

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Неправильні положення плода. Акушерський поворот (код курсу 7.1-2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 4 годин.

I. Мета заняття

Поперечне та косе положення плоду зустрічається в 0,5 % від усіх пологів. У жінок з поперечним та косим положеннями плоду в 25 % випадків пологи починаються передчасно. При доношеній вагітності самовільні пологи неможливі і загрожують життю, як плоду так і матері. Сідничні передлежання, які мають місце у 3,5 % усіх пологів, часто супроводжуються ускладненнями. Тому пологи при тазових передлежаннях вважаються пограничними, досить часто доводиться виконувати екстракцію плода за тазовий кінець. В зв'язку з цим виникає необхідність під час вагітності повернути плід у поздовжнє положення, бажано головне, а під час пологів доводиться виконувати поворот плода на ніжку. Виправлення неправильних положень плоду під час вагітності сприяє зменшенню материнського травматизму та зниженню перинатальної смертності

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого.
2. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.
3. Поняття про сегменти голівки.
4. Визначення висоти стояння голівки.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.
8. Знеболення під час пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Причини утворення неправильних положень плоду;
2. Операції, які виправляють положення плоду (показання, умови, техніку, ускладнення);
3. Екстракцію плода за тазовий кінець (показання, умови, техніка, ускладнення)

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологовий блок.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	При об'єктивному обстеженні, використовуючи методи зовнішнього і внутрішнього акушерського дослідження, виявити положення, позицію, вид, передлежання плоду Вміти виконати прийоми Леопольда		+	
2.	Зовнішній поворот за Архангельським. Знати техніку, умови, протипоказання до операції, вміти підготувати		+	

	вагітну.			
3.	Комбінований зовнішньо-внутрішній поворот. Знати техніку, умови, протипоказання до операції, вміти підготувати вагітну		+	
4.	Екстракція плода за тазовий кінець. Знати техніку, умови, протипоказання до операції, вміти підготувати вагітну		+	
5.	Стан плода. Уміти оцінити стан плода, знати ознаки гіпоксії		+	
6.	Деонтологічні навички. Знати принципи лікарської етики і акушерської деонтології	+		

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Що називається акушерським поворотом?
2. Види акушерських поворотів.
3. Зовнішній акушерський поворот: показання, протипоказання та умови до операції.
4. Техніка операції зовнішнього повороту.
5. Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку при повному розкритті шийки матки: показання, протипоказання та умови до операції.
6. Техніка операції класичного повороту.
7. Коли поворот вважається закінченим?
8. Дати визначення операції екстракції плода за тазовий кінець?
9. Показання до операції.
10. Умови для проведення екстракції за тазовий кінець.
11. Види операції.
12. Техніка операції вилучення плода за ніжку.
13. Техніка операції вилучення плода за ніжки.
14. Техніка операції вилучення за паховий згин.
15. Ускладнення для матері і плода.
16. Особливості формувань неправильних положень плода у юних першовагітних

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. При об'єктивному дослідженні встановити положення плоду;
2. Провести підготовку вагітної до зовнішнього повороту;
3. Провести зовнішній поворот та зовнішньо-внутрішній поворот на фантомі;
4. Продемонструвати екстракцію плода за тазовий кінець на фантомі;
5. Оцінити стан плоду, встановити діагноз гіпоксії;
6. Призначити комплекс лікувальної гімнастики

Тестові завдання

1. Назвіть умови для виконання класичного акушерського повороту:

1. повне розкриття шийки матки;
2. рухливість плоду в порожнині матки;
3. відповідність розмірів плоду і таза матері;

4. живий плід.

2. Назвіть основні етапи виконання класичного акушерського повороту:

1. введення відповідної руки в порожнину матки;
2. відшукування і захоплення ніжки;
3. власне поворот;
4. екстракція плода за тазовий кінець.

3. Після виконання класичного акушерського повороту плода на ніжку:

1. здійснюють консервативне ведення пологів через природні пологові шляхи;
2. роди ведуть за методом Цов'янова;
3. надають класичну ручну допомогу;
4. проводять екстракцію плода за тазовий кінець

4. Перерахуйте показання до екстракції плода за тазовий кінець:

1. гостра гіпоксія плода у другому періоді родів при тазовому передлежанні;
2. випадіння ніжки плода;
3. стан після класичного повороту плода;
4. гостра гіпоксія плода в першому періоді пологів.

5. Назвіть умови для виконання екстракції плода за тазовий кінець:

1. повне розкриття маточного зіву;
2. відсутність плідного пузиря;
3. розташування передлежачої частини в порожнині або на дні малого таза;
4. відповідність розмірів таза жінки і голівки плода.

6. Укажіть основні етапи екстракції плода за тазовий кінець:

1. витягання до пупка і нижніх кутів лопаток;
2. звільнення подальшої голівки;
3. звільнення плечового пояса;
4. виведення ніжки до підколінної ямки.

7. При наявності показань до термінового розродження екстракцію плода за тазовий кінець проводять при розташуванні передлеглої частини:

1. в порожнині малого таза;
2. у вході в малий таз;
3. на дні малого таза;
4. над входом в малий таз.

8. Тактика лікаря після виконання класичного акушерського повороту плода на ніжку:

- A. ведуть роди по методу Цов'янова;
- B. виконують кесарів розтин;
- C. проводять плодоруйнівну операцію;
- D. виконують екстракцію плода за тазовий кінець.

Ситуаційні задачі :

1. Повторновагітна 28 років. Поступила в пологовий будинок через 6 годин після початку родової діяльності. Розміри таза: 26,28,31,21. Положення плода подовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плода 3000 г. С/б плода ясне, 140 уд. Піхва ємна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці виконують 1/3 крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Тактика ведення пологів? Відповідь-витяг плода за паховий згин

2. Вагітна 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності з приводу вагітності 36 тижнів, тазового передлежання, крупного плода, тяжкої форми цукрового діабету. На КТГ у плода зареєстрована брадикардія до 100/хв. та глибокі децелерації. Пологової діяльності немає. Яка тактика у відношенні даної жінки? Відповідь-екстрений кесарський розтин

3. Вагітність 38-39 тижнів. Пологи II. Змішане сідничне передлежання плода. Розміри тазу нормальні. Пологи продовжуються 14 годин. 10 хвилин тому відійшли

навколоплідні води, зареєстроване порушення серцебиття плода: частота 100 уд/хв, глухість тонів. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній, в піхві пальпується петля пуповини, сіднички та стопи плода в порожнині малого тазу. Яка тактика ведення пологів найбільш доцільна
Відповідь- провести екстракцію плода за тазовий кінець

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Якщо вісь плода не збігається з віссю матки, то таке положення називається неправильним. У тих випадках, коли осі плода і матки, перетинаючись, утворюють кут в 90° , положення вважають поперечним (*situs transversus*); якщо цей кут менше 90° , то положення плода вважається косим (*situs obliquus*). Неправильні положення плода зустрічаються в 0,2-0,4% випадків. Необхідно зазначити, що положення плода цікавить акушера з 22 тижнів вагітності, коли можуть розпочатися передчасні пологи.

Косе та поперечне положення плоду виникає в ситуації, при якій плід не може зайняти повздовжнє положення в порожнині матки, зважаючи на відсутність сил, що забезпечують підтримку його тіла в подовжній осі.

Причини формування неправильних положень плода, мають багато загального з причинами тазових передлежань. Основне значення мають зниження пластичного тону мускулатури матки, зміна форми матки, надмірна або різко обмежена рухливість плода, або при перешкоді для встановлення повздовжнього положення плода. Такі умови створюються при аномаліях розвитку та пухлинах матки, аномаліях розвитку плода, передлежанні плаценти, багатоводді, маловодді, багатоплідній вагітності, дряблості передньої черевної стінки, а також при станах, які утруднюють вставлення передлеглої частини плоду у вході в малий таз, наприклад при пухлинах матки або при крайніх ступенях звуження розмірів тазу. Аномальне положення, особливо косе, може бути тимчасовим і пов'язаним просто з положенням тіла матері.

Діагностика. Поперечне і косе положення плода в більшості випадків діагностуються без особливих труднощів. При огляді живота звертає на себе увагу форма матки, яка витягнута в поперечному розмірі. Окружність живота завжди перевищує норму для відповідного терміну вагітності, при якому проводиться обстеження, а висота стояння дна матки завжди менше норми. Використовуючи прийоми Леопольда - Левицького, одержують наступні дані: у дні матки відсутня яка-небудь велика частина, у бічних відділах матки виявляють великі частини плода (з одного боку - круглу щільну, з іншого боку - м'яку), передлегла частина плода не визначається. Серцебиття плода найкраще прослуховується в області пупка. Положення плода визначають по голівці: при першій позиції голівка визначається ліворуч, при другій - праворуч. Вид плода, зазвичай, розпізнають по спинці: спинка повернута вперед - передній вид, спинка назад - задній. Якщо спинка плода повернена вниз, то має місце несприятливий варіант (*dorsoinferior*) - при ньому створюються несприятливі умови для екстракції плода.

Піхвове обстеження, зроблене під час вагітності або на початку пологів при цілому плодовому міхурі, не дає багато інформації. Воно лише підтверджує відсутність передлеглої частини.

Після відходження навколоплідних вод при достатньому розкритті шийки матки (4-5 см) можна визначити плече, лопатку, остисті відростки хребців, пахову западину.

УЗД - найбільш інформативний метод діагностики (А). Він дозволяє визначити не тільки неправильне положення, але й очікувану масу плода, положення голівки, локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку матки та її пухлини, аномалії розвитку плода, тощо.

Перебіг і тактика ведення вагітності.

Вагітність при неправильному положенні плода перебігає без особливих відхилень від норми. Підвищується ризик передчасного вилиття навколоплідних вод, особливо в третьому триместрі вагітності.

Попередній діагноз неправильного положення плода встановлюють в термін вагітності 30 тижнів, остаточний - у 37-38 тижнів. Починаючи з 32 тижня, частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності (А).

В жіночий консультації в термін 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати коригуючі гімнастику(С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу. З 32 до 37 тижнів призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І.Ф.Дикань, І.І.Грищенко, В.В.Фомічева, Е.В.Брюхіна].Протипоказаннями для проведення гімнастичних вправ є загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II - III ступеня. Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).У тих випадках, коли неправильне розташування повздовжньої осі плоду виявляється після 32 тижнів вагітності, необхідно спробувати виявити причину, яка лежить в основі аномального положення плоду. Подальша тактика ведення вагітності полягає в проведенні спроби зовнішнього повороту плоду на голівку при доношеному терміні вагітності і подальшій індукції родів. або вичікувальному веденні вагітності і подальшій спробі повороту плоду з початком родів, якщо його неправильне положення збережеться. При вичікувальній тактиці ведення вагітності велика частина плодів, що мали неправильне положення, розташовується подовжньо до початку родів. Тільки менше 20% плодів, що розташовувалися поперечно до 37 тижнів вагітності, залишаються в такому положенні до початку родів.

У термін 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації в акушерський стаціонар III рівня за такими показаннями: наявність обтяженого акушерсько - гінекологічного анамнезу, ускладнений перебіг даної вагітності, екстрагенітальна патологія, можливість проведення зовнішнього повороту плода. В акушерському стаціонарі з метою уточнення діагнозу проводять ультразвукове дослідження, оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода - БПП, за необхідністю - доплерометрія), визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку, визначають готовність жіночого організму до пологів.

План ведення пологів розробляють консиліумом за участі анестезіолога і неонатолога та узгоджують з жінкою. *У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної (А).* Зовнішній поворот плода на голівку за методом Б.А.Архангельського у разі доношеної вагітності приводить до збільшення числа фізіологічних пологів у головному передлежанні (А).

Акушерським поворотом (versio obstetrica) називається операція, за допомогою якої можна перевести неправильне або невідічне положення плода на інше, більш вигідне, але завжди на повздовжнє.

Розрізняють:

1. Зовнішній поворот.
2. Зовнішньо-внутрішній (комбінований) поворот:
 - а) класичний при повному розкритті шийки матки;
 - б) поворот при неповному розкритті шийки матки (Брекстон-Гіксу).

Зовнішній акушерський поворот

Цю операцію проводять при поперечному, косому положенні і тазовому передлежанні плода з метою повернути плід на голівку.

Інколи виправити положення плода при косому або поперечному положенні можна без хірургічного втручання. Для цього потрібно вклати жінку на той бік, до якого обернена голівка. При сідничному передлежанні вагітній з 26 тижнів гестації рекомендується проводити

гімнастику по Диканю: на твердій канапі або підлозі при неповному шлунку жінка тричі на день протягом години повинна повертатися через кожні 10 хвилин з одного боку на інший. У цьому разі плід нерідко повертається самостійно. В тих випадках, коли положення плоду не вдається виправити таким чином, показаний зовнішній акушерський поворот.

Умови для операції:

1. Вагітність 34-36 тижнів, живий плід.
2. Піддатливість і відсутність напруження черевної стінки та стінок матки.
3. Нормальні розміри таза вагітної.
4. Рухомість плода.
5. Згода вагітної.

Протипоказання до операції:

1. Ускладнення вагітності кровотечею або загрозою переривання.
2. Самовільний викидень або передчасні роди в анамнезі.
3. Багатоводдя та маловоддя.
4. Багатоплідність.
5. Вузький таз, рубці або пухлини піхви, що не дають можливості самовільного родозавершення.
6. Ускладнення вагітності та екстрагенітальна патологія в стадії порушеної компенсації.
7. Рубець на матці.
8. Аномалії розвитку матки та плода.

Операція проводиться тільки в стаціонарі після спорожнення сечового міхура і кишечника. Жінка знаходиться на твердій канапі у положенні на спині. Наркоз протипоказаний. Допустимо введення 2мл но-шпи, 1мл 1% розчину промедолу або 1 мл 0,1% розчину атропіну за 20-30 хв. до операції.

Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот на ніжку при повному розкритті шийки матки

Показання до операції:

1. Поперечне та косе положення плода.
2. Передлежання та вставлення, які несприятливі для розродження (лобове, передній вид лицевого передлежання, високе пряме стояння стріловидного шва).
3. Стани матері та плода, що вимагають термінового розродження.

Протипоказання до операції:

1. Запущене поперечне положення плода.
2. Загроза розриву матки.
3. Розрив матки.
4. Рубець на матці після будь-яких операцій або перфорації матки.
5. Невідповідність між розмірами таза і плода.
6. Гідроцефалія плоду.
7. Мертвий плід.

Умови для операції:

1. Повне розкриття шийки матки.
2. Цілий навколоплідний міхур або води вилились нещодавно; якщо плодовий міхур цілий, то його розривають безпосередньо перед операцією.
3. Плід достатньо рухливий у порожнині матки.
4. Розміри таза відповідають розмірам плода.

Роділля знаходиться на акушерському ліжку в положенні на спині із зігнутими у колінних і кульшових суглобах нижніми кінцівками.

Знеболювання повинно бути повним – масочний або внутрішньовенний наркоз.

Техніка операції

Операція має три основних етапи:

- 1) введення руки в матку;
- 2) відшукування і захоплення ніжки;
- 3) власне поворот.

Екстракція плода за тазовий кінець є операцією вилучення плода, коли більша його частина знаходиться у родовому каналі.

Показання до операції:

1. З боку плода:
 - гіпоксія плода II-III ступеня.
2. З боку матері:
 - слабкість родової діяльності;
 - важкі форми гестозу;
 - інфекційні захворювання з підвищенням температури тіла;
 - ендометрит у пологах;
 - екстрагенітальні захворювання у стадії декомпенсації;
 - важкі форми нервово-психічних розладів;
 - інтоксикація або отруєння;
 - після класичного повороту плода на ніжку.

Умови для операції екстракції плода за тазовий кінець:

- повне розкриття шийки матки;
- відсутність плідного міхура;
- правильне співвідношення розмірів голівки плода і тазу матері;
- живий плід.

Для виконання операції вилучення плода за тазовий кінець роділля повинна знаходитись на операційному столі у положенні на спині.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
- 2 .Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

22.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року

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