

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Тема:

**«Оперативне акушерство. Пологи при неправильному
положенні та тазовому передлежанні плода»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка «Оперативне акушерство. Пологи при неправильному положенні та тазовому передлежанні плода»

для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Авторський колектив:

- **Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.**

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Актуальність теми :

I. Актуальність теми.

Поняття «операційне акушерство» включає операції, за допомогою яких завершуються пологи. До них належать: діставання плода за допомогою акушерських щипців, вакуум-екстракція плода, кесарського розтину, та інших допоміжних методик, наприклад повороту плода на ніжку. За наявності показань для екстреного розродження у ряді випадків методом вибору є інструментальне розродження (акушерські щипці або вакуум-екстракція), а не операція кесаревого розтину. При вирішенні питання про вибір методу екстреного розродження до уваги береться стан матері і плода, період родів, ступінь розкриття шийки матки, розташування передлежачої частини, положення і конфігурація головки плода, фізичний і моральний стан матері, можливість взаємодії з нею, досвід акушера, а також наявність необхідного устаткування.

Для зниження частоти інструментального розродження використовуються різні підходи, зокрема моральна підтримка супроводжуючої особи під час родів, активне ведення при вторинній слабкості пологової діяльності з використанням окситоцину, а також переважно вертикальне положення тіла роділлі в процесі родів. При застосуванні епідуральної анестезії необхідно почекати, поки не закінчиться знеболюючий ефект. Вільніший підхід до тривалості другого періоду родів також може сприяти зниженню частоти інструментального розродження.

Існують певні розбіжності щодо вибору оптимального методу інструментального розродження. У США перевага віддається акушерським щипцям, хоча розширюються показання і до використання вакуум-ексTRACTОРА. У європейських країнах, навпаки, акушерські щипці використовуються значно рідше в порівнянні з вакуум-екстракцією.

Результат інструментального розродження цілком залежить від досвіду акушера, що проводить розродження. Несприятливий результат майже завжди пов'язаний з недостатнім знайомством оператора з основним інструментарієм або технікою його використання.

Останніми роками в світі сформувалась тенденція до абдомінального розродження майже в кожному п'ятому спостереженні. Операція кесаревого розтину переважає інші розроджувальні операції (акушерські щипці, вакуум-екстракцію та вилучення плода за тазовий кінець). Останнє пов'язане в першу чергу з проблемою перинатальної охорони здоров'я плода, а також з удосконаленням самої операції, методик знеболювання та досягненнями фармакотерапії.

Одними з показань до розродження шляхом кесарського розтину є неправильні положення плода, а також деякі види тазового передлежання. Пологи в тазовому передлежанні відбуваються у 3,5 % випадків від загальної кількості пологів. Пологи в тазовому передлежанні вважаються межовими, мертвонароджуваність становить 9—14 %, це у 5—6 разів частіше, ніж при головному передлежанні плода. Неправильні положення плода переважно характерні для повторних вагітностей і належать до патологічних, тому що

пологи доношеного плода через природні пологові шляхи зазвичай неможливі або супроводжуються тяжкими ускладненнями як з боку плода, так і з боку роділлі. Неправильні положення плода є патологією, яка становить загрозу життю матері і плода, оскільки пологи через природні статеві шляхи неможливі. Проведення зовнішнього повороту плода на голівку достовірно збільшує частоту фізіологічних пологів в головному передлежанні, а розвиток ускладнень не перевищує 1%. Тому, знання даної теми необхідні перш за все для акушера пологового стаціонару, жіночої консультації, але не менш важливо для сімейного лікаря.

II. Навчальні цілі заняття

Для формування знань студент повинен ознайомитись($\alpha=1$):

1. Показання до операції кесаревого розтину;
2. Категорії ургентності кесаревого розтину;
3. Протипоказання до операції кесаревого розтину;
4. Методи операції кесаревого розтину;
5. Ускладнення операції кесаревого розтину;
6. Будову щипців та вакуум-екстрактора;
7. Показання та протипоказання до операції накладання акушерських щипців та вакуум – екстракції;
8. Умови для виконання операції накладання акушерських щипців та вакуум – екстракції;
9. Загальні правила виконання накладання акушерських щипців та вакуум – екстрактора;
10. Ускладнення для матері та плода при накладанні акушерських щипців та вакуум – екстракції
11. Причини тазового передлежання плода
12. Класифікація тазових передлежень плода
13. Причини неправильних положень плода.
14. Методи діагностики тазових передлежень плода
15. Методи діагностики неправильних положень плода.
16. Особливості перебігу вагітності та пологів, та які ускладнення при тазових передлежаннях та неправильних положеннях плода.
17. Методи корекції, що використовують при тазових передлежаннях та неправильних положеннях плода.
18. Показання та протипоказання для виконання зовнішнього повороту плода на голівку.
19. Техніка виконання операції зовнішнього повороту плода на голівку.
20. Показання та умови для виконання класичного зовнішньо- внутрішнього повороту плода на ніжку.
21. Протипоказання для виконання класичного зовнішньо- внутрішнього повороту плода на ніжку.
22. Техніка операції акушерського класичного повороту.

Засвоїти ($\alpha=2$)

1. Показання та протипоказання до розродження шляхом кесарського розтину.
2. Показання та протипоказання до накладання акушерських щипців та вакуум–екстрактора;
3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода;
4. Правила підготовки до виконання операцій, що виправляють положення плода:
 - зовнішній поворот плода на голівку: підготовка пацієнтки, умови, показання, протипоказання, ускладнення, техніка проведення
 - класичний комбінований зовнішньо-внутрішнього поворот плода на ніжку при поперечному положенні: умови, показання, протипоказання, етапи операції, ускладнення.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти($\alpha=3$):

1. Діагностику тазового передлежання та неправильних положень плода (прийоми Леопольда–Левицького, піхове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД);
2. Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
3. Скласти план обстеження вагітних перед проведенням акушерських операцій;
4. Підбирати інструменти та асистувати під час проведення акушерських операцій.
5. Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців;
6. Виконати на фантомі операцію вакуум-екстракції плода.

III. Виховні цілі Сформулювати у студентів розуміння професійної відповідальності майбутнього акушера за точність визначення діагнозу та показань до оперативного розродження, складання плану обстеження вагітної жінки перед проведенням акушерських операцій;

Розвинути мотивацію та поглиблене вивчення наступних тем з метою надання кваліфікованої акушерської допомоги.

IV Вихідні і базові знання (міждисциплінарна інтеграція).

1. Нормальна анатомія – будову жіночих репродуктивних органів. Кровообіг матки, придатків, піхви. Будову тазового дна;
2. Патологічна фізіологія – механізми відповіді при механічному ураженні матки під час вагітності та в пологах;
3. Топографічна анатомія – описувати топографо-анатомічні співвідношення з органами малого тазу, що безпосередньо межують з жіночими статевими органами;

4. Хірургія – особливості загоєння рваної та різаної рани, техніку ушивання розрізів та розривів.
5. Фармакологія – фармакодинаміку і фармакокінетику утеротонічних, антифібрінолітичних засобів, які застосовуються для зупинки кровотечі в акушерстві;

IV. Зміст навчального матеріалу.

КЕСАРІВ РОЗТИН

Кесарів розтин (КР) – метод оперативного розродження, при якому народження дитини відбувається через розріз передньої черевної стінки та матки

Розповсюдженість: лише за період 2015-2022 рр. відбулося його зростання на 26,3% (2015 р. – 18,5%, 2022 р. – 25,1%), що значно підвищує ризик материнського та перинатального здоров'я. Післяопераційна летальність знижується, проте у 2022 року померло 6 жінок після операції кесарів розтин.

КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження у 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першому КР.

Методи кесаревого розтину

Доступи:

А. Інтраперитонеальний.

Б. Кесарів розтин у нижньому сегменті матки з тимчасовою ізоляцією черевної порожнини. Кесарів розтин за Джоел - Кохен (Joel-Cohen).

В. Екстраперитонеальний.

Г. Малий кесарів розтин

Д. Вагінальний кесарів розтин

Піхвовий кесарів розтин проводять дуже рідко, лише при недоношеній вагітності.

Методи

1. Поперечна гістеротомія

Кесарів розтин в нижньому сегменті матки (поперечна гістеротомія в нижньому сегменті матки) – проводять найбільш часто, її переваги – менша крововтрата, краще загоєння, менший ризик появи злук.

2. Повздожня гістеротомія (вертикальна, висока).

Корпоральний (класичний) кесарів розтин:

- проводять тільки у виняткових випадках;
- супроводжується значним об'ємом крововтрати;
- гемотрансфузію проводять в 2 рази частіше .

Показання до проведення корпорального кесаревого розтину:

- неможливість доступу в нижньому сегменті матки (злуки, пухлинні утвори);
- передлежання плаценти;
- стиснутий в порожнині матки плід в поперечному положенні;
- погано виражений нижній сегмент матки, або його відсутність при недоношеній вагітності, сідничне передлежання недоношеного плода;
- великий плід з наявністю патології (гідроцефалія, велика крижово-куприкова тератома), зрощені близнюки;
- планова гістеректомія (рак);
- неповноцінний рубець на матці після попереднього корпорального кесаревого розтину.

3. Вертикальна гістеротомія в нижньому сегменті. Проводять рідко.

Переваги: менший ризик ушкодження кровоносних судин матки.

Можливі показання:

- багатоплідна вагітність;
- неправильне положення плода (поперечне, скісне);
- пологи дуже малим недоношеним плодом;
- планується гістеректомія в післяпологовому періоді.

Консультування вагітної перед операцією КР

При консультуванні жінки перед КР їй необхідно повідомити наступне:

1. Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки. Частіше обидва розрізи поперечні. Якщо розглядається можливість нижньосерединного розрізу черевної стінки або класичного корпорального на матці, жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.
2. Жінку необхідно поінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір. Анестезіолог має надати загальну інформацію про обраний метод, ризики, переваги та можливі ускладнення.
3. Повідомляється про наслідки для майбутніх вагітностей та пологів, а саме, що після оперативних пологів збільшуються шанси повторного кесаревого розтину.
4. КР за бажанням жінки за відсутності умов для оперативного розродження не проводиться.
5. Можливе перебування в стаціонарі довше, ніж за умови вагінальних пологів.
6. Повторна вагітність, яка виникає протягом 2-х років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР.

Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі настання вагітності протягом першого року після КР.

7. Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.
8. Перед операцією здійснюється катетеризація периферичної вени і сечового міхура, обробка антисептиками передньої черевної стінки.
9. Ризики, що пов'язані з операцією кесарева розтину:

Для матері:

- тромбоемболічна хвороба;
- масивні акушерські кровотечі;
- постнатальна депресія;
- нетримання калу (виникає більше ніж через 1 рік після пологів; порівняно з вагінальними пологами).

Для наступних вагітностей:

- розрив матки під час наступних пологів;
- ризик антенатальної загибелі плода;
- передлежання та прирощення плаценти;

Для новонародженого:

- госпіталізація до відділення новонароджених;
- інфекційна захворюваність;
- стійка словесна затримка мовного розвитку;
- дитяча смертність (до 1 року).

Часті явища та можливі ускладнення:

З боку матері:

- біль внизу живота у перші дні після операції;
- абдомінальний дискомфорт та/або дискомфорт у ділянці рани упродовж кількох місяців;
- повторний КР при наступній вагітності;
- повторна госпіталізація з різних причин;
- підвищена крововтрата у порівнянні з вагінальними пологами;
- інфекція.

З боку плода:

- пошкодження шкіри;
- дихальні розлади.

У жінок з ожирінням, тяжкою соматичною патологією, з оперативними (абдомінальними) втручаннями в анамнезі ризик ускладнень збільшується.

Додаткова інформація:

- знаходження у лікарні після операції триватиме на 2-3 доби більше, ніж після вагінальних пологів;
- рання ініціація грудного вигодовування;
- доцільно здійснювати контакт «шкіра до шкіри» батька та малюка.

Плановий кесарів розтин

Показання до планового кесарева розтину

1. Передлежання плаценти, підтверджене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка);
 2. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів:
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці
 - Розрив матки в анамнезі
 - Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом.
 - Більше одного КР в анамнезі (серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи (ВП).
 - Відмова жінки від спроби ВП.
 3. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки;
 3. Тазове передлежання або неправильне положення І плода при багатоплідній вагітності;
 3. Поперечне положення плода;
 3. Моноамніотична монохоріальна двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС);
 3. Зрощені близнюки.
 3. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності;
 3. ВІЛ-інфіковані:
 - Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл;
 - Жінки, які приймають монотерапію зидовудином.
 - Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С.
- Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.
10. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів;
 10. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):

- кардіологічна - артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит;
- офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищеперерахованої, патологія органу зору не є показанням до КР);
- пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу -пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
- органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кила;
- неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку.

12. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини;

12. Рак шийки матки;

12. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині;

12. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць.

12. Гастрошизіс, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта).

12. Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах.

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

Обов'язково необхідно взяти згоду на проведення операції у вагітної. У разі відмови жінки від показаної операції вона має власноручно підписати поінформовану відмову. За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історії пологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб.

Терміни виконання планового кесаревого розтину

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.
- У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.

- З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.
- У разі моноамніотичної монохоріальної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС.

Ургентний кесарів розтин

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

Категорії ургентності:

I Категорія - існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 30 хвилин від визначення показань;

II Категорія - стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) - операцію має бути розпочато не пізніше 75 хвилин від визначення показань;

III Категорія - стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпрометованого стану матері чи плода) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин;

IV Категорія – за попереднім планом у запланований день та час.

Показання до операції ургентного кесарева розтину.

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти до початку пологів або під час пологів за відсутності умов для швидкого розродження.
2. Кровотеча зі статевих шляхів нез'ясованої етіології у пізньому терміні вагітності чи під час пологів.
3. Розрив матки, що загрожує або почався.
4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
6. Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод

- Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
7. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
 7. Невдала спроба індукції пологів
 7. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Передопераційне обстеження та підготовка:

Повне клініко-лабораторне обстеження:

1. Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2, 3 ступеню ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції;
2. Група крові та резус-фактор
3. Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;

Підготовка до КР:

1. Катетеризація периферичної вени.
2. Катетеризація сечового міхура за показаннями.

Профілактика інфекції

- Усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику.
- Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорины першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі. Необхідно враховувати рівень контамінації родових шляхів та фоновий рівень контамінації стаціонару, зокрема при тривалому знаходженні жінки в даному стаціонарі
- Немає необхідності рутинно застосовувати антибіотики більш широкого спектру дії та призначати повторні дози препаратів.
- В разі алергії на бета-лактамі антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно.
- Антибіотикопрофілактику потрібно проводити за 15-60 хвилин до розрізу шкіри.
- В разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 годин або крововтрата перевищує 1500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3-4 години після початкової дози.
- В разі ожиріння (ІМТ більше 35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси,) антибактеріальна терапія має бути розширена

- Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок, яким КР проводиться після розриву плодових оболонок.

Профілактика тромбоемболії

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з діючими нормативними документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, низькомолекулярні гепарини у відповідному режимі

Анестезія при кесаревому розтині

Підготовчі заходи.

1. Для запобігання розвитку аспіраційного синдрому внутрішньовенно вводять метоклопрамід 10 мг або ранітидин 50 мг безпосередньо перед оперативним втручанням.
2. Пацієнтку вкладають на спину на операційний стіл з нахилом у лівий бік на 15°.
3. Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв, ЧСС, SpO₂ та P_{et}CO₂ постійно. За необхідності – ЕКГ- моніторинг.
4. Необхідно забезпечити надійний доступ до венозного русла шляхом катетеризації периферичної, а при необхідності, і центральної вени. Катетери повинні мати широкий просвіт (G 16 - 14), тому що в будь-який момент може виникнути необхідність у проведенні масивної інфузійно – трансфузійної терапії.
5. Перевірка наявності всього необхідного комплексу медикаментів для проведення анестезії і реанімації та обладнання (наркозний апарат, ларингоскоп, відсмоктувач), роботу необхідно обов'язково перевірити перед початком анестезії.

Методи знеболення:

1. **Загальна анестезія.** Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг). У пацієток з нестабільною гемодинамікою та бронхіальною астмою слід застосовувати кетамін (1 – 1,5 мг/кг). До вилучення плоду анестезію підтримують інгаляцією діазоту оксиду у комбінації з киснем 1:1. Можлива комбінація з енфлюраном (0.5-0.75 об %) або ізофлюраном (0.75 об%).
2. **Регіонарна анестезія.** До проведення регіонарної анестезії слід підготувати вазопресори (фенілефрин або ефедрин). Після розвитку анестезії проводять контроль її розповсюдження (не вище Th5) з обов'язковою відміткою у протоколі анестезії. Для запобігання розвитку

інтра - та післяопераційної нудоти та блювоти бажано використання блокаторів 5-НТ рецепторів (ондасетрон).

3. **Спінальна анестезія.** Техніка спінальної пункції стандартна. Для спінальної анестезії можливе застосування гіпербаричного бупівакаїну 0,5% 10 – 15 мг, в середньому 12,5 мг або лідокаїну 2–5% (60-80 мг).
4. **Епідуральна анестезія.** Техніка виконання пункції епідурального простору стандартна. Для епідуральної анестезії використовують 18–20 мл розчинів місцевих анестетиків: бупівакаїн 0,5%, ропівакаїн 0,75% та лідокаїн 2%. Використання ропівакаїну більш безпечне ніж бупівакаїну.

Техніка операції.

1. Розтин передньої черевної стінки за однією з методик (довжиною до 17 см. Він не повинен заходити у тканини, що знаходяться під шкірою)
 - Нижньосерединна лапаротомія
 - Поперечна лапаротомія (За Пфаненштилем)
 - Поперечна лапаротомія (За Джоел-Коханом) - здійснюється приблизно на 3 см нижче лінії, що з'єднує передні верхні ості клубових кісток
2. Виконується невеличкий поперечний розріз апоневрозу скальпелем, який продовжується в обидва боки за допомогою ножиць.
2. М'яко відділяється апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розводять прямі м'язи краніально та каудально.
2. Розведення прямих м'язів вказівними та середніми пальцями хірурга та асистента.
2. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куту рани поки не утвориться невеличкий отвір.
2. Ідентифікують нижній сегмент матки та сечовий міхур і виконується поперечний поверхневий розріз вісцеральної очеревини довжиною 1 см над сечовим міхуром, який в подальшому продовжують загалом на 10 – 12 см.
2. Виконується невеличкий поперечний розріз в нижньому сегменті матки скальпелем, або використовується вказівний палець правої руки для формування отвору в матці. Пальцями розтягніть краї отвору на матці у поперечному напрямку (за Гусаковим), або розтинається ножицями (за Дерфлером).
2. Хірург підводить два пальця під голівку плода та виводить її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину.
2. Після народження дитини анестезіолог вводить 5 ОД окситоцину внутрішньовенно. Плацента видаляється шляхом контрольованої тракції за пуповину.
2. Ушивають розрізану стінку матки однорядним або дворядним безперервним швом з перекидом. Перитонізація виконується за рахунок *plica vesico-uterina*.
2. Контроль гемостазу та видалення згортків крові.
2. Пошарове ушивання очеревини, апоневрозу, м'язів, підшкіряної клітковини, шкіри.

Консультації з питань планування сім'ї в разі КР:

Жінка, якій пропонується КР має бути проінформована, що:

- Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР.
- Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.
- Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.
- В разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосувати у майбутньому. В разі бажання жінки провести хірургічну стерилізацію під час КР, додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання є обов'язковим.
- Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ

Акушерські щипці (*forceps*) застосовуються з XVII ст. і призначені для допомоги народженню голівки плода тягнучими рухами, або тракціями у випадку, коли є необхідність швидкого завершення другого періоду пологів. Акушерські щипці були винайдені на початку XVII століття шотландським лікарем Чемберленом, який зберігав свій винахід в таємниці і воно не стало надбанням акушерської практики. Пріоритет у винаході акушерських щипців по праву належить французькому хірургу Пальфіну, який в 1723 р. опублікував своє повідомлення. Інструмент і його застосування швидко набули широкого поширення. У Росії щипці вперше були застосовані в 1765 р. в Москві професором Еразмусом. Надалі в розвиток теорії і практики операції накладення акушерських щипців великий внесок внесли вітчизняні акушери Н. М. Максимович-Амбодік, А. Я. Крассовський, І. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов.

У сучасному акушерстві, не дивлячись на нечасте застосування цієї операції, вона має важливе практичне значення, оскільки при деяких акушерських

ситуаціях є операцією вибору. З початку впровадження щипців вакушерську практику зроблено незліченну кількість спроб їх удосконалення в цілях підвищення ефективності і безпеки їх застосування.

Види акушерських щипців (рис 1):

1. Французькі щипці (щипці Левре) – виготовлені у відповідності до вимог французьких акушерів, які розглядали акушерські щипці не тільки як інструмент вилучення плоду, а й також як інструмент для стискання і зменшення розмірів голівки плода. Французькі щипці – великий, грубий інструмент, їх замок нерухомо фіксується за допомогою гвинта.
2. Англійські щипці (щипці Сімпсона) – на відміну від французьких є легкими і мають абсолютно вільний замок.
3. Німецькі щипці (щипці Негеля) – перехідний варіант між французькими та англійськими щипцями. Їхній замок є напів-рухливим, щипці середнього розміру, більш грубі ніж англійські, але більш легкі на відміну від французьких.
4. Руські щипці (щипці Лазаревича) – не мають тазової кривизни. Прямі та мають рухомий замок.



Рис. 1. Акушерські щипці: *a* — Щипці Сімпсона; *b* — Щипці Негеля; *c* — Щипці Левре; *d* — Щипці Лазаревича

На сьогоднішній час в Україні застосовуються щипці Сімпсона у модифікації Феноменова.

Акушерські щипці мають 2 гілки, які накладаються на голівку плода. Кожна гілка має верхню частину — ложку щипців, середню — замок і нижню — рукоятку.

Вага щипців не перевищує 500 г, загальна довжина — 35 см. Довжина ложки дорівнює 20 см, рукоятки з замком — 15 см. На кінці кожної гілки (ложки) щипців є віконце, оточене ребрами. Кожна ложка щипців має головну і тазову кривизну. Найбільша відстань між ложками щипців відповідає біпаріетальному

діаметру голівки плода. Замок виготовлено таким чином, що на лівій ложці є заглибина, в яку входить права ложка.

Внутрішні краї рукоятки під час змикання ложок щипців щільно прилягають один до одного; зовнішні мають виступи для пальців хірурга. Між замком і рукояткою на зовнішніх краях щипців є виступи — крючки Буша, які є опорою для пальців хірурга під час тракцій.

Права та ліва гілки щипців відрізняються за такими ознаками:

1. На лівій гілці замок та замкова площина розташовані зовні, на правій — навпаки;
2. Якщо щипці покласти на стіл, то гачок Буша і ребриста поверхня рукоятки на лівій гілці звернені вліво, на правій — вправо.

Операція накладання акушерських щипців проводиться у разі, якщо існують необхідні умови у випадку ускладнень, які вимагають термінового припинення потуг.

Показання з боку вагітної:

1. Прееклампсія тяжкого ступеня, або еклампсія у другому періоді пологів;
2. Екстрагенітальна патологія, що вимагає виключення другого періоду пологів;
3. Інфекційні захворювання матері (гепатит, пневмонія та інші);
4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти у другому періоді пологів.

Показання з боку плода:

1. Дистрес плода у другому періоді пологів.

Умови для використання акушерських щипців:

1. Повне відкриття маткового вічка;
2. Відсутність плодового міхура;
3. Відповідність розмірів тазу матері розмірам голівки плода;
4. Живий доношений плід;
5. Голівка плоду у порожнині малого тазу (порожнинні щипці), чи у площині виходу з малого тазу (вихідні щипці);
6. Наявність досвіду у хірурга;
7. Випорожнення сечового міхура;
8. Адекватне знеболення

Протипоказання для накладання акушерських щипців:

1. Загибель плода;
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г);
3. Аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія);
4. Анатомічно вузький таз (II, III, IV ступенів) та клінічно вузький таз;

5. Розгинальні вставлення голівки плода (передній вид потиличного передлежання, лобне, лицеве);
6. Неповне розкриття шийки матки;
7. Невизначене знаходження передлеглої частини, або її високе стояння;
8. Тазове передлежання плода.

Підготовка до операції:

1. Катетеризація сечового міхура;
2. Дезінфекція зовнішніх статевих органів;
3. Знеболення (загальна анестезія);
4. Детальне акушерське обстеження з урахуванням передбачуваної ваги плода, положення, позиції, передлежання та ступеня вставлення голівки плода в малий таз;
5. Підготовка пологових шляхів (епізіо-/перінеотомія).

Техніка операції:

Перший етап – акушер вводить чотири пальці правої руки у піхву уздовж лівої стінки. Далі, трьома пальцями лівої руки бере за рукоятку ліву гілку щипців та вводить її уперед до правої пахової складки породіллі таким чином, що кінчик гілки щипців входить до статевої щілини у її поздовжньому розмірі. Гілку вводять у статеву щілину, застосовуючи 1 палець правої руки. Гілка повинна ковзати між 2 - м та 3 –м пальцем. Коли ліва ложка правильно розміщена на голівці плоду, її ручку віддають асистенту, який тримає її з-під правої ноги породіллі. Після цього акушер вводить праву гілку щипців. Коли гілка пересувається вздовж пологового каналу, вона захоплює випуклість голівки плоду своєю головною кривизною (але не кінчиком), та рукоятка щипців обережно переміщується до середини тіла та назад. Кращий варіант захоплення голівки плоду – від потилиці до підборіддя відповідно до косого розміру голівки. Щипці мають бути накладені у біпаріетальному напрямку (рис 2).



Рис. 2. Введення правої та лівої гілки щипців.

Другий етап – для того, щоб замкнути щипці, рукояті щипців беруться обома руками, великі пальці розташовуються на гачку Буша і гілки з'єднуються. Після цього виконується пробна тракція, ціль якої є перевірка та корекції

накладання щипців, та відсутності загрози їх розкриття. Для цього, рукояті захоплюється правою рукою зверху під контролем другого пальця лівої руки (рис 3).

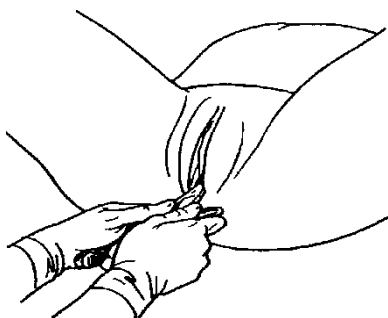


Рис. 3. Зіскнення щипців

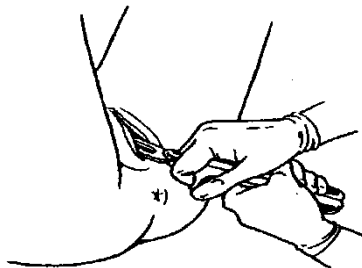


Рис. 4. Тракція голівки плоду

Третій етап – під час тракцій, щипці, як правило, захоплюються наступним чином: права рука захоплює замок зверху, третій палець знаходиться в проміжку між ложками та замком, другий та четвертий палець – на гачках Буша. Ліва рука захоплює щипці знизу. Напрямок і характер тракцій має відповідати біомеханізму пологів і руху голівки плода уздовж осі тазу. Слід проводити лише статичні тракції. Тривалість однієї тракції відповідає одній потузі.

Четвертий етап – роз'єднання та знімання щипців після пологів.

При накладанні акушерських щипців використовують **три потрібні правила за Маліновським.**

Перше потрібне правило – «три в ліво – три в право». Першою вводиться ліва ложка лівою рукою в ліву половину тазу жінки. Права ложка вводиться другою правою рукою у праву половину тазу жінки.

Друге потрібне правило – «три вісі». Коли щипці накладені, три вісі мають збігатися: повздовжня вісь тазу, голівки та щипців.

Третє потрібне правило – «три позиції – три тракції».

Перша позиція – голівка плода в площині входу до малого тазу своїм малим чи великим сегментом. Тракції проводять в напрямку великих пальців ніг сидячого хірурга. Щипці, накладені при такому положенні голівки називають «високими» та сьогодні не застосовуються.

Друга позиція – голівка плода в порожнині малого тазу. Тракції проводять в напрямку колін сидячого хірурга. Щипці, накладені при такому положенні голівки називають «порожнинні».

Третя позиція – голівка плода в площині виходу з малого тазу. Тракції проводять на себе, а після утворення точки фіксації – догори. Щипці, накладені при такому положенні голівки називають «вихідними».

Ускладнення:

1. Зісковзування щипців (горизонтальне чи вертикальне);
2. Пошкодження м'яких тканин пологового каналу;

3. Пологова травма плода

ВАКУУМЕКСТРАКЦІЯ ПЛОДА

Вакуум-екстракція плода (рис 5) – розроджуюча операція, при якій плід штучно витягують через природні родові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора. Принцип роботи апарата вакуум-екстрактора ґрунтується на створенні вакуумметричного тиску між внутрішньою поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка створює можливість робити тракції, потрібні для витягання плода.

Останнім часом розроблено багато варіантів м'яких чашок, які при їх накладанні повторюють контур голівки плода. Їх застосування рідше супроводжується травматизацією голівки плода в порівнянні з металевими чашками. Оскільки чашки м'які, при їх введенні маловірогідна травматизація м'яких тканин родових шляхів. Вважається за краще використовувати м'які чашки та сучасні апарати. Порівняння ефективності м'яких і металевих чашок для вакуум-екстракції показало, що при використанні м'яких чашок для розродження потрібно більше часу, але при цьому травматизація голівки дитини істотно менше в порівнянні із застосуванням металевих чашок.



Показання для використання вакуум-екстракції плода:

I. З боку матері — ускладнення вагітності, родів або соматична патологія, які вимагають скорочення другого періоду пологів:

- слабкість пологової діяльності в другому періоді пологів;
- інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;

II. З боку плода: дистрес плода в другому періоді пологів.

Протипоказання для вакуум-екстракції плода:

1. Невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері, зокрема: гідроцефалія; вузький таз II-IV ступеню або клінічно вузький таз.
2. Мертвий плід.
3. Лицеве або лобне вставлення голівки плоду.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плоду.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення другого періоду пологів.

Умови для виконання вакуум-екстракції плода.

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плоду і тазу матері.
5. Активна участь роділлі.
6. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Знеболення: пудендальна анестезія.

Методика.

Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур. Зовнішні статеві органи і вагіну обробляють антисептиками. Чашку вводять бічною поверхнею в прямому розмірі тазу, потім повертають в поперечний розмір і отвором притискають до голівки плоду, ближче до малого тім'ячка. Необхідно проконтролювати пальцями лівої руки правильність притиснення чашки до голівки (виключити можливість притискання стінок вагіни або шийки матки). Під час тракцій праву руку розташовують на шлангу біля самої чашки. Тракції здійснюють синхронно з потугами по осі, перпендикулярній до площини чашки. Поступово зменшують силу тяги і роблять паузу. Операція починається з пробної (легкої) тракції. Кількість тракцій не повинна перевищувати чотирьох. Напрямок тракцій: тракції повинні повторювати напрям осі тазу і залежати від висоти стояння голівки плоду: донизу, на себе і вгору. Під час прорізування голівки плоду виконується захист промежини (за показаннями — епізіотомія), після чого чашка знімається з голівки. Ризик травматизації голівки плоду безпосередньо залежить від кількості проведених тракцій. До травматизації тканин голівки плоду може призвести раптове від'єднання чашки.

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Тазовим передлежанням плода називається таке, при якому тазовий кінець плода розміщується в площині входу чи над входом у малий таз (рис 6). Поширеність тазових передлежань – 2–4 % випадків серед усіх типів передлежань плода. Перинатальна захворюваність і смертність при тазових

передлежаннях у п'ять разів вища порівняно з головними. 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.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТАЗОВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Органічні:

- Вузькі тази
- Аномальна форма таза
- Вади розвитку матки
- Багатоводдя
- Пухлини в нижньому сегменті матки
- Багатопліддя
- Передлежання плаценти
- Недоношеність плода

Функціональні:

- Дискоординація пологової діяльності, яка призводить до перерозподілу тонуусу міометрію між дном, тілом та нижнім сегментом матки.

КЛАСИФІКАЦІЯ

1. Сідничне передлежання (згинальне):

- неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода)
- повне або змішане сідничне (передлежать сіднички плода разом із стопами)

2. Ножне передлежання (розгинальне):

- неповне (передлежить одна ніжка плода)
- повне (передлежать обидві ніжки плода)
- колінне передлежання.



Рис.6. Тазові передлежання.

- а — чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
 б — змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).
 в — повне ножне передлежання (передлежать обидві ніжки плода);
 г — неповне ножне (передлежить одна ніжка плода).

ДІАГНОСТИКА

Зовнішнє акушерське дослідження (**прийоми Леопольда, аускультация**):

- в ділянці дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку
- над входом, або при вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує
- під час аускультатії серцебиття плода вислуховується залежно від позиції справа або зліва **вище пупка**.

УЗД — найбільш інформативний метод діагностики (А).

Дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод,

обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють 4 варіанти положення голівки, що важливо для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

I. Голівка зігнута, кут більше 110 градусів

II. Голівка слабо розігнута, “поза військового” — I ступінь розгинання голівки, кут 100–110 градусів

III. Голівка помірно розігнута — II ступінь розгинання, кут — 90–100 градусів

IV. Надмірне розгинання голівки, “плід дивиться на зірки” — III ступінь

розгинання голівки, кут менший за 90 градусів.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ.

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.

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

Етапи пологів: – народження тазового пояса (рис. 7, а етап); – народження плечового пояса (рис. 7, б етап); – народження голівки (рис. 7, в етап).



Рис.7. Етапи пологів при сідничному передлежанні плода.

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 косого розміру переходять у прямий розмір площини виходу з малого таза. Передня сідниця верхньою третиною клубової кістки фіксується під нижнім краєм лобкового симфізу. Наступне згинання тулуба в поперековому відділі. Навколо точки фіксації, яка утворилася, відбувається згинання тулуба в поперековокрижовому 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. Наступне 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. Спочатку – 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. Наступне— 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.

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.

Для коригування рекомендують гімнастичні вправи (С):

- положення на боці, протилежному позиції плода
- колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2–3 рази на добу.

Головні елементи коригуючої гімнастики за І. І. Грищенком та А. Є.

Шулешовою:

1. нахили тулуба вагітної в бік спинки плода
2. згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах з одночасним згинанням тулуба в бік позиції плода
3. вигинання спини з упором на перекладині шведської стінки
4. вигинання спини в колінно-ліктьовому положенні
5. згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах лежачи на спині, приведення колін до живота, напівоберт тазу із зігнутими кінцівками в бік позиції плода.

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ:

- загроза передчасних пологів
- передлежання плаценти
- низьке прикріплення плаценти
- анатомічно вузький таз II–III ступеня.

Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).

НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

До неправильних положень плода належать поперечне (*situs transversus*) і косе (*situs obliquus*). Ці положення плода переважно характерні для повторних вагітностей і належать до патологічних, тому що пологи доношеного плода через природні родові шляхи зазвичай неможливі або супроводжуються тяжкими ускладненнями як з боку плода, так і з боку роділлі. Неправильні положення плода є патологією, яка становить загрозу життю матері і плода, оскільки пологи через природні статеві шляхи неможливі.

Визначення

Неправильним називають таке положення плода, при якому його поздовжня вісь не співпадає з поздовжньою віссю матки.

При поперечному положенні плода його вісь розташовується перпендикулярно до осі матки.

При косому положенні між поздовжньою віссю плода і матки утворюється гострий кут.

Практично про поперечне положення плода говорять тоді, коли голівка чи тазовий кінець знаходяться вище від гребеня клубової кістки, про косе — нижче.

Частота

Неправильні положення зустрічаються відносно рідко — у 0,2-0,4% усіх пологів.

Чинники, що впливають на виникнення неправильних положень плода:

- зниження тону м'язів передньої черевної стінки та матки у жінок, що багато разів народжували (релаксація м'язів сприяє відхиленню осі плода від поздовжньої осі матки);
- багатоводдя (підвищена рухомість плода),
- багатоплідна вагітність (після народження першого плода другий може змінити поздовжнє положення на поперечне або косе);
- передлежання плаценти (плацента розміщується у нижньому сегменті матки і не дозволяє голівці зафіксуватися у вході в таз);
- вузький таз (зменшення розмірів площини входу в малий таз перешкоджає фіксації передлеглої частини);
- аномалії розвитку матки (плід підкоряється формі матки і займає таке положення, до якого спонукає його аномальна будова).

Частіше неправильні положення плода зустрічаються при передчасних пологах.

Діагностика

1. огляд вагітної

2.зовнішнє акушерське дослідження

3.внутрішнє акушерське дослідження

4. ультразвукове дослідження. Велике значення має УЗД.

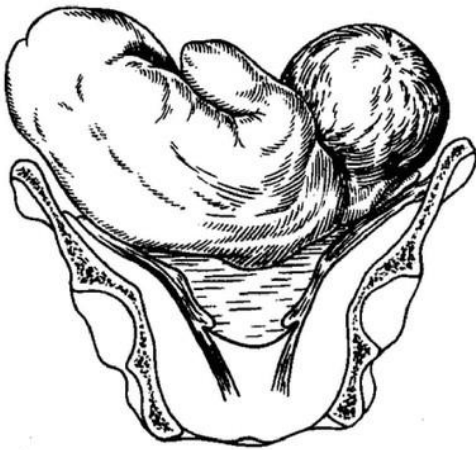
Особливо ефективний цей метод дослідження для діагностики поперечного або косого положення плода в разі багатоплідної вагітності, коли один плід перебуває в поздовжньому положенні, а другий – у поперечному.

При огляді вагітної форма живота розтягнута у поперечному розмірі.

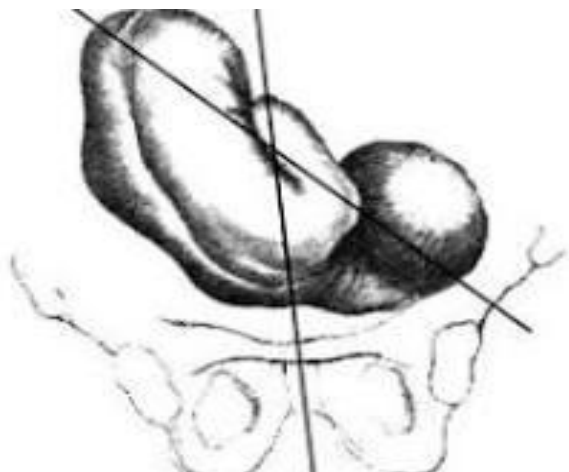
При зовнішньому акушерському дослідженні (рис.8) увагу привертає поперечно-овальна або косоовальна форма живота; висота стояння дна матки не відповідає передбачуваному терміну вагітності; обвід живота більший, ніж при поздовжньому положенні плода. Частина, що передлежить, не визначається; праворуч або ліворуч від середньої лінії живота можна прощупати голівку плода.

Серцебиття плода при поперечному положенні найкраще вислуховується в ділянці пупка.

Піхвове дослідження в плані діагностики поперечного або косого положення плода найінформативніше після вилиття навколоплідних вод і розкриття маткового вічка. При цьому вдається пальпувати бік плода, лопатки, кульшову западину.



А



Б

Рис. 8. А. Поперечне положення плода. Спинка донизу. Б- косе положення плода.

Прийоми Леопольда-Левицького

- I прийом — дно матки розміщене нижче, ніж зазвичай у такому терміні вагітності, в дні матки не вдається визначити частини плода;
- II прийом — пальпується тазовий кінець і голівка плода.

Позиція плода визначається за розташуванням голівки — ліворуч — перша позиція, праворуч — друга. Вид позиції визначають за спинкою: обернена до переду — передній вид, до заду — задні

- III та IV прийомами — передлеглу частину пропальпувати не вдається.

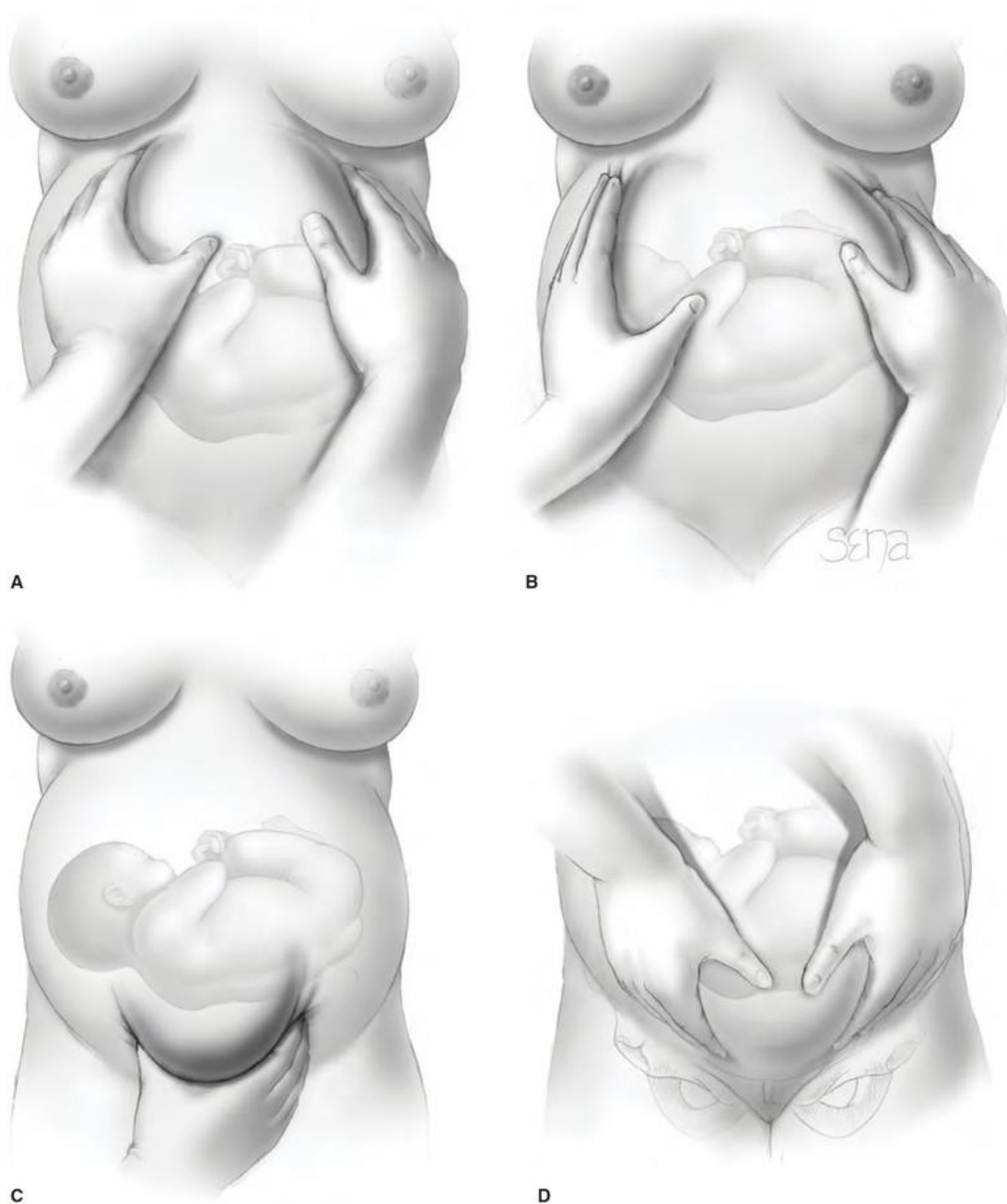


FIGURE 20-9 Leopold maneuver performed on women with a fetal transverse lie, right acromiodorsoanterior position. **A.** First maneuver. **B.** Second maneuver. **C.** Third maneuver. **D.** Fourth maneuver.

Source: *Williams Obstetrics: 23rd Edition* by F. Cunningham, 2010

Рис. 9. Діагностика неправильних положень плода за допомогою прийомів Леопольда- Левицького.

Окрім цього, при поперечному положенні плода його спинка може бути повернена донизу, до входу в малий таз (*situs dorsoinferior*) або догори, до дна матки (*situs dorsosuperior*).

Розташування спинки плода донизу є найнесприятливішим у зв'язку з утрудненням доступу до дрібних частин тіла плода за потреби виконати класичний зовнішньо-внутрішній акушерський поворот плода на ніжку. У разі випадіння із статевої щілини ручки діагноз поперечного положення плода не викликає сумнівів (рис.10)

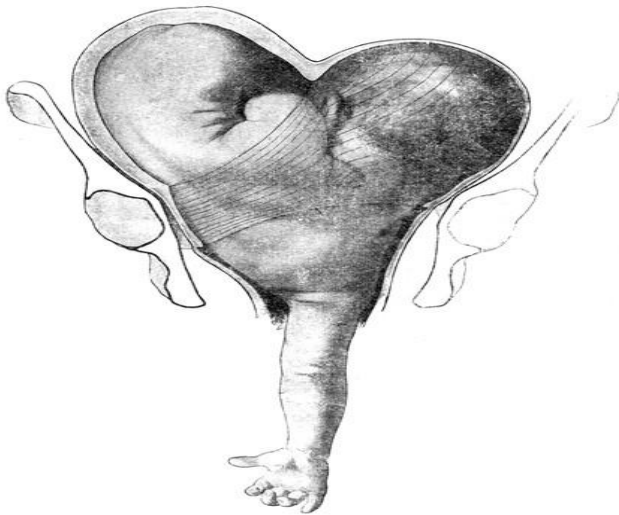


Рис.10. Випадіння ручки при поперечному положенні плода.

Якщо вдається визначити, яка ручка випала (права або ліва), то при встановленій позиції плода можна визначити його вид. При першій позиції випадіння правої ручки свідчить про передній вид, лівої – про задній. При другій позиції випадіння правої ручки вказує на задній вид, лівої – на передній. З появою ультразвукових методів обстеження вагітних встановлення діагнозу поперечного положення плода не становить труднощів., розташування спинки до входу в малий таз.

Клінічний перебіг і ведення вагітності та пологів.

Вагітність при поперечному або косому положенні плода протікає без особливостей. Якщо до 34–35 тиж вагітності неправильне положення самовільно не зміниться на поздовжнє, то вагітній призначають коригувальну гімнастику або виконують зовнішній поворот плода на голівку за відсутності протипоказань. Оскільки при поперечному і косому положеннях плода відсутній пояс притиснення і не відбувається розподіл вод на передні й задні, до кінця вагітності можливе передчасне вилиття навколоплідних вод. При поперечному або косому положенні плода розродження проводять шляхом виконання планового кесаревого розтину. Госпіталізувати вагітну з поперечним або косим положенням плода потрібно за 2–3 тиж до передбачуваного терміну пологів.

Якщо не було вчасно діагностовано поперечне положення плода і розпочалися пологи, то можливе виникнення ускладнення : **задавненого поперечного положення плода**, про яке свідчать такі ознаки:

- 1) плід втратив рухливість;
- 2) плече стоїть глибоко і нерухомо, ручка набрякла і синюшна;
- 3) плече зазвичай відсунуте вбік унаслідок того, що з ним поруч низько опустилася грудна клітка;
- 4) перерозтягнення нижнього маткового сегмента;
- 5) загроза розриву матки.

Окрім цього, у зв'язку з передчасним або раннім вилиттям навколоплідних вод може розвинутися слабкість пологової діяльності, можливі випадіння пуповини або дрібних частин тіла плода, інфікування пологових шляхів. Часто виникає дистрес-синдром плода. У край рідко пологи в поперечному положенні можуть завершитися самостійно шляхом самоповороту або народження плода зі складеним навпіл тулубом, але тільки в разі глибоко недоношеної вагітності й активної пологової діяльності. При багатоплідній вагітності з головним передлежанням першого плода і поперечним положенням другого за умови повторних пологів можливо провести пологи через природні пологові шляхи. У такому разі після народження першого плода виконують класичний комбінований зовнішньовнутрішній поворот другого плода на ніжку з подальшим його витяганням. У разі виникнення задавненого поперечного положення плода при мертвому плоді здійснюють ембріотомію (декапітацію), при живому плоді – екстраперитонеальний кесарів розтин, технічно надзвичайно складний.

Акушерська допомога при пологах у тазовому передлежанні через природні шляхи

У разі поєднання тазового передлежання плода з масою тіла 3 700 г і більше зі звуженням таза доцільно проводити розродження шляхом кесаревого розтину. Ножні передлежання плода або багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні першого плода також є показанням до кесаревого розтину.

У випадках природніх пологів при сідничних передлежаннях під час пологів застосовують ручний прийом 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. Мета застосування ручного прийому за Цов'яновим – підтримати нормальне розташування ніжок плода, запобігти закиданню ручок. До ручного прийому за Цов'яновим вдаються з моменту прорізування сідниць і переходу їх із прямого розміру виходу в малий таз в один із косих його розмірів. Щоб уникнути провисання сідниць, їх варто підтримувати і запобігати передчасному випадінню ніжок. Великими пальцями охоплюють стегна плода, розташовуючи їх на задній поверхні, а інші пальці – у

ділянці крижової кістки. Пересуваючись по стегнах, пальці поступово зміщують до гомілок у напрямку до задньої спайки вульви (рис.11).



Ручна допомога за Н. О. Цов'яновим (у міру народження тулуба плода руки акушера просуваються вадом тулуба)

Рис.11. Допомога за Цов'яновим 1.

Класичний ручний прийом (рис.12) 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 народження плода до нижнього кута лопаток, до цього моменту ручки недоступні для витягування (активний етап). Класичний ручний прийом виконують у кілька етапів: 1) підготовчий (переконаються, що в соромітну щілину вставився нижній кут лопатки); 2) звільнення ручок: – кожную 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);

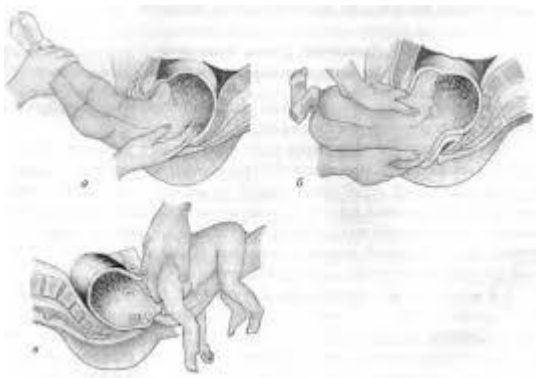


Рис.12. Класичний ручний прийом

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

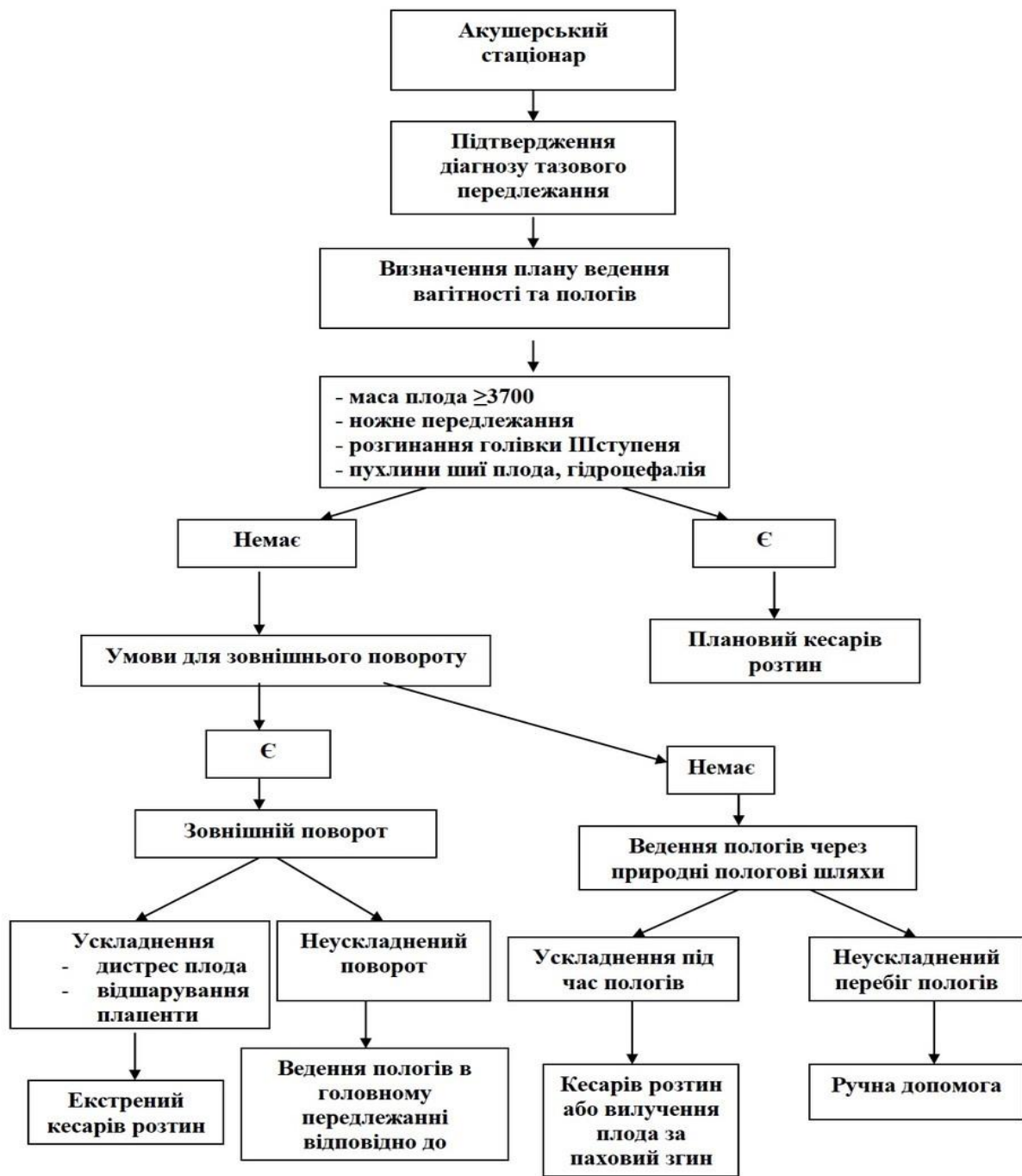


Рис.13. Техніка класичного ручного прийому з витяганням голівки за Морісо–Левре – Лашапель

– 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; – 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 дистрессиндром плода тощо). Операція витягування плода за тазову частину має два варіанти: – витягування плода за пахвинну складку; – витягування плода за одну або обидві ніжки.

Схема плану ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні плода



Акушерський поворот — це операція зі зміни невігідного положення плода на сприятливіше, але завжди на поздовжнє.

Класифікація:

зовнішні повороти:

- зовнішній профілактичний поворот на голівку (за Б.О. Архангельським);
- зовнішній поворот при поперечних і косих положеннях плода;

зовнішньо-внутрішні повороти:

- класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот;
- поворот за Брекстоном-Гіксом.

Зовнішній поворот плода на голівку

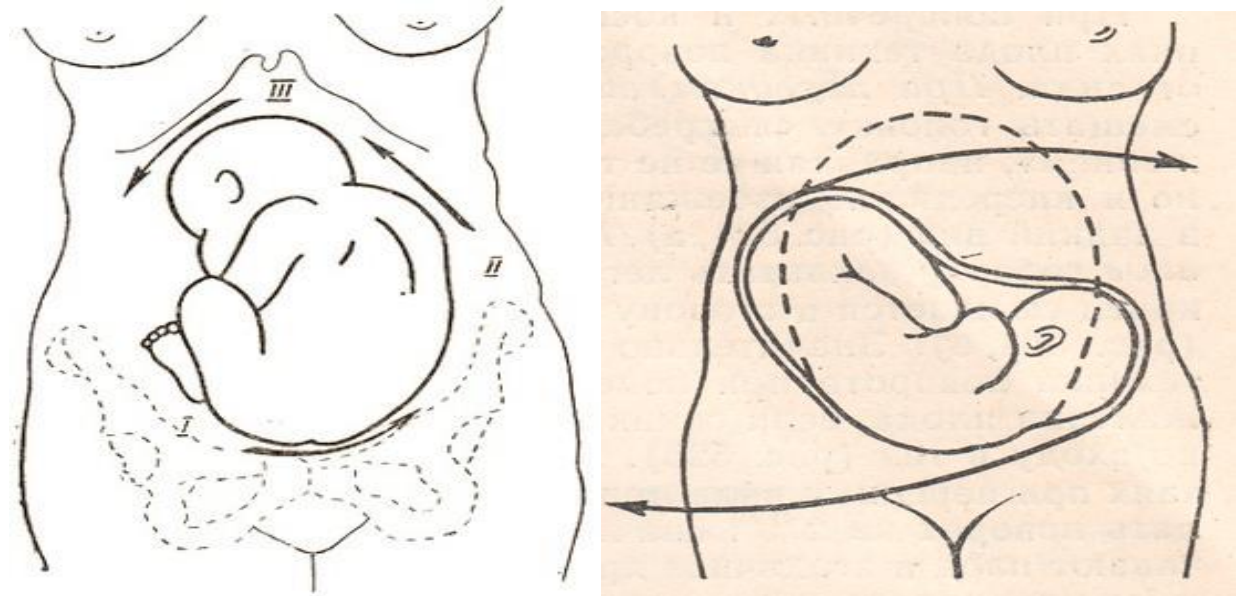


Рис.14.Зовнішній поворот плода на голівку.

Поворот здійснюється відповідно загальному правилу – тазовий кінець зміщують у бік спинки, спинку - в сторону голівки і голівку - до входу в малий таз по стінці матки, протилежній позиції плода.

Техніку зовнішнього повороту плода на голівку розроблено і запропоновано Б.О. Архангельським і М.Б. Трубковічем. Правильна техніка цього втручання дає змогу значно знизити мертвонароджуваність. Зовнішній поворот виконує лікар і тільки в умовах стаціонару, обережно, без застосування будь-яких насильницьких дій при ненапруженій матці та без наркозу(!). Зовнішній поворот слід проводити лише на останньому місяці вагітності, оскільки в більш ранні

терміни плід легко займає вихідне положення. Автори рекомендували виконувати зовнішній поворот у 35—36 тиж. вагітності.

Показання: неправильні положення плода, сідничне передлежання.

Умови:

- передбачувана маса плода для сідничного передлежання < 3700,0 г;
- живий плід, задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухомість плода, достатня кількість навколоплідних вод, цілий плодовий міхур;
- нормальний тонус матки;
- нормальні розміри малого тазу;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД для визначення передлежання і стану плода до та після проведення повороту;
- готовність операційної для надання екстреної допомоги у разі виникнення

ускладнень;

- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

- ускладнення вагітності на момент проведення повороту (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі);
- багатоводдя або маловоддя, багатоплідна вагітність;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- анатомічно вузький таз;
- рубець на матці, рубцеві зміни піхви чи шийки матки, злукова хвороба;
- аномалій розвитку матки, пухлини матки та придатків матки.
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;

Підготовка вагітної до операції:

- напередодні ввечері спорожнити кишечник
- зовнішній поворот проводять натще
- в день проведення – УЗД, для точного визначення положення плода
- перед операцією спорожнити сечовий міхур
- введення спазмолітиків – за 30 хв до операції в/м папаверин 2% - 2мл (для зниження збудливості матки).

Положення жінки горизонтально на твердій кушетці на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода.

Положення лікаря – сідає праворуч від жінки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку

Поворот здійснюється відповідно загальному правилу – тазовий кінець зміщують у бік спинки, спинку - в сторону голівки і голівку - до входу в малий таз по стінці матки, протилежній позиції плода.

Необхідно вислуховувати серцебиття плода до, під час і після повороту.

Перший момент – сідниці плода відводять від входу малого таза долонями введеними між лоном та сідницями плода.

Обхопіть рукою сідниці плода й відведіть їх від входу в малий таз, щоб досягти їх рухомості.

Другий момент – обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода (у разі I

позиції – в бік лівої клубової ділянки).

Почнати поворот зі зміщення голівки не рекомендується, бо тиск на голівку буде спрямовуватись на тазовий кінець плода, котрий при цьому опускається до входу в таз і стає менш рухомим.

Третій момент – зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (у разі I позиції – в бік правої клубової ділянки).

Другою рукою слід охопити голівку із сторони потиличної ділянки і зміщуйте її в бік протилежний позиції плода. Голівку при цьому утримуйте зігнутою.

При I позиції – правою рукою підніміть тазовий кінець плода по лівому ребру матки, лівою рукою обхопіть голівку й змістіть її в праву сторону.

При II позиції – лівою рукою підніміть тазовий кінець по правому ребру матки, а правою рукою змістіть голівку в ліву сторону матері.

Коли голівка опинилась над входом в таз, руки перемістять на бокові стінки матки, як при другому акушерському прийомі. При цьому виконуйте рухи від пупка до заду, одночасно матку злегка стискайте з боків.

Завершіть поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць – до дна матки. Поворот вважається закінченим, коли голівка розташована над входом у малий таз, а сідниці — у дні матки.

!!! Після виконання повороту вислухайте серцебиття плода.

Нове положення плода зафіксуйте за допомогою валиків або бандажа.

Застереження:

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним. Якщо не вдається виконати зовнішній поворот, усі маніпуляції припиняють, щоб не спричинити передчасного вилиття навколоплідних вод.

При виникненні напруження матки маніпуляцію тимчасово припиніть, руки залишіть у тому ж положенні, щоб закріпити виконану частину повороту.

Момент операції, коли положення плода наближається до поперечного є найбільш відповідальним. Подальше зміщення голівки до входу в таз відбувається легко.

- техніка повороту при задньому виді тазового передлежання більш проста, бо голівка обернена до черевної стінки і її легше захопити рукою.

Ускладнення:

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

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

Класичний акушерський поворот плода на ніжку

(класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку)

Операцію повороту плода на ніжку було розроблено в XVI ст. знаменитим лікарем Амбруазом Паре.

Показанням до проведення класичного акушерського повороту плода на ніжку є поперечне чи косе положення плода.

Сьогодні цю операцію виконують під час пологів двійнею (при поперечному положенні другого плода).

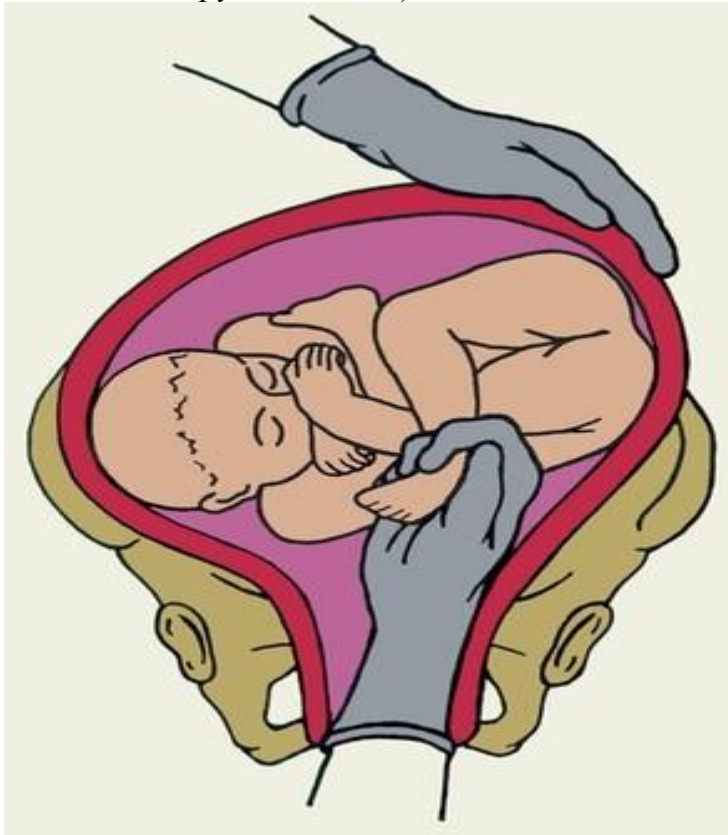


Рис.15. Класичний акушерський поворот плода на ніжку

Показання:

- поперечне або косе положення плода (при пологах двійнею, після народження першого плода).

Умови виконання:

- повне розкриття шийки матки;
- рухливість плода в матці;
- відповідність розмірів голівки плода розмірам таза роділлі;
- плодовий міхур цілий або навколоплідні води щойно вилилися;

- живий плід.

Протипоказання:

- запущене поперечне положення плода;
- загроза розриву матки;
- загибель плода;
- рубець на матці;
- вузький таз;
- мертвий плід.

Ускладнення: дистрес плода, відшарування плаценти та ін. (виконують лише якщо неможливо здійснити кесарів розтин).

Підготовка пацієнтки до операції:

- спорожнити кишечник
- спорожнити сечовий міхур
- обробити зовнішні статеві органи та внутрішні поверхні стегон розчином антисептика.

Підготовка акушера:

- руки акушер обробляє як для оперативного втручання.

Знеболювання:

- операцію проводять під загальним знеболюванням (внутрішньовенне, інгаляційний наркоз, ЕДА).

Усі моменти операції виконують у паузах між переймами.

Техніка виконання класичного акушерського повороту плода на ніжку

За допомогою зовнішнього дослідження точно визначають позицію поперечного положення плода.

1. Введення руки в порожнину матки.

В порожнину матки вводять руку, яка відповідає позиції плода (при I позиції — ліву, при II — праву); другу руку кладуть на дно матки.

У проміжку між переймами вводять у піхву кисть зі складеними конусоподібно пальцями (рука акушера) і по задній стінці піхви доходять до шийки матки. Якщо навколоплідні води цілі і відкриття маткового вічка повне, проводять амніотомію і входять рукою в порожнину матки.

Це слід робити швидко, щоб менше вилилося навколоплідних вод і збереглася достатня рухливість плода в матці. Крім того, швидко вводячи руку, лікар запобігає випадінню дрібних частин плода.

2. Відшукування ніжки.

Відшукування ніжки коротким шляхом: для того щоб плід народився в передньому виді захоплюють при передньому виді нижчерозташовану ніжку, при задньому — вищерозташовану.

Відшукування ніжки довгим шляхом: якщо неможливо визначити вид плода, то слід, не кваплячись, просувати руку по тулубу плода до сідниць, потім опуститись по стегну і гомілці та знайти стопу.

Відмінності ніжки від ручки: пальці дрібні, розташовані в ряд, великий палець не відводиться вбік, визначається п'ятковий горб.



Рис.16.. Класичний акушерський поворот плода на ніжку, етап відшукування та захоплення ніжки.

3. Захоплення ніжки.

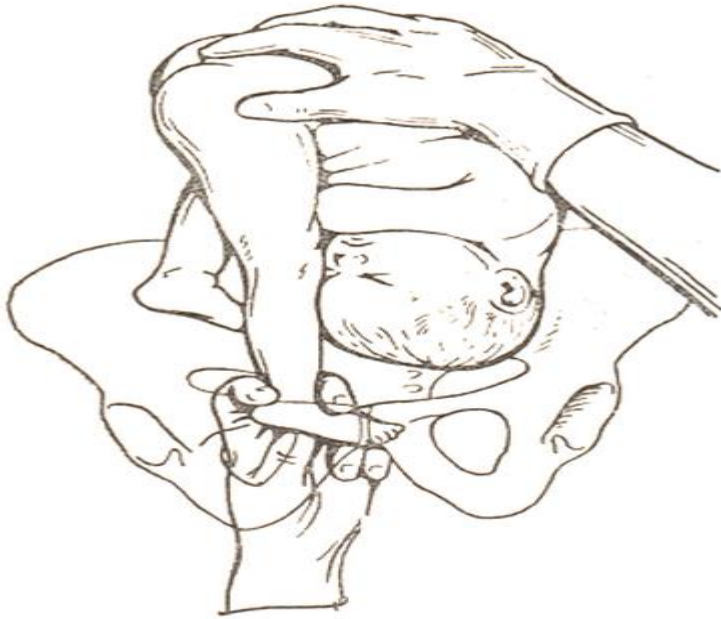


Рис. 17. . Відшукування ніжки коротким шляхом.

Ніжку можна захопити двома способами:

- 1) гомілку захоплюють усією рукою таким чином, що чотири пальці розташовують спереду гомілки, великий палець розміщують уздовж литкових м'язів, кінець великого пальця досягає підколінної ямки.
- 2) ніжку захоплюють у ділянці кісточок вказівним і середнім пальцями; великий палець підтримує стопу плода.

Перший спосіб надійніший.

4. Власне поворот плода на ніжку.

Після захоплення ніжки зовнішню руку переносять з тазового кінця плода на голівку і відсувають її догори, до дна матки. Одночасно внутрішньою рукою ніжку зводять униз і виводять її через піхву назовні.

Поворот вважають закінченим, якщо ніжка виведена із соромітної щілини до підколінної ямки.

Поворот нерідко ускладнює стан плода, тому часто одразу після повороту витягують плід за ніжку.

Якщо плід народжується в асфіксії, йому надають відповідну допомогу. Поперечне положення плода, друга позиція, задній вид. В порожнину матки вводять руку, яка відповідає позиції плода (при II позиції — праву), для того щоб плід народився в передньому виді при задньому виді захоплюють вищерозташовану ніжку.

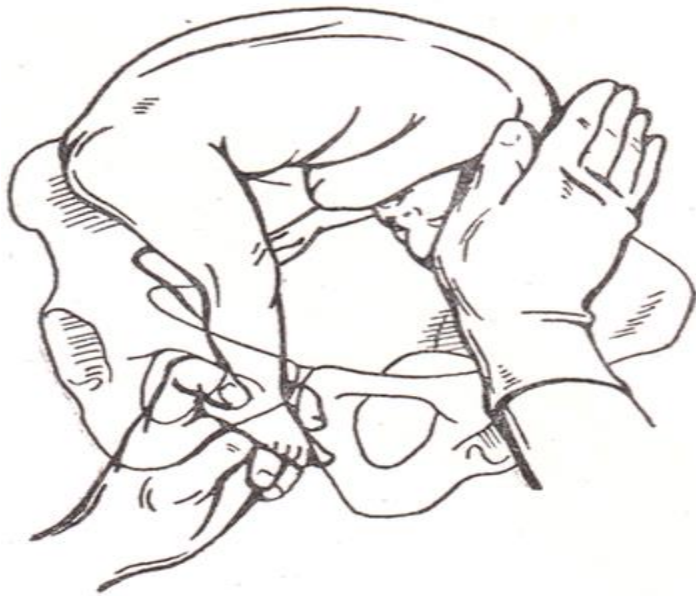


Рис.18. Зовнішню руку переносять з тазового кінця плода на голівку і відсувають її догори, до дна матки.



Рис.19. Поворот вважають закінченим, якщо ніжка виведена із соромітної щілини до підколінної ямки

Витягання плода за тазовий кінець (Екстракція плода за тазовий кінець)

Витягання плода за тазовий кінець є операцією, при якій вивільнюють увесь плід, починаючи з ніжок. Витягання плода відрізняється від ручної допомоги при тазових передлежаннях, коли плід самостійно народжується до нижнього кута лопаток; далі вивільнюють ручки плода, що закинулись, а потім голівку за методом Морісо—Левре—Лашапель.

Показання:

- тяжкі хвороби роділлі, які передбачають термінове закінчення пологів (тяжкі

форми гестозу, вади серця тощо);

- дистрес плода;
- закінчення класичного повороту плода на ніжку.

Умови:

- повне розкриття маткового вічка;
- відсутність плодового міхура;
- відповідність між розмірами плода і таза роділлі.

Залежно від ситуації існують три типи операції:

- витягування плода за ніжку;
- за дві ніжки;
- за пахвинний згин.

Підготовка роділлі

Роділля перебуває в пологовій залі на ліжку. Таз роділлі розміщується на краю ліжка; ноги максимально розведені і звисають на ноготримачах, упираючись підколінними ямками. Пологи обов'язково ведуть з підключеною у вену одноразовою системою. Внутрішньовенно вводять спазмолітичні засоби, щоб запобігти защемленню голівки плода в шийці матки.

На висоті однієї з потуг під час прорізування під контролем пальців виконують розтин промежини на тлі пудендальної анестезії в суворих асептичних умовах. Заздалегідь слід приготувати набір для реанімації новонародженого.

Витягування плода за ніжку

Техніка проведення

Психологічно готують і заспокоюють роділлю.

Операцію проводять, дотримуючись правил асептики й антисептики.

Якщо передлегла (передня) ніжка розміщена ще в піхві, її виводять за соромітну щілину двома пальцями і захоплюють так:

- великий палець розміщують уздовж литкових м'язів, чотирма іншими захоплюють гомілку спереду;
- ніжку можна захопити обома руками, при цьому великі пальці розташовані вздовж литкових м'язів.

Таке захоплення ніжки запобігає її перелому. Бажано захопити і колінний суглоб, щоб не сталося його розтягнення під час витягання плода.

Потім здійснюють потягувальні рухи (тракції) донизу. У міру просування ніжки руку (руки) перемішують по ніжці вгору, в напрямку до соромітної щілини.

Тракції донизу проводять доти, доки народиться передня сідниця і клубова кістка (точка фіксації) підійде під нижній край лобкового симфізу.

Потім переднє стегно захоплюють обома руками і піднімають його догори, при цьому відбувається бічне згинання тулуба і над промежиною викочується інша

сідниця.

Іншу ніжку (задню) вивільнювати не слід (небезпека перелому); ніжка, як правило, народжується сама при подальшому витяганні.

Після народження іншої сідниці руки розташовують так:

- однією рукою захоплюють переднє стегно, причому великий палець розміщують уздовж крижів;
- вказівний палець іншої руки вводять у задній пахвинний згин; великий палець також розміщують на крижах; усі інші пальці притиснуті до долоні.

Захопивши тазовий кінець, продовжують тракції донизу, але більше горизонтально.

Після народження задню ніжку захоплюють так само, як і передню, і витягають плід до пупкового кільця, звільнюють пупковий канатик, якщо він натягнутий. Потім витягають плід до нижнього кута лопаток.

Вивільнення плечового поясу та голівки проводять за тими самими правилами, що й класичну ручну допомогу.

Захопивши ніжки за гомілки, відводять їх у бік, протилежний позиції плода, у напрямку до пахвинного згину і вивільняють нижню ручку плода відповідною рукою.

Далі повертають плід на 180° так, щоб спинка і потилиця пройшли під нижнім краєм лобкового симфізу.

Іншу ручку плода вивільнюють, як першу, якщо вона не народилася сама під час повороту.

На ту руку, яка останньою вивільнювала ручку плода, садовлять плід у позі вершника і швидко (за дві потуги) вивільнюють голівку за методом Морісо—Левре—Лашапель. Асистент повинен легенько натиснути на голівку в надлобковій ділянці, щоб вона не розігнулася.

Витягування плода за обидві ніжки

Техніка проведення

При повному ножному передлежанні плід витягують за обидві ніжки:

- якщо ніжки у піхві, їх захоплюють так, щоб великі пальці розміщувалися вздовж литкових м'язів, а інші захоплювали гомілки;
- у міру витягування ніжок руки пересувають у напрямку до соромітної щілини.

Усі інші етапи витягування такі самі, як при неповному ножному передлежанні. Виконують тракції донизу доти, доки народиться передня сідниця і клубова кістка підійде під нижній край лобкового симфізу. Потім здійснюють тракцію догори, викочується задня сідниця і народжується увесь тазовий кінець. Великі пальці розміщують уздовж крижів, а чотирма пальцями обох рук захоплюють стегна, при цьому бажано зафіксувати і суглоби. Витягують плід до пупкового кільця, а потім до нижнього кута лопаток. Далі вивільнюють ручки, а потім голівку за методом Морісо—Левре—Лашапель.

У разі виникнення асфіксії слід надати відповідну допомогу.

Витягування плода за пахвинний згин

Витягування плода за пахвинний згин здійснюють при його чисто сідничному передлежанні. Це одна зі складних акушерських операцій.

Техніка проведення

Витягування плода починають одним вказівним пальцем, який згинають як гачок і вводять у передній пахвинний згин плода.

Потім проводять тракції донизу доти, доки народиться передня сідниця і клубова кістка підійде під лобкову дугу. Витягування плода здійснюють під час потуг.

Для посилення ефекту іншою рукою захоплюють зап'ясток оперуючої руки.

Коли передня клубова кістка підійде під лобкову дугу (утворюється точка фіксації), тракції спрямовують догори, при цьому відбувається бічне згинання тулуба і прорізування задньої сідниці.

Після цього в задній пахвинний згин вводять зігнутий гачком вказівний палець іншої руки і витягують плід до нижнього кута лопаток. Ніжки плода випадають самі.

Ручки і голівку плода вивільнюють так само, як і при класичній ручній допомозі.

Витягування плода за пахвинний згин відносять до найважчих операцій.

Оперуюча рука акушера швидко втомлюється. Під час тракцій сідниці просуваються дуже повільно. Особливо важко проводити витягування плода при високому розташуванні сідниць. Деякі автори пропонували витягування плода за пахвинний згин за допомогою тупого металевого гачка або за допомогою петлі з тасьми, бинта, але при цьому плід зазнає травм (вивихи, переломи).

На сьогодні можна застосовувати ці способи лише при мертвому плоді.

Таким чином, під час проведення акушерських операцій можуть виникати травми як з боку плода, так і з боку матері, тому слід бути завжди готовими до надання невідкладної допомоги.

Щоб запобігти можливим ускладненням, необхідно правильно спостерігати вагітну протягом усієї вагітності, пропонувати коригувальну гімнастику.

Слід направляти вагітну на підготовку до пологів і вирішувати питання про метод розродження за 2 тиж. до пологів у ВПВ.

Потрібно своєчасно вирішувати питання про оперативне розродження шляхом кесаревого розтину.

VI. План та організаційна структура заняття.

А. Підготовчий – мотивація теми, контроль початкового рівня знань

Б- Основний- робота в операційній(демонстрація операції кесарського розтину), робота на фантомі, за допомогою прийомів Леопольда –Левицького провести діагностику положень плода при зовнішньому обстеженні, вислуховування серцебиття плода при неправильних положеннях та тазовому передлеженні, демонстрація методики застосування акушерських щипців та вакуум екстрактора.

Для засвоєння практичних навичок студентів слід розподілити на дві групи

В- Заключний – контроль остаточного рівня завоєння навчального матеріалу шляхом доповіді студентів викладачу про виконання завдань самостійної роботи, розв’язування ситуаційних задач, узагальнення, оцінки роботи кожного студента, зауваження за ходом заняття.

VII. Матеріали методичного забезпечення.

Місце проведення заняття: навчальна кімната, симуляційний клас, пологовий зал.

Обладнання: фантом, лялька, стетоскоп, кістковий таз, акушерські щипці, вакуум екстрактор.

Контрольні запитання.

1. Яке визначення поняття «кесарів розтин»?
2. Які основні показання до операції з боку матері?
3. Які показання до кесаревого розтину з боку плода?
4. Яке анестезіологічне забезпечення операції?
5. Які етапи операції кесаревого розтину?
6. Які основні ускладнення кесаревого розтину?
7. Які моделі акушерських щипців та їх будова?
8. Які показання до операції накладання акушерських щипців?
9. Які протипоказання до операції накладання акушерських щипців?
10. Які умови проведення операції накладання акушерських щипців?
11. Які три потрібних правила накладання акушерських щипців?
12. Які ускладнення при операції накладання акушерських щипців?
13. Яка будова вакуум-екстрактора?
14. Які показання до операції вакуум-екстракції плода?
15. Які протипоказання до операції вакуум-екстракції плода?
16. Які умови для операції вакуум-екстракції? Яка техніка операції вакуум-екстракції плода?
17. Які ускладнення при операції вакуум-екстракції плода?
18. Назвіть причини утворення неправильних положень плода.
19. Назвіть методи діагностики неправильних (поперечних та косих) положень плода. Опишіть методику діагностики прийомами Леопольда-Левицького.
20. Опишіть особливості перебігу вагітності та пологів при неправильних положеннях плода, можливі ускладнення.
21. Опишіть механізм утворення задавненого поперечного положення плода.
- 22.
23. Назвіть операції, що виправляють положення плода.

24. Назвіть показання, умови до проведення зовнішнього повороту плода на голівку.
25. Назвіть етапи зовнішнього повороту плода на голівку.
26. Назвіть показання, умови до проведення класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку при поперечному положенні.
27. Назвіть етапи операції класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку при поперечному положенні.
28. Назвіть причини утворення тазового передлежання плода.
29. Назвіть класифікацію тазових передлежань плода.
30. Назвіть методи діагностики тазових передлежань.
31. Назвіть особливості ведення вагітності та пологів при тазових передлежаннях плода.
32. Опишіть основні складові, показання та протипоказання, необхідні умови зовнішнього повороту плода на голівку.
33. Назвіть ускладнення зовнішнього повороту плода на голівку.

Посилання.

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — К.: ВСВ “Медицина”, 2013. — С. 482-485
2. Навчальний посібник з акушерства / за ред. акад. НАМН України, проф. Венцківський Б. М. — К., 2018. — РА-ГАРМОНІЯ — 210 с.
3. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «КЕСАРІВ РОЗТИН» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 5 січня 2022 року № 8
4. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 Клінічний протокол з акушерської допомоги: Тазове передлежання плода.

Тестові задачі

1. Роділля, 28 років, доставлена в пологове відділення з доношеною вагітністю, родовою діяльністю. В анамнезі 1 пологи, 4 медаборти. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу 23-26-28-18 см, індекс Соловйова 17 см. Припустима вага плода 3900 г. Роділля занепокоєна, перейми болючі, сильні. Контракційне кільце на рівні пупка, нижній сегмент матки болючий. Встановлений діагноз: загроза розриву матки. Яка лікарська тактика?
 - A. Кесарський розтин.
 - B. Консервативне проведення пологів.
 - C. Акушерські щипці.
 - D. Стимуляція пологової діяльності.
 - E. Вакуум-екстракція плода.
2. Першовагітна 37-38 тижнів при поступленні скаржить на болі в епігастрії. Об'єктивно: АТ на обох руках 170/105 мм.рт.ст. Серцебиття плода 156 уд/хв.,

ритмічне. Пологова діяльність відсутня, води цілі. Положення плода поздовжнє. Передлежить тазовий кінець. У дна матки палькується округла, балотуюча голівка плода. Найбільш виправдана тактика?

- A. *Розродити кесарським розтином в ургентному порядку.*
- B. Розпочати збудження родової діяльності.
- C. Провести керовану артеріальну гіпотензію.
- D. Провести зовнішній поворот плода на голівку.
- E. Вакуум-екстракція плоду

3. Повторнородяча 27 років, вагітність 34 тижнів, тазове передлежання плода. Прогнозована маса плода 3200 г. Роди треті термінові. При УЗД встановлено: нижній край плаценти знаходиться на 1 см від внутрішнього вічка. Яка тактика та план розродження?

- A. Провести зовнішній поворот плода на голівку в умовах стаціонару.
- B. *Госпіталізація до стаціонару. Плановий кесарський розтин у 37 тижнів.*
- C. Консервативне ведення пологів з початком пологової діяльності.
- D. Подальше спостереження у ЖК.
- E. Амніотомія.

4. Роділля доставлене у пологове відділення з сильними переймами та випавшею з піхви ручкою плода. Матка болюча в нижньому сегменті. Серцебиття плоду прослуховується, 110 уд в 1 хв.. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, маткове вічко відкрите до 7 см, пальпується вколочене плечико та ручка плода. Що робити?

- A. Вакуум-екстракція плода
- B. *Кесарів розтин*
- C. Поворот плода на ніжку
- D. Епізіотомія
- E. Акушерські щипці

5. Першородяча, розкриття шийки матки прогресувало нормально до 9 см, потім розпочалися дуже болючі перейми. Розміри таза в нормі. Плід має приблизну вагу 4000 г. Симптом Вастена позитивний. Яка тактика ведення пологів?

- A. *Кесарів розтин*
- B. Вакуум-екстракція плода
- C. Стимуляція пологової діяльності
- D. Накласти акушерські щипці
- E. Фізіологічне ведення пологів

6. Роділля у другому періоді пологів. Скарги на періодичні болі в потилиці, області лоба та надчеребній ділянці. Мають місце набряки обличчя, ніг та статевих органів. АТ на обох руках 160/90. Яка подальша тактика ?

- A. Акушерські щипці
- B. *Кесарів розтин*

- С. Вакуум-екстракція плода
- D. Фізіологічне ведення пологів.
- E. Стимуляція пологової діяльності

7. Першовагітна 28 років поступила з інтенсивною родовою діяльністю. Серцебиття плода ритмічне 180 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плідний міхур цілий, передлегла частина плода не пальпується. Положення плода косе. Яка тактика проведення пологів?

- A. Операція повороту плода на ніжку.
- B. *Кесарський розтин.*
- C. Амніотомія
- D. Консервативне проведення пологів.
- E. Стимуляція пологової діяльності.

8. Повторнородяча, 34 роки, поступила до пологового будинку з доношеною вагітністю через 4 години від початку пологової діяльності з цілими навколоплідними водами. Окружність живота – 110 см, ВДМ – 38 см, Положення плода поздовжнє, повне сідничне передлежання. Серцебиття плода ясне, ритмічне 120 уд за 1 хв. Перейми регулярні, доброї сили. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, края тонкі, розкриття до 6 см, плідний міхур цілий, напружений, передлежача частина – сідниці, стопки плода. Яка тактика ведення пологів?

- A. Закінчити пологи через пологові шляхи консервативно
- B. *Кесарський розтин*
- C. Вакуумекстракція плода
- D. Амніотомія з подальшою екстракцією плода за тазовий кінець
- E. Посилення пологів внутрішньовенним введенням окситоцину

9. Першовагітна, строк вагітності 41-42 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри тазу 25-28-30-20, обвід живота 102 см, ВДМ 40, почався II період пологів, відійшли меконіальні навколоплідні води, серцебиття плода 100 уд за 1 хв. Перейми потужного характеру, через 2-3 хв по 35-40 сек, голівка плода у порожнині малого таз, Піхвове дослідження: повне відкриття, нижній полюс голіки на 2 см нижче **Linea interspinalis**; навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко у лона. Тактика лікаря?

- A. Кесарський розтин
- B. Посилення пологової діяльності
- C. Амніотомія
- D. Подальше ведення пологів per vias naturalis
- D. *Вакуум-екстракція плода.*

10. Роділлю, 28 років, доставлено до пологового відділення з доношеною вагітністю, пологовою діяльністю. В анамнезі: перші пологи, 4 медаборти. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 23—26—

28—18 см, індекс Соловйова — 17 см. Припустима вага тіла плода — 3900 г. Роділля занепокоєна, перейми Болючі, сильні. Контракційне кільце — на Рівні пупка, нижній сегмент матки болючий. Встановлено діагноз загрози розриву матки. Яка подальша лікарська тактика?

- А. Стимуляція пологової діяльності.
- В. Акушерські щипці.
- С. Консервативне проведення пологів.
- Д. Вакуум-екстракція плода.
- Е. *Кесарський розтин.*

11. У роділлі 23 років встановлено діагноз: пологи термінові у суто сідничному передлежанні, маса плода 3200 гр., початок II періоду пологів. Яку допомогу необхідно надати?

- А. Класичну ручну допомогу для виведення плечового поясу та голівки плода.
- В. *Ручну допомогу за методом Цов'янова І.*
- С. Подальше фізіологічне ведення пологів
- Д. Вакуум-екстракція плода.
- Е. Кесарський розтин.

12. При зовнішньому акушерському дослідженні: положення плоду подовжнє, в ділянці дна матки пальпується 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?

- А. Головне.
- С. Поперечне.
- В. *Сідничне.*
- Д. Ножне.
- Е. Колінне

13. У повторнородящої 26 років через 8 год після початку пологів відійшли навколоплідні води. Перейми через 2–3 хв до 40–45 с. Серцебиття плода 19 виразне, ритмічне. При дослідженні піхви розкриття маткового зіву до 6 см, у піхві 2 ніжки плода. Яке передлежання плоду?

- А. Неповне сідничне.
- В. *Повне ножне.*
- С. Повне сідничне
- Д. Колінне.
- Е. Головне.

14. Вагітна 23 років потрапила до пологового відділення. Дно матки на 3–4 пальця вище пупка. В ділянці дна матки велика, шароподібна рухлива частина плоду, права бокова стінка матки гладенька, широка поверхня плоду, зліва — дрібні рухливі пагорбки. Передлежить частина плоду, об'ємна, м'яка, нерухлива.

Тони серця плоду ясні, ритмічні, 136 уд/хв, визначаються справа вище рівня пупка. Ваш діагноз?

- A. Тазове передлежання.
- C. Косе положення плода
- B. Головне передлежання.
- D. Поперечне положення плоду.
- E. Відсутня передлегла частина плода

15. Поступила роділля, II вагітність, доношена. Передбачувана вага плода 3400 г. Перейми через 3-4 хв. по 45-50 сек. Положення плода поздовжнє. Тазове передлежання. Серцебиття плода - 140 уд/хв, ритмічне. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне. Плодовий міхур відсутній.

Перележать сіднички в правому косому розмірі широкої частини малого таза.

Як слід вести пологи?

- A. Кесарський розтин.
- C. Класична ручна допомога.
- B. Метод Цов'янова I
- D. Витягання плода за ніжку.
- E. Зовнішній поворот плода на голівку

16. Пологи в чисто сідничному передлежанні. Акушерка веде II період пологів за методом Цов'янова I. З якою метою вона використовує цей метод?

- A. Дає можливість прорізуватись сідницям .
- C. Для переведення сідничного в головне передлеження.
- B. Для звільнення ручок плода
- D. Для збереження нормального членоросташування плода.
- E. Для подальшого народження голівки

Ситуаційні задачі.

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. **Питання** Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз та яка подальша тактика?

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. **Питання** 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. **Питання:** Який діагноз?

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

5. У пологове відділення поступила роділля з доношеною повторною вагітністю. Плід живий. Розміри таза: 22 – 24 – 28 – 15 см. Обвід живота 100 см, висота дна матки 38 см. Пологи почалися 6 год тому, перейми через 3 – 4 хв по 40 – 45 с. Води не вилилися. Положення плода поздовжнє, друга позиція, голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна.

Питання: Встановіть діагноз. Визначте тактику розродження.

6. Роділлю, 30 років, направлено в пологовий будинок у терміні 36 тиж. В анамнезі 2 фізіологічних пологів. Положення плода поперечне. Спинка донизу. Голівка плода пальпується по ребру матки зліва. Позиція І. Ворушіння плода активне. Навколоплідних вод нормальна кількість. Серцебиття плода прослуховується ясне, ритмічне 140 уд.зв 1 хв. Матка в норма тонусі. Пологова діяльність відсутня. **Питання:** Встановіть діагноз. Визначте подальшу тактику та метод розродження.

7. Роділля, 26 років, скаржиться на значні кров'янисті виділення зі статевих органів, сильний біль у животі, що з'явився після падіння. Вагітність 38 тиж. Шкіра бліда, пульс – 110 за 1 хв, АТ – 80/60 мм рт. ст. Матка щільна, болюча, напружена. Серцебиття плода глухе. Під час піхвового обстеження: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка на 2 см, плодовий міхур напружений. Голівка плода над входом у малий таз.

Питання: Встановіть діагноз. Визначте тактику розродження.

8. Уроділлі повторні пологи тривають 12 год. Головне передлежання. Серцебиття плода - 180 за 1 хв. Розкриття шийки матки повне. Голівка плода перебуває на виході з малого таза.

Питання: Встановіть діагноз. Визначте тактику розродження.

9. Уроділлі повторні пологи в тазовому передлежанні тривають 10 год. Розміри таза — 25—28—30—20. Води вилилися 8 год тому. Розкриття шийки матки повне. Сідниці плода в порожнині таза. Серцебиття плода — 90 за 1 хв, аритмічне. **Питання:** Встановіть діагноз. Визначте тактику розродження.

10. До акушера звернулася вперше вагітна, термін вагітності 29-30 тижнів. Діагностовано сідничне передлежання плоду. Екстрагенітальних захворювань та захворювань пов'язаних з вагітністю не встановлено. **Питання** В якому терміні вагітності найдоцільніше призначити коригувальну гімнастику?

11. Роділля в другому періоді пологів. Патологічні пологи. Необхідне втручання за Цов'яновим І. При виконанні даного методу відбулось закидання ручки плода. **Питання** Що негайно необхідно зробити?

12. При веденні пологів при чисто сідничному передлежанні за методом Цов'янова відбулося випадіння ніжок плода. **Питання** . Який метод необхідно використати для швидкого народження плода?

13. Вагітна 27 років. Спостерігається в жіночій консультації у зв'язку з першою вагітністю. На останньому прийомі виявлено: строк вагітності — 37—38 тижнів. Передлежання сідничне. ВДМ — 40 см, ОЖ — 112 см. Серцебиття 140 за 1 хв зліва вище пупка. Розміри таза нормальні. За останні дні з'явилися набряки на гомілках. АД 140/90 мм рт. ст. **Питання** Діагноз. Що робити ?

13. Роділлі 35 років, пологи перші. Розміри таза нормальні. Положення плода поздовжнє, передлежать сідниці. Пологова діяльність розпочалась 1 год тому. Навколоплідні води не підтікають. Передбачувана маса плода 4700 г. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 150 уд./хв. **Питання** Діагноз. Тактика ведення пологів.

14. Роділля 30 років. Пологи другі, перші пологи фізіологічні, дитина масою 4200 г. ВДМ — 42 см, ОЖ — 120 см. Навколоплідні води відійшли 4

години тому. Перейми потужного характеру, при пальпації нижній сегмент матки гостро болючий. Контракційне кільце на рівні пупа. Симптом Вастена позитивний. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв. При піхвовому дослідженні відкриття маткового вічка повне, передлежать сідниці. **Питання.** Діагноз. Тактика ведення пологів.

15. Повторнонароджуюча, 35р., пологи тривають 20 год. Останню годину голівка плода знаходиться в порожнині малого тазу. Потуги слабкі, через 2-4 хв. По 25-30 сек. Серцебиття плода приглушене, 160 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття вічка матки повне. Голівка плоду у вузькій частині порожнини малого тазу. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко біля лона зліва. **Питання .** Діагноз. Тактика лікаря?