

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ
ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ**

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів***

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 от 19.02.2015.

**Харків
ХНМУ
2015**

Ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні : метод. вказ. для самот. роботи студентів / упор. М. О. Щербина, Л. В. Потапова, О. В. Юркова. – Харків : ХНМУ, 2015. – 20 с.

Упорядники М. О. Щербина
 Л. В. Потапова
 О. В. Юркова

Модуль 1: Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Змістовий модуль I. Перинатологія. Фактори ризику перинатального періоду.

Тема заняття: Вагітність і пологи при тазовому передлежанні.
Кількість годин – 2.

Матеріальне та методичне забезпечення теми:

Засоби навчання: банк тестових завдань, фантоми таза, голівки, тазомір, вагітні жінки.

Устаткування: методичні вказівки.

Місце проведення: навчальна кімната, палата акушерського відділення, пологовий зал.

Обґрунтування теми. Мертвонароджуваність при тазових передлежаннях залишається високою дотепер. Тому раціональне ведення вагітності та пологів при цій патології буде допомагати поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

Мета заняття:

Загальна мета – визначення поняття тазового передлежання плода, використання методів діагностики тазових передлежань, складання плану ведення пологів при тазовому передлежанні плода.

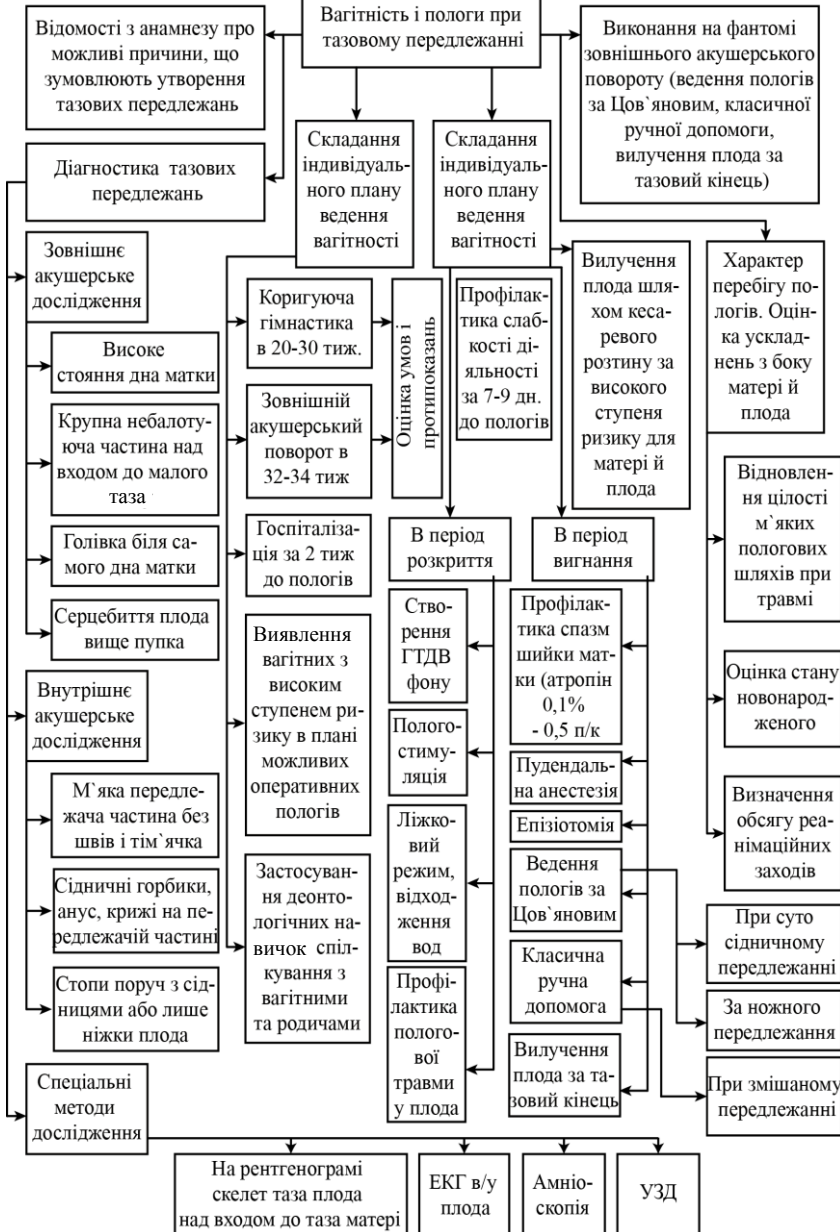
Конкретні цілі:

1. Визначення поняття тазового передлежання плода.
2. Причини виникнення тазового передлежання.
3. Класифікація тазових передлежань.
4. Методи діагностики тазових передлежань.
5. Особливості перебігу вагітності та пологів при тазових передлежаннях.
6. Методи корекції, які використовуються при тазових передлежаннях.
7. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
8. Техніка проведення допомоги за Цов'яновим I та II.
9. Техніка класичної ручної допомоги звільненню плечового поясу та голівки плода.
10. Можливі ускладнення під час пологів при тазовому передлежанні плода та їх профілактика.

Студент повинен знати:

1. Діагностику тазових передлежань.
2. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
3. Техніку фізичного обстеження пацієнта (огляд, пальпація, перкусія, аускультация).
4. Методи обстеження: фізичні і лабораторні; УЗД.

Графологічна структура теми



Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода в акушерському стаціонарі



Орієнтовна карта роботи студентів:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
 - б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз тазового передлежання;
 - в) визначення прогнозу перебігу пологів при тазовому передлежанні.
- Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту.

Поширеність тазових передлежань – 2–4 % випадків серед усіх типів передлежань плода. Як і поздовжні положення плода, тазові передлежання належать до правильних положень, однак у зв'язку зі значним відсотком мертвонародженості й оперативних втручань їх зараховують до патологічних станів. Перинатальна захворюваність і смертність при тазових передлежаннях у п'ять разів вища порівняно з головними. Для раціонального ведення пологів при тазових передлежаннях потрібний значний досвід і досить висока кваліфікація акушера.

Частота тазових передлежань при повторних пологах удвічі більша, ніж при перших. При перших пологах поширене сідничне передлежання, при повторних – змішане сідничне або ножне передлежання.

Останнім часом широко обговорюють питання про необхідність проведення кесаревого розтину у всіх роділь із тазовим передлежанням плода. На користь цього постулату свідчать відомості зарубіжних і вітчизняних авторів, які встановили, що під час пологів через природні пологові шляхи у плода відбуваються ушкодження хребтових артерій, що, у свою чергу, призводить до грубих порушень кровотоку головного мозку. Хребтові артерії тісно прилягають до кісткових утворень, здійснюючи на шляху до головного мозку чотири вигини, тому зазнають компресії під час пологів через природні пологові шляхи.

Етіологія

1. Фактори з боку роділлі:

- а) аномалії розвитку матки (сідлоподібна, дворога тощо);
- б) пухлини матки (міома тощо);
- в) вузький таз і пухлини таза, що призводять до його звуження;
- г) п'ять пологів і більше в анамнезі;
- д) підвищений або знижений тонус матки.

2. Фактори з боку плода:

- а) недоношена вагітність або гіпотрофія плода;
- б) багатоплідність;
- в) природжені аномалії розвитку (аненцефалія, гідроцефалія тощо);
- г) неправильне розташування частин тіла (розгинання голівки, хребта).

3. Фактори з боку плаценти, пуповини, плодових оболонок:

- а) передлежання плаценти;
- б) коротка пуповина;
- в) багато- або маловоддя.

У виникненні тазових передлежань велику роль відіграє підвищена рухливість плода в матці, що характерно при багатоводді, недоношеній вагітності або, навпаки, обмеження рухливості плода, які спостерігають при маловодді, аномаліях розвитку матки, багатоплідності, а також за наявності перешкод до вставлення голівки у площину входу в малий таз (вузький таз, передлежання плаценти, пухлини в нижньому сегменті матки, гідроцефалія плода тощо). Зниження тонуусу матки і порушення нервово-рецепторних відношень між верхнім і нижнім сегментом знижують здатність матки реагувати на рух плода і коригувати його положення, що також може призвести до тазового передлежання плода.

Позицію і вид плода при тазових передлежаннях визначають так само, як і при головних передлежаннях – за спинкою.

Види тазових передлежань

1. Сідничні:

- 1. Неповне (чисто сідничне, *рис. 1 а*);
- 2. Повне (змішане сідничне, *рис. 1 б*).

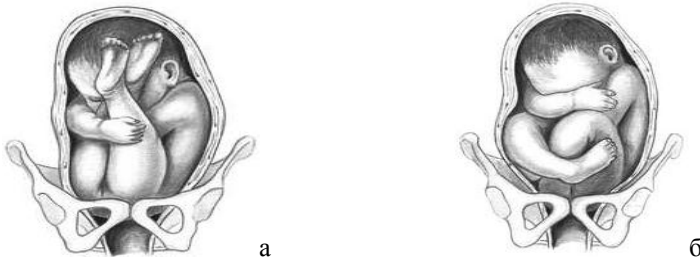


Рис. 1

2. Ножне передлежання:

- а) повне (передлежать обидві ніжки, *рис. 2 а*);
- б) неповне (передлежить одна ніжка, *рис. 2 б*).

3. Колінне передлежання (повне, неповне). Колінні передлежання – явище вкрай рідкісне.

Найсприятливішим щодо прогнозу варіантом тазових передлежань є сідничні передлежання, тому що тазова частина має найбільшу окружність, що сприяє оптимальній підготовці пологових шляхів до народження голівки.

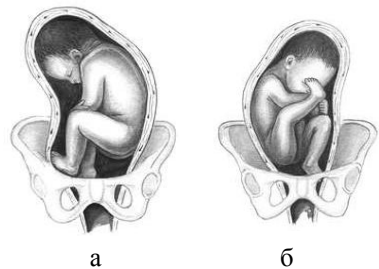


Рис. 2

Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях відбувається в три етапи, кожен з яких складається з двох моментів.

Етапи пологів:

- народження тазового пояса (рис. 3, 1 етап);
- народження плечового пояса (рис. 3, 2 етап);
- народження голівки (рис. 3, 3 етап).

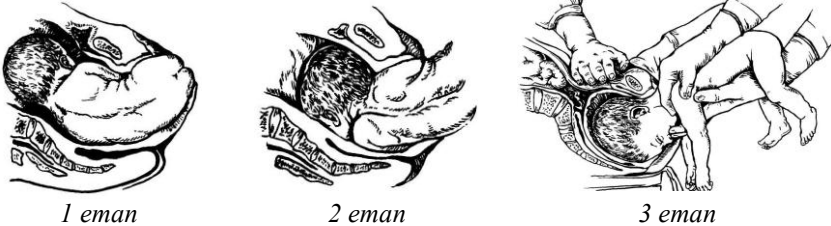


Рис. 3

Між першим і другим етапом виділяють проміжний етап – народження плода від пупкового кільця до нижнього кута лопаток, що має практичне значення при ручному прийомі для витягання рук і голівки при тазових передлежаннях.

Перший етап – народження тазового пояса. *Перший момент* – внутрішній поворот сідниць. Орієнтиром є міжвертлюгова лінія, провідною точкою – передня сідниця. Виконуючи внутрішній поворот при переході із широкої частини порожнини малого таза у вузьку, сідниці міжвертлюговою лінією з відповідного до позиції косоного розміру переходять у прямий розмір площини виходу з малого таза. Передня сідниця верхньою третиною клубової кістки фіксується під нижнім краєм лобкового симфізу. *Другий момент* – згинання тулуба в поперековому відділі. Навколо точки фіксації, яка утворилася, відбувається згинання тулуба в попереково-крижовому відділі, народження задньої сідниці, потім – передньої і всього тазового пояса. Тулуб народжується в косому розмірі.

Другий етап – народження плечового пояса. *Перший момент* – внутрішній поворот плечей. Роблячи внутрішній поворот, плечі біакроміальною лінією проходять через той самий косий розмір, у якому проходили сідниці, і вставляються в прямий розмір площини виходу з малого таза. Переднє плече верхньою третиною плечової кістки фіксується до нижнього краю лобкового симфізу.

Другий момент – згинання тулуба в грудному відділі. Навколо точки фіксації, яка утворилася, відбувається згинання хребта в грудному відділі, народжуються заднє плече і рука.

Третій етап – народження голівки. *Перший момент* – внутрішній поворот голівки. До моменту народження плечового пояса голівка стріловим швом перебуває в поперечному розмірі площини входу в малий таз.

При внутрішньому повороті стріловий шов проходить через протилежний до позиції косий розмір і вставляється в прямий розмір площини виходу з малого таза. Потилична ямка фіксується під лобком.

Другий момент – згинання голівки. Навколо точки фіксації, яка утворилася, відбувається згинання хребта в шийному відділі, першим народжується обличчя, потім – потилиця і вся голова.

Пологова пухлина при сідничних передлежаннях локалізується на передній сідниці, при ножних – на передній ніжці.

При сідничному передлежанні сідниці вставляються своїм поперечним розміром, що становить 9 см, і відповідною окружністю – 28 см. Голівка прорізується малим косим розміром, який становить 9,5 см, що відповідає розміру окружності 32 см.

Для **діагностики** тазового передлежання використовують методи зовнішнього і внутрішнього акушерського дослідження. Під час зовнішнього акушерського дослідження при тазовому передлежанні визначають високе стояння дна матки, що не відповідає терміну вагітності. Над входом у малий таз визначають велику м'яку частину, яка не балотує, у ділянці дна матки – кругла щільна частина (голівка), яка балотує.

Серцебиття при тазовому передлежанні вислуховується вище від пупка праворуч або ліворуч залежно від позиції. При першій позиції – ліворуч, при другій – праворуч.

За наявності труднощів при встановленні діагнозу проводять УЗД, ЕКГ, ФКГ, амніоскопію.

Варто наголосити, що амніоскопічне виявлення меконію при тазовому передлежанні не завжди свідчить про дистрес-синдром плода. При тазових передлежаннях потрапляння меконію в навколоплідні води пояснюють механічним його вичавлюванням при вставленні сідниць у малий таз.

Піхвове дослідження – найінформативніший діагностичний метод під час пологів при значному розкритті маткового вічка, за умови вилиття навколоплідних вод і достатнього вставлення частини, що передлежить.

Міжвертлюгова лінія при тазовому передлежанні має таке саме значення, що й стріловий шов при головному.

Диференційна діагностика тазових і головних передлежань, поперечного і косого положень плода особливо утруднена за наявності вираженої положової пухлини. Під час проведення диференційної діагностики важливо пам'ятати, що при введенні пальця у відхідник плода визначається куприк і відчувається опір м'яза – замикача прямої кишки, при введенні пальця у рот плода – рухлива нижня щелепа.

Важливо вміти розрізняти ніжку і ручку для встановлення діагнозу.

Ніжку розпізнають за такими ознаками:

– промацується п'ятковий горб з двома відростками;

– пальчики на ніжці коротші, ніж на ручці, великий палець не згинається і не відводиться.

Ознаки, за якими відрізняють ручку:

– пальчики довші, великий палець згинається та відводиться, при просуванні в бік ручки можна визначити пахвову ямку і ребра.

Перебіг пологів при тазовому передлежанні характеризується великою кількістю ускладнень, серед яких виділяють:

– передчасне або раннє вилиття навколоплідних вод, особливо часто виникає при ножних передлежаннях у зв'язку з відсутністю пояса притиснення і розподілу вод на передні й задні;

– випадіння дрібних частин тіла плода та петель пуповини при неповному відкритті маткового вічка; унаслідок стиснення пуповини, яка випала, розвивається гострий внутрішньоутробний дистрес-синдром плода, що може призвести до його загибелі;

– слабкість пологових сил як наслідок передчасного або раннього вилиття навколоплідних вод; слабкість пологової діяльності у свою чергу може призвести до затяжних пологів, інфікування, розвитку ендометриту, дистрес-синдрому плода.

Особливу увагу приділяють періоду зганняння, що може розпочатися при неповному відкритті маткового вічка і під час якого можливі:

а) защемлення голівки при спастичному скороченні шийки матки;

б) закидання ручок;

в) виникнення заднього виду тазового передлежання або розгинального положення голівки;

г) травмування плода і роділлі, розвиток дистрес-синдрому плода та його загибель.

При ножних передлежаннях ускладнення та мертвонародженість діагностують частіше, ніж при сідничних.

Ведення вагітності при тазових передлежаннях

Вагітних із тазовим передлежанням плода зараховують до групи високого ризику. Наприкінці III триместру вагітності лікар повинен вирішити питання про можливе застосування допологового виправлення положення плода завдяки проведенню коригувальної гімнастики або зовнішнього профілактичного повороту на голівку за Б.О. Архангельським. Гімнастику призначають у терміні вагітності 30–34 тиж. Перед призначенням гімнастики варто оцінити компенсаторні можливості організму вагітної і плода. У разі знижених компенсаторних можливостей від коригувальної гімнастики варто відмовитися.

Протипоказання до застосування допологових методів виправлення положення плода:

– вказівка на мимовільні аборти або передчасні пологи при попередніх вагітностях чи наявність загрози переривання вагітності;

- передлежання плаценти;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідність;
- анатомічно вузький таз;
- рубці на матці або рубцеві зміни в піхві чи шийці матки;
- пізній гестоз;
- підозра на гідроцефалію;
- наявність аномалії розвитку матки;
- пухлини матки або придатків;
- тяжка екстрагенітальна патологія тощо.

Методи коригувальної гімнастики

Метод І.Ф. Диканя. Вагітна поперемінно повертається з одного боку на інший протягом години, перебуваючи на кожному боці по 10 хв. Вправу виконують у положенні тіла лежачи на твердій кушетці 3–4 рази на день протягом 5–7 днів.

Метод Б. Г. Кайо. Вагітна у вихідному положенні лежачи на боці, протилежному позиції плода (ноги напівзігнуті в колінних і кульшових суглобах), випрямляє ногу, згинає в колінному і кульшовому суглобах (видих), знову випрямляє і відводить дещо назад, одночасно виконуючи напівоберт тулуба (видих). Вправу виконують повільно 10 разів протягом 10 хв 2–3 рази на день.

Метод І. І. Грищенка, О. Є. Шулешової. Комплекс фізичних вправ, які сприяють самоповертання плода.

Метод О.К. Калініної. Вагітна перебуває у вихідному колінно-ліктьовому положенні протягом 10 хв, потім, не піднімаючи плечовий пояс, плавно переходить у положення лежачи на боці, протилежному позиції плода, потім виконує вправи за методикою І.Ф. Диканя.

Якщо коригувальна гімнастика не дала бажаних результатів, то за відсутності протипоказань і за наявності умов у терміні 32–34 тиж вагітності при неповному сідничному передлежанні можна провести зовнішній профілактичний поворот плода на голівку за Б. О. Архангельським за згодою вагітної (згідно з наказом МОЗ України № 899 від 27.12.06 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода»).

Умови, за яких проводять зовнішній профілактичний поворот:

- живий плід;
- очікувана маса тіла плода до 3 700 г;
- нормальні розміри таза;
- задовільний стан вагітної і плода, відсутність аномалій розвитку плода і матки;
- рухливість плода, достатній об'єм навколоплідних вод;

– відсутнє напруження матки і м'язів передньої черевної стінки, цілий плодовий міхур;

– можливість проведення УЗД до і після повороту;

– готовність до операції для надання екстреної допомоги в разі виникнення ускладнень;

– наявність досвідченого фахівця, який володіє технікою повороту.

За 2–3 дні до виконання повороту вагітній призначають спазмолітики. Перед проведенням повороту спорожнюють кишечник і сечовий міхур. У ході втручання варто постійно контролювати серцебиття плода, тонус матки і стан вагітної. Найраціональніше здійснювати зовнішній поворот під УЗ-контролем.

Протипоказання до проведення зовнішнього повороту на голівку:

– ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес-синдром плода, прееклампсія);

– обтяжені акушерсько-гінекологічний анамнез (звичне невиношування, перинатальні втрати, безплідність в анамнезі);

– багато- або маловоддя;

– багатоплідна вагітність;

– анатомічно вузький таз;

– наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;

– III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;

– передлежання плаценти;

– тяжка екстрагенітальна патологія;

– рубець на матці, злукова хвороба;

– гідроцефалія та пухлини шиї плода;

– аномалії розвитку матки;

– пухлини матки та придатків.

Техніка виконання зовнішнього повороту плода на голівку:

– положення жінки лежачи на боці, з нахилом під кутом 30—40° у бік спинки плода;

– сідниці плода відводять від входу в малий таз долонями, уведеними між лобком та сідницями плода;

– обережно зміщують сідниці плода в бік позиції плода (у разі II позиції – у бік лівої клубової ділянки);

– зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (у разі II позиції – у бік правої клубової ділянки);

– завершують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу в малий таз, а сідниць – до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, вдруге виконувати маніпуляцію недоцільно.

Серед ускладнень повороту на голівку виділяють:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- дистрес-синдром плода;
- розрив матки.

У разі обережного та кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1%.

Ведення пологів при тазових передлежаннях

Якщо до пологів виправити положення плода не вдалося, то вагітну госпіталізують у стаціонар за 10–14 днів до передбачуваного терміну пологів для проведення обстеження і визначення тактики розродження консилиумом за участю анестезіолога і неонатолога і за згодою вагітної згідно з наказом МОЗ України № 899.

У разі поєднання тазового передлежання плода з масою тіла 3 700 г і більше зі звуженням таза, переносуванням вагітності, пізнім гестозом, обтяженим акушерським або гінекологічним анамнезом, віком роділлі понад 30 років доцільно проводити розродження шляхом кесаревого розтину. Ножні передлежання плода або багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні першого плода також є показанням до кесаревого розтину.

При розродженні через природні пологові шляхи в перший період пологів роділлі лежить на боці відповідно до позиції плода, що сприяє вставленню передлежачої частини і запобігає несвоєчасному вилиттю навколоплідних вод.

У разі передчасного або раннього вилиття навколоплідних вод проводять медикаментозну стимуляцію пологової діяльності.

При слабкості пологових сил або в разі появи ознак дистрес-синдрому плода вирішують питання про абдомінальне розродження.

У другий період пологів уважно стежать за станом плода. Оптимальним варіантом спостереження є кардіомоніторний контроль, проведення КТГ. Відходження меконію при тазових передлежаннях не є ознакою дистрес-синдрому плода, тому що меконій може вичавлюватися механічно.

З метою запобігання спазму шийки матки в момент прорізування сідниць роділлі вводять спазмолітики (атропін, бускопан, скобутил, но-шпа, папаверин).

З моменту народження плода до пупка голівка, проходячи в порожнину малого таза, стискає пуповину. Якщо протягом наступних 5 хв плід не народжується, у нього розвивається гострий дистрес-синдром, а надалі може настати інтранатальна загибель плода.

В усіх випадках при сідничних передлежаннях під час пологів застосовують *ручний прийом за Цов'яновим*, при ножних – ведення пологів *за Цов'яновим*. При народженні плечового пояса і голівки застосовують класичний ручний прийом. За потреби виключити другий період пологів

при тазових передлежаннях виконують операцію витягання плода за тазову частину.

Потрібно чітко відрізнити операцію витягання плода за тазову частину від ручних прийомів. Операцію виконують за показаннями, а ручні прийоми – при кожному випадку тазового передлежання.

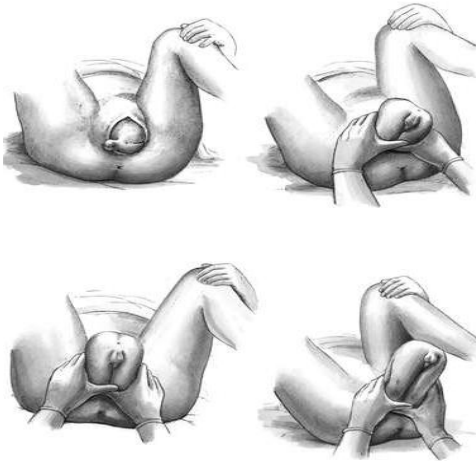


Рис. 4

– у ділянці крижової кістки. Пересуваючись по стегнах, пальці поступово зміщують до гомілок у напрямку до задньої спайки вульви (рис. 4).

Ведення пологів за Цов'яновим використовують при ножному передлежанні для повного розкриття до моменту вигнання плечового пояса і голівки. З появою у соромітній щілині п'ят плода їх прикривають стерильною пелюшкою, акушер долонною поверхнею руки, притиснутою до вульви (рис. 5), при кождих переїмах протидіє зганянню ніжок назовні.



Рис. 5

У міру розкриття шийки матки сідниці плода починають опускати в піхву, утворюючи таким чином разом із ніжками, які перебувають там, змішане сідничне передлежання, що збільшує обсяг проходження частини, яка передлежить, і запобігає обмеженню голівки, що народжується.

Класичний ручний прийом. До нього вдаються після народження плода до рівня пупка (пасивний етап).

Мета застосування прийому – звільнити ручки і голівку плода. Проведення класичного ручного прийому розпочинають з моменту народ-

ження плода до нижнього кута лопаток, до цього моменту ручки недоступні для витягування (активний етап).

Класичний ручний прийом виконують у кілька етапів:

1) підготовчий (переконуються, що в соромітну щілину вставився нижній кут лопатки);

2) звільнення ручок:

– кожному ручку звільняє відповідна рука акушера: праву ручку – права рука, ліву – ліва;

– першою завжди звільняють задню ручку;

– для звільнення передньої ручки її варто перевести в задню позицію, для цього тулуб плода повертають на 180°, причому спинка плода має пройти під симфізом (дотримують переднього виду);

– при повороті тулуба плода не варто тягти плід донизу (можливі обмеження або закидання ручок);

3) звільнення голівки, при якому важливо мати помічника, який допоможе витягувати голівку, тиснучи на неї зверху через передню черевну стінку роділлі, напрямком тракції має збігатися із провідною віссю таза.

Під час проходження голівки через вхід у малий таз раціонально надати роділлі висячого положення (за Вальхером).

Внутрішня рука акушера звільняє другу ручку плода. Плід сидить верхи на внутрішній руці, вказівний палець внутрішньої руки акушер уводить у ротик плода і сприяє згинанню голівки.

Техніка класичного ручного прийому з витяганням голівки за Морісо–Левре – Лашапель:

– однією рукою (при II позиції – лівою) ніжки плода в ділянці гомілкових суглобів відводять догори (уперед) та у бік, протилежний спинці плода, ближче до стегна роділлі (при II позиції – до правого стегна) (рис. 6);

– уводять другу руку в піхву до кульшової западини роділлі по спинці плода, а далі по його плечу доходять до ліктьового згину і виводять задню ручку (рис. 7);

– ручку плода звільнюють за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила "вмивальний" рух;

– передню ручку виводять після переведення її в задню, також з боку кульшової западини;

– захоплюють обома руками плід за таз і передню частину стегон (не торкаючись живота плода, чотири пальці кожної руки – на стегнах, а великі пальці – на сідницях плода) і повертають його на 180 °С;



Рис. 6



Рис. 7

- спинка плода в цей час проходить під симфізом;
- в аналогічний спосіб звільняють другу ручку, також з боку кульшової западини;
- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався поверх долоні та передпліччя;
- вказівний та перстеновий пальці цієї самої руки розміщують на скроневих кістках плода, а середній палець уводять у рот плода для відведення щелепи донизу і згинання голівки;
- другою рукою захоплюють плечі плода з боку спинки (рис. 8);
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно згинають голівку плода в напрямку до груднини, доки тиснення на нижню щелепу знизу не призведе до появи межі волосистої частини голівки плода;



Рис. 8

- виконують тракцію на себе;
- асистент натискує долонною поверхнею руки на лобний симфіз роділлі, фіксуючи голівку плода в положенні згинання;
- обережно виконують тракцію догори (уперед) для народження голівки плода в зігнутому положенні.

Операція витягування плода за тазову частину показана в разі необхідності в інтересах роділлі або плода, а частіше їх обох, швидко завершити пологи (вади серця, захворювання нирок, передчасне відшарування плаценти, еклампсія, інфекційні ускладнення у роділлі, гострий дистрес-синдром плода тощо).

Умови, за яких виконують операцію витягування плода за тазову частину:

- повне відкриття маткового вічка;
- відсутність звуженого таза;
- клінічна відповідність розмірів плода розмірам таза роділлі;
- відсутність плодового міхура (при його цілісності виконують амніотомію).

Операція витягування плода за тазову частину має два варіанти:

- витягування плода за пахвинну складку;
- витягування плода за одну або обидві ніжки.

Операцію здійснюють у три етапи: витягування плода до нижнього кута лопаток, витягування плечей, звільнення голівки.

При проведенні цієї операції варто дотримуватися таких правил:

- захоплювати передню ніжку при ножних передлежаннях. При сідничних передлежаннях вказівний палець краще вводити в передню пахвинну складку;

- уникати кругового захоплення ніжки з метою запобігти її перелому;
- тракції при витягуванні плода проводити відповідно до провідної осі таза (донизу на стопи, на себе і догори) і положення тазової частини (над входом у малий таз, у порожнині малого таза або на тазовому дні).

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Зберіть анамнез у вагітної або роділлі з тазовим передлежанням.
2. Проведіть обстеження вагітної прийомами Леопольда при тазовому передлежанні плода і дайте оцінку.
3. Проведіть піхвове обстеження в пологах при тазовому передлежанні плода (на фантомі).
4. Проведіть диференційну діагностику у обстеженої вагітної між головним і тазовим передлежанням плода.
5. Дайте оцінку даним УЗД при тазовому передлежанні плода.
6. Визначить передбачувану масу плода.
7. Вислухайте серцебиття плода при тазовому передлежанні плода.
8. Продемонструйте на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
9. Покажіть на фантомі допомогу за Цов'яновим I та II, технічні прийоми класичної ручної допомоги при звільненні плечового поясу та голівки плода.
10. Складіть план ведення пологів при тазових передлежаннях залежно від маси плода.

ТЕСТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАЬ

1. У роділлі 23 років встановлено діагноз: пологи термінові в змішаному сідничному передлежанні, початок II періоду пологів. Яку допомогу необхідно надати?

A. Класичну ручну допомогу для виведення плечового поясу та голівки плода.

B. Ручну допомогу за методом Цов'янова I.

C. Ведення пологів при ножному передлежанні за методом Цов'янова II.

D. Не надавати допомоги до народження голівки плода.

2. При зовнішньому акушерському дослідженні: положення плоду подовжнє, в ділянці дна матки палькується велика, тверда, округла, балотуюча частина плоду. Над входом у малий таз визначається велика, м'якувата, неправильної форми передлежача частина. Серцебиття плоду найбільш виразно прослуховується зліва вище пупка. Яке передлежання плоду?

A. Головне.

C. Поперечне.

B. Чисте сідничне.

D. Ножне.

3. У повторнородящій 26 років через 8 год після початку пологів відійшли навколоплідні води. Перейми через 2–3 хв до 40–45 с. Серцебиття плода

виразне, ритмічне. При дослідженні піхви розкриття маткового зіву до 6 см, у піхви – ніжки плода. Яке передлежання плода?

А. Змішане сідничне.

С. Повне ножне.

В. Неповне ножне.

Д. Колінне.

4. Вагітна 23 років потрапила до пологового відділення. Дно матки на 3–4 пальця вище пупка. В ділянці дна матки велика, шароподібна рухлива частина плода, права бокова стінка матки гладенька, широка поверхня плода, зліва – дрібні рухливі пагорбки. Передлежить частина плода, об'ємна, м'яка, нерухлива. Тони серця плода ясні, ритмічні, 136 уд/хв, визначаються справа вище рівня пупка. Ваш діагноз?

А. Тазове передлежання.

С. Косе передлежання.

В. Головне передлежання.

Д. Поперечне положення плода.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Вагітна 20 років пізно взята на облік в жіночій консультації. При обстеженні встановлено: вагітність 35–36 тиж, ожиріння III ступеня, підозра на тазове передлежання плода. Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз?

2. В акушерський стаціонар доставлена вагітна 25 років. Вагітність 39 тиж. Повне сідничне передлежання плода. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Очікувана маса плода 3900,0. Розміри таза нормальні. Який план ведення пологів?

3. У роділлі 25 років (розміри таза 25–28–30–20), з тазовим передлежанням плода, в пологах проведено вагінальне обстеження. Виявлено: розкриття маткового вічка: 6 см, плодовий міхур відсутній, передлегла частина велика, нечітка, м'яка. Зліва і спереду виявляються ступні плода. Який діагноз?

4. У роділлі 24 років, з чисто сідничним передлежанням плода, другий період пологів вели за Цов'яновим I. При народженні плода до нижнього кута передньої лопатки виявлено, що закинулись ручки, які знаходяться перед личком плода. Як вести пологи далі?

Відповіді

	1	2	3	4	5
Тест 1	В	А	С	А	В
Тест 2	А	В	С	А	–

Відповіді на завдання :

1. УЗ-дослідження.
2. Кесарів розтин.
3. Змішане сідничне.
4. Прийом Морісо–Левре.



ЛІТЕРАТУРА

Основна

Акушерство и гинекология: в 2 кн. – Кн. 1: Акушерство : учебник / под ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины. – К. : ВСИ "Медицина", 2012. – 416 с.

Додаткова

1. Сапин М. Р. Анатомия человека / М. Р. Сапин, Г. Л. Балич – М. : Медицина, 1996.

2. Акушерство : учебник для вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М., 2009. – 656 с.

3. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. – М. : Медицина, 1998.

Навчальне видання

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів***

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Потапова Лілія Вікторівна
 Юркова Ольга Валентинівна

Відповідальний за випуск О. О. Кузьміна



Редактор Л. О. Сілаєва
Коректор С. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

План 2015, поз. 6.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,3.
Зам. № 15-3297.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.



ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів*