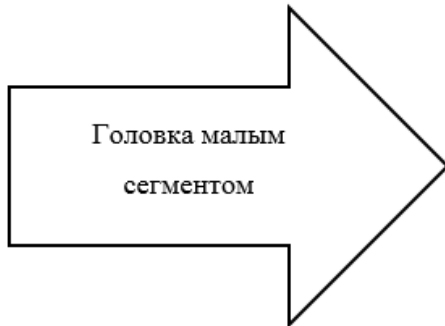


Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Анатомические ориентиры таза матери в зависимости от положения головки плодах [50]
[51].



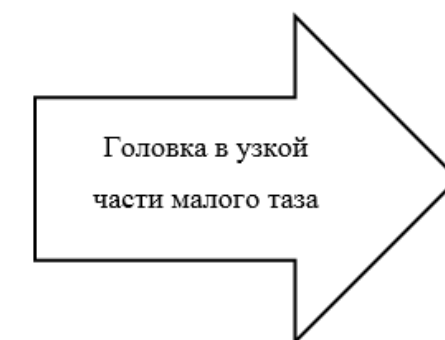
- Над лоном определяется большая часть головки;
- Определяется средняя и нижняя часть лонной кости;
- До мыса (если достигается) можно достичь только, обойдя головку согнутым пальцем;
- Головка фиксирована во входе в малый таз.



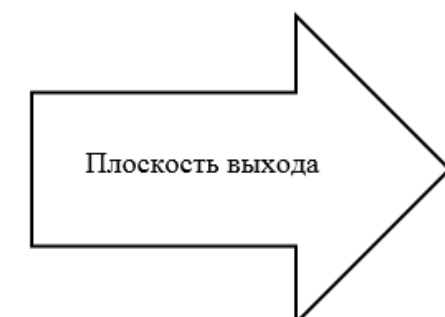
- Большая часть головки не определяется;
- Определяется нижний и средний край лонной кости;
- Достигается нижняя часть крестцовой впадины (4 и 5 крестцовые позвонки);
- Седалищные ости определяются.



- При наружном исследовании определяется только шейно-плечевая область плода;
- Достигается только нижний край лобковой кости;
- Достигается только нижняя часть крестцовой впадины (4 и 5 крестцовые позвонки);
- Седалищные ости определяются.



- Головка над лоном не определяется, определяется лишь шейно-затылочная область;
- Лонная и крестцовая кости не достигаются;
- С трудом достигается крестцово-копчиковое соединение;
- Седалищные ости не определяются;
- Стреловидный шов в косом размере ближе к прямому.



- Головкой выполнена вся крестцовая впадина;
- Седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение, лобковая кость не достигаются.

Примеры показаний к оперативному влагалищному
родоразрешению [50][2].

Острая или прогрессирующая хроническая гипоксия плода при условии, что роды самопроизвольно в ближайшее время закончиться не могут

Вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся консервативной терапии окситоцином**

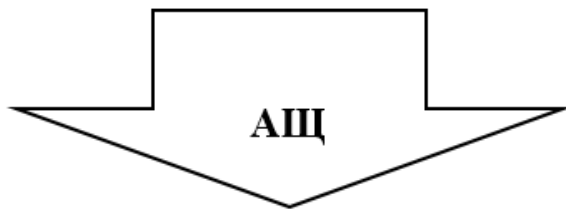
При проведении кесарева сечения для извлечения головки плода при невыгодном ее расположении по отношению к разрезу на матке

АЩ

ВЭП

1. Экстрагенитальная патология, при которой необходимо исключить потуги (по рекомендациям смежных специалистов).
2. Эклампсия, если приступ произошёл при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже.
3. Кровотечение во 2 периоде родов при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже.
4. Высокая температура у матери (выше 38С° Цельсия при хориоамнионите и при затяжных родах, если лечение гипертермии неэффективно).
5. Изнеможение, отказ пациентки тужиться.

1. Запланированное укорочение 2-го периода родов при наличии экстрагенитальной патологии, когда длительные и сильные потуги противопоказаны.



Со стороны плода

1. Тазовое, лобное предлежание.
2. Высокое стояние головки плода (выше, чем узкая часть).

1. Срок менее 34 недель беременности. (Допустимо в сроке 34-36).
2. Известный риск кровотечения у плода вследствие тромбоцитопении, гемофилии или нарушение остеогенеза у плода
3. Тазовое, лицевое, лобное предлежание.
4. Высокое стояние головки плода (выше, чем в широкой части полости малого таза).
5. Дистресс плода при стоянии головки выше плоскости выхода.

Высокая вероятность повреждения кожных покровов плода при наличии активной вирусной инфекции у матери.

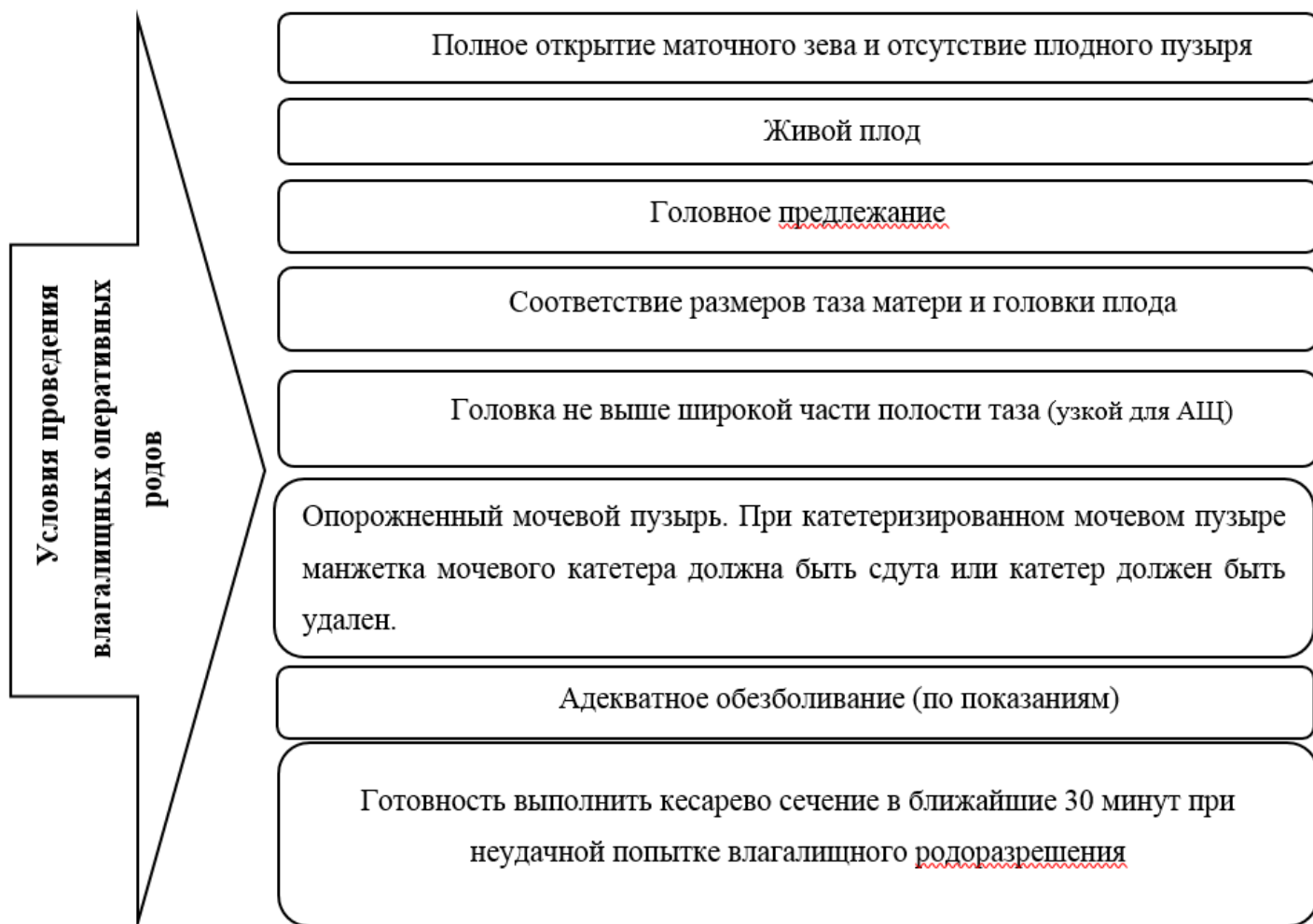
Со стороны матери

Анатомически узкий таз 2-3 степени сужения и клинически узкий таз

Невозможность определить характер вставления головки

Необходимость исключить потуги по состоянию роженицы

Основные условия для проведения оперативных влагалищных родов [50][27].



Техника операции вакуум-экстракции плода [50][52][53].

1. После уточнения акушерской ситуации врач двумя пальцами смещает вниз заднюю спайку, открывая вход во влагалище, берёт чашечку ВЭ «как писчее перо» и вводит в родовой канал внутренней стороной к головке плода.
2. Чашечка ВЭ устанавливается на проводную точку таким образом, что стреловидный шов делил ее пополам. Расстояние между краем чашечки ВЭ и задним краем большого родничка должно составлять около 3 см. Таким образом, центр чашечки прибора располагается в области проводной точки головки плода (при переднем виде затылочного предлежания), что позволяет совмещать направление тракций с проводной осью малого таза, сохранять сгибание головки и синклитизм, а значит, гарантировать рождение головки плода с соблюдением биомеханизма родов.
3. Правой рукой необходимо создать разряжение в системе ВЭ – граница между зелёной и красной зонами шкалы индикатора разряжения (в соответствии с инструкцией производителя, обычно 500-600 мм. рт. ст. или 0,8-0,9 бар).
4. Перед началом тракций необходимо убедиться, что под чашечку ВЭ не попали мягкие ткани родового канала.

5. Направление тракций осуществляется в соответствии с кривизной таза и биомеханизмом родов. Количество тракций зависит от высоты положения головки. В 76-96% случаев достаточно 4 потуг. Продолжительность операции не должна превышать 20 минут.

- Положение рук врача: тянущая рука – концевые фаланги 2х или 4х пальцев на ручке ВЭ (2 пальца, когда головка находится в выходе малого таза, 4 – когда головка в полости малого таза), предплечье руки является продолжением «тросика», соединяющего чашечку ВЭ и рукоятку прибора. Концевые фаланги пальцев контролирующей руки находятся: большой палец – на чашечке прибора, указательный – на головке плода рядом с краем чашечки ВЭ, пальцы почти параллельны.

- Задачи «тянущей руки»: совершение тракций в момент потуги, соблюдение направления тракций.

- Задачи «контролирующей руки»: оценивать поступательное движение головки плода, предотвращать соскальзывание чашечки прибора большой палец прижимает чашечку к головке, нивелируя силу тракций, соблюдение осевого направления тракций, контроль поворота головки по мере поступательного движения её по родовому каналу.

- Определение направления тракций: это перпендикуляр из центра плоскости большого сегмента через проводную точку головки плода к плоскости таза, которую предстоит преодолеть. Для благополучного исхода операции важное значение имеет правильный выбор тракций в соответствии с биомеханизмом родов.

Направление всех тракций осуществляют относительно стоящей женщины.

Тракции при головке плода, находящейся в широкой части полости малого таза:

При переднем виде затылочного предлежания – кзади до проведения плоскости большого сегмента головки через плоскость узкой части полости малого таза, книзу до подведения подзатылочной ямки головки плода – к точке фиксации – нижнему краю симфиза и кпереди, разгибая головку плода и способствуя её прорезыванию.

Тракции при головке плода, находящейся в узкой части полости малого таза:

Кзади, учитывая, что седалищные ости – поперечный диаметр полости располагаются несколько выше продольного диаметра полости – расстояния от нижнего края симфиза до крестцово-копчикового сочленения, далее книзу, что способствует опусканию головки плода до момента, когда при переднем виде затылочного предлежания подзатылочная ямка головки плода будет касаться нижнего края симфиза и кпереди, разгибая головку плода и способствуя её прорезыванию.

Тракции при головке плода, находящейся в полости выхода малого таза в переднем виде затылочного предлежания:

Если подзатылочная ямка головки плода находится на уровне нижнего края симфиза, то только кпереди, разгибая головку плода и способствуя её прорезыванию, если подзатылочная ямка находится чуть выше нижнего края симфиза, то направление тракций книзу будет способствовать опусканию головки плода с последующим переходом на тракции кпереди.

Тракции при головке плода, находящейся в полости выхода малого таза в заднем виде затылочного предлежания:

внутренний поворот головки завершён. Головка плода находится на тазовом дне. Стреловидный шов – в прямом размере выхода, малый родничок располагается у копчика, задний край большого родничка – под лонном; малый родничок расположен ниже большого. Тракции производят книзу до тех пор, пока передний край большого родничка не будет соприкасаться с нижним краем лонного сочленения (первая точка фиксации). Затем делают тракции кпереди до фиксации области подзатылочной ямки у верхушки копчика (вторая точка фиксации). После этого кзади, происходит разгибание головки и рождение из-под лонного сочленения лба, лица и подбородка плода.

Тракции при переднеголовном предлежания, если большой сегмент головки плода находится в широкой части полости малого таза:

кзади до подведения середины лба головки плода к нижнему краю симфиза, резко кпереди до подведения затылочного бугра головки плода к области крестцово-копчикового сочленения, книзу и кзади, способствуя разгибанию головки плода и её прорезыванию через мягкие ткани промежности.

После рождения головки плода чашечка снимается нажатием на кнопку сброса давления, рождение туловища происходит обычными акушерскими приёмами.

Критерии неуспеха операции вакуум-экстракции плода [50],[52],[53], [55].

- Отсутствие продвижения головки плода при правильном расположении чашечки вакуум-экстрактора, умеренной силе тракции, направлении тракции по оси родового канала.
- Опускание головки плода не удалось достичь в течение трех тракций. Общая продолжительность операции не должна превышать 20мин
- Соскальзывание чашечки произошло более двух раз при правильно направлении тракции и максимальном отрицательном давлении

Каждое наложение вакуум-экстрактора следует рассматривать как попытку. Не следует продолжать процедуру, если головка не опустилась после трех тракций.

Вакуум-экстракция плода при операции кесарева сечения