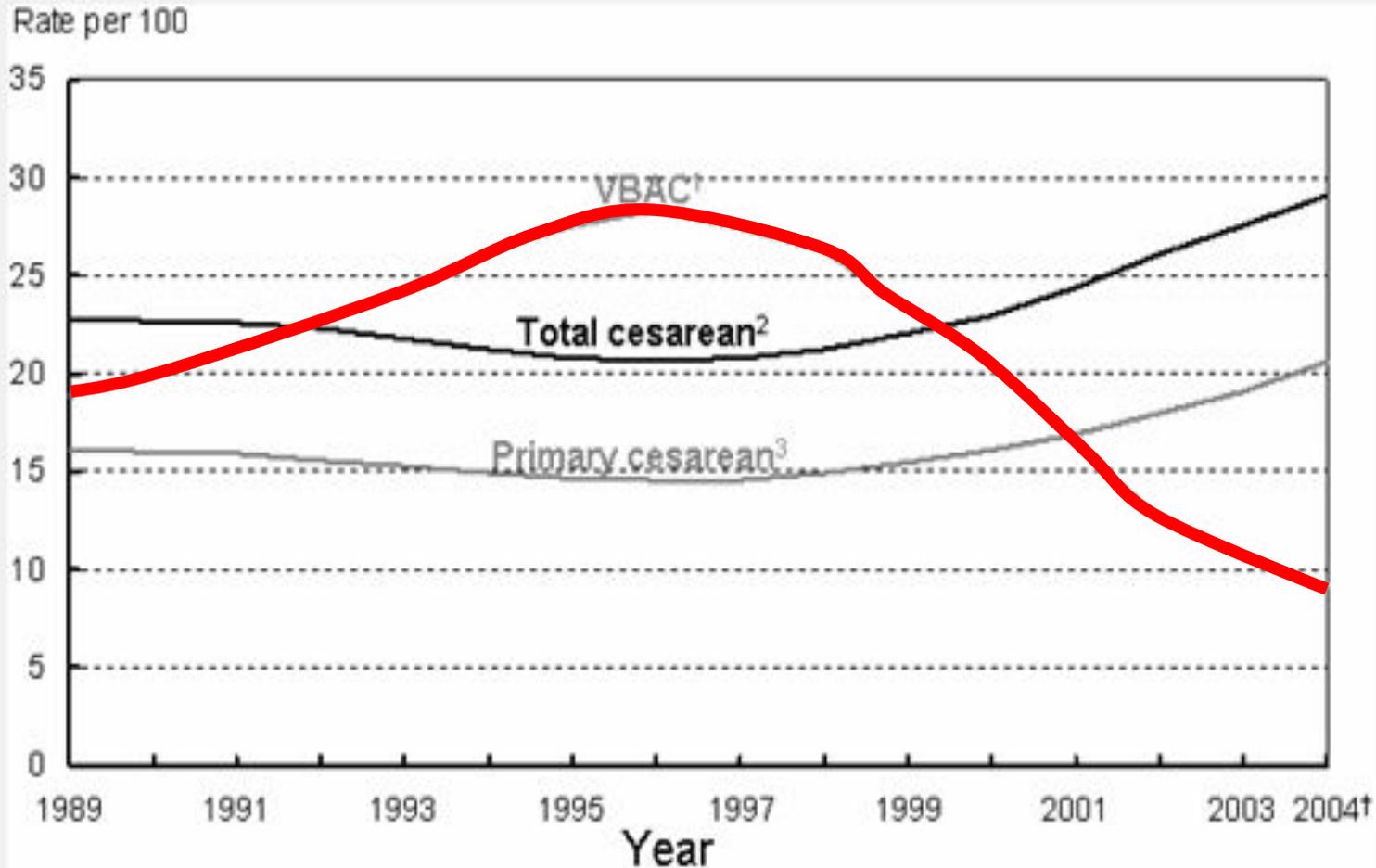
Тактика при кровотечениях в родах и раннем послеродовом

периоде



**Роды
у женщин с
рубцом на матке
после кесарева
сечения**

Figure 1. Total and primary cesarean rate and vaginal birth after previous cesarean (VBAC): United States, 1989–2004, Centers for Disease Control



ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- ❖ Диспансерный учет женщин, перенесших операцию кесарева сечения;
- ❖ Консультация акушера-гинеколога, исследование рубца на матке при желании женщины иметь беременность;
- ❖ При наступлении беременности у женщины с рубцом на матке следует получить полную информацию о предыдущей операции кесарева сечения;
- ❖ В I, II, III триместрах проводят УЗИ, доплерографию, КТГ;
- ❖ При каждом посещении консультации следует обращать внимание на жалобы, особенно в области нижнего сегмента.

СТАЦИОНАР

- ❖ **Дородовая госпитализация в 38 нед . для решения вопроса о методе родоразрешения;**
- ❖ Анализ акушерского анамнеза и экстрагенитальной патологии;
- ❖ УЗИ (плацентография, фетометрия, оценка послеоперационного рубца) **???**;
- ❖ МРТ (по показаниям);
- ❖ Оценка готовности женского организма к родам;
- ❖ Оценка состояния плода (нестрессовый тест, доплерография)



Данные, указывающие на несостоятельность рубца на матке:

- Осложненное течение п/о периода;
- Предшествующее корпоральное КС;
- 2 и ↑ КС в анамнезе;
- Рубец на коже, спаянный с подлежащими тканями;
- Жалобы на боли в области рубца на матке;
- Болезненность при пальпации в области рубца;
- Болезненные шевеления плода;
- Истончение брюшной стенки и матки в области рубца;
- Повышенный тонус матки;



- ❑ «Незрелость» шейки матки при доношенной беременности;
- ❑ Повышенная двигательная активность плода;
- ❑ Изменения на КТГ (брадикардия, длительные децелерации);
- ❑ Данные УЗИ:
 - Прикрепление плаценты в области рубца на матке (!!! ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В 24-28 нед.),
 - Истончение нижнего сегмента матки до 3мм и ↓ или его неравномерность,
 - Повышенная акустическая плотность по всей зоне бывшего разреза на матке.

- ❑ **Частота несостоятельности рубца в нижнем сегменте матки колеблется от 23,9 до 50%**
- ❑ **При установлении диагноза НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ показано ЭКСТРЕННОЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ!!!**



«КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ОДНАЖДЫ – ВСЕГДА КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

E. Cragin (1916)



Категории отбора женщин с рубцом на матке после КС для проведения родов *per vias naturales*:

- Первое КС произведено поперечным разрезом в нижнем сегменте матки по поводу:
 - Гипоксии плода,
 - Аномалий родовой деятельности,
 - Тазового предлежания и неправильного положения плода,
 - Предлежания и отслойки плаценты,
 - Многоплодной беременности,
 - Тяжелой формы гестоза;

- Гладкое течение предыдущего п/о периода;
- Нормальные роды до первого КС или после него;
- Удовлетворительное состояние матери и плода;
- Головное предлежание плода, средняя масса тела плода;
- Полноценный нижний маточный сегмент;
- Готовность шейки матки к родам;
- !!! Письменное согласие женщины на ведение родов через естественные родовые пути.**



Показания к повторному КС:

- 2 и ↑ КС в анамнезе;
- Корпоральный (вертикальный) рубец на матке, Т-образный рубец или его локализация неизвестна;
- Осложненное течение предыдущего п/о периода;
- Анатомически узкий таз;
- Неправильное положение и тазовое предлежание плода;
- Крупный плод;
- Многоплодная беременность;
- Переношенная беременность;
- Отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- «Незрелость» шейки матки при доношенной беременности;
- Боли в области рубца на матке при пальпации и шевелении плода;
- Изменения на КТГ со стороны плода;
- Тяжелое экстрагенитальное заболевание у беременной;
- Данные УЗИ;
- Письменное согласие женщины на операцию.



Особенности течения родов у женщин с рубцом на матке после КС

- ❑ Обезболивание родов у женщин с рубцом на матке проводят по общепринятым правилам;
- ❑ Для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, показано внутривенное введение окситотических средств;
- ❑ При самопроизвольных родах у женщин с рубцом на матке после КС средняя кровопотеря превышает таковую у женщин с неоперированной маткой;
- ❑ Продолжительность самопроизвольных родов у женщин с рубцом на матке незначительно отличается от таковой при неосложненных родах;
- ❑ Осложнения в родах у женщин с рубцом на матке:
 - Несвоевременное излитие околоплодных вод,
 - Слабость родовой деятельности.

Выбор метода родоразрешения при рубце на матке после кесарева сечения





При решении вопроса о повторном КС основным является состояние рубца на матке

Полноценное заживление матки с поперечным рубцом в нижнем маточном сегменте, является обоснованием возможности консервативного родоразрешения у строго отобранных женщин после КС

Самопроизвольные роды возможны у 38,6 – 74,8% у женщин перенесших КС, частота успешного влагалищного родоразрешения у строго отобранной группы значительно ↑ и составляет 70,9 – 80,8%.

Частота разрывов при наличии низкого поперечного маточного рубца при осторожном проведении родов составляет менее 1%.

Американское общество акушеров-гинекологов считает допустимыми роды после 2х КС, и опасными при большем количестве операций. В РФ – только при 1 рубце.

В течение 1-2 лет после КС необходима
КОНТРАЦЕПЦИЯ



ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КРИОПРЕЦИПИТАТА В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ:

- ФК – это ультракриопреципитат, полученный из плазмы человеческой крови. В своем составе ФК содержит фибриноген, фибронектин, фибринстабилизирующий фактор (XIII), антигемофильный глобулин

- Его применение позволяет:
 - снизить объем воспалительной реакции,
 - активировать неоангиогенез,
 - макрофагальную защиту и местный иммунитет в тканях матки и яичников, что способствует повышению полноценности заживления рубцов.



НОВОЕ КАЧЕСТВО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В XXI ВЕКЕ

Материалы и методы: проведено исследование эффективности интрамиометрального введения фибринового криопреципитата при операции кесарево сечение.

Результаты:

- гемостатический эффект,
- активно стимулирует регенерацию,
- повышает скорость и качество заживления тканей.

Интрамиометральное введение фибринового криопреципитата при операции кесарево сечение снижает вероятность несостоятельности раны на матке и развития перитонита, увеличивает механическую прочность и биологическую адекватность заживления для полноценного вынашивания последующей беременности.

Выводы: применение фибринового криопреципитата при операции кесарево сечение снижает частоту осложнений послеродового периода, уменьшает морфологическую площадь воспаления в 36 раз, является инновацией для современного акушерства.



Роды с рубцом на матке ведутся до
ПЕРВОГО осложнения



Прекращение ведения родов через
естественные родовые пути



КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Роды

при крупном

плоде



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Плод считают:
 - **крупным**, если его масса превышает **4000 г**,
 - **гигантским**, если масса превышает **5000 г**.

Термин «крупный плод» используют только в тех случаях, когда масса тела **не зависит от различных врождённых новообразований и других заболеваний плода** (эритробластоз, тератома, гидроцефалия и др.).

- Как крупный, так и гигантский плод обычно развит **пропорционально** и отличается не только большим весом, но и длиной (до 70 см).

- КОД ПО МКБ-10

Крупные размеры плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.



Девочка при рождении:

- 6 килограммов 110 граммов,
- ее рост составил 57,5 сантиметров.
- Ребенок появился на свет не с помощью кесарева сечения, а естественным путем.
- Мать девочки страдала от гестационного диабета, что и привело к росту плода.





Клинический диагноз крупного плода в антенатальный период основан на:

- данных измерения ВДМ,
- окружности живота,
- головки плода,
- пальпации и на вычислении предполагаемой массы тела плода.

Наиболее вероятные признаки крупного плода:

значительное увеличение размеров матки - ВДМ превышает 42 см.

!!! Следует помнить, что подобное увеличение возможно при многоплодной беременности и многоводии.

- Наиболее точным методом диагностики крупного плода считают УЗИ, позволяющее точно определить размеры и рассчитать предполагаемую массу тела плода.
- Наиболее важные показатели фетометрии:
 - величина бипариетального размера головки,
 - окружность живота,
 - длина бедренной кости плода,
 - отношение длины бедренной кости к окружности живота.
- ❖ Заслуживают внимания рост, масса тела и сложение родственников, особенно мужа.



ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

При родах крупным плодом часто возникают различные

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Первичную и вторичную слабость родовой деятельности.
- Преждевременное и раннее излитие ОВ.
- Большую длительность родов.
- В последовом и раннем послеродовом периоде чаще возникают гипотонические кровотечения.
- В процессе родов возможно выявление несоответствия между размерами головки плода и таза матери, т.е. развитие клинически узкого таза.
- После рождения головки нередко возникают затруднения при выведении плечевого пояса.
- Роды крупным плодом характеризует большая частота травматизма матери и плода.



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Показания к плановой операции КС:

- крупный плод у женщины моложе 18 и старше 30 лет;
- крупный плод и тазовое предлежание;
- крупный плод и переносенная беременность;
- крупный плод и любая форма и степень сужения анатомически узкого таза;
- крупный плод и миома (или пороки развития матки);
- крупный плод и экстрагенитальные заболевания, предусматривающие укорочение второго периода родов;
- крупный плод и отягощённый акушерский анамнез (мертворождение, невынашивание, бесплодие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).



План ведения родов через естественные родовые пути:

- мониторинг состояния плода и сократительной деятельности матки;
- ведение партограммы;
- повторная пельвиметрия, дополнительные измерения таза и уточнение размеров плода;
- своевременное введение обезболивающих средств и спазмолитиков;
- внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости потуг;
- своевременная диагностика функционально узкого таза (клинического несоответствия размеров головки с тазом матери (приём Вастена и Цангемейстера));
- профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде.

Алгоритм действий врача при дистоции плечиков:

(Американская коллегия акушеров-гинекологов, 1991г)

1) Позвать на помощь ассистентов: анестезиолога, педиатра и т.д.

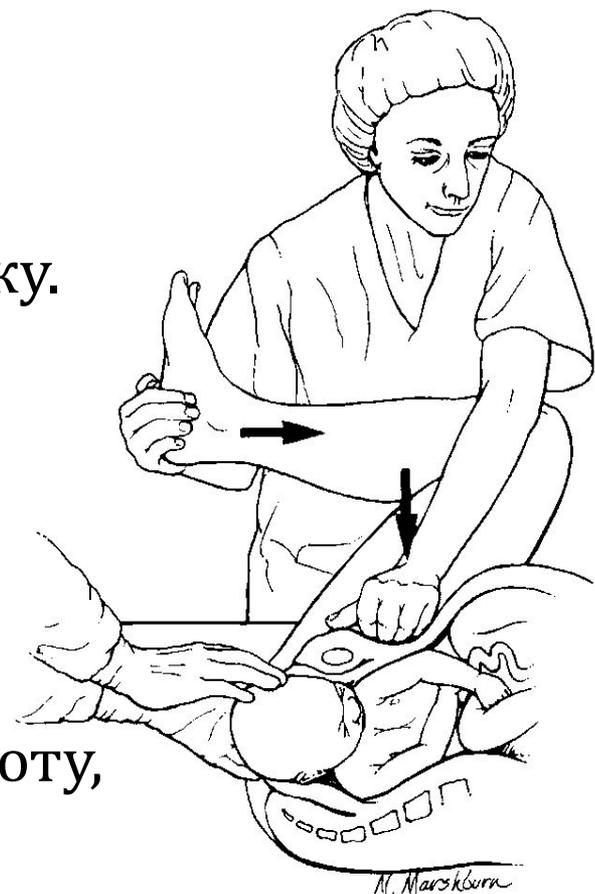
2) Опорожнить мочевой пузырь.

Пробная тракция (бережная) за головку.

3) Большая эпизиотомия
(срединно-латеральная)

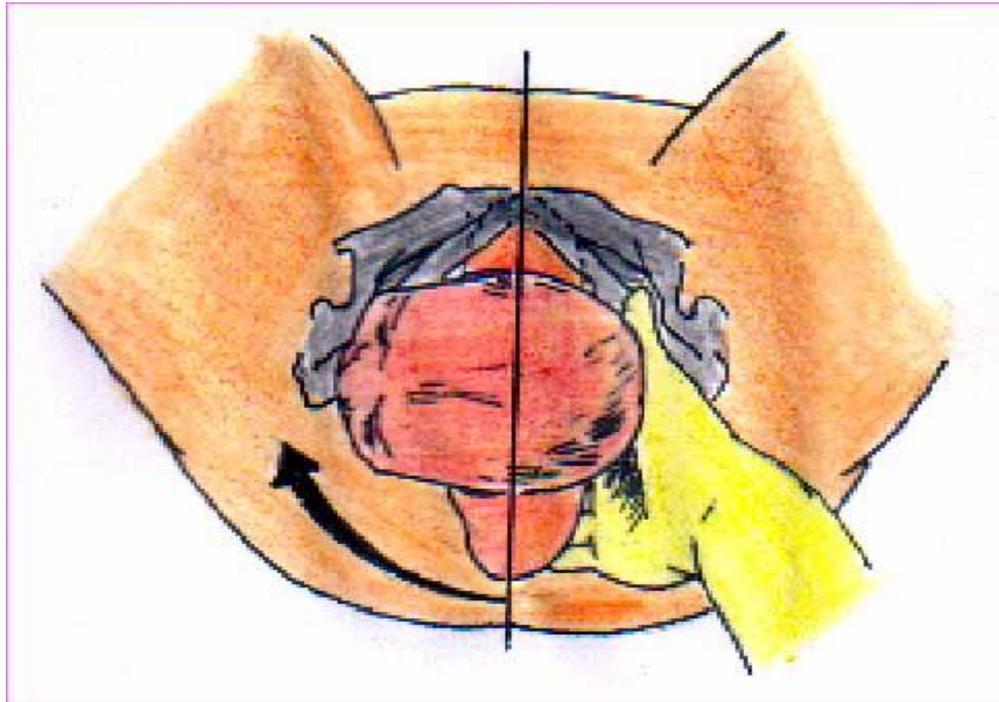
4) Прием Мак-Робертса (2 ассистента)

- приведение бедер роженицы к животу,
- надавливание над лоном





- Винтообразный прием Woods поворот заднего плечика по типу винта на 180°
- Рождение задней ручки



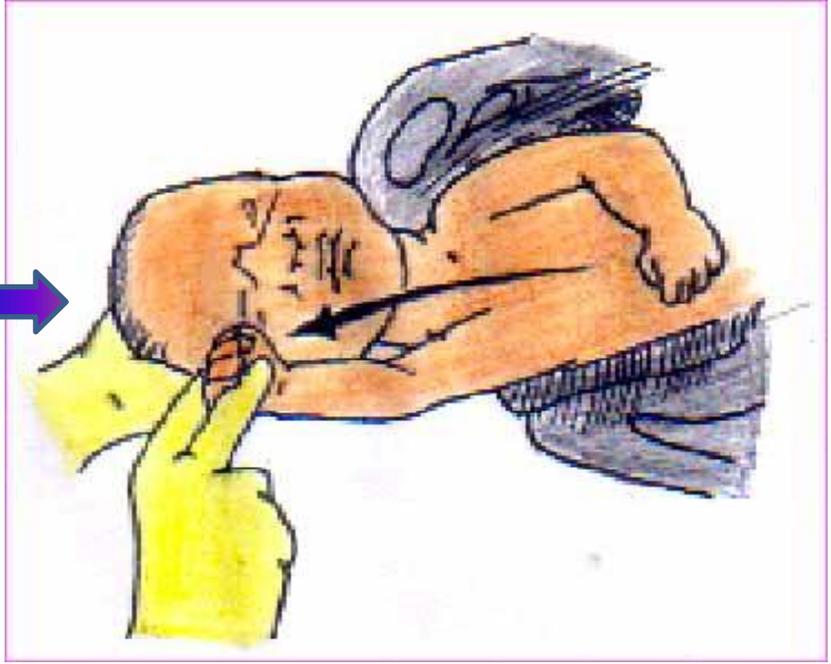
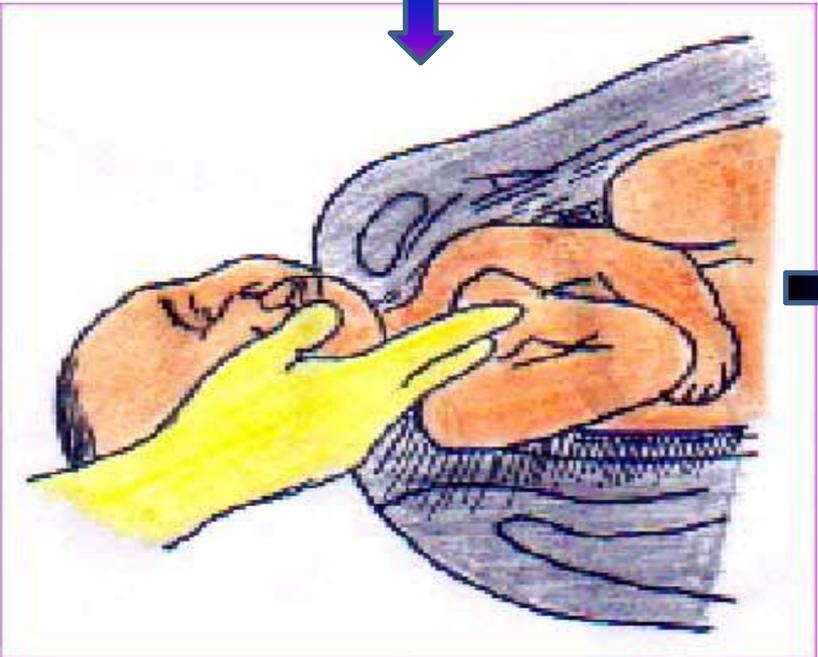
Другие методики применяются редко, если неэффективны предыдущие манипуляции:

- прием Рубина (аддукция плечиков к грудной клетке)
- прием Заванелли (возвращение головки в таз с последующим кесаревым сечением)
- преднамеренный перелом ключицы или кляйдотомия
- симфизиотомия

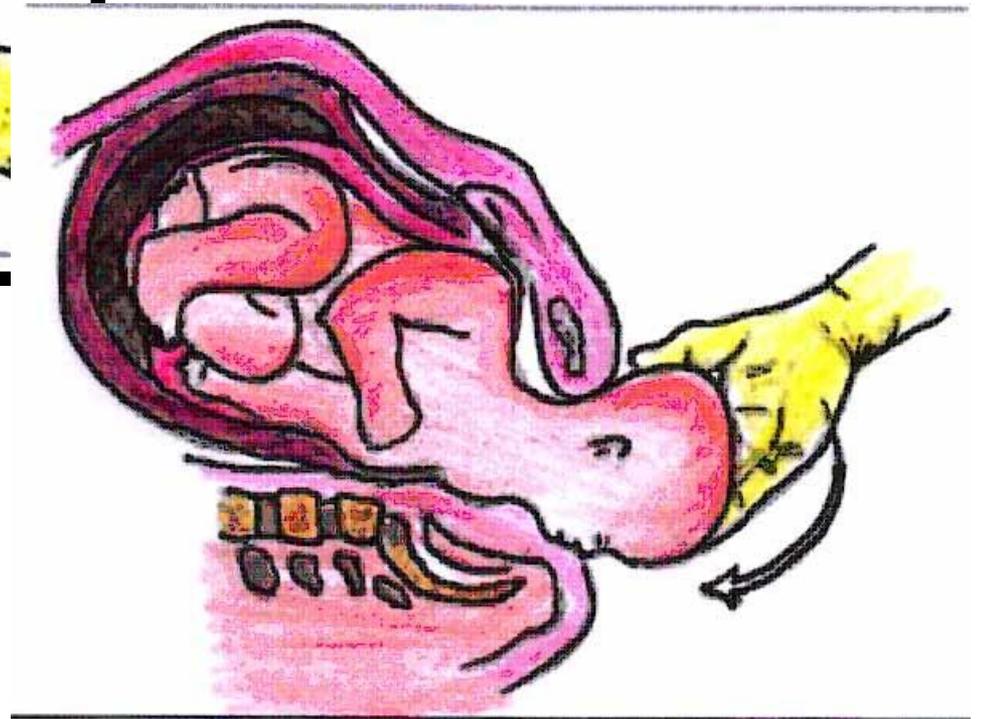
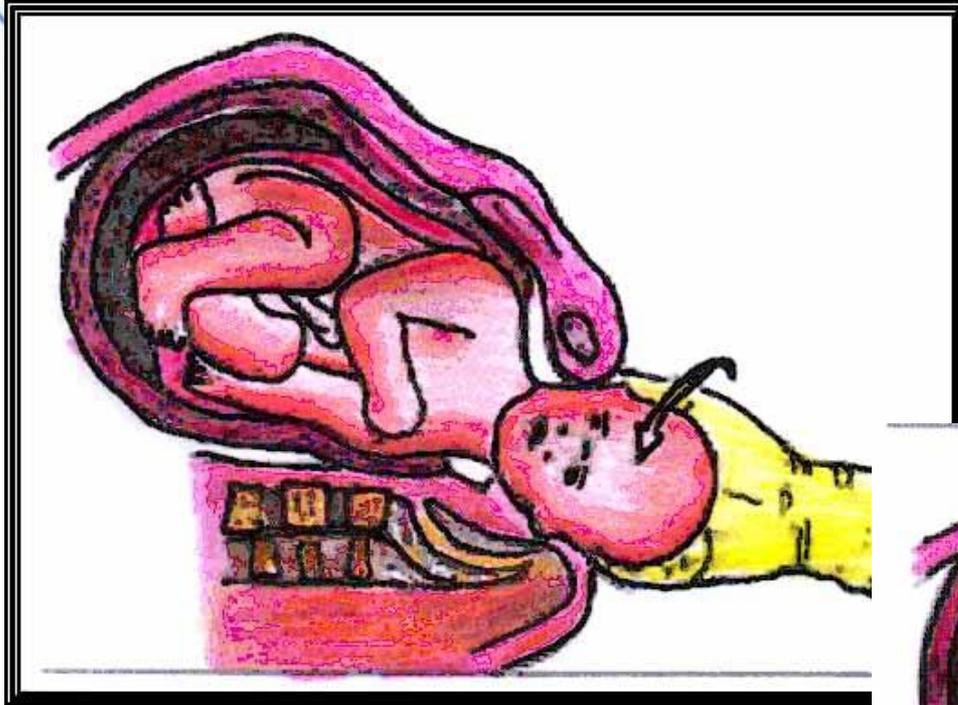


Рождение задней ручки

(Ротация задней ручки за плечико кпереди с последующим ее рождением)



Прием Заванелли
(возвращение головки в таз
с последующим кесаревым сечением)



ПРОФИЛАКТИКА

- Предгравидарная подготовка
- Наблюдение с ранних сроков беременности
- Пренатальный скрининг
- Регулярное наблюдение во время беременности
- Выявление групп риска
- Своевременная госпитализация
- Выбор метода родоразрешения



**Нестор Максимович
Максимович (Амбодик)** –
акушер-гинеколог (1744 - 1812),
проф. в Петербургских госпиталях и
повивальном институте

"... Моторная и умелая бабка
и благоразумный
гинеколог, не о поиске
бесполезной себе славы,
однако о всеобщей
пользе пекущиеся, более
могут сделать при родах
одними собственными
руками, чем всеми
другими искусственными
орудиями
[инструментами]"

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ И ТЕРПЕНИЕ



to be continued...