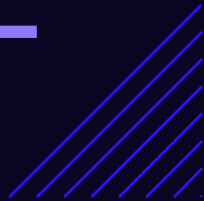
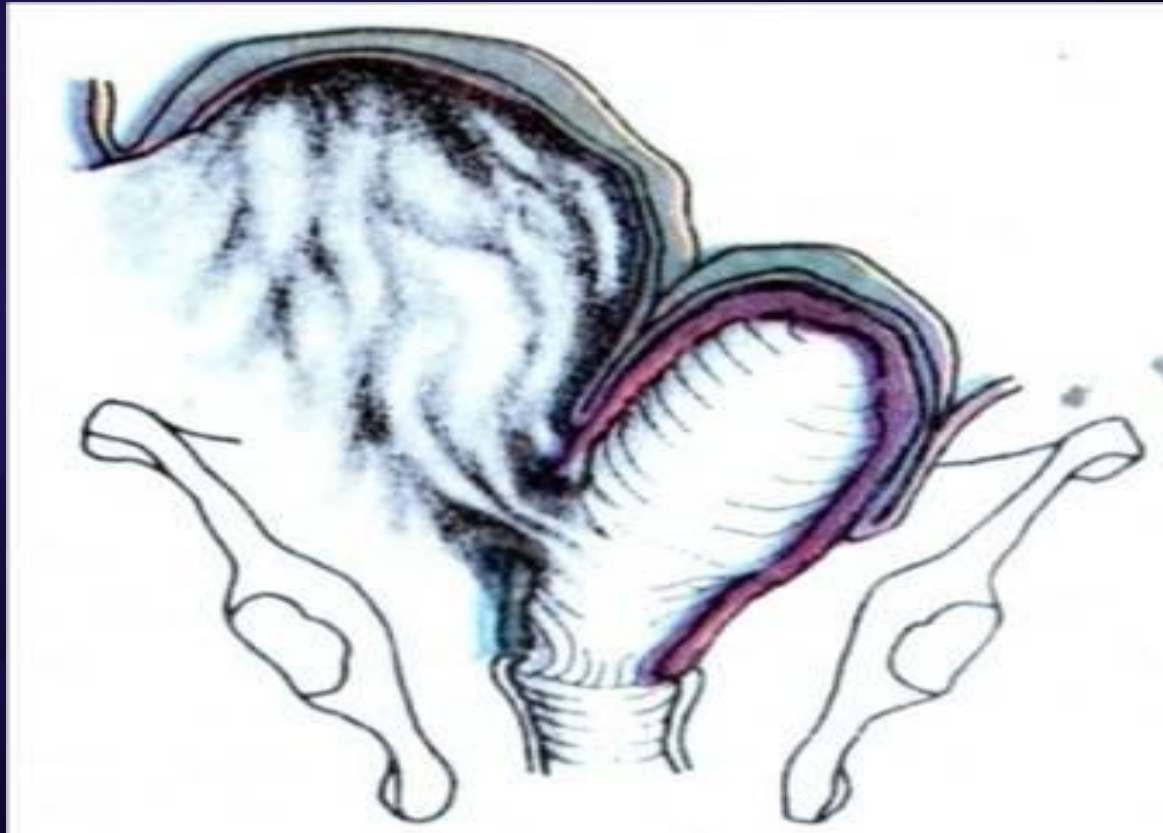


Пологовий травматизм Акушерські операції



Пологовий травматизм



Розрізняють пологовий травматизм матері та плоду



- До пологового травматизму матері відносять травматичні ушкодження м'яких тканин пологових шляхів під час пологів:
- розриви шийки матки, піхви, вульви, промежини, матки;
- розходження і розрив симфізу,
- травматичні ушкодження уретри, сечового міхура і прямої кишки.

- Під терміном «пологова травма» мають на увазі пошкодження плоду, що виникли при його проходженні через пологові шляхи.
- Пошкодження плоду в результаті акушерських маніпуляцій (поворот, накладення щипців, хірургічні втручання) при ускладнених пологах прийнято визначати як акушерську травму.

Пологові травми

- кефалогематома;
- тріщини і переломи кісток черепа;
- внутрішньочерепні пологові травми (епідуральні, субдуральні, субарахноїдальні, внутрішньомозкові і змішані крововиливи);
- пологова травма спинного мозку;
- травми ключиці і кінцівок;
- субкапсулярна гематома печінки, крововилив в надниркові залози.

- Кефалогематома



- Внутрішньочерепна
пологова травма



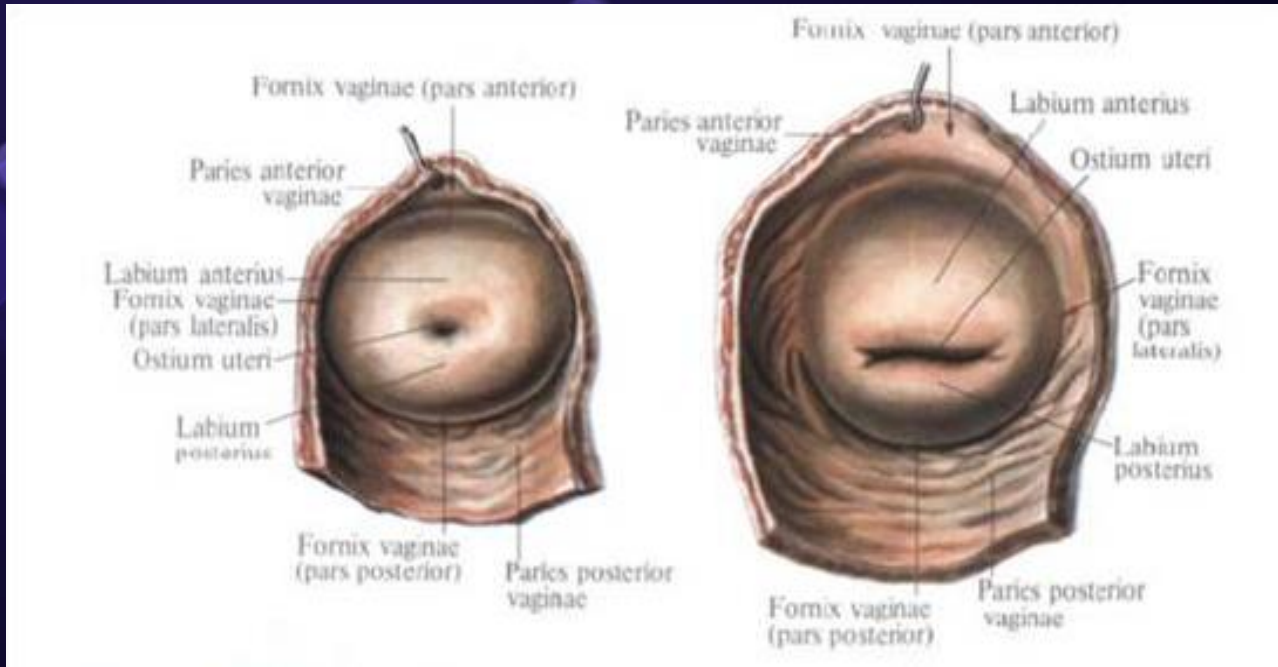
- перелом ключиці



- верхній параліч
(Дюшена-Ерба)



Незначні бічні надриви шийки матки вважають фізіологічними, тому що вони виникають у всіх породіль при перших пологах.



Розриви слизової оболонки вульви і піхви

- бувають спонтанними і насильницькими (при оперативному розродженні);
- виникають переважно при статевому інфантилізмі, кольпіті, швидких і стрімких пологах, макросомії;

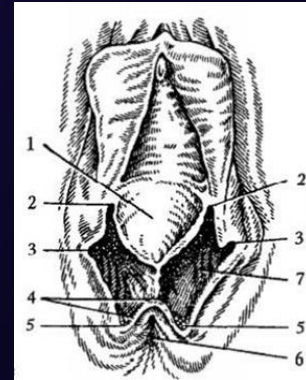
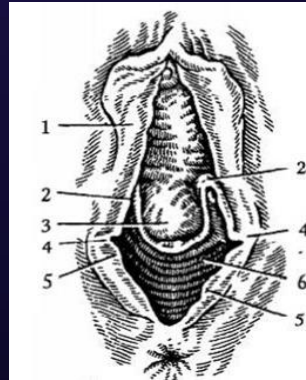
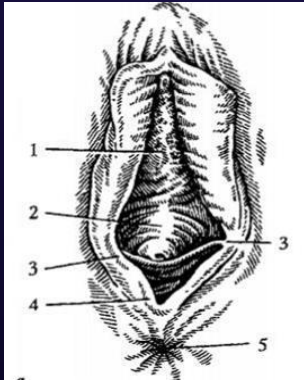
- клінічним проявом є кровотеча різного ступеня вираженості в кінці II періоду, в послідовному або ранньому післяпологовому періоді;
- діагноз встановлюють на підставі детального огляду зовнішніх статевих органів і піхви;
- лікування полягає в ушиванні розривів окремими або неперервними швами, починаючи з верхнього кута рани.

Розриви промежини

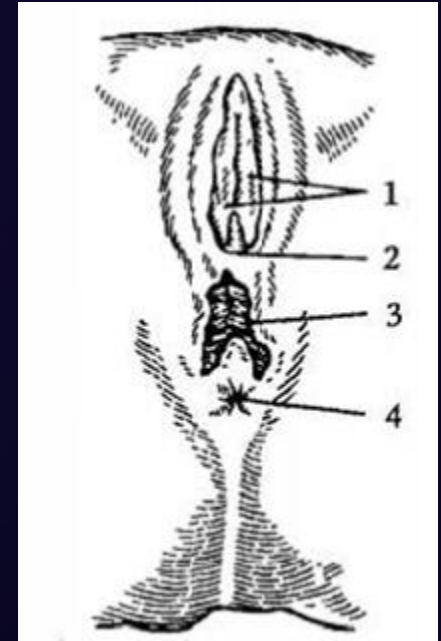
- розрізняють спонтанні і насильницькі (при акушерських операціях, неправильному веденні пологів);
- **за клінічним перебігом розрізняють:**
 - загрозливий;
 - що розпочався;
 - розрив промежини, що відбувся.

За глибиною ураження виділяють 3 ступеня:

- I ступінь - розрив задньої спайки, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см);
- II ступінь - ушкодження м'язів промежини, стінок піхви і м'язів промежини;
- III ступінь - ушкодження m. levator ani і стінки прямої кишки;



- виділяють центральний розрив промежини, при якому спостерігаються розриви задньої стінки піхви, м'язів тазового дна та шкіри промежини, а задня спайка і *m. levator ani* залишаються цілими.



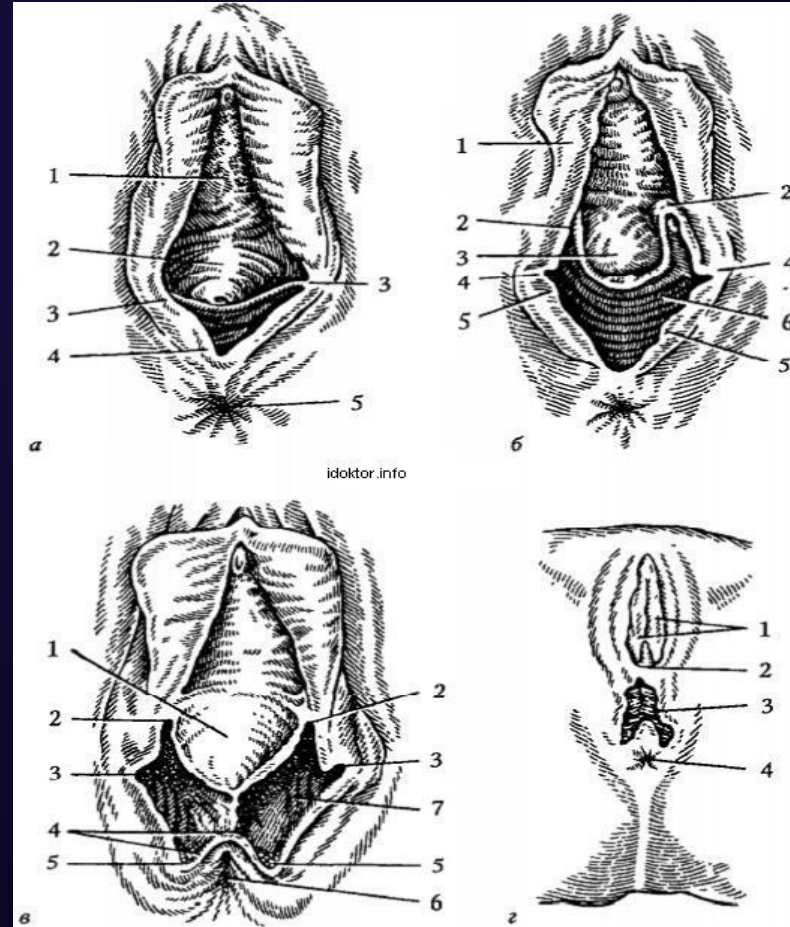
Розриви промежини

а-розрив I ступеня: 1- передня стінка піхви; 2 - задня стінка; 3 - край розірваної задньої спайки; 4 - шкіра промежини; 5 - анус;

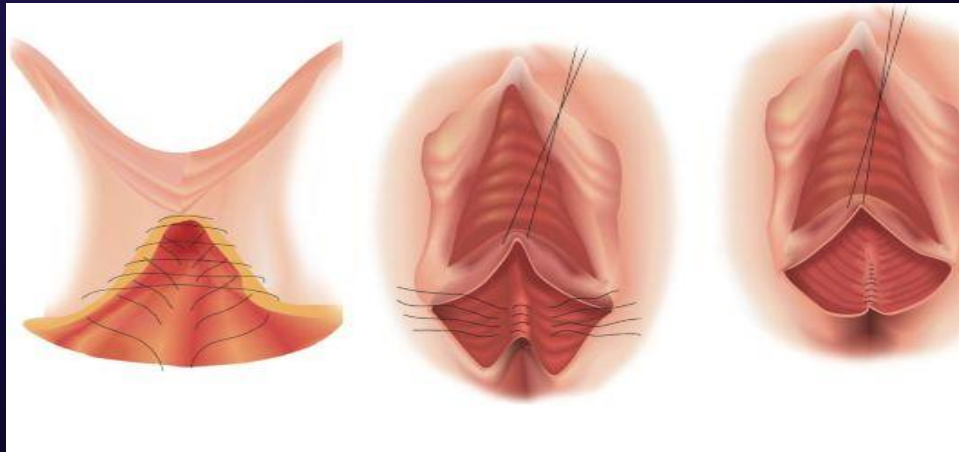
б-розрив II ступеня: 1- мала статеві губа, 2 - верхній кут розриву; 3 - задня стінка піхви, 4 - край розірваної спайки; 5 - розірвана шкіра промежини, 6 - розірвані м'язи тазового дна;

в-розрив III ступеня: (в розрив залучений сфінктер прямої кишки): 1 - задня стінка піхви, 2 - верхній кут розриву; 3 - край розірваної задньої спайки; 4 - слизова оболонка прямої кишки, 5 - волокна розірваного сфінктера, 6 - анус; 7 - розірвані м'язи тазового дна;

г-центральный розрив промежини: 1 - малі статеві губи, 2 - задня спайка; 3 - розрив промежини; 4 - анус.



- Цілість промежини відновлюють під місцевою чи провідниковою анестезією розчином новокаїну або під загальним наркозом. Промежину починають зашивати з верхнього кута розриву, потім послідовно зверху вниз накладають на край стінки піхви шви до формування задньої спайки.
- При розриві промежини III ступеня стінку прямої кишки ушивають вузлуватими швами, занурюючи їх в отвір кишки. Потім ушивають зовнішній м'яз-замикач відхідника вузловими швами, безперервними швами ушивають задню стінку піхви, окремими швами — ніжки м'язів-підіймачів відхідника після їх виділення. Окремі шви накладають на шкіру промежини.



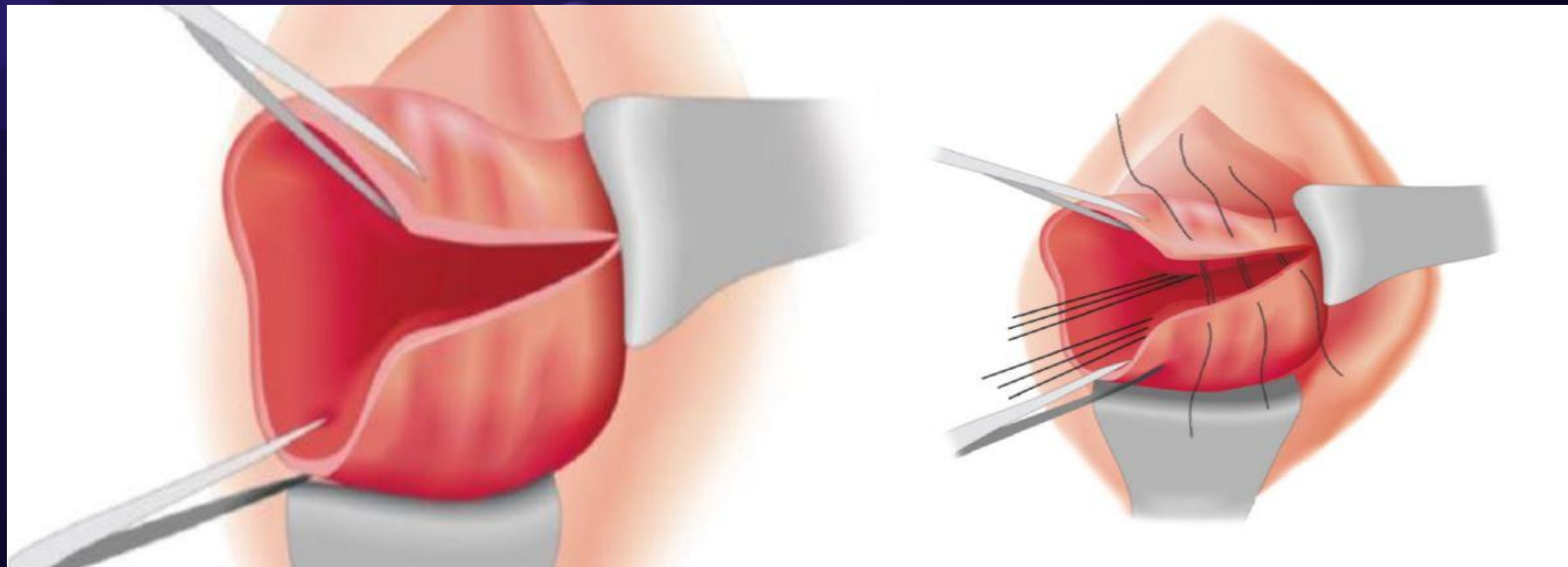
Розриви шийки матки

- можуть бути мимовільними і насильницькими (при форсованому або оперативному розродженні);
- розрізняють розриви шийки матки 3 ступенів:
 - I ступінь - розриви довжиною не більше 2 см;
 - II ступінь - розриви довжиною більше 2 см, що не досягають склепінь піхви;
 - III ступінь - розриви, що досягають склепінь піхви або переходять на верхній відділ піхви.

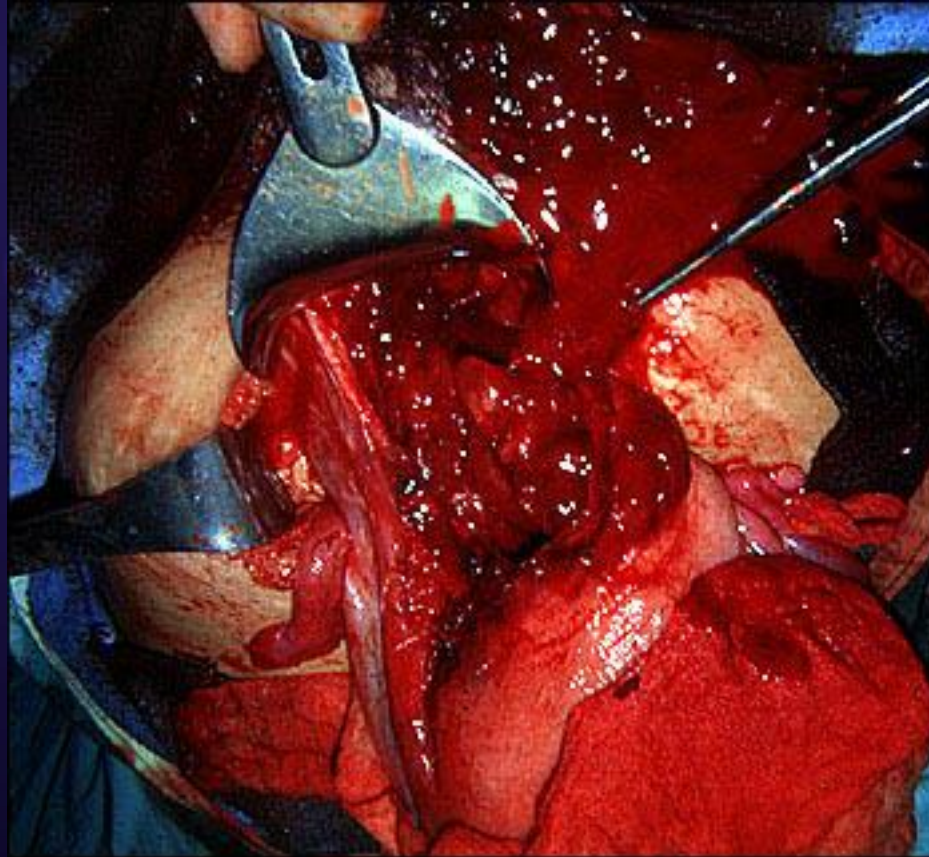
Розриви шийки матки

- розриви шийки матки проявляються кровотечею, яка починається відразу після народження плода;
- діагноз встановлюють при огляді шийки матки за допомогою дзеркал;
- розриви шийки матки ушивають вузлуватими швами, причому перший шов накладають трохи вище місця розриву.

Розрив шийки матки і його ушивання



Розрив матки



Теорії виникнення розриву матки

- за теорією **Л.Бандля** (1875), розрив матки - це результат перерозтягнення нижнього сегмента, пов'язане з механічною перешкодою для народження плода (вузький таз, великий плід, неправильне вставлення голівки, неправильне положення плода, пухлини яєчника або матки, рубцеві зміни шийки матки);
- за теорією **Я.Вербова** (1911-1913), серед причин розривів матки виділяють морфологічні зміни стінки матки.

Причини розриву матки

- рубець після попереднього кесаревого розтину, особливо в разі прикріплення плаценти в області рубця;
- інфантилізм;
- вади розвитку матки;
- рубцеві зміни внаслідок абортів;
- ускладнений перебіг попередніх пологів;
- інфекційні процеси.

Класифікація розривів матки за Л.С. Персіаніновим

I. За часом виникнення:

- Розрив під час вагітності.
- Розрив під час пологів.

II. За патогенетичною ознакою:

а) Мимовільні:

Типові:

- механічні (механічна перешкода для розродження і здорова матка);

Атипові:

- гістопатичні (при патологічних змінах стінки матки);
- механічно-гістопатичні (при поєднанні механічної перешкоди для розродження і патологічних змін маткової стінки).

б) Насильницькі розриви матки:

Травматичні - грубе втручання під час вагітності або пологів при відсутності перерозтягнення нижнього сегмента або під час вагітності та пологів від випадкової травми.

Змішані - зовнішній вплив при перерозтягненні нижнього сегмента.

Класифікація розривів матки за Л.С. Персіаніновим

III. За клінічним перебігом:

- Загрозливий розрив.
- Розрив, що розпочався.
- Розрив, що відбувся.

IV. За характером пошкодження:

- Тріщина (надрив).
- Неповний розрив (що не проникає в черевну порожнину).
- Повний розрив (що проникає в черевну порожнину).

V. За локалізацією:

- Розрив у дні матки.
- Розрив у тілі матки.
- Розрив у нижньому сегменті.
- Відрив матки від склепінь піхви.

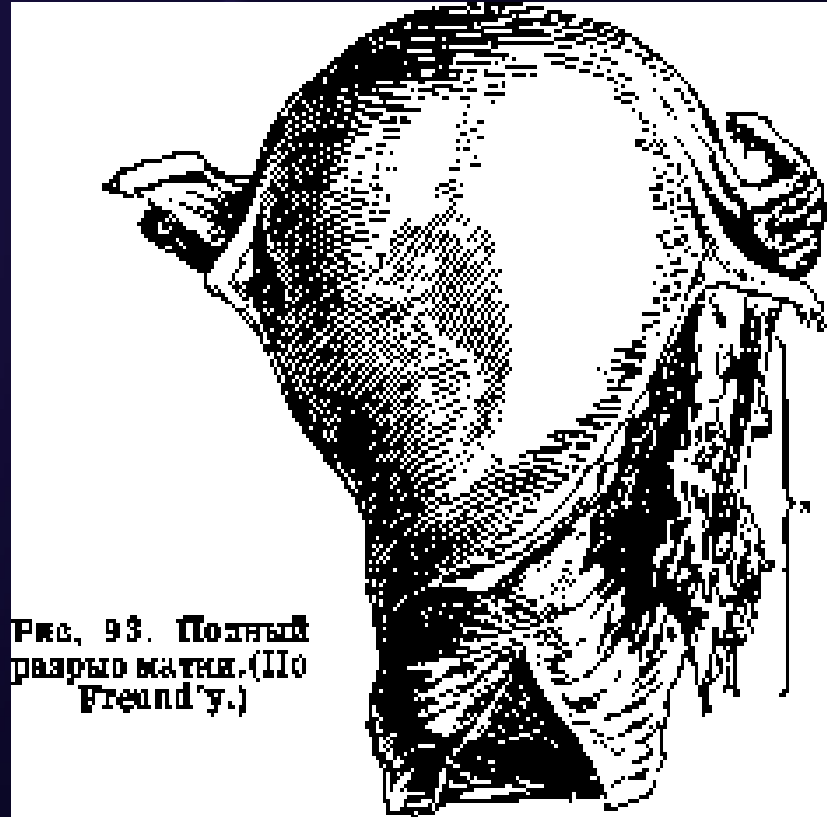


Рис. 93. Полный разрыв матки. (По Freund'у.)

Клінічна картина загрозливого розриву матки

- інтенсивна пологова діяльність, часті інтенсивні болісні перейми, погане розслаблення матки поза переймами;
- роділля неспокійна, збуджена; скарги на почуття страху, сильний біль внизу живота і попереку, що не припиняється та не знімається спазмолітиками;
- матка перерозтягнута, стоншена в області нижнього сегмента, болюча при пальпації;

- при повному розкритті маткового зіву межа між тілом матки і нижнім сегментом (контракційне кільце) зміщується до рівня пупка і займає косо положення, матка набуває вигляду “пісочного годинника”;



Фото. Матка у вигляді пісочного годинника. Контракційне кільце високо й косо - це ознака клінічно вузького таза, загрози розриву матки.

Клінічна картина загрозливого розриву матки

- круглі зв'язки матки напружені, сечовипускання болісне, прискорене або відсутнє в результаті розвитку синдрому здавлювання сечового міхура;
- пальпація частин плода утруднена в зв'язку з напругою матки;

- при диспропорції плоду і таза роділлі визначається позитивний симптом Генкеля-Вастена;



- просування передлежачої частини плода відсутнє;
- на голівці плода утворюється пологова пухлина, що поступово заповнює область малого таза роділлі;
- набряк шийки матки, піхви і зовнішніх статевих органів;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.

Клінічна картина загрозливого розриву матки по рубцю в нижньому матковому сегменті після перенесеного кесаревого розтину:

- біль внизу живота в області рубця під час вагітності, в останньому її триместрі, а на початку пологів - між переймами;
- болісні перейми на тлі об'єктивно слабких скорочень матки;

- слабка або дискоординована пологова діяльність, що не піддається корекції;
- підвищена болючість в одній з ділянок рубця на матці при пальпації, витончення, симптом «ніші»;
- затримка просування плода при повному розкритті шийки матки.

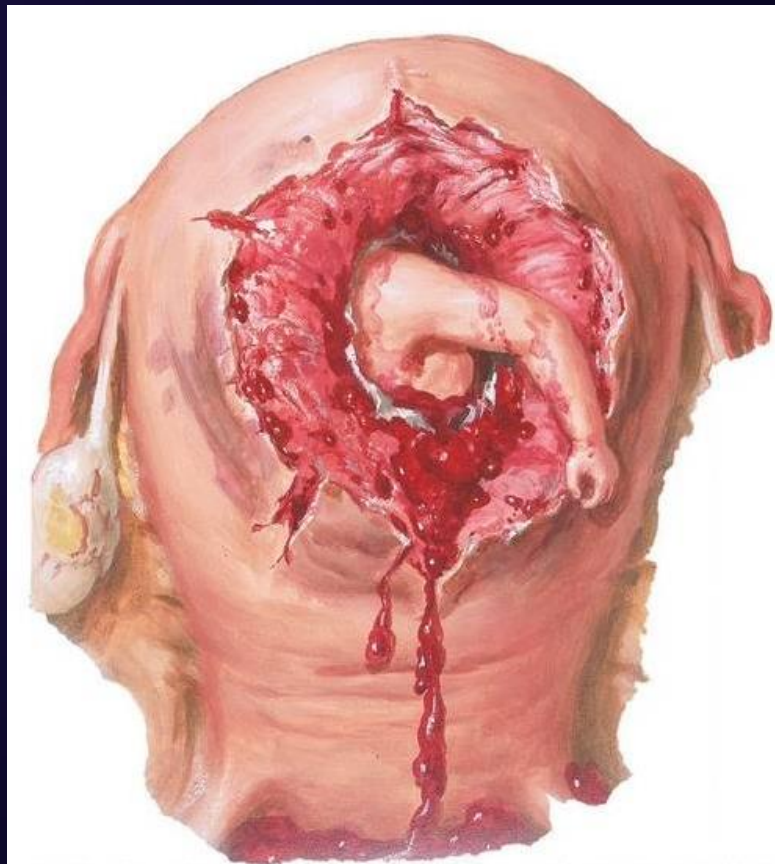
Клінічна картина розриву матки, що розпочався

- є подібною до такої при загрозовому розриві матки, проте перейми набувають судомний характер, з'являються кров'янисті виділення зі статевих шляхів, в сечі виявляють кров; виникають симптоми гіпоксії плода, порушуються ритм і частота серцебиття.

Клінічна картина розриву матки, що відбувся:

- момент розриву матки супроводжується відчуттям сильного раптового кинджального болю;
- пологова діяльність раптово припиняється;
- змінюються контури і форма матки, з'являються симптоми подразнення очеревини;

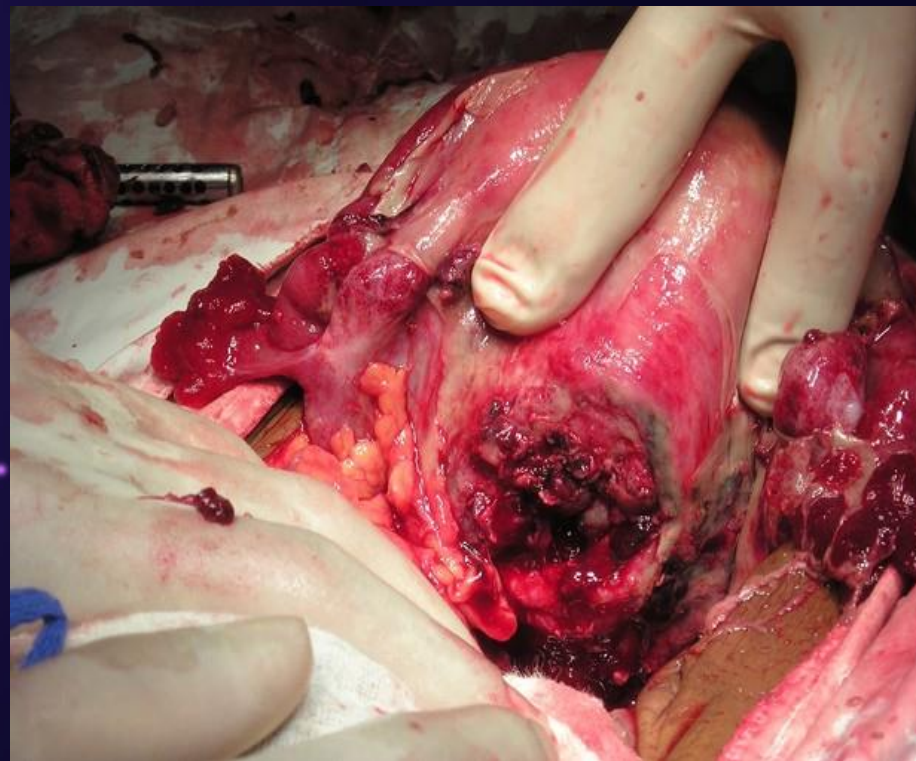
- плід виходить з порожнини матки і пальпується під шкірою поруч з маткою;
- серцебиття плода не вислуховується;
- можливі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, проте переважно кровотеча відбувається в черевну порожнину.



Мал. Розрив матки по рубцю, в анамнезі класичний корпоральний кесарів розтин



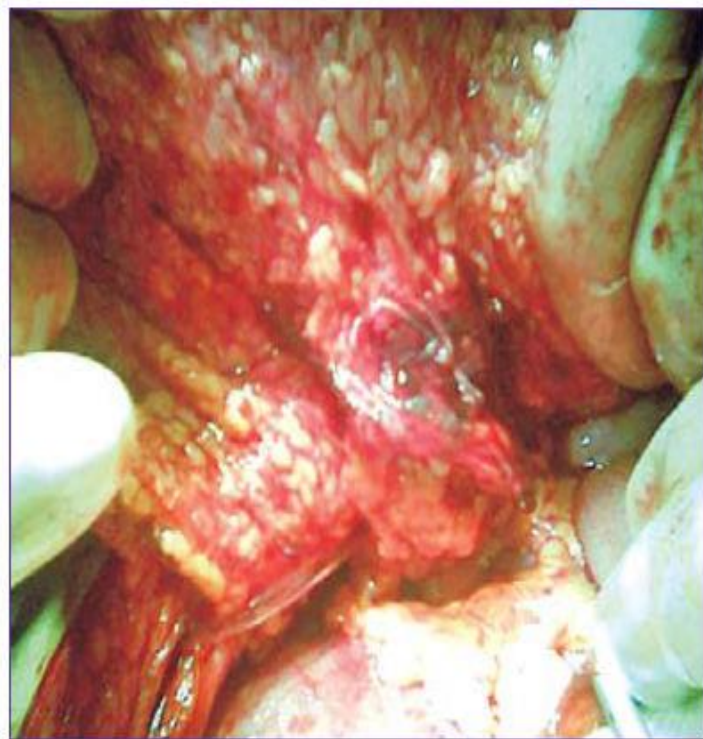
Розрив матки під час вагітності із виходом плода в черевну порожнину в цілому плодовому міхурі.



Розрив матки під час вагітності по рубцю внаслідок перфорації матки.

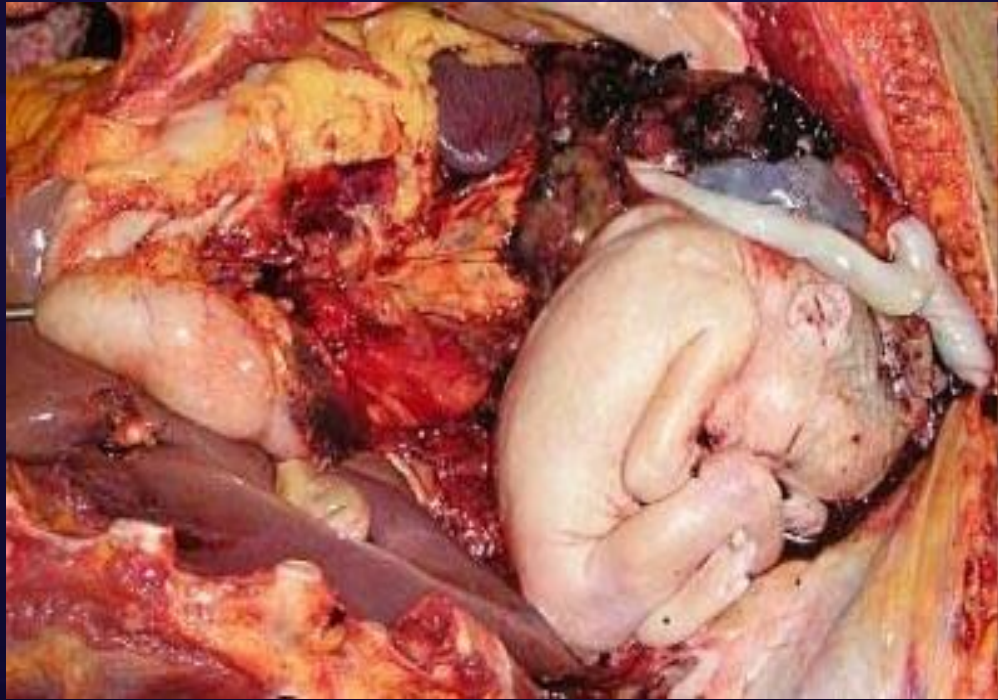


а



б

Рис. 2. Беременность 36 нед. Разрыв матки: а – место разрыва; б – участок отека сальника, прилегавшего к месту разрыва матки



- Положення плода в черевній порожнині



- Вид внутрішньої поверхні матки

Основні принципи надання невідкладної допомоги при загрозливому розриві матки

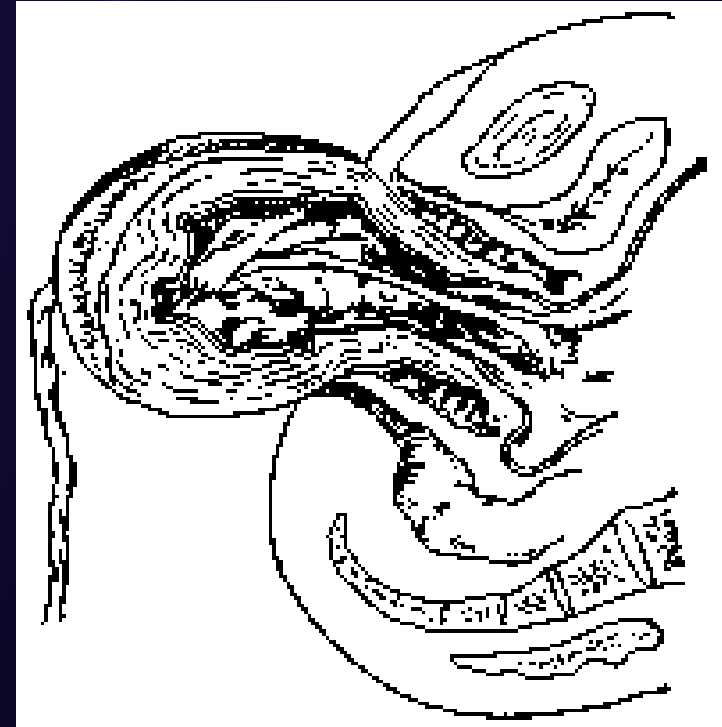
- роділля нетранспортабельна, допомога надається на місці;
- припинення пологової діяльності (застосування токолітиків і введення роділлі в наркоз);
- негайне розродження (при живому плоді - кесарів розтин, в інших випадках - плодоруйнівні операції).
- **протипоказано:** поворот плода, накладання акушерських щипців, витягання плоду за тазовий кінець.

Основні принципи надання невідкладної допомоги при розриві матки, що здійснився

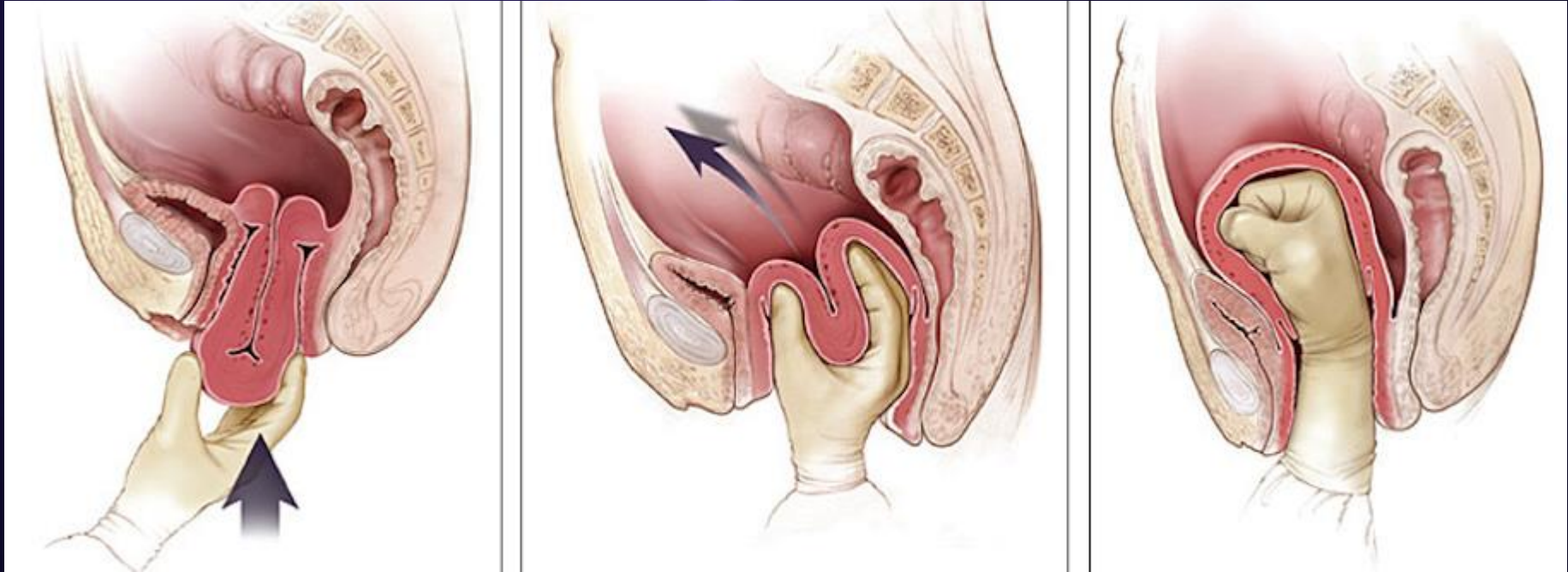
- негайна лапаротомія на тлі лікування геморагічного шоку і повноцінного знеболення;
- ревізія черевної порожнини, видалення мертвого плоду;
- огляд матки (особливо судинних пучків з обох боків), визначення обсягу пошкодження, локалізацію, глибину розривів, стан нижнього сегмента матки; ретельний огляд прилеглих органів;
- типовою операцією при розриві матки, що здійснився, є її екстирпація.

Виворіт матки

- рідкісний вид пологової травми;
- буває мимовільним, однак частіше - насильницьким;
- виникає при неправильних діях лікаря або акушерки в III періоді пологів: потягуванні за пуповину при плаценті, що не відокремилась, застосуванні прийому Креде-Лазаревича для виділення посліду та ін .;



Тактика - вправляння матки під наркозом



Пошкодження лонного зчленування

- фізіологічним вважається розходження, що становить менш ніж 5 мм.
- виділяють три ступеня розривів симфізу:
 - I - 6-9 мм;
 - II - 10-20 мм;
 - III - більш 20 мм.



Клінічна картина

- скарги на біль в області симфізу, яка посилюється при розведенні ніг, зігнутих в колінних і тазостегнових суглобах;
- вимушене положення тіла породіллі - лежачи на спині з розведеними стегнами при дещо зігнутих колінах (симптом Волковича)

Лікування

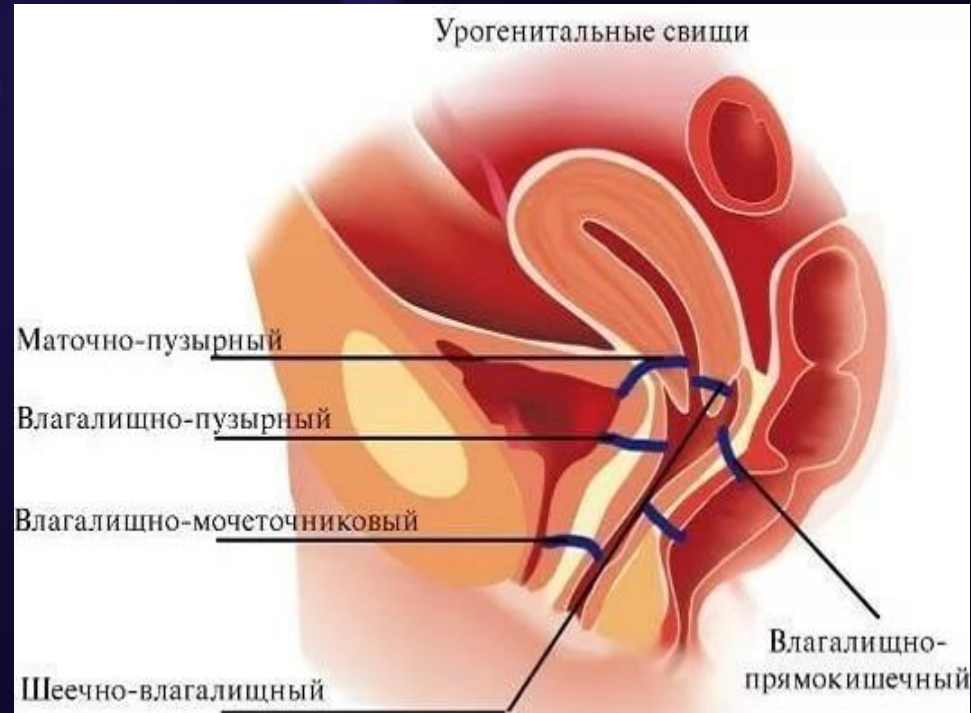
- при легких пошкодженнях симфізу рекомендують міняти положення тіла в ліжку - по черзі лежати то на лівому, то на правому боці;
- використовується також «гамак», який під впливом маси тіла стискає таз з боків.

Післяпологові нориці

- виникають в результаті насильницького пошкодження суміжних органів інструментами при оперативному втручанні; тривалого здавлення тканин між голівкою плода і тазом роділлі з некрозом і подальшим відторгненням ділянок тканин сечовивідних шляхів, прямої кишки і піхви.

Класифікація

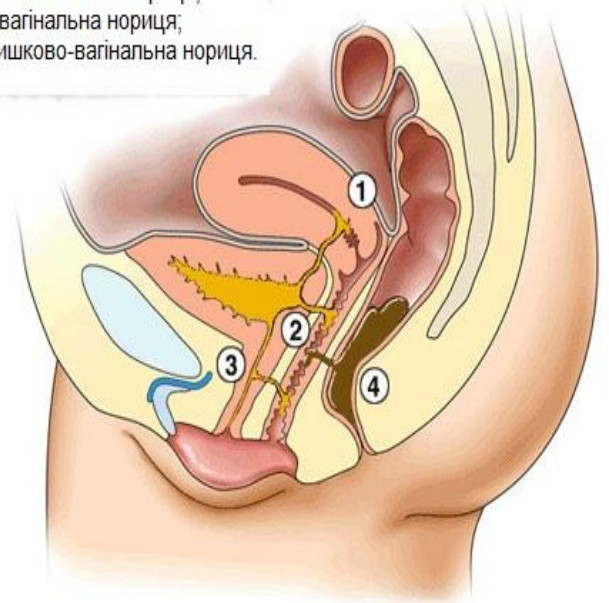
- міхурово-вагінальні;
- шийково-міхурові;
- уретро-вагінальні;
- сечовідно-вагінальні;
- кишково-вагінальні.



Клінічна картина

- нетримання сечі і вилиття її через піхву (сечостатеві нориці);
- виділення газів і калу через піхву (кишково-вагінальні нориці);
- хірургічне лікування - через 3-4 місяці після пологів.

1 - шийково-міхурова нориця;
2 - міхурово-вагінальна нориця;
3 - уретро-вагінальна нориця;
4 - прямокишково-вагінальна нориця.



Акушерські операції



Класифікація акушерських операцій

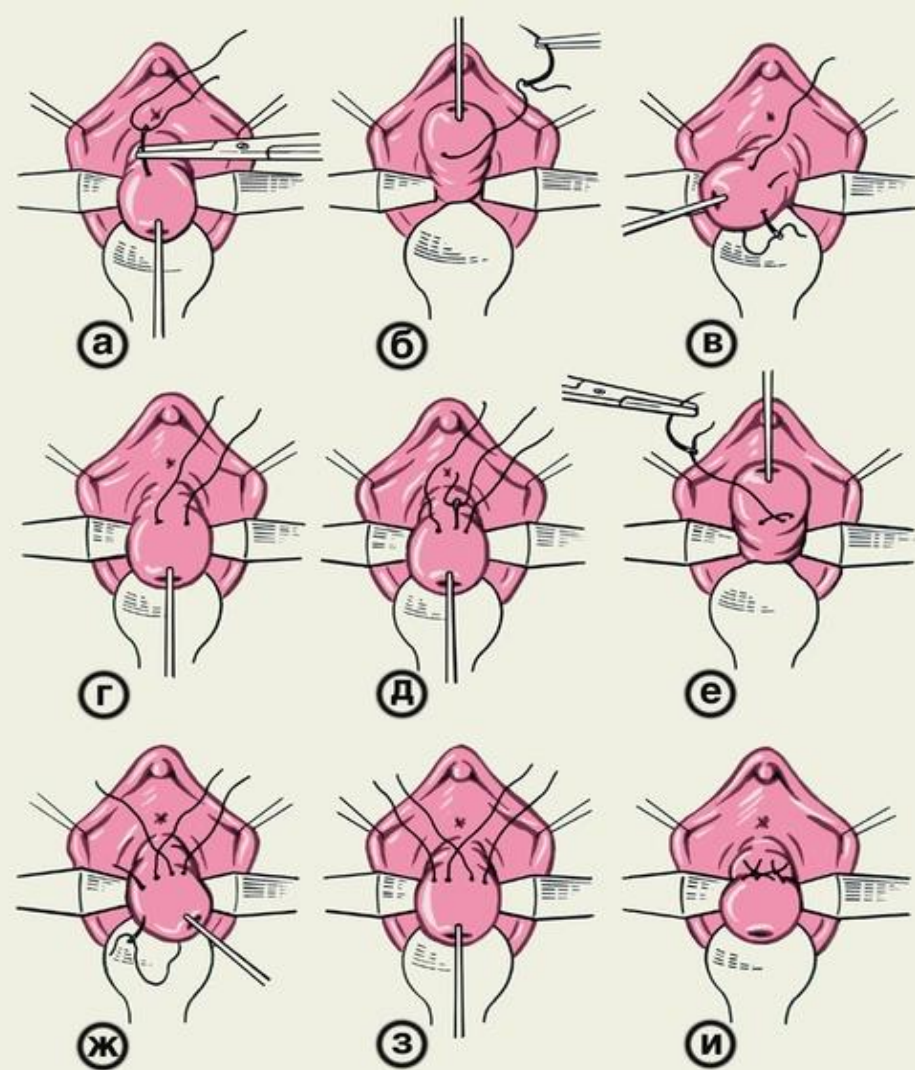
1. Операції для збереження вагітності;
2. Операції для переривання вагітності;
3. Операції, що коригують положення плода;
4. Операції для підготовки пологових шляхів;
5. Розроджуючі операції;
6. Плодоруйнівні операції.

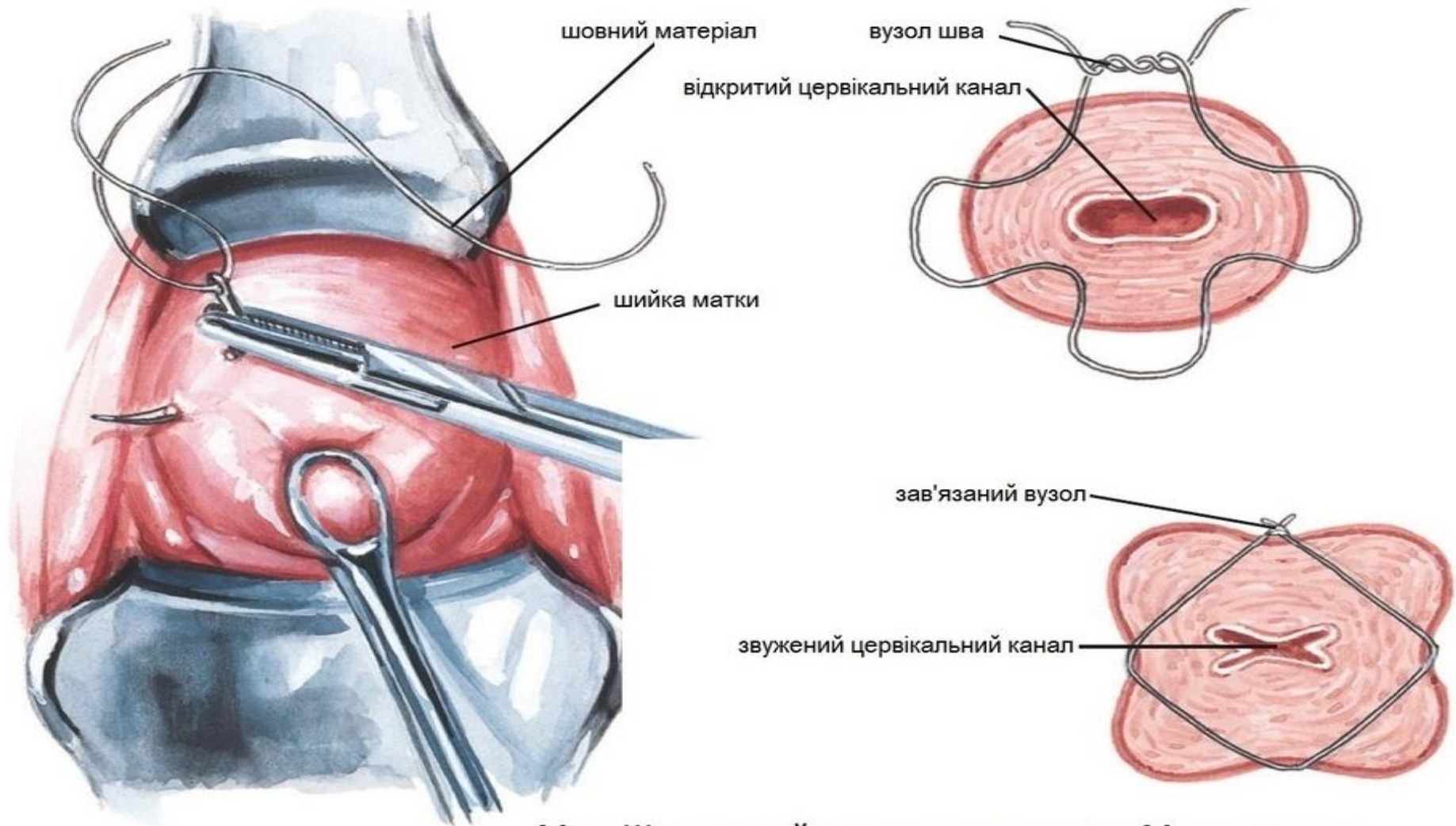
Операції для збереження вагітності

- Операції для збереження вагітності передбачають зміцнення шийки матки при істміко-цервікальній недостатності:
 - накладення шва на шийку матки;
 - застосування акушерського песарію.



Схематическое изображение операции наложения П-образных швов на шейку матки по методу Любимовой и Мамедалиевой: а-введение иглы в шейку матки справа от ее средней линии (шейка матки оттянута книзу); б-игла через толщу шейки матки выведена на заднюю часть свода влагалища (шейка матки оттянута кверху); в-проведение иглы из боковой части свода влагалища слева через толщу шейки матки в переднюю часть свода влагалища (шейка матки отклонена вправо), г-положение свободных концов нитей после наложения первого П-образного шва; д-введение иглы в шейку матки слева от ее средней линии; е-игла выведена на задней части свода влагалища; ж-проведение иглы из боковой части влагалища справа через толщу шейки матки в переднюю часть свода влагалища, з-положение свободных концов нитей после наложения второго П-образного шва, и-свободные концы нитей затянуты и завязаны узлами в передней части свода влагалища.



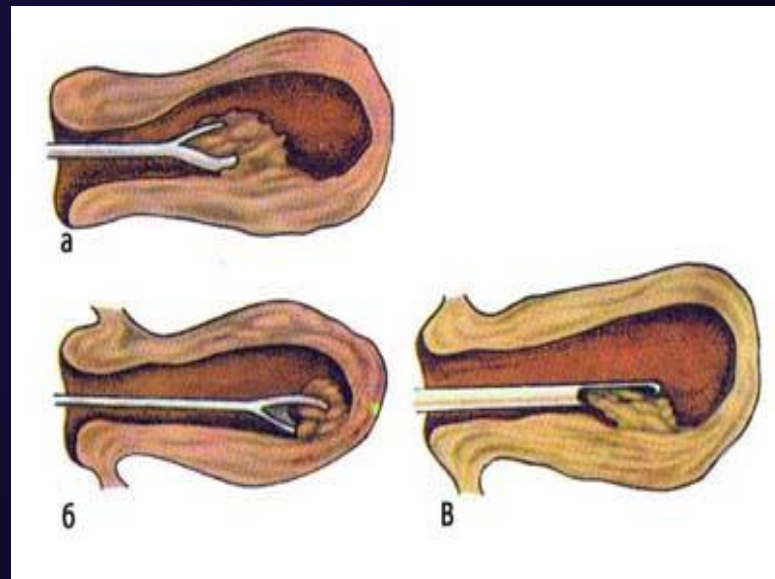


Мал. Шов на шийку матки за методом Макдональда.

Операції для переривання вагітності

1. У ранні терміни вагітності:

- ✓ вакуум-екскохлеація;
- ✓ вакуум-аспірація;
- ✓ інструментальне видалення плідного яйця;
- ✓ медикаментозний аборт.



ОПЕРАЦІЯ ШТУЧНОГО АБОРТУ:

А - руйнування і вишкрібання плідного яйця кюреткою;

Б - руйнування і видалення плідного яйця абортцангом.

В - операція штучного аборту шляхом вакуум-аспірації плідного яйця.

2. У пізні терміни вагітності:

- ✓ застосування міфепрестону, мізопростолу та прегіділ;
- ✓ інтраамніальне введення динопросту;
- ✓ інтрацервікальне введення гелю з дінопростомом з подальшою індукцією скоротливої діяльності матки;
- ✓ інтраамніальне введення гіпертонічного розчину натрію хлориду;
- ✓ застосування ламінарних паличок.
- ✓ після вигнання плідного яйця необхідно виконати кюретаж порожнини матки.

Операції для підготовкипологових шляхів

- ✓ епізіотомія;
- ✓ перінеотомія;
- ✓ розтин шийки матки;
- ✓ амніотомія.



Показання

- **епізіотомія** – загроза розриву промежини, висока промежина (> 4 см), передчасні пологи, тазове передлежання плода, скорочення II періоду пологів за показаннями з боку плода, накладання акушерських щипців;
- **перінеотомія** – розрив промежини, що розпочався;
- **амніотомія** – багатоводдя, маловоддя, багатоплідна вагітність (після народження першого плода), розкриття маткового зіву $>$ ніж на 7 см, слабкість пологової діяльності та ін.

Техніка виконання



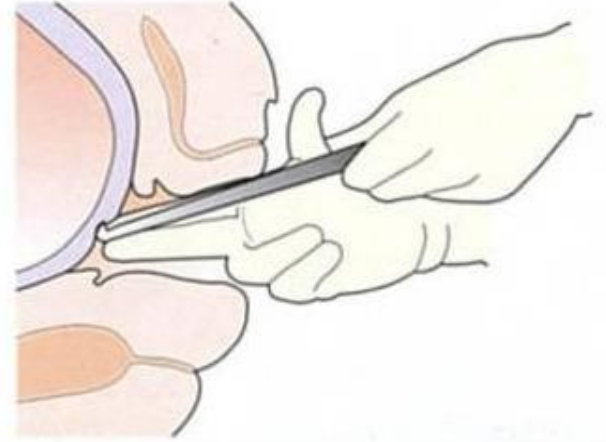
виконання епісіотомії



накладення швів на глибокі м'язи



накладення поверхневих швів



Мал. Амніотомія - штучний розрив
плодового міхура.

Зовнішній профілактичний акушерський поворот

- Показання: неправильні положення плода, тазове передлежання;
- Умови виконання: живий плід, термін вагітності 34-36 тиж., відсутність загрози переривання вагітності; рухливість плода.



плід в тазовому передлежанні



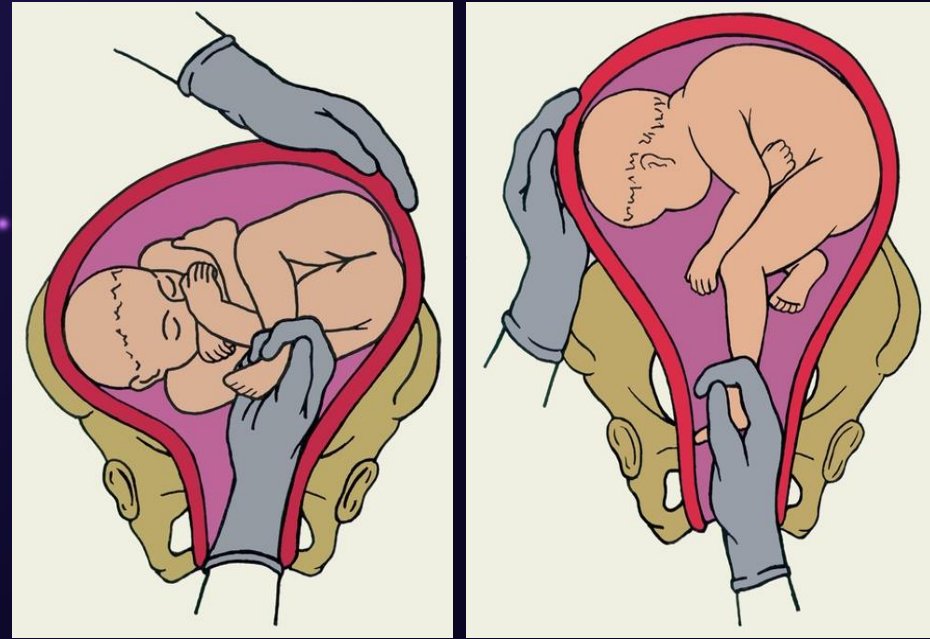
притримуючи плід за головку і сідниці, лікар здійснює зовнішній поворот



плід в правильному положенні

Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку

- Показання: поперечне або косе положення плода (частіше при пологах двійнею);
- Умови виконання: повне розкриття шийки матки, рухливість плода в матці, відповідність розмірів голівки плода розмірам таза роділлі; плідний міхур цілий або навколоплідні води тільки що вилилися.



Розроджуючі операції

1. Розродження абдомінальним шляхом:
 - ✓ Кесарів розтин
2. Розродження через природні пологові шляхи:
 - ✓ Накладення акушерських щипців
 - ✓ Вакуум-екстракція
 - ✓ Вилучення плода за тазовий кінець

Методи операції абдомінального КР

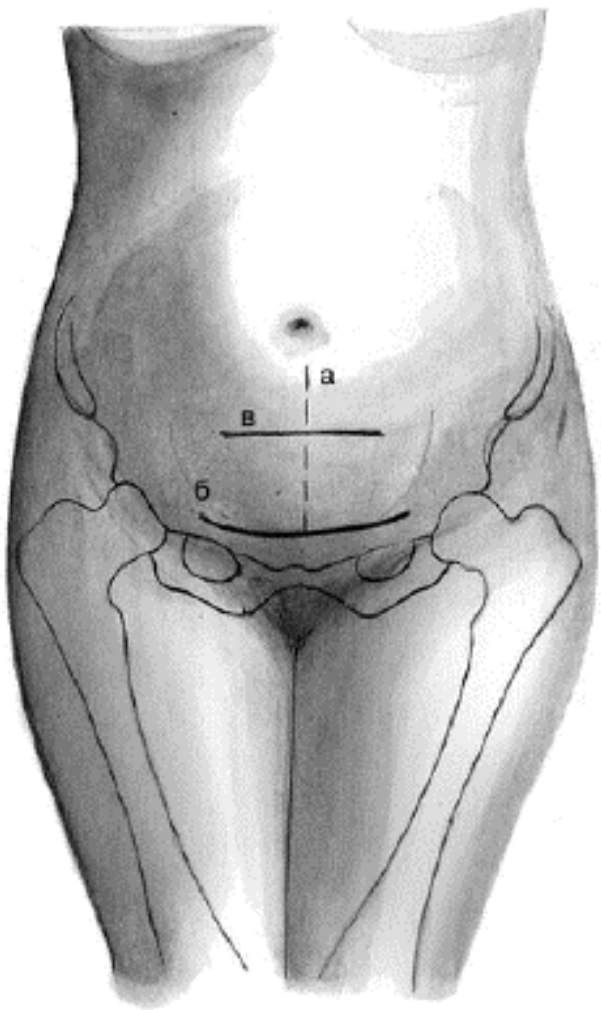
- Інтраперитонеальний:
 - корпоральний (істміко-корпоральний);
 - в нижньому сегменті матки поперечним розрізом;
- КР в нижньому сегменті матки з тимчасовою ізоляцією черевної порожнини;
- Метод Старка;
- Екстраперитонеальний КР.



- Вибір методу операції визначається конкретною акушерською ситуацією, станом вагітної, плода, кваліфікацією хірурга.
- При проведенні операції КР перевага надається методу хірургічного втручання шляхом розтину матки поперечним розрізом в нижньому сегменті.

Підготовка до проведення оперативного втручання

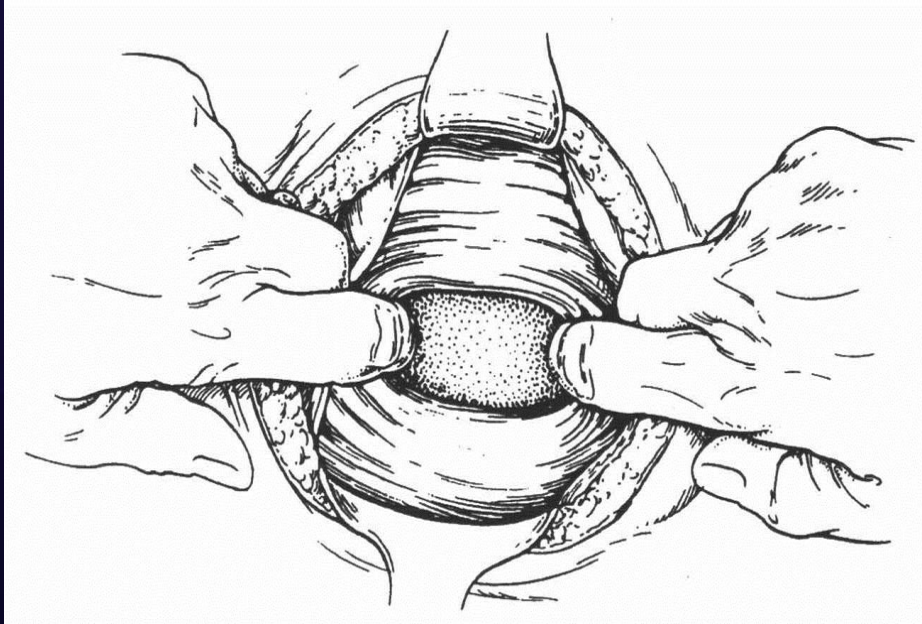
- Обробка піхви антисептичними речовинами.
- Положення вагітної на операційному столі для профілактики синдрому нижньої порожнистої вени: операційний стіл трохи нахиляється вліво або підкладається подушка (згорнуте простирадло) під нижню частину спини жінки (праворуч).
- Мобілізація вени і налагодження внутрішньовенної інфузії кровозамінників.
- Виведення сечі катетером. При повторній операції, при передбаченні можливого розширення обсягу оперативного втручання - встановлення постійного катетера.
- Обробка рук операційної бригади.
- Обробка операційного поля.



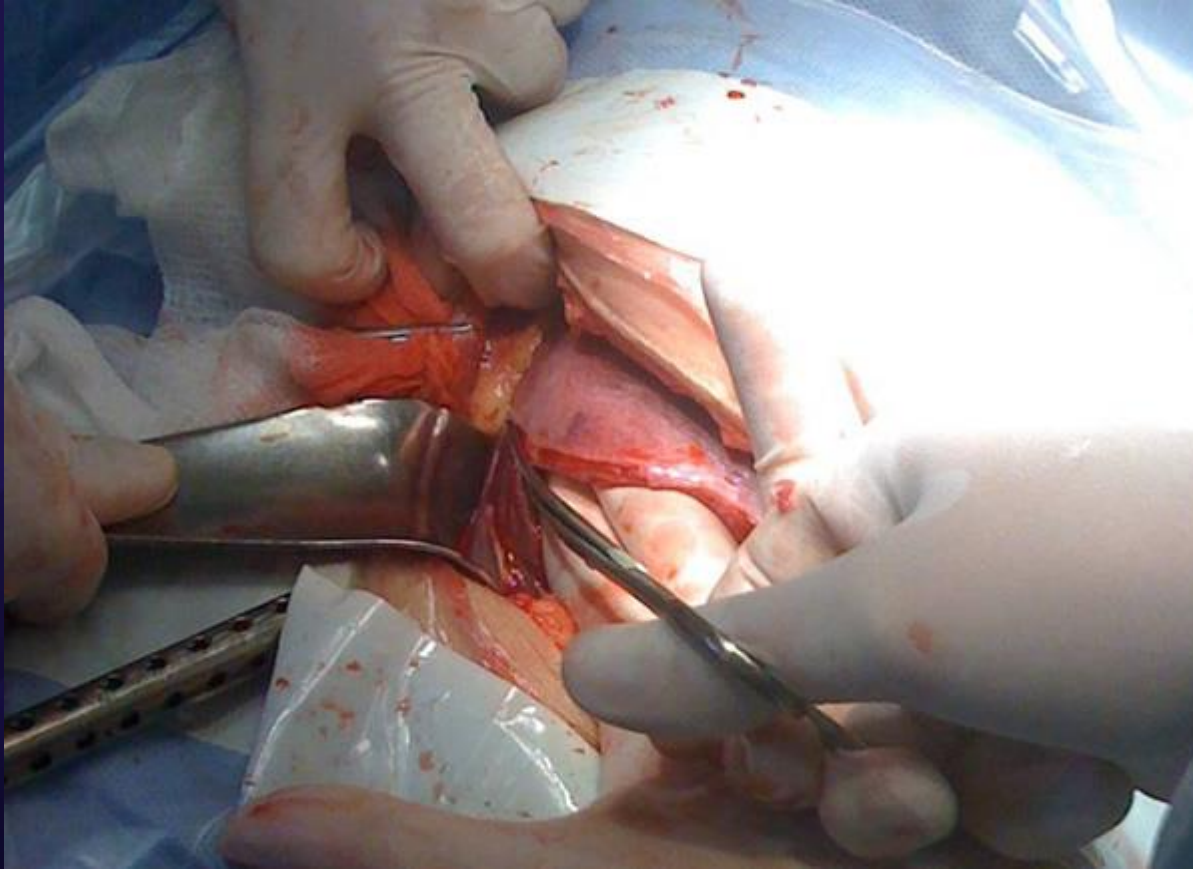
Способи розтину передньої черевної стінки:

- а. ніжньосерединний розріз
- б. розріз за Пфанненштилем
- в. розріз за Джоел-Кохеном

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



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.

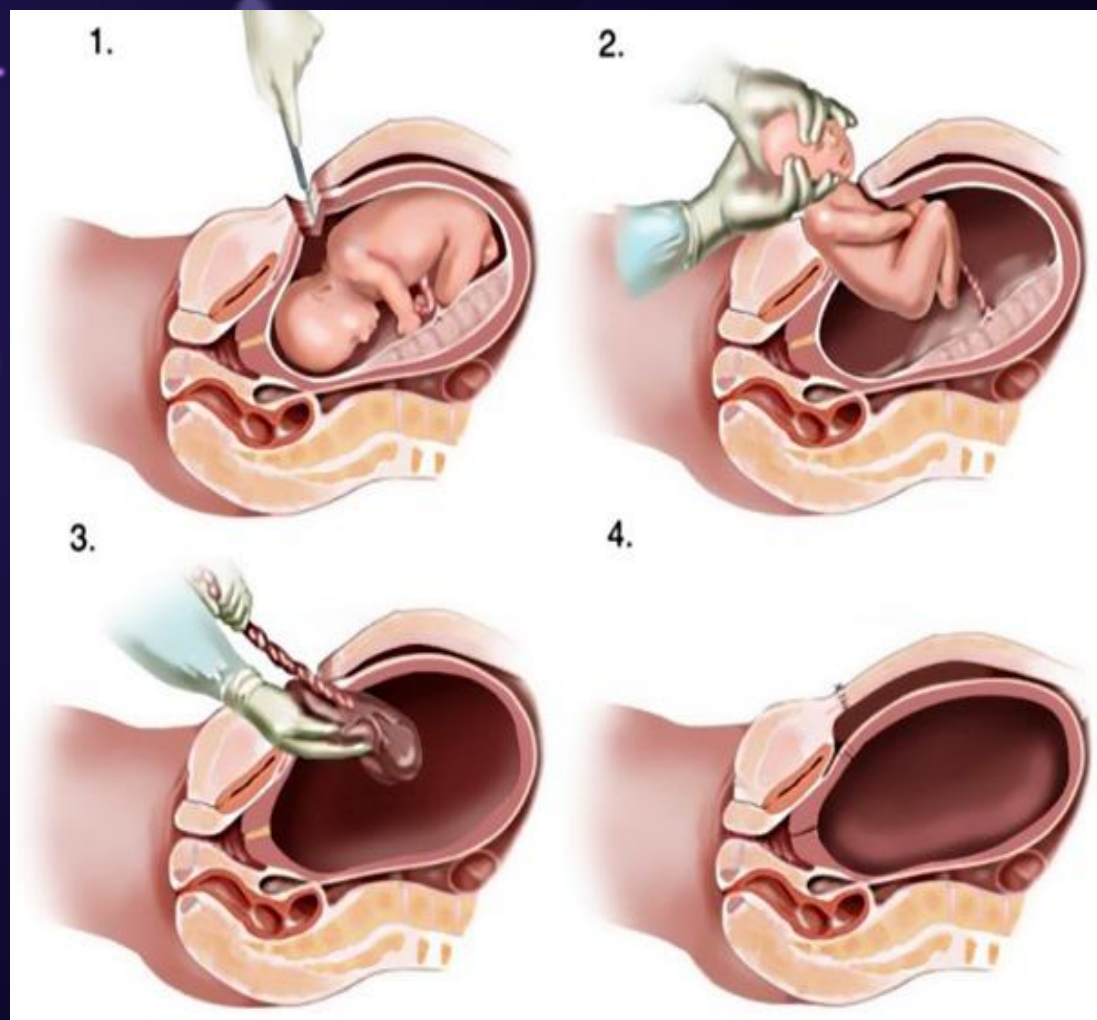
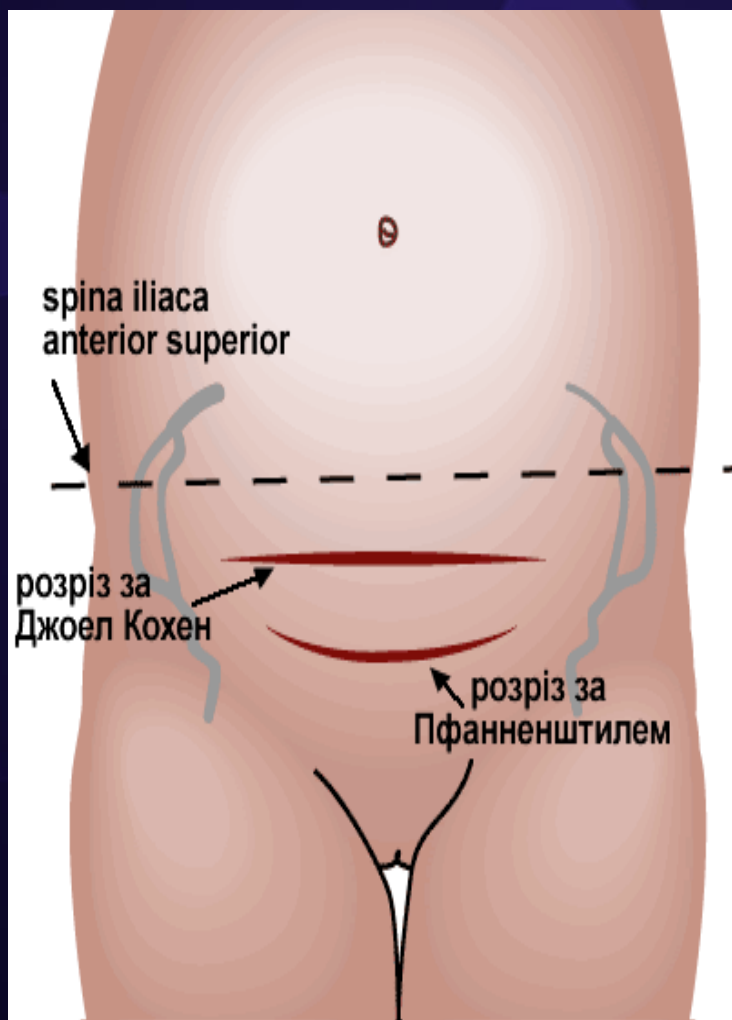


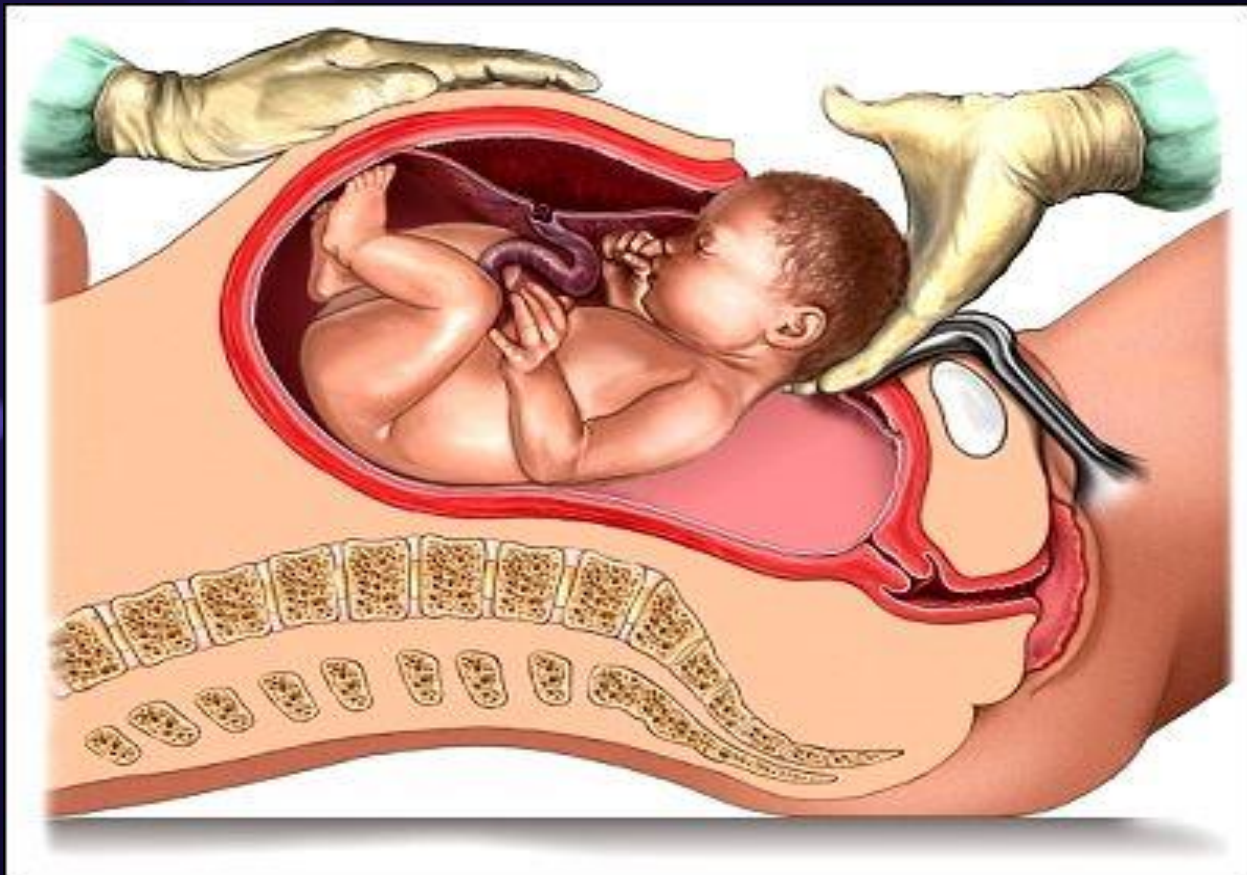
Метод Старка

Перший етап - лапаротомія. Автори цієї методики - Джоел і Кохен - запропонували розрізати скальпелем тільки шкіру передньої черевної стінки;

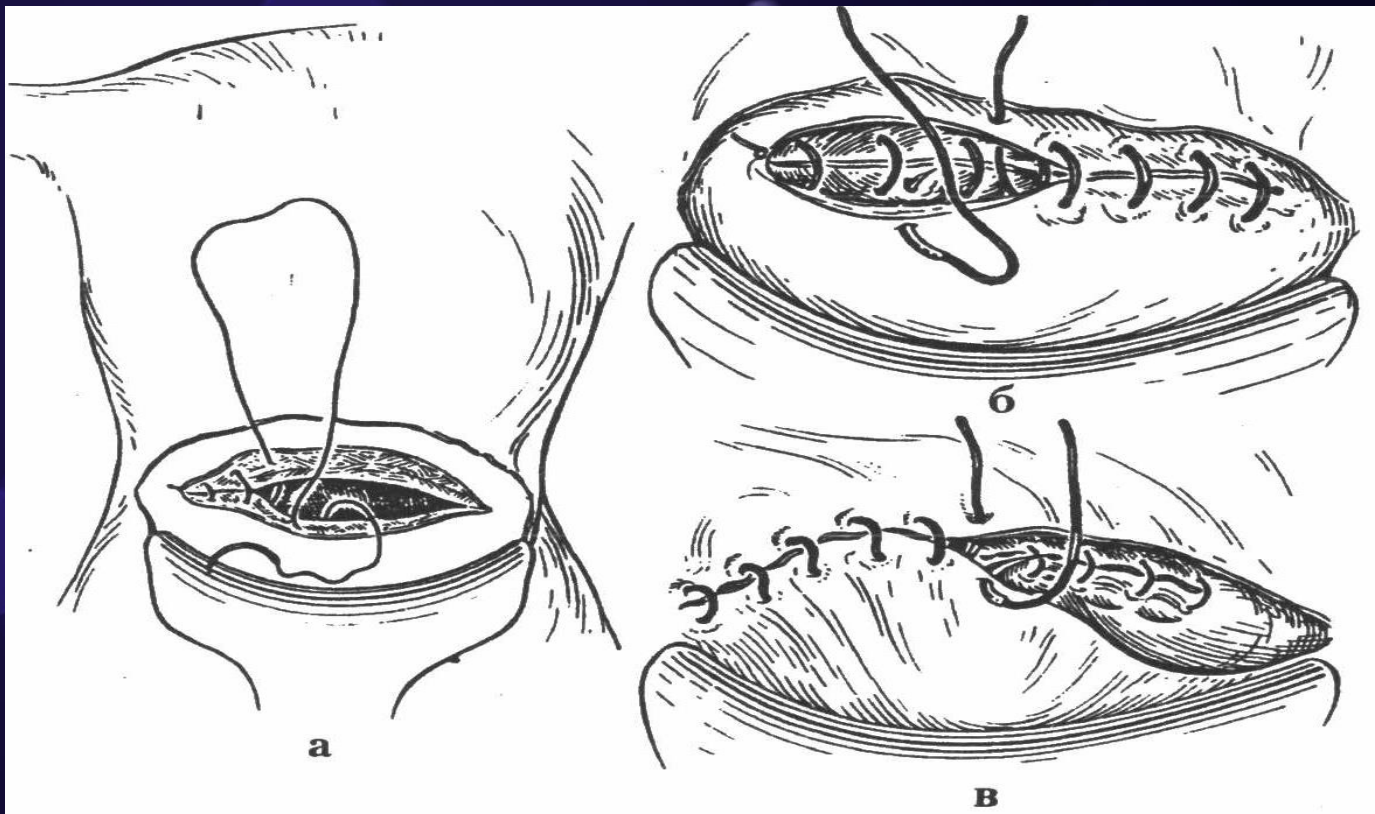
- підшкірний шар розсовують пальцями;
- надсікають апоневроз прямих м'язів живота, а потім розсовують пальцями м'язи;
- очеревину розтягують пальцями.

На другому етапі хірург здійснює на матці розріз мінімального розміру і розширює його пальцями настільки, щоб можна було витягти плід. Потім рану зашивають безперервним синтетичним швом.

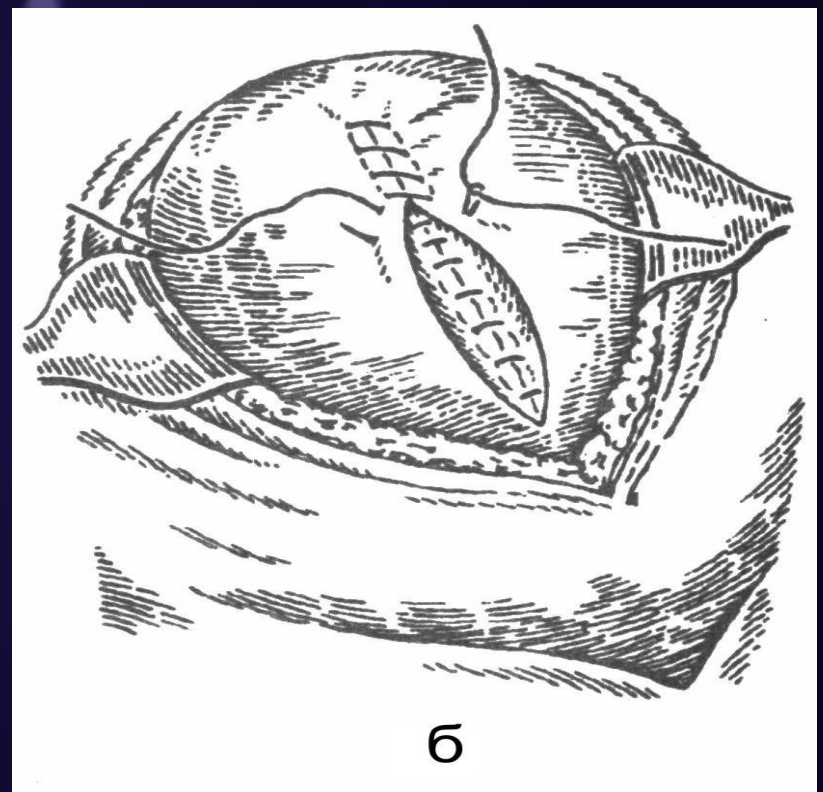
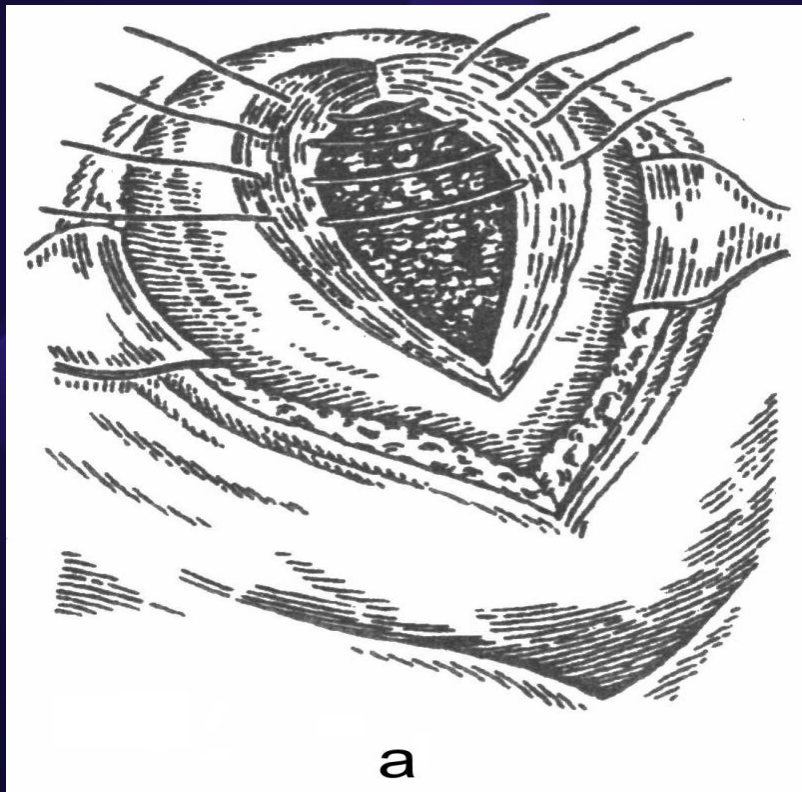




Виведення голівки плоду через розріз на матці



Накладання дворядного безперервного шва на розріз матки:
а - слизово-м'язовий шов; б - м'язово-м'язовий шов; в -
перитонізація міхурово-матковою складкою



Класичний (корпоральний) КР:
а - накладення першого ряду швів;
б - накладення другого ряду м'язово-м'язових швів

Показання до проведення корпорального КР

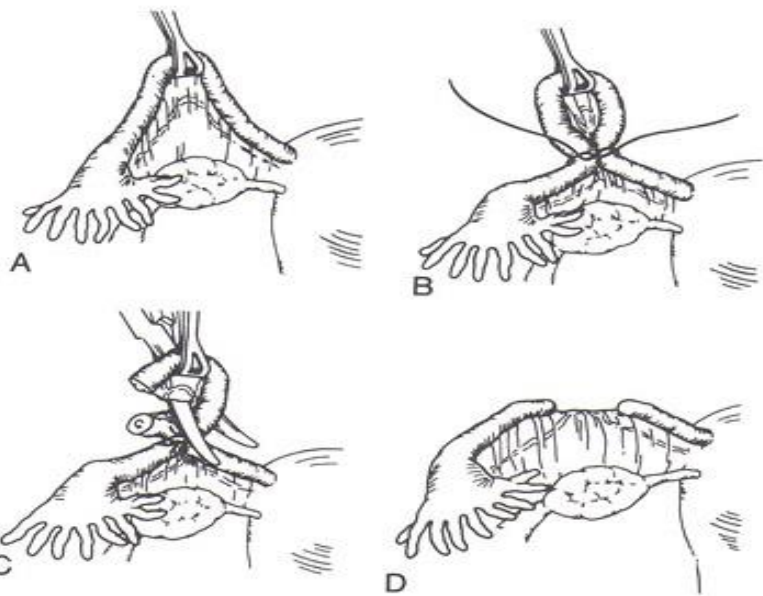
- ✓ Недоступність нижнього сегмента матки через наявність злукового процесу у малому тазу.
- ✓ Поперечне положення плода зі спинкою, зверненою донизу.
- ✓ Вади розвитку плода (зрощені близнюки).
- ✓ Великий інтрамуральний міоматозний вузол в нижньому сегменті матки.
- ✓ Виражена васкуляризація нижнього сегмента матки при передлежанні плаценти, карциномі шийки матки.

КР у ВІЛ-інфікованих жінок

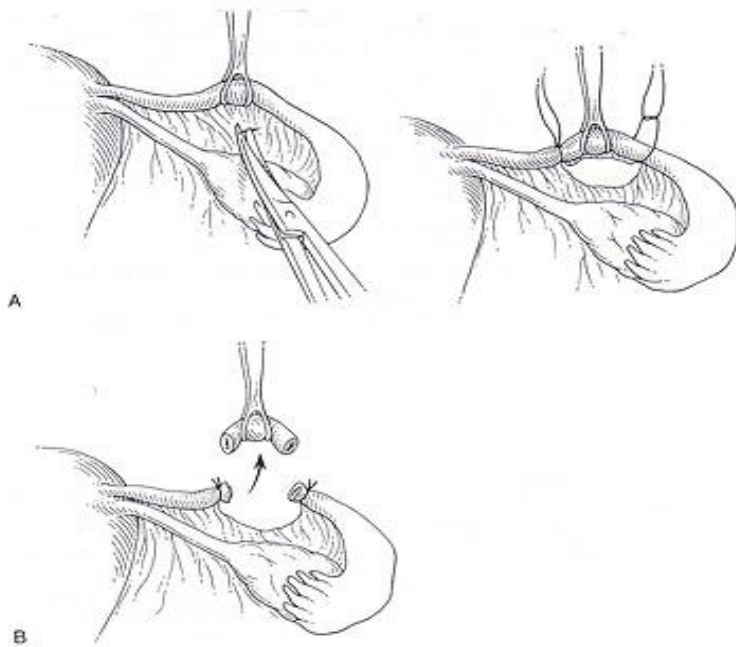
- Дослідження свідчать, що КР знижує рівень вертикальної трансмісії ВІЛ, якщо вагітна отримувала комбіновану антиретровірусну терапію, а операція була проведена до початку пологів і розриву плодових оболонок.
- Мета комбінованої АРВ-терапії під час вагітності - знизити рівень вірусного навантаження до кількості менше 1000 копій в 1 мл крові.

Особливості проведення КР у ВІЛ-інфікованих

- ✓ Проводять ніжньосерединний розріз передньої черевної стінки.
- ✓ Широко використовуються затискачі для судин.
- ✓ Розріз на матці проводять ножицями, щоб не пошкодити плодові оболонки.
- ✓ До моменту вилучення плоду на краю розрізу на матці лягає безперервний гемостатичний шов.
- ✓ Після накладення шва хірург змінює рукавички і відмежовує рану стерильними марлевими серветками.
- ✓ Проводиться пункція і відсмоктування амніотичної рідини - дитина народжується сухою.



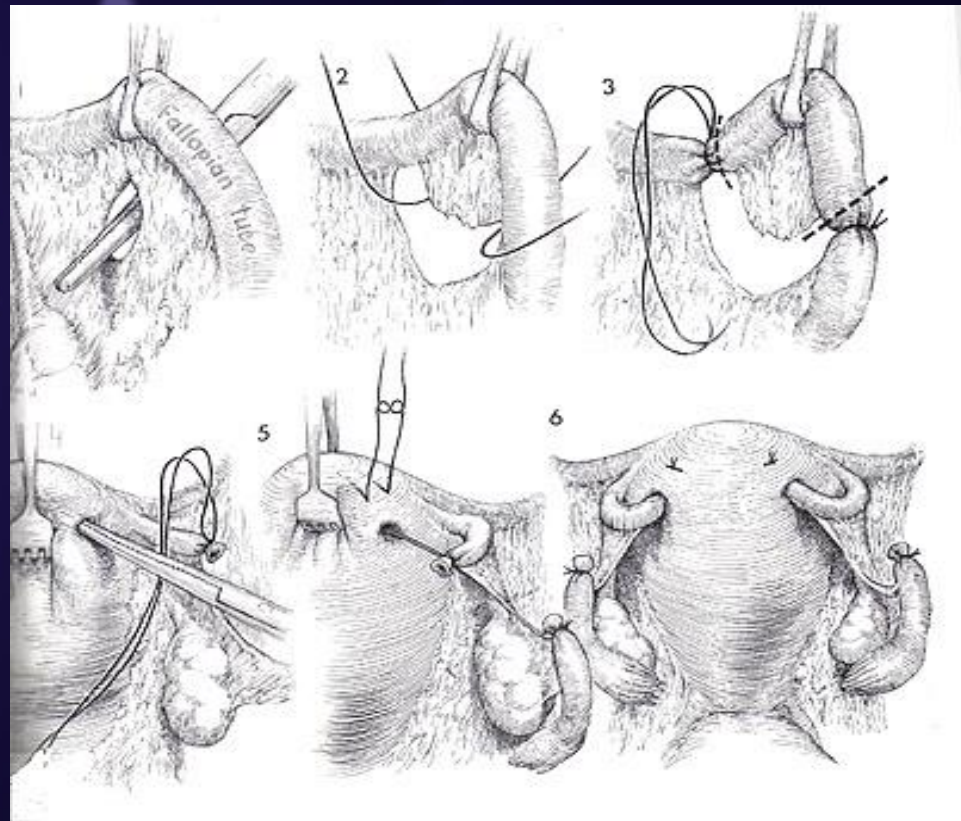
техніка стерилізації за Romero



техніка стерилізації за Parkland

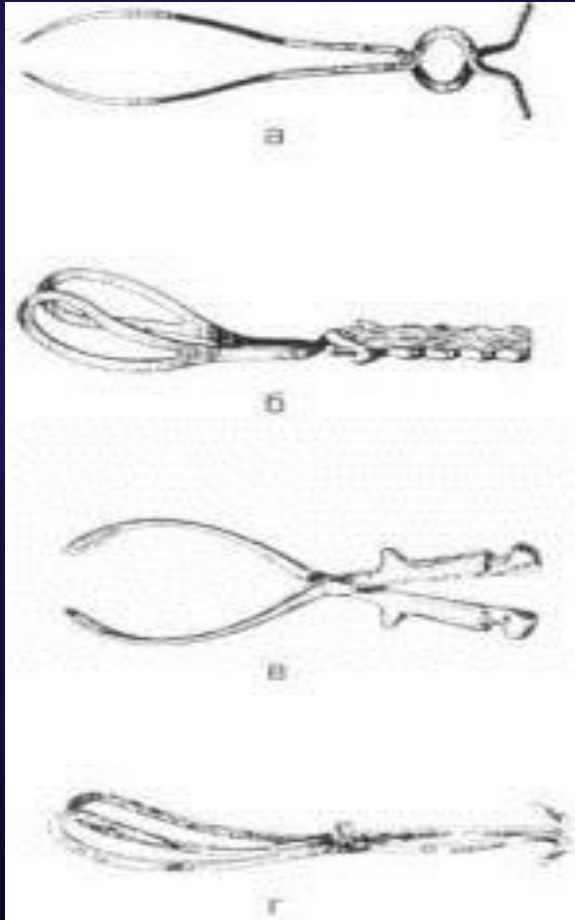


техніка стерилізації за D. Madlener



техніка стерилізації за A. Irving

Акушерські щипці



Показання для накладання акушерських щипців

- з боку роділлі:

- важка прееклампсія або еклампсія;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- ендометрит в пологах;
- слабкість пологової діяльності в II періоді пологів;
- важка екстрагенітальна патологія, яка потребує скорочення II періоду пологів;

- з боку плода:

- дистрес-синдром плода.

Умови для накладання акушерських щипців

- живий плід;
- повне розкриття шийки матки;
- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів голівки плоду розмірам таза роділлі;
- розташування голівки в порожнині або площині виходу з малого таза.

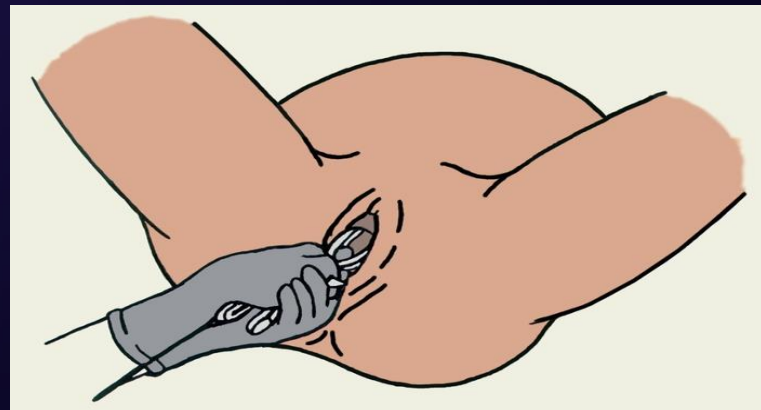
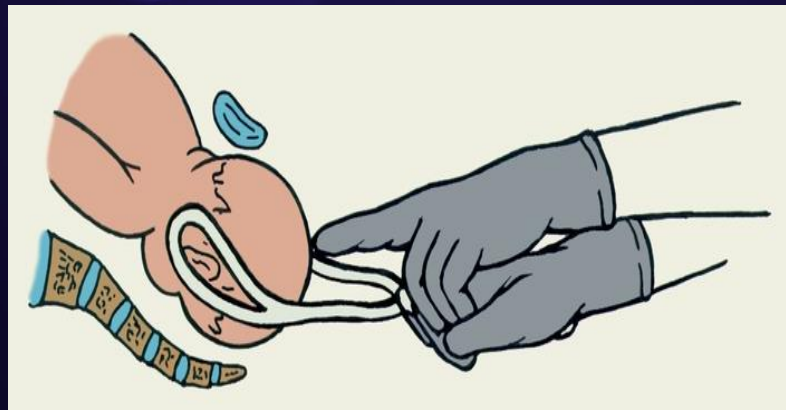
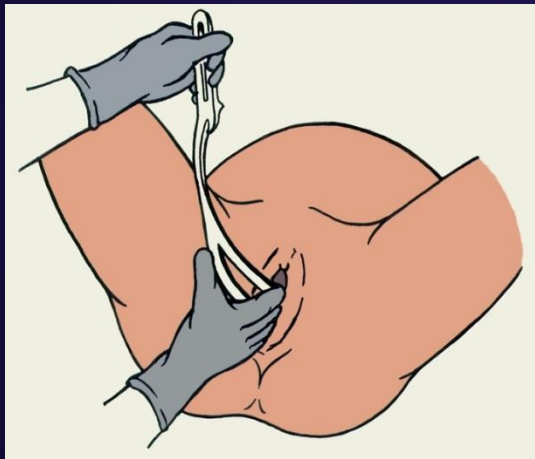
Техніка накладання акушерських щипців

- введення і замикання ложок щипців;
- змикання щипців;
- пробна тракція;
- вилучення плода шляхом виконання робочих тракцій;
- зняття щипців.

Правила накладання акушерських щипців

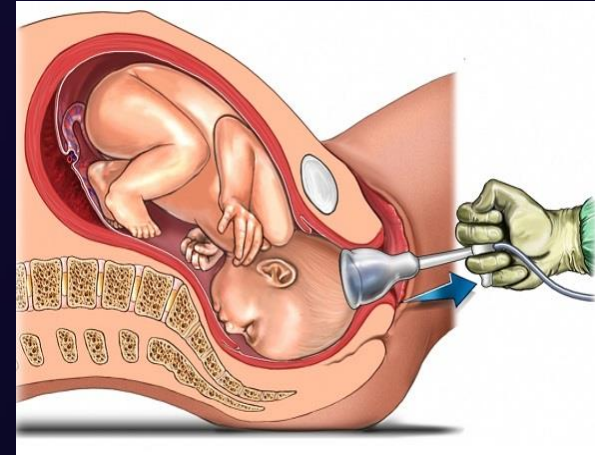
- **I потрібне правило** – «три ліворуч - три праворуч»: спочатку вводять лівою рукою ліву ложку в ліву половину тазу матері, потім - правою рукою праву ложку в праву половину тазу;
- **II потрібне правило** – «три вісі»: при накладанні щипців мають збігтися три вісі - поздовжня вісь таза, голівки, щипців; введення щипців має бути направлено верхівками догори, ложки повинні лягти біпаріетально, ведуча точка повинна знаходитися в одній площині з замковою частиною щипців;
- **III потрібне правило** – «три позиції – три тракції».

Накладання акушерських щипців

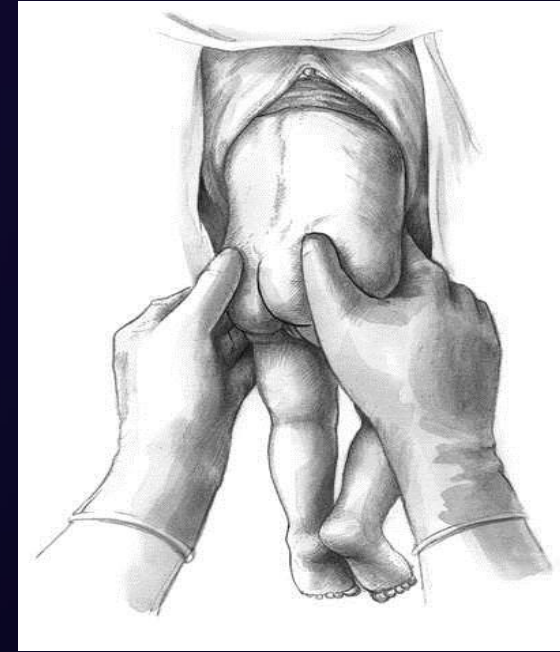
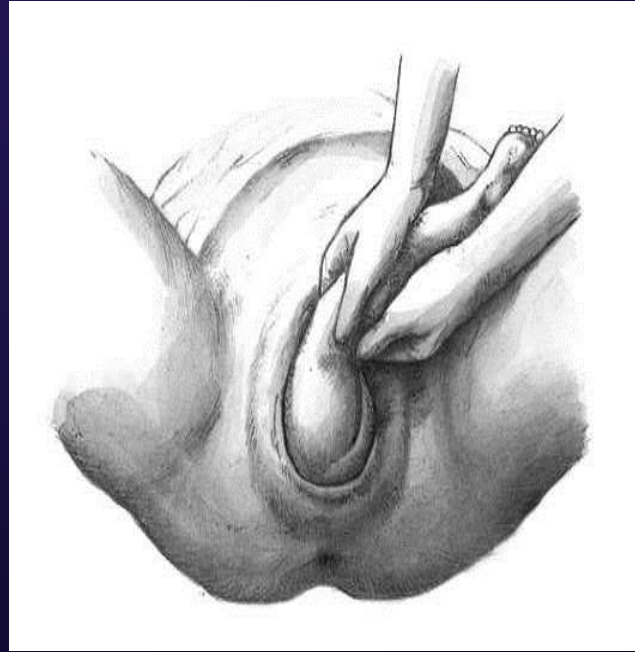
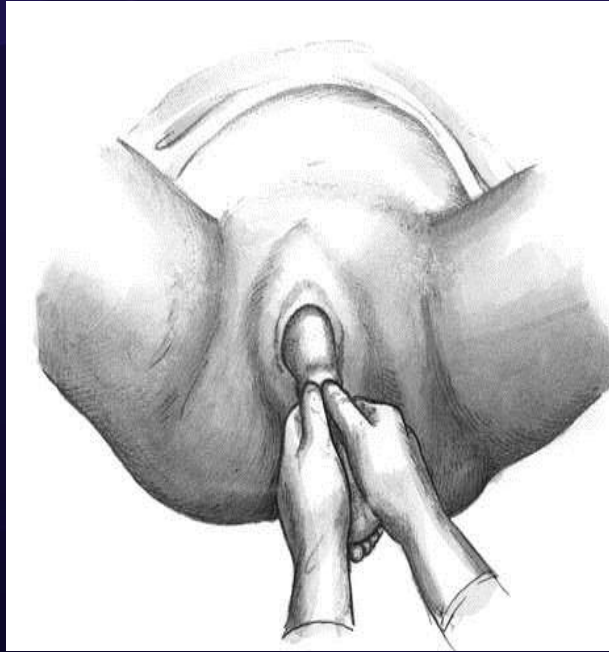


Вакуум-екстракція плода

- розроджуюча операція, при якій плід вилучають через природні пологові шляхи за допомогою вакуум-ексTRACTОРА;
- **показання** - ті ж, що і для накладання акушерських щипців;
- **умови виконання** – живий плід, повне розкриття шийки матки, відсутність плодового міхура, відповідність голівки плода розмірам таза роділлі; голівка плода повинна бути у порожнині малого тазу або у площині виходу, активна участь роділлі в пологах.

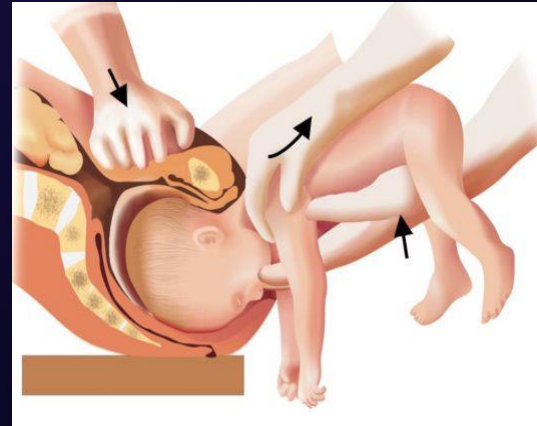
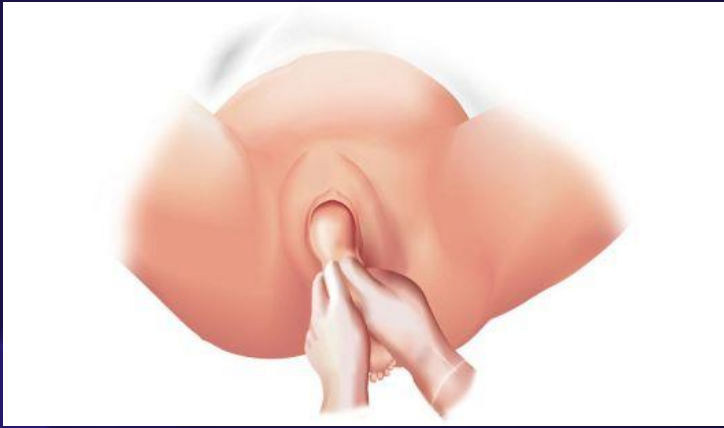


Вилучення плода за тазовий кінець



- **показання:** важка прееклампсія або еклампсія в пологах, тяжка екстрагенітальна патологія роділлі, вторинна слабкість пологової діяльності, ендометрит у пологах, гострий дистрес-синдром плода, після виконання акушерського поворота на ніжку;
- **умови виконання:** повне розкриття шийки матки, відсутність плодового міхура, відповідність голівки плода розмірам таза роділлі, живий плід, спорожнений сечовий міхур;
- **варіанти виконання:** вилучення плода за одну ніжку, обидві ніжки, паховий згин.

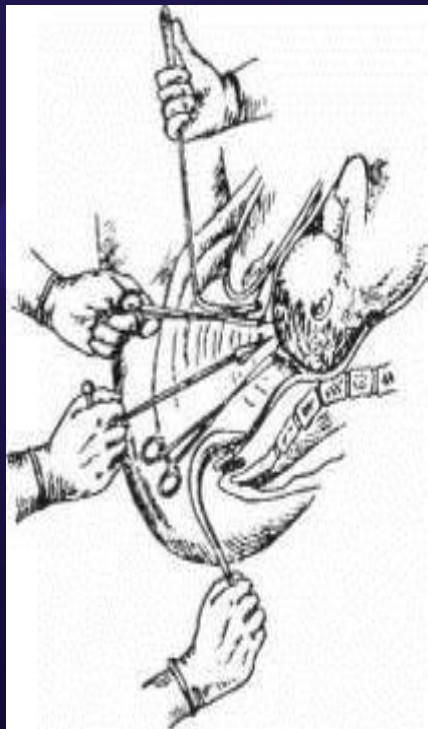
Техніка виконання



Плодоруйнівні операції



клейдотомія



перфорація голівки



краніоклазія



перфорація
наступної голівки

- **Плодоруйнівні операції** — це акушерські операції, метою яких є зменшення об'єму і розмірів плода для його вилучення через природні пологові шляхи.
- У сучасній акушерській практиці проводяться переважно на мертвому плоді; при живій дитині вони допустимі при неможливості його народження через природні пологові шляхи і відсутності умов для розродження шляхом КР або накладання акушерських щипців.

Загальні показання

- Загроза пологового травматизму роділлі під час пологів мертвих плодом;
- Необхідність негайного завершення пологів з метою збереження життя або здоров'я роділлі при наявності протипоказань або відсутності умов для проведення розроджуючих операцій (кесарів розтин, акушерські щипці або вакуум-екстракція плода).

Класифікація

А) операції, що зменшують об'єм тіла плода:

- краніотомія;
- екзентерація (евісцерація, евентерація);
- ексцеребрація;
- краніоклазія;
- клейдотомія.

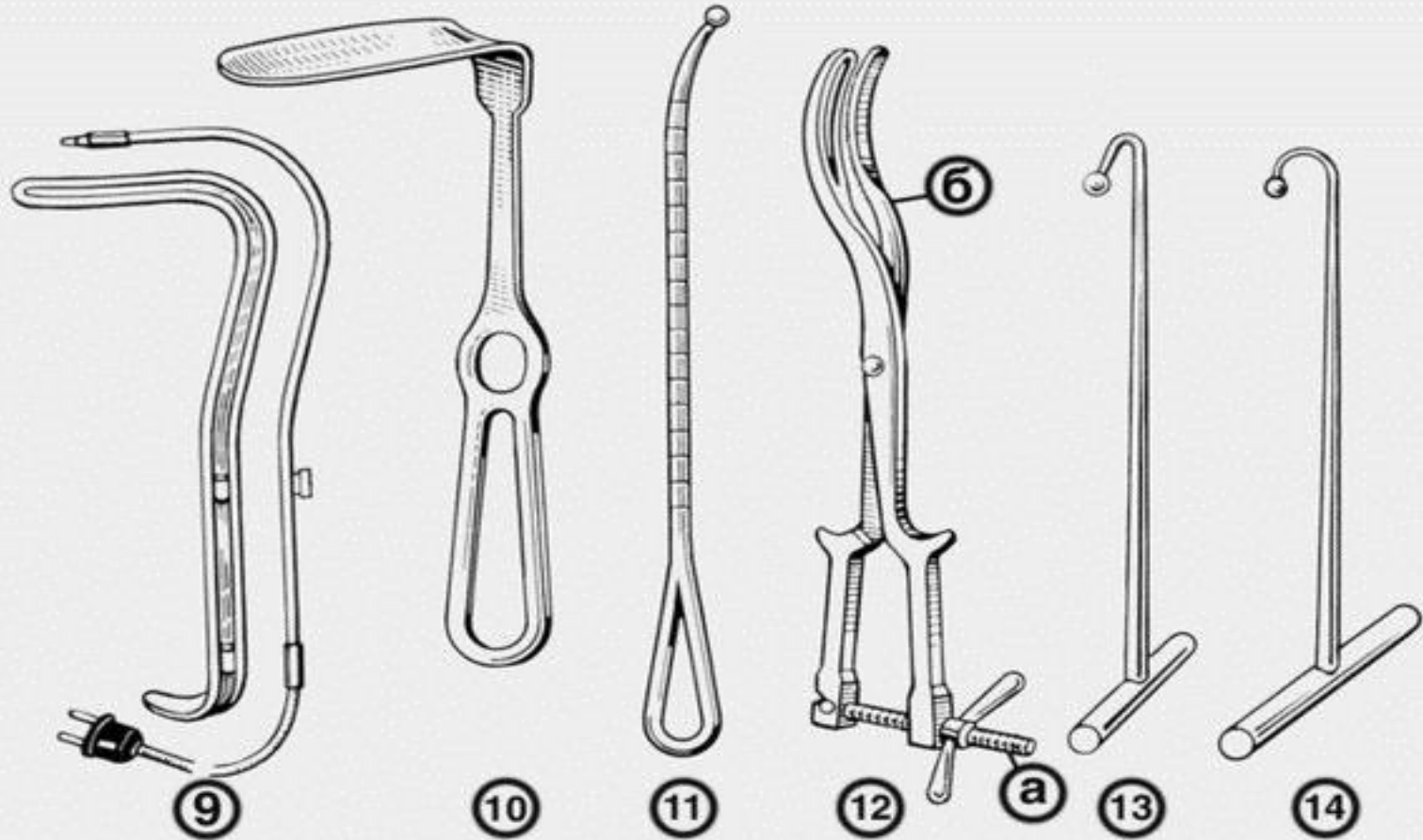
Б) операції розчленування тіла плода для вилучення його по частинах:

- декапітація;
- спондилотомія.

УМОВИ

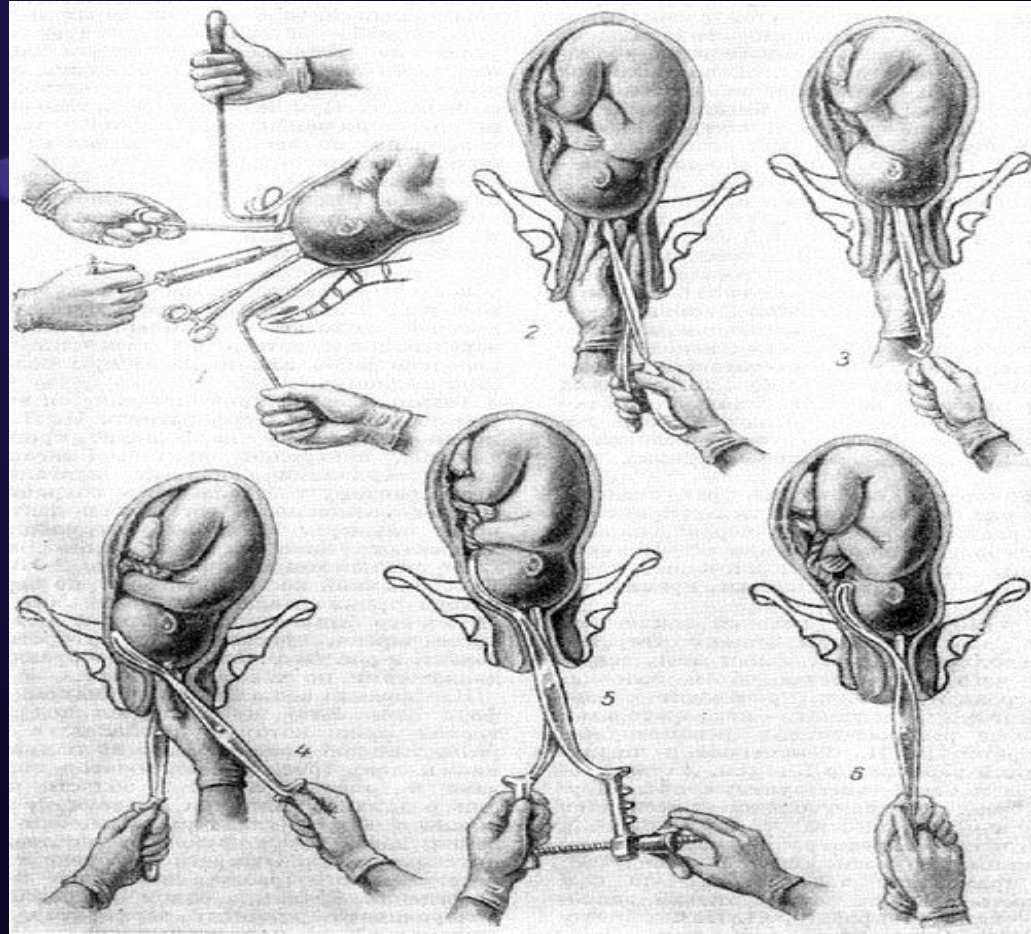
- Мертвий плід;
- Розмір справжньої кон'югати > 6 см;
- Розкриття шийки матки > 6 см;
- Фіксація голівки плоду;
- Відсутність плодового міхура;
- Всі операції, крім перелому ключиці, необхідно виконувати під наркозом.

Інструменти



Краніотомія

✓ найпоширеніша
плодоруйнівна
операція, за
допомогою якої
досягають зменшення
об'єму голівки плоду.



Показання

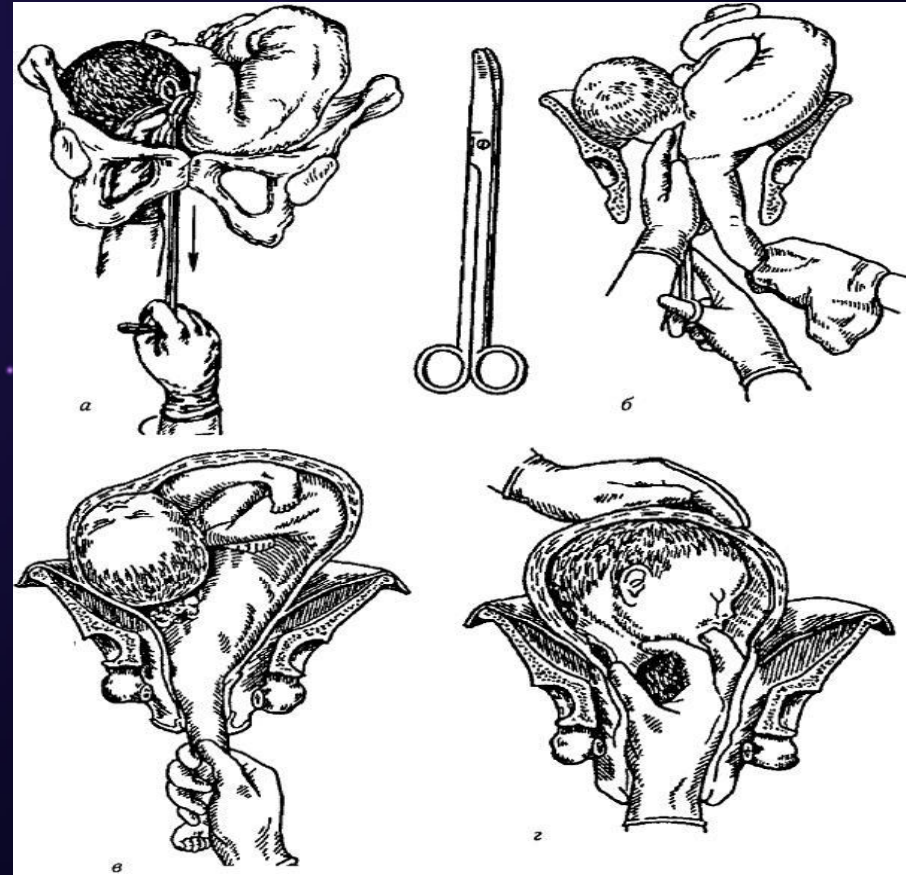
- мертвий плід;
- різка невідповідність між розмірами тазу і розміром голівки;
- гідроцефалія;
- неправильні передлежання голівки плоду і аномалії вставляння голівки плоду;
- необхідність термінового розродження за показаннями з боку матері – поява ознак загрозливого розриву матки та інших небезпечних ускладнень, при яких розродження іншим шляхом, наприклад, кесаревим розтином, неможливо.

Краніотомія здійснюється в 3 етапи:

- перфорація голівки;
- видалення головного мозку (ексцеребрація);
- краніоклазія.

Декапітація

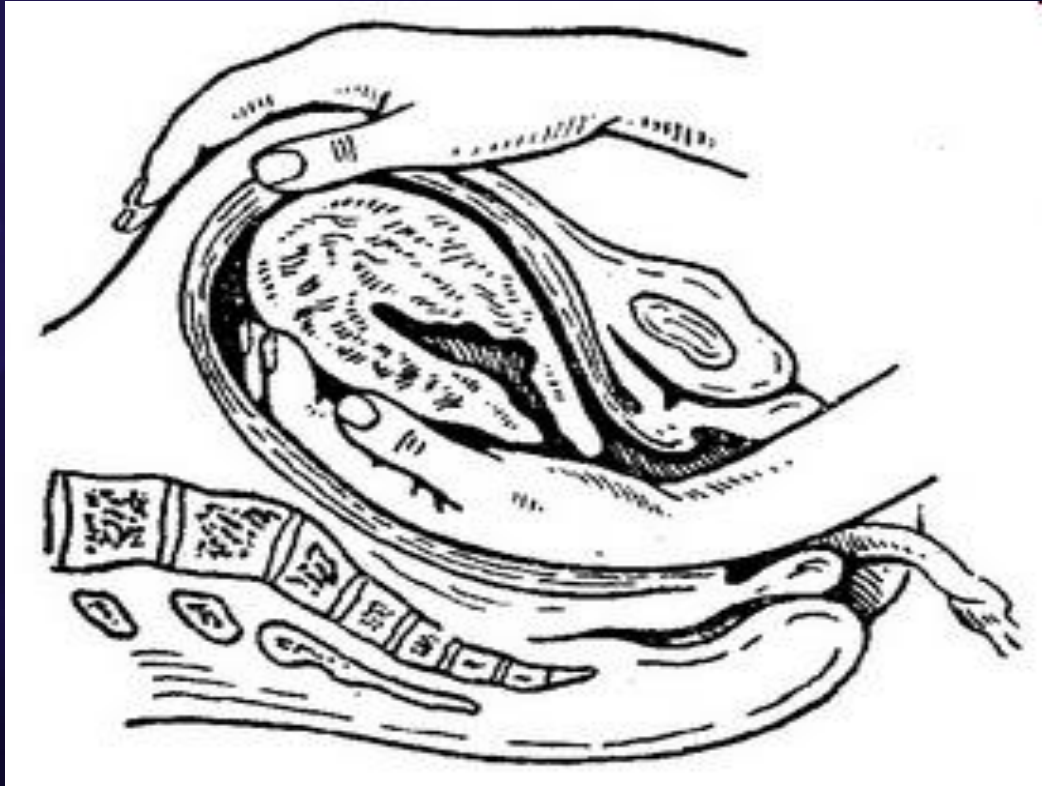
- плдоруйнівна операція, при якій відокремлюють голівку від тулуба;
- показання - запущене поперечне положення плода.



Після проведення операції необхідно:

- перевірити цілісність пологових шляхів;
- виконати ручну ревізію стінок матки з попереднім видаленням посліду, щоб переконатися в цілості її стінок;
- виконати катетеризацію сечового міхура.

Ручне відділення плаценти і виділення посліду



Показання

- кровотеча в III періоді пологів;
- затримка посліду в порожнині матки більш ніж на 30 хвилин;
- підозра на розрив матки;
- пологи у роділлі з рубцем на матці;
- після накладання акушерських щипців або плодоруйнівної операції.

Умовами проведення операції є повне розкриття шийки матки і внутрішньовенний наркоз.

Ручна та інструментальна ревізія порожнини матки

показання:

- дефект дольки посліду,
- кровотеча в післяпологовому періоді та ін.

