



# **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

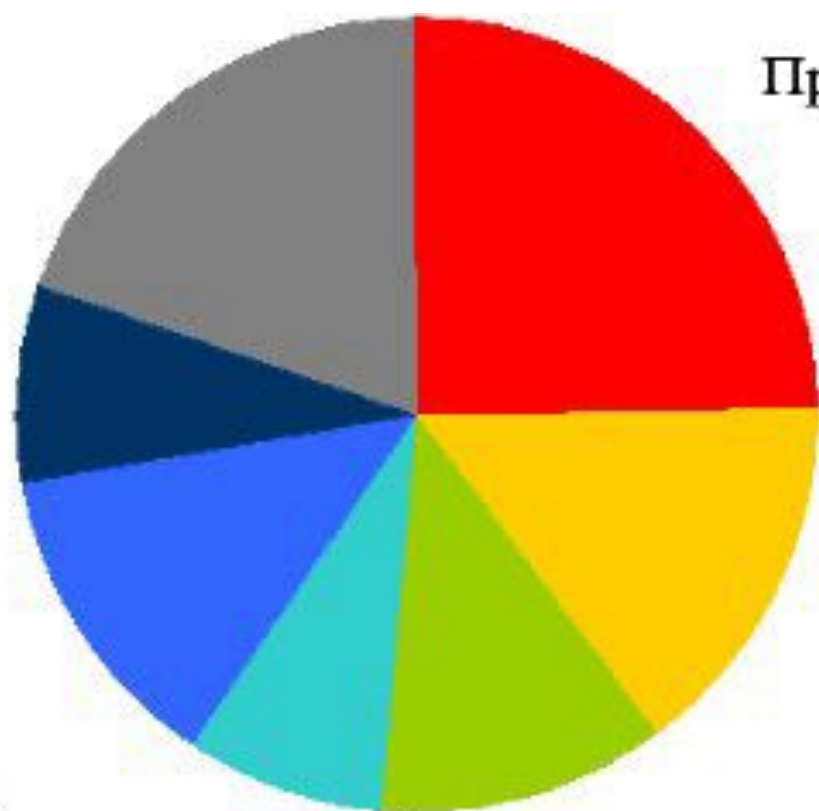
15 : 100 000

☐ В развитых странах

☐ США 5 : 100 000

☐ Европа 2-3(до10) : 100 000

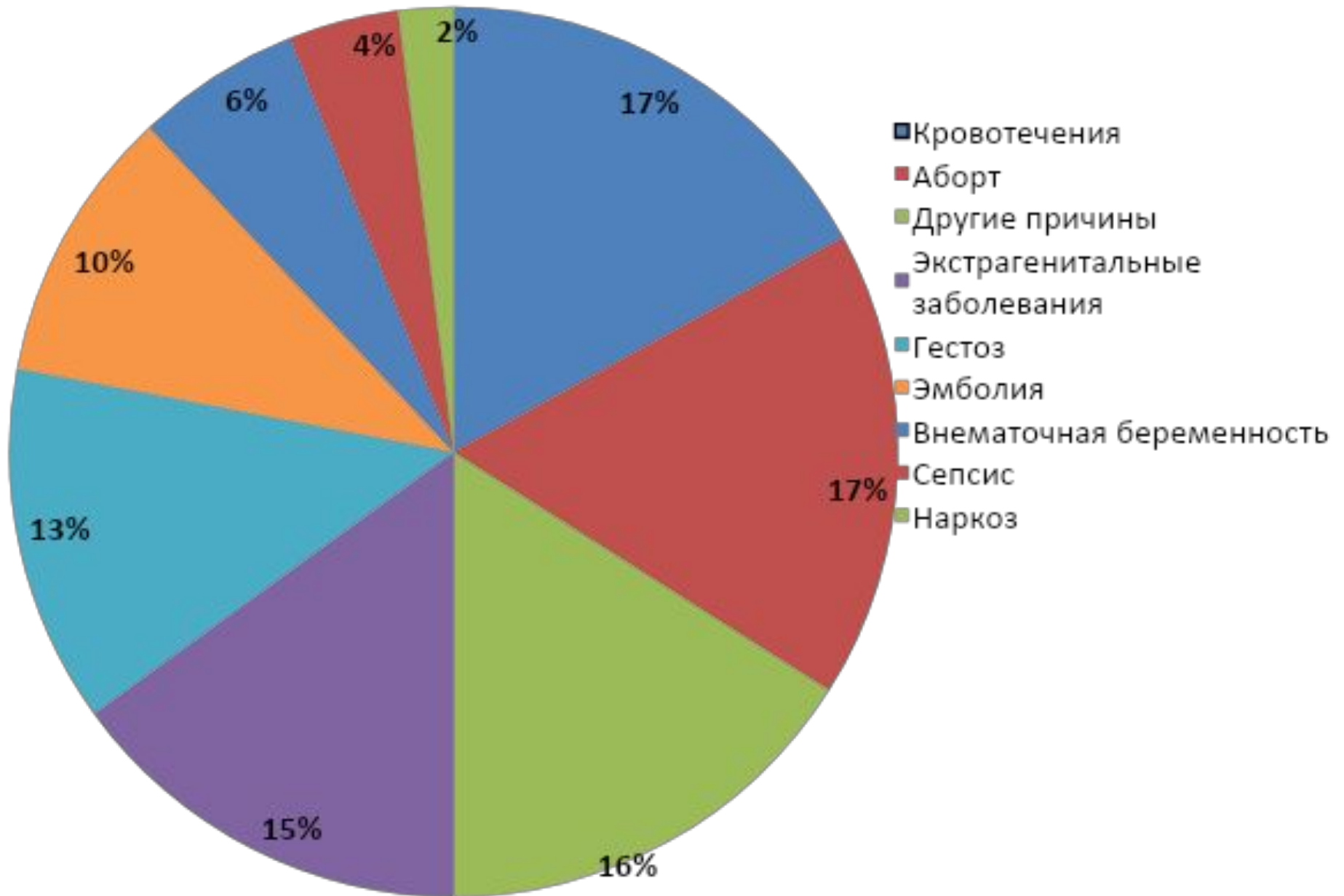
## Причины материнской смертности



- 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).



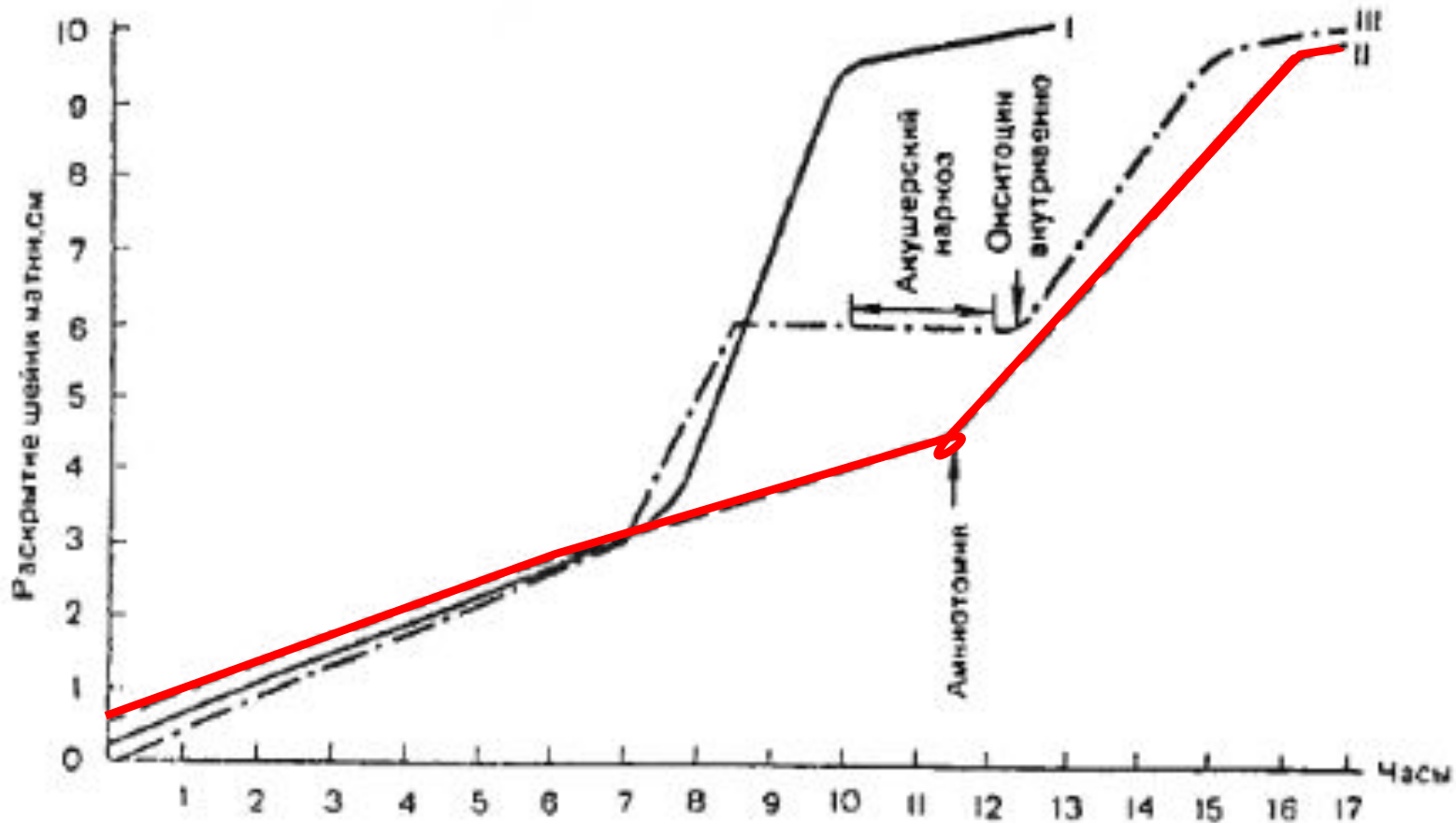


Рис. 20. Партограмма у первородящих в зависимости от характера родовой деятельности:

- 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.*

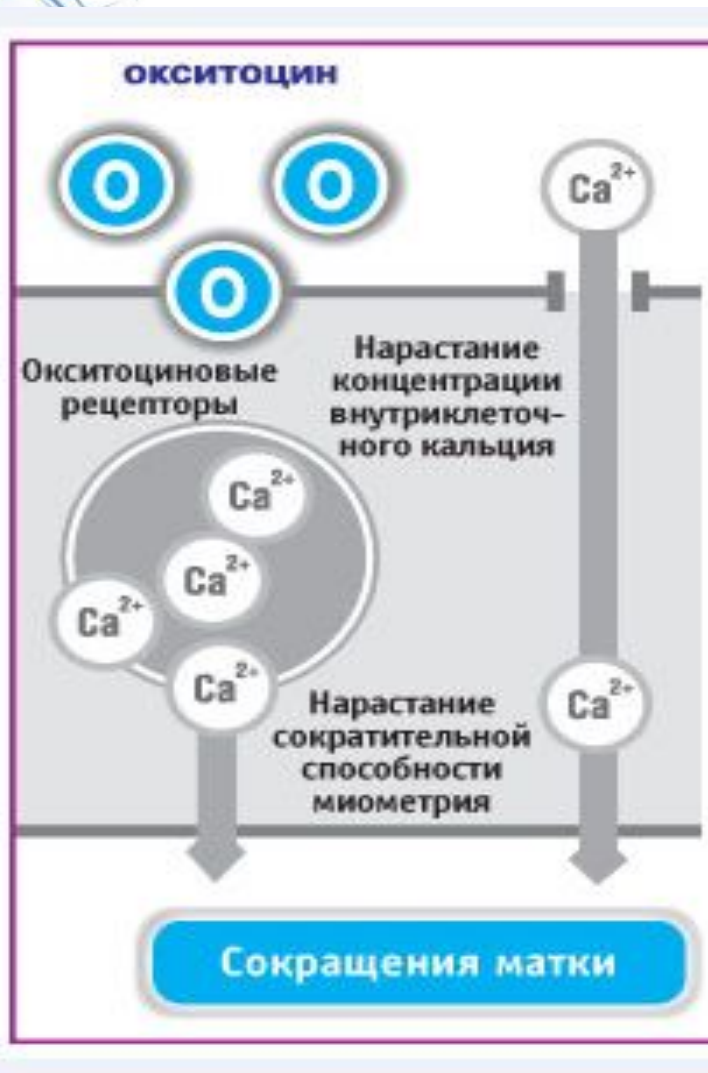
Для оценки состояния шейки проводится ее обследование:

- 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:*

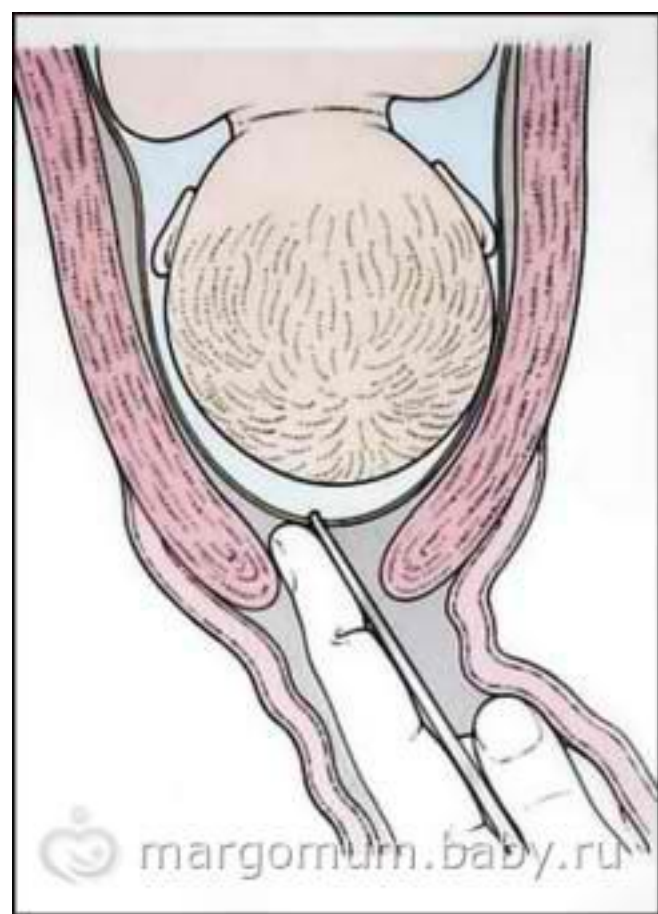
- ❑ если нет изменений динамике раскрытия шейки матки и нет признаков дистресса плода, пересмотрите диагноз. Возможно, женщина находится не в родах;
- ❑ если есть изменения в сглаживании шейки и в динамике ее раскрытия, вскройте плодный пузырь браншами пулевых щипцов и стимулируйте роды окситоцином:
  - ❑ 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

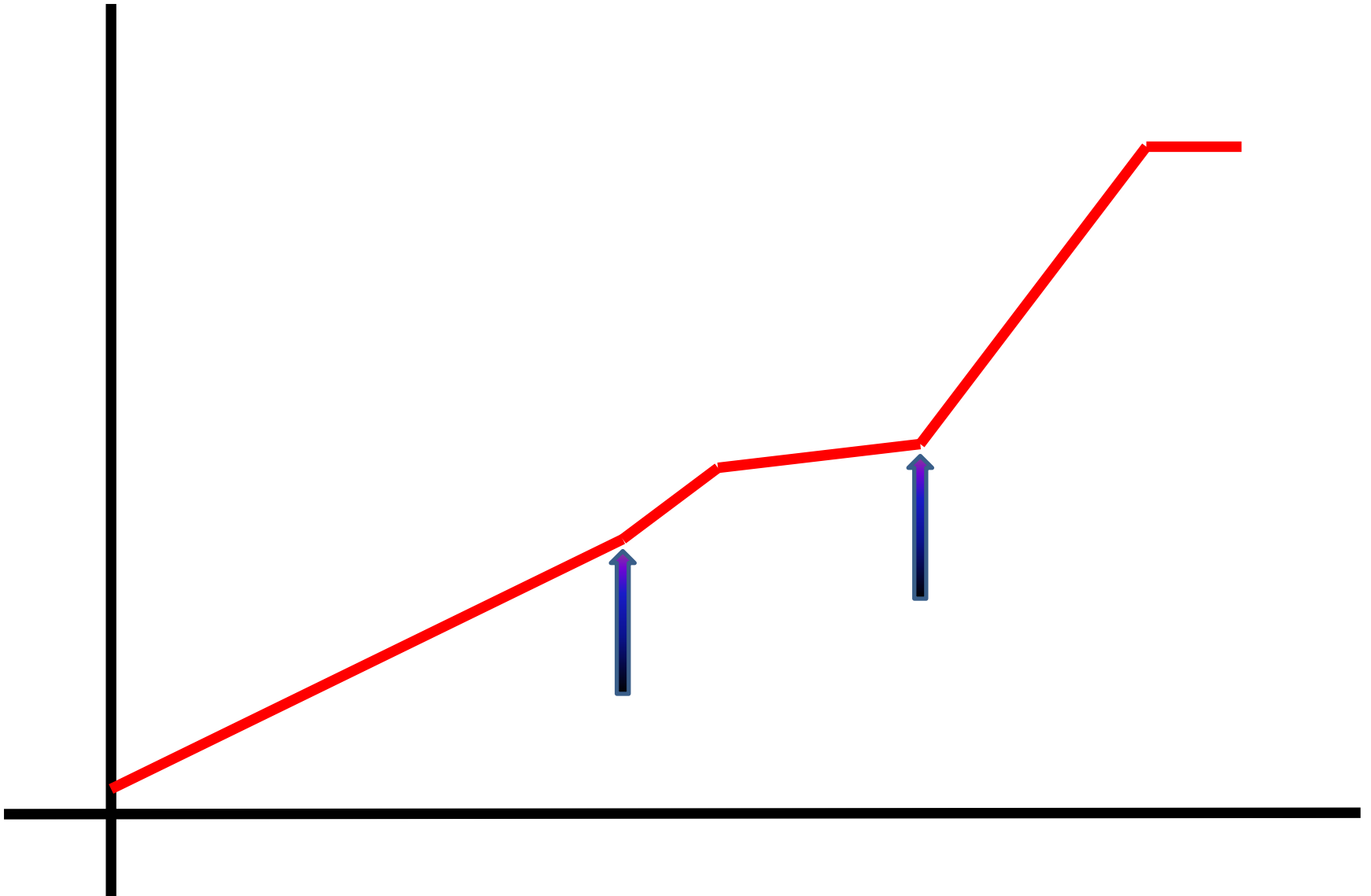
- Если имеется затянувшаяся активная фаза и плодный пузырь цел, вскройте плодный пузырь браншами пулевых шипцов.
  
- Оцените сокращения матки:
  - если схватки неэффективные (менее чем три за 10 минут, каждая продолжительностью менее 40 секунд), предположите **неадекватную активность матки**;
  - если 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:**

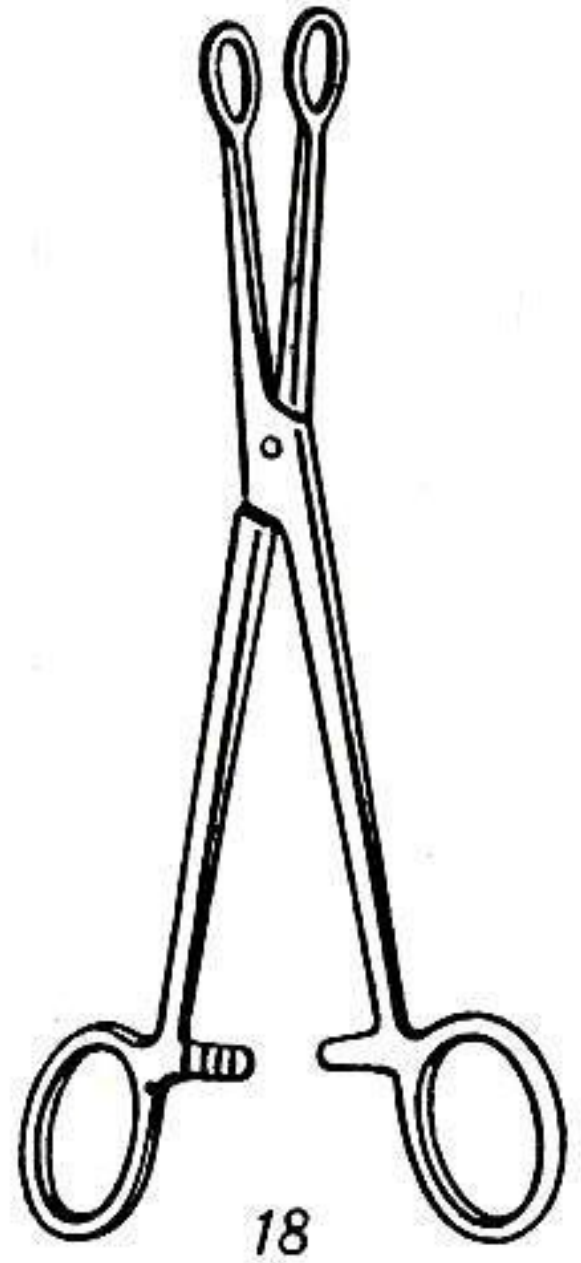
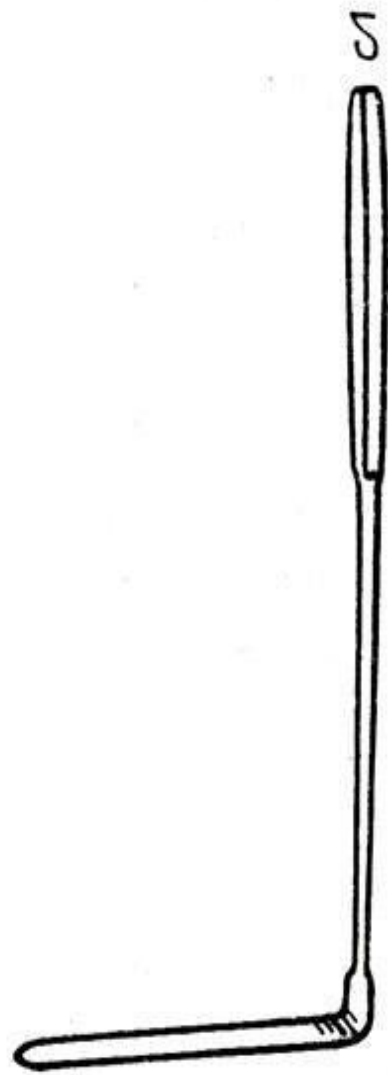
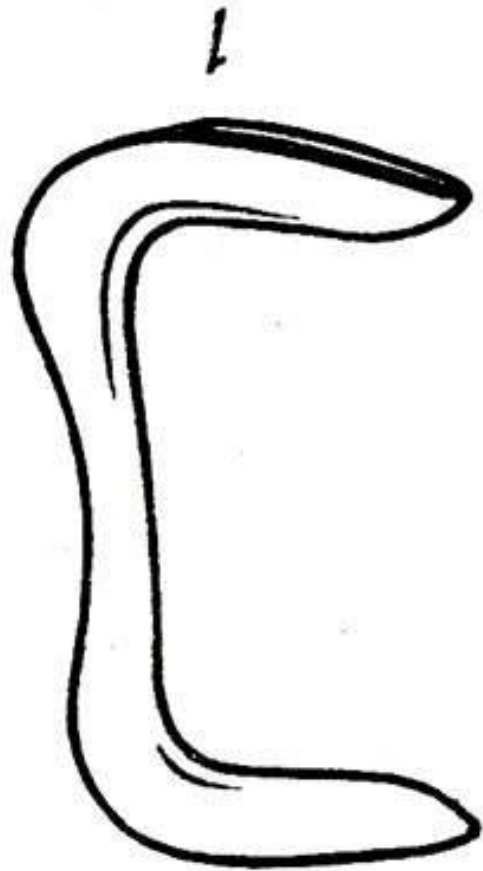
- Яркие кровянистые выделения после отделения последа, при хорошо сократившейся матке

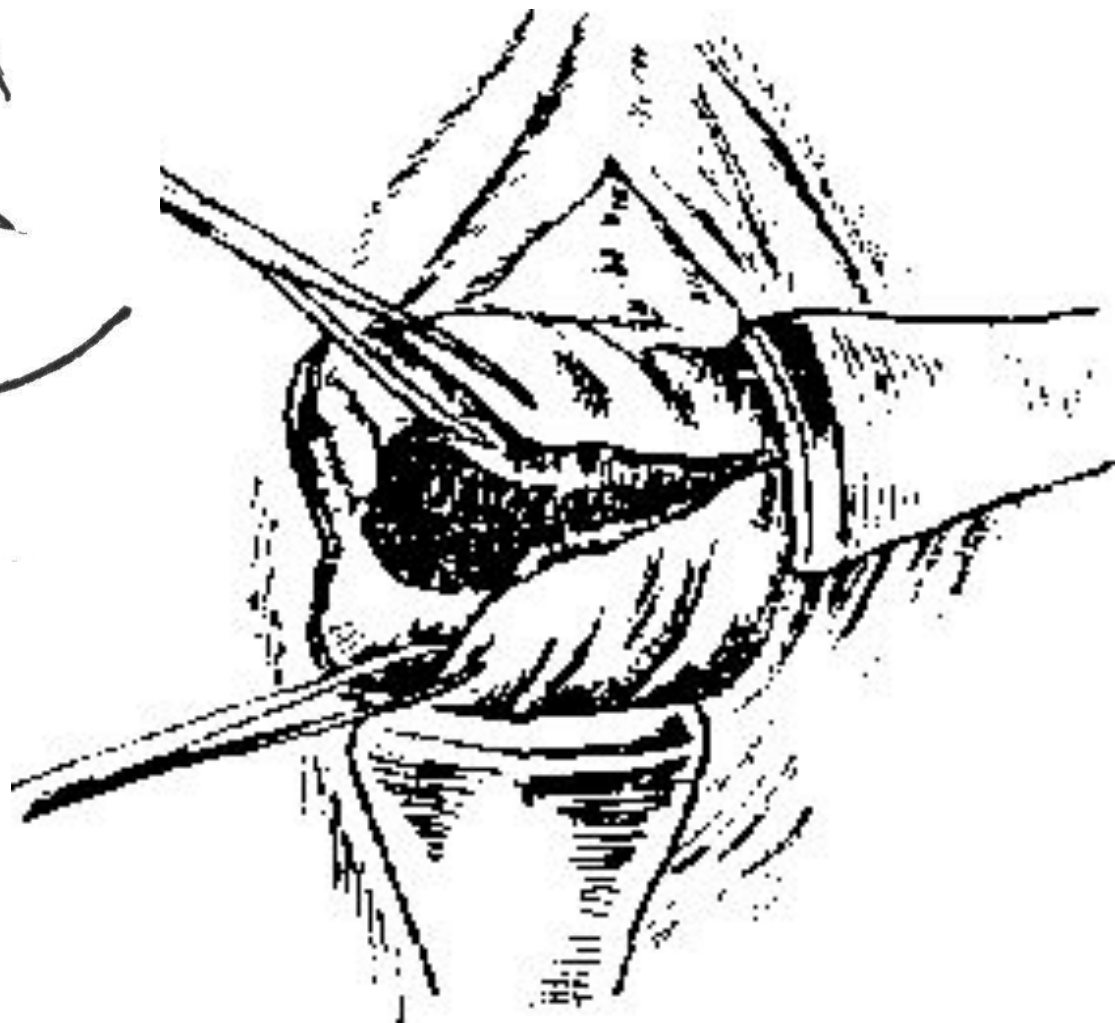
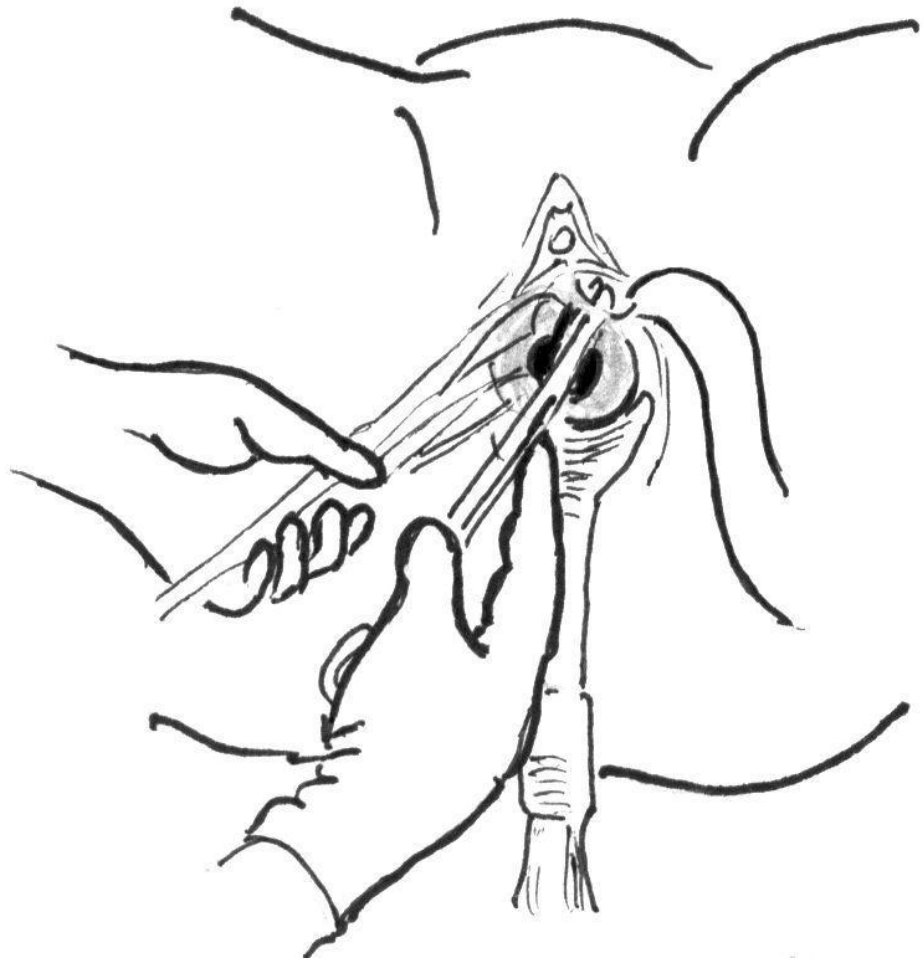


- При этом необходимо немедленно после рождения последа тщательно осмотреть родовые пути в зеркалах



- Восстановить целостность мягких тканей







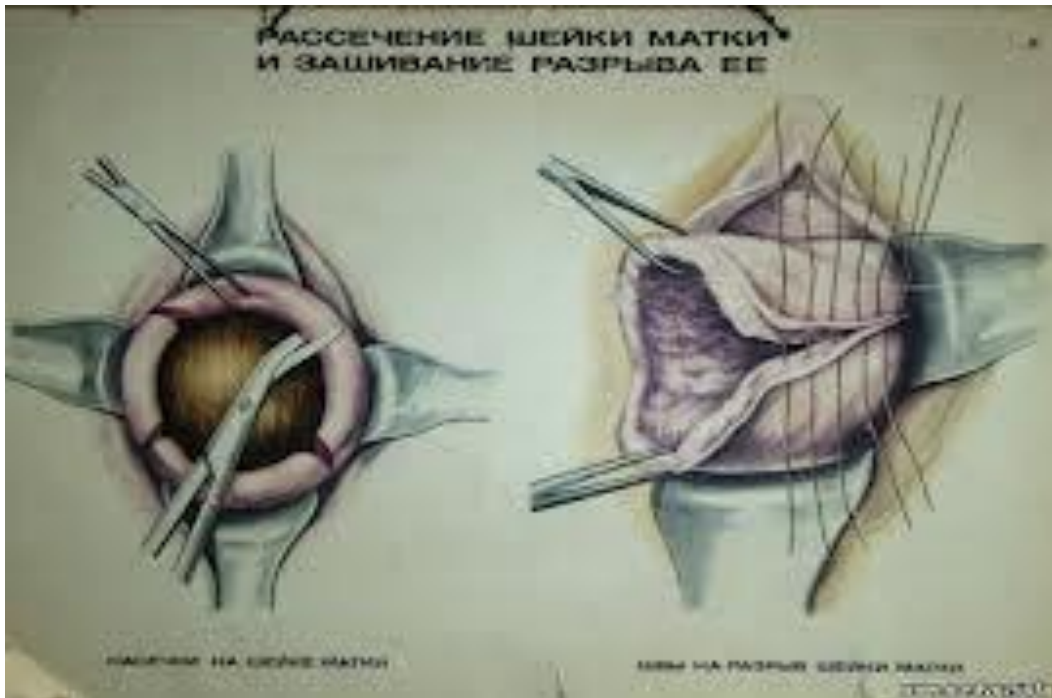
# Кровотечение при разрыве шейки матки:

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

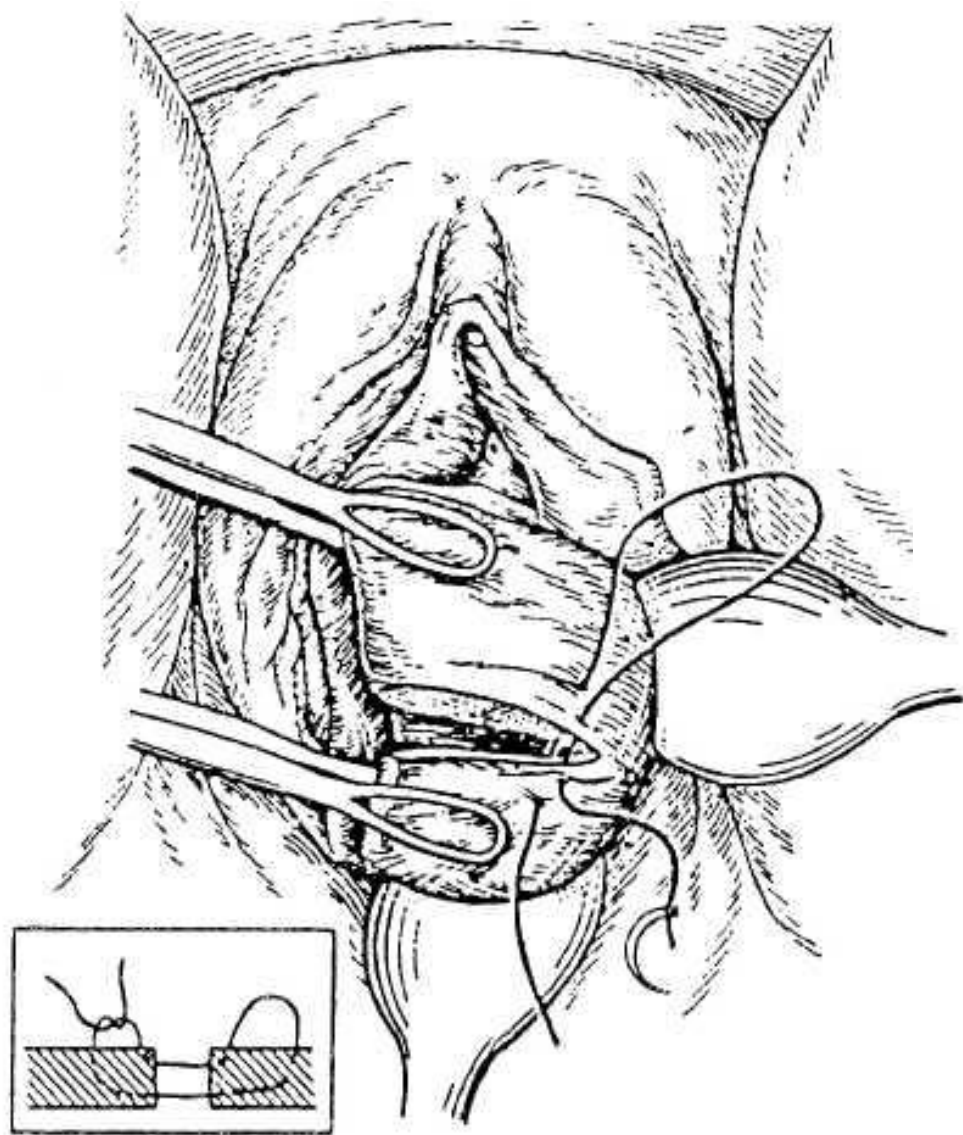
**Разрывы шейки матки встречаются в 26,0% случаев  
(2005г.)**



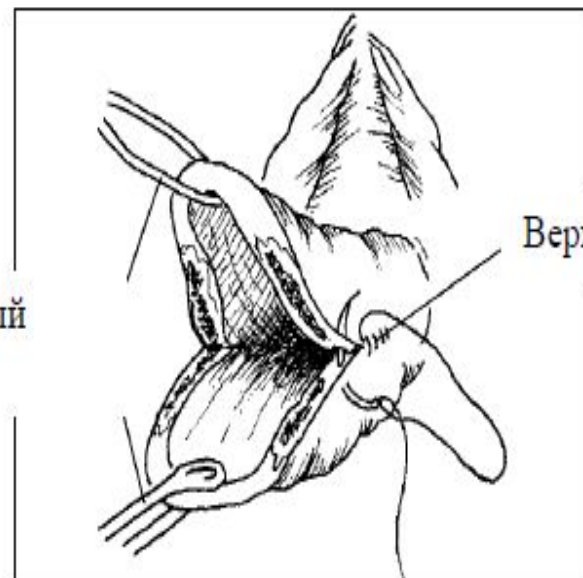
<u>СТЕПЕНЬ</u>	<u>ХАРАКТЕРИСТИКА</u>
<b>I</b>	Разрывы с одной или двух сторон, не более 2 см;
<b>II</b>	Разрывы протяженностью более 2 см, НО на 1 см не доходящие до свода влагалища;
<b>III</b>	Разрывы, доходящие до свода влагалища, ИЛИ переходящие на него.



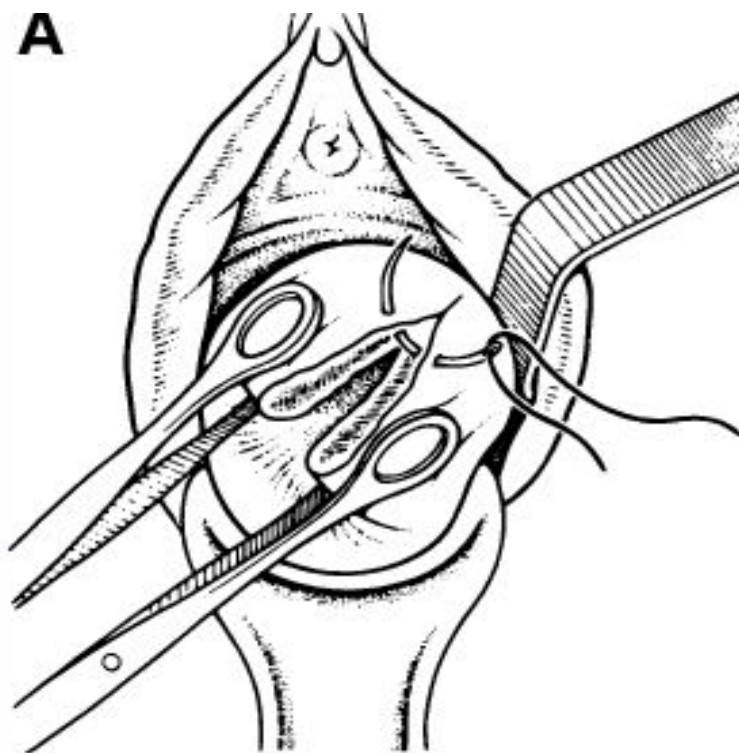




Окончатый  
зажим



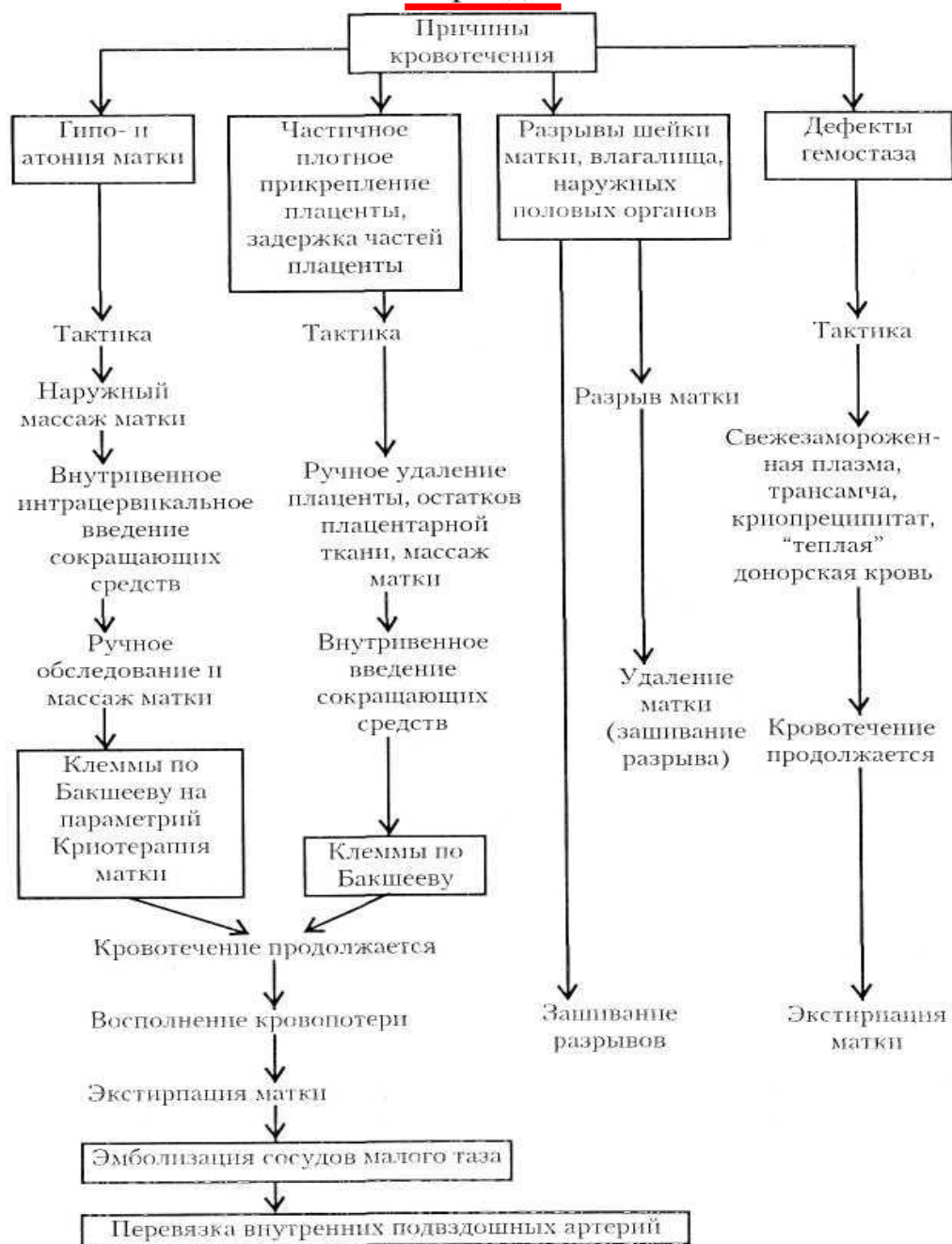
Верхушка



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

## Тактика при кровотечениях в родах и раннем послеродовом

### периоде

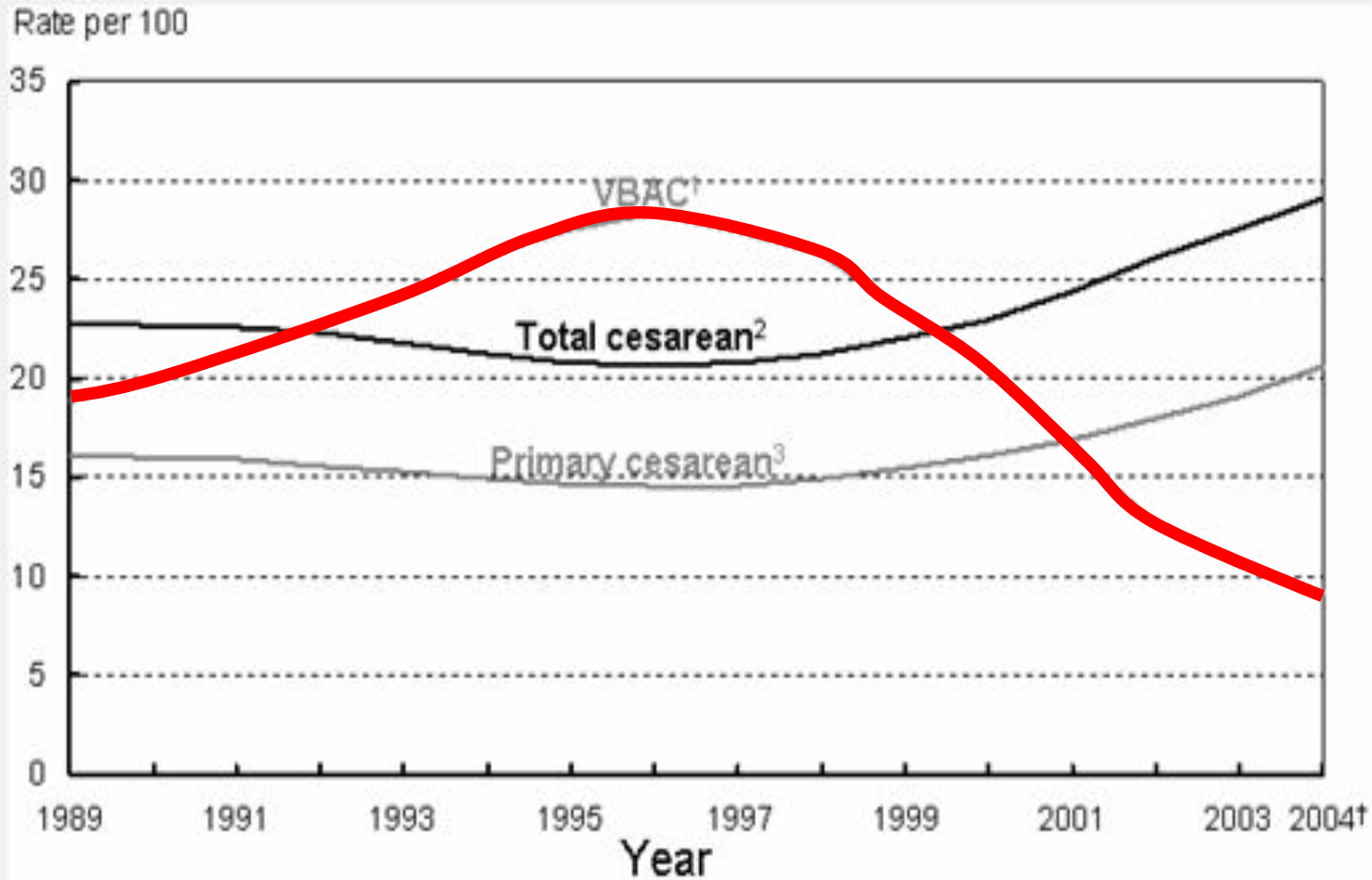


**Роды  
у женщин с  
рубцом на матке  
после кесарева  
сечения**





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 ультракриопресипитат, 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.

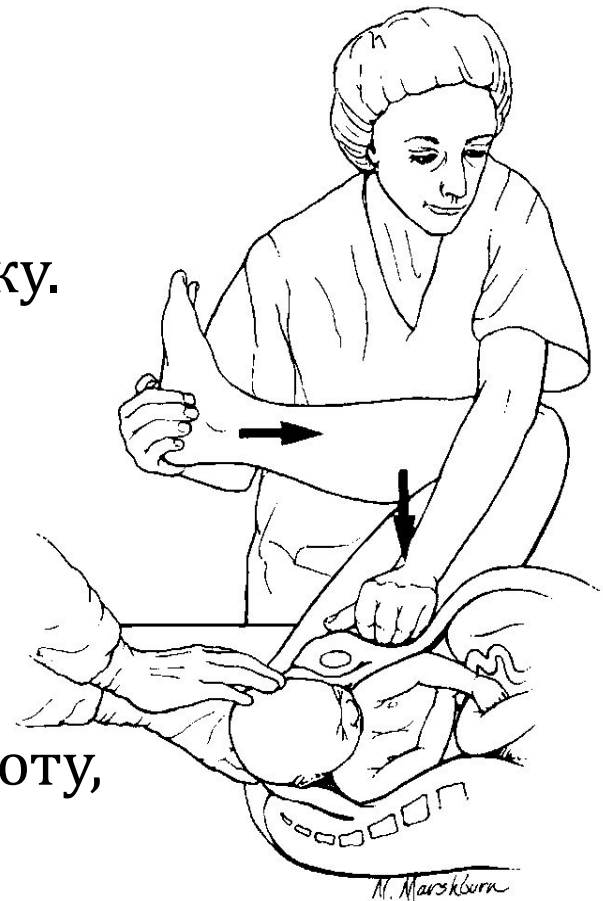
2) Опорожнить мочевой пузырь.

Пробная тракция (бережная) за головку.

3) Большая эпизиотомия  
(срединно-латеральная)

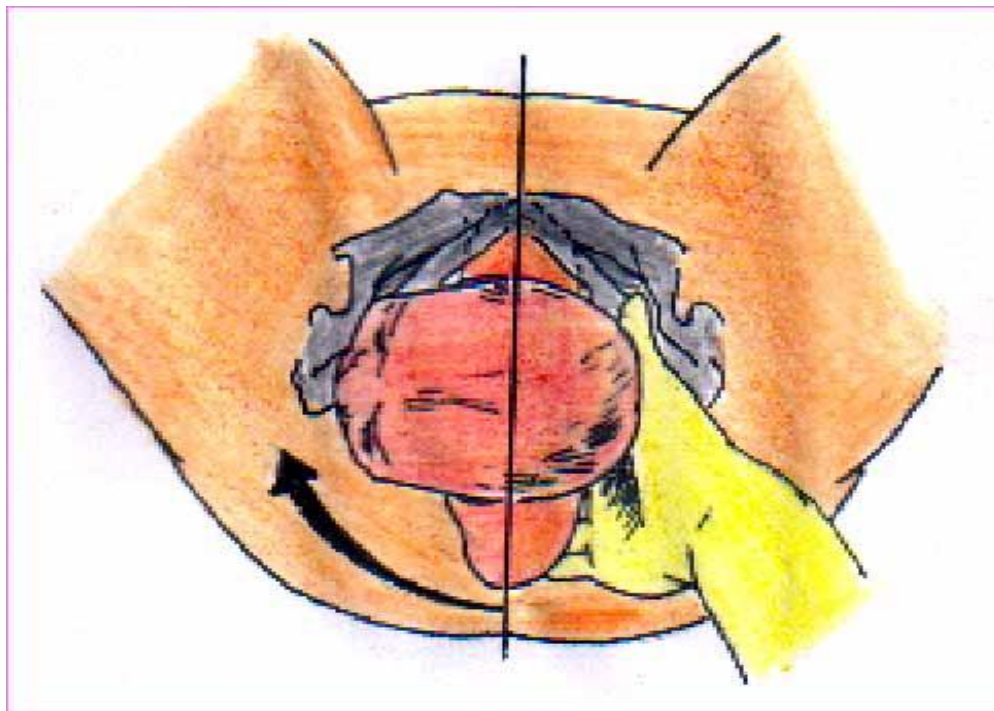
4) Прием Мак-Робертса (2 ассистента)

- приведение бедер роженицы к животу,
- надавливание над лоном





- Винтообразный прием Woods поворот заднего плечика по типу винта на  $180^\circ$
- Рождение задней ручки



Другие методики применяются редко, если неэффективны предыдущие манипуляции:

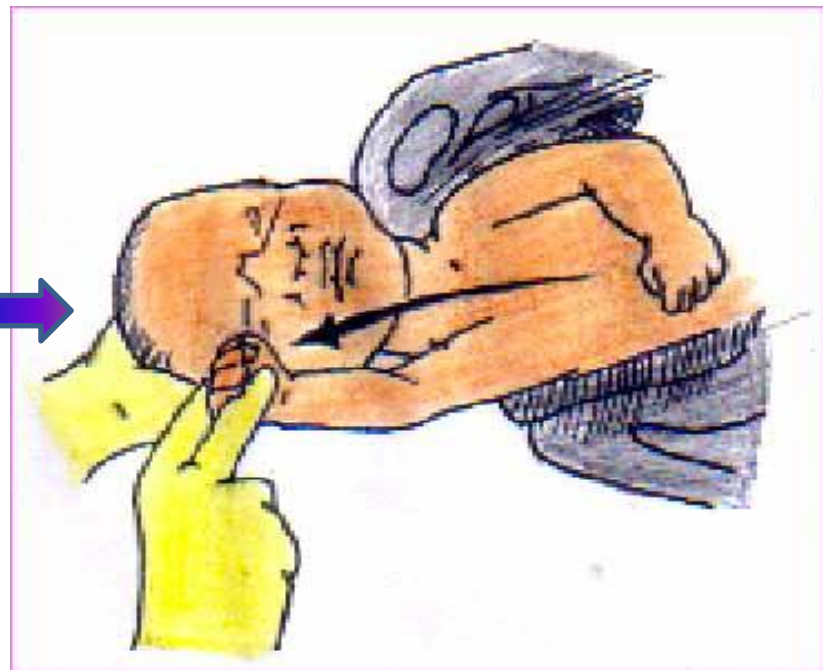
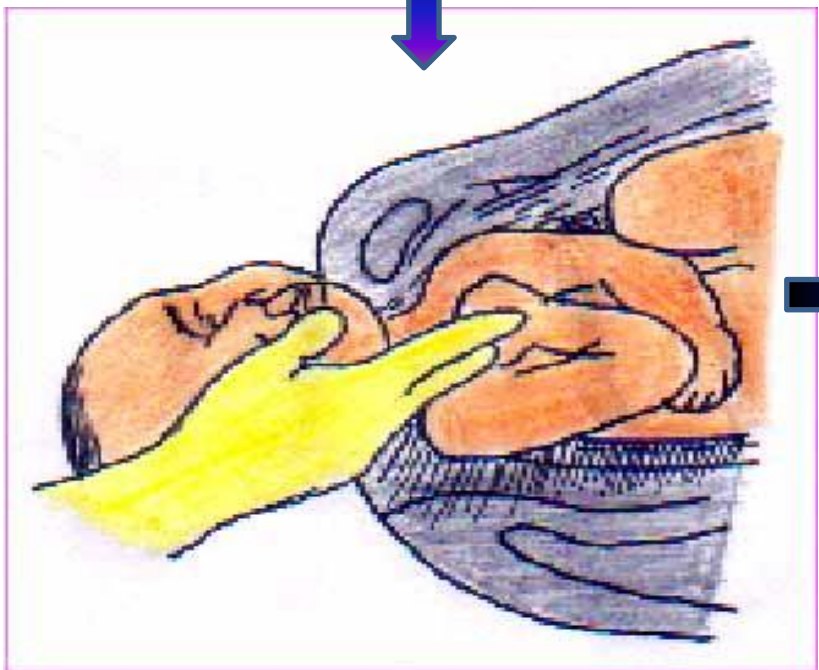
- прием Рубина (аддукция плечиков к грудной клетке)
- прием Заванелли (возвращение головки в таз с последующим кесаревым сечением)
- преднамеренный перелом ключицы или кляйдотомия
- симфизиотомия





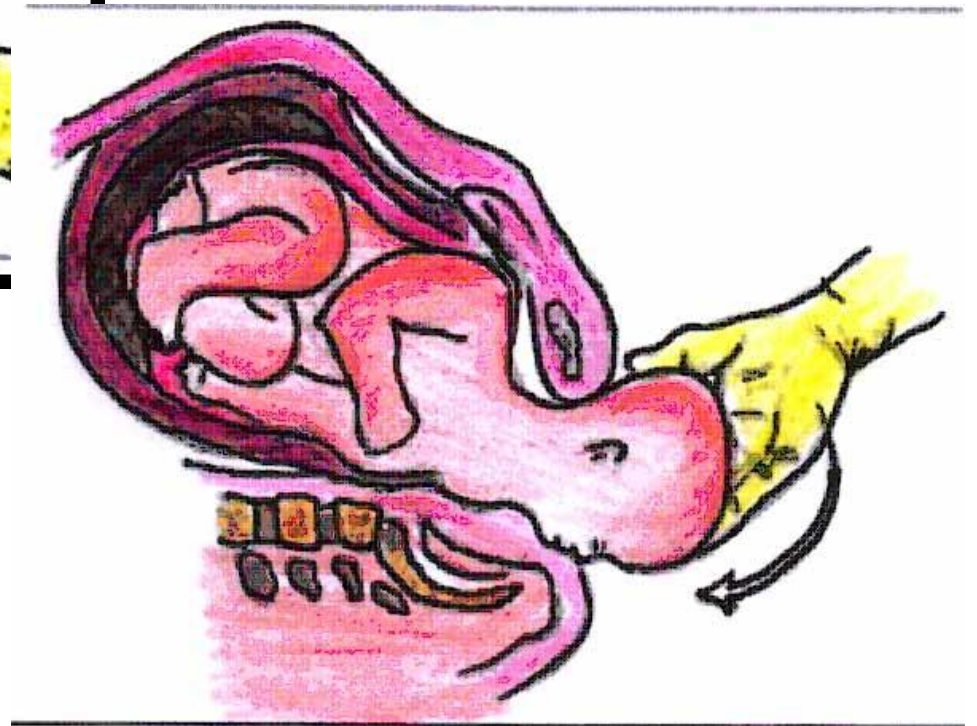
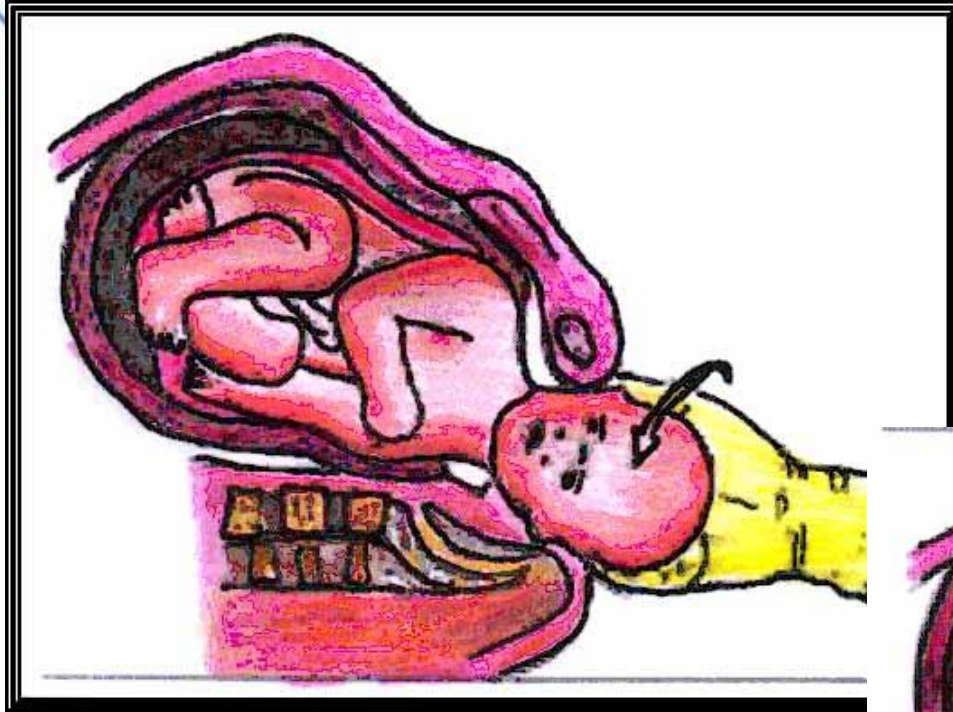
## Рождение задней ручки

(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...**