**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Неправильні положення та тазові передлежання».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

**рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

**ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян* *з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Тема: Неправильні положення та тазові передлежання.**

**1. Науково-методичне обґрунтування теми.**

Частота тазових передлежань коливається в межах 2,5-4,6%. Теоретично тазові передлежання повинні бути віднесені до фізіологічних, тому що при цьому положенні плода пологи проходять типово. Але, беручи до уваги їх порівняну рідкість, великий відсоток перинатальної захворюваності та смертності, а також частоту лікарських втручань, потрібно визнати, що тазові передлежання перебувають на межі з патологією.

Актуальність теми обумовлена високою частотою ускладнень при пологах в тазових передлежаннях та перинатальною захворюваністю і смертністю. Частота перинатальних ускладнень при тазових передлежаннях складає від 0,5% до 14,3%. У більшості випадків перинатальні ускладнення залежать від методу розродження.

Важливість вивчення цієї теми зумовлена тим, що у випадках розгинальних передлежань голівки плода, поперечних і косих положеннях плода під час пологів можливі тяжкі ускладнення як з боку матері, так і з боку плода.

Поперечні та косі положення плода зустрічаються в середньому в 0,5-0,7% від загальної кількості пологів. За умов кваліфікованого ведення вагітності в жіночій консультації та пологів у пологовому стаціонарі при неправильних положеннях можна зменшити ризик пологових ускладнень як з боку матері, так і плода, а також перинатальної патології, що сприяє покращенню демографічних показників у державі.

###### 2. Навчально-виховні цілі

**З*нати:*** ускладнення при неправильних положеннях плода; методи діагностики та родорозрішення при запущених поперечних положеннях плода, класифікацію тазових передлежань плода, причини їх виникнення, методи діагностики, знати біомеханізм пологів при тазових передлежаннях плода. Методи профілактики ускладнень при тазових передлежаннях. Методи діагностики і диференціальну діагностику розгинальних передлежань, причини виникнення розгинальних передлежань, особливості перебігу пологів при розгинальних передлежаннях. Оволодіти методами діагностики поперечних та косих положень, засвоїти методи виправлення косих та поперечних положень плода під час вагітності, засвоїти практичні навички, які застосовуються при операціях виправлення неправильного положення плода (акушерські повороти), оволодіти методами діагностики запущеного поперечного положення плода, методами родорозрішення при запущених поперечних положеннях плода, самостійно визначити види неправильних положень плода, визначити методи родорозрішення при запущених поперечних положеннях плода, провести на фантомі операції виправлення неправильного положення плода (акушерські повороти).

**В*міти:*** діагностувати різні види тазових передлежань, вміти відрізняти від інших видів передлежань плода. Вміти показати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні. Здійснити допомогу в пологах при різних видах тазових передлежань, засвоїти технічні навички, які застосовуються при операції вилучення плода за тазовий кінець. Оволодіти методами діагностики поперечних та косих положень, виправлення косих та поперечних положень плода під час вагітності; засвоїти техніку операції виправлення неправильного положення плода; профілактика ускладнень при неправильних положеннях плода; методи діагностики запущеного поперечного положення плода, родорозрішення при запущених поперечних положеннях плода; визначити види неправильних положень плода; методи родорозрішення при запущених поперечних положеннях плода; провести на фантомі операції виправлення неправильного положення плода.

3. Вихідні і базові знання

АНАТОМІЯ: Анатомічні особливості жіночих статевих органів під час вагітності, анатомія плода. Вимірювання розмірів жіночого тазу, розмірів плода.

НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ: Фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки, фізіологія плода

ГІСТОЛОГІЯ: Гістологічна структура жіночих статевих органів під час вагітності, гістологічні особливості плода та новонародженого.

**4. Зміст навчального матеріалу**

# **ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА**

Таке передлежання, при якому над площиною входу в малий таз знаходиться тазовий кінець плода. У 31-32 тижня вагітності плід займає своє стале положення і відповідно ми можемо виставляти діагноз тазового передлежання плода.

##### Класифікація

* **Суто сідничне (неповне сідничне) передлежання** — ніжки зігнуті в тазостегнових суглобах і розігнуті в колінних суглобах і притискають ручки до тулуба плода;
* **Змішане сідничне (повне сідничне) передлежання** — передлежать сідниці й стопи плода, ніжки зігнуті в тазостегнових і колінних суглобах (плід «сидить по-турецькі»);
* **Ножні передлежання**
	+ **повне** — передлежать обидві ніжки,
	+ **неповне** — передлежить одна ніжка.
* **Колінне передлежання** — дуже рідко зустрічається, ніжки розігнуті в тазостегнових й зігнуті в колінних суглобах, до входу в малий таз передлежать коліна. Може бути повним і неповним.

## **Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях**

**Розпізнавальні крапки й лінії:** **міжвертельна лінія** (*linea intertrochanterica*) виконує роль стрілоподібного шва, а роль малого джерельця — крижі і куприк плода. Додатковими орієнтирами служать: сідничні горби, міжсіднична борозна, задньопрохідний отвір, зовнішні статеві органи й стопи плода (при змішаному сідничному передлежанні).

**Перший момент – *опускання сідниць.*** Сідниці опускаються й установлюються своїм поперечним розміром (*linea intertrochanterica,* його діаметр дорівнює 9-9,5 см, а окружність 28 см)в одному з косих розмірів площини входу в малий таз (при передньому виді першої позиції - у лівому косому розмірі).

**Другий момент *- внутрішній поворот сідниць.*** Сідниці здійснюють поступальний і одночасно обертальний рух, аналогічно голівці при головному передлежанні. Поворот відбувається таким чином, що у виході таза поперечний розмір сідниць виявляється в прямому розмірі виходу з таза, передня сідниця підходить під лонну дугу, задня ж установлюється над куприком. При першій позиції ліва сідниця лежить попереду, а задня позаду, при другій навпаки. Провідна точка розташована на передній сідниці, на ній розташована родова пухлина. Часто родова пухлина переходить із сідниць на зовнішні статеві органи плода, що проявляється набряком калитки або статевих губ.

**Третій момент *- бічне згинання поперекового відділу хребта плода.*** Утворюється точка фіксації - передня здухвинна кістка плода й нижній край лонного зчленування, навколо якої відбувається сильне бічне згинання тулуба плода по провідній вісі таза. При цьому задня сідниця з’являється над промежиною й слідом за нею з-під лонного зчленування остаточно виходить передня сідниця, плід народжується до пупочного кільця. У цей час плічка вступають своїм поперечним розміром у той же косий розмір площини входу в таз, через який пройшли й сідниці. Тулуб при цьому повертається спинкою трохи допереду.

**Четвертий момент *- внутрішній поворот плічок і бічне згинання в шийно-грудному відділі хребта.***

Плічка перебувають своїм поперечним розміром (*diameter biacromialis,*  рівний 12 см, окружність плечового пояса дорівнює 35 см) у тому ж косому розмірі площини входу в малий таз, через який пройшли й сідниці. Тулуб при цьому повернений спинкою трохи допереду. Поворот відбувається в основному при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого таза й завершується встановленням плічок у прямому розмірі площини виходу. При цьому спинка повертається убік, переднє плічко плода підходить під лонну дугу, а заднє встановлюється попереду куприка над промежиною.

Завдяки поступальним рухам плода утворюється друга точка фіксації - переднє плічко плода в місці прикріплення дельтоподібного м'яза (верхня третина плечової кістки) і нижній край лонного зчленування. Відбувається згинання тулуба в шийно-грудному відділі хребта й народження з родового каналу плечового пояса й ручок.

**П'ятий момент *- внутрішній поворот голівки.*** Спочатку цього моменту голівка перебуває своїм малим косим розміром у косому розмірі площини входу в малий таз, протилежному тому, у якому проходили плічка плода. Голівка виконує внутрішній поворот, і стрілоподібний шов установлюється в прямому розмірі виходу, а потилична ямка під лонним зчленуванням.

**Шостий момент *- згинання голівки.*** Утворюється третя точка фіксації - потилична ямка й нижній край лонного зчленування. Прорізується голівка, послідовно з’являються над промежиною підборіддя, рот, ніс, чоло й тім'я плода. Голівка прорізується малим косим розміром.

**Біомеханізм пологів при ножному передлежанні** плода відрізняється від описаного тим, що першими зі статевої щілини показуються не сідниці, а одна або обидві ніжки. При змішаному сідничному передлежанні ніжки народжуються разом із сідницями або пізніше, коли тулуб народиться до пупка.

**При пологах у тазових передлежаннях розрізняють чотири етапи:**

1. Народження плода до пупка.
2. Народження плода від пупка до нижнього краю кута лопаток.
3. Народження ручок.
4. Народження голівки.

До моменту народження плода до пупка, пологи ведуться строго очікувально. Потягування за ніжку або паховий згин суворо протипоказано. Передчасне потягування приводить до порушення членорозташування плода, закидання ручок і розгинання голівки.

Закидання ручок буває трьох ступенів: І - ручка закинута попереду вушка, II - на рівні вушка, III - позаду вушка плода. Закидання ручок на­лежить до ускладнень пологів так само, як задній вид при тазовому передлежанні. Найчастіше в цих випадках настає важкий дистрес плода внаслідок за­тяжного народження голівки.

Як тільки плід народиться до пупка, голівка вступає в таз і притискає пуповину. Стиснення її веде до гіпоксії плода, і його тривалість більше 5 хвилин призводить до того, що плід народжується в асфіксії, а притиснення пуповини більше 10 хвилин призводить до його загибелі. Тому після народження нижньої частини тулуба необхідна кваліфікована й швидка акушерська допомога.

# **РУЧНА ДОПОМОГА У ПОЛОГАХ ПРИ СУТО СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ЗА МЕТОДОМ ЦОВ’ЯНОВА**

**Мета допомоги за Цов’яновим при чисто сідничних передлежаннях (Цов’янова I)** — збереження фізіологічного членорозташування плода (ніжки витягнуті й притиснені до тулуба, схрещені в ділянці грудної клітки ручки плода, а стопи плода досягаючи рівня лиця підтримують голівку зігнутою), що попереджає закидання ручок і розгинання голівки. Крім того, це допомагає розширенню родових шляхів для народження наступної голівки, оскільки на рівні грудної клітки окружність тулуба разом з ручками й ніжками більше (у середньому 42 см), ніж окружність голівки ( 32-34 см).

**Техніка.** Відразу ж після прорізування сідниць їх охоплюють руками таким чином, щоб великі пальці розміщалися на притиснутих до живота ніжках, а інші чотири пальці обох рук - уздовж крижів, причому ребра долонь звернені до статевої щілини. Таке розміщення рук перешкоджає передчасному випадінню ніжок. Народжуючись, тулуб направляється догори, паралельно вісі родового каналу; при цьому ніжки підтримуються руками. У процесі народження тулуба, руки лікаря рухаються в напрямку статевої щілини роділлі й притискають ніжки до живота великими пальцями, а інші пальці рухаються уздовж спинки плода. Потужна діяльність призводить до швидкого народження плода до пупочного кільця, а слідом за цим і до нижніх кутів лопаток. При цьому поперечник плода переходить в один із косих розмірів, а до моменту народження плечового поясу - у прямий розмір виходу. Сідниці плода необхідно направляти трохи донизу, щоб полегшити народження передньої ручки з-під лонної дуги. Для народження задньої ручки тулуб плода піднімають догори (до-переду) і із крижової западини звільняють задню ручку. Після цього в глибині зяючої статевої щілини роділлі стає видним підборіддя, ротик і носик плода. При гарній потужній діяльності й тиску акушерки на живіт роділлі, для звільнення голівки плода досить направити сідниці плода до-низу й до-переду, і голівка народжується без будь-якого додаткового втручання.

Якщо ж виведення ручок або голівки затримується, застосовують **класичну ручну допомогу**.

# **РУЧНА ДОПОМОГА У ПОЛОГАХ ПРИ НОЖНИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ ЗА МЕТОДОМ ЦОВ’ЯНОВА**

**Мета допомоги за Цов’яновим при ножних передлежаннях (Цов’янова II)** — попередження народження ніжок плода до повного розкриття маткового вічка. Ніжки, що народжуються, не можуть розширити родові шляхи для безперешкодного народження об'ємного плечового поясу й голівки, через що нерідко спостерігається закидання ручок, розгинання голівки й защемлення її в шийці матки, що судомно скоротилася. З огляду на це, Н.А. Цов’яновим запропоновано прийом, що дає можливість утримувати ніжки в піхві до повного розкриття маткового вічка.

**Техніка.** Стерильною серветкою покривають зовнішні статеві органи роділлі й долонею, прикладеною до статевої щілини, перешкоджають передчасному випадінню ніжок з піхви. Під час кожної потуги плід як би **«*сідає навпочіпки»*** усередині родового каналу. У зв'язку з цим сідниці натискають на маткове вічко і сприяють його розкриттю.

Сідниці плода опускаються в піхву й утворюють із ніжками, що **там знаходяться, змішане** сідничне передлежання, а подразнення інтерорецепторів призводить до посилення родової діяльності. Протидію ніжкам, що народжуються, варто проводити доти, поки не наступило повне розкриття маткового вічка, на що вказує сильне випинання промежини передлежачою частиною, зяяння задньопрохідного отвору, часті й енергійні потуги, стояння контракційного кільця на п'ять поперечних пальців вище лона. Коли сідниці опускаються до присінку піхви, ніжки плода, незважаючи на надавану їм протидію, починають виступати з-під бічних сторін долоні акушера. Це відповідає повному відкриттю маткового вічка. Як тільки встановлено повне розкриття маткового вічка, протидії ніжкам більше не проводять, і ніжки, а слідом за ними сідниці й тулуб плода народжуються без утруднень до пупочного кільця, а потім до нижніх кутів лопаток.

Після народження тулуба до нижніх кутів лопаток застосовують **класичну ручну допомогу при тазових передлежаннях**.

Слід зазначити, що в сучасному акушерстві «Ручна допомога у пологах при ножних передлежаннях за методом Цов’янова» **НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ**, у зв'язку з високим ризиком травматизації спинного мозку.

# **КЛАСИЧНА РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ**

**Ручна допомога** — це допомога у пологах, коли акушер сприяє фізіологічному перебігу пологів, але пологову діяльність не підсилює й не замінює її прикладанням зовнішньої сили.

Класична ручна допомога при тазових передлежаннях починається з моменту народження плода до нижнього кута передньої лопатки й включає: 1) виведення ручок; 2) виведення голівки.

**Виведення ручок.** Воно проводиться у відповідності з наступними правилами:

1. Кожна ручка плода звільнюється відповідною рукою акушера: права ручка - правою рукою, ліва – лівою.
2. Першою звільнюється задня ручка, що виводиться над промежиною, тому що тут більше простору для маніпуляцій.
3. Друга ручка також звільнюється над промежиною, для чого тулуб плода повертають на 180°.

Плід захоплюють вільною рукою за обидві гомілки, і тулуб піднімають догори й відводять убік, поки ніжки не займуть положення, паралельне паховому згину, протилежне стороні ручки, що звільнюється. Після цього два або чотири пальці руки, однойменній «задній» ручці, вводять у родові шляхи, сковзаючи по спинці плода, доти, поки вони не дійдуть до плічка плода, і, обігнувши його, до ліктьового суглоба. Згинають руку в цьому суглобі й, натискуючи на передпліччя, описуючи невелику дугу зверху донизу, виводять її з пологових шляхів. Ручка повинна вивільнятися, немов сковзаючи по лицю, *«умивальним рухом»*, щоб при русі донизу вона не відходила від тулуба.

Часто після вивільнення задньої ручки передня народжується сама. Якщо цього не відбулося, відразу, як тільки вивільнилася «задня» ручка приступають до вивільнення другої ручки, що перебуває спереду, під симфізом. Щоб визволити цю «передню» ручку, необхідно її зробити «задньою», тобто перевести до промежини. Із цією метою акушер кладе обидві руки на тулуб плода з боків в ділянці грудної клітки й обертає його навколо своєї осі на 180°, причому спинка плода повинна пройти під симфізом. Таким чином, «передня» ручка переводиться дозаду, в ділянку крижів. Друга ручка вивільняється так само, як і перша.

**Виведення голівки.** Для виведення голівки застосовують прийоми Морисо-Левре-Лашапель ( Mouriceu-Levret-Lachapelle) або Файт-Смеллі (Veit-Smellie).

## **Метод Морисо-Левре-Лашапель**

Найпоширеніший метод. У піхву вводять руку, що звільняла другу ручку плода. Тулуб плода лягає на внутрішню поверхню передпліччя цієї руки, з боків плід як би сидить верхи на передпліччі *–* «*поза вершника*». Нігтьову фалангу вказівного пальця цієї руки вводять у ротик плода для втримання голівки в зігнутому положенні. Якщо голівка трохи розігнута, то введеним у рот пальцем її згинають. Долонна поверхня зовнішньої руки щільно прилягає до плода, вказівний і середній пальці вилоподібно розташовуються з боків шиї, причому кінці цих пальців не повинні натискувати на ключиці. Зовнішня рука проводить тракції:

* голівка у вході в таз - тракції до-низу;
* голівка в порожнині - горизонтально;
* коли потилична ямка показується під нижнім краєм симфізу, тракції проводять догори.

При напрямку тракцій догори над промежиною з’являється рот, лице, а потім і вся волосиста частина голівки. Виведення голівки полегшується, якщо помічник дбайливо натискує на неї зверху, з боку черевної стінки.

## **Метод Файт-Смеллі**

Основні відмінності даного методу від прийому Морисо-Левре-Лашапель полягає в наступному:

* вказівний і середній палець розташовують на верхній щелепі (*fossa canina*), а не вводять у ротик плода.
* вказівний і безіменний палець другої руки акушера розташовують на плічках плода, а середній на потилиці. Розташований на потилиці палець так само сприяє збереженню згинального положення голівки.

Інші моменти допомоги ідентичні методу Морисо-Левре-Лашапель.

Даний метод не знайшов широкого поширення у зв’язку з небезпекою зісковзування пальців і поранення очей.

## **Метод Брахта**

За кордоном при пологах у тазовому передлежанні широке поширення одержав метод Брахта (E.Bracht, 1938).

Плід самостійно народжується до пупка. Потім тіло дитини відхиляють убік симфізу матері, прикладаючи при цьому помірне зусилля. У цей же час асистент проводить натискування над лобком на голівку плода. При цьому пологи закінчуються спонтанно.

## **Комплекс гімнастичних вправ для виправлення неправильного положення плода**

## **Коригуюча гімнастика, запропонована І.І.Грищенко й А.Е.Шулешовою**

Ефективність цього методу обумовлена зміною тонусу м'язів матки й передньої черевної стінки внаслідок подразнення механо- і барорецепторів під впливом корегуючої гімнастики, що дозволяє впливати, таким чином, на етіологічний фактор. Фізкультурні заняття, як і при будь-якій гімнастиці, складаються з трьох комплексів:

1. Вступні вправи, які поєднують ходьбу (можна на місці) з розмахом рук; вони підготовлюють організм до занять і викликають потреби в рівномірному глибокому диханні. Тривалість ходьби не більше однієї хвилини.

2. Основний комплекс включає вправи для великих м'язів тулуба відповідно до позиції плода. Сюди входять нахили тулуба вперед і в сторони, вправи для м'язів спини й черевної стінки з поступовим збільшенням амплітуди рухів (прогинання спини й ін.), повороти то в один, то в інший бік лежачи. Під час поворотів можна підводити стегна до живота при зігнутих колінах. Всі ці вправи сприяють мимовільному повороту плода в головне передлежання.

3. У заключний комплекс входять вправи, які викликають скорочення м'язів тазу й тазового дна, сприяючи його зміцненню. Жінка застосовує їх протягом всієї вагітності, вона може робити їх вдома.

## **Гімнастика І.Ф. Дикань (1961 р.)**

Використовується при високому тонусі матки й терміні вагітності 29-37 тижнів. Вагітна, лежачи на ліжку, 3-4 рази повертається поперемінно на лівий та на правий бік і лежить на кожному з них по 10 хвилин (у середньому на кожне заняття витрачається 60-80 хвилин). Такі заняття проводять 3-4 рази на добу протягом 7-10 днів. Після повороту плода з метою профілактики рецидиву вагітна повинна лежати на боці відповідному до позиції плода.

Також гімнастичні комплекси були запропоновані Фомічовою В.В. (1979 г), Брюхіною Є.В. (1982 р.).

# **ВИЛУЧЕННЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ (EXTRACTІ FOETUS)**

На відміну від ручної допомоги, що надається при мимовільно перебігаючих пологах, екстракція плода за тазовий кінець є операцією, за допомогою якої витягається весь плід. Ця операція проводиться без інструментів, лише руками.

Дану операцію застосовують в екстрених випадках коли необхідно термінове родорозрішення в пологах при тазовому передлежанні й наявності умов для її проведення.

**Умови:** 1) повне розкриття шийки матки; 2) відсутність плідного міхура; 3) відповідність між розмірами плода й таза матері.

Розрізняють три різновиди вилучення плода за тазовий кінець:

* вилучення плода за ніжку (виконують при неповному ножному передлежанні);
* вилучення плода за обидві ніжки (виконують при повному ножному передлежанні);
* вилучення плода за паховий згин (при чисто сідничному передлежанні).

При змішаному тазовому передлежанні низводять передню ніжку - створюється неповне ножне передлежання, і наступне вилучення плода за ніжку.

# **ВИЛУЧЕННЯ ПЛОДА ЗА НІЖКУ**

Якщо передлежача ніжка знаходиться ще в піхві, її виводять зі статевої щілини двома пальцями. Виведену ніжку захоплюють у такий спосіб: великий палець розміщується уздовж литкового м'яза, а кінець пальця впирається в литковий м'яз, інші чотири пальці обхоплюють гомілку спереду. Таке захоплення ніжки оберігає її від перелому. Потім проводять тракції в напрямку донизу; по мірі просування ніжки назовні друга рука акушера захоплює ніжку вище першої в такий же спосіб. Вилучення за ніжку проводять доти, поки народиться передня сідниця, і здухвинна кістка (точка фіксації) підійде під нижній край лонного зчленування. Після цього переднє стегно захоплюють обома руками й піднімають його догори; при цьому відбувається бічне згинання тулуба, і над промежиною з’являється друга сідниця. Іншу ніжку (задню) витягати не слід (небезпека перелому), при подальших тракціях вона випадає сама. Після народження другої сідниці руки розміщують у такий спосіб: однією рукою обхоплюють переднє стегно, при чому, великий палець розміщується уздовж крижів, а іншими пальцями обхоплюють стегно (уникаючи натиснення пальцями на черевну стінку). Вказівний палець другої руки вводять у задній паховий згин, великий палець також розташовують на крижах (інші пальці притиснуті до долоні). Захопивши, таким чином, тазовий кінець, продовжують тракції, але більш горизонтально. Після народження задньої ніжки її захоплюють так, як захоплена передня, і витягають плід до пупка. Перевіряють, чи не натягнута пуповина - при необхідності натяг послабляють або навіть перетинають. Далі плід витягають до нижнього кута лопаток. Після цього звільняють ручки й голівку за правилами, які застосовуються при *класичній ручній допомозі*.

# **ВИЛУЧЕННЯ ПЛОДА ЗА ОБИДВІ НІЖКИ**

Якщо ніжки в піхві, їх зводять. Після, захоплюють однойменною рукою ніжки так, щоб великі пальці розташовувалися уздовж литкового м'язу, інші пальці обхоплюють гомілку. По мірі витягування ніжок пальці переміщають догори, до статевої щілини. Інші етапи аналогічні операції вилучення плода за ніжку.

# **ВИЛУЧЕННЯ ПЛОДА ЗА ПАХОВИЙ ЗГИН**

Вилучення починають одним вказівним пальцем, що згинають у вигляді гачка й вводять у передній паховий згин плода. Тракції проводять долілиць доти, поки народиться передня сідниця, і здухвинна кістка підійде під лонне зчленування. Вилучення проводять під час потуги; для посилення тяги другою рукою обхоплюють зап'ястя манливої руки.

 Коли передня здухвинна кістка підійде під лонну дугу, тракції направляють догори. При цьому відбувається бічне згинання тулуба й прорізування задньої сідниці. Після цього в задній паховий згин уводять зігнутий у вигляді гачка вказівний палець другої руки й проводять вилучення до нижнього кута лопаток. Ніжки випадають самостійно. Звільнення ручок і голівки проводять так, як і при *класичній ручній допомозі*.

**Інструментальне вилучення плода за паховий згин** (гачком, гумовою петлею, або петлею з матерії, щипцями) сьогодні, проводиться тільки на мертвому плоді у зв'язку з високою травматичністю даної операції для плода.

**Показання до кесаревого розтину :**

* очікувана маса плода 3700,0 і більше;
* ножне передлежання плода;
* розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
* пухлини шиї плода та гідроцефалія.

# **РОЗГИНАЛЬНІ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ГОЛІВКИ**

Це такі передлежання голівки, коли вона вступає в малий таз у розігнутому стані. Розрізняють три ступені розгинання голівки.

**I ступінь -** ***передньоголовне передлежання***, голівка вставляється окружністю, що відповідає її прямому розміру (34 см), провідною точкою є ділянка великого джерельця.

**II ступінь** **- *лобне передлежання***, характеризується більш значним розгинанням голівки. Голівка вставляється у площині входу в малий таз окружністю, що відповідає її великому косому розміру ( 35-36 см). Провідною точкою є чоло.

**III ступінь** - ***лицеве передлежання*.** При цьому голівка максимально розігнута та вставляється окружністю по вертикальному розміру (32 см), провідною точкою стає підборіддя плода.

Між трьома основними ступенями розгинання голівки існують проміжні перехідні стани. Варто розрізняти розгинальні передлежання й розгинальні вставлення.

**Розгинальне передлежання** – голівка знаходиться в розігнутому стані над входом у таз або у площині входу в малий таз тільки малим сегментом, тобто ще не фіксована.

**Розгинальне вставлення** - голівка перебуває в розігнутому стані в площині входу в малий таз або в більш глибоких відділах таза великим сегментом.

##### **БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ**

Біомеханізм пологів проходить у задньому виді як більш фізіологічний при розгинальних передлежаннях. Навіть якщо спочатку пологів був передній вид, поворот відбувається так, що коли голівка встановлюється у виході таза, як правило, перебуває в задньому виді і як рідкісний виняток - у передньому.

Слід також зазначити, що одне розгинальне передлежання може переходити в інше вставлення, як правило, більшого ступеня.

## **Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні**

**Перший момент біомеханізму пологів** ***- помірне розгинання голівки.*** Голівка встановлюється своїм стрілоподібним швом у поперечному, або, дуже рідко, в одному з косих розмірів таза. Голівка плода вставляється своїм прямим розміром 12 см (окружність 34 см). Провідною точкою є велике тім’ячко.

**Другий момент біомеханізму пологів *- внутрішній поворот голівки.*** Стрілоподібний шов з поперечного розміру площини входу в малий таз переходить у прямий розмір площини виходу з малого таза, потилицею до-заду.

**Третій момент біомеханізму пологів- *згинання голівки.*** Утворюється точка фіксації надперенісся (glabella) і нижній край лонного зчленування. Відбувається згинання голівки в шийній частині хребта, народжуються чоло, тім'я й потилиця плода.

**Четвертий момент біомеханізму пологів** *-* ***розгинання голівки.*** Утворюється точка фіксації - потилична ямка й крижово-куприкове зчленування. Відбувається розгинання голівки, народжується лице плода.

**П'ятий момент біомеханізму пологів *- внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки*** - відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

## **Біомеханізм пологів при лобному передлежанні**

**Перший момент біомеханізму пологів *- розгинання голівки.*** Відбувається більш значне розгинання голівки, вона встановлюється в поперечному розмірі входу в таз, своїм великим косим розміром, що дорівнює 13-13,5 см (окружність 38-42 см). Голівка різко конфігурується і з превеликими труднощами проходить у порожнину малого тазу. Провідна точка - середина лобного шва.

**Другий момент біомеханізму пологів*****- внутрішній поворот голівки.*** Голівка здійснює внутрішній поворот, підборіддям допереду й лобний шов установлюється в прямому розмірі площини виходу з малого тазу.

**Третій момент біомеханізму пологів *- згинання голівки.*** Утворюється точка фіксації - верхня щелепа й нижній край лонного зчленування. Відбувається згинання голівки й народжується тім'я й потилиця плода.

**Четвертий моменти біомеханізму пологів** ***– розгинання голівки.*** Утворюється друга точка фіксації - потилична ямка й передня поверхня куприка. Відбувається розгинання голівки, народжується верхня щелепа, підборіддя.

**П'ятий момент біомеханізму пологів** - ***внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки.*** Відбувається так само, як при потиличному передлежанні.

Лобне передлежання може перейти, як правило, у лицеве вставлення. **Якщо утворюється лобне вставлення, то пологи доношеним плодом через природні пологові шляхи неможливі.**

## **Біомеханізм пологів при лицевому передлежанні**

**Перший момент біомеханізму пологів - *розгинання голівки.*** Відбувається максимальне розгинання голівки. Вона встановлюється в поперечному розмірі площини входу в малий таз **лицевою лінією** (*linea facialis*), що відповідає вертикальному розміру - 9,5 см (окружність 32 см). Передлежачою частиною стає лице. Провідною точкою є підборіддя.

**Другий момент *- внутрішній поворот голівки.*** Лицева лінія поступово переходить із поперечного розміру площини входу в прямий розмір площини виходу з малого тазу. При цьому підборіддя повертається до лонного зчленування.

**Третій момент біомеханізму пологів *- згинання голівки.*** Утворюється точка фіксації між під'язиковою кісткою й нижнім краєм лонного зчленування. Послідовно, слідом за вже народженим підборіддям, з’являються над промежиною рот, ніс, очі, чоло, тім'я й потилиця.

**Четвертий момент біомеханізму пологів *- внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки.*** Відбуваються так само, як при потиличному передлежанні.

Після пологів голівка має різко виражену доліхоцефалічну форму, на лиці - виражений набряк.

Варто звернути увагу на те, що при лицевому передлежанні на голівці плода не утворюється другої крапки фіксації (потилична ямка й передня поверхня куприка).

**При задньому виді (підборіддя звернене до крижів) лицевого передлежання пологи через природні пологові шляхи неможливі.** При досягненні підборіддям куприка просування голівки зупиняється, а плічка забиваються між голівкою й стінками родового каналу. У цьому випадку можливо тільки проведення плодоруйнівної операції.

**НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА**

Якщо вісь плода перетинає вісь матки під кутом, виникає неправильне положення плода, при якому перебіг пологів стає небезпечним для матері і плода. До неправильних відносять поперечне і косе положення плода.

*Поперечним -* називають положення плода, коли його поздовжня вісь перетинає повздовжню вісь матки під прямим кутом.

*Косим -* називають положення плода, коли його поздовжня вісь перетинає поздовжню вісь матки під гострим кутом.

При поперечному положенні плода обидві його крупні частини розташовуються вище за гребені здухвинних кісток, а при косому - одна з крупних частин плода розташована в здухвинній ямці, тобто нижче за гребні здухвинних кісток. Позицію плода при поперечному і косому положенні визначають по голівці плода: зліва - І позиція, праворуч - ІІ позиція. Вид плода визначають по спинці.

*Причини*- знижена збудливість матки, недостатність черевного преса, просторова невідповідність порожнини матки і розмірів плода; багатоводдя, багатопліддя, недоношеність плода, вузький таз, вади розвитку матки, фіброміома матки, передлежання плаценти, коротка пуповина, вади розвитку плода.

*Діагностика*неправильного положення плода здійснюється зовнішнім акушерським дослідженням. Матка звичайно має форму поперечного або косого овалу, висота стояння дна матки не відповідає строку вагітності, не вдається визначити передлежачу частину над входом у малий таз, при косому положенні в одній з клубових ділянок пальпується голівка або сіднички плода. При необхідності уточнення положення плода (наприклад, при багатоводді чи багатоплідді) прибігають до УЗД.

При встановленні діагнозу поперечного або косого положення вагітна в 36-37 тижнів підлягає госпіталізації у відділення патології вагітних. Це пояснюється тим, що при неправильних положеннях плода можуть розвиватися ускладнення. Найчастіше це раннє злиття навколоплідних вод, що пояснюється відсутністю поділу навколоплідних вод на передні і задні, при цьому внутрішньоматковий тиск зосереджується на нижньому полюсі плодових оболонок. Наслідком раннього злиття навколоплідних вод може бути випадіння петлі пупкового канатика або ручки. Останнє, в свою чергу, може призвести до вклинення плічка в малий таз і утворення запущеного поперечного положення плода, при цьому плід, як правило, гине або виникає дистрес. При запущеному поперечному положенні плода і активній пологовій діяльності може відбутися розрив матки.

Ускладнення: дородове злиття навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода і пупкового канатика, аномалії пологових сил, дистрес плода, запущене поперечне положення плода, ендометрит в пологах, розрив матки.

*Ведення пологів:* при живому плоді - кесарів розтин, при мертвому плоді - плодоруйнівна операція. При наявності поперечного положення і живого плода вагітну родорозрішують в 39-40 тижнів у плановому порядку шляхом кесарева розтину. При наявності косого положення плода породіллю вкладають на бік, що відповідає розташуванню крупної частини плода розташованої ближче до входу в малий таз. При цьому та частина плода, яка знаходиться в куті матки, може зміститися до центру, а плід перейде в поздовжнє положення. При утворенні стійкого косого положення плода пологи рекомендується закінчити також шляхом операції кесарева розтину.

*Профілактика****:*** гімнастика під час вагітності для виправлення неправильного положення плода, госпіталізація в пологове відділення в 37-38 тижнів вагітності.

# **ОПЕРАЦІЇ, ЩО ВИПРАВЛЯЮТЬ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА**

**АКУШЕРСЬКИЙ ПОВОРОТ**

Акушерським поворотом (versio obstetrica) називають операцію, за допомогою якої несприятливе при даній акушерській ситуації положення плода переводять в інше, сприятливе, при тому завжди поздовжнє. До них відносять:

* Зовнішній профілактичний поворот плода за Б.А. Архангельським;
* Класичний поворот плода на ніжку (комбінований, зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку при повному відкритті шийки матки);
* Поворот на ніжку за Брекстон-Гіксом.

**ЗОВНІШНІЙ ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ЗА Б.А.АРХАНГЕЛЬСЬКИМ**

Поворот проводиться на 35-36 тижні вагітності. Слід зазначити, що у сучасному акушерстві профілактичний поворот плода проводять у 37 тижнів вагітності, що знижує ризик передчасних пологів. Показаннями є: 1) поперечне або косе положення плода; 2) тазове передлежання.

**Основне правило повороту:** «Зсунення сідниць убік спинки, спинки убік голівки, голівки до черевної стінки».

**Техніка.** Вагітна лежить на спині з зігнутими ногами. Акушер сідає праворуч від жінки й кладе одну руку на голівку, а іншу - на тазовий кінець плода. Дуже дбайливо, маніпулюючи одночасно обома руками.

**При тазовому передлежанні плода** – сідниці плода відсувають від входу в таз високо догори (вище гребеня здухвинної кістки), зрушують убік спинки. Потім сідниці зміщують догори, а голівку - донизу, убік таза вагітної.

**При поперечному положенні** й спинці, що обернена до дна матки досить повернути плід на 90°, щоб перевести його в головне передлежання. Якщо спинка плода обернена до таза, то спочатку плід переводять у тазове передлежання (на 90°), а потім (ще на 180°) у головне передлежання.

Поворот вважається закінченим, коли голівка розташовується над входом у малий таз, а сідниці - у дні матки. По закінченні операції по обидві сторони матки кладуть невеликі м'які валики з пелюшок і весь живіт не туго забинтовують довгим рушником, щоб утримати плід у матці в досягнутому положенні.

З огляду на низьку ефективність даної операції при наявності великої кількості виникаючих ускладнень у сучасному акушерстві, операція зовнішнього профілактичного повороту плода застосовується не часто.

# **КЛАСИЧНИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА НІЖКУ**

(комбінований, зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку при повному відкритті маткового вічка)

**Умови:**

* живий плід;
* відповідність розмірів голівки плода й таза матері;
* повне відкриття шийки матки;
* цілий плідний міхур або тільки що вилились навколоплідні води (при цьому зберігається необхідна рухливість плода).

#### Техніка операції

Операція складається з трьох моментів:

* вибір і введення руки в порожнину матки;
* знаходження й захоплення ніжки;
* власне поворот.

**Вибір і введення руки в порожнину матки.** Поворот краще робити рукою однойменної позиції. Якщо плід у першій позиції, то треба ввести в матку ліву руку й навпаки. Правильно обраною рукою легше й краще захопити його ніжку.

Долоню, складену конусоподібно («***рука акушера***»), вводять спочатку в піхву, а потім і в порожнину матки. При введенні руки акушер повертає кисть тильною поверхнею до задньої поверхні піхви, таким чином, кисть руки своїм поперечним розміром проходить у поперечному розмірі таза. Другу руку акушер кладе на дно матки. Якщо плодовий міхур цілий, то акушер розриває його під час перейми; після розриву оболонок акушер уводить руку в матку. Руку вводять обов'язково поза переймами.

**Знаходження й захоплення ніжки.** Далі відшуковують ніжку, при передньому виді ту, що лежить нижче (розташовану ближче до задньої стінки матки), при задньому виді – що лежить вище (розташовану ближче до передньої стінки матки). Визначити верхню або нижню ніжку можна по напрямку великого пальця. На верхній ніжці великий палець завжди звернений долілиць, на нижній — нагору. Існує два способи відшукувати ніжку: *короткий* і *довгий*.

При ***короткому***(*німецькому*) способі рука акушера просувається безпосередньо до того місця, де передбачається розташування ніжки. У цьому випадку при знаходженні ніжки необхідно відрізнити її від ручки. Відмінності: на ніжці більша п'яткова кістка, короткі пальчики, немає великого кута між великим пальцем стопи й іншими чотирма пальцями, як на кисті руки. Кращим є ***довгий*** (*французський*) спосіб, при якому рука акушера поступово сковзає по задній поверхні плода до сідничної ділянки, потім по стегну до гомілки. При цьому зовнішня рука підштовхує тазовий кінець плода назустріч внутрішній руці.

При виборі ніжки допомагає **формула Леопольда**:

|  |
| --- |
| P |
| A |

де «P» значить задній вид (*posterior*) і «A» — передній вид (*anterior*). При задньому виді вибираємо верхню ніжку, тому що «P» у формулі розміщене зверху; при передньому виді — нижню ніжку, тому що «A» у формулі перебуває знизу.

Захоплення ніжки можна здійснити двома способами: а) повною рукою (кращий варіант); б) двома (вказівним й середнім) пальцями. **Захоплення повною рукою** – ніжки захоплюють всією рукою вище щиколотки, при цьому великий палець розташовується здовж литкового м'язу таким чином, щоб його кінець розташовувався в підколінній ямці. Таке захоплення запобігає перелому кісток гомілки. Можна захоплювати ніжку й **двома пальцями**, вказівним і середнім, в ділянці щиколоток.

**Власне поворот.** Після того як внутрішня рука захопила ніжку плода, зовнішня рука розташовується на голівці плода, відштовхуючи її до дна матки. Тракції ніжки проводяться поза переймами, а їх напрямок - дозаду й долілиць. Поворот вважається закінченим, коли зі статевої щілини показується підколінна ямка, а голівка плода розташовується в дні матки (виходить неповне ножне передлежання).

Після невеликої паузи проводять операцію – вилучення плода за ніжку. Очікувальна тактика після класичного комбінованого повороту не виправдовує себе внаслідок високої інтранатальної смертності. В сучасному акушерстві, у зв'язку з несприятливим прогнозом для плода, **показання для класичного комбінованого повороту** плода різко скоротилися, і тепер він проводиться лише у випадку **поперечного положення другого плода при двійні** й іноді при **відсутності можливості провести операцію кесарева розтину**.

##### **ПОВОРОТ НА НІЖКУ ЗА БРЕКСТОН-ГІКСОМ ( Braxton-Hicks)**

Ця операція відрізняється від класичного повороту тим, що проводиться при неповному відкритті шийки матки.

Показанням для проведення даної операції є передлежання плаценти при недоношеному (нежиттєздатному) або мертвому плоді. Мета операції - притиснути передлежачу плаценту низведеною ніжкою і сідницями й зупинити цим кровотечу.

**Умови:** відкриття шийки матки на 5-6 см і гарна рухливість плода (цілісність плідного міхура або недавнє злиття навколоплідних вод).

**Техніка.** Руку вводять у піхву й двома пальцями намагаються проникнути через шийку в порожнину матки. Якщо плідний міхур цілий, то акушер розриває його під час перейми. Голівку відштовхують догори, і пальці просувають до ніжок. Зовнішньою рукою в цей час наближають тазовий кінець і ніжки до внутрішньої руки. Будь-яку ніжку захоплюють за щиколотку двома пальцями й зводять донизу. Другою рукою в цей час відштовхують голівку нагору.

**Грубою помилкою вважається спроба подальшого вилучення плода** (спричиняє розрив нижнього сегмента матки).

Вивівши ніжку зі статевої щілини, на неї надягають марлеву петлю, до якої прив'язують вантаж 200 г. Вантаж знімають після прорізування сідниць.

**У цей час поворот плода по Брекстон-Гіксу не використовується!**

###### 5. План організації заняття

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань20% навчального часу

Самостійна робота студента35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань20% навчального часу

Оцінка знань студентів15% навчального часу

Узагальнення викладача, завдання додому 5% навчального часу

 зауваження

**6. Основні етапи заняття**

А. *Підготовчий* - мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на питання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. *Основний* - самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться у навчальній кімнаті. Студенти з низьким вихідним рівнем знань вивчають навчальну літературу і навчальні посібники. Решта студентів, розподілених на групи по 2-3 особи, самостійно працюють на фантомі під контролем викладача, з'ясовують біомеханізм пологів при сідничних та з усіма видами розгинальних передлежань. Після цього студенти з викладачем переходять до пологового залу або у відділення патології вагітних (залежно від наявності відповідних вагітних), виконують зовнішнє акушерське обстеження, складають план ведення вагітності і пологів.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування ситуаційних задач, усних звітів студентів про виконану роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, домашнє завдання.

###### 7. Методичне забезпечення

*Місце проведення заняття:*

* навчальна кімната,
* палата патології вагітних,
* пологовий зал.

*Оснащення:*

* навчальні таблиці,
* фантоми,
* ляльки,
* тази,
* мультимедійні матеріали.

**8. Контрольні запитання та завдання**

1. Як часто зустрічаються тазові передлежання плода?
2. Причини виникнення тазових передлежань?
3. Класифікація тазових передлежань?
4. Діагностика тазових передлежань за допомогою зовнішніх прийомів дослідження?
5. Які орієнтири тазових передлежань при піхвовому дослідженні?
6. Біомеханізм пологів при чисто сідничному передлежанні?
7. Який перебіг пологів при тазових передлежаннях плода?
8. Які можливі ускладнення під час пологів при тазовому передлежанні?
9. Чим пояснити частоту передчасного злиття навколоплідних вод при тазових передлежаннях?
10. Ведення другого періоду пологів при тазовому передлежанні плода?
11. Яка техніка ручної допомоги при чисто сідничному передлежанні за методом Цов’янова?
12. Яким методом може бути виведена голівка при тазовому передлежанні?
13. Як ведуть пологи при повному (змішаному) сідничному передлежанні?
14. В чому відмінність пологів при ножних передлежаннях від сідничних передлежань?
15. Як запобігти закидання ручок, розгинання голівки та її защемлення шийкою матки?
16. Які положення плода називаються неправильними?
17. Які ускладнення трапляються під час вагітності при неправильних положеннях плода?
18. Методи профілактики виникнення неправильних положень плода.
19. Методи виправлення неправильних положень плода під час вагітності.
20. Тактика ведення вагітної з неправильним положенням плода в залежності від термінів вагітності?
21. Особливості перебігу пологів при неправильних положеннях плода?
22. Оперативні методи виправлення неправильних положень плода під час пологів?
23. Класичний акушерський поворот при неправильних положеннях плода
24. Особливості проведення акушерського повороту по Брегстон-Гіксу?
25. Яким методом може бути виведена голівка плода після проведення акушерських поворотів?
26. Що таке розгинальне передлежання і вставлення голівки?
27. Які існують ступені розгинального передлежання голівки?
28. Який біомеханізм пологів з передньоголовним передлежанням голівки?
29. Який біомеханізм пологів з лобним передлежанням голівки?
30. Який біомеханізм пологів з лицевим передлежанням голівки?
31. Як перебігає вагітність з розгинальним передлежанням голівки?
32. Як вести пологи з передньоголовним передлежанням голівки?
33. Як вести пологи з лобним передлежанням голівки?
34. Як вести пологи з лицевим передлежанням голівки?
35. Які ускладнення з боку матері і плода у випадках розгинального вставлення голівки?

**9. Тестовий контроль.**

1. Вагітна в терміні 40 тижнів з активною родовою діяльністю. При зовнішньому акушерському дослідженні виявлено поздовжнє положення плода, І позиція, задній вид, головне передлежання. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 140 уд/хв. При вагінальному дослідженні шийка матки згладжена, відкриття 6 см, передлежить голівка, визначається корінь носа і надбрівні дуги ближче до лона, позаду передній кут великого тім`ячка. Яка подальша тактика ведення пологів?

 А. Кесарів розтин при виникненні інших ускладнень в пологах

 В. Роди продовжувати через природні пологові шляхи

 С. Родостимуляція введенням окситоцину

 D. Плодоруйнівна операція

 Е. Кесарів розтин в ургентному порядку

1. Точка фіксації - верхня щелепа. Підберіть відповідне їй передлежання ?

А. Лобне

В. Передньоголовне

С. Лицеве

D. Потиличне, передній вид

Е. Потиличне, задній вид

1. При піхвовому дослідженні зліва пальпується передній кут великого тім`ячка, праворуч – надбрівні дуги і корінь носа. Лобний шов у поперечному розмірі входу в малий таз. Яке передлежання плода?

А. Задній вид лицевого

В. Лобне

С. Передньоголовне

D. Передній вид лицевого

Е. Задній вид потиличного

1. При якому виді головного передлежання голівка народжується вертикальним розміром?

А. Потиличне, передній вид

В. Потиличне, задній вид

С. Лобне

D. Лицеве

Е. Передньоголовне

1. У повторнонароджуючой при піхвовому дослідженні на передлежачій голівці, розташованій в порожнині малого таза, пальпується ніс, рот і підборіддя плода, звернене до лона. Про яке передлежання плода можна думати?

 А. Лицеве передлежання

 В. Передньоголовне передлежання

 С. Лобне передлежання

 D. Передній вид потиличного передлежання

 Е. Задній вид потиличного передлежання

1. Що має зробити лікар у наступній ситуації: голівка плода на тазовому дні, задній вид лицьового передлежання (по підборіддю)?

А. Продовжувати вести роди консервативно

В. Почати родостимуляцію

С. Накласти акушерські щипці

D. Провести плодоруйнівну операцію

Е. Кесарів розтин

1. Провідна точка при лобному передлежанні:

А. Велике тім`ячко

В. Мале тім`ячко

С. Лоб

D. Середина лобного шва

Е. Підборіддя

1. У породіллі при внутрішньому акушерському дослідженні мале і велике тім`ячко плода визначається на одному рівні. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу в малий таз. Про яке передлежання плода йде мова?

A. Лобне

B. Передньоголовне

C. Задній вид лицевого

D. Передній вид лицевого

E. Задній вид потиличного

1. У повторнородки через 8 годин після початку пологової діяльності відійшли навколоплідні води, в зв'язку з чим зроблене піхвове дослідження: розкриття маткового вічка до 6 см, плодовий міхур відсутній, у піхві - ніжки плоду. Яке передлежання плоду?

A. Змішане сідничне

B. Повне тазове

C. Повне ножне

D. Неповне ножне

E. Колінне

**10.** У роділлі, яка знаходиться в ІІ періоді родів після народження сідниць плоду розвинулась слабкість родової діяльності, з'явились ознаки гострої гіпоксії плоду. Яка подальша тактика?

A. Почати родостимуляцію

B. Провести лікування гіпоксії

C. Провести екстракцію плоду за тазовий кінець

D. Продовжити консервативне ведення пологів

E. Провести класичну ручну допомогу

# **10. Ситуаційні задачі.**

**Задача №1.** Першороділля 20 років госпіталізована з переймоподібними періодичними болями, що тривають протягом 8 годин по 30-40 с, через 3-4 хв. Положення плода повздовжнє, ЧСС 132 уд/хв., вище пупка зліва. При зовнішньому дослідженні над лоном пальпується велика об'ємна, м'яка передлежача частина, з невираженими контурами, фіксована у вході в малий таз. Шийна борозна відсутня. У дні матки пальпується голівка плода. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, розкриття до 6 см, плідний міхур цілий, пальпуються сідниці плода, linea intertrochanterica в правому косому розмірі, криж плода ліворуч під лоном.

Сформувати повний діагноз і скласти план ведення пологів?

**Задача №2.** Вагітна Т., 26 років, вагітність друга, строк 38-39 тижнів. Пологи другі. Таз нормальних розмірів. При дослідженні матки над входом в малий таз визначається тазовий кінець плода, а в дні матки чітко пальпується голівка. Серцебиття чітко прослуховується зліва вище пупка. Обвід живота – 119 см, висота стояння дна матки – 42 см.

Діагноз? Скласти план родорозрішення жінки?

**Задача №3.**  Н., 26 років, надійшла до стаціонару для пологів. Пологі другі. Почались 10 годин тому. Годину тому злилися навколоплідні води і з’явились потуги. Після того, як прорізались сідниці плода, надана ручна допомога за методом Цов’янова. До пупка плід народився через 3 потуги (8 хв.). З того часу протягом наступних 3 потуг (7 хв.) тулуб плода не просувається.

Діагноз? Що робити?

**Задача №4.** Жінка, що народжує вперше, таз нормальний, пологи у строк, тривають 22 години. Почався ІІ період пологів. Потуги хорошої сили. Розкриття шийки матки повне. Головка великим сегментом у вході до малого тазу. Вагінальне дослідження: нижній полюс кісток черепа на три поперечники пальця нижче інтерспінальної лінії. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі таза, пальпуються мале (праворуч) і велике (ліворуч) тім'ячка, які перебувають на одному рівні.

Діагноз? Визначте тактику лікаря?

 **Задача №5.** У першовагітної пологи тривають 6 годин. Положення плода косе. Перейми по 25 сек., через 4–6 хв., супроводжуються болем, який розповсюджується по нижньому відділу матки. Серцебиття плода ритмічне, 156 уд. за хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки вкорочена до 1 см, зовнішнє вічко розкрите на 3 см, під час перейми звужується, краї його напружуються. Голівка розташована косо над входом в малий таз. Діагноз? Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз? Лікування при описаному ускладненні пологів.

Подальший план ведення пологів? Якою патологією ускладнились пологи?

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров’я Украіни», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.-  К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015