

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І 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 і гінекологія
Тема:	Акушерські повороти та екстракція плода за тазовий кінець (код курсу 4.2.4)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

I. Мета заняття

Однією з найважливіших соціальних проблем медицини є зниження перинатальної смертності. Мертвонародженість при тазових передлежаннях залишається високою і дотепер. Тому раціональне ведення вагітності та пологів при цій патології буде допомагати поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика пізніх термінів вагітності.
2. Анатомія кісткового тазу.
3. Будова голівки плода.
4. Визначення передбачуваної маси плода.
5. Аускультация плода.

III. Об'єм нової інформації

1. Акушерський поворот
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. Причини тазових передлежань та неправильних положень плода.
8. Особливості ведення пологів при тазових передлежаннях (ускладнення).
9. Принципи ведення вагітних із сідничними передлежаннями у ЖК.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів 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. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода».
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння
---	--------------------------	-------------------

п/п				
		ознай	опан.	овол.
1.	Дати оцінку методам діагностики тазових передлежань (прийоми Леопольда, піхвове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД)		+	
2.	Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода		+	
3.	Продемонструвати на фантомі техніку зовнішнього акушерського повороту		+	
4.	Продемонструвати на фантомі техніку зовнішньо-внутрішнього акушерського повороту плода		+	
5.	Продемонструвати на фантомі техніку повороту плода на ніжку		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

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. Причини тазових передлежань та неправильних положень плода.
9. Особливості ведення пологів при тазових передлежаннях (ускладнення).
10. Принципи ведення вагітних із сідничними передлежаннями у ЖК.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести аускультацию серцебиття плода при вагітності 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 аускультативної та кардіотокографії у пологах;
6. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок меконію.
7. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с тазовим передлежанням плода.

Тестові завдання

1. Вагітність 38-39 тижнів. Головне передлежання, перша позиція, передній вид. Проведено дослідження біофізичного профілю плода і встановлено за 30 хвилин спостереження: дихальних рухів -2; рухів плода -4; кінцівки плода зігнуті, розгинання 2 рази; нестресовий тест - 5 акцелерацій; вертикальний розмір вільної ділянки вод - 1 см. Яка оцінка БПП ?

A.9 балів*

B. 7 балів.

С. 5 балів.

Д. 3 бали.

2. Роділля 34 років, народжує вперше, пологова діяльність триває 8 годин. Пологи термінові, перейми по 35-40 сек через 5-6 хвилин. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плода - 90 уд/хв.. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, голівка притиснута до входу в малий таз. Який діагноз?

- А. Дистрес плода в пологах*
- В. Гемолітична хвороба плода
- С. Затримка розвитку плода
- Д. Плацентарна недостатність

3. Вагітна 23 років, термін вагітності 34 тижні. З дитинства хворіє на цукровий діабет I типу. При взятті на облік в жіночій консультації консилиум лікарів дозволив виношувати вагітність. При черговому обстеженні встановлена плацентарна недостатність. Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?

- А. Первинна.
- В. Вторинна*.
- С. Гостра.
- Д. Підгостра.

4. В жіночу консультацію звернулась вагітна 38 років в терміні 39 тижнів. Обтяжений акушерський анамнез - самовільні викидні при вагітності строком 6, 11, 20 тижнів. Страждає на бронхіальну астму з 35 років. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки строку вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене. Які методи дослідження **недоцільно** проводити в даному випадку?

- А. КТГ плода
- В. ЕКГ вагітної*
- С. Біофізичний профіль плода
- Д. Доплерографія плацентарного кровотоку

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 жіночій 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.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

АКУШЕРСЬКИЙ ПОВОРОТ

Акушерським поворотом (*versio obstetrica*) називається операція, за допомогою якої можна перевести неправильне або невідне 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 вкладати 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 тазу 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. Вузкий 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.

Техніка операції при зовнішньому повороті

Сидячи праворуч збоку акушер кладе руки на живіт жінки, щоб одна рука лягла на голівку, захопивши її, а друга – на сідничний кінець.

Зовнішній профілактичний поворот найдоцільніше проводити по Б.А.Архангельському. Направлення рухів повинно бути від сідничного кінця в сторону спинки плода, від спинки – в сторону голівки, від голівки – в сторону грудки, до входу в таз. Така техніка дає змогу попередити утворення розгинальних передлежань. Таким чином, при сідничному передлежанні плід потрібно повернути на 180°, при задньому виді поперечного положення (коли спинка плода повернута до дна матки) – на 90°, при передньому виді поперечного положення (коли спинка повернута до входу в малий таз) – на 270°, щоб перевести плід спочатку у сідничне, а потім у головне передлежання. Якщо в момент повороту виникає біль або напруження матки чи черевної стінки, маніпуляції слід припинити до повного розслаблення органа. Після здійснення повороту вислуховують серцебиття плода. Воно може стати дещо частішим, але через 1-2 хвилини повинно знову прийти до норми. При успішному проведенні повороту плода з поперечного чи косого положення показане бинтування з підкладанням з обох сторін живота валиків для фіксації плода в новому положенні. До пологів жінка підлягає систематичному нагляду.

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

Показання до операції:

1. Поперечне та косо 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.

1 момент – введення руки в матку. Однією рукою розводять соромні губи роділі, другою, складеною конусоподібно (усі пальці докупи), тильною поверхнею до крижня, вводять у піхву. Після цього зовнішню руку кладуть на дно матки, а внутрішня рука вводиться у порожнину матки. Залежно від позиції акушер вводять ту чи іншу руку: при 1-й позиції плода вводять ліву руку, при 2-й – праву. Якщо плідний міхур цілий, його розривають, але води випускають повільно для профілактики випадіння дрібних частин і пуповини.

2 момент – відшукування і захоплення ніжки. Відшукування ніжки можна здійснювати двома шляхами: коротким (рука безпосередньо проникає до того місця, де як вважає акушер повинні знаходитися ніжки; або довшим. Останній полягає в тому, що після введення руки в матку треба знайти ребра плода, провести руку до пахової впадини, а потім – в протилежному напрямку до тазового кінця і до ніжок плода.

Враховуючи, що іноді відшукування ніжки може створювати певні труднощі, найбільш сприйнятливим є довгий шлях. В такому разі менш вірогідним є випадкове захоплення не ніжки, а ручки плода. Та все ж слід пам'ятати про риси, що відрізняють їх: пальці ніжок рівні, короткі, великий палець має обмежену рухливість, не відводиться і не прижимається до підшви; пальпується п'яtkова кістка; коліно на відміну від ліктя має округлу рухому чашечку.

Захоплювати ніжку можна двома пальцями (вказівним і середнім) дещо вище гомілково-стопного суглоба, або за методом Фенаменова – всією рукою так, щоб великий палець знаходиться вздовж ікраножного м'яза і верхівкою впирається в підколінну ямку. В разі застосування останнього рука менш стомлюється і ніжка рідко може виприснути.

Принциповим є те, яку ніжку слід захоплювати. При цьому керуються правилом: захоплювати слід ту ніжку, при підтягуванні за яку спинка плоду повертається до задньої стінки матки, тобто:

– при повороті з головного кінця слід захоплювати ніжку, яка лежить попереду (ближче до черевної стінки матері);

– при передньому виді поперечного положення захоплюється ніжка, яка лежить нижче, при задньому – та, що лежить вище.

Така метода дає змогу попередити утворення заднього виду при витягненні плода.

3 момент – власне поворот. Акушер діє обома руками. Зовнішня рука, захопивши голівку, відсуває її до дна матки, а рука, введена в матку, зводить ніжку у піхву. Тракцію ніжки слід вести по провідній осі таза (строго назад і донизу). Поворот вважається закінченим, якщо плід переведений в повздовжнє положення, головка на дні, сідниці в площині входу в таз, а із соромної щілини ніжка виведена до коліна (підколінної ямки).

Слід пам'ятати, що відразу за поворотом потрібно проводити операцію витягнення плода за ніжку. Це проводиться обов'язково із-за можливості травмування пуповини, розвитку асфіксії і загибелі плода, якщо йому не буде надана термінова допомога.

Виведення ніжки слід обов'язково проводити в сторону черевної стінки плоду, бо в протилежному разі можливий перелом стегна.

Витягання плода за тазовий кінець – це операція, завдяки якій: здійснюється витягання плода за одну ніжку, за дві ніжки, за паховий згин. **Показами** для всіх видів операцій витягання плода за тазовий кінець є всі ті ускладнення, які вимагають термінового закінчення пологів.

1. Прееклампсія та еклампсія в пологах.
2. Розлади дихання або серцевої діяльності при захворюваннях легень і серцево-судинної системи.
3. Захворювання нирок та інші тяжкі екстрагенітальні захворювання.

4. Підвищення температури під час пологів (ендометрит).
5. Слабкість пологової діяльності.
6. Асфіксія плода.

Умови

1. Шийка матки повинна бути повністю відкрита.
2. Плідний міхур розірваний.
3. Розміри голівки повинні відповідати розмірам таза.
4. Живий плід.

Операція витягання плода за ніжку

Ця операція проводиться при неповних ніжних передлежаннях, для виконання її інструментів не потрібно.

Техніка операції складається з трьох етапів.

*Виконання **Перший етап** – витягання плода до нижнього кута лопаток. його складається з трьох послідовних моментів:*

1. Передня ніжка захоплюється всією рукою, причому великий палець розміщується паралельно довжині гомілки, а не переплітається з нею під кутом. Решта пальців охоплюють гомілку спереду.
2. Тракціями донизу достається нижня кінцівка, при цьому треба стежити, щоб задня поверхня ніжки була повернута дозад (передній вид). Ніжку в міру витягання захоплюють якомога ближче до статевої щілини (її можна витягати й обома руками). З під симфізу народжується ділянка переднього пахового згину і крило здухвинної кістки. Ця область фіксується над симфізом для того, щоб задня сідниця прорізала над промежиною. Потім обома руками переднє стегно піднімається доверху, задня сідниця народжується над промежиною. Задня ніжка випадає сама або її витягають.
3. Після народження сідниць руки хірурга переносяться на плід так, щоб великі пальці розміщувались на крижах, а решта охоплюють стегна. Тракції виконують вниз і на себе. Тулуб народжується в косому розмірі, спинкою вперед до симфізу.
Слід звернути увагу інтернів на те, що руки не можна розміщувати на животі, оскільки це загрожує пошкодженням органів черевної порожнини. Тракціями на себе тулуб витягається до області нижнього кута лопатки. На цьому закінчується перший етап операції.

Другий етап – звільнення плечового поясу (класична ручна допомога).

Третій етап – звільнення голівки (за Морісо-Левре).

Під час операції витягання плода помічник обережно тисне на дно матки, щоб зберегти правильне членорозміщення плода.

Операція витягання плода за обидві ніжки

Витягання плода за обидві ніжки здійснюється при повному ніжному передлежанні. Кожна ніжка захоплюється рукою так, щоб великі пальці лежали вздовж ікроніжного м'яза, а інші охоплювали гомілку. В міру витягання плода за обидві ніжки, руки акушера ковзають по ніжках уверх так, щоб вони весь час містилися поблизу вульви.

Наступне витягання плода проводиться таким же чином, як і при тазовому передлежанні. Слід звернути увагу інтернів на ті випадки, коли спинка плода обернена назад (задній вид). При самовільному перебігу пологів спинка звичайно повертається наперед. При наявності заднього виду акушер повинен спробувати повернути плід спинкою наперед.

Операція витягання плода за паховий згин

Вказівний палець однойменної руки вводиться у відповідний паховий згин. Великий палець накладається на крижі по всій його довжині. променево-зап'ястний. Захопивши таким чином тазовий кінець плода, намагаються підвести передню сідницю під нижній край симфізу.

Тракції проводять під час потуги. Їх напрямок залежить від положення сідниць; при положенні їх не нижче 2 см від міжспинальної лінії перші тракції проводять круто вниз на носки, при положенні в порожнині малого таза – на коліна, при положенні на тазовому дні – на себе.

Слід звернути увагу інтернів на те, що всякі спроби низвести ніжку при сідницях, що перебувають глибоко в тазу, є лікарською помилкою, яка призводить до переломів стегна.

Пошкодження при витягуванні плода за тазовий кінець

Пошкодження матері:

1. Розрив шийки матки.
2. Розрив промежини.
3. Травматичне пошкодження тазу.

Пошкодження плода:

1. Пошкодження в ділянці голівки плода (гематома, кефалогематома, переломи кісток, внутрішньочерепні крововиливи).
2. Пошкодження тулуба (хребет, печінка та інші внутрішні органи).
3. Пошкодження верхніх кінцівок (переломи плечиків, ключиці, кісток передпліччя).
4. Пошкодження нижніх кінцівок (переломи, крововиливи в підшкірну клітковину).

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с. 2.
- Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID / А. Васси, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев, 2006. – 197 с. 3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с. 4. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода». 6.
- Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

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.