

Івано-Франківський Національний Медичний Університет
Кафедра акушерства та гінекології

ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО



Зав. кафедрою д.мед.н., доцент Геник Н.І.

Класифікація акушерських операцій:

- операції для збереження вагітності (*накладання шва на шийку матки при ІЦН*);
- операції для переривання вагітності до 22 тижнів;
- операції для підготовки пологових шляхів (*амніотомія, перінеотомія, епізіотомія*);
- операції для корекції положення плода (*акушерські повороти при неправильному положенні плода*);
- розроджуючі операції (*кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, витягнення плода за тазовий кінець*);
- операції для видалення посліду, його частин, для обстеження порожнини матки;
- плодоруйнівні операції;
- операції для зашивання розривів м'яких тканин пологових шляхів.

Кесарів розтин (КР)

- акушерська розроджуюча операція, при якій плід та послід народжуються через штучний розріз на матці та передній черевній стінці

**Зростання частоти з 5% в 1970 до 25% в 2009
внаслідок:**

- Відмова від планових акушерських щипців з наданням переваги КР.
- Зростання частоти КР при тазовому передлежанні плода.
- Поява сучасних методів діагностики дистресу плода.
- Збільшення частоти повторних КР внаслідок зростання первинних.

Показання з боку матері:

1. Анатомічно вузький таз III і IV ступенів звуження (с. vera <7 см) і форми вузького тазу, що рідко зустрічаються (косозміщений, поперечнозвужений, лійкоподібний, спондилолістичний, остеомаліатичний, звужений екзостозами і пухлинами кісток та ін.).
2. Клінічно вузький таз.
3. Центральне передлежання плаценти.
4. Неповне передлежання плаценти з вираженою кровотечею та відсутністю умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Розрив матки, що загрожує або почався.
6. Два і більше рубців на матці.
7. Неспроможність рубця на матці.
8. Рубець на матці після корпорального КР.
9. Рубцеві деформації шийки матки і піхви.
10. Аномалії пологової діяльності, які не піддаються медичній корекції.



11. Виражене варикозне розширення вен шийки матки, піхви і вульви.
12. Вади розвитку матки і піхви, які перешкоджають народженню дитини.
13. Стани після розриву промежини III ступеня і пластичних операцій на промежині.
14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць.
15. Пухлини органів малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.
16. Рак шийки матки.
17. Відсутність ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу при неможливості термінового розродження через природні пологові шляхи.
18. Травматичні пошкодження тазу і хребта.
19. Гостра форма генітального герпесу протягом 3-х тижнів перед пологами.
20. Мертвонародження в анамнезі у поєднанні з іншою акушерською патологією.

21. Екстрагенітальна патологія при наявності запису профільного спеціаліста: артеріальна гіпертензія III ст.; коарктація аорти; аневризма аорти чи іншої крупної артерії; систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, “свіжі” крововиливи у сітківку на тлі діабетичної або гіпертонічної ангіопатії; захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу; легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження; портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу, шлунка; спленомегалія; діафрагмальна кіла; гіпертензійно-лікворний синдром; стан після геморагічного інсульту; необхідність виключення (укорочення) потуг за відсутності головного передлежання.

22. ВІЛ-інфікування вагітної при вірусному навантаженні більше 1000 копій. Операцію виконують до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок.

Показання з боку плода:

1. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження, при відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
2. Тазове передлежання плода при передбачуваній масі більше 3700 г.
3. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
4. Неправильне положення плода після злиття навколоплідних вод.
5. Високе пряме стояння стрілоподібного шва.
6. Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового).
7. Вагітність внаслідок застосування лікувальних програм ДРТ або після тривалого лікування безпліддя.
8. Стан агонії або клінічної смерті матері при живому плоді.
9. Багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні I плода.
10. Гіпоксія або тазове передлежання плода, маса плода більше 4000 г при цукровому діабеті у матері.

Умови виконання операції:

1. Живий плід (окрім масивної кровотечі при повному передлежанні плаценти, передчасного відшарування плаценти, звуження тазу 4 ступеня).
2. Цілий плідний міхур або безводний період тривалістю до 24 годин.
3. Відсутність станів лихоманки у жінки.

Методи операції кесарева розтину

1. Інтраперитонеальний:
 - корпоральний;
 - в нижньому сегменті матки поперечним розрізом.
2. Кесарів розтин у нижньому сегменті матки з тимчасовою ізоляцією черевної порожнини.
3. Екстраперитонеальний кесарів розтин.
4. Метод Старка.



Підготовка до проведення оперативного втручання.

1. Обробка піхви місцевими вагінальними антисептиками.
2. Положення вагітної на операційному столі для профілактики синдрому нижньої порожнистої вени: операційний стіл дещо нахилиється вліво або підкладається подушка (згорнуте простирадло) під нижню частину спини жінки (справа).
3. Мобілізація вени та налагодження внутрішньовенної інфузії кровозамінників.
4. Виведення сечі катетером. При повторній операції, при передбаченні можливого розширення обсягу оперативного втручання – встановлення постійного катетера.
5. Обробка рук операційної бригади.
6. Обробка операційного поля.



Переваги поздовжньої нижньосерединної лапаротомії:

1. Легкий для виконання акушер-гінекологом початківцем.
2. Розріз проводиться паралельно лініям розщеплення шкіри, не пошкоджуючи м'язи, великі судини та нервові закінчення.
3. В разі необхідності можна легко його продовжити.
4. Показаний при наявності злукового процесу в черевній порожнині.
5. Після закінчення основного етапу розріз дозволяє провести ревізію внутрішніх органів та їх корекцію (міома матки, розрив яєчника, труби, внутрішня кровотеча).
6. Можна використовувати при неправильному положенні плода в матці.

Недоліки:

1. Розріз не відповідає анатомічній будові м'язів передньої черевної стінки та їх апоневрозів (можливе травмування прямих та пірамідальних м'язів в нижніх відділах).
2. Невелика міцність рубця на рані внаслідок однакового поздовжнього накладання швів на всі шари передньої черевної стінки.
3. Загроза евентерації і утворення гриж після розходження швів на рані.
4. Низький косметичний ефект.
5. Розріз проходить паралельно до основного руху та силовим лініям прямих м'язів живота.



Переваги поперечної лапаротомії по Пфанненштілю:

1. При розрізі дуже рідко пошкоджується сальник, кишківник та сечовий міхур.
2. Дає гарний доступ до органів малого тазу.
3. Дозволяє активно вести післяопераційний період.
4. Міцність рубця із-за розсічення тканин в протилежних напрямках (шкіри і апоневрозу – поперек живота, м'язів та очеревини – вздовж).
5. Гарний косметичний ефект.
6. При розходженні швів на рані ніколи не настає евентерація внутрішніх органів.
7. Розріз проходить перпендикулярно до основного руху та силовим лініям прямих м'язів живота.
8. Дуже рідко утворюються післяопераційні грижі.



Недоліки:

1. Розріз по часу довший у виконанні.
2. Обмежена ширина операційного поля.
3. Складно анатомічно правильно продовжити розріз при необхідності.
4. Тяжче виводити голівку крупного плода.
5. Велика частота утворення підапоневротичних гематом.
6. У жінок з ожирінням рана заживає в умовах “вологої” природної складки.
7. Складно оперувати при наявності злукового процесу та варикозно розширених вен в черевній порожнині.



Переваги КР поперечним розрізом в нижньому сегменті матки:

1. Не пошкоджуються крупні судини та нерви матки.
2. Не травмується поперечний м'язовий шар матки, відповідальний за самовільне відділення та видалення посліду.
3. Менша вигогідність гіпотонічної кровотечі.
4. Легше провести перитонізацію рани.
5. Сприяє формуванню міцного рубця на матці, що попереджає розрив матки при наступних вагітностях.
6. Знижує ризик утворення злукового процесу та інфікування черевної порожнини.
7. Знижується частота порушення менструальної функції.

Показання до корпорального КР:

1. Недоступність нижнього сегменту матки внаслідок щільних злук від попереднього КР.
2. Поперечне положення плода зі спинкою оберненою донизу.
3. Вади розвитку плода (зрощені близнюки).
4. Великий інтрамуральний міоматозний вузол в нижньому сегменті матки.
5. Виражена васкуляризація нижнього сегменту матки через передлежання плаценти, карциному шийки матки.

Недоліки корпорального КР:

1. Розріз матки травмує поперечні м'язеві волокна, судини і нерви.
2. Більший об'єм крововтрати.
3. Товсті краї рани, що вимагає накладання 3-х рядного шва.
4. Краї рани вивертаються назовні із-за неоднакової сили скорочення поздовжніх та поперечних шарів тіла матки.
5. Складно провести перитонізацію рани внаслідок щільного прикріплення вісцеральної очеревини до тіла матки, що призводить до вираженого злукового процесу.
6. Загроза безсимптомного розриву матки при наступній вагітності.
7. Після операції часто виникає ендометрит, ендометріоз, порушення менструальної та дітородної функцій.



Техніка проведення операції кесарева розтину в нижньому сегменті матки поперечним розтином.

- **Анестезія:** ендотрахеальний наркоз, епідуральна анестезія, місцева інфільтраційна анестезія (у виключних випадках).
- **Розсічення передньої черевної стінки** – нижня серединна лапаротомія або розтин за Пфаненштілем.
- Після розтину черевної порожнини в бокові канали вводяться 2 великих серветки для попередження попадання у черевну порожнину навколоплідних вод і крові.
- Виконується, при необхідності, ротація матки.
- Сечовий міхур відділяється міхуровим ретрактором .
- Ножицями розтинається по середині міхурово-маткова складка очеревини на 2 – 3 см вище прикріплення її до сечового міхура і розсікається у поперечному напрямі до обох круглих зв'язок.

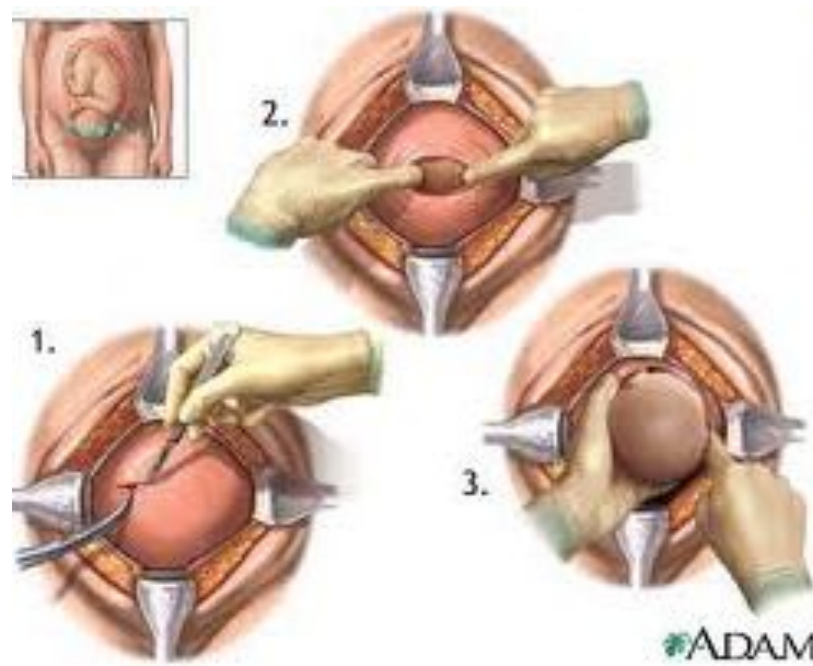
- **Розріз матки** здійснюється поперечно скальпелем на 1 см нижче місця розтину міхурово-маткової складки.

Метод Гусакова: скальпелем проводять поперечний розріз матки довжиною 3 см, в розріз вводять вказівні пальці обох рук і тупо розширюють розріз в обидві сторони (до 10 – 12 см довжиною).

Метод Дерфлера: скальпелем проводять розріз довжиною 2,5 – 3 см через всі шари матки, потім вправо і вліво від середини ножицями, піднімаючи місце розрізу другою рукою, продовжують розріз дугоподібно вгору.

- **Народження дитини** залежить від передлежання та положення плода у матці:

- при головному передлежанні в порожнину матки вводять II – V пальці правої руки таким чином, щоб долонна поверхня прилягала до голівки плода; голівка захоплюється і обережно зміщується допереду при одночасному натисканні асистентом на дно матки, при цьому відбувається розгинання голівки і вона виводиться з матки;



Далі обережними тракціями поступово витягають плід до плечиків, після чого вводять вказівні пальці в пахвинні впадини та народжують дитину;

- при тазовому передлежанні плід витягають за паховий згин при чисто сідничному передлежанні або за передню ніжку (при ніжному або змішаному сідничному передлежанні), голівку виводять за методом Морісо-Левре;
- при поперечному положенні плода рукою захоплюють передню ніжку, проводять поворот плода і його народження, голівку виводять за методом Морісо-Левре;
- асистент відсмоктує слиз із верхніх дихальних шляхів дитини, перетискається і перерізається пуповина; дитина передається акушерці.
- Видалення посліду проводиться активно. Одразу після народження дитини в/в крапельно вводиться 10 ОД розчину окситоцину у 500 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 60 крапель у хв., та 10 ОД в м'яз матки, проводиться масаж матки через передню черевну стінку з одночасним потягуванням за пуповину.
- Проводиться профілактика септичних ускладнень шляхом одноразового в/в введення антибіотика.



- **Ушивання розрізу матки** проводиться однорядним безперервним швом або двома рядами безперервних швів синтетичним шовним матеріалом, який розсмоктується (полігліколева нитка).
- Перед ушиванням передньої черевної стінки проводиться:
 - контроль гемостазу;
 - видалення згортків крові;
 - видалення серветок;
 - контроль цілісності сечового міхура;
 - підрахунок серветок і інструментів.
- Черевна стінка пошарово ушивається наглухо, за показаннями ставиться дренажна трубка у черевну порожнину.
- Після виведення сечі або видалення постійного катетеру проводиться обробка піхви для видалення згортків крові.
- Плацента скеровується на гістологічне дослідження.



Ускладнення

Інтраопераційні ускладнення:

- кровотечі (із судин передньої черевної стінки, гіпотонія та атонія матки, ДВЗ);
- продовження розрізу на судинні пучки;
- поранення суміжних органів.

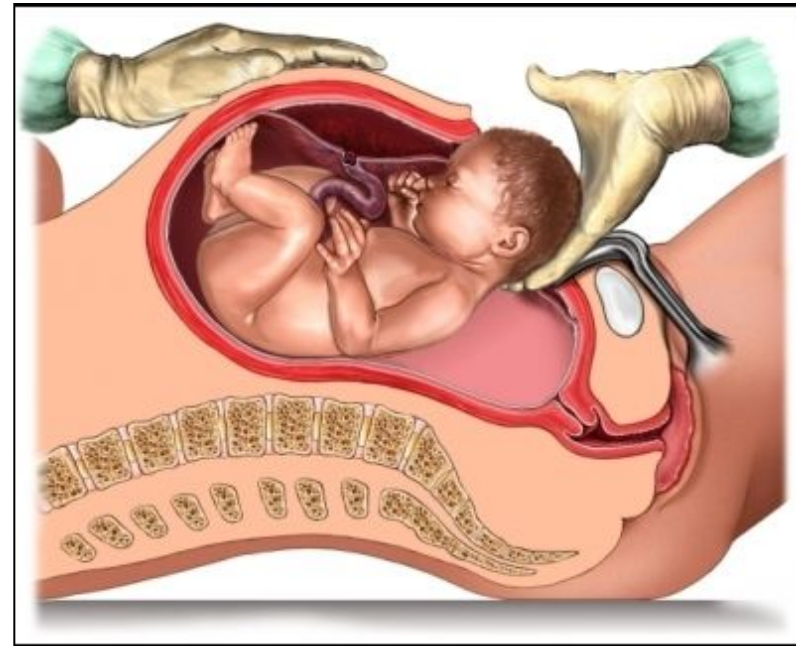
Післяопераційні ускладнення:

- геморагічні;
- тромбоемболічні;
- гнійно-септичні;
- розходження швів;
- пов'язані з пораненням суміжних органів;
- пов'язані з наркозом.



Показання до екстраперитонеального КР:

- 1. Довгий безводний проміжок (більше 24 годин)**
- 2. Гіпертермія в пологах.**
- 3. Наявність ендометриту, хоріоамніоніту в пологах.**
- 4. Остеомієліт, кавернозний туберкульоз легень.**
- 5. Медикаментозна алергія на антибіотики.**



Акушерські щипці

- металевий інструмент для штучного витягнення голівки живого доношеного плода через природні пологові шляхи жінки або через розріз на матці за показаннями.

Акушерські щипці заміняють недостатню або відсутню пологову діяльність, але вони не можуть застосовуватися для насильного зменшення передлежачої частини або ротації голівки в тазу матері. Голівка в щипцях самостійно виконує свій природній біомеханізм пологів.

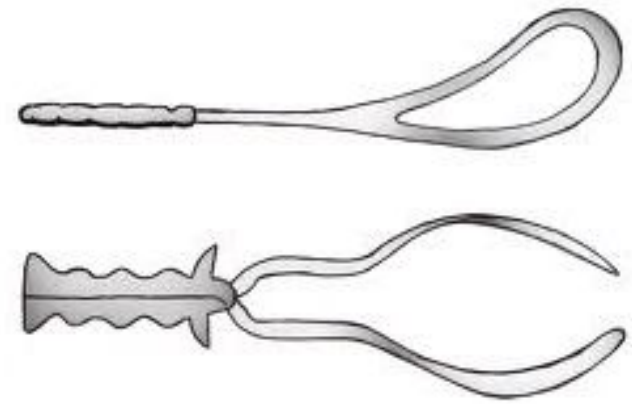
Є 4 типи щипців:

- 1 – російські – мають дуже рухомий замок, довгі ложки та не мають тазової кривизни;
- 2 – англійські (Феноменова-Симпсона) – мають достатньо рухомий замок, тазову кривизну;
- 3 – німецькі – обмежено рухомий замок;
- 4 - французькі – дуже довгі, замок нерухомий.



Дві ложки (ліва і права) складаються.

- **власне ложки**, яка має 2 кривизни (тазову та головну), з віконцем.
- **рукоятки** – ребриста поверхня;
- **замка** – помірно рухомий, на зовнішній поверхні гачки Буша.



Загальна довжина інструмента 35 см, вага – 500 г.

Показання до накладання акушерських щипців:

- 1. Тяжка прееклампсія або еклампсія в II п. п.**
- 2. Передчасне відшарування плаценти в II п. п.**
- 3. Ендометрит в пологах.**
- 4. Слабкість пологової діяльності в II п. п.**
- 5. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення II п. п.**
- 6. Дистрес плода в II п. п.**

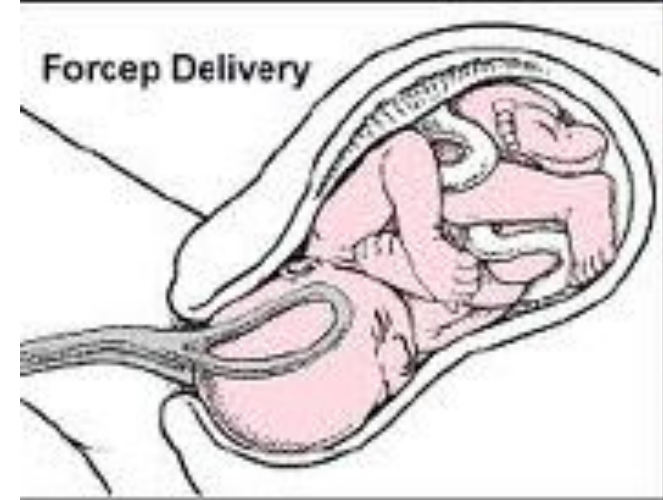
Протипоказання:

1. Мертвий плід.
2. Дуже маленький (маса менше 2 кг) або гігантський плід.
3. Аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія та ін.).
4. Анатомічно вузький таз (II-IV ст.).
5. Розгинальні вставлення голівки.
6. Голівка плода над входом в таз або в I площині).
7. Велика пологова пухлина на голові плода.



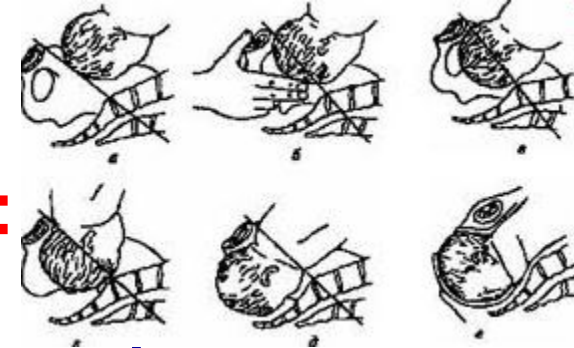
Умови до накладання:

1. Живий плід.
2. Повне розкриття шийки матки.
3. Відповідність між розмірами голівки та тазом жінки.
4. Голівка не дуже мала і не дуже велика.
5. Голівка в порожнині або у виході з малого тазу.
6. Відсутність плідного міхура.



Підготовка до операції:

- Анестезія: загальна, епідуральна, або пудендальна.
- Дезинфекція зовнішніх статевих органів.
- Спорожнення сечового міхура та кишківника.
- Піхвове дослідження для визначення умов для накладання шипців.



Техніка накладання:

1. Введення ложок.

I правило “3-Л, 3-П”: ліва ложка, ліва рука, ліва половина тазу; права ложка, права рука, права половина тазу;

II правило “3 вісі”: поздовжня вісь тазу, голівки, щипців.

2. Замикання гілок щипців.

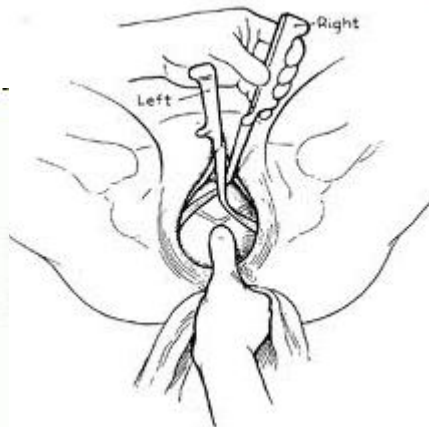
3. Пробна тракція.

III правило “3 позиції-3 тракції”: 1) голівка плода у вході в малий таз (високі щипці) – тракції донизу до стоп;

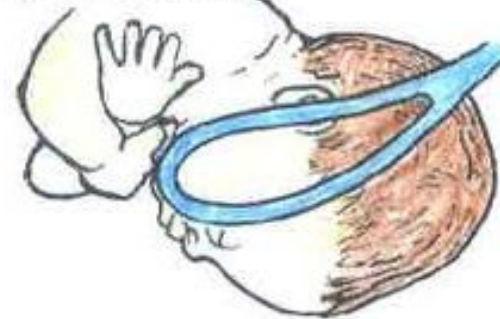
2) Голівка в порожнині малого тазу (порожнинні) – тракції на груди (на себе); 3) голівка у виході з малого тазу (вихідні) – тракції на лице (на груди).

4. Робочі тракції.

5. Зняття щипців.



The correct cephalic application.



Ускладнення:

Материнські:

- Розриви пологових шляхів.
- Пошкодження кісток тазу.
- Пошкодження тазових нервів.
- Післяпологова кровотеча.
- Післяпологова інфекція.

Плодові:

- Травмування лицевого черепа.
- Кефалогематома.
- Внутрічерепні крововиливи.
- Защемлення лицевого нерва.
- Асфіксія новонародженого.



Вакуум-екстракція плода

- розроджуюча операція, при якій плід витягується через природні пологові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора.

Вакуум-екстрактор складається з вакуум-апарата і чашок діаметром 3, 4, 5 або 6 см.

Принцип роботи: створення негативного тиску між чашкою і голівкою плода для витягнення плода.

- Показання такі самі, як при акушерських щипцях.
- Пологова діяльність не виключається.
- Розкриття шийки матки не менше 7 см.
- Пудендальна анестезія.
- Голівка самостійно виконує моменти біомеханізму пологів.



Переваги вакуум-екстракції перед щипцями

- Анестезія не обов'язкова, що є важливим для серцевих та легневих хворих.
- Менша компресія голівки плода, рідше виникає ушкодження обличчя.
- Рідше виникають розриви пологових шляхів.
- Можна накладати до повного розкриття зіву.
- Можна накладати на високо стоячій голівці.



Плодоруйнівні операції

- навмисні пошкодження або розчленування плода, з метою створення умов для видалення його через природні пологові шляхи в зменшених розмірах.

Плодоруйнівні операції поділяються на три групи:

- операції, які зменшують об'єм плода за рахунок зменшення об'ємних частин: краніотомія, евентерація;
- операції розчленування плода на частини і витягання плода по частинах: декапітація, спондилотомія, екзартикуляція;
- операції, які зменшують об'єм тіла за рахунок максимального збільшення рухомості між окремими частинами тіла плода: клейдотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок.

КРАНІОТОМІЯ - операція, при якій зменшується об'єм черепа плода.

Виконуються такі послідові втручання:

- перфорація голівки;
- ексцеребрація голівки - руйнування мозку і видалення;
- краніоклазія - стиснення перфорованої голівки з наступним виведенням родовими шляхами.

Показання: всі випадки загибелі плода, очікуваною масою понад 2500,0, з метою уникнення травм пологового каналу.

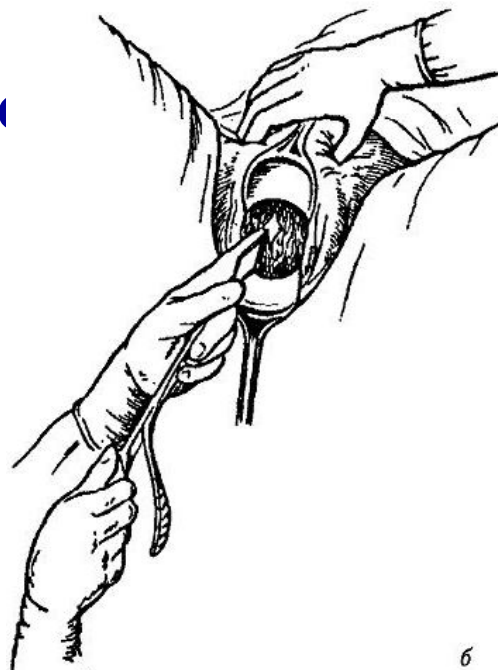
Умови для краніотомії:

- відсутність абсолютно вузького таза (с. veга > 6 см);
- розкриття шийки матки при перфорації та ексцеребрації голівки повинна бути > 6 см , а при краніоклазії - повне;
- загальна анестезія;
- голівка плода повинна бути фіксована помічником;
- відсутність плодового міхура.



Для виконання операції краніотомії необхідні наступні спеціальні інструменти:

- перфоратор Бло або Феноменова;
- ложка-катетер (ексцеребратор Агафонова)
або велика тупа ложка, або тупа кюретка;
- краніокласт Брауна;
- вагінальні дзеркала та підйомники;
- двозубці чи кульові щипці;
- скальпель;
- ножиці Феномена

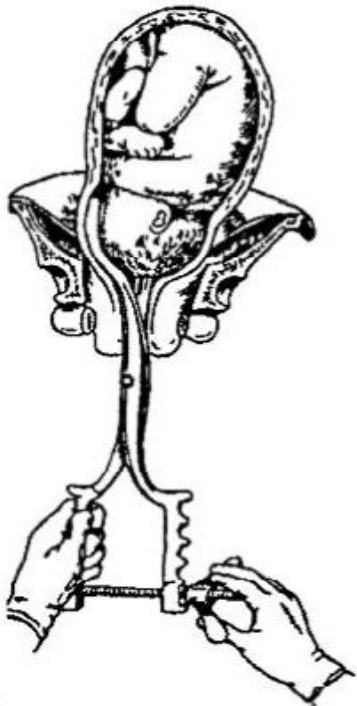


Перфорація голівки:

а— перфоратор Бло;

б—перфорація передлежачої голівки;

в—перфорація послідууючої голівки



Накладання краніокласта:

а — введення внутрішньої бранші;

б — введення зовнішньої бранші;

в - краніокласта;

г — тракції голівки краніокластом—
замыкание

ДЕКАПІТАЦІЯ /Dekapitatio/ - обезголовлення плода.

Показання: запущене поперечне положення мертвого плода.

Умови:

- повне відкриття маткового вічка;
- доступність шиї плода для обстеження та маніпуляцій;
- достатні розміри тазу (с. veга > 6 см).

Інструменти для декапітації:

а - крючок Брауна,

б – ножниці.

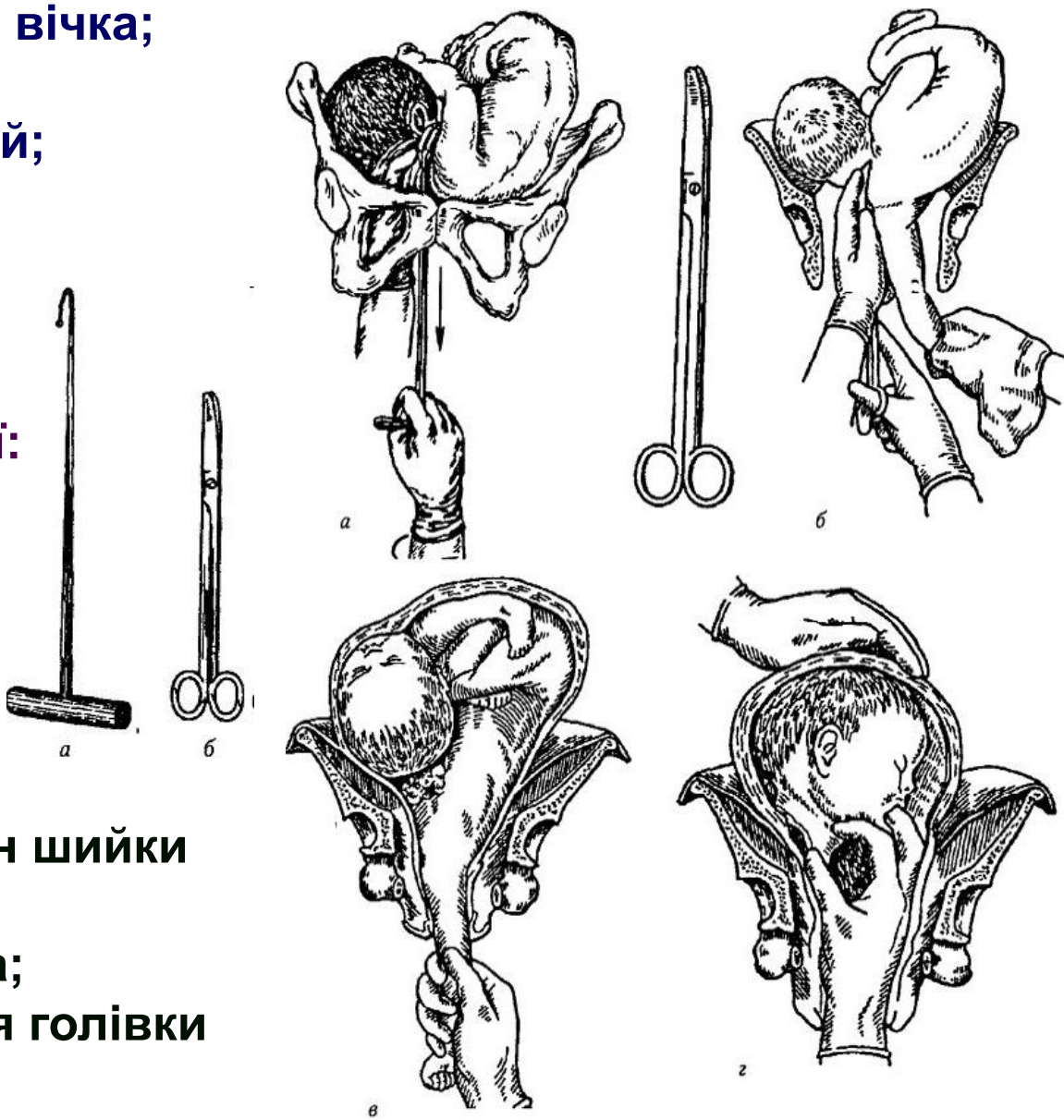
Декапітація:

а - вивих шийних хребців;

б - розсічення м'яких тканин шийки плода;

в - добування тулуба плода;

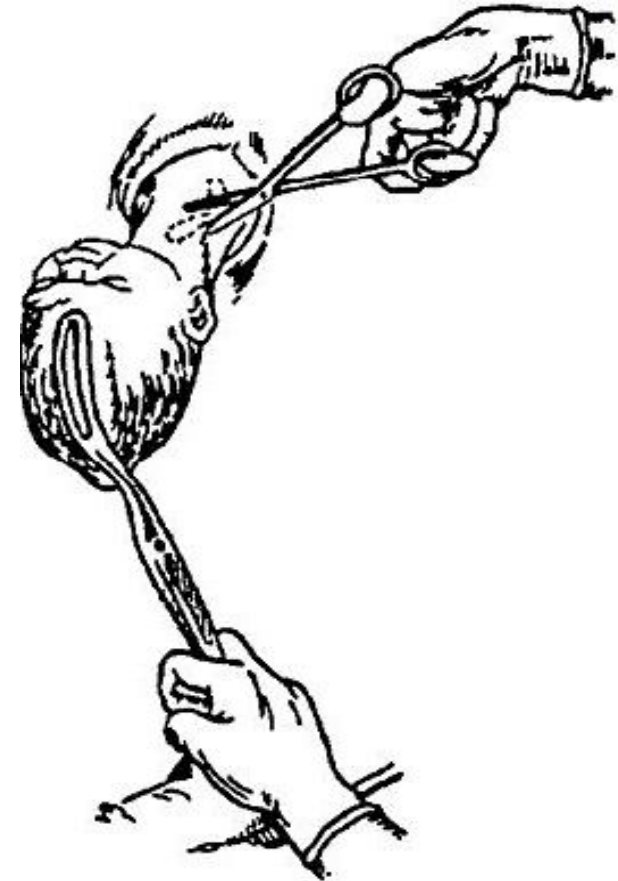
г - захоплення та добування голівки плода



КЛЕЙДОТОМІЯ - РОЗТИН КЛЮЧИЦІ (Cleidotomia)

-виконується для зменшення об'єму плечового поясу шляхом розсічення ключиць.

Показання: труднощі при виведенні плечиків плода.



СПОНДИЛОТОМІЯ - розтин хребта.

ЕВЕНТЕРАЦІЯ - видалення внутрішніх органів черевної чи грудної порожнини.



Після кожної плідоруйнівної операції необхідно:

- **ретельно перевірити цілісність пологових шляхів;**
- **виконати ручне обстеження стінок матки з попереднім видаленням посліду, щоб переконатися в цілісності її стінок;**
- **перевірити сечовий міхур шляхом катетеризації.**



Ускладнення:

- **Травми зовнішніх статевих органів та промежини.**
- **Травми піхви.**
- **Гематоми вульви та піхви.**
- **Травми шийки матки.**
- **Перфорація матки.**
- **Травма сечовивідного каналу, сечового міхура.**
- **Травма кісткового тазу.**

Операція класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку з наступним вилученням плода

- проводять лише у випадку розродження другого плода при двійні.

Умови для операції акушерського класичного повороту:

- Повне розкриття шийки матки.
- Достатня рухливість плода.
- Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
- Плодовий міхур цілий або води тільки що відійшли.
- Живий плід середніх розмірів.
- Точне знання положення і позиції плоду.
- Відсутність структурних змін в матці і пухлин у області піхви.

Протипоказання для операції акушерського класичного повороту:

- Запущене поперечне положення плода.
- Загрозливий розрив матки, що почався або який відбувся.
- Вроджені вади розвитку плоду.
- Нерухомість плоду.
- Вузкий таз (II-IV ступені звуження).
- Маловоддя.
- Великий або гігантський плід.
- Рубці або пухлини піхви, матки, малого таза.
- Важкі екстрагенітальні захворювання. Тяжка прееклампсія.



Рис. 20. Поперечное положение плода:

а — первая позиция, передний вид; б — вторая позиция, задний вид

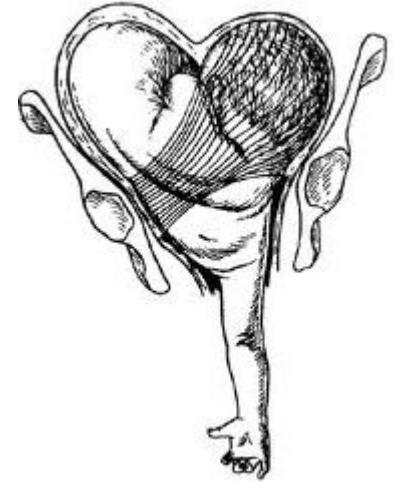
Техніка операції акушерського класичного повороту включає наступні етапи:

1. Введення руки в порожнину матки.
2. Відшукування, вибір та захоплення ніжки.
3. Власне поворот плода і витягання ніжки до підколінної ямки.
4. Після завершення повороту проводять вилучення плода за ніжку.



Труднощі та ускладнення:

- Ригідність м'яких тканин родового каналу, спазм маткового зіву, які усуваються застосуванням адекватного наркозу, спазмолітиків, епізіотомії.
- Випадіння ручки, виведення ручки замість ніжки.
- Розрив матки.
- Випадіння петлі пуповини після закінчення повороту вимагає обов'язкового наступного вилучення плода за ніжку.
- Дистрес плода, пологова травма, інтранатальна загибель плода.
- Інфекційні ускладнення в післяпологовому періоді.



Після класичного повороту плода на ніжку слід провести ручне обстеження цілості стінок матки.



Витягання плода за тазовий кінець

- це ургентна операція завдяки якій плід, що перебуває в тазовому передлежанні, витягується з пологових шляхів.

Показання:

- Важка прееклампсія та еклампсія в пологах.
- Важка екстрагенітальна патологія у матері.
- Слабкість пологової діяльності.
- Септичні ускладнення в пологах.
- Дистрес плода.

Умови:

- Повне розкриття шийки матки.
- Плодовий міхур відсутній.
- Розміри голівки плода повинні відповідати розмірам тазу.
- Живий плід.
- Наркоз. Довенне введення спазмолітиків.

Є три види операцій витягання плода за тазовий кінець:

1. Операція витягання плода за ніжку - проводиться при неповному ніжному передлежанні. Техніка операції складається з трьох етапів:
 - I - витягання плода до нижнього кута передньої лопатки.
 - II - звільнення плечового поясу.
 - III - звільнення голівки.
2. Операція витягання плода за обидві ніжки - витягання плода за обидві ніжки використовується при повному ніжному передлежанні.
3. Операція витягання плода за паховий згин.

Ускладнення:

- травмапологових шляхів,
- травма плода,
- закидання ручок,
- утворення заднього виду.

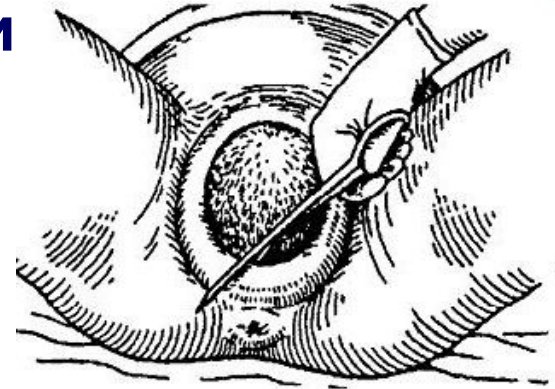
Операції для підготовки пологових шляхів

ПЕРІНЕОТОМІЯ — розсічення промежини по середній лінії (в пологах).

ЕПІЗІОТОМІЯ — розсічення вульварного кільця в латеральну сторону.

Показання:

- Ознаки загрози розриву промежини по старому рубцю
- Загроза розриву «високої» промежини
- Дистрес плода
- При оперативних пологах



a

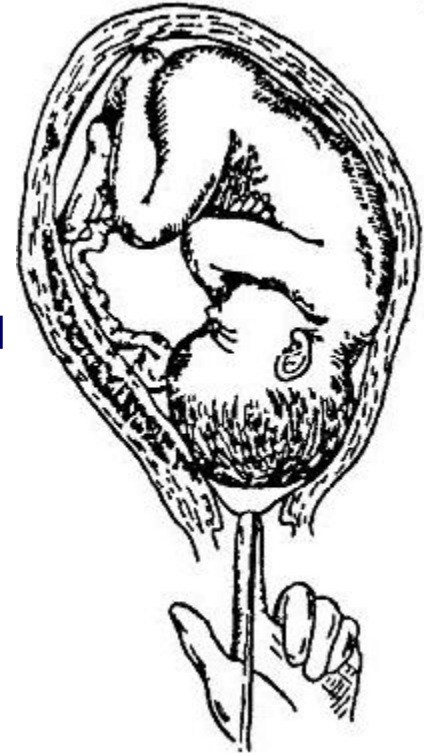


b

АМНІОТОМІЯ — штучне вскриття плодового міхура.

Показання:

- проведенняпологозбудження
- плоскийпліднийміхур
- Багатоводдя
- Неповнепередлежанняплаценти
- Проведенняпологостимуляції
- Захворюваннясерцево-судинноїсистеми
(вади серця, гіпертонічна хвороба)
- Прееклампсія
- Розкриттязівуна 6-7 см



Ускладнення:

- пошкодження голівки
- випадіння петель пуповини
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- зміна положення плода

«Настоящего, хорошего хирурга можно узнать не по количеству выполненных им операций, а по тому количеству операций, которых удалось избежать.....

Потому что сама операция, – в разной, разумеется, степени – вопрос техники, воздержание же от нее есть искуснейшая работа разума, строжайшей самокритики и точнейшего наблюдения»



Ю. Герман «Дело, которому ты служишь»

Дякую за увагу!