

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Плодоруйнуючі операції (код курсу 4.2.3.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

I. Мета заняття

Однією з найважливіших соціальних проблем медицини є зниження перинатальної смертності. Мертвороодженість при ускладненнях в II періоду пологів залишається високою і дотепер. Тому раціональне ведення пологів і своєчасне використання розроджуючих акушерських операцій в II періоді пологів буде допомагати поліпшенню наслідків пологів для матері.

II. Об'єм повторної інформації

1. Визначення поняття II періоду пологів.
2. Причини виникнення дистресу плода в II періоді пологів.
3. Показання для термінового розродження в II періоді пологів.
4. Визначення умов для термінового розродження в II періоді пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Класифікація плодоруйнуючих операцій.
2. Умови для проведення плодоруйнуючих операцій.
3. Знеболення при проведенні плодоруйнуючих операцій.
4. Можливі ускладнення при проведенні плодоруйнуючих операцій

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Пологове відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Гравідограми, обмінні картки, історії плогів.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику антенатальної загибелі плода..		+	
2.	Оцінити результати УЗД при антенатальній загибелі плода .		+	
3.	Визначати умови та показання для проведення плодоруйнуючих операцій.	+	+	

4.	Продемонструвати на фантомі операцію краніотомія.		+	
5.	Продемонструвати на фантомі операцію декапітація.		+	
6.	Продемонструвати на фантомі операцію евентерація.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль курсантів.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які операції призначені для зменшення об'єму плода?
2. Які операції призначені для розтину плода?
3. Які інструменти необхідні для проведення плдоруйнівних операцій?
4. Краніотомія. Показання, умови і техніка операції.
5. Декапітація. Показання, умови і техніка операції.
6. Показання для клейдотомії, техніка операції
7. Спондіотомія. Показання, умови і техніка операції.
8. Евісцерація та евентерація. Показання, умови і техніка операції.
9. В яких випадках виконуються плдоруйнуючі операції на живому плоді?
10. Яке знеболювання використовують при плдоруйнуючих операціях?
11. Які ускладнення можливі під час плдоруйнуючих операцій?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести аускультацию серцебиття плода в пологах та оцінити її результати.
2. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними кардіотокографії.
3. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.
4. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними доплерометрії кровотоку у артерії пуповини при вагітності.
5. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускультатії та кардіотокографії у пологах;
6. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок меконію.
7. Визначити тактику ведення вагітності у пацієток с дистресом плода.
8. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с тазовим передлежанням плода.
9. Підібрати набір інструментарію для проведення різних видів плдоруйнівних операцій.
10. На фантомі імітувати техніку проведення плдоруйнівних операцій.
11. Визначити міри профілактики та лікування ускладнень, пов'язаних із проведенням плдоруйнівних операцій.

Тестові завдання

1. У якому випадку показана краніотомія?

1. Розрив матки, що вчинився.
2. Запущене поперечне положення, мертвий плід.
3. Центральне передлежання плаценти.
4. Лобне вставлення, мертвий плід.
5. Великі розміри плода.

2. Яка операція виконується при запущеному поперечному положенні мертвого плоду?

1. Кесарів розтин.

2. Краніотомія.
3. Декапітація.
4. Клейдотомія.
5. Комбінований поворот плоду на ніжку.

3. Які умови для декапітації зазначені не вірно?

1. Повне відкриття.
2. Поперечне положення плода.
3. Приступність шиї плода.
4. Живий плід.
5. Мертвий плід.

4. У якому випадку зазначена правильна послідовність маніпуляцій при краніотомії?

1. Перфорація, краніоклазія, ексцеребрація.
2. Перфорація, ексцеребрація, краніоклазія.
3. Краніоклазія, перфорація, ексцеребрація.
4. Ексцеребрація, перфорація, краніоклазія.
5. Ексцеребрація, перфорація, клейдотомія.

5. У якій послідовності використовують інструменти для декапітації?

1. Гачок Брауна, ножиці.
2. Ножиці, гачок Брауна, ножиці.
3. Гачок Брауна, перфоратор Бло.
4. Щипці Мюзо, краніокласт Брауна.
5. Гачок Брауна, краніокласт Брауна.

6. Оголення голівки, розсічення м'яких тканин її, перфорація – моменти якої операції:

1. Декапітації.
2. Краніоклазії.
3. Краніотомії.
4. Спондилотомії.
5. Клейдотомії.

7. У якій ділянці проводиться перфорація наступної голівки?

1. Великий потиличний отвір.
2. Велике тім'ячко.
3. Мале тім'ячко.
4. Стрілоподібний шов.
5. Підпотилична ямка.

8. Вкажіть обов'язковий момент операції краніотомії:

1. Перфорація голівки.
2. Ексцеребрація.
3. Краніоклазія.
4. Декапітація.
5. Евісцерація.

9. Показання до операції декапітації:

1. Тазове предлежание.
2. Випадання пуповини.
3. Запущене поперечне положення плоду.
4. Головне передлежання.
5. Розгинальні вставлення голівки.

10. Якою рукою захоплюють шию плода при декапітації?

1. Відповідною позиції плоду.
2. Протилежною позиції плоду.
3. Будь-якою рукою.
4. Правою рукою.

5. Лівою рукою.

11. Перфоратор Бло застосовується для:

1. Розкриття плодового міхура.
2. Клейдотомії.
3. Декапітації.
4. Краніотомії.
5. Краніоклазії.

12. Перелом хребта плода є етапом операції:

1. Краніотомії.
2. Краніоклазії.
3. Декапітації.
4. Клейдотомії.
5. Евісцерації.

13. Обов'язкове ручне обстеження порожнини матки показано:

1. Після вижимання посліду за Креде.
2. Після пологів у тазовому предлежанні.
3. При виявленні розриву промежини III ступеня.
4. Після операції декапітації плода.
5. При розриві шийки матки I-II ступеня.

14. Клейдотомія проводиться при:

1. Невідповідності розмірів голівки плода і таза матері.
2. Неможливості звільнення плечового пояса плода.
3. Неможливості екстракції плода за тазовий кінець.
4. При анатомічно вузькому тазі.
5. При гідроцефалії плода.

15. Після плодоруйнуючої операції ручне обстеження матки:

1. Обов'язково.
2. Необов'язково.
3. Можливий кюретаж.
4. Необхідно у випадку передбачуваного ускладнення.
5. При патології III періоду пологів.

Ситуаційні задачі :

1. Юна вагітна 16 років, термін вагітності 34 тижні, положення плода поздовжнє, головне передлежання. Палить з 14 років, на протязі вагітності не припиняла тютюнопаління. Загроза переривання вагітності в 15 та 22 тижні вагітності. При огляді в жіночій консультації запідозрена плацентарна недостатність. Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?
Визначення рівня гормонів плаценти (естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену);
ультразвукове сканування плаценти, доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

2. Вагітна 24 років, термін вагітності 36 тижнів. Обтяжений перебіг вагітності: загроза переривання в 16 тижнів, залізодефіцитна анемія I ступеня, прееклампсія середнього ступеня важкості. При обстеженні стану плода встановлено: відставання показників фотометрії на 3 тижні, БПП - 6 балів, реверсний кровоток в артерії пуповини на доплерограмі. Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?
Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин..

3. Роділля 36 років народжує вперше, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи термінові, на 40-41 тижні. Перейми тривалістю 35-40 с. через 5 хв. Відійшли навколоплідні води з наявністю густого меконію. КТГ - базальна частота 98 уд/хв.,

монотонна крива, пізні децелерації до 30 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 6см.

Який діагноз? Визначте план ведення пологів.

Вагітність 40-41 тиждень, пологи I, період пологів I, дистрес плода.

Кесарів розтин.

4. Вагітна 28 років в термін 37 тижнів. Наглядається в жіночий консультації. Під час чергового обстеження встановлено: патологічна оцінка БПП (6 балів), сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини.

Яка тактика ведення вагітної?

Госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Застосування плодоруйнуючих операцій у даний час зумовлено необхідністю вибору найбільш безпечного шляху для народження плода після його внутрішньоутробної смерті або при наявності життєздатного плода з тяжкими вадами розвитку.

Плодоруйнуючи операціями прийнято вважати такі операції, за допомогою яких зменшуються частини плода до розмірів, які надають йому можливість проходити через природні родові шляхи.

Плодоруйнуючи операції поділяються на 3 групи:

1. Операції, що зменшують об'єм плода (краніотомія, евісцерація).
2. Операції розчленування плода і виняття його по частинам (декапітація, спонділотомія та ексартикуляція).
3. Операції, що зменшують об'єм плоду за рахунок максимального збільшення рухливості між окремими частинами тіла плода (клейдотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок).

Прийнято виділяти операції за положенням плоду, при якому вони проводяться:

1. При повздовжньому головному передлежанні (краніотомія, клейдотомія).
2. При повздовжньому тазовому передлежанні (перфорація подальшої голівки).
3. При запущеному поперечному положенні (декапітація).
4. При поперечному або косому положенні (евісцерація, евентерація, спонділотомія).

До операцій, які застосовуються найчастіше, належить віднести краніотомію, декапітацію і клейдотомію, інші операції зустрічаються дуже рідко.

5. Краніотомія – це зменшення об'єму голівки та послідує її вилучення у зменшеному стані.
6. Декапітація – відокремлення голівки плода при запущеному поперечному положенні.
7. Клейдотомія – розсікання однієї або обох ключиць для зменшення об'єму плечового поясу.
8. Спонділотомія – розсічення хребців.
9. Евісцерація та евентерація – видалення внутрішніх органів грудної клітини та черевної порожнини.

Краніотомія

Операція, за допомогою якої досягається зменшення об'єму передлеглої або подальшої голівки з послідує її видаленням в зменшеному стані. Вона може бути виконана на мертвому, у виняткових випадках – на живому плоді.

Показання для проведення краніотомії:

1. Наявність мертвого або нежиттєздатного плода з важкими вадами розвитку при клінічно або анатомічно вузькому тазі, слабкості родової діяльності, рубцевих звуженнях піхви, пухлинах піхви, що призводить до надмірного затягування пологів.

2. Загроза для життя матері при мертвому плоді, несприятливому вставленні голівки, лобовому передлежанні, літцманівському вставленні голівки і відсутності умов для кесарського розтину, вакуум-екстракції плоду або накладання акушерських щипців.

3. Стан матері, що вимагає негайного родорозрішення (серцево-судинні захворювання, еклампсія, деякі випадки передчасного відшарування плаценти та ін.) за умов мертвого плоду.

Показання для краніотомії при живому плоді виникають дуже рідко – лише в тих ситуаціях, при яких показане негайне родорозрішення, а виконати кесарський розтин немає умов. До них відносять ті ж показання, що й при мертвому плоді.

Умови для виконання краніотомії:

1. Розкриття маткового зіву не менше, ніж на 6 см.
2. Відсутність плодового міхура.
3. Мертвий плід.
4. Розмір істинної кон'югати не менше 6,5см.
5. Голівка плоду фіксована до входу в малий таз.

Необхідний інструментарій: вагінальні дзеркала, кульові щипці або щипці Мюзю, ложечки Фолькмана або кюретки, перфоратор Бло, краніокласт, ножиці Зібольдта або Феноменова.

Операція проводиться під загальним знеболенням. Перед операцією необхідно випорожнити сечовий міхур і продезинфікувати зовнішні статеві органи і піхву.

Техніка операції складається з трьох етапів:

1. Перфорація голівки.
2. Ексцеребрація.
3. Краніоклазія.

Перфорація голівки виконується в такому положенні жінки, яке використовується для усіх вагінальних операцій, і складається з наступних моментів:

1. Введення дзеркал у піхву та оголення голівки.
2. Захвачування шкіри голівки щипцями та її фіксація.
3. Власне перфорація.

Перфорація голівки

Шкіру голівки плода між щипцями розсікають у поперечному напрямку ножицями і трошки відшаровують від кісток черепа. Під контролем зору перфоратор вводять у область шва або тім'ячка у складеному вигляді і виводять у розкритому, що розширює перфораційний отвір. При лицьовому передлежанні перфорація виконується через рот, при лобному – через очницю, при подальшій голівці – через великий потиличний отвір.

Ексцеребрація

Операція ексцеребрації спрямована на вилучення мозкової речовини через перфораційний отвір. Спочатку кюреткою мозок руйнують, а потім вилучають за допомогою великої кюретки.

Краніоклазія

Краніоклазією називається операція вилучення перфорованої і зменшеної в об'ємі голівки за допомогою краніокласта. Якщо такої необхідності немає, обмежуються перфорацією та ексцеребрацією, після чого плід народжується сам.

Операція складається з трьох моментів:

– введення і розміщення ложок краніокласта (першою вводять внутрішню ложку через перфораційний отвір випуклістю, оберненою до обличчя, другою – зовнішню ложку, за тими ж правилами, що й першу ложку, і розмішують її на обличчі);

– замикання гілок;

– вилучення голівки (характер і напрямок тракцій ті ж, що й при акушерських щипцях).

Перфорація подальшої голівки виконується після невдалого застосування ручної допомоги при загиблому плоді або гідроцефалії.

Декапітація

Декапітація – це операція, при якій проводять відокремлення голівки в ділянці шийних хребців від тулубу плода з послідуємим їх вилученням через природні родові шляхи.

Показання: запущене поперечне положення плода.

Умови для декапітації:

– повне відкриття маткового зіву;

– доступність шиї плода;

– розміри таза, достатні для проходження плода.

Необхідний інструментарій: гачок Брауна, ножиці Зібольда або Феноменова, щипці Мюзю.

Операція обов'язково виконується під наркозом. Перед операцією повинен бути випорожнений сечовий міхур.

Техніка операції складається з трьох етапів:

1-й етап – введення і розміщення декапітаційного гачка. Він складається з трьох моментів:

1. Захват ручки, що випала, помічником і відведення її в сторону, протилежну тій, де знаходиться голівка; якщо ручка не випала, операцію розпочинають з другого моменту.
2. Введення у піхву руки і захват шийки плода.
3. Введення і розміщення декапітаційного гачка.

2-й етап – власне декапітація. Спочатку поворотом гачка на 90° зламують шийні хребці, потім під контролем внутрішньої руки м'які частини шиї плода розсікають ножицями. При цьому декапітаційний гачок підтягують до виходу з піхви.

3-й етап – вилучення розчленованого плода. Підтягуючи тулуб за ручку, порівняно легко його вилучають. При виведенні голівки остання помічником фіксується до входу в малий таз зовнішніми прийомами, після чого у піхву вводять дзеркала, голівку захоплюють щипцями Мюзю і розпочинають її вилучення. Якщо можливо, її вилучають ручними прийомами. При виникненні труднощів під час вилучення ручними прийомами голівку перфорують з подальшою ексцеребрацією і краніоклазією.

Клейдотомія

Суть операції полягає у розтині однієї або обох ключиць для зменшення об'єму плечового поясу.

Показання: великий плід при малому тазі або плід середніх розмірів при вузькому тазі.

Умови: народження голівки.

Техніка: у піхву вводять 4 пальці лівої руки і визначають передню ключицю, яку розтинають ножицями. Таким самим чином виконують і розтин задньої ключиці. При односторонній клейдотомії обвід плечового поясу зменшується на 2,5-3 см, при двосторонній – на 5-6 см.

Спонділотомія

Спонділотомія – операція, під час якої розтинається хребет плода у грудній чи поперековій області. Вона рідко має самостійне значення. Виконується у випадках, коли декапітація не може бути виконана або як попередній чи подальший етап при евісцерації.

Показання: запусчене поперечне положення плода, коли не можна досягти його шиї.

Умови: повне розкриття шийки матки, мертвий плід.

Необхідні інструменти: гачок Брауна, ножиці Зібольда, щипці Мюзю.

Техніка: у дзеркалах оголюється передлегла частина хребта, шкіру захоплюють щипцями Мюзю. Розтинають шкіру, потім хребет і після цього тулуб розчленовують на дві частини, кожна з яких послідовно вилучають. Якщо спондилотомію проводять після евентерації або евісцерації, тоді через отвір у черевній порожнині або грудній клітині вводять гачок Брауна і хребет зламлюють, як при декапітації. М'які тканини перетинаються ножицями.

Евісцерація (евентерація)

Операція спрямована на зменшення об'єму плода шляхом вилучення зруйнованих внутрішніх органів.

Показання: мертвий плід при поперечному положенні, коли не можна досягти його шиї.

Умови: повне розкриття шийки матки.

Техніка проведення полягає у послідовному здійсненні чотирьох м'єментів.

Перший момент – введення лівої руки у вагіну і відшукування місця для перфорації стінки тулуба (грудної клітини або черевної порожнини).

Другий момент – введення перфоратора під контролем внутрішньої руки.

Третій момент – перфорація тулуба в міжреберному проміжку і поступове розширення перфораційного отвору. При необхідності розтинають одне або два ребра.

Четвертий момент – через утворений у тулубі отвір абортцангом або іншим інструментом поступово вилучають зруйновані органи черевної або грудної порожнини.

Краніотомія, декапітація і клейдотомія відносяться до типових ембріотомій; спонділотомія та евісцерація (евентерація) – до атипових ембріотомій.

Після кожної плідоруйнуючої операції необхідно ретельно перевірити цілісність родових шляхів (провести ручне обстеження порожнини матки) і сечового міхура (шляхом катетеризації).

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
2. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм»
3. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов / В поддержку Инициативы „Безопасное материнство”. Стратегия ВОЗ по обеспечению безопасной беременности / Редактор русского издания Могилевкина И.А. – Женева, 2002. – 303 с.
4. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.

5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
6. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
7. Лебедев В.И. Самоповороты плода и пособие при неправильных положениях// З турботою про жінку.— 2010 .— №8 (20). — С.35-37.
8. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. проф. А.Я. Сенчука. — Киев: Гидромакс, 2006. — 368 с.
9. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
10. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.

17.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.